

editoriale

07 2006

Vincere le vecchie sfide si può: basta volerlo

di Carlo Sbiroli

Un appuntamento fisso e molto atteso, come è l'annuale Congresso Aogoi, induce a compiere bilanci e riflessioni, che d'altronde ben s'intonano con questo momento dell'anno, alla ripresa delle attività dopo la pausa estiva.

Un anno fa, da queste stesse pagine di GynecoAogoi, in occasione del Congresso di Bologna, auspicai una "via nuova" per la ginecologia italiana, augurandomi che si realizzasse un adeguamento ai cambiamenti che sono intervenuti nella nostra società. A distanza di un anno, purtroppo, il bilancio non sembra essere positivo. Soprattutto non ci fa essere ottimisti per il futuro. Siamo riusciti, noi ginecologi, a vincere le "vecchie sfide"? E, soprattutto, siamo riusciti a tenere il passo con i cambiamenti avvenuti nella nostra società? Abbiamo migliorato il nostro lavoro e, soprattutto, il rapporto con le pazienti, reso più difficile da una medicina sempre più tecnologica? L'età, la lunga esperienza universitaria, prima, e ospedaliera, poi, la libera professione, l'atmosfera di globalità che ho avuto la fortuna di respirare, mi spingono a guardare con una certa preoccupazione ai ritardi della nostra specialità rispetto al correre della storia. Non si tratta certamente di ritardi di tipo cognitivo o tecnico rispetto alla evoluzione scientifica, che anzi in questa direzione si sono compiuti progressi stupefacenti, ma piuttosto di ritardi nel modificare e adeguare ai tempi il nostro ruolo e il nostro modo di essere e di fare. Non siamo riusciti a trovare,

segue a pag. 3

82° CONGRESSO NAZIONALE SIGO
47° AOGOI - 14° AGUI

Arcipelago Donna: antiche sfide e nuove frontiere

Roma 2006: la ginecologia italiana a congresso

Intervista ai presidenti del Congresso:
Antonio Castellano e Massimo Moscarini
pagine 4-6

La salute della donna:
misura della qualità di una democrazia
L'intervento del ministro della Salute Livia Turco
a pagina 7

ALL'INTERNO

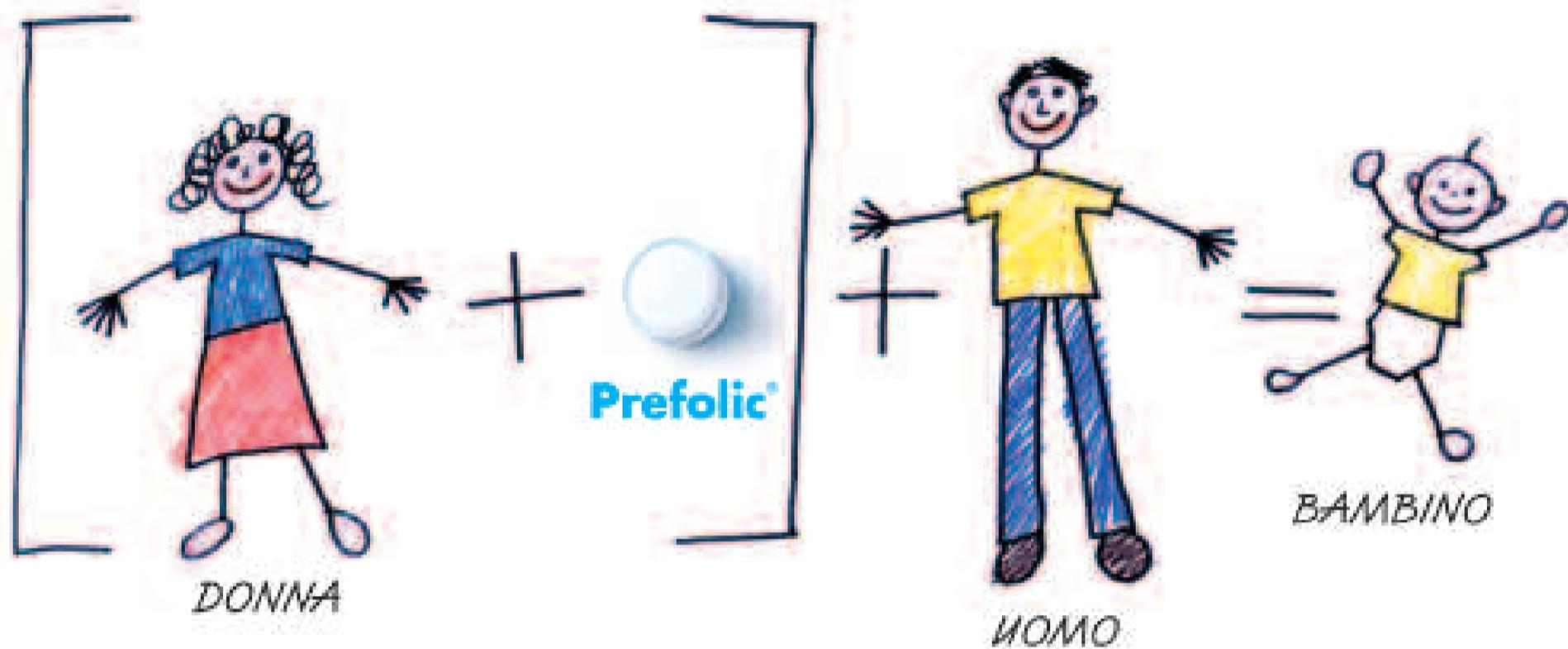
Gli interventi di Ignazio Marino
e Antonio Tomassini
pagine 8-9

Responsabilità professionale:
"Restituire serenità ai medici"
Intervista al segretario
nazionale Aogoi
Antonio Chiantera
pagine 10-11

FOCUS ON

Chirurgia pelvica:
una Scuola
di Perfezionamento
all'avanguardia
Intervista a Fabio Sirimarco
pagine 15-18





Prefolic®

V03AF N⁵-metiltetraidrofolato di calcio



segue dalla prima

e ad indicare alla generazione che sta ora arrivando alla professione, vie nuove per essere componente attiva del miglioramento della qualità di vita, della cultura umana in senso antropologico, della persona femminile nella sua interezza, anche al di là dell'impegno empatico di liberarla dalla sofferenza.

Troppo spesso, occorre riconoscerlo, ci siamo limitati a rincorrere acriticamente le "mode", fossero new-age o tecnofuturibili, credendo così di essere in linea con l'evoluzione della medicina.

Ad aggravare questa nostra insufficienza ci ha dato una mano la politica, con riforme sanitarie che arrivano sempre più tardi rispetto ai bisogni dei cittadini.

Il sistema non sta funzionando.

L'area di povertà e la mancanza di accesso alle risorse che la scienza via via mette a disposizione si vanno allargando in modo impressionante, creando tensioni non più sostenibili e mettendo in crisi la nostra sicurezza.

Sempre più il "servizio pubblico" si è mutato in un "servizio di proprietà pubblica gestito dalla politica", depositando potere crescente nelle mani di Direttori Generali la cui principale virtù sembra essere quella di essere fedeli al governo regionale di turno e il cui unico criterio è l'economicismo dei bilanci, incapaci di valutare i progressi

raggiunti, il benessere conquistato, in una sola parola la "salute". Nessun passo avanti si è fatto nella partecipazione dei professionisti non solo nella gestione, ma anche nelle scelte. Siamo tutti dottori, siamo tutti professori, e siamo tutti nominalmente dirigenti, ma non dirigiamo nessuno...

Da dove partire per dare una sterzata a questo stato di cose? Credo che la risposta sia, almeno a parole, semplice: occorre riportare la ricerca e la clinica nell'ambito dei reali "bisogni della donna" e ridefinire il nostro impegno professionale, sfuggendo alla tradizionale routine.

I cambiamenti avvenuti nella società e il progresso medico, tecnico, biologico e scientifico impongono di ridefinire quali siano oggi i bisogni di salute della donna. Indicherò solo tre temi a riguardo, sui quali

molto si è già detto e scritto, ma che ancora non sono stati completamente assunti per definire la nuova strategia della ginecologia moderna. Innanzi tutto la nuova domanda che arriva dalle donne in età avanzata, che crescono di numero e dunque di bisogni. La donna che è avanti negli anni mostra di aver sempre più bisogno di una medicina mirata, e questo tipo di assistenza oggi non esiste. In particolare, noi ginecologi non siamo stati capaci di prestare attenzione alle loro istanze, alle loro situazioni psicologicamente e socialmente particolari. Ci sono poi i cambiamenti avvenuti a livello sociale negli ultimi decenni nel mondo femminile che hanno avuto notevoli ripercussioni sulla maternità. È cambiata la



struttura della famiglia, sono mutati atteggiamenti e consuetudini. Le donne diventano madri più tardi, fanno meno figli e si dedicano di più al lavoro. Questi aspetti in qualche modo ci coinvolgono professionalmente e lasciano ampiamente immaginare come mai si sia alzata l'età media della prima gravidanza.

Infine la "questione" posta dal crescente ricorso al taglio cesareo in Italia, legata anche alla paura del dolore che molte future madri, soprattutto alla prima gravidanza, hanno paura di affrontare. Aiutare le donne ad affrontare un parto naturale alleviando loro il dolore è possibile e fa parte, fra l'altro, di una delle prime iniziative promosse dall'attuale ministro della Salute Livia Turco. Veniamo ora all'altro terreno sul quale occorre intervenire con decisione per

cambiare, ovvero il nostro ruolo professionale.

Ricerca, clinica, formazione, managerialità, sono le attività del medico di oggi. Nessuna di queste può essere trascurata, ma la quantità di tempo dedicato a ciascuna di esse varia nelle varie stagioni della vita e dipende dall'investimento che ciascuno opera nel lavoro che fa. E proprio il cambiamento di funzioni e ruoli nel corso della vita professionale deve diventare sempre più praticato e praticabile. Una volta che si è assicurato un degno guadagno ed un ruolo a ciascun professionista, non si può più pretendere che il Direttore del Dipartimento o l'ordinario universitario siano tali "vita natural durante". Non c'è niente di male nell'ambire

ad essere per un certo periodo responsabile della gestione di un Dipartimento di scienze ginecologiche e perinatale, ma si deve capire, come succede in tutte le parti del mondo, che il ruolo è a termine, e che durante questo incarico il tempo sarà dedicato prevalentemente a meeting, lavoro di gruppo, pianificazione delle ricerche, tutoring per aiutare a crescere i propri collaboratori, rinunciando in parte alla diretta azione clinica.

Solo così si realizza quello che il sociologo De Rita chiama la "molteplicità del lavoro", che rende il lavoro stesso più produttivo ed utile, consentendo anche l'esercizio della creatività

ed il libero esplicarsi del pensiero divergente. Una necessità resa ancora più forte dall'allungarsi della vita, e dunque anche della vita lavorativa, come indicano gli attuali orientamenti di riforma della previdenza. Per questa stessa ragione occorre superare la logica dei binari irreversibili: libera professione, medici del territorio, ospedale, università, debbono essere "vasi comunicanti" da cui passare nelle varie stagioni della vita.

C'è un tempo per insegnare, un tempo per svolgere la propria libera attività di terapeuta, un tempo per organizzare... Non è la ripetitività che ci rende più capaci di svolgere il nostro lavoro, ma la capacità di rispondere in modo empatico e competente a ciò che ci viene richiesto.

Carlo Sbiroli

A colloquio con Antonio Castellano e Massimo Moscarini, presidenti 82° Congresso Nazionale Sigo - 47° Aogoi - 14° Agui

Focalizzare l'attenzione dei politici, degli amministratori e dei media su un approccio globale alla "women care"

a cura di Eva Antoniotti

Castellano: un importante appuntamento per confrontarci su aspetti medico-scientifici ma anche politico-sociali della professione



Professor Castellano, quale significato si racchiude nello slogan congressuale "Arcipelago Donna: antiche sfide e nuove frontiere"?

In questo slogan abbiamo voluto riassumere quella che è un po' la "filosofia" di questo Congresso e comunicare un significato profondo.

L'"Arcipelago Donna" è quell'insieme variegato di isole, ovvero quelle innumerevoli sfaccettature che compongono l'universo femminile, dalle connotazioni più o meno precise, dai confini più o meno definiti, che richiedono un impegno importante, finalizzato a delle soluzioni.

Le "antiche sfide" sono i grandi temi riguardanti la salute della donna e del nascituro, in buona parte risolti, ma che possono essere in qualche modo rivisitati alla luce delle novità che scienza e tecnologia nella loro continua evoluzione offrono: "le nuove frontiere", che esigono quel continuo aggiornamento delle conoscenze, necessario ad ottimizzare la risposta assistenziale del ginecologo moderno ai bisogni di salute della donna.

Sicuramente la donna, con la sua umanità, con le sue problematiche diverse, spesso di grande rilevanza e impatto sociale, è al centro del dibattito culturale che aleggia nella nostra specialità e che mira, come valore aggiunto, a focalizzare l'attenzione di politici, amministratori e media su temi controversi e dibattuti, nell'ottica di un approccio globale alla "women care".

Qual è il ruolo scientifico e sociale della ginecologia ospedaliera nell'ambito del Congresso?

È sicuramente un ruolo da primo attore. Esprimerà sapientemente quelle esperienze e capacità acquisite con la pratica clinica ospedaliera di ogni giorno sui grandi numeri, supportata da una preparazione culturale sempre al passo con i tempi, che le conferisce quella completezza e competenza tali da poter gestire a 360° il mondo della donna nelle sue molteplici problematiche.

Tra le vostre pazienti cresce il numero delle don-

Il ruolo dei ginecologi e degli ostetrici è cambiato. In quanto dispensatori di salute essi devono tener conto non solo dell'aspetto fisiologico, ma anche delle implicazioni psicologiche e sociali della salute di una donna. Ma il professionista di oggi non deve essere solo un bravo medico. Deve essere anche un dirigente responsabile e capace, in grado di conciliare la scarsità delle risorse a disposizione con la migliore tutela possibile della salute dei cittadini

ne immigrate. Quali sono i problemi principali che incontrate con pazienti provenienti da culture spesso così diverse dalla nostra?

Se guardiamo al crescente numero delle "immigrate", parte essenziale e significativa della nuova società multietnica ove si interfacciano problematiche legate a differenze culturali, socioeconomiche e soprattutto difficoltà di integrazione sociale e ove spesso si percepisce un diffuso senso di "solitudine esistenziale", è facile comprendere come il fenomeno nascita o problemi particolari, quali la contraccezione e il fenomeno Ivg, diventino significativi, richiedendo interventi mirati.

La sensibilizzazione, la corretta informazione e una imprescindibile mediazione culturale rappresentano i passaggi obbligati per intervenire in maniera determinante in termini preventivi e assistenziali nel promuovere a tutto campo la salute della donna nella nostra attuale società globale.

Il Congresso nazionale sarà anche un'occasione di confronto su questioni politiche che coinvolgono la categoria, come la responsabilità medica e il risk management. Come è cambiato il ruolo del medico ginecologo in base all'evoluzione sociale e di politica sanitaria degli ultimi anni?

La sanità negli anni è cambiata sensibilmente divenendo un sistema ultracompleso, con regole precise che coinvolgono in un unicum di responsabilità il medico, una volta dispensatore di salute, oggi figura professionale legata al ruolo di dirigente, coinvolta responsabilmente su problematiche di natura organizzativa che si confrontano con la scarsità delle risorse, l'obbligo di tutelare la salute dei cittadini, il governo dei rapporti di lavoro e la gestione delle risorse umane e strumentali.

Si tratta di un sistema altamente complesso, in cui il medico per la sua funzione individuata e sorretta da precise norme di diritto è chiamato quotidianamente a districarsi tra processi generali di pianificazione, di controllo, di programmazione operativa, gestione budgetaria, responsabilità, prestando sempre grande attenzione all'individuazione di percorsi tra modelli organizzativi, utilizzo delle risorse e livelli di assi-

stenza da garantire ai cittadini.

Il medico, spesso assorbito dall'attività clinica e scientifica, fatica a cogliere questi mutamenti affannosi per i mutamenti della scena politica nel nostro Paese.

In questo difficile compito di armonizzare i bisogni di salute e le risorse pubbliche disponibili sta la nuova cultura dell'assistenza sanitaria, orientata a nuovi approcci ai diversi servizi, Lea, riorganizzazione del-

Professor Moscarini, le sembra che il titolo scelto quest'anno per il Congresso sia rappresentativo delle riflessioni che attraversano il mondo della ginecologia?

Mi piace soprattutto il termine "Arcipelago" riferito all'universo femminile. Rende con efficacia il cambiamento che in questi anni ha reso la donna protagonista in prima persona della vita sociale, aprendole davanti molte possibilità ed anche alcune grandi contraddizioni, così che, oggi, il mondo femminile non è più una realtà univoca, uniforme, ma appunto un arcipelago, composto da molti elementi, pur conservando comunque la sua unità.

Anche la seconda parte del titolo dato all'incontro congressuale è indovinata, perché riassume in breve un pensiero importante e complesso: in fondo noi ci occupiamo di cose antichissime e le grandi sfide che abbiamo di fronte, pur nelle mutate condizioni tecniche e scientifiche, sono sempre le stesse: la possibilità di arrivare al concepimento, il parto, il passaggio alla terza età.

Se le sfide fondamentali per la salute della donna sono sempre le stesse, le nuove possibilità offerte dalla moderna medicina consentono però di dare risposte nuove. Qual è, a suo parere, il terreno su cui la gineco-

la rete ospedaliera; oggi si enfatizza il ruolo della medicina del territorio alternativa alla salute ospedalizzata, ma con il forte richiamo alle Aziende Sanitarie Locali di fornire risposte concrete in termini di efficacia ed efficienza, e soprattutto di economicità, nel pieno rispetto delle legittime aspettative del cittadino utente.

I provvedimenti di razionalizzazione del Ssn, a partire dalla legge 502 del '92, hanno sempre mirato a coniugare la tutela della salute con le esigenze di bilancio, fortemente condizionate dai limiti finanziari. Il medico resta però un professionista, esercente di un'arte. Il frutto del suo lavoro è un bene, la salute, individuale, di estrema utilità per la collettività anche se diversi fattori giocano negativamente sul sistema:

- l'appiattimento delle carriere
- l'instabilità del rapporto di lavoro
- nuovi carichi di lavoro legati alla qualifica dirigenziale (budget, piani programmati, obiettivi concordati ecc.)
- confusione dei ruoli
- riduzione del tempo dedicato all'assistenza (il 40% circa del tempo lavorativo è dedicato a incombenze legate ai nuovi impegni dirigenziali)
- il quotidiano continua ad essere gestito con quello che si ha: risorse vincolate, organici deficitari, strumenti assai spesso inadeguati.

Da ciò consegue una particolare disciplina, quella della responsabilità, che è opportuno conoscere e che in Ostetricia e Ginecologia diviene un tema particolarmente caldo, al di là della buona comunicazione medico-paziente e della costruzione di un rapporto fiduciario con il paziente.

L'Aogoi ha voluto dedicare a queste tematiche uno

spazio particolare per discutere insieme a politici, tecnici e amministratori temi come il "risk management" e il "governo clinico", argomenti di crescente rilievo ma che in Italia si affacciano, nella gestione e organizzazione sanitaria, ancora a macchia di leopardo e che auspichiamo possano divenire uniformemente diffusi in tutto il territorio nazionale avendo come substrato una nuova cultura dell'approccio sanitario.

Quali le questioni riguardanti la salute delle donne da affrontare con maggiore urgenza?

Oggetto dei temi congressuali saranno le nuove opzioni per la contraccezione e la terapia ormonale sostitutiva, le nuove strategie per il trattamento dell'incontinenza urinaria femminile, dei tumori dell'ovaio e della mammella, la "day surgery" ginecologica.

Non sfugge inoltre l'osservazione che nel nostro Paese solo il 53% di donne di età compresa tra i 15 ed i 45 anni ricorre a metodi contraccettivi e che esiste una forte tendenza a non privilegiare metodi contraccettivi "sicuri". Infatti solo il 26% delle 15-45enni fa ricorso alla pillola.

Questa diffusa tendenza è sicuramente accentuata nelle giovanissime ove spesso prevale nelle scelte contraccettive la metodologia del "fai da te".

Nella consapevolezza che la buona salute sia strettamente correlata a una buona sessualità, solo privilegiando la corretta conoscenza delle metodiche contraccettive è prevedibile il superamento dell'attuale "status", sfatando dannosi pregiudizi e aiutando le nostre donne a scegliere il metodo più adatto a ciascuna esigenza. Da ciò l'opportunità di affrontare temi come la contraccezione e in particolare la contraccezione di emergenza.

Non abbiamo voluto peraltro tralasciare le strategie

sanitarie proponibili e gli aspetti formativi indispensabili a dare concretezza di realizzazione a un'assistenza di qualità e un aspetto che consideriamo spesso determinante: la comunicazione medico-paziente, momento indispensabile a un corretto e adeguato rapporto fiduciario con la donna, non scevro da quelle necessarie implicazioni di carattere psicologico, delle quali il ginecologo moderno deve necessariamente avere buona conoscenza.

Il Congresso sarà sicuramente un'occasione di confronto sugli aspetti gestionali della Sanità ed auspicio che la politica intervenga, con l'indispensabile contributo dei tecnici, a migliorare il sistema sanitario e, in particolare, le condizioni di lavoro dell'ostetrico-ginecologo.

Quali gli elementi più importanti del Congresso?

Di grande attualità e interesse, intese come "novità", l'introduzione delle nuove tecnologie, dalle biotecnologie alla robotica, dalla genetica all'ecografia 3-D, nella diagnosi prenatale, nella riproduzione medicalmente assistita e nell'oncologia ginecologica; gli effetti degli inquinanti ambientali sulla salute riproduttiva della donna, i nuovi scenari offerti dalla vaccinazione per l'HPV, le nuove strategie chirurgiche, conservative o radicali in oncologia ginecologica.

Accanto ad argomenti che solo fino a pochi anni fa sarebbero stati definiti "di frontiera", oggi sempre più presenti nel bagaglio scientifico e culturale del ginecologo moderno, si affronteranno temi da sempre dibattuti che meritano comunque un costante aggiornamento. Faccio riferimento ai protocolli terapeutici per il management clinico della poliabortività, del parto pretermine (con particolare riferimento alle età gestazionali estreme), della gravidanza oltre il termine, delle emergenze in Sala Parto. **SEGUE A PAG. 6 →**

Moscarini: il Congresso è un'occasione per ripensare il nostro apparato di conoscenze e prepararci alle sfide del futuro

I ginecologi sono sempre stati molto coinvolti non solo nella cura delle patologie specifiche ma nella vita delle donne e delle loro famiglie. Oggi bisogna riflettere su come i cambiamenti sociali e le innovazioni tecnico-scientifiche modificano il nostro ruolo professionale.

E questo anche pensando ai giovani che si avvicinano alla professione

logia dovrà maggiormente misurarsi nel prossimo futuro?

Sicuramente un terreno importante, e non paia paradossale parlando di innovazione tecnologica, è quello dell'umanizzazione delle cure ed anche dei trattamenti chirurgici che devono sempre più saper tenere conto non solo della riuscita ma anche della qualità della vita delle pazienti. Penso, ovviamente, all'oncologia ginecologica che ha già fatto grandi passi in questa direzione, ma che può compier-

ne ancora: se le cure possono ormai spesso garantire alle donne colpite da tumore una lunga sopravvivenza alla malattia, a maggior ragione occorre che venga offerta anche una buona qualità di vita. E anche riguardo al parto bisogna affermare un approccio che restituisca alla donna il suo ruolo di protagonista dell'evento assegnando al ginecologo la funzione di accompagnamento esperto. La proposta del ministro Livia Turco di offrire a tutte le donne la possibilità di utilizzare la **SEGUE A PAG. 6 →**



A colloquio con Antonio Castellano e Massimo Moscarini, presidenti 82° Congresso Nazionale Sigo - 47° Aogoi - 14° Agui

SEGUE DA PAG. 5

L'incessante sviluppo della scienza rappresenta un grande impegno dal punto di vista dell'aggiornamento professionale. Ritiene che il nostro sistema di formazione continua sia adeguato?

Personalmente sono convinto che l'aggiornamento professionale debba essere continuo e in linea con l'evoluzione della scienza e con l'introduzione nella pratica clinica delle nuove tecnologie: un percorso di accreditamento individuale del medico tradotto poi nella quotidianità dell'esperienza professionale.

Nutro oggi qualche perplessità sul reale valore dell'attuale sistema di formazione, utile forse come momento informativo, meno utile sotto il versante della reale formazione.

Non credo al valore dell'importazione "sic et simpliciter" di modelli stranieri nel nostro sistema formativo, anche se essi potrebbero rappresentare stimolanti metodiche procedurali.

Conoscere, fare e saper fare, pur amalgamandosi in un'unica complessità, presentano specificità diverse. Ritengo che "momenti formativi attivi", caratterizzati da adeguati training in ambienti qualitativamente accreditati, possano rispondere con concretezza ai bisogni formativi del medico e alla richiesta sempre più rilevante di risposte assistenziali qualitativamente efficaci.

Di qui il ruolo importante a livello formativo delle Università e dei sempre auspicati "Ospedali di insegnamento".

Quali gli auspici per questo Congresso?

Li riassumerei così:

- Confronto e dibattito tra tecnici su temi della specialità rilevanti dal punto di vista clinico e sociale, con l'apporto dei maggiori esperti internazionali della nostra specialità
- Approfondimento culturale sulle nuove tecnologie (biotecnologie, robotica, ecografia 3D, ecc.) e sul loro utilizzo nei diversi settori della specialità, orientata alla più accurata definizione diagnostica e alla qualità terapeutica
- Sensibilizzazione e confronto sugli "hot topic" della specialità, spesso caratterizzati da accesi dibattiti in seno alla società per le loro implicazioni etiche
- Una significativa sensibilizzazione dei politici, degli amministratori, dei media
- Un'occasione per discutere insieme, incontrando vecchi e nuovi amici a Roma, una città dove storia, scienza e arte si amalgamano profondamente, un evento che ci auguriamo memorabile.

SEGUE DA PAG. 5

Moscarini: il Congresso è un'occasione per ripensare il nostro apparato di conoscenze e prepararci alle sfide del futuro

partoanalgesia costituisce certamente un notevole passo avanti in questa direzione.

Su quale aspetto della salute delle donne le tecnologie contemporanee hanno ricadute particolarmente importanti?

La sfida principale è quella legata al recupero o alla difesa della fertilità, anche per le pazienti che devono subire

chemioterapie o radioterapie che un tempo avrebbero precluso completamente la possibilità di future gravidanze. E poi dovremo prestare grande attenzione alle possibilità offerte dalle biotecnologie e dalla robotica, che ci permetteranno di applicare sempre nuovi protocolli di cura e terapia che abbiano al centro la salute della donna.

I temi innovativi che sono oggetto delle vostre riflessioni vengono portati anche agli studenti che si stanno formando alla professione? Più in generale, come valuta il percorso formativo dei medici ginecologi nel nostro Paese?

Ritengo che il nostro modello di formazione sia adeguato, anche se occorrerebbero maggiori fondi per sviluppare la ricerca ed evitare così la fuga dei professionisti più giovani verso altri Paesi, dove è più facile avere strumenti e sostegni per chi vuole fare ricerca. Investire su questo terreno ci renderebbe competitivi, potendo già contare su ottime basi di conoscenza e di esperienza.

Lei parlava prima del rapporto tra medico e paziente e della necessità di renderlo sempre più umano e dunque efficace anche sotto il profilo della compliance. Sarà anche questo un tema da sviluppare nel dibattito congressuale?

Certamente sì. Tra le molte offerte del Congresso di Roma, tra cui ben otto letture magistrali e 28 simposi satellite, una delle sessioni parallele sarà dedicata proprio alla comunicazione tra medico e paziente.

Tra le gravi questioni aperte della professione medica c'è la crescita di un contenzioso tra medico e paziente che si tramuta spesso in cause legali. Una situazione di questo tipo non rende più difficile il rapporto, suggerendo al medico atteggiamenti di distacco e di autodifesa?

Questo è un rischio davvero grave, ma io sono convinto che alla fine, per tutti i professionisti autenticamente impegnati, prevalga sempre la volontà di aiutare la donna nelle sue scelte, mettendole a disposizione tutto il proprio bagaglio culturale e umano.



<p>GYNECO AOGOI</p> <p>ORGANO UFFICIALE DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI</p> <p>PRESIDENTE Carlo Sbiroli DIRETTORE SCIENTIFICO Felice Repetti COMITATO SCIENTIFICO Giovanni Brigato Antonio Chiantera Valeria Dubini DIRETTORE RESPONSABILE Eva Antoniotti</p>	<p>COORDINAMENTO REDAZIONALE Arianna Alberti email: redazione@hcom.it PUBBLICITÀ Publiem srl Centro Direzionale Colleoni Palazzo Perseo 10 20041 Agrate (Milano) Tel. 039/6899791 - Fax 039/6899792</p> <p>EDITORE Health Communication srl Edizioni e servizi di interesse sanitario 00147 Roma Via Vittore Carpaccio, 18</p> <p>Testata associata ANES</p>	<p>PROGETTO GRAFICO Giancarlo D'Orsi VIDEOIMPAGINAZIONE Daniele Lucia, Barbara Rizzuti STAMPA Tecnostampa srl Via Le Brecce 60025 Loreto (Ancona) ABBONAMENTI Annuo: € 26 Prezzo singola copia: € 4</p> <p>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</p> <p>Finito di stampare: settembre 2006 Tiratura 7.000 copie</p>
---	--	---

La salute delle donne è la misura della qualità di una democrazia

di Livia Turco
Ministro della Salute

Il vostro appuntamento congressuale che si svolgerà a Roma il prossimo 1° ottobre è un'occasione davvero molto importante e utile per discutere e affrontare insieme, come avete scritto, "le antiche sfide e le nuove frontiere" nel campo della promozione e della tutela della salute della donna.

Tanto si è fatto in questo campo, è vero, tante sono le potenzialità che le scoperte tecnologiche e scientifiche mettono oggi a disposizione degli operatori, dei legislatori, ma ancora tanto, vorrei dire troppo, resta da fare.

Irrisolti restano alcuni nodi, restano aperte criticità, inapplicate restano norme, disposizioni. Si procede, soprattutto, rischiando di continuare a divaricare le situazioni geografiche territoriali e a mantenere le disuguaglianze nelle condizioni sociali.

Nella mia responsabilità di Ministro della Salute, e per quella che è stata tutta la mia storia personale e politica, intendo con determinazione affrontare tutti questi problemi, coinvolgendo innanzitutto nelle scelte il mondo degli operatori, che tanto hanno dato di ricchezza al sistema in termini di esperienze, competenze, professionalità e anche cultura.

Per questo, il vostro appuntamento di ottobre può rappresentare l'inizio di un lavoro comune, che intendo valorizzare e promuovere, per costruire una vera alleanza capace di trovare risposte alle sfide che abbiamo di fronte. Sono convinta che per fare questo occorra un grande slancio ideale, culturale, che sappia determinare un riposizionamento della politica e anche della cultura politica.

Ho voluto quindi, fin da subito, proprio come primo atto del mio incarico, dare un segnale chiaro, forte. La presentazione del ddl sulla "tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato" è nato proprio dalla convinzione che la promozione della salute materno infantile sia un obiettivo prioritario da perseguire a livello nazionale per i riflessi positivi che produce sulla qualità della vita delle donne e dei loro bambini e, di conseguenza, sulla salute della popolazione complessiva. Ricominciare da subito, da qui, ha significato per me indicare una strada di orientamento e di coerenza.

Non un tema soltanto settoriale, quindi, se pur di notevole rilevanza, per affrontare le criticità che conosciamo, ma l'inizio di una vera strategia di politica pubblica nazionale.

Assumere la promozione e la tutela della salute della donna, infatti, è obiettivo globale, che deve coordinare e governare l'insieme delle politiche, misurandone la loro coerenza ed efficacia. Occorre consapevolezza e rigore nelle scelte, per trovare e dare risposte ai bisogni, alle aspettative, alla vita quotidiana di ogni donna, a partire dalle condizioni di lavoro, dalle sue relazioni umane, familiari e sociali, dalla sua scelta nella sessualità e nella riproduzione e anche dal suo vissuto emotivo più profondo.

La salute delle donne ha una valenza strategica per le scelte di politica sanitaria, ma non solo. La salute delle donne infatti misura la qualità e l'efficacia di un sistema sanitario, ma anche molto di più. È la misura della qualità di una democrazia, della coe-

sione sociale e dello stesso sviluppo economico. Promuovere la salute delle donne significa agire per la riduzione delle disuguaglianze, sociali, territoriali, tra i generi. L'empowerment delle donne promuove e sviluppa l'empowerment delle persone, aiutando a costruire relazioni significative di libertà e di responsabilità, di solidarietà, di reciprocità. Saper ascoltare e accompagnare i diversi bisogni e le diverse aspettative delle donne contribuisce al riconoscimento e al rispetto delle differenze nei percorsi di vita, negli approcci culturali, nei riferimenti valoriali. Siamo una società che cambia, anche molto velocemente e profondamente, ma troppo spesso manca una elaborazione sociale condivisa di questi stessi cambiamenti, che rischia di sollecitare spinte di chiusura, regressive, di paura. Le donne pagano un prezzo altissimo rispetto alle loro condizioni di autonomia, emancipazione, libertà. Riposizionare allora la politica e la cultura politica a partire dalla salute delle donne è un obiettivo di grande respiro, che deve coinvolgere le istituzioni, ma anche la società, tutti gli operatori e le professionalità, ma anche le persone.

Serve allora una vera, grande alleanza, dicevo, che rimetta in campo professionalità, ma anche passioni, partecipazione, valori. La salute delle donne durante tutto l'arco della loro vita deve essere rimessa al centro delle nostre responsabilità e delle nostre scelte. Di tutte le donne, italiane e anche immigrate, in età riproduttiva e in menopausa, adolescenti e anziane, che scelgono di mettere al mondo un figlio o che invece non possono per problemi di sterilità o perché affette da malattie virali gravissime o geneticamente trasmissibili. I vissuti personali di ognuna devono essere riconosciuti e ascoltati, promuovendo lo sviluppo di servizi efficaci ad intercettare non solo i bisogni di chi vi accede, ma soprattutto di chi non vi accede, attraverso l'offerta attiva degli interventi verso le fasce di popolazione più a rischio, promuovendo la capacità di accoglienza degli operatori, indispensabile per una effettiva presa in carico della donna, per assicurare la continuità assistenziale. Occorrono servizi non direttivi, ma contrassegnati da comunicazioni orizzontali improntate al protagonismo delle persone, in assenza di paternalismi o ideologismi di alcun genere e servizi che operino con équipe multidisciplinari, per garantire un approccio integrato alla salute della donna. Gli obiettivi del Progetto Materno Infantile devono insomma essere monitorati, applicati, affrontando da una parte le criticità e investendo dall'altra sulle esperienze innovative.

In questo senso il ddl che ho presentato è un segnale che ritengo possa essere importante. Si assumono da una parte le molte criticità che conoscete, ma si introducono anche innovazioni.

Infatti, in coerenza con gli obiettivi del Progetto Materno Infantile e con il Piano Sanitario nazionale 2006-2008, tra gli interventi previsti per la

L'intervento del ministro della Salute, che qui pubblichiamo, ha per noi "medici della donna" un significato particolare, oltre che per la valenza del ruolo istituzionale, soprattutto per la grande attenzione che Livia Turco ha riservato ai temi della salute femminile, fin dai primi giorni del suo mandato. Prendiamo, perciò, le parole conclusive dell'intervento del ministro come auspicio per un'ottima riuscita di questo Congresso e per il futuro lavoro comune, una "vera alleanza" per la salute delle donne nel nostro Paese



Nella foto Livia Turco

tutela dei diritti e della salute della gestante e del neonato, il ddl prevede una particolare attenzione al problema dei tagli cesarei (che, come è noto, sono stati nel 2004-2005 il 35%, con un tasso quindi più del doppio rispetto alla quota massima del 15% raccomandata nel 1985 dall'Oms); dell'allattamento al seno (che ancora non rispetcia le raccomandazioni dell'Oms-Unicef, a tre e a sei mesi di vita); della prevenzione dei rischi di malattia del nascituro, pre e post concezionali e quindi delle nascite a basso peso e pretermine; dell'informazione delle donne in gravidanza che registra ancora un limitato livello di diffusione (la percentuale di donne che ha frequentato un corso pre-parto si aggira intorno al 30%, con for-

SEGUE A PAG. 28 →

Confronto e rispetto reciproco per conciliare scienza ed etica

di **Ignazio R. Marino**

Professor of Surgery, Jefferson Medical College, Philadelphia
Presidente Commissione Igiene e Sanità, Senato della Repubblica



Viviamo in un'epoca di fiducia incondizionata nel progresso scientifico. Non esiste nella storia della scienza e dell'uomo, un periodo paragonabile per quanto attiene alla velocità del progresso tecnologico e della ricerca di base. Difficile dire quale sia stata l'invenzione che ha contribuito più delle altre a rivoluzionare il mondo della scienza ma è certo che l'ampliarsi delle conoscenze e l'evoluzione della tecnologia applicata alla medicina hanno comportato grandi cambiamenti, molti dei quali positivi, che hanno avuto delle ripercussioni importanti anche sul modo in cui i medici svolgono il proprio lavoro. Non c'è dubbio, infatti, che poter avvalorare le proprie opinioni sulla base degli esami diagnostici altamente sofisticati di cui disponiamo oggi riduce di molto i margini di errore e aiuta nelle scelte terapeutiche. L'informatica poi ha cambiato radicalmente le nostre abitudini, al punto che oggi si possono seguire le condizioni di salute di un paziente anche da lontano, collegandosi con la cartella clinica elettronica via internet, assistendo agli interventi chirurgici a distanza, inviando immagini radiologiche o istologiche da un continente all'altro.

Tutto questo ha contribuito a sviluppare un sentimento di ottimismo generalizzato verso la scienza e la medicina ma, a guardare bene, ha creato anche un senso di insicurezza rispetto alle nostre capacità di tenere sotto controllo tutte le implicazioni di tipo etico connesse al progresso illimitato della ricerca. Ci troviamo dunque sempre più spesso di fronte a quesiti molto complessi che non possiamo ignorare. Due esempi mi sembrano utili per chiarire in quale situazione di ambivalenza il progresso ci ha condotto.

È notizia recente che stia per entrare in commercio, prima negli Stati Uniti e poi anche in Europa, il nuovo vaccino contro il papilloma virus. La sua efficacia è stata riconosciuta prima dalla Food and Drug Administration e ora anche dalla commissione federale americana sui vaccini. La raccomandazione è di vaccinare tutte le ragazze di età compresa tra gli 11 e i 26 anni per debellare, nel giro di due o tre generazioni il papilloma virus, responsabile del 60-70% dei casi di tumore alla cervice dell'utero. La scoperta, dal punto di vista scientifico, rappresenta una pietra miliare per la storia della me-

dicina e per la salute delle donne, ma c'è un però: il vaccino, che va somministrato in tre dosi nell'arco di sei mesi, ha un costo di 360 dollari per il ciclo complessivo della terapia. Ciò significa che solo una minima percentuale delle donne del pianeta potrà avere accesso al vaccino, che da solo costa più di tutte le altre vaccinazioni obbligatorie per l'infanzia.

Gli Stati Uniti hanno già proposto lo stanziamento di due miliardi di dollari per assicurare la vaccinazione delle ragazze tra gli 11 e i 18 anni appartenenti alle fasce più povere della popolazione e, con ogni probabilità, le compagnie assicurative si assumeranno l'onere della vaccinazione per chi possiede un'assicurazione sanitaria privata. Certo, se si calcola che ogni anno in America tre mila settecento donne muoiono a causa di un cancro alla cervice dell'utero e ben dieci mila donne si ammalano e devono affrontare cure molto costose, oltre che sofferenze fisiche, in questo senso l'investimento massiccio in vaccini per le giovani generazioni può essere considerato conveniente anche dal punto di vista economico.

In Italia e in Europa il vaccino arriverà l'anno prossimo e la questione di una eventuale vaccinazione di massa dovrà essere affrontata a breve dai servizi sanitari pubblici e dal mondo politico. Nel nostro paese si calcolano circa 3.500 nuovi casi l'anno per tumori alla cervice e 1.800 decessi anche se il virus è tenuto sotto relativo controllo, dato che molte donne eseguono il pap test una volta l'anno.

Non possiamo dimenticare però che il virus fa strage nei paesi in via di sviluppo dove ogni anno si ammalano circa mezzo milione di donne e ben 370 mila muoiono, dal momento che non esiste alcuna forma di prevenzione regolare. È facile capire che proprio nei paesi più poveri del mondo il vaccino potrebbe dimostrare la sua maggiore efficacia e rappresenterebbe una vera e propria rivoluzione per il futuro e l'aspettativa di vita di milioni di donne. Questo però non avverrà, il vaccino sarà somministrato ad un gruppo limitato di adolescenti privilegiate del mondo occidentale e il progresso della scienza resterà confinato entro limiti geografici circoscritti che ci devono fare riflettere sull'eticità del progresso e sulla finalità dei molti, ingenti, investimenti economici.

Il secondo punto di questa mia riflessione riguarda il dibattito in corso in molti paesi del mondo sulla ricerca sulle cellule staminali. Riassumendo brevemente il nodo della questione, va ricordato che attualmente esistono circa 70 progetti sperimentali, condotti sull'uomo, che utilizzano le cellule staminali adulte. Alcune di queste sperimentazioni hanno avuto successo nella cura della cecità dovuta a danni corneali, nel trattamento delle ustioni, nella riparazione del tessuto cardiaco danneggiato da un infarto e in alcune gravi malattie del san-

gue. Le cellule staminali di origine embrionale, invece, hanno dato risultati incoraggianti negli animali da laboratorio, ma non esistono per ora sperimentazioni sull'uomo. Sappiamo che le cellule staminali embrionali hanno la sorprendente capacità di differenziarsi in cellule di qualsiasi organo o tessuto, per esempio cuore, ossa, sangue ecc. E questi dati hanno giustamente creato grandi aspettative per la cura di malattie come l'Alzheimer, il Parkinson o la sclerosi multipla. Forse un giorno queste malattie saranno sconfitte, ma per ora siamo nella fase delle ipotesi che andranno verificate.

Da medico e da uomo di scienza non nego il fascino delle prospettive legate alle staminali e credo che la ricerca in questo settore debba essere sostenuta, potenziata e finanziata. È probabile che malattie che danneggiano in modo irreversibile il cuore, il rene oppure il fegato saranno prevenute o i tessuti danneggiati saranno riparati con l'infusione di cellule sane. Tutto questo non solo permetterà di guarire malattie oggi incurabili ma di sostituire terapie come i trapianti. Forse questo avverrà grazie alle staminali di derivazione embrionale, forse saranno quelle del cordone ombelicale o forse altre ancora.

Ma su questo punto la scienza si è scontrata con il delicato problema etico dell'utilizzo delle cellule degli embrioni, in particolare di quelli soprannumerari congelati nelle cliniche dell'infertilità. Si tratta di embrioni abbandonati, che non hanno più una finalità riproduttiva e che prima o poi moriranno. Ma per chi è credente si tratta comunque di vite e come tali non possono essere sopresse; per chi è laico invece lasciare che si spengano da soli significa sprecare una risorsa

preziosissima che potrebbe essere utilizzata a fini di ricerca.

Esistono strade alternative attualmente in via di studio, alcuni articoli pubblicati recentemente dimostrano, infatti, la possibilità di creare cellule staminali embrionali in laboratorio senza passare per la distruzione degli embrioni. Si potrebbe anche puntare sull'individuazione del momento in cui gli embrioni congelati perdono la loro capacità riproduttiva e non sono

più in grado di dare origine ad un feto; e in questo caso valutare l'ipotesi, nel rispetto delle sensibilità di ognuno, di donare le cellule alla ricerca.

È evidente che dal punto di vista della scienza le strade da seguire sono molte mentre da quello etico si debba cercare un accordo uscendo dalla contrapposizione ideologica e aprendo un dialogo costruttivo tra la scienza e il sentire comune della popolazione.

Oggi la scienza sta toccando i meccanismi della vita così come noi la conosciamo. Il Dna è la chiave di regolazione della vita animale e vegetale del pianeta. Modifiche del Dna ottenute non attraverso processi di selezione naturale della durata di milioni di anni, ma in poco tempo nei laboratori possono aprire eccezionali prospettive per l'uomo, ma essere anche causa di effetti non prevedibili. Le implicazioni umane, sociali, politiche, economiche sono difficilmente immaginabili.

È impensabile che un confronto su temi di tale portata possa essere circoscritto al solo ambito scientifico e interrogarsi sulle implicazioni bioetiche legate alle nuove frontiere della scienza implica il confronto e la discussione tra ricerca, politica, religione, filosofia e giurisprudenza. Perché solo attraverso il metodo del confronto e del dibattito nel rispetto reciproco riusciremo a conciliare il progresso, un maggiore benessere per tutti gli esseri umani e la salvaguardia del nostro bene più prezioso, la vita.

La velocità del progresso scientifico e tecnologico ha prodotto ottimismo ma anche insicurezza sulle molte possibili implicazioni etiche

di Antonio Tomassini

Ginecologo, Membro della XII Commissione permanente Igiene e Sanità del Senato



Il contributo della politica allo sviluppo della ginecologia

La nostra specialità è diventata uno degli ambiti più dinamici e tumultuosi della scienza medica

Affermare che l'ostetricia sia intimamente collegata alla comparsa dell'uomo sulla terra e che fin dalle origini ricerca e scienza si siano occupate della maternità e della nascita pare ovvio e banale. In realtà, il percorso per dare ruolo e dignità a questo settore è stato impervio e irto di ostacoli: se ora abbiamo davanti ambiziosi obiettivi, non dobbiamo trascurare però che non tutti gli ostacoli del passato sono stati superati

Per secoli la nascita, e tutto quanto ad essa si collega, è stata considerata fenomeno fisiologico, solo da sorvegliare, e di conseguenza la ginecologia è stata valutata come una specialità medica minore. È stato arduo ritagliare un proprio ambito a questa branca della medicina, e all'inizio del secolo lo si è conquistato più per i legami con la chirurgia che non nell'obiettivo di risolvere le peculiari esigenze di salute delle donne.

Nell'ultimo secolo, tuttavia, l'ostetricia e la ginecologia sono diventati uno degli ambiti più dinamici e tumultuosi della scienza medica, con continui aggiornamenti e impensabili conquiste scientifiche. È come se all'improvviso si fosse passati dal Medioevo ad una proiezione nel futuro, oltre ogni immaginazione. Basti pensare alla medicina perinatale, con strumenti quali gli ecografi, le possibilità di diagnosi prenatale, le formidabili conquiste della prematurità; oppure all'oncologia, con lo sviluppo delle terapie personalizzate, anni di sopravvivenza conquistati e impulso alle azioni di prevenzione. Né si possono tralasciare la procreazione medicalmente assistita, la prevenzione e la cura delle malattie sessualmente trasmesse fino ad arrivare agli sviluppi più recenti della robotica.

Quale stimolo ed enzima indispensabile a questo straordinario processo di sviluppo vi è stata l'emancipazione femminile, senza però dimenticare la potenzialità che questa specialità ha di occuparsi a 360° di ogni aspetto della vita umana. Il tema della nascita e della salute della donna ha una rilevanza globale, senza frontiere etniche o di religione: è l'intera società che dibattendolo temi di grande rilevanza bioetica, pur con diverse aspettative e fortuna nei vari popoli, ha dato un impulso irrefrenabile alla nostra materia. Si è sviluppato interesse oltre che per la preziosità della nascita anche per la rilevanza sociale di alcune patologie: queste hanno trovato ampia discussione nelle pietre miliari costituite dalle conferenze mondiali del Cairo e di Pechino.

Per riassumere la grandiosità del nostro campo d'azione in una sola immagine, si può citare il celebre quadro di Gustav Klimt, "Le tre età della donna". Nella scorsa legislatura, nella Commissione che ho avuto l'onore di presiedere, è stato fortemente utilizzato lo strumento di iniziativa parlamentare dell'indagine conoscitiva. Abbiamo realizzato ben quattro indagini conoscitive, tutte centrate sulla salute delle donne e che hanno avuto grande rilevanza e diffusione: la prima era dedicata all'osteoporosi, e le successive rispettivamente alle cause della denatalità e all'assistenza al parto, alla diagnosi e prevenzione dei tumori femminili e alla rilevanza dell'endometriosi come malattia sociale. Le relazioni finali hanno ol-

trepassato i confini nazionali e soprattutto nel caso dell'osteoporosi e dell'endometriosi sono state prese ad esempio dal Parlamento europeo che ne ha preso spunto per direttive. Oltre alla Commissione va ricordato il rilevante impegno politico portato dalle donne parlamentari. In associazione con Europa Donna, le parlamentari italiane hanno stimolato proposte che lo stesso Ministro Turco in questa Legislatura ha fatto proprie: il parto senza dolore, il rilancio dell'attività consultoriale e la prevenzione dei tumori femminili. Non è casuale che da tempo siano stati creati nei governi ministeri ad hoc, quali quelli delle Pari opportunità e quello della Famiglia, mentre anche ministeri quali quello del Lavoro e quello dell'Ambiente stanno rivolgendo l'attenzione alle precipue situazioni che riguardano le donne.



Sta diffondendosi la proposta complessiva per la creazione dei cosiddetti "centri della medicina di genere" cioè ospedali e dipartimenti che si dedichino con particolare attenzione alle necessità femminili sotto tutti gli aspetti: architettonici, comunicativi, formativi e ovviamente anche e, soprattutto, nelle relazioni di cura. Questo progetto può apparire ambizioso e qualcuno lo ha giudicato come una semplice "trovata": in

realtà esso sviluppa non solo immagini e contenuti nuovi, dei quali c'è un forte bisogno, ma sensibilizza i protagonisti ad una profonda condivisione.

La storia della mia vita, ginecologo prima e poi politico dedicato a questi temi, è cominciata con l'ostetricia di altri tempi (quella dei rivolgimenti e dei forcipi alti) per passare attraverso i primi pap-test, agli albori della medicina perinatale, e giungendo infine ai giorni nostri: ciò mi rende sufficientemente smaliato da non cedere ai facili entusiasmi, pur sapendo che per raggiungere gli obiettivi più modesti e renderli più diffusi occorrono idee forti e lungimiranti. Pertanto è giusto proporre obiettivi alti e nobili, senza dimenticare che non tutte le frontiere e i problemi del passato sono risolti: ancora troppe luci e ombre vi sono nel nostro Paese che determinano sostanziali differenze tra cittadini più o meno fortunati a seconda delle situazioni.

L'assistenza ideale trova oggettivi ostacoli nelle carenze di organico, nelle insufficienze formative, nelle pastoie burocratiche e nella cattiva comunicazione. D'altro canto, pur tra mille difficoltà, tutte le valutazioni ci mettono ai primi posti nell'assistenza materno infantile. È da questa considerazione che dobbiamo ipotizzare un percorso che ci porti concretamente a ripensare un sistema sanitario che si interessi prima di tutto di sanità e poi di salute, di predittività e poi di prevenzione, di personalizzazione e flessibilità organizzativa, prima di rigidi modelli imposti.

È necessario ancora impegnarsi al massimo perché dappertutto vi sia concreta continuità di assistenza: che si chiudano le strutture obsolete, che si sviluppino un'adeguata clinica con gli strumenti più moderni, di provata utilità e non solo di moda.

La formazione continua deve essere rivolta alle reali necessità dei diversi luoghi di cura e vi deve essere un'attenta valutazione del rischio medico, rivedendo, una volta per tutte, le norme al riguardo la responsabilità professionale, evitando che lo specialista sia il predestinato capro espiatorio di ogni stato di insufficienza.

La politica potrà dare a questi problemi un contributo risolutivo, ed io darò certamente la mia disponibilità, per quanto è nelle mie forze. Ma resto convinto che molto di più può venire dalla proposizione e dall'azione di quelli che sono impegnati sul campo, forti della loro storia e della propria profonda vocazione.

Fare una legge sulla responsabilità professionale “è una necessità, non è retorica”

Restituiamo serenità ai medici per decurtare la spesa e migliorare l'assistenza

“Dar vita a una legge sulla responsabilità professionale è l'impegno che ha caratterizzato i miei anni di Segretariato” afferma Antonio Chiantera in questa intervista in cui ribadisce la necessità di affrontare, a livello politico e legislativo, quello che attualmente è il problema più serio per la categoria: il contenzioso medico-legale.

Il punto sull'impegno Aogoi per l'anno in corso, gli obiettivi raggiunti e quelli per i quali occorre ancora lavorare, le priorità che attendono la sanità pubblica, le aspettative legate alla rinnovata attenzione per i temi della salute della donna da parte del nuovo ministro Turco...E ancora, un sogno nel cassetto per un'importante associazione. Questi i temi principali affrontati dal segretario nazionale Aogoi

a cura di Arianna Alberti



Nella foto Antonio Chiantera

Professor Chiantera, che somme trae da quest'anno di attività di Aogoi, a partire dagli obiettivi che vi siete posti e dalle prospettive emerse nel corso del congresso di Bologna?

Il quadro è positivo in quanto, anche alla luce della nuova situazione politica, vediamo realizzabili alcune delle nostre proposte. Per esempio quelle relative alla legge sulla procreazione medicalmente assistita: la nostra associazione aveva palesato le sue perplessità riguardo questa legge e ora, con la nuova legislatura, si è aperto un nuovo dialogo, un confronto, che probabilmente sfocerà in una legge che, pur tenendo nel dovuto rispetto i parametri della vita umana, ci auguriamo sappia dare spazio alle esigenze degli operatori del settore, nonché alle aspettative della donna, alle sue speranze e delusioni...

Cosa rimpiange non si sia realizzato nel corso della precedente legislatura?

Il cambio del governo non ci ha permesso di portare in porto due leggi fondamentali: la proposta di legge sul percorso nascita, presentata dall'onorevole Giuseppe Palumbo, ex presidente della Commissione Affari Sociali, e quello sull'obbligatorietà dell'assicurazione presentata dal senatore Antonio Tomassini, ex presidente della Commis-

sione Sanità del Senato. Per quanto riguarda la prima, il ministro Turco l'ha ripresa, migliorandola e completandola, perciò credo che, presto o tardi, vedremo approvata questa legge che finalmente pone la donna al centro dell'evento parto e stimola anche una seria riflessione sul patologico incremento dei parti cesarei nel nostro Paese, particolarmente serio nelle regioni meridionali. Un problema questo che in parte è legato alla paura del travaglio di parto. Vorrei ricordare che un'indagine promossa due anni fa dalla Commissione Sanità del Senato, su sollecitazione della presidenza della Repubblica e del Sommo Pontefice, ha concluso che una delle cause principali della denatalità in Italia era riconducibile alla paura del dolore. Il nuovo percorso nascita propugnato dal ministro Turco, anche attraverso l'uso dell'anestesia epidurale in travaglio di parto, credo potrà dare una buona risposta a questo problema.

Quanto alla legge sulle assicurazioni proposta dal senatore Tomassini, disgraziatamente fallita, il problema è stato tamponato, con il nuovo Ccnl in cui abbiamo inserito un articolo che obbliga le Asl ad assicurare i dipendenti degli ospedali. Ora sarà cura delle organizzazioni sindacali far sì che questo avvenga.

Le problematiche legate alle assicurazioni, alla responsabilità medica e al contenzioso medico-legale sono temi centrali dell'impegno Aogoi...

Il problema del contenzioso medico-legale è attualmente il più serio per la nostra categoria. La pressione cui siamo sottoposti è unica al mondo. In America, per esempio, la questione viene affrontata sul piano del diritto civile, si tratta principalmente di una questione economica, di risarcimento del danno, non ha risvolti penali. I ginecologi italiani invece passano sotto due “rulli compressori”: da una parte, i risarcimenti, spropositati, spesso ingiusti e non dovuti; dall'altra, il processo, che, nei casi più drammatici, ci vede imputati di omicidio col-

poso. E, credo, che non si possa parlare di omicidio colposo nel caso di un medico che tenta di salvare una vita, tutt'al più di “soccorso improprio”. Omicidio colposo è un termine davvero troppo pesante. Pensi alla pressione cui è sottoposto un medico quando deve intervenire in un caso disperato, con la consapevolezza che l'indomani, forse, rischierà un'imputazione per omicidio colposo... È necessario avere il coraggio di affrontare il problema con opportune leggi, non si tratta di retorica, ma di necessità “tecnica”, per così dire. La colpa, d'altro canto, non è della magistratura. Una certa responsabilità, semmai, va parzialmente attribuita ai consulenti d'ufficio che, spesso, non sono profondi conoscitori della materia e, a volte, affrontano con superficialità il problema.

Questa situazione, poi, ha ulteriori, serie conseguenze, come la medicina difensiva, un problema pesante anche in termini economici. Se il medico ha paura, non si sente tranquillo, è inevitabile che, oltre ad assistere meno serenamente la sua paziente, metta in atto un sistema di protezione attraverso una marea di accertamenti e analisi, spesso inutili, a volte, raramente, dannosi, che, a mio avviso, incidono per un buon terzo sulla nostra spesa sanitaria.

Dunque è necessario restituire serenità agli operatori sanitari, anche al fine di ridurre la spesa sanitaria.

I ginecologi italiani passano sotto due “rulli compressori”: da una parte, i risarcimenti, spropositati; dall'altra, il processo, che, nei casi più drammatici, ci vede imputati di omicidio colposo

Quali sono i punti più qualificanti dell'impegno Aogoi 2005/2006 e quali le principali iniziative nel breve e lungo termine?

L'impegno più importante per questo inizio di legislatura è senz'altro quello di continuare nella ricerca di una piena collaborazione con la classe politica affinché la questione della responsabilità medico-legale venga ridimensionata e portata ai Consigli di disciplina degli Ordini dei medici che potranno, una volta opportunamente riorganizzati, affrontare il problema ponendo un calmierino al ri-

sarcimento del danno. Risarcimenti dell'ordine di 5-7 milioni di euro non sono più pensabili, non ci sono polizze che tengano. Come fa un giovane assistente, che a inizio carriera guadagna 1.800 euro, a pagare 9 mila euro l'anno per una copertura assicurativa di 3 milioni di euro? È necessario ragionare anche in questi termini.

Un altro impegno importante è costituito dal Progetto Menopausa Italia (Pmi), un'iniziativa cardine dell'Aogoi e, vorrei dire, della ginecologia italiana. Oggi assistiamo a una fase di stand-by per quanto riguarda la terapia ormonale sostitutiva ed è in corso un profondo ripensamento su questo tema, ma è indubbio che il Pmi in quanto progetto di monitoraggio della terza età della donna e delle sue patologie, intese come prevenzione, è di fondamentale importanza. Se si pensa che attualmente sono circa 127 mila le donne monitorate, se ne coglie la portata.

M.A.M.M.A. (Movement Against Malpractice and Accident) Aogoi è un'altra importante iniziativa su cui abbiamo investito le nostre energie. Si tratta di un progetto concepito non tanto in difesa della categoria, quanto, piuttosto, ispirato dall'esigenza di essere vicini a un collega che ha avuto un incidente di percorso, fornendogli la necessaria assistenza per proteggerlo da accuse infondate di malpractice o aiutarlo, quando invece ha sbagliato, a rimediare all'errore e risarcire il danno provocato. Per far ciò non è stato necessario inventarci nulla di particolare, avevamo già l'expertise, abbiamo scelto dei ginecologi esperti nei vari settori e vorremmo tanto che la magistratura attingesse alle loro competenze. Per questo stiamo notificando a tutte le Procure delle Repubblica l'elenco dei nostri esperti, invitandole a scegliere gli esperti sulla base delle competenze che abbiamo indicato. Spesso, anche illustri specialisti possono non avere i necessari requisiti di Ctu. Esemplicativa a riguardo la risposta che mi diede uno dei maggiori oncologi italiani, perito d'ufficio in un procedimento, quando gli chiesi da quanto tempo non entrava in una sala parto: "saranno 20 o 30 anni!".

La Scuola di Perfezionamento in Chirurgia Pelvica è un altro nostro fiore all'occhiello. Fortemente voluta dal nostro presidente Carlo Sbiroli, e sostenuta in primis da Fabio Sirimarco e Andrea Crescini, la Scuola è dapprima partita con un indirizzo di chirurgia laparoscopica per abbracciare poi la globalità della chirurgia pelvica, intesa come uroginecologia, chirurgia oncologica, tenuta del pavimento pelvico, patologie benigne della sfera genitale e così via. I corsi si stanno ora diffondendo su tutto il territorio e, ad oggi, sono oltre 40 quelli completati ed entro la fine dell'anno contiamo di raggiungere quota 50/60. Presso il Centro di biotecnologie dell'A.O.R.N. "A. Cardarelli" di Napoli abbiamo attivato una scuola per il training chirurgico su modello animale di tipo laparoscopico e di tipo riparativo delle lesioni che possono prodursi nel corso di un intervento (lesioni della vescica, dell'uretere, delle anse intestinali o dei grossi vasi...). L'esperienza diretta sul maiale ci permette di addestrare i nostri giovani alla correzione di incidenti di percorso e di salvare qualche vita umana.

Nel contesto della responsabilità medica il risk management ha una forte valenza. Qual è l'impegno dell'Aogoi a riguardo?

La gestione del rischio ha un valore fondamentale in ostetricia ginecologia, ben al di là del valore economico legato agli sconti assicurativi...Ma in questo ambito è bene procedere con cautela affinché il ginecologo non lo percepisca come un possibile strumento inquisitorio bensì come uno strumento di serena analisi del suo operato affinché venga evitata una buona parte di quegli incidenti ed errori che per l'appunto possono e

devono essere evitati.

Su questo fronte l'Aogoi si è molto impegnata realizzando numerosi corsi di formazione. Ora partiremo con una nuova esperienza che testeremo, tra ottobre e novembre prossimi, in Sardegna e Lombardia. Due colleghi per ospedale, tra quelli che daranno la loro disponibilità, verranno invitati a partecipare a un training sulla gestione del rischio dopodiché, sotto la supervisione dei capi dirigenti medici di I e II livello, avvieranno una gestione del rischio a livello sperimentale nella propria struttura. Questo avverrà con la collaborazione degli organi centrali delle Assicurazioni che, entro 6 mesi, potranno verificarne la qualità.

Qual è il sogno nel cassetto di un'importante associazione come la vostra?

Il sogno è quello di vedere il mondo ginecologico unito. La ginecologia italiana è divisa in alcuni settori e c'è della conflittualità che sarebbe auspicabile superare. Tutti noi siamo ginecologi e a tutti noi sta a cuore la dignità e tutela di questa professione, perciò dobbiamo cercare di eliminare inutili e dannosi personalismi.

In qualità di segretario nazionale di una rappresentativa – da un punto di vista qualitativo e numerico – parte della ginecologia italiana ci può dire cosa, a livello politico, è rimasto ancora un'utopia?

Ciò che è rimasto ancora un'utopia è la legge sulla colpa professionale. Si è sperato molto nel corso di tanti governi...Ricordo che con il governo D'Alema eravamo riusciti a inserire nella legge il concetto di micro e macro danno e a rendere il primo di interesse non penale ma solo risarcitorio. L'impegno su questo tema ha contraddistinto i miei anni di segretariato, un impegno che la nostra associazione dovrà portare avanti anche in futuro. Questo è necessario per recuperare serenità nel nostro lavoro e per ridurre considerevolmente la spesa sanitaria, fornendo altresì una migliore assistenza.

Che voto darebbe alla precedente legislatura per quanto riguarda la sanità?

Un voto basso. A fronte di tante promesse è stato fatto davvero poco.

Quali sono le priorità cui metter mano?

Strutture, riorganizzazione del lavoro, ricerca e prevenzione. Sono senz'altro queste le priorità. Per quanto riguarda le strutture, deve essere ben chiaro che per lavorare bene abbiamo bisogno di ambienti attrezzati e funzionali. Il Progetto materno infantile attualmente in vigore prevede a riguardo una serie di regole che per lo più non sono state soddisfatte. Uno studio condotto da Aogoi e Aaroi, l'Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani, ha mostrato come solo il 27-30% delle nostre maternità risponda ai requisiti minimi assistenziali. Il che significa che la maggioranza delle maternità in Italia non li possiede. Se non si inizierà a metter mano al riordino e alla riqualificazione delle strutture si continuerà a tirar le orecchie al solito asino (il povero tecnico che sta in sala parto) e non si risolverà un bel nulla. Non vorrei che i nostri manager si facessero le poltrone con la pelle del ginecologo...

Riorganizzazione del lavoro. Questo è un compito che spetta a noi, ma per assolverlo dobbiamo essere davvero parti attive nella gestione delle strutture sanitarie,

non attraverso una parvenza di Consiglio dei sanitari, che nella maggior parte dei casi o non esiste o non ha poteri, ma con delibere efficaci che diano reale valore a quanto sosteniamo.

Ricerca. L'ospedale di ricerca è il sogno di tutti i ginecologi! Se nei nostri ospedali potessimo fare ricerca scatterebbe immediatamente l'ospedale di insegnamento che darebbe qualità e dignità ai nostri ginecologi e migliorerebbe le loro prestazioni professionali portandole a livelli altissimi.

Prevenzione. Il concetto di prevenzione oggi è diventato automatico. Parlare di terapia ormai significa parlare di fallimento della prevenzione.

Le critiche, si dice, fanno crescere. Anche l'auto-critica serve. Che rimprovero si sente di muovere alla categoria medica in generale e nello specifico



alla vostra specialità per quanto riguarda il rapporto di lavoro e le condizioni lavorative negli ospedali?

Il rimprovero è che spesso per mancanza di coraggio od opportunità si china la testa di fronte ai nostri dirigenti e manager e si sorvola su alcune condizioni lavorative nei nostri ospedali assolutamente inaccettabili.

Che cosa si aspetta dal rinnovato dicastero della Salute, in primis dal Ministro Turco?

Dal ministro Turco mi aspetto molto, moltissimo, perché è una donna che ha sposato il problema della Donna italiana. I primi passi del nuovo ministro indicano chiaramente il suo interesse e impegno per la *women care*. Con il ministro abbiamo già avviato dei rapporti per sviluppare un programma congiunto nell'interesse della donna e del neonato.

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 300,0 mg. 1 ml contiene sodio alginato 100,0 mg e potassio bicarbonato 30,0 mg. Per gli eccipienti, vedere paragrafo 6.1.

3. Forma farmaceutica: Sospensione orale. Sospensione viscosa, biancastra.

4. Informazioni attente e i rischi da evitare: 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.

5. Posologia e modo di somministrazione: 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.

6. Controindicazioni: Intolleranza ai principi attivi o ad uno qualsiasi degli eccipienti, compresi gli esteri degli idrossibenzoati (parabeni).

6.1. Componenti della confezione:

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 (3,0 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 possano aumentare i livelli di potassio nel plasma. Ogni 10 ml contiene 300 mg (3,0 mmol) di calcio carbonato. Si deve prestare attenzione nel trattare pazienti affetti da ipercalcemia, nefrocalcolosi e calcoli renali ricidivi contenenti calcio. Nei pazienti con livelli molto bassi di acido gastrico c'è una possibilità di efficacia inferiore. Il trattamento di bambini di età inferiore ai 12 anni non è generalmente raccomandato, eccetto in caso di consiglio medico. Se i sintomi non migliorano dopo sette giorni, il quadro clinico deve essere rivalutato. Questo medicinale contiene metil-idrossibenzoato e propil-idrossibenzoato, che possono causare reazioni allergiche (possibilmente ritardate).

6.2. Note: Nessuna nota.

7. Risultati di studi di efficacia: 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.

8. Effetti collaterali: Nessuno. **9. Interazioni:** Molto raramente (<1/10.000) i pazienti sensibili ai componenti possono sviluppare manifestazioni allergiche, quali orticaria o broncospasmo, reazioni anafilattiche e anafilattoidi.

10. Informazioni: In caso di sovradosaggio, si deve ricorrere a trattamento sintomatico. Il paziente può notare distensione addominale. **11. Proprietà farmacologiche:** 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.

12. Meccanismo d'azione del medicinale: Il meccanismo d'azione del medicinale è fisico e non dipende dall'assorbimento nella circolazione sistemica. **13. Risultati di studi preclinici:** Non è stato riportato alcun risultato preclinico di rilievo per il prescrittore.

14. Informazioni farmacologiche: **15. Dati di sicurezza:** Calcio carbonato, carbonati, metil-idrossibenzoato E218, propil-idrossibenzoato E216, sodio alginato, sodio idrossido per l'aggiustamento del pH, acqua depurata.

16. Farmacovigilanza: Non pertinente. **17. Durata di conservazione:** 2 anni. **18. Condizioni di conservazione:** Non refrigerare. **19. Contenitori e chiusura primaria:** 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.

20. Istruzioni particolari: Nessuna istruzione particolare.

21. Titolari dell'autorizzazione all'immissione in commercio: Neclott Bendosier Healthcare (UK) Limited, Darson Lane, Hull, HU8 7DS, Regno Unito. Concessionaria per l'Italia: Novartis Consumer Health S.p.A., Origgio (VA).

22. Numero della registrazione all'immissione 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.

23. Data della prima autorizzazione all'immissione in commercio: Novembre 2004. **24. Data di rinnovo dell'autorizzazione:** Ottobre 2005.

Contro il reflusso gastroesofageo

GAVISCON ADVANCE

SOSPENSIONE ORALE AROMA MENTA
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.
- **FAILE DA ASSUMERE**, in qualsiasi momento.
- **IGIENICO**, grazie alle bustine emeticamente sigillate.

GAVISCON ADVANCE

Ferma il reflusso, non farlo tacere.

È ancora 35 anni il “magico numero” per la diagnosi prenatale invasiva del cariotipo fetale?

di Giovanni Monni, Maria Angelica Zoppi
Diagnosi Prenatale e Preimpianto,
Terapia Fetale, Ospedale Microcitemico, Cagliari

Le tecniche di diagnosi prenatale invasiva per le anomalie dei cromosomi, che al momento attuali prevedono l'introduzione di un ago attraverso l'addome materno (prelievo dei villi coriali o amniocentesi o cordocentesi), sono gravate da un rischio di perdite fetali, legate alla procedura, stimato intorno all'1%, che si somma al minimo, ma pur sempre presente, rischio di morbidità materna (Monni, Fetal Diagn Ther 2006).

Sul piano umano, inoltre, va considerato che la diagnosi prenatale può mettere la coppia, il futuro genitore, di fronte alla conoscenza di una grave patologia fetale per la quale non sia possibile al momento nessuna cura. La possibilità di accedere a informazioni di una tale portata richiede pertanto la massima cautela.

Queste problematiche ci fanno capire come la decisione di ricorrere a una diagnosi prenatale invasiva sia di estrema delicatezza, e che la donna deve potere prendere una tale decisione in piena coscienza e autonomia (Chervenak, Ultrasound Obstet Gynecol. 2006).

I test di screening prenatali per la sindrome di Down aiutano la donna in questa difficile decisione, in quanto, rispetto alla sola stima dell'età materna anagrafica, forniscono una più accurata e attuale stima del rischio individuale per quella gravidanza.

In un primo tempo, il rischio per la sindrome di Down, in base al quale veniva offerta la possibilità di accedere ad una diagnosi prenatale invasiva, era stimato solo in base all'età materna (35 anni veniva considerata la soglia più adatta), mentre alla fine degli anni '80 è stato introdotto come test di screening il Triplo Test, eseguibile dal secondo trimestre, che, pertanto, consentiva l'accesso, per motivi temporali, solo alla amniocentesi dalla 16^a settimana. Negli anni '90 è stata introdotto il test di screening con la misura ecografica della translucenza nucale fetale e poi, verso la fine degli anni '90, il Test Combinato del primo trimestre. Quest'ultimo prevede, oltre alla misurazione della translucenza nucale fetale, il dosaggio di alcuni parametri biochimici nel sangue materno (free- beta hCG e PAPP-A), in un periodo compreso tra la 11-14^a settimana (Spencer, Br J Obstet Gynecol 2003).

I test di screening eseguibili nel primo trimestre, oltre ad essere molto accurati, hanno spostato, con indubbi vantaggi, la possibilità di eseguire la stima del rischio in epoche gestazionali più precoci (Monni, Lancet 1998).

La gestante può quindi valutare le opzioni di diagnosi prenatale invasive già dal primo trimestre, e quindi ha la possibilità di ricorrere a una precoce diagnosi prenatale invasiva, tramite il prelievo dei villi coriali, nei casi a rischio aumentato.

Allo stesso tempo è stato evidenziato che l'esecuzione di un test di screening prenatale nel primo trimestre, come la translucenza nucale, non appare associato a un aumento dell'ansia nella madre, né durante né dopo la gra-

Probabilmente sono maturi i tempi per rivedere il vecchio criterio dell'età materna superiore ai 35 anni come fattore necessario e sufficiente per l'attribuzione di una gravidanza a una categoria ad alto rischio di patologie fetali, per le quali, senza discernimento, sia indicata la diagnosi prenatale invasiva.

Questo acquista una particolare valenza in Italia, dove la popolazione delle gravide sta inevitabilmente “invecchiando” e la domanda di diagnosi prenatali invasive è destinata ad aumentare, con crescenti problematiche di ordine etico, sanitario, organizzativo e, non ultimo, economico. Test di screening eseguibili al primo trimestre, sempre più accurati e adattabili alle specifiche esigenze della gestante, potrebbero essere una risposta a una domanda di diagnosi prenatale invasiva tout court

vidanza (Muller, Ultrasound Obstet Gynecol 2006). Anzi, è stato evidenziato che l'opportunità di orientare le proprie decisioni nel campo della diagnosi prenatale in maniera autonoma e cosciente è facilitato, se la gestante ha accesso a un test di screening come la translucenza nucale o il Test Combinato.

Infatti, si è dimostrato che le pazienti hanno la capacità di orientare le proprie scelte in base al risultato ottenuto da un test di screening. Per esempio, in donne di età avanzata, che hanno comunque la garanzia di accedere tramite il Servizio sanitario nazionale alla diagnosi prenatale invasiva per il solo fatto dell'età superiore ai 35 anni, la conoscenza del risultato del test della translucenza (basso o alto rischio) riduce la domanda di diagnosi prenatale invasiva nei casi con risultato a basso rischio (Zoppi, Obstet Gynecol 2001).

A questo proposito, un altro recente studio ha ulteriormente evidenziato che le gestanti appaiono in grado di utilizzare il risultato di un test di screening nel primo trimestre come base di informazione per l'assunzione di decisioni scientificamente determinate riguardo alla scelta di una tecnica di diagnosi prenatale invasiva (Nicolaidis, Am J Obstet Gynecol 2005). Infatti, la scelta di eseguire una tecnica di diagnosi prenatale invasiva, in una coorte di donne in gravidanza che avevano eseguito il Test di screening Combinato, era direttamente proporzionale al risultato (in termini numerici) della stima del rischio. Quanto più il rischio stimato dal test diminuiva, tanto più le donne declinavano la possibilità comunque loro offerta di eseguire una tecnica di diagnosi prenatale invasiva per lo studio del cariotipo fetale, e quanto più aumentava il rischio, tanto più aumentava la frequenza di accesso alle tecniche di diagnosi prenatale invasiva. La decisione non appariva invece correlata con quello che risultava il rischio stimato in base alla sola età materna. La misura della translucenza nucale e il Test Combinato possono essere eseguiti in gravidanza in un periodo abbastanza vasto, che copre 3 settimane, dalla 11^a alla 14^a settimana. In realtà, però, in una fase iniziale la misura della translucenza era stata proposta già a partire da 10 settimane e 3 giorni, cioè da quando il feto misura 38 mm di CRL (Nicolaidis, Br J Obstet Gynaecol 1992). È



Nella foto Giovanni Monni, vicepresidente Aogoi

stato solo in un'epoca successiva che, considerando l'opportunità di valutare anche altri parametri anatomici fetali, è stata spostata l'epoca di misurazione della translucenza da 11 settimane in poi, cioè da quando il CRL fetale ha una misura di 45 mm (Snijders, Lancet 1998). E ancora, valutando proprio quale possa essere considerata l'epoca migliore per la valutazione anatomica fetale del primo trimestre (quando cioè le strutture esplorabili fossero più agevolmente visualizzabili) e sia più facile la misurazione della NT, è stato indicato il periodo della 12^a settimana, quindi ancora più avanti nel periodo (Whitlow, Br J Obstet Gynaecol 1998).

In realtà, però, va considerato che la translucenza nucale fetale è un segno ecografico “dinamico”, cioè che si modifica nell'arco del primo trimestre. È esperienza comune che una translucenza di spessore aumentato, se rivalutata qualche giorno dopo, si modifica. Verso la 14^a settimana infatti, i vasi linfatici giugulari, che normalmente drenano i liquidi presenti nella regione del collo fetale nel primo trimestre, completano il loro sviluppo e riassorbono l'edema nucale eventualmente provocato da un ritardo di formazione delle connessioni fisiologiche (cosa che capita in genere nei feti con cariotipo normale ma anche con sindrome di Down). Invece, quando i vasi linfatici hanno una struttura anomala, l'edema nucale

permane e assume le caratteristiche di igroma cistico (come si verifica nei casi spesso associati a cariotipo 45 X0). A questo proposito è stato evidenziato che, in caso di translucenza ispessita, a una seconda valutazione (sempre eseguita nell'ambito delle 11-14 settimane), è più facile trovare la misura ridotta in caso di cariotipo normale, mentre in caso di cariotipo anomalo la misura risulta più facilmente uguale (difficoltà al drenaggio) o aumentata, come espressione di una maggiore difficoltà al riassorbimento dei fluidi nucali (Zoppi, Br J Obstet Gynaecol 2003).

Pertanto, andando a valutare l'accuratezza della misura della translucenza nucale come marker ecografico per lo screening della sindrome di Down si è evidenziato che tale segno risulta più sensibile nelle prime settimane, nell'arco del periodo considerato utile per la misura della translucenza, mentre verso la 14ª appare meno sensibile, ma sicuramente più specifico (Wald, Health Technology Assessment 2003; Zoppi, Prenat Diagn 2005; Malone, New Eng J Med 2005).

Questa evidenza clinica può essere considerata utile dal punto di vista pratico per offrire alla paziente il test di screening più adatto. Se infatti la paziente richiede un test di screening soprattutto sensibile (per esempio se voglia utilizzare la stima del rischio per rinunciare all'opportunità di una diagnosi invasiva garantita in base all'età), può essere utile eseguire la misura della translucenza precocemente nel periodo considerato. La paziente potrà essere informata che in quella epoca la misura della translucenza è infatti massimamente sensibile (anche se purtroppo sa-

Giovanni Monni premiato con la William Liley Medal

Siamo lieti di dar nota che la International Society "The Fetus as a Patient", composta dai più illustri esperti di medicina materno fetale e perinatale, ha premiato il vicepresidente Aogoi, professor Giovanni Monni, con la "William Liley Medal".

Sir William Liley è stato il pioniere della fisiopatologia materno fetale e, grazie alle sue scoperte e studi, è stato possibile salvare tantissimi neonati affetti da grave anemia emolitica da isoimmunizzazione Rh. Il prestigioso riconoscimento è stato

assegnato al prof. Giovanni Monni per i suoi studi e pubblicazioni, e per aver insegnato a tanti medici provenienti da diverse parti del mondo la diagnosi prenatale e l'ecografia per le malformazioni congenite.

La Liley Medal gli è stata consegnata dal prof. F. Chervenak, direttore della Cornell University di New York e presidente della Società "The Fetus as a Patient", durante il XXII Congresso della Società, svoltosi a Poznan, in Polonia, l'8 giugno 2006.

rà però gravata dal maggior numero di falsi positivi). Diverso è il discorso per le gestanti con "gravidanze molto preziose", quali per esempio quelle ottenute con procedure di riproduzione medicalmente assistita, che, se è lecito generalizzare, rispetto alla gravidanze spontanee, sono investite da ancor maggiori dubbi e turbamenti nel difficile processo di scelta per una diagnosi prenatale invasiva, gravata da un possibile rischio di perdita fetale legata alla procedura. Questa categoria di pazienti potrebbe essere più allarmata dall'ipotesi di un risultato falsamente positivo, e potrebbe avere un vantaggio nell'eseguire la misurazione della translucenza nucale verso la fine del periodo considerato, quando il test diviene più

specifico (sebbene meno sensibile) (Zoppi, Prenat Diagn 2005).

Da un punto di vista etico, un test di screening al primo trimestre, come la translucenza nucale ed il Test Combinato, appare accettabile per l'evidente e notevole beneficio clinico di consentire alla donna di esercitare, in maniera informata e autonoma, il diritto alle decisioni personali nell'ambito della diagnosi prenatale, con la formulazione del rischio individuale e attuale di cromosomopatia, (Chervenak, Ultrasound Obstet Gynecol 2006).

Al ginecologo spetta sicuramente il compito dell'informazione sulla possibilità di eseguire un tale test, che può essere quindi anche adattato in base anche alle specifiche esigenze della paziente.

Probabilmente potrebbero essere maturi i tempi per rivedere il vecchio criterio dell'età

materna superiore ai 35 anni come fattore necessario e sufficiente per l'attribuzione di una gravidanza a una categoria ad alto rischio di patologie fetali, per le quali, senza discernimento, sia indicata la diagnosi prenatale invasiva (Nicolaidis Ultrasound Obstet Gynecol 1995).

Questo acquista una particolare valenza in Italia, dove la popolazione delle gravide sta inevitabilmente "invecchiando". Circa il 25% delle gravidanze totali infatti si verifica in donne che hanno un'età superiore ai 35 anni, e nell'attuale scenario, la domanda di diagnosi prenatali invasive è destinato ad aumentare, con crescenti problematiche di ordine etico, sanitario, organizzativo e, non ultimo, economico.

Il contributo di Sanofi Pasteur MSD in Europa affonda le sue radici e trae ispirazione dalla visione innovativa di prestigiosi pionieri del vaccino come Louis Pasteur, Marcel Mérieux, Charles Mérieux, Jonas Salk, George Merck e Maurice Hilleman, che concepirono una sanità pubblica incentrata sui meccanismi di prevenzione.

Sanofi Pasteur MSD è l'unica azienda farmaceutica europea che si dedica esclusivamente ai vaccini.



Vaccini per la Vita

L'impegno di Sanofi Pasteur MSD

- Sviluppare e mettere a disposizione della popolazione europea vaccini innovativi
- Proteggere tutte le fasce d'età grazie ad un'ampia gamma di vaccini
- Contribuire a far conoscere le specificità ed il valore dei vaccini per la salute in Italia e in Europa:
 - Consolidando le conoscenze in vaccinologia dei medici e del personale sanitario
 - Informando e sensibilizzando gli operatori della Sanità Pubblica e, tramite gli stessi, tutta la popolazione interessata.



Tecniche innovative, materiali e presidi chirurgici di nuova generazione a disposizione dei partecipanti alla **Scuola di perfezionamento post-universitaria in chirurgia pelvica**, fiore all'occhiello delle iniziative di formazione Aogoi. Con una grande novità: la possibilità, per alcune tipologie di corsi, di un training chirurgico su modello animale sotto la guida di tutor esperti. Un percorso di procedure chirurgiche che ricalcano quelle praticate sulle donne, compresa la simulazione di eventuali complicanze. Il tutto nel Centro di biotecnologie situato presso l'A.O.R.N. "A. Cardarelli" di Napoli, una struttura unica nel suo genere in Italia, autorizzata a eseguire ricerca scientifica su animali da laboratorio, dotata di un suo stabulario e di personale strutturato esperto

a cura di Riccardo Tomassetti



Nella foto Fabio Sirimarco, direttore U.O.S.C. di Ginecologia e Ostetricia, direttore Dipartimento Materno Infantile A.O.R.N. "A. Cardarelli", Napoli

Intervista a Fabio Sirimarco, direttore scientifico dei corsi

Una scuola di perfezionamento all'avanguardia. Per formare professionisti di qualità

Ad un anno dalla istituzione della Scuola di Perfezionamento Post-Universitaria In Chirurgia Pelvica, incontriamo il professor Fabio Sirimarco, direttore scientifico dei corsi, per fare un bilancio sui primi dodici mesi di attività e conoscere i progetti futuri della Scuola

Professor Sirimarco, come è nato questo progetto?

L'Aogoi ha sempre posto molta attenzione all'aggiornamento continuo dei ginecologi italiani: ne sono testimonianza i numerosi Meeting e Corsi promossi dall'Associazione che, nel corso degli anni, hanno contribuito alla formazione post-universitaria dello specialista. In quest'ottica, il presidente Carlo Sbiroli e il segretario nazionale Antonio Chiàntera, raccogliendo le richieste avanzate da molti dei nostri soci e considerando lo sviluppo che le diverse tecniche chirurgiche hanno avuto negli ultimi anni, hanno ritenuto utile sviluppare un programma formativo articolato, dedicato al settore chirurgico della nostra disciplina, istituendo la Scuola di Perfezionamento Post-Universitaria in Chirurgia Pelvica.

Tale esigenza nasce dalla constatazione del proliferare negli ultimi anni di numerosi corsi, anche di buon livello, ma frutto dell'iniziativa di singoli gruppi. Il nostro progetto, coinvolgendo le maggiori Scuole ospedaliere italiane, si propone di fornire un modello didattico omogeneo, rispondente a precisi standard di qualità, in modo da rappresentare un punto di riferimento nella costellazione delle singole iniziative.

Quali sono gli obiettivi della Scuola?

La Scuola si propone di offrire ai circa 5 mila iscritti della nostra Associazione un modello didattico per sviluppare le tecniche chirurgiche ed acquisire informazioni scientifiche sulle indicazioni e sulle controversie in chirurgia ginecologica. L'obiettivo è quello di perfezionare le capacità chirurgiche dei partecipanti e, al contempo, ampliarne le conoscenze scien-

tifiche di più recente acquisizione. Attraverso questa iniziativa, mettendo a disposizione il meglio delle professionalità che la nostra associazione può offrire, ci auguriamo di poter contribuire al miglioramento del livello assistenziale offerto dalle U.O. di Ginecologia ed Ostetricia degli ospedali italiani.

Qual è in sintesi la struttura didattica della Scuola?

Il modello organizzativo è strutturato in corsi differenziati, che riflettono le diverse vie di approccio in chirurgia ginecologica nelle quali ogni singolo partecipante desidera perfezionarsi: sono stati infatti messi a punto corsi di chirurgia vaginale e ricostruttiva del pavimento pelvico e corsi di chirurgia laparotomica, laparoscopica e isteroscopica. Sono stati inoltre dedicati corsi specifici al campo della oncologia ginecologica e a quello della patologia della riproduzione umana, data la complessità di queste discipline e l'interesse che suscitano. Inoltre, per le tecniche di più recente acquisizione come quelle endoscopiche, abbiamo previsto

una differenziazione in corsi base, rivolti ai neofiti, e corsi avanzati per coloro che abbiano già acquisito una esperienza iniziale e vogliano accedere a procedure di livello avanzato.

Quali sono le sedi e quale modulo didattico è stato previsto per i corsi?

I Corsi sono organizzati in strutture ospedaliere in-

Un programma formativo articolato, dedicato al settore chirurgico della nostra disciplina, fortemente voluto dai professori Carlo Sbiroli e Antonio Chiàntera, che hanno raccolto le richieste avanzate da molti dei nostri soci



dividuate dalla Aogoi come centri di riferimento per la didattica e con una casistica ed una esperienza adeguate a promuovere una azione di formazione nelle diverse branche della chirurgia ginecologica.

Tutte le attività hanno una impostazione preminentemente pratica: gran parte della didattica viene infatti svolta direttamente in sala operatoria sotto la guida di tutor e, in alcune tipologie, è previsto un training su modello inanimato. La didattica frontale è stata anch'essa impostata in modo tale da avere una immediata ricaduta pratica sulla preparazione del ginecologo ed è fortemente incentrata sulla interazione continua tra tutor e corsisti. Per questo motivo i corsi sono organizzati per piccoli gruppi di circa dieci persone in maniera tale da favorire il rapporto e l'interazione diretta con i tutor e l'ottimizzazione del processo di apprendimento. In alcuni casi i corsi vengono organiz-

zati con il modello "residenziale" per una full immersion in un clima di informalità che riteniamo essere di ulteriore ausilio per il buon esito finale.

Scopo dei corsi è implementare la manualità chirurgica e le conoscenze scientifiche nella gestione delle complicanze e nella manipolazione chirurgica di organi diversi da quelli riproduttivi

Con quali competenze si esce dai Corsi e quale autonomia si acquisisce?

Il Ginecologo che partecipa ad un corso viene in primo luogo aggiornato dal punto di vista scientifico, cercando di tracciare percorsi diagnostico-terapeutici per le patologie chirurgiche in ginecologia sulla base della evidence-based medicine. Parallelamente il training in sala operatoria sotto la guida dei

tutor permette di acquisire e perfezionare le tecniche chirurgiche e di poter prevenire e gestire le complicanze. Quest'ultimo aspetto, quello delle complicanze, è stato ritenuto prioritario e ci ha indotto ad allestire dei corsi dedicati, con training pratico su modello animale con un panel di tutor multidisciplinari,

coinvolgendo urologi, chirurghi generali e vascolari.

Anche se non abbiamo la presunzione di pensare che alla fine del corso i colleghi che ritornano nei propri luoghi di lavoro siano completamente autonomi, siamo convinti che questo tipo di iniziativa possa rappresentare la base da cui poter cominciare in maniera graduale ad applicare le tecniche apprese. Per i corsi avanzati invece si esce dal programma di training potendo affrontare anche le procedure chirurgiche più complesse.

La Scuola ha previsto, per coloro che ne facciano richiesta e per consentire di poter ritornare "a casa" con una maggior confidenza con le tecniche chirurgiche e una maggiore autonomia, un periodo di formazione residenziale (stage individuale) di circa quattro settimane presso uno dei centri ospedalieri di eccellenza messi a disposizione dalla Aogoi.

Quali le caratteristiche più innovative dei corsi?

Una delle novità previste per alcune tipologie di corsi è il training chirurgico su modello animale con la possibilità di sperimentare tecniche innovative insieme a materiali e presidi chirurgici di nuova generazione. Per questo tipo di formazione, l'Aogoi mette a disposizione dei partecipanti un struttura dedicata, unica nel suo genere in Italia, nella quale è possibile praticare procedure chirurgiche su animali in anestesia, in sale operatorie dedicate e dotate di tutte le tecnologie più avanzate.

Quali sono le caratteristiche del Centro di Biotecnologie, situato a Napoli presso la Azienda di Rilievo Nazionale "A. Cardarelli"?

La presenza, fin dal 1986, di un centro autorizzato a eseguire ricerca scientifica su animali da laboratorio e dotato di un suo stabulario e di personale dedicato all'interno dell'Azienda "A. Cardarelli" di Napoli ha contribuito alla costituzione del Centro di Biotecnologie, istituito nel 2000 e rivolto principalmente alla ricerca sperimentale con fini clinico-applicativi. Si tratta di una struttura all'avanguardia per dotazioni strumentali e personale medico e tecnico-scientifico. Con un'attenzione particolare alla didattica: il Centro è infatti dotato di sale operatorie con postazioni apposite per le esercitazioni e aule multimediali per le lezioni teoriche.

Quali sono le attività che la Scuola di Perfezionamento Post-Universitaria in Chirurgia Pelvica

Il Centro di Biotecnologie: una struttura di eccellenza presso l'A.O.R.N. "Cardarelli" di Napoli

Il Centro di Biotecnologie dell'Azienda Ospedaliera a Rilievo Nazionale "A. Cardarelli" di Napoli è stato istituito nel marzo 2000 e le sue attività sono rivolte principalmente alla ricerca sperimentale con fini clinico-applicativi, storicamente meno rappresentata nella realtà regionale, a fronte di una notevole presenza di autorevoli centri di Ricerca di base. La presenza sin dal 1986, all'interno dell'Azienda Cardarelli, di un centro autorizzato ad eseguire ricerca scientifica su animali da laboratorio e dotato di un suo stabulario con topi, ratti, conigli e maiali e di personale strutturato esperto ha

contribuito alla costituzione del Centro di Biotecnologie.

Le attività di ricerca, iniziate dal 1992 sul ratto, e concernenti l'utilizzo di cellule epatiche allo/xenogeniche nelle insufficienze epatiche acute e croniche, hanno portato alla messa a punto, su animali di grossa taglia, di un prototipo di fegato bioartificiale che è stato sperimentato sull'uomo in un Trial Multicentrico Europeo autorizzato dal Ministero della Sanità.

Nell'anno 2000 il Centro di Biotecnologie ha costituito il Consorzio "Bioricerche 2000", insieme al Dipartimento Clinico Veterinario dell'Università

di Bologna, all'Istituto Zooprofilattico "B. Umbertini" di Brescia e alla Biotest Italia di Milano. Il Consorzio, che persegue la promozione e lo sviluppo di tematiche di ricerca di importanza strategica per l'area 1 (zone depresse della Ue), ha richiesto e ottenuto un finanziamento dal Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica per lo sviluppo di un bioreattore per la sostituzione temporanea delle funzioni epatiche in pazienti colpiti da insufficienza epatica acuta e destinati a trapianto di fegato.

È inoltre attiva da un paio di anni l'Unità Sperimentale di Patologia Molecolare nata con il

ha previsto nel Centro di Biotecnologie di Napoli?

Nel giugno 2005 l'A.O.R.N. "A. Cardarelli" ha intrapreso una collaborazione con la Scuola di Perfezionamento Post-Universitaria in Chirurgia Pelvica, promossa e coordinata dall'Aogoi, per la realizzazione di Corsi di Chirurgia Laparoscopica e Laparotomica in Ginecologia rivolti a ginecologi provenienti da tutta Italia.

L'attività della Scuola presso il Centro di Biotecnologie è decollata nel novembre 2005.

Sino ad oggi, sono stati organizzati 3 corsi di chirurgia laparoscopica e 3 corsi di chirurgia laparotomica per un totale di 60 medici formati che hanno seguito, nel corso di 4 giornate di attività, lezioni teoriche con l'immediata applicazione nella pratica chirurgica. Tutti i corsi sono stati accreditati dal programma di Educazione Continua in Medicina del Ministero della Salute con 30 crediti.

In tutti i corsi è stato dato ampio spazio alla prevenzione e alla gestione delle complicanze operatorie con circa 5 ore dedicate alla riparazione delle lesioni intestinali, urologiche e vascolari attraverso procedure praticate direttamente dai corsisti in sala operatoria sugli animali. Questo programma è stato possibile

Tutti gli argomenti affrontati dalla Scuola di perfezionamento

I Corsi prevedono la partecipazione di docenti e tutor particolarmente esperti del settore e si articoleranno nelle seguenti tipologie:

1. Chirurgia oncologica in ginecologia
2. Chirurgia vaginale e ricostruttiva del pavimento pelvico
3. Chirurgia laparoscopica di base
4. Chirurgia laparoscopica avanzata
5. Chirurgia Isteroscopica di base
6. Chirurgia Isteroscopica avanzata
7. Chirurgia in Medicina della Riproduzione
8. Chirurgia laparoscopica di base su modello animale
9. Chirurgia laparoscopica avanzata su modello animale
10. Chirurgia laparotomica di base su modello animale
11. Chirurgia laparotomica avanzata su modello animale

grazie alla collaborazione di un panel di tutor multidisciplinare operante nella nostra Azienda ospedaliera.

Quali animali vengono utilizzati per questo tipo di corsi e che tipo di esercitazione viene effettuata?

Il modello suino è, per dimensioni e ca-

ratteristiche anatomiche, quello che meglio si adatta a questo tipo di training chirurgico. Tutti gli animali vengono opportunamente preparati e anestetizzati. Nel corso delle procedure chirurgiche previste gli animali sono assistiti e continuamente monitorizzati. Il Centro è infatti dotato di uno staff medico, veterinario e infermieristico dedicato e tutte le procedure vengono praticate nel massimo rispetto degli animali stessi. Con la collaborazione e la dedizione dei miei collaboratori abbiamo cercato, in accordo con gli altri tutor della Scuola, di standardizzare un percorso di procedure chirurgiche che ricalchino in qualche modo quelle che vengono praticate sulle donne, in modo tale da trasmettere le gestualità chirurgiche che ci si trova ad affondare durante la pratica clinica. Le procedure sui maiali vengono effettuate con l'ausilio di video che vengono proiettati prima e durante l'attività in sala operatoria. Vengono inoltre simulate complicanze e sotto la guida dei tutor si procede direttamente alla loro gestione chirurgica.

Per sviluppare un percorso didattico personalizzato gli interventi chirurgici hanno generalmente una progressione, in termini di complessità, adattata ai singoli operatori.

Esistono corsi analoghi in Italia e all'estero?

Vi sono pochi esempi in Europa di questa modalità

In queste pagine: alcune immagini delle attività dei corsi presso il Centro di Biotecnologie



preciso intento di aprire una "finestra genetica" sul fegato e sui meccanismi correlati al trapianto. Nel centro inoltre opera uno dei tre Centri italiani per lo studio e la diagnosi dell'Ipertermia Maligna.

Tra le numerose attività è attivo un servizio di documentazione biomedica, che utilizzando banche-dati è in grado di eseguire on-line ricerche bibliografiche e approfondimenti sulla letteratura scientifica mondiale. Recentemente, per meglio rispondere ai bisogni dei pazienti, il servizio di documentazione ha sviluppato alcuni progetti di informazione e divulgazione attiva rivolti al paziente. Per quanto attiene alla formazione, il Centro di Biotecnologie organizza per il personale dell'azienda e di altre strutture sia ospedaliere che universitarie corsi base e avanzati di Microchirurgia

Sperimentale e di Videolaparoscopia su modello animale, autorizzati dal Ministero con apposita autorizzazione in deroga, dopo il parere favorevole dell'Istituto Superiore di Sanità. Per questo tipo di attività il Centro dispone di una camera operatoria con 5 postazioni per lo svolgimento di corsi di chirurgia e videolaparoscopia, di una sala di

microchirurgia con 15 postazioni per lo svolgimento di corsi di microchirurgia e di un'aula multimediale utilizzata per le lezioni teoriche e lo svolgimento dei corsi sull'utilizzo delle Banche Dati. Dal 2000 tutti i corsi sono accreditati presso il Ministero della Salute nell'ambito del programma di Educazione Continua in Medicina.

formativa: in Francia esiste a Strasburgo il più grande centro Europeo di didattica chirurgica su modello animale e in Italia ci sono pochi centri di questo tipo. Sul nostro territorio il Centro di Biotecnologie del Cardarelli di Napoli rappresenta probabilmente un esempio unico per attrezzature, personale specializzato e dedicato, possibilità di sperimentazione e know-how. Per questo motivo l'Aogoi ha deciso di mettere a disposizione dei soci questa opportunità che costituisce un importante punto di forza che caratterizza la Scuola.

Dal feed-back ricevuto in questo primo anno, abbiamo infatti riscontrato con soddisfazione un alto indice di gradimento da parte dei partecipanti per questo tipo di iniziativa. Sono state infatti numerose le richieste di partecipazione e particolarmente gratificanti le lettere ed e-mail di apprezzamento ricevute per l'organizzazione di questo tipo di corsi.

Attività e tematiche dei Corsi di Chirurgia Laparoscopica e Laparotomica su modello animale

CORSI DI CHIRURGIA LAPAROSCOPICA SU MODELLO ANIMALE

(Base e avanzati)

- Strumentario chirurgico laparoscopico
- Power sources: elettrochirurgia, sealing systems, ultrasuoni
- Tecniche di accesso alla cavità addominale
- Tecniche di sutura in laparoscopia
- Ergonomia in chirurgia laparoscopica
- Annessiectomia e isterectomia
 - Accesso al retroperitoneo, linfadenectomia, dissezione ureterale, nefrectomia
 - Management laparoscopico delle urgenze ginecologiche
 - Management delle complicanze

intestinali, urologiche e vascolari

CORSI DI CHIRURGIA LAPAROTOMICA SU MODELLO ANIMALE

(Base e avanzati)

- Anatomia chirurgica della pelvi femminile
- Elementi di base in chirurgia laparotomica
- Strumentario chirurgico – Materiali e Tecniche di sutura
- Tecniche chirurgiche per patologia benigna
- Tecniche chirurgiche per patologia maligna
- Riconoscimento e Management delle lesioni vascolari, urinarie ed intestinali



Carissimo Fabio
l'amico Andrea Tinelli mi ha scritto parole entusiaste sul corso che hai organizzato e ho pensato che ti avrebbe fatto piacere sapere che il tuo lavoro è stato apprezzato.
Ti riporto le frasi di Andrea e ti faccio i miei complimenti.
Carmine Gigli

Sono rientrato ieri dal bellissimo Corso di Chirurgia su modello animale, organizzato dal Prof. Fabio Sirimarco sotto l'egida dell'AOGOI.
Mi creda è stato bellissimo, interessantissimo e molto proficuo.
Unico neo: un po' massacrante come orari (circa 10 h al giorno) di interventi chirurgici sui suini (ma non per me).
Abbiamo fatto tutti i complimenti al Prof. Sirimarco e alla sua equipe; il Centro di Biotecnologie dell'Ospedale Cardarelli di Napoli è molto bello e ben assistito dallo staff di medici veterinari.
Credo che il successo di questa iniziativa permanente possa solo che inorgoglierà l'AOGOI e noi Ospedalieri, sempre più coinvolti in progetti di formazione clinico-chirurgica.
Con affetto
Andrea Tinelli

Quali sono stati sino ad oggi le attività della Scuola e quali gli obiettivi raggiunti?

Ad oggi il progetto di formazione che ci siamo impegnati a promuovere è in una fase già molto avanzata. Sono stati infatti già organizzati corsi per tutte le discipline, distribuiti in maniera uniforme su tutto il territorio. Per tutte le iniziative abbiamo avuto una grande richiesta da parte degli iscritti alla associazione e già in questo primo anno sono state portate a termine più edizioni di ogni singolo corso.

Chiediamo infine al professor Sirimarco quali sono i programmi della Scuola per il prossimo futuro e gli obiettivi che si propone di raggiungere.

Come già detto, la soddisfazione degli iscritti all'associazione che hanno già avuto accesso ad uno o più corsi ci dà lo stimolo e la forza per proseguire nel nostro impegno in questa complessa iniziativa, cercando, "in corso d'opera" di migliorare tutto ciò che è possibile, raccogliendo le osservazioni e i suggerimenti che ci perverranno, indispensabili per mantenere la qualità della Scuola adeguata alle aspettative dei nostri soci. Per quanto riguarda il traguardo, l'auspicio è quello di dotare gli ospedali italiani di standard di qualità omogenei nella gestione delle patologie chirurgiche della nostra disciplina. Per quanto ambizioso possa sembrare, la Scuola vuole rappresentare un mezzo per uniformare la qualità delle prestazioni secondo linee guida condivise.

Una delle numerose e-mail di apprezzamento per i Corsi. Questa, trasmessa dal segretario nazionale Fesmed, Carmine Gigli, al professor Fabio Sirimarco, è del dottor Andrea Tinelli, attualmente in servizio presso l'U.O. di Ginecologia e Ostetricia dell'Ospedale Civile "V. Fazzi" di Lecce, il quale ha già effettuato Training Chirurgico su modello animale sia in Italia che all'estero

I temi degli altri Corsi

CORSI DI CHIRURGIA ONCOLOGICA

- Anatomia chirurgica e topografica della pelvi
- Anatomia patologica e fattori di rischio
- Diagnostica per immagini
- Stadiazione clinica delle neoplasie ginecologiche
- Strumentario chirurgico e preparazione della paziente
- Terapia chirurgica
- Terapia adiuvante
- Terapie integrate
- Ruolo della laparoscopia
- Decorso post operatorio e gestione della paziente oncologica

CORSI DI CHIRURGIA VAGINALE E RICOSTRUTTIVA DEL PAVIMENTO PELVICO

- Anatomia chirurgica e funzionale della pelvi
- Criteri di selezione e preparazione della paziente
- Strumentario chirurgico
- Isterectomia vaginale
- Chirurgia ricostruttiva del pavimento pelvico: tecniche chirurgiche ed utilizzo di materiale protesico o biologico
- Prevenzione e trattamento delle complicanze

CORSI DI CHIRURGIA LAPAROSCOPICA

(BASE ED AVANZATI)

- Strumentario chirurgico
- Tecniche di accesso alla cavità addominale

- Caratteristiche ed impiego delle Power Sources
- Tecniche di sutura endoscopica
- Procedure chirurgiche di base
- Procedure chirurgiche avanzate
- Prevenzione e trattamento delle complicanze
- Preparazione della paziente e monitoraggio del decorso post operatorio

CORSI DI CHIRURGIA ISTEROSCOPICA

(BASE ED AVANZATI)

- Strumentario isteroscopico
- Organizzazione di un servizio di isteroscopia
- Isteroscopia diagnostica
- Isteroscopia operativa

- ambulatoriale
- Chirurgia resettoscopica
- Prevenzione e trattamento delle complicanze

CORSI DI CHIRURGIA IN MEDICINA DELLA RIPRODUZIONE

- Ecografia, Sonoisterosalpingografia, Isterosalpingografia
- Isteroscopia diagnostica e operativa
- Idrolaparoscopia e salpingoscopia
- Laparoscopia diagnostica e operativa
- Chirurgia mininvasiva nelle tecniche di riproduzione assistita

di Valeria Dubini* e Piero Curiel
*N.S.G.D. - U.O. Ginecologia e Ostetricia,
Asl 10, Firenze

La menopausa come età del cambiamento: qualità di vita e terapie ormonali



Édouard Manet, le Portait de Mery Laurent aux seins nus

L'interesse nei confronti delle problematiche relative all'età menopausale è un fenomeno del tutto recente: sappiamo infatti che fino all'inizio del secolo che ci ha appena lasciato la durata della vita media di una donna coincideva, nella stragrande maggioranza dei casi, con la sua capacità di procreare. Del resto, se guardiamo al mondo animale, ci rendiamo conto che per nessuno di essi esiste il problema della menopausa: la donna rappresenta l'unico mammifero per la quale una parte della vita si svolge dopo l'esaurimento della fertilità.

Negli ultimi decenni la vita media è andata progressivamente allungandosi e di questo mutamento epocale il sesso femminile è il vero protagonista: oggi una cinquantenne ha di fronte a sé almeno 35 anni da trascorrere prima di concludere l'avventura terrena ed almeno 12 probabilità su 100 di superare i 90 anni. A fronte di queste conquiste che benessere e tecnologia hanno portato, l'orologio biologico che segna l'esaurirsi della capacità procreativa è rimasto invece assolutamente immutato: se l'età del menarca si è anticipata, negli ultimi 20 anni, di circa 2 anni, l'età della menopausa non ha subito invece alcuna modifica, e questo nonostante le nostre cinquantenni siano sempre più belle, attive, giovani e attraenti.

Non stupisce, dunque, che questa età della donna abbia assunto un interesse e un'attenzione finora sconosciuti, con particolare riferimento a tutti quegli aspetti che riguardano la "qualità della vita" che fanno sì che la longevità conquistata non si traduca semplicemente in un' "aggiunta di anni", ma nel mantenimento, il più a lungo possibile, di una condizione di "benessere", sia psichico che fisico.

Letteralmente "menopausa" significa cessazione delle mestruazioni, ma noi sappiamo che l'aspetto più

significativo è costituito dal cessare dell'attività ovarica e quindi dalla perdita della capacità riproduttiva. Nonostante le donne di oggi siano passate attraverso enormi trasformazioni, abbiano partecipato alla separazione tra sessualità e procreazione, e abbiano conquistato un ruolo sociale e professionale che in passato sarebbe sembrato impossibile, se non impensabile, raggiungere, non c'è dubbio che la capacità generatrice costituisce un elemento essenziale dell'identità di genere, con il quale nessuna donna può, prima o poi, non confrontarsi.

Le over 50 non somigliano neppure lontanamente alle loro nonne, per le quali la maternità rappresentava l'unica possibilità di avere un ruolo nella società, seppure obbligato e non certo scelto: è facile immaginare come in una condizione in cui la sessualità femminile era vincolata solo e soltanto alla procreazione, e per la donna l'unico ruolo possibile era quello di madre, l'esaurirsi della magica capacità procreativa comportasse un sentimento di

L'esaurimento della capacità riproduttiva continua, tutt'oggi, a rappresentare per molte donne, un momento di perdita, una porta di passaggio verso l'invecchiamento, l'inevitabile confronto con il tempo che passa, e a comportare pertanto tutta una serie di conseguenze sulla propria immagine. In una società in cui la scissione tra la procreazione e la sessualità sembra essere un dato acquisito – pensiamo alla contraccezione, ma anche alle tecniche di fecondazione assistita – l'età della vita nella quale tale scissione si realizza risulta difficile da leggere sotto una luce diversa anche per le donne più emancipate.

Le tappe della vita della donna sono contemporaneamente momenti psicologici e fisici, in cui le trasformazioni biologiche del corpo si accompagnano a imponenti modificazioni ormonali, in un percorso circolare. Perciò, al di là della pressione sociale e culturale, e del fascino, anche, esercitato da modelli consumistici "feminine for ever", non si può sottovalutare quell'insieme di disturbi fisici e psico-emotivi che la carenza estrogenica della menopausa comporta, e contro i quali, la terapia ormonale sostitutiva, assunta con "senso del limite", può rivelarsi uno strumento di grande efficacia

"perdita" e di inutilità.

Per la verità non tutte le culture vedono la donna in menopausa dallo stesso punto di vista: in alcune, la perdita della fecondità rappresenta la condizione per acquistare un potere sociale fino ad allora negato; come se la donna, privata delle pericolose capacità attrattive legate alla femminilità e alla sua spaventosa e incontrollabile capacità creativa, potesse finalmente sedere allo stesso tavolo degli uomini, da pari a pari. Così accade, ad esempio, nei paesi di cultura islamica ove la donna, dopo la menopausa, acquista un ruolo nuovo e più importante. Nell'impero ottomano la maggiore potenza dell'impero era rappresentata dalla Sultana, non la moglie, ma la madre del Sultano. La vecchiaia dunque affranca le donne dal dover portare il fardello della subalternità e della remissione, e conferisce loro un nuovo potere che deriva dal riconoscimento delle capacità intellettuali, fino ad allora negate o percepite come negative e rischiose.

Scriveva Karen Blixen in *Sette Storie Gotiche*: "...quan-

do sono vecchie abbastanza da averla finita una volta per sempre con l'essere femmine, e possono sguinzagliare intere le loro energie, debbono essere le più potenti creature del mondo..." svelando con molta efficacia l'altra faccia di questa età.

Nella cultura occidentale, la menopausa ha rappresentato, in passato, uno spazio vuoto, come se le donne passassero dalla fertilità alla vecchiaia senza attraversare un percorso di trasformazione graduale, anzi, come se questo percorso suscitasse inquietudine e fastidio.

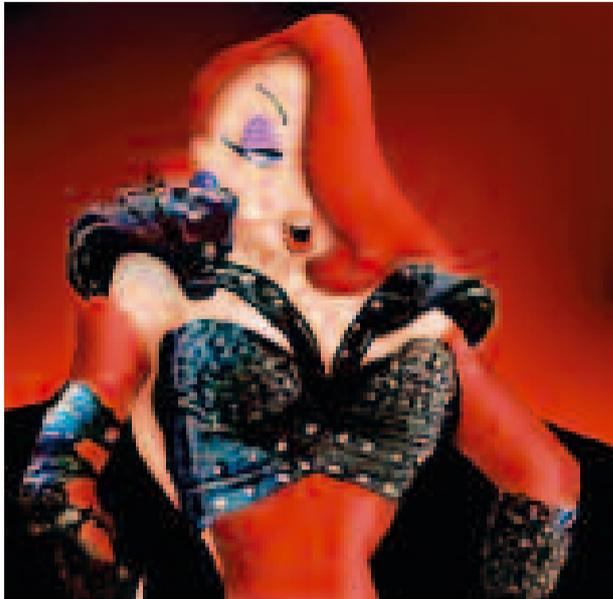
L'esaurimento della capacità riproduttiva continua tutt'oggi a rappresentare per molte donne, un momento di perdita, una porta di passaggio verso l'invecchiamento, l'inevitabile confronto con il tempo che passa, e a comportare pertanto tutta una serie di conseguenze sulla propria immagine:

in una società in cui la scissione tra la procreazione e la sessualità sembra essere un dato acquisito (pensiamo alla contraccezione, ma anche alle tecniche di fecondazione assistita) l'età della vita nella quale tale scissione si realizza, risulta difficile da leggere sotto una luce diversa anche per le donne più emancipate.

Eppure le donne sono abituate a passare attraverso "trasformazioni": la menopausa è un'epoca di cambiamento, ma lo sono anche la pubertà e la gravidanza; nell'immaginario individuale e sociale, però, mentre pubertà e gravidanza sono investite di un significato evolutivo e creativo, la menopausa è vista prevalentemente come perdita, involuzione, lutto. Ciò non toglie che tutte le epoche di "cambiamento" siano epoche di "crisi", in cui si rende necessario trovare le capacità di ricostruire un'immagine di sé, e in cui questo non sempre riesce: non è un caso se queste età della vita sono gravate, con frequenza non trascurabile, da disturbi psichici specifici (l'anoressia mentale, la depressione del postpartum, la depressione menopausale), segnale tangibile di una difficoltà ad adattarsi al cambiamento. Eppure "crisi" può significare anche spinta evolutiva, momento di arricchimento, riorganizzazione, eventi che si realizzano solo se si accetta e si dà significato alla trasformazione.

Le tappe della vita della donna sono contemporaneamente momenti psicologici e biologici, in cui le trasformazioni del corpo si accompagnano ad imponenti modificazioni ormonali, con ricadute sul piano psichico, in un percorso sempre circolare.

L'evento biologico principale che caratterizza la menopausa è rappresentato dalla cessazione della funzionalità ovarica e dalla conseguente carenza estrogenica: gli estrogeni impregnano tutto il corpo femminile, garantiscono i caratteri sessuali secondari, influiscono in maniera determinante su tutte quelle che sono le caratteristiche proprie della "femminilità". La loro carenza comporta tutta una serie di ricadute sull'organismo, le più conosciute delle quali sono i fenomeni vasomotori, l'osteoporosi, le alterazioni dell'apparato cardiovascolare, i disturbi del trofismo urogenitale. Ma recettori per gli estrogeni sono presenti in tutti gli organi di senso, che sono quelli che ci mettono in rapporto con l'ambiente circostante: è ovvio



quindi che la carenza estrogenica si manifesti anche a questo livello. Così nella cute, sulla quale peraltro agiscono anche la fotoesposizione e l'invecchiamento, si osserva un assottigliamento dell'epidermide e del derma, una riduzione e frammentazione delle fibre elastiche e del connettivo, una riduzione delle ghiandole sebacee e sudoripare, un tono cutaneo ridotto, una riduzione dei peli pubici. Alcune patologie degenerative degli occhi e del visus sono influenzate dall'ipostrogenismo. La secchezza della congiuntiva, anche per la riduzione dell'apparato lacrimale, porta frequentemente a bruciore e arrossamento; la pressione endoculare tende ad aumentare ed è più frequente la formazione della cataratta. L'ipostrogenismo della menopausa ha effetti anche su sensibilità, consapevolezza e memoria olfattiva, con riduzione della neuroplasticità dell'epitelio olfattorio: tutto ciò ha risvolti anche sul fronte sessuale comportando una minore capacità di riconoscere sia i propri odori sessuali, sia di riconoscere i feromoni maschili. La menopausa può poi provocare disestesia e alterazioni del gusto, modificazioni qualitative e quantitative della saliva (riduzione della capacità antimicrobica, secchezza delle mucose). Molto importanti sono le problematiche relative alla salute dei denti, che minacciano da vicino i sorrisi delle nostre cinquantenni. La caduta dei denti è per lo più in rapporto ad una condizione di osteoporosi sistemica, ma anche le carie, le gengiviti atrofiche, le periodontiti, più frequenti in menopausa, contribuiscono ad una cattiva salute del cavo orale.

L'aumento del peso corporeo, con distribuzione di tipo androide del grasso, è un evento purtroppo diffuso, che porta conseguenze importanti soprattutto sul piano del riconoscimento della propria immagine; a dire il vero non è molto chiaro quanto giochino le modificazioni ormonali e le caratteristiche costituzionali e quanto invece contribuiscano esercizio fisico, fumo, alimentazione.

Legati al deficit estrogenico, almeno in parte, sono anche una serie di disturbi della sfera psicoemozionale (tono dell'umore, depressione, irritabilità), la difficoltà a concentrarsi, la perdita di memoria, l'astenia. A questo corredo sintomatologico devono aggiungersi i disturbi vasomotori, che tanto interferiscono con la vita di relazione, e le sudorazioni notturne con conseguente disturbo del ritmo del sonno.

L'insieme di manifestazioni, non sempre ben conosciute e studiate, sono quelle che in fondo maggiormente condizionano il benessere della donna, contribuendo a quella crisi di identità che si traduce in una frase che frequentemente ci capita di ascoltare: "non mi riconosco più".

Alterazioni psicobiologiche e modificazione dell'immagine corporea sono i maggiori determinanti di questa difficoltà a ritrovarsi; ma se lo specchio rimanda

un'immagine alterata nella quale la donna non ritrova più la propria capacità seduttiva, se la percezione di sé non è più confortante, se l'insicurezza prevale, allora è chiaro che anche la sessualità ne risenta negativamente.

Anche il partner è coinvolto in questa crisi di identità; anche per lui questa età rappresenta un momento difficile sul fronte fisico, professionale, familiare, con la percezione di non avere più risultati da conseguire, ma di avere di fronte solo una discesa più o meno lenta. L'osservazione dei cambiamenti della compagna vengono quindi vissuti con preoccupazione e talvolta desiderio di fuga, anche perché immagine riflessa della propria trasformazione.

Ma allora? È davvero tutto così drammatico? E come pensare di trascorrere un terzo della propria esistenza solo come pallida appendice di ciò che è stato in precedenza?

Per fortuna ci sono anche molte donne che rimandano una sensazione di accettazione costruttiva del cambiamento, che mantengono la voglia di essere al meglio, di coltivare i propri interessi e le proprie attività, che in fin dei conti apprezzano anche i vantaggi di essere ancora sane e in forma, di aver conquistato un ruolo sociale solido, di essersi finalmente affrancate dai rischi di una gravidanza indesiderata. Certo non è sempre così, e le donne che raccontano queste storie sono in prevalenza quelle che anche negli anni precedenti vivevano una situazione soddisfacente. Sono ancora molte, invece, coloro che mostrano "rassegnazione" piuttosto che "accettazione" di fronte a quelli che ritengono inevitabili disagi dovuti all'età e traducono, magari in un secondo momento, in sintomo o malattia la destabilizzazione subita.

Ecco allora che è importante inserire un concetto, non del tutto nuovo in medicina, ma a cui si presta attenzione solamente da pochi anni: il concetto di qualità della vita (QDV).

Questa nuova concezione nella valutazione dello stato di salute deriva dalla consapevolezza che la lotta contro le malattie e la ricerca di vivere più a lungo da sole non bastano; esiste anche una più complessa e sofisticata necessità di benessere, che riguarda la possibilità di vivere meglio, e soprattutto una vita che valga la pena di essere vissuta.

Il concetto di QDV nasce inizialmente dalla necessità di un bilancio esistenziale proponibile in condizioni di gravi malattie, specie oncologiche (indice Karnowsky), ma si è poi esteso ad una serie di altre situazioni, non necessariamente patologiche, allo scopo di individuare e meglio definire la complessità dei fattori che influiscono sulla nostra esistenza.

Se il termine benessere esprime un bilancio positivo della propria condizione, riferito essenzialmente a un'obiettività clinica, la QDV, pur non trascurando la valutazione dello stato di salute, introduce l'elemento della percezione soggettiva, che tiene conto di tutta una serie di altri fattori che riguardano il nostro essere persone, e cioè capacità intellettuali, affettive, emotive, ricchezza culturale e collocazione sociale, insomma tutto quello che contribuisce ad essere soddisfatti di esserci. "Il QDV è in definitiva una quantificazione della componente obbiettiva dello stato di salute, filtrata dalla percezione dell'individuo" (G.B. Serra).

Si può ben comprendere come la valutazione del QDV divenga essenziale nella valutazione di un fe-

È importante inserire un concetto, non del tutto nuovo in medicina, ma a cui si presta attenzione solamente da pochi anni: il concetto di qualità della vita (QDV)

nomeno come la menopausa, fenomeno che si iscrive nell'ambito della fisiologia, ma che è suscettibile di condizionare negativamente la vita di molte donne: il poter fare riferimento a scale di valutazione standardizzate si è poi rilevato utile, sia per una valutazione globale e riproducibile, che per un monitoraggio della terapia. L'indice di Kupfermann, il WHQ, il MENQOL (che valuta in special modo l'impatto dei fenomeni vasomotori), il Psychological general Well-being Index (che associa vitalità a salute, autocontrollo e sintomatologia psichica), l'EQ-5D (che analizza 5 parametri: mobilità, cura di sé, attività abituali, sensazioni di dolore/fastidio, presenza di ansia/depressione), sono i questionari più frequentemente utilizzati per la valutazione delle donne in menopausa. Si è così evidenziato come sia diffuso e trasversale quel malessere che non è malattia, ma è comunque interferenza negativa nella vita di ogni giorno, e che è fatto di sintomi fisici, emotivi, sessuali e situazioni esistenziali, sociali e culturali.

Paradossalmente, ma forse non tanto, man mano che passano gli anni dalla cessazione del ciclo, il malessere tende a diminuire, come se, una volta stabilizzatasi la nuova condizione, fosse finalmente possibile prenderne atto e la paura lasciasse il campo ad un'accettazione più serena di quello che ormai è avvenuto.

L'uso dei parametri per la valutazione della QDV ci insegna dunque che è il momento di passaggio, quello più difficile, e che è lì che può rendersi necessario un sostegno, e un nostro intervento.

La terapia ormonale sostitutiva può rivelarsi in questo senso uno strumento di grande efficacia: in effetti permette di ripristinare l'impregnazione estrogenica

ca in tutti i tessuti e specialmente a livello del Snc, agendo positivamente sul tono dell'umore, restituendo capacità di agire e interagire, riattivando i processi cognitivi, in definitiva favorendo la ripresa di una buona vita di relazione.

Non vogliamo fare nostro il modello consumistico proposto ossessivamente da stampa e mass-media di donne bioniche e rampanti, "feminine for ever", come dicono gli americani, che in virtù degli sviluppi della chirurgia estetica e delle terapie ormonali, continuano a proporsi come eterni sex symbol, inseguendo un mito di eterna giovinezza che è poi ancora una volta un'esorcizzazione del cambiamento e un adeguamento ad una visione tutta al maschile.

Vogliamo invece proporre un ponte che, passando dal riconoscimento e dall'accoglienza del disagio, accompagni e sostenga, con gli strumenti di cui disponiamo, una graduale transizione ad un'età più avanzata, nella quale si ricreano nuovi equilibri e si scoprono nuovi valori.

Questo "senso del limite" è forse quello che maggiormente distingue noi europei dai nostri cugini americani: non si può non pensarci quando leggiamo studi pubblicati e ben noti, che parlano di donne 79enni che iniziano una terapia sostitutiva ormonale.

In effetti la letteratura produce moltissimi studi in questo settore, e, spesso, i mass-media provvedono poi ad amplificare, in maniera del tutto distorta, risultati talvolta discutibili. È il caso dello studio Women Health

Initiative (WHI), propagandato come testimonianza dei pericoli e del fallimento della HRT: in realtà questo studio non ci dice niente di nuovo rispetto a quanto già non sapevamo: già si conosceva l'aumento del

rischio di cancro mammario, delle trombosi venose, dello stroke, la diminuzione del rischio di osteoporosi e di carcinoma al colon.

Desta qualche perplessità la qualità della casistica che non rappresenta certo la tipologia delle donne che nel nostro paese si rivolgono alla terapia ormonale sostitutiva. A fronte di una età media nel WHI di 63.3 anni, nel nostro Progetto Menopausa Italia (Pmi) l'età media era di 10 anni inferiore (53.5). Le donne studiate negli Usa sono inoltre più grasse (BMI >30 nel 34% dei casi vs 13.4% nel Pmi), più frequentemente diabetiche (4.4% vs 2%), ipertese (35% vs 21%) con anamnesi positiva per eventi coronarici pregressi (5.5% vs 1.3%). Difficile quindi riportare i risultati Usa all'esperienza italiana ed europea, dove nessun ginecologo ha, credo, mai pensato di protrarre la terapia per decenni, magari iniziando in età molto avanzata. In definitiva, tutto questo ha consentito di puntualizzare meglio indicazioni e controindicazioni della HRT. Infatti, tutte le società scientifiche che hanno, dopo la comparsa dei lavori relativi allo studio HERS/HERS 2 e WHI, emesso comunicati esplicativi, concordano su alcuni aspetti che sembrano fondamentali. Appare logico e giustificato utilizzare, in assenza di controindicazioni, la terapia sostitutiva per un certo periodo di tempo al fine di ridurre/annullare la sintomatologia vasomotoria e i disturbi del sonno; non appare giustificato invece istituire una terapia sostitutiva allo scopo di una prevenzione primaria o secondaria di patologia cardiovascolare; la terapia sostitutiva può essere utilizzata ai fini della prevenzione dell'osteoporosi solo se altre possibilità preventive sono escluse.

Insomma, non vogliamo riportare l'estate in una stagione in cui non si può non intravedere il fantasma dell'inverno che si avvicina, ma godere ancora un po' il calore e la luce del sole, in un'"estate di San Martino" (*indian summer*), che risvegli desideri e speranze, e aiuti ad accogliere con serenità il futuro che ci è davanti.

La terapia ormonale sostitutiva può rivelarsi uno strumento di grande efficacia: permette di ripristinare l'impregnazione estrogenica in tutti i tessuti e specialmente a livello del Snc

di **Sonia Baldi e Costante Donati Sarti**
Progetto Menopausa Italia

Raccomandazioni clinico-pratiche in menopausa e terza età

La necessità di elaborare un documento di consenso sulla diagnosi e il trattamento della peri e post menopausa muove dall'esperienza decennale del Progetto Menopausa Italia

In occasione dell'82° Congresso Nazionale Sigo saranno presentate le raccomandazioni clinico-pratiche per la gestione della donna in perimenopausa. La necessità che la nostra associazione elaborasse un documento di consenso ha come punto di partenza l'esperienza del Progetto Menopausa Italia che da ormai dieci anni contribuisce, con i suoi lavori, incontri scientifici coinvolgenti operatori distribuiti su tutto il territorio nazionale, a definire il trattamento preventivo e terapeutico delle problematiche relative al periodo della menopausa.

Sono state sviluppate nuove linee guida per la gestione dei disordini che necessitano di una strategia a breve e a lungo termine implicando una collaborazione multidisciplinare tra le diverse specialità mediche. Un periodico consenso si rende estremamente utile specie in un campo, come la terapia ormonale e la menopausa, in rapida evoluzione tecnico-concettuale

di conoscenze scientifiche e di pratica clinica. Ci sono stati progressi nel campo della diagnosi, della prevenzione dei trattamenti, della comprensione e degli aspetti psicosociali del problema.

In particolare, è stata affermata l'importanza del contatto iniziale con la donna, della sua sensibilizzazione alle tematiche della menopausa e di una sua informazione corretta e adeguata. Tutto questo comporta per il medico un aumento della complessità delle decisioni cliniche e una condivisione delle scelte con la paziente.

Tale attività richiede la capacità di integrare la propria pratica clinica con le esperienze che provengono dalle ricerche scientifiche con un'attenzione critica ai limiti che queste ultime possono offrire.

A tal fine si è proceduto alla stesura di queste "Raccomandazioni", per fornire al Ginecologo, e/o al Medico che si occupi di problemi connessi con la me-

nopausa, una traccia a cui ispirarsi nella sua pratica clinica.

Lo scopo del lavoro è quello di realizzare un piccolo volume di facile e rapida consultazione, che fornisca i punti salienti per la diagnosi e trattamento della peri e postmenopausa. Saranno indicati nella prima parte dei percorsi di inquadramento clinico-diagnostico della sintomatologia relativa alla perimenopausa e postmenopausa, con particolare attenzione alla anamnesi familiare e personale, anche allo scopo di individuare dei fattori di rischio per patologia dove può risultare particolarmente utile la sorveglianza clinica e l'attuazione di programmi di prevenzione come alcune modifiche dello stile di vita.

Una particolare attenzione è riservata alle terapie, in particolare a quelle ormonali, di cui vengono illustrati i preparati attualmente disponibili, i dosaggi, le possibili vie di somministrazione e gli schemi attuabili. Nei vari capitoli dedicati specificamente all'individuazione del rischio fratturativo, oncologico e cardiovascolare e psico-neurologico saranno affrontati i benefici, le limitazioni e rischi della terapia ormonale, definiti alcuni follow-up clinici in corso di trattamento e saranno considerati gli effetti e limiti di alcune scelte terapeutiche alternative.

Nel capitolo dell'uroginecologia viene fornita una flow-chart operativa che può risultare un utile strumento per la diagnosi e il trattamento dei relativi disturbi. Vengono inoltre indicati i casi di incontinen-

za e atrofia che possono trarre beneficio da un trattamento ormonale locale.

Sicuramente l'etiologia mista, multifattoriale, è in causa nella maggioranza dei disturbi sessuali femminili (Fsd-Female sexual dysfunction), specie dopo la menopausa. La diagnosi richiede quindi una valutazione articolata sul fronte sia biologico, sia psicosessuale e relazionale. Studi prospettici rigorosi e ben articolati sul fronte diagnostico sono ancora necessari per individuare il contributo terapeutico specifico della Hrt nei confronti della Fsd, rispetto ad altre terapie sul fronte biologico e/o psicosessuale e relazionale.

Con il termine di qualità di vita correlata alla salute si intende il bilancio globale della propria condizione clinica e psichica, che si traduce in benessere, condizione sulla quale interferiscono lo stato funzionale, la propria percezione e le opportunità sociali, e sul quale hanno influenza sia la malattia che le terapie per combatterla. Poiché si fa riferimento ad una condizione soggettiva che è filtrata dalla percezione del soggetto, spesso essa risulta difficilmente valutabile.

Non c'è alcun dubbio che, seppure condizione assolutamente fisiologica, la menopausa è spesso responsabile di una percezione distorta di sé e del proprio stato di salute.

Il deterioramento della qualità di vita della donna in postmenopausa può conseguire alla sintomatologia climaterica, alla alterazione della qualità del sonno, alla instabilità emotiva e alla depressione del tono del-

l'umore, al graduale declino delle funzioni cognitive, alla distorsione delle percezioni mediate dagli organi di senso, alle modificazioni del peso e dell'aspetto corporeo, alla riduzione della libido.

La menopausa chirurgica può esercitare i suoi effetti soprattutto nelle aree della sessualità, degli adempimenti personali, della salute fisica.

Quindi, è necessario definire come si possano rendere obiettivamente le modificazioni della qualità della vita e inoltre le modalità con le quali possiamo stabilire se una strategia terapeutica è stata efficace.

Lo stile di vita, definito come un insieme di comportamenti connessi tra loro, fortemente influenzati dalle condizioni economiche e sociali, è stato indicato dall'Oms quale requisito necessario per il mantenimento di un buono stato di salute.

In periodo menopausale è compito del ginecologo suggerire uno stile di vita sano in cui giocano un ruolo estremamente importante una dieta equilibrata, un'attività fisica regolare, la riduzione dell'assunzione di alcol e la cessazione del fumo di sigaretta, fattori di per sé in grado di migliorare il benessere individuale e di ridurre il rischio di malattia.

Infine, rimane essenziale nell'approccio alle problematiche della menopausa valutare gli effetti degli interventi preventivi e terapeutici, riconoscendo le difficoltà poste da una pratica clinica in continua evoluzione.

Un particolare ringraziamento a tutti i colleghi che, riuniti in gruppi di studio, hanno portato avanti un lavoro di analisi e dibattito durato oltre un anno che ha portato alla stesura del documento finale con l'auspicio che possa diventare uno strumento operativo e di riferimento per i ginecologi.



Prefolic®

VO3AF N⁵-metiltetraidrofolato di calcio

Riassunto delle caratteristiche del prodotto 1. DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE
PREFOLIC® 15 Compresse **PREFOLIC® 50** Iniettabile **PREFOLIC® 50** Iniettabile 2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA **PREFOLIC® 15** Compresse Una compressa gastroresistente contiene: Principio attivo: N⁵-metiltetraidrofolato di calcio pentaidrato 19,18 mg pari ad acido 15 mg **PREFOLIC® 15** Iniettabile Un flacone di iniezione contiene: Principio attivo: N⁵-metiltetraidrofolato di calcio pentaidrato 63,93 mg pari ad acido 50 mg 3. FORMA FARMACEUTICA Compresse gastroresistenti Flaconi di iniezione - fiale di solvente 4. INFORMAZIONI CLINICHE 4.1 Indicazioni terapeutiche In tutte le forme di carenza di folati dovute ad aumentata richiesta, ridotto assorbimento, insufficiente apporto dietetico. Nella terapia sintomatica di crisi acute di carenza di acido folico e per combattere gli effetti collaterali indotti da anticancerici e da metotrexato. 4.2 Posologia e modalità di somministrazione Dopo somministrazione orale di **PREFOLIC®** si ottiene un picco ematico a 2-3 ore che decade poi lentamente nel tempo. La posologia media di **PREFOLIC®** sia per via orale che per via parenterale intramuscolare o endovenosa può essere indicata in 15 mg al dì o a giorni alterni secondo prescrizione medica. Il trattamento con **PREFOLIC®** deve essere prolungato fino a completa normalizzazione dei sistemi della carenza folica e ricostituzione del patrimonio endogeno. In casi occasionali o nell'impiego del **PREFOLIC®** per l'antidote dei farmaci citotossici-antifolati (ad esempio nel caso di somministrazione di metotrexato ad alti dosi), la posologia può comportare l'uso di dosi più elevate, somministrate ad intervalli di poche ore: 15 mg per os ogni 6-8 ore oppure 50-100 mg per endovena ogni 3-6 ore per qualche giorno in loco di parimenti del "rescue". 4.3 Controindicazioni (ipersensibilità nota verso i componenti). 4.4 Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso Nel caso si faccia ricorso alla somministrazione endovenosa si raccomanda di praticare l'iniezione lentamente. Nei soggetti epilettici i farmaci anticonvulsivi possono provocare un abbassamento della folatonemia somministrazione di **PREFOLIC®**, pur combattendo tale effetto, può aumentare la frequenza degli accessi. Le compresse sono gastroresistenti, ma non (o il principio attivo nell'intestino prolassato; esse non vanno masticate, ma debbono essere deglutite intere, preferibilmente al mattino, in presenza di alimenti. periodica è buona norma associare al **PREFOLIC®** anche la vitamina B₁₂ per prevenire le complicazioni neurologiche della malattia. 4.5 Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione Non sono note. 4.6 Uso durante la gravidanza e l'allattamento. Intra di composto vitaminico, normale componente del ciclo riproduttivo, priva di effetti sulla madre e sul feto. 4.7 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchinari Non interferisce sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari. 4.8 Effetti indesiderati Con l'uso del prodotto sono possibili manifestazioni di sensibilizzazione (dolore, orticaria, ipertensione arteriosa, mal di capo, bruciore, shock anafilattico). 4.9 Somministrazione Non sono noti fino ad ora casi clinici di sovradosaggio. 5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE 5.1 Proprietà farmacodinamiche N⁵-metiltetraidrofolato di calcio (5-MTHF), molecola biologica di natura vitaminica, è un principio attivo che interviene negli organismi animali in una serie di reazioni importanti, dal punto di vista biochimico, biofisico e molecolare. Il metabolismo dell'acido metilcobalamina. In queste reazioni

sono in particolare ricordate le seguenti: la sintesi delle purine e del triptofano, troppo indispensabile per le biosintesi degli acidi nucleici; la sintesi ossea dei nucleotidi a partire da serina, glicina, istidina, formilcisteina; c) la sintesi della metionina a partire dall'omocisteina, reazione che richiede la presenza della vitamina B₁₂ come cofattore e che pertanto rappresenta il punto di interazione tra folati e cobalamina. 5.2 Proprietà farmacocinetiche Per le sue caratteristiche di molecola fisiologica il 5-MTHF viene utilizzato dall'organismo come tale, senza cioè subire ulteriori processi di biotrasformazione. Esso costituisce la forma fisiologica di trasporto dell'acido folico nel plasma; dove rappresenta la quasi totalità dei folati circolanti. È prontamente assorbito dal tratto digestivo e, quindi, si distribuisce in tutti i tessuti (compreso il SNC); esso è infatti captato dai glicosidi nel liquido cerebrospinale ove la sua concentrazione è pari o tre volte quella del sangue. Il 1/2 del 5-MTHF per via endovenosa è di circa 2 ore; per via orale di circa 2-3 ore. Viene eliminato per via renale ed intestinale. 6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE 6.1 Elenco degli eccipienti **PREFOLIC® 15** Compresse Acido di mais, lattosio, magnesio stearato, polietilenglicole 6000, polietilenglicole, poliacrilato B6, stearato, sodio idrossido, talco. **PREFOLIC® 15** iniettabile Acido citrico, glutammina, mannite, metile idrossibenzoato, sodio idrossido. Una fiale di solvente contiene: acqua per preparazioni iniettabili. **PREFOLIC® 50** iniettabile Acido citrico, glutammina, mannite, metile idrossibenzoato, sodio idrossido. Una fiale di solvente contiene: acqua per preparazioni iniettabili. 6.2 Incompatibilità Non vi è incompatibilità a soluzioni contenenti bicarbonati. 6.3 Validità **PREFOLIC® 15** Compresse: 36 mesi **PREFOLIC® 15** iniettabile e 50 iniettabile: 30 mesi Il prodotto (sostanza) rimane stabile per 10 ore. 6.4 Speciali precauzioni per la conservazione Non esporre alla luce o all'aria. 6.5 Natura e contenuto del contenitore - Astuccio contenente 3 blister (alluminio + polietilene) da 10 compresse di 15 mg - Astuccio contenente 5 flaconi di vetro scuro a chiusura ermetica (tappo di gomma e ghiera metallica in alluminio) di 15 mg + 5 fiale di vetro contenenti 3 ml di solvente - Astuccio contenente 6 flaconi di vetro scuro a chiusura ermetica (tappo di gomma e ghiera metallica in alluminio) di 50 mg + 6 fiale di vetro contenenti 3 ml di solvente 6.6 Istruzioni per l'uso



Modalità di apertura della fiale di solvente:

- posizionare la fiale come indicato nella figura 1;
- esercitare una pressione con il pollice posto sopra il punto indicato come indicato nella figura 2.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO ZAMBON ITALIA s.p.a. - Via dello Chimico, 9 - Vicenza 8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO - 30 compresse di 15 mg - A.I.C.: n.024703124-5 fiale di 15 mg + 5 fiale di solvente - A.I.C.: n.024703098-6 fiale di 50 mg + 6 fiale di solvente - A.I.C.: n.024703112-9 DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE - 30 compresse di 15 mg 20/07/1989-5 fiale di 15 mg + 5 fiale di solvente: 30/04/1982-6 fiale di 50 mg + 6 fiale di solvente: 22/02/1985 Rinnova autorizzazione: 01/04/2002 TOLANDA (PARZIALE) DI REVISIONE DEL TESTO: November 2001

Zambon

Flussi mestruali abbondanti

Un problema molto frequente e spesso sottovalutato dalla donna

di Emilio Arisi

U.O. Ostetricia-Ginecologia, Ospedale Regionale "S. Chiara", Trento

La mestruazione è un fenomeno fisiologico rigidamente controllato da meccanismi endocrini e paracrini, e altamente sincronizzato nella sua logica successione, limitato ad alcuni giorni del ciclo, con durata media di 5 giorni, con una perdita mestruale solitamente modesta, stimabile in media tra i 35-45 ml.

Le forme di anomalia della quantità

Le diverse forme di anomalia della quantità vengono variamente definite come:

- **menorragia:** perdita mestruale regolare come data, ma abbondante come quantità, superiore agli 80 ml per ciclo
- **metrorragia:** sanguinamento anomalo e abbondante nel corso del ciclo
- **meno-metrorragia:**

associa le due precedenti

- **ipermenorrea:** perdita mestruale di durata superiore ai 7 giorni
- **polimenorrea:** mestruazioni che si ripetono < 21 giorni
- **iperpolimenorrea:** associa le due precedenti
- **stillicidio intermestruo:** sanguinamento anomalo scarso nel corso del ciclo

La più frequente di queste forme è certamente la menorragia, che può interessare il 15-30% delle donne, a seconda delle varie casistiche.

Nessuna di queste definizioni è completamente rappresentativa del fenomeno nella sua totalità, ma soprattutto nessuna di esse è capace di indicare concettualmente quale siano le possibili cause o il possibile rimedio.

In realtà il focus attuale sul volume della perdita ematica non è utile né per la donna né per il medico, perché lascia da parte la sintomatologia associata e la disabilità sociale, le quali invece giocano un ruolo importante nell'indurre la donna a chiedere il supporto del medico.

QUANTITÀ E QUALITÀ DELLA MESTRUAZIONE

In realtà, al di là delle definizioni, che descrivono elementi quantitativi del fenomeno mestruale, ma nulla dicono delle sue conseguenze, vi sono elementi qualitativi che non vengono considerati. Ad esempio non lo sono i sintomi satelliti, quali l'astenia o l'anemia secondaria, non lo sono le conseguenze sul piano personale e sociale, quali le perdite di giornate di lavoro o di scuola, o il disagio personale correlato ad una perdita ematica eccessiva. Infine, anche accettando queste definizioni, ad esempio quella classica di menorragia, che significato clinico e personale ac-

quista una menorragia in una persona di 20 anni ed in una di 45 anni, oppure in una donna che pesi 45 Kg ed in una che ne pesi invece 90?

Negli studi clinici nei quali è stata misurata la perdita ematica in donne con diagnosi presunta di menorragia, si è trovato che poco più della metà delle donne aveva in realtà una perdita ematica superiore agli 80 ml, e in un trial recente si è visto che solo il 20% delle donne con diagnosi di menorragia soddisfaceva in realtà al tradizionale criterio volumetrico di > 80 ml.

Sarebbe dunque auspicabile trovare una definizione capace di comprendere tutto il dettaglio delle situazioni, e di rendere insieme sia elementi quantitativi che qualitativi, capace cioè di fondere sia la perdita ematica irregolare che il disagio per la donna.

Presumibilmente una definizione più ampia quale "flussi mestruali abbondanti" (Fma), potrebbe meglio cogliere anche alcuni aspetti soggettivi del fenomeno, che è altamente presente nella popolazione femminile. Infatti, a seconda delle casistiche, almeno una donna ogni 20-30 richiede una consulenza del ginecologo per questi problemi, ma sono certamente molte le donne che sopportano la condizione ritenendola un "doveroso disturbo" dell'essere donna.

Vi sono almeno due motivi di tipo medico per cui le mestruazioni abbondanti richiedono attenzione clinica. Il primo è legato al rischio di privazione marziale, con tutto quello che ne consegue sulla salute della donna.

Il secondo è che l'aumento della perdita ematica può essere espressione anche di patologie gravi tali da richiedere un urgente intervento medico.

Vi è comunque anche una terza ragione di attenzione alle mestruazioni abbondanti, ed è quella che esse portano certamente disabilità e limitazioni alla vita sociale della donna.

EZIOPATOGENESI

"Flussi mestruali abbondanti" (Fma) possono avere una origine funzionale od organica (polipi, miomi, ecc.), per restare nell'ambito ginecologico, ma possono avere anche una origine sistemica (su base di patologia sistemica, quali epatopatie, diabete, coagulopatie, distiroidismo, eccetera); talora la causa può essere iatrogena (es. uso di anticoagulanti, presenza di Iud-Cu). Qualche volta la causa può restare nella definizione di "idiomatica", per il mancato, difficile o impossibile riconoscimento di alcune alterazioni della coagulazione o di certe alterazioni ormonali oppure ancora di meccanismi locali difficilmente studiabili.

L'origine ginecologica può essere "funzionale", nei casi in cui non si riesca a dimostrare la presenza di una qualche alterazione anatomica (80% dei casi). Più spesso vi sono cicli disovulatori o anovulatori, più facilmente presenti all'inizio od alla fine del periodo fertile.

In particolare alla fine dell'età fertile sono molto frequenti la ipermenorrea, la polimenorrea e la menor-

Nessuna delle definizioni delle diverse forme di anomalia della quantità del flusso mestruale è completamente rappresentativa del fenomeno nella sua totalità, che è altamente frequente e che la donna talvolta sopporta come un "doveroso disturbo". Ma, al di là delle definizioni che ne descrivono gli elementi quantitativi, ma nulla dicono delle sue conseguenze, vi sono elementi qualitativi, legati al disagio per la donna, che non vengono considerati.

Il problema è talmente importante dal punto di vista clinico ed epidemiologico che molte società scientifiche si apprestano a modulare delle loro linee guida. Nel corso del Congresso nazionale verrà presentata e discussa una Bozza di Raccomandazioni per l'approccio diagnostico-terapeutico dei flussi mestruali abbondanti



Nella foto Emilio Arisi

ragia, che sono spesso correlate a un'associazione tra problemi organici (miomi, polipi) con problemi funzionali (iperestrogenismo relativo, possibile iperplasia endometriale).

Anche la PCO, caratterizzata da anovulazione cronica iperandrogenica, e che si sviluppa all'inizio e nel pieno dell'età fertile, può dare sanguinamenti uterini irregolari.

In questi casi nella letteratura attuale si cita spesso la dizione di sanguinamento uterino disfunzionale od anomalo (DUB-Disfunctional uterine bleeding; SUA-Sanguinamento uterino anomalo).

La causa può anche essere "organica" o uterina locale (miomi, specialmente endocavitari sottomucosi, polipi endometriali, iperplasia endometriale, adenomiosi, tumori). Si osservano facilmente anche forme miste od associate.

I Fma pongono sempre dei problemi di diagnosi differenziale anche con "patologie sistemiche", siano esse tumorali, infettive, iatrogene (in particolare uso di farmaci ormonali, ma siano esse anche chemioterapia, anticoagulanti, antiipertensivi, tranquillanti, uso di Iud-Cu), e con malattie mediche generali (epatiche, renali, surrenali, tiroidee, ematiche, coagulatorie, autoimmuni). All'interno delle malattie ematologiche, una certa rilevanza hanno le patologie ereditarie, quali la malattia di von Willebrandt.

Le possibili conseguenze sono anemia, astenia, collasso, costi personali e sociali molto alti, incluse molte isterectomie (nei soli Usa 600 mila l'anno; in Gran Bretagna 90 mila l'anno; in Italia nel 1997 sarebbero state 68 mila).

Va osservato che la valutazione soggettiva delle perdite mestruali può portare a errate stime, poiché donne che riportano mestruo abbondante in realtà possono avere mestruazioni regolari e viceversa. Per contro, una valutazione obiettiva che implichi il peso dei pannolini e l'utilizzo di metodiche enzimatiche di analisi, può presentare problemi pratici non sempre facilmente risolvibili. Sono state proposte anche carte per la registrazione delle perdite con appositi punteggi.

Dal punto di vista pratico, per valutare l'entità delle perdite, pur tenendo conto dei sintomi soggettivi presentati dalla donna, vale la pena riferirsi ad indicatori indiretti, che sono poi risultati fisici del sintomo, come la valutazione di emocromo con emoglobina (Hb) ed ematocrito (Ht), o della ferritina.

LA DIAGNOSI

La diagnosi si basa in prima istanza certamente su una corretta anamnesi, su una visita ginecologica e su una piccola serie di esami ematologici. A livello basale possono essere effettuati alcuni test ematologici per valutare l'eventuale stato anemico, la funzionalità coagulativa, la funzionalità tiroidea almeno con un dosaggio del TSH. Tutto questo può essere affrontato anche dal medico di medicina generale.

Se lo stato anemico è notevole occorre approfondire

con test di secondo livello, quali l'ecografia, l'isteroscopia, la biopsia endometriale, affrontabili in una struttura specialistica.

L'ecografia permetterà di valutare la struttura uterina e di rivelarne alterazioni quali la presenza di miomi sottomucosi o di polipi endometriali, eventualmente aiutata dalla sono-isterografia.

L'isteroscopia permetterà di valutare meglio queste condizioni e di fare un prelievo bioptico, quando ritenuto utile. Quando necessario potrà essere utilizzata immediatamente a scopo terapeutico complementare (es. rimozione polipo).

LA TERAPIA

Differenti sono gli approcci terapeutici ipotizzabili e utilizzati per trattare i flussi mestruali abbondanti, sia sul versante medico che su quello chirurgico (Tabella 1).

In realtà le considerazioni sulla chirurgia e sull'utilità di rimuovere l'utero hanno sempre tentato i ginecologi negli scorsi decenni. Già nel 1969 un certo Wright scrisse: "L'utero ha una sola funzione: la riproduzione. Dopo l'ultima gravidanza pianificata l'utero diviene un organo inutile, sanguinante, che produce sintomi, che può dare il cancro, e perciò dovrebbe essere rimosso".

Le terapie mediche e quelle chirurgiche vengono talora utilizzate in una successione non corretta, quelle mediche dovrebbero essere usate sempre come prima scelta. Inoltre le terapie mediche devono essere date per dosi e periodi adeguati, in caso contrario portano al fallimento e probabilmente a inutili procedure chirurgiche.

La terapia medica comprende principalmente gli antifibrinolitici, i FANS, ma soprattutto gli ormoni, in particolare i progestinici e gli estroprogestinici, essendo il progesterone e gli estrogeni il volano di ognuno dei meccanismi biochimici che supportano sia la fisiologia che i disturbi della mestruazione. In taluni casi è opportuna una terapia soppressiva con analoghi del Gn-RH per indurre una involuzione menopausale dell'endometrio.

In particolare, poiché l'effettore finale del meccanismo mestruale abbondante è l'endometrio, in questa categoria di farmaci sempre più evidenti risultano i benefici di un approccio locale basato sull'inserimento in utero di un sistema a rilascio minimo controllato di levonorgestrel, che, se tollerato, riesce a determinare buoni risultati con assorbimento sistemico nullo. I risultati clinici sono ovviamente diversi con i diversi farmaci (Tabella 2).

I risultati della terapia con lo IUS-LNG, che induce

ipomenorrea e amenorrea, possono essere eccellenti, in particolare sui sintomi dell'anemia. Si può infatti facilmente osservare come risultati eclatanti si osservino già ad un anno dall'inserimento dello IUS, con un raddoppio della sideremia e della ferritina, che continua nettamente a progredire anche fino a 4 anni (Tabella 3). Inoltre, si risparmia certamente un numero consistente di interventi chirurgici.

Sul versante chirurgico, che va possibilmente lasciato in seconda istanza, a volte può essere adeguato utilizzare in acuto un curettage della cavità uterina. Spesso conviene procedere a una più corretta diagnosi con l'isteroscopia o l'ecografia, per poi eventualmente utilizzare terapie chirurgiche più mirate, dalla miomectomia alla isterectomia, quando indicato. A guidare la scelta saranno le condizioni cliniche complessive, oggettive e soggettive, inclusa l'età della donna e le sue scelte riproduttive, ma anche il suo desiderio di mantenere l'integrità dell'apparato genitale.

CONCLUSIONI

La diagnosi di questa condizione deve attivarsi con atteggiamento complessivo, che si basi principalmente sull'anamnesi e sulla valutazione della perdita ematica mestruale, ma anche sui disturbi soggettivi della donna, che a volte risultano trascurati o sottovalutati. Può comunque essere utile eseguire alcuni esami di laboratorio, ma anche una ecografia ed una isteroscopia per valutare la presenza di cause uterine. Non vanno trascurate possibili cause sistemiche, talora singolarmente presenti, ma la cui azione può aggiungersi alle cause ginecologiche.

La terapia viene di solito iniziata con una delle opzioni farmacologiche; le più utilizzate comprendono lo IUS al levonorgestrel ed i contraccettivi orali sul versante ormonale, l'acido tranexamico ed i FANS sul versante non ormonale. Le altre opzioni mediche vanno ponderate caso per caso.

Lo IUS al levonorgestrel dovrebbe essere proposto prima di ogni intervento di tipo chirurgico, se non vi sono controindicazioni. I dati della letteratura indicano come esso risulti vantaggioso per la donna rispetto alla isterectomia.

Le terapie chirurgiche conservative vanno percorse prima di quelle demolitive, ma la scelta deve tener conto almeno della entità dei problemi clinici, della età della donna e dei suoi desideri.

Il problema è talmente importante dal punto di vista clinico ed epidemiologico che molte società scientifiche si apprestano a modulare delle loro linee guida.

Tabella 1. Le possibili terapie del sanguinamento uterino anomalo

Terapie mediche	Terapie chirurgiche
• Antifibrinolitici	• Curettage
• FANS	• Polipectomia
• Estrogeni	• Ablazione endometriale (resezione, laser, termica)
• Progestinici	• Miomectomia (isteroscopica/laparosc/tomica)
• Estro-progestinici	• Embolizzazione arteriosa del mioma
• Induttori dell'ovulazione	• Isterectomia
• Desmopressina	
• Fattori della coagulazione	
• Danazolo	
• Gestrinone	
• Analoghi GnRH	
• Interferone	
• Sistemi intrauterini a rilascio di progesterone (IUS-LNG)	

Tabella 2. Riduzione media della perdita ematica abbondante con vari farmaci

Mirena	90%
Danazolo	60%
Contraccettivi orali	50%
Acido tranexamico	50%
FANS	25-35%
Progestinici orali	12%

(Da Farquar, 1992; modificato; 11)

Tabella 3. Una esperienza con IUS-LNG (n = 67)

	Base	1 anno	2 anni	3 anni	4 anni
Hb	12.26	13.56	13.81	14.05	14.18
Ht	37.48	41.05	40.90	41.91	41.95
Sideremia	59.87	102.93	110.86	101.10	126.60
Ferritina	16.06	34.67	41.60	50.70	91.56

(Arisi, 2004)

Ultrasound and the Inflammatory Processes in the Pelvis

di Ilan E. Timor-Tritsch, MD

Professore di Ostetricia e Ginecologia alla University of Medicine di New-York (Usa),
Direttore del NYU Medical Center Obstetrical and Gynecological Ultrasound Unit



Ilan E. Timor-Tritsch

Siamo lieti di ospitare l'intervento del professor **Ilan Timor-Tritsch**, che il Consiglio direttivo Aogoi ha voluto nominare **Membro Onorario dell'Aogoi per i suoi meriti scientifici e culturali in medicina fetale e perinatale**.

Il Prof. Ilan Timor-Tritsch ha partecipato a tutti i Corsi Aogoi di medicina perinatale di Bormio e Villasimius e a tanti altri Congressi italiani portando la sua vastissima esperienza in ecografia e medicina perinatale. Per tanti di noi, oltre che un professore, è stato un grande "Maestro di Scienza" e

tutti abbiamo studiato sui suoi testi e sulle sue prestigiose pubblicazioni. Al professor Timor-Tritsch – per l'Aogoi e per tanti colleghi italiani un vero amico – il nostro ringraziamento per quanto ha fatto e ancora potrà fare per lo sviluppo dell'ostetricia e della medicina fetale e perinatale

Diagnosing tubal diseases are one of the biggest gynecologic sonographic challenges. Without any doubt tubal inflammatory processes are the most common infectious diseases in the female pelvis. Sonography based concepts, enable the clinician to sort out the various pelvic diseases and consider a reasonable list of differential diagnoses.

The normal tube. The only situation, which enables the sonographic detection of a normal tube, is if it is surrounded by fluid. Otherwise it gets "lost" between the bowel.

A normal macroscopic and microscopic feature of the tubes show slender, thin and abundant endosalpingeal folds. Small or larger amounts of pelvic fluid will make the sonographic detection of the normal tube (and ovary) possible. Practically, it is easier to detect a pathological tube than a normal one. Prerequisites to visualize a pathological tube are: fluid in the lumen, a thick wall, an ectopic pregnancy in it, a twisted tube or if it is affected by a neoplastic process.

Inflammatory disease of the salpinx. Clinical tubal inflammatory disease is almost uniformly an ascending disease. It strikes close to or at ovulation time when blood is present in the pelvis around the tubes or close to the ovulation site. The inflammation is at first unilateral, then it spreads to the contralateral tube (and ovary). This is the reason, that at times an out-of-phase picture of the inflammatory process in the two adnexa is seen. The clinical evolution is the following: the process may heal, may become chronic or may form an abscess. If it turns chronic it may result in dilated fluid filled tubes: hydrosalpinges or fluid may accumulate in the pelvis resulting in loculated pelvic fluid or a pelvic peritoneal inclusion cyst. Inflammatory tubal disease may lead to the need for major surgery involving part or the entire female pelvis. More importantly, it may cause future infertility, ectopic pregnancy or causing adhesions in the pelvis.

Understanding the sonographic picture in the context of the clinical settings will help to dissipate the confusion surrounding the clinical diagnosis of tubal disease which is illustrated by the number of terms used to describe these conditions, such as PID, tub-ovarian complex, tubo-ovarian abscess, salpingitis, hydrosalpinx, pyosalpinx, etc. Although most of the time they are used interchangeably, they are different clinical entities.

The clinical picture. First the acute phase of the disease. The acutely ill fallopian tube has a thick wall, the mucosa is edematous and the endosalpingeal folds disappear giving place to thick, engorged structures. Purulent exudate may enter the lumen which may leak through the still patent fimbriae end into the pelvis. Later the distal end of the tube may occlude giving raise to a pus filled salpinx (pyo-salpinx). The ipsilateral ovary may also be involved forming at first a tubo-ovarian complex. Following treatment this may heal, may convert into a chronic stage or if untreated will progress and form the dreaded tubo-ovarian abscess.

The chronic phase is characterized by a distended, thin walled, fluid containing structure which tries to find place in the pelvis. By doing this, it may kink, once, twice or even more times. The inner wall structure is significant for losing most of the endosalpingeal folds, which flatten and undergo fibrosis giving raise to solid, hyperechoic papilla-like structures. Adhesions may develop around the tube and usually loculated pelvic fluid may form in the cul-de-sac.

THE SONOGRAPHIC MARKERS OF TUBAL DISEASE

The shape of the lesion may be different, however, all of them are recognizable and typical for the disease: (a) Oval, (b) Pear shaped, (c) Retort shaped, and (d) Serpiginous.

Wall Thickness. Empirically we choose to call a wall thickness of 3mm or less as thin and 4 mm or more as thick. Thick wall is seen in the acute phase of the disease while thin wall is typical for chronic tubal disease.

Wall Structure describes the sonographic attributes of the fallopian tube wall.

- **Cogwheel sign.** The cross section of the tube reveals a thick wall, some intraluminal fluid and thick "edematous" endosalpingeal folds rendering the inflamed tube the "cogwheel sign." This picture is usually indicative of an acute disease of the tube.

- **Beads-on-a-string sign.** The walls are thin and distended by a larger amount of endoluminal fluid. The walls are studded with hyperechoic mural nodules without blood flow in them. The above picture is typical for a chronic hydrosalpinx.

- **Incomplete septae** this feature results of the kinking of the occluded, fluid filled tube caused by the restricted space in the lesser pelvis. These usually do not reach the opposite wall. This is the most pathognomonic sign of an inflammatory tubal disease; however, it is seen in acute and chronic stages.

Fluid in the cul-de-sac accumulates in the chronic phase of PID. The loculated fluid is usually sonolucent and thread-like structures (adhesions) run between the pelvic organs and the wall. This sonographic picture is consistent with pelvic peritoneal inclusion cyst (fluid).

Tubo-ovarian complex (TOC). In the incipient stages of PID when the infection involves not only the tube but it also extends to the ovary, the sonographic picture is easily understood. Color Doppler shows ample flow around the involved pelvic organs. This picture is typical and should be called tubo-ovarian complex (TOC) and not abscess.

Tubo-ovarian abscess (TOA). This is a more advanced stage of PID when the infection destroys part or the entire anatomy of the adnexa. Ultrasound can not anymore tell apart the ovary from the tube. Confluent fluid loculations are evident. The cul-de-sac may contain the abscess/es and severe motion tenderness can be elicited by the touch of the vaginal probe.

The terms tubo-ovarian complex and tubo-ovarian abscess are used interchangeably and in a rather undefined

manner in the imaging literature. These two entities are not only sonographically but also clinically distinct and call for different therapeutic approaches. TOC is a first step in the process, which may or may not lead to subsequent abscess formation. Lately 3D ultrasound became available for the diagnosis of tubal disease. Multiplanar imaging and inversion rendering are the most useful for this purpose.

THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF TUBAL INFLAMMATORY PROCESSES

First and foremost the different pathologies of the bowel have to be differentiated from tubal disease.

Acute Appendicitis. The diagnosis is based upon the clinical picture and simple laboratory tests such as a high white cell counts: However, in certain cases, using relatively high frequency transducers it is possible to depict the acutely inflamed appendix by ultrasound.

Periappendicular abscess is a more advanced inflammatory process of the appendix caused by its perforation.

Mucocele of the appendix. A rare disease of the mucus-producing mucosa of the appendix. Sonographic clues to this pathology are: the bottle or pear shape of the affected organ, but more typically the multi-layered, "onion skin" appearance of the appendix. This layered structure is generated by the hardened consecutive layers of abundant mucus produced by the goblet cells lining the lumen.

Other bowel disease. It is important to recognize the sonographic appearance of the normal large bowel. The more common diseases of the large bowel such as Crohn's disease, diverticulitis, and Hirschsprung disease have their more or less typical sonographic appearances.

Different cystic structures such as paraovarian cysts, Morgagni cysts and mesenteric cysts have to be differentiated from chronic hydrosalpinges.

Ovarian and fallopian tube torsion. Although the tube and the ovary undergo torsion together one has to be able to diagnosis their solitary.

Pedunculated myoma. By detecting the contiguous feeding blood vessel connection between the uterus (usually the uterine artery) and the mass having the sonographic attributes of the myometrium the diagnosis can be made relatively easily and convincingly.

Tubal cancer. The most common "mistake" made is to call tubal carcinoma ovarian malignancy. However, this in fact should not constitute an error since the patient has to undergo surgery in both cases and most of the time it is hard to tell the two cancers apart even in the pathology laboratory.

Tubal gestation. A common differential diagnostic entity will not be discussed here.

Pelvic kidney. Rarely but we encountered an adnexal mass, which presented a diagnostic problem. However, on the basis of the sonographic picture it can be diagnosed as an ectopic kidney.

CONCLUSION

Combining the information provided by the history of the patient with a thorough transvaginal sonographic workup of the pelvis, valuable sonographic markers of inflammatory disease of the tubes and the ovary as well as their differential diagnostic entities can be recognized and the appropriate diagnosis established.

Il ginecologo e le vaccinazioni

Nel corso dell'ultimo decennio abbiamo assistito a una continua evoluzione del rapporto medico-paziente, sia in ambito clinico che preventivo. Gli interventi di prevenzione primaria, come le vaccinazioni, ad esempio, e secondaria, come lo screening, sono sempre più il risultato di scelte consapevoli da parte dei cittadini, ormai protagonisti delle decisioni sanitarie che li riguardano. In questo senso, il ginecologo svolge un ruolo importante, in quanto ha modo di interagire con le donne in merito ai problemi correlati alla loro salute nelle diverse fasi della loro vita. Attualmente il ginecologo potrebbe fortemente promuovere nelle donne in età fertile soprattutto le vaccinazioni legate alla sfera sessuale e riproduttiva. E con la prossima registrazione in Italia di un vaccino come l'anti-HPV, il ginecologo assumerà un ruolo centrale

di Daniela D'Alessandro
e Luciano Mariani*

DAUI, Università "La Sapienza", Roma
*Ginecologia Oncologica,
Istituto Regina Elena, Roma

INTRODUZIONE

È interessante ricordare l'etimologia della parola "vaccino". Siamo nel '700 e nel mondo il vaiolo causa milioni di morti. Edward Jenner, medico di campagna a Chipping Southbury, uno dei più importanti mercati del latte d'Inghilterra, udì una mungitrice dire che non avrebbe preso il vaiolo perché aveva preso il vaiolo vaccino, una malattia che colpiva il bestiame. Jenner osservò che effettivamente coloro che erano stati colpiti dal vaiolo delle mucche erano indenni dal vaiolo umano. Il 14 maggio 1796 Jenner decise di condurre un esperimento prelevando del materiale da una lesione cutanea di un mungitore affetto da vaiolo vaccino ed introducendolo attraverso due piccoli tagli effettuati sul braccio di un ragazzino; il 1° luglio 1796 eseguì, sullo stesso soggetto, il medesimo procedimento con materiale proveniente da una lesione vaiolosa umana. Il ragazzo contrasse il vaiolo vaccino, ma non il vaiolo umano. Dopo aver condotto l'esperimento su 23 casi diversi, Jenner concluse che i soggetti affetti da vaiolo vaccino erano immuni dal vaiolo umano. A distanza di due secoli, nel 1980, l'Oms dichiarò il vaiolo eradicato.

Da Jenner in poi i vaccini hanno radicalmente cambiato la storia della medicina e quindi la storia dell'umanità. I vaccini si collocano nell'ambito delle misure di prevenzione primaria, ovvero misure atte a evitare l'insorgenza della malattia nei sani, focalizzate quindi sulla causa del fenomeno da prevenire. Ciò, a differenza della prevenzione secondaria, che interviene invece a malattia precocemente in atto, anche se in assenza di sintomi e/o segni clinici, puntando a ostacolare la progressione della malattia. La domanda sanitaria espressa dalla donna al ginecologo è spesso di tipo preventivo, sebbene di tipo secondario (ne sono esempi lo screening per il carcinoma del collo dell'utero e per il cancro della mammella). La possibilità per il ginecologo, il medico che si prende cura della salute delle donne, di estendere l'intervento preventivo anche alla prevenzione primaria può attuarsi, ad esempio, attraverso interventi di educazione sanitaria, ma anche interventi vaccinali.

La prevenzione primaria, oltre a contribuire in modo significativo a migliorare ulteriormente la qualità di vita delle donne, agisce indirettamente anche sull'intero nucleo familiare. Infatti non deve essere sottovalutato il fatto che le donne hanno il ruolo di "responsabile della salute" dell'intera famiglia, ed "educare" le donne vuol dire favorire la prevenzione nell'intero ambito familiare e quindi nella società.

LE VACCINAZIONI DELLA DONNA ADULTA

La vita della donna è caratterizzata da diverse fasi che, oltre ad avere assetti ormonali diversi, mostrano bisogni pre-

ventivi peculiari. In particolare, per quanto riguarda la prevenzione vaccinale, se si escludono le vaccinazioni dell'infanzia in quanto parte integrante del programma preventivo nazionale, è possibile delineare due momenti importanti: le vaccinazioni dell'età fertile e quelle dell'età anziana. Nella tabella 1 si elencano quelle di più comune utilizzo. È evidente che, tra queste, le vaccinazioni che il ginecologo, allo stato attuale, potrebbe fortemente promuovere nelle donne in età fertile sono soprattutto quelle legate alla sfera sessuale e riproduttiva, ovvero l'anti-rosolia e l'anti-varicella ed eventualmente l'anti-epatite B.

Vaccinazione anti-rosolia. La rosolia è una malattia infettiva causata da un virus del genere rubivirus. Come morbillo, varicella, pertosse e parotite, è una malattia più comune nell'età infantile. Generalmente è una malattia lieve, ma se contratta in gravidanza, specialmente nelle prime 16 settimane, provoca frequentemente gravi complicanze fra le quali aborti precoci e tardivi, nascita di feto morto e sindrome da rosolia congenita. Le più frequenti manifestazioni di rosolia congenita comprendono perdita di udito, ritardo nello sviluppo neurologico, ritardo di crescita, difetti cardiaci e oculari (1, 2).

Recentemente, l'Istituto Superiore di Sanità ha promosso lo studio PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) condotto mediante interviste telefoniche su un campione di popolazione italiana (3). Il sottogruppo di 4.172 donne tra 18-45 anni ha evidenziato che soltanto il 31% (IC al 95%: 29-32%) delle donne intervistate era stata vaccinata contro la rosolia e tale percentuale cresceva con l'età (dal 40% tra 18-24 anni al 24% tra 35-45 anni), ma aumentava con il livello di istruzione. Sulla base delle risposte relative alle vaccinazioni e ai rubeotest gli Autori hanno stimato come immuni alla rosolia circa il 53% delle donne di 18-45 anni, il 31% delle quali perché vaccinate e il restante 22% perché IgG positive. Del restante 47%, il 4% riferisce di essere suscettibile perché non vaccinato e con un rubeotest negativo mentre per il 43% lo stato immunitario delle donne non è conosciuto.

Un programma d'intervento finalizzato al recupero delle donne suscettibili o con stato immunitario non noto dovrebbe prevedere il coinvolgimento e la collaborazione di varie figure professionali (ginecologi, ostetriche e medici di famiglia), per arrivare al-



la percentuale di donne suscettibili sotto la soglia del 5%, indispensabile per l'eliminazione della rosolia congenita, come previsto dallo specifico Piano nazionale (4).

Nella tabella 2 si riporta il percorso decisionale sulla vaccinazione anti-rosolia.

Una diagnosi di rosolia, accertata anamnesticamente, non è probante di acquisita protezione.

La vaccinazione può essere proposta anche senza disporre di un test che indichi lo stato di suscettibilità. Il concepimento è da evitare nelle 12 settimane successive alla vaccinazione (5).

Vaccinazione anti-varicella. L'infezione primaria da virus varicella-zoster (VZV) ha abitualmente un decorso benigno, specie in età pediatrica, e si caratterizza per un tipico rash vescicolare accompagnato da manifestazioni sistemiche di gravità variabile. Malgrado l'elevata contagiosità, ancora quasi un quinto della popolazione italiana femminile di età pari o superiore a 15 anni risulta suscettibile al virus (6).

Se l'infezione da VZV viene contratta durante la gravidanza possono derivare complicanze alla madre e al feto. Il rischio di infezione fetale aumenta con il progredire della gravidanza ed è pari a 5%, 10% e 25% rispettivamente nel primo, nel secondo e nel terzo trimestre (7). Il rischio di malformazioni fetali associato all'infezione materna è del 2% e raggiunge un picco tra la 13ª e la 20ª settimana di gravidanza (8,9,10).

Un'infezione materna acquisita nel periodo compreso tra 5 giorni prima e 3 giorni dopo il parto si associa a varicella neonatale nel 20% dei casi con una letalità del 30% (8).

Vaccinazione anti-epatite B. L'epatite B è una forma gra-

Tabella 1. Vaccinazioni per le donne adulte

Donne in età fertile

Anti-Epatite B, Anti-Varicella, Anti-Morbillo/parotite/rosolia, Anti-Influenzale, Anti-Tetanica/anti-difterica (richiamo decennale)

Donne anziane

Anti-Influenzale, Anti-Pneumococcica, Anti-Tetanica/anti-difterica

ve di infezione del fegato causata da un virus a DNA che appartiene alla famiglia degli hepadnavirus generalmente chiamato HBV. L'infezione si può manifestare in modi diversi, variando da quadri asintomatici ad epatiti gravi che possono anche portare al decesso in un piccolo numero di casi. A seguito dell'infezione alcuni soggetti (6-10%) diventano portatori cronici del virus, risultando più a rischio di sviluppare malattie quali la cirrosi epatica e il cancro del fegato; tali soggetti divengono una fonte di infezione per gli altri. Più giovane è il paziente quando acquisisce la malattia, più è probabile che sviluppi una malattia cronica del fegato o il tumore (11).

Nei Paesi a bassa incidenza, come l'Europa occidentale, il virus viene trasmesso principalmente per via parenterale o sessuale. La trasmissione, attraverso il sangue può anche avvenire per via verticale da madre a figlio e identificare in gravidanza le donne HBsAg positive rappresenta un punto essenziale per la prevenzione della trasmissione perinatale. Nonostante la ricerca degli indicatori dell'epatite B sia raccomandata in diversi provvedimenti (es: Legge 27 Maggio 1991, Circolare n. 19 del 30 novembre 2000), una consistente percentuale di donne in gravidanza ancora non esegue il test (11). I dati di sorveglianza indicano che la frequenza dell'epatite acuta da HBV in Italia si è notevolmente ridotta nell'ultimo decennio, dopo l'introduzione dell'obbligatorietà della vaccinazione (1991) nelle due coorti dei nuovi nati e dei dodicenni.

Gravidanza e vaccinazioni. Nell'ambito dell'età fertile delle donne un momento particolare è quello della gravidanza. In linea generale durante la gravidanza è preferibile evitare le vaccinazioni, a meno che non vi siano precise indicazioni. Infatti, può porsi il problema nel caso di una vaccinazione eseguita senza sapere di essere in gravidanza. In altri casi può essere necessario eseguire una vaccinazione nel corso della gravidanza (caso di viaggio in aree ad alta endemia di Febbre gialla). Attualmente non esistono nella letteratura scientifica dati certi relativi a danni embrio-fetali da vaccini.

Per quanto riguarda il rischio legato all'utilizzo di vaccini o alla vaccinazione accidentale in gravidanza, il manuale sulla valutazione del rischio teratogeno da farmaci dell'Agenzia Italiana del Farmaco (disponibile on-line <http://www.farmacigravidanza.org/dove>) ne tratta alle pagine 418-431 (codice ATC J07).

Prospettive vaccinali: il vaccino anti-HPV. L'infezione da Human papillomavirus rappresenta la più comune e diffusa delle malattie a trasmissione sessuale (con oltre 6 milioni di nuove infezioni /anno in Usa – Dati Centers for Disease Control and Prevention CDC Atlanta), le cui differenti conseguenze di pertinenza oncologica sono il riflesso del rilevante ruolo carcinogenico di alcuni genotipi virali (12).

Schematicamente si possono quindi distinguere diversi subset di conseguenze cliniche HPV-correlate (13): carcinoma della cervice uterina (istotipi squamoso e adenocarcinoma), carcinomi del basso tratto genitale (vulva, vagina, perineo, ano, pene), lesioni preneoplastiche

del basso tratto genitale (basso-grado e alto-grado), carcinomi di pertinenza non-ginecologica (cavità orale, laringe, faringe, prostata, vescica,...) in cui HPV gioca un ruolo oncogeno non ancora chiarito, condilomatosi genitale e papillomatosi respiratoria ricorrente.

Oggi è stato messo a punto un vaccino che, con utilizzo di tecniche di ricombinazione genica, risulta costituito di Virus Like particles (VLP). In sintesi, la proteina capsidica L1 è in grado di autoassemblarsi in modo tale da formare degli pseudo-virioni: questi sono in tutto e per tutto uguali a quelli "naturali", ma non contengono traccia di genoma virale. In altre parole, queste particelle evocano in modo straordinario l'immunità umorale dell'ospite, decine di volte superiore a quella dell'infezione naturale, ma senza alcuna possibilità di conferire l'infezione (14).

L'obiettivo principale della vaccinazione HPV è la prevenzione primaria nei confronti del cancro della cervice uterina e, di conseguenza, delle lesioni preneoplastiche (LSIL, HSIL) che lo precedono. L'ottenimento di questo traguardo è dato dalla presenza nella composizione vaccinale dei genotipi a più elevato rischio oncogeno, cioè HPV 16 e 18. Questi ultimi, pur presentando variazioni geografiche, sono comunque presenti nel 70% dei carcinomi della portio. Pertanto in presenza di un'efficacia vaccinale del 100%, la protezione nei confronti di questi ultimi è ovviamente del 70%.

L'abbattimento delle lesioni preneoplastiche è un obiettivo secondario che ha però un notevole impatto sulla salute delle donne, considerando il management diagnostico-terapeutico di queste lesioni. Carcinomi ano-vulvo-vaginali e penieni sono anch'essi correlati con l'HPV, i benefici attesi da una vaccinazione sono valutabili in queste sedi in una protezione tra il 50 e il 70%. Obiettivo non secondario è, inoltre, la prevenzione della patologia benigna HPV-correlata, cioè la condilomatosi ano-genitale. In questo senso l'inserimento dei genotipi HPV 6 ed 11 si traduce nella protezione pressoché totale (>90%) da questa patologia. È bene non sottovalutare l'impatto socio-sanitario di queste manifestazioni cliniche che, seppure a carattere evidentemente benigno, hanno notevoli risvolti psicologici ed economici sulla comunità.

L'end-point naturale nello sviluppo clinico di un vaccino è, per definizione, la verifica della contrazione dell'evento patologico in questione. Va da sé, tuttavia, che la lunga storia naturale del cervicocarcinoma e motivi di ordine etico impediscono di attendere l'evoluzione della storia naturale della malattia. È stato necessario quindi identificare end-point surrogati, più strettamente correlabili con la neoplasia stessa. La scelta non poteva che ricadere sulle lesioni intraepiteliali di alto grado (HSIL), di fatto riconosciute come realmente precancerose, la cui diminuzione sia cioè in grado di predire la contrazione della successiva neoplasia invasiva (15).

I trials clinici randomizzati versus placebo condotti sulla popolazione femminile con vaccino bivalente (HPV 16, 18) e quadrivalente (HPV 6, 11, 16 18) ne hanno dimostrato l'efficacia in termini di immunogenicità e di sicurezza (16-18). La combinazione dei dati clinici degli studi di Fase II e III del vaccino quadrivalente mostrano l'efficacia protettiva del 100% (95% IC:93-100) nei confronti dell'end-point clinico a livello cervicale (CIN2/3+: 53 casi gruppo placebo, 0 casi gruppo vaccino) (19), così come dimostrato a livello delle lesioni genitali esterne (VIN2/3+; VaIN 2/3+) (20). In più si è evidenziato che la pregressa esposizione ad uno o più genotipi virali compresi nel vaccino non modifica in alcun modo l'efficacia protettiva che rimane del 100% sia con end-point CIN2/3+, che VIN-VaIN 2/3+ (21). In considerazione dell'ottimo profilo di tollerabilità e dell'avvenuta approvazione da parte della FDA della formulazione vacci-

nale tetravalente, nonché della raccomandazione dell'Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) del CDC di Atlanta all'utilizzo del vaccino stesso, si aprono prospettive di prevenzione primaria sino a qualche anno fa del tutto inimmaginabili.

Non va però trascurato l'impegno del ginecologo nel seguire e consigliare la donna vaccinata relativamente alle altre STD e ai controlli ginecologici (dal momento che un programma di vaccinazione non può comprendere tutti i tipi virali ad alto-rischio è obbligatorio il continuo controllo periodico).

CONCLUSIONI

L'obbligo vaccinale del passato si sta progressivamente trasformando in una scelta consapevole del cittadino, ormai protagonista di tutte le decisioni sanitarie che lo riguardano. Oltre ai Medici Igienisti sono via via intervenuti nuovi protagonisti quali, ad esempio, i Medici di Medicina Generale e i Pediatri. Con il prossimo arrivo di vaccini come l'anti-HPV, questo ruolo non potrà che essere assunto dai Ginecologi. Chi più di loro, infatti, ha modo di interagire con le donne in merito ai problemi correlati alla loro salute?

Da subito, sarà necessario prevedere scenari organizzativi di integrazione dello screening citologico con la vaccinazione, quantificando il rapporto costi-benefici, identificando il giusto target e monitorando nel tempo l'andamento nella popolazione.

BIBLIOGRAFIA

- Centers for Disease Control. Rubella prevention: recommendations of the Advisory Committee for Immunization Practices (ACIP). MMWR 1990;39(RR-15):1-18
- Freij BJ, South MA, Sever JL. Maternal rubella and the congenital rubella syndrome. Clin Perinatol 1988;15:247-257
- Gallo T, Ciofi degli Atti M, Bertozzi N, et al. La vaccinazione antirosolia in Italia: i risultati dello studio Passi. BEN Notiziario ISS, 2006;19:4
- Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. Accordo sul Piano Nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita. Gazzetta Ufficiale n. 297 del 23 dicembre 2003 – Suppl.Ordinario n. 195
- Recommendation of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). Rubella Prevention MMWR 33(22);301-10,315-8
- Gabutti G, Penna C, Rossi M, Salmasso S, Rota M.C., Bella A, Crovari P. and the Serological Study Group. The seroepidemiology of varicella in Italy. Epidemiol Infect 2001;126:433-440
- Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Reye Syndrome-Ohio, Michigan. Morb Mortal Wkly Rep 1997;46:750-755
- Enders G, Miller E, Craddock-Watson J, et al. Consequences of varicella and herpes zoster in pregnancy. Prospective study of 1739 cases. The Lancet 1994; 343:1548-1551
- Paryani SG, Arvin AM. Intrauterine infection with varicella-zoster virus after maternal varicella. N Engl J Med 1986; 314:1542-1546
- Pastuszak AL, Levy M, Schick B, et al. Outcome after maternal varicella infection in the first 20 weeks of pregnancy. N Engl J Med 1994; 330:901-905
- Bartolozzi G. Vaccini e vaccinazioni. II Edizione. Masson SpA Milano, 2005
- Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Estimating the world cancer burden: Globocan 2000. Int J Cancer 2001;94:153-56
- Munoz N, Bosch FX, De Sanjose S, et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. N Engl J Med 2003; 348: 518-27
- Schiller JT, Lowy DR. Papillomavirus-like particle vaccines. J Natl Cancer Inst Monogr 2001: 50-4
- Pagliusi SR, Aguado MT. Efficacy and other milestones for human papillomavirus vaccine intro- **SEGUE A PAG. 28** →

Tabella 2. Percorso decisionale per la vaccinazione anti-rosolia

Candidate alla vaccinazione

donne in età fertile con progetto di maternità
donne nel post-partum o post-interruzione di gravidanza

Valutare stato di immunità/ protezione

1. Esame del certificato di vaccinazione se presente:

- Vaccinazione SI: PROTETTA*
- Vaccinazione NO: suggerire vaccinazione ± Rubeo test

2. Rubeo- test IgG:

- IgG > cut off: PROTETTA*
- IgG < cut off: SUSCETTIBILE: suggerire vaccinazione

SEGUE DA PAG. 27

duction. Vaccine 23 (2004); 569-578

16. Koutsky LA, Ault KA, Wheeler CM, et al. A controlled trial of a human papillomavirus type 16 vaccine. N Engl J Med 2002; 347:1645-51

17. Villa LL, Costa R L, Petta C A, Andrade R P, Ault K A, Giuliano A R, 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 Oncology 2005; 6:271-

18. Harper DM, Franco EL, Wheeler CM, Moscicki AB, Romanowski B, Roteli-Martins CM, Jenkins D, Schuind A, Costa Clemens SA, Dubin G; HPV Vaccine Study group. Sustained efficacy up to 4.5 years of a bivalent L1 virus-like particle vaccine against human papillomavirus types 16 and 18: follow-up from a randomised control trial. Lancet. 2006 Apr 15;367(9518):1247-55

19. Ault K on behalf of the GARDASIL™ Phase III Steering Committee Prophylactic Use of quadrivalent Human Papillomavirus (HPV) (Types 6,11,16,18) L1 Virus Like Particle (VLP) Vaccine Reduces Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN) 2/3 and adenocarcinoma in situ (AIS) Risk. 13th European Cancer Conference (ECCO) Paris 30 October-3 November 2005. European Journal of Cancer Supplements Vol 3, No 4, PS10

20. Paavonen J, for the FUTURE II Study Group Efficacy of a quadrivalent HPV (types 6/11/16/18) L1 virus-like particle (VLP) vaccine against vaginal and vulvar pre-cancerous lesions: a combined analysis 2006. ASCO Annual Meeting Abstract No 5011

21. Ferris D. For the FUTURE II Study Group Efficacy of a quadrivalent hpv (types 6/11/16/18) l1 virus-like particle (vlp) vaccine in women with virologic evidence of hpv infection: a combined analysis EUROGIN 2006. Abstract S11-01

segue da pag. 7

La salute delle donne è la misura della qualità di una democrazia

ti differenze per area geografica e livello di istruzione ed esiste un'estrema varietà di modelli di corsi, per estensione temporale, per modalità di svolgimento, per le professionalità coinvolte, senza indicatori di risultato e di processo).

Ma nello stesso tempo il ddl indica nuove priorità, a partire dalla tutela materno infantile anche per la popolazione immigrata, fino all'introduzione dell'analgesia epidurale nel travaglio di parto.

Di questo in particolare si sta discutendo molto, ed è un bene. Il percorso della nascita e il momento del parto è fondamentale per una donna, per una coppia, ma è anche elemento costitutivo di una identità più profonda, collettiva, comunitaria. La possibilità di utilizzare l'epidurale durante il parto rappresenta un cambiamento certamente inedito, offerto dalle pratiche mediche, che ha anche implicazioni più profonde. Si discuta quindi, di cosa significa, dei rischi, delle potenzialità, facendo innanzitutto parlare le donne. Tengo comunque a dire, soprattutto rivolgendomi a una platea di specialisti e di operatori direttamente coinvolti in questa nuova pratica, che è mia convinzione non deb-

ba esserci contraddizione tra l'obiettivo di fondo di contrastare la estrema medicalizzazione dell'evento nascita e l'obiettivo di garantire la possibilità dell'epidurale come prestazione gratuita prevista dai Livelli Essenziali di Assistenza. Non dovrebbe esserci confusione tra la promozione dei corsi di accompagnamento alla nascita per il controllo del dolore nel parto e l'epidurale.

Non si tratta infatti di incentivare una scelta, ma di assicurare una possibilità di scelta. E questa possibilità di scelta deve essere garantita, indipendentemente dalle condizioni di reddito o di luogo di residenza delle donne che necessitano di ricorrervi. Inoltre, l'epidurale, anche se talvolta appare così, ritengo non sia da considerare lo strumento di elezione per ridurre i tagli cesarei, che sono semmai l'indicatore della cattiva efficacia ed efficienza dei servizi (il ricorso ai tagli cesarei è più elevato negli istituti non di terzo livello e soprattutto nelle cliniche convenzionate e ancora di più in quelle private, prive anche di servizi di terapia neonatale).

Per tutto questo, il vostro congresso di ottobre sarà seguito con particolare attenzione.

La vostra discussione, le vostre proposte saranno considerate non solo un contributo utile, ma un passaggio indispensabile per delineare l'approccio culturale e le linee programmatiche di una politica strategica nazionale per la salute delle donne.

Livia Turco

RISUMMO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. **Demonstrazione del risultato mag2®**
2. **Composizione qualitativa e quantitativa**
Una bustina da 0,5 g contiene:
Hidroglioxifenolo polidato di magnesio 0,250 g (equivalente a 0,5 g di magnesio) e 0,250 g di idrossido di magnesio.
3. **Forma farmaceutica** - Soluzione orale.
4. **Informazioni cliniche**
- 4.1 **Indicazioni terapeutiche**
In gravidanza e postparto, quadri: nausea, vomito, costipazione, disturbi del ciclo (irregolarità del ciclo, sindrome premestruale e

perilosa, ustioni) e una gamma di segni e sintomi: inestetismi (nausea, vomito, eruttazione, crampi muscolari, costipazione, disturbi del ciclo, stitichezza).

4.2 **Profilo di sicurezza**
La soluzione mag2® è ben tollerata da tutte le donne. Seguire il regime di dosaggio e il modo di assumere il prodotto.

4.3 **Controindicazioni**
Non è indicata a donne con ipertensione, insufficienza renale o gravidanza. La sua somministrazione nei soggetti in terapia digitale.

4.4 **Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso**
In gravidanza, con insufficienza renale e necessità di usare la soluzione è necessario la funzionalità renale e la mag2®. È opportuno considerare la possibilità di un effetto di sovradosaggio, soprattutto in caso di somministrazione prolungata o prolungata e prolungata. È necessario che il prodotto sia conservato in un luogo fresco e asciutto.

4.5 **Interazioni con altri medicinali e altre forme di somministrazione**
Non sono state osservate interazioni farmacologiche con altri medicinali somministrati per via orale o per via sottocutanea. La soluzione mag2® è compatibile con altri medicinali somministrati per via orale o per via sottocutanea. È necessario che il prodotto sia conservato in un luogo fresco e asciutto.

4.6 **Credibilità e affidamento**
Si consiglia di acquistare il farmaco solo presso il medico.

4.7 **Effetti sulla capacità di guida e di usare macchinari**
Non sono stati osservati effetti sulla capacità di guida e di usare macchinari.

4.8 **Effetti indesiderati**
Non sono stati osservati effetti indesiderati.

4.9 **Avvertenze**
Non sono stati osservati effetti indesiderati.

4.10 **Proprietà farmacologiche**
La soluzione mag2® è un medicinale a base di magnesio. È indicato per il trattamento di disturbi del ciclo (irregolarità del ciclo, sindrome premestruale e disturbi del ciclo) e di disturbi del ciclo (irregolarità del ciclo, sindrome premestruale e disturbi del ciclo).

4.11 **Proprietà farmacocinetiche**
La soluzione mag2® è un medicinale a base di magnesio. È indicato per il trattamento di disturbi del ciclo (irregolarità del ciclo, sindrome premestruale e disturbi del ciclo).

4.12 **Proprietà farmacodinamiche**
La soluzione mag2® è un medicinale a base di magnesio. È indicato per il trattamento di disturbi del ciclo (irregolarità del ciclo, sindrome premestruale e disturbi del ciclo).



EFFICACE NELLA SINDROME PREMESTRUALE E NELLA DISMENOREA

La soluzione mag2® è un medicinale a base di magnesio. È indicato per il trattamento di disturbi del ciclo (irregolarità del ciclo, sindrome premestruale e disturbi del ciclo).

La soluzione mag2® è un medicinale a base di magnesio. È indicato per il trattamento di disturbi del ciclo (irregolarità del ciclo, sindrome premestruale e disturbi del ciclo).



È un medicinale a base di magnesio. È indicato per il trattamento di disturbi del ciclo (irregolarità del ciclo, sindrome premestruale e disturbi del ciclo).

È un medicinale a base di magnesio. È indicato per il trattamento di disturbi del ciclo (irregolarità del ciclo, sindrome premestruale e disturbi del ciclo).

È un medicinale a base di magnesio. È indicato per il trattamento di disturbi del ciclo (irregolarità del ciclo, sindrome premestruale e disturbi del ciclo).

È un medicinale a base di magnesio. È indicato per il trattamento di disturbi del ciclo (irregolarità del ciclo, sindrome premestruale e disturbi del ciclo).

È un medicinale a base di magnesio. È indicato per il trattamento di disturbi del ciclo (irregolarità del ciclo, sindrome premestruale e disturbi del ciclo).

È un medicinale a base di magnesio. È indicato per il trattamento di disturbi del ciclo (irregolarità del ciclo, sindrome premestruale e disturbi del ciclo).

di **Giorgio Vittori**

Direttore U.O. Ginecologia,
Ospedale S. Carlo di Nancy - IDI, Roma

Endoscopia ginecologica: una scommessa per il presente

Minore invasività, minor utilizzo di farmaci, ridotta degenza e precoce ritorno alla normale vita dopo l'intervento, migliore performance insomma. Questi i notevoli vantaggi, sia per il paziente che per l'economia sanitaria, offerti dalla chirurgia endoscopica. Ciononostante, manca ancora il pieno riconoscimento e la valorizzazione del ginecologo che utilizza queste tecniche endoscopiche e molto rimane da fare per ottenere la giusta attenzione da parte del Ssn e l'adeguamento delle risorse necessarie

Per endoscopia ginecologica (E.G.) si intende quella branca della ginecologia che utilizza una nuova tecnologia di visualizzazione degli organi o apparati o strutture da trattare.

La visione diretta ottenuta tramite tomia è sostituita da una visione indiretta, mediata da sistemi ottici e di codifica delle immagini.

Gli accessi per tali strumenti sono diversi e in ogni caso infinitamente più piccoli di quelli richiesti da una visione diretta. Gli strumenti necessari per effettuare le manovre richieste sono diversi da quelli tradizionali. La coordinazione visione diretta-mano-strumento, appresa dall'infanzia, è sostituita dalla coordinazione visione mediata-mano-strumento (da apprendere).

Il raffronto tra l'immagine di una sala anfiteatro della metà dell'Ottocento e di una sala operatoria del 2000, con il chirurgo che opera, lontano dal paziente, per mezzo di uno strumento robot che controlla mediante un video tridimensionale, con braccia meccaniche dotate di vari strumenti che permettono movimenti a 360°, rende immediatamente l'idea del salto tecnologico compiuto e dei progressi futuribili verso cui ci proietta la chirurgia endoscopica.

Nell'introdurre la chirurgia endoscopica, nello specifico la E.G., non dobbiamo limitarci a prendere in considerazione i soli aspetti tecnici o tecnologici, ma anche valutare quelli scientifici e clinici, sociali e sanitari.

La letteratura scientifica ha ormai dimostrato con evidenza di tipo I e raccomandazioni di livello A i vantaggi per la paziente: migliore tecnica, minore invasività, ridotta degenza e precoce ritorno alla normale vita dopo l'intervento.

Si suppone vi siano dei vantaggi anche per il Sistema sanitario nazionale in virtù della migliore soluzione del rapporto richiesta/offerta di prestazioni sanitarie-costo/beneficio, inteso sia dal punto di vista "locale" dell'Azienda sanitaria, sia dal punto di vista più ampio, sociale (precoce ritorno in famiglia o al lavoro, minor numero giornate di assenza dal lavoro, minor consumo di farmaci, minore utilizzo di trasfusioni di sangue, minore trauma tissutale, migliore visione delle strutture anatomiche, tecniche più rispettose della anatomia e di efficacia comparabile alle cosiddette "tecniche tradizionali").

Vi sono vantaggi per il ginecologo? Le esperienze sono variabili e dipendono da molti fattori: formazione, disponibilità di attrezzature e di personale dedicato, accettazione da parte di tutto lo staff dirigenziale e disponibilità del ginecologo a utilizzare una tecnica in-

novativa e non tradizionale. Ad oggi, non è particolarmente diffuso il riconoscimento e la valorizzazione del ginecologo che utilizza le tecniche endoscopiche, spesso è la paziente informata che chiede e ricerca le strutture sanitarie o i chirurghi che le utilizzano.

In Italia, come in altri Paesi, non vi sono linee guida chiare e definite da parte delle autorità sanitarie che indichino che le tecniche endoscopiche debbano essere utilizzate per determinate patologie. Dal 1995 è stato adottato il sistema Drg, che modifica il sistema di rimborso per le strutture sanitarie in funzione dell'intervento chirurgico. Di conseguenza, le tecniche endoscopiche sono favorite economicamente perché la degenza diviene più breve, ma i maggiori sforzi per quanto riguarda la tecnologia, la formazione e la sala operatoria non sono presi in considerazione.

In Italia la situazione è alquanto disomogenea: vi sono Unità operative che le praticano routinariamente e strutture sanitarie ove tali metodiche sono scarsamente accettate e utilizzate.

Le statistiche statunitensi relative alle esperienze della chirurgia endoscopica per vari organi e distretti e specialità, in particolare per la chirurgia della colecisti e del ginocchio, indicano che la chirurgia "tradizionale" sta scomparendo quasi completamente.

Il processo di diffusione delle tecniche endoscopiche, minimamente invasive, si sviluppa in 3 fasi: una iniziale, di interesse alle nuove procedure, caratterizzata da una rapida impennata delle nuove metodiche; una seconda di stabilizzazione e una terza, che vede aumentare stabilmente gli interventi endoscopici e diminuire quelli "tradizionali".

La diffusione degli interventi endoscopici varia in funzione della complessità, quelli più semplici o meno rischiosi sono più rappresentati percentualmente. La durata dei ricoveri diminuisce sensibilmente, dagli 8-10

giorni degli anni '70 fino a 1-2 giorni attuali. La lunghezza della cicatrice passa dai 10-20 cm a 1-2 cm.

Il costo dell'intervento, confrontato a uno comparabile effettuato con tecniche tradizionali, diminuisce significativamente in virtù della minore degenza, nonostante i maggiori costi delle tecnologie.

Per quanto riguarda la chirurgia ginecologica, l'introduzione della chirurgia miniinvasiva endoscopica permette una forte diminuzione della chirurgia addominale, in alcuni casi fino al 20% di tutta la chirurgia, a favore di quella totalmente endoscopica o combinata con la chirurgia tipicamente ginecologica, la chirurgia vaginale. Attualmente la quasi totalità degli interventi ginecologici può essere effettuata con tecniche endoscopiche, recentemente impiegate anche nel trattamento della patologia oncologica selezionata, del pavimento pelvico, dell'endometriosi infiltrante, con risultati comparabili, se non migliori, rispetto alle tecniche tradizionali.

La valutazione della chirurgia endoscopica da parte della comunità scientifica ha dimostrato l'efficacia della tecnica e ha determinato il consenso delle Società Scientifiche. Il processo di valutazione da parte del Ssn è in corso, un corso spesso lento e poco coordinato.

Come si è detto, la nuova tecnologia endoscopica permette di utilizzare nuove metodiche chirurgiche più vantaggiose, ma l'organizzazione della formazione del personale, l'organizzazione generale di una U.O. che le utilizza richiedono un impegno specifico. E, anche se sono trascorsi circa 20 anni dall'introduzione della chirurgia endoscopica in ginecologia, molto rimane da fare, soprattutto per ottenere la giusta attenzione da parte del Ssn e l'adeguamento delle risorse necessarie. L'evoluzione della tecnologia certo non modifica la storia naturale della malattia, ma mette a disposizione nuovi strumenti per nuove tecniche chirurgiche in grado di interagire sempre meglio con la malattia.

La Chirurgia endoscopica ginecologica: "oggi" e "Domani"

- Il miglioramento della tecnologia e delle tecniche permette e impone una diversificazione dei flussi di prestazione sanitaria
- Utilizzare tecniche di endoscopia ginecologica è un indicatore di soddisfacimento delle nuove esigenze umane, sociali, mediche ed economiche
- E.G. comporta un nuovo ed efficiente modello assistenziale
- E.G. può contribuire a migliorare l'efficienza interna di strutture già

- esistenti
- Sono necessari meccanismi di verifica interna (Audit Medico) per le indicazioni
- È necessario comprendere e far comprendere che non è un sistema di riduzione della spesa sanitaria ma un progresso medico, sociale e umano
- con l'utilizzo delle fibre ottiche, delle telecamere, degli strumenti endoscopici nuovi e vecchi stiamo entrando nell'importantissima fase

- della robotica e della telemedicina
- il rapporto tra l'offerta delle nuove tecnologie e la realtà quotidiana è deludente a causa della classe medica (indicazioni cliniche, formazione professionale, registro interventi) e Ssn (organizzazione, valutazione costo/beneficio per la società, isolamento)
- La robotica, l'informatica, le nanotecnologie, l'integrazione della informazione, i nuovi "elettrobisturi" o

strumenti di taglio e coagulo di ultima generazione hanno affascinato il chirurgo e determinato il maggiore interesse scientifico per il futuro. Nell'attuale situazione sanitaria italiana, l'indispensabile ricerca della appropriatezza delle prestazioni mediche richiede per un "domani" compatibile un grande sforzo di armonizzazione tra i percorsi diagnostico-terapeutici, la tecnologia a disposizione e la definizione degli obiettivi assistenziali (Mission) realizzabili.

“Nessuno tocchi l'intramoenia! La libera professione dei medici a rapporto esclusivo con l'Azienda è un diritto inalienabile”

di Carmine Gigli
Presidente Coordinatore Fesmed

La libera professione negli studi medici

Tutto era cominciato i primi di luglio al Ministero della Salute, con le Organizzazioni Sindacali della dirigenza medica che ascoltavano il nuovo Ministro della salute, beandosi delle zuccherose promesse che elargiva a piene mani: la consulta delle professioni sanitarie, la rivalutazione del merito nei concorsi e via di questo passo. A noi che Le chiedevamo cosa intendesse fare per l'imminente scadenza della proroga per la libera professione “intramoenia allargata”, la risposta giungeva sullo stesso tono: ritornare allo spirito del Dl 502/1992 e prorogare la scadenza per il tempo necessario per l'approntamento degli spazi per la libera professione all'interno delle strutture pubbliche, quantomeno tre anni. In poche parole, quel giorno l'incontro con il Ministro Livia Turco si svolse in un'atmosfera idilliaca, tanto che avevo titolato “Svolta nelle relazioni fra Ministero della salute e Organizzazioni sindacali”, il resoconto dell'incontro comparso sul sito www.fesmed.it. Dopo quel giorno le cose sono andate in maniera ben diversa. La libera professione “intramoenia allargata” ha beneficiato, a tempo scaduto, di un emendamento del “Decreto Bersani”, che ne ha prorogata la scadenza di dodici mesi, con l'obbligo per le Aziende di completare gli interventi strutturali necessari. In altri termini, la norma impone che tutto quello che non si è riusciti a fare dal 2000 ad oggi dovrà essere fatto nei prossimi dodici mesi. L'obiettivo di “completare gli interventi strutturali” in un periodo di tempo tanto esiguo appare irraggiungibile ai più ed è facile ipotizzare che la maggior parte delle Aziende opterà per non fare nulla, nella convinzione che in un anno non si può certo aprire e chiudere un cantiere.

Intanto questo tira e molla sulla proroga qualcosa ha prodotto. Sulla stampa si è acceso un dibattito fra favorevoli e contrari alla libera professione allargata agli studi medici e qualcuno si è spinto oltre, sino a mettere in dubbio l'eticità della libera professione per i medici dipendenti del Servizio sanitario. Naturalmente non sono mancate neanche le dotte dissertazioni sull'influenza della libera professione sulle liste di attesa. Com'è facile capire, c'è stato “pane e companatico” per i polemisti di professione.

Quando si alzano questi polveroni, dove i preconcetti ideologici hanno la meglio sull'analisi del problema, è opportuno e doveroso fare un passo indietro e ripartire da quelli che devono essere considerati come dei punti fermi. L'esercizio della libera professione è un diritto dei medici dipendenti del Servizio sanitario e i suoi cardini normativi si trovano nelle leggi e nei contratti di lavoro. Questo diritto può essere esplicitato all'interno delle strutture aziendali, sia nella forma ambulatoriale che in costanza di ricovero. È previsto che la libera professione possa essere esercitata anche al di fuori dell'Azienda, in cambio di una penalizzazione economica e in alcune Regioni, anche della carriera. Esiste poi una terza modalità, prevista dal DPCdM del 27 marzo 2000, con il quale si autorizza l'esercizio dell'attività libero professionale ambulatoriale negli studi medici, nel rispetto delle stesse norme che regolano l'attività “intramurale”, quando l'Azienda non dispone

degli spazi “separati e distinti” previsti dalla legge.

Il fatto che in molte Aziende sanitarie non esistano le condizioni strutturali per l'esercizio della libera professione ha portato ad un esteso utilizzo della cosiddetta “intramoenia allargata”. In tal modo, le Aziende, attraverso l'autorizzazione all'utilizzo degli studi medici, hanno potuto garantire il diritto dei medici all'esercizio della libera professione e, nello stesso tempo, quello dei pazienti di scegliersi lo specialista di fiducia, a fronte della inesistenza di quegli spazi separati e distinti previsti dalla legge la cui realizzazione avrebbe richiesto degli investimenti che le Aziende non erano in grado di affrontare.

Questa situazione ha goduto di ripetute proroghe senza che vi fosse, nella maggior parte delle Regioni, un tentativo anche minimo di affrontare il problema degli spazi da riservare alla libera professione. Si è così giunti sino ad oggi con numerosi medici a rapporto esclusivo con il Servizio sanitario, i quali esercitano la libera professione nei loro studi, autorizzati dall'Azienda, in tempi contingentati e documentati, con tariffe concordate e calmierate, con regole rigide definite contrattualmente. Inoltre, il Contratto di lavoro contingentata i volumi di attività libero-professionale intramuraria che, comunque, non possono superare i volumi di attività istituzionale assicurati. Quindi, la più volte invocata relazione negativa tra intramoenia e tempi d'attesa esiste solo in una visione “truffaldina” dell'attività professionale medica.

Il testo dell'articolo 22 del Dl che proroga la libera professione

Decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, coordinato con il Disegno di legge n. 741 definitivamente approvato dal Parlamento il 2 agosto 2006, recante disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale. (G.U. n. 153 del 4-7-2006)

Art. 22-bis

Riduzione della spesa per incarichi di funzione dirigenziale. Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria

1. La spesa complessiva derivante dagli incarichi di funzione dirigenziale di livello generale è soggetta ad una riduzione globale non inferiore al 10 per cento.
2. Al comma 10 dell'articolo 15-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, le parole: “fino al 31 luglio 2006” sono sostituite dalle seguenti: “fino alla data, certificata dalla regione o

dalla provincia autonoma, del completamento da parte dell'azienda sanitaria di appartenenza degli interventi strutturali necessari ad assicurare l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria e comunque entro il 31 luglio 2007”.

3. L'esercizio straordinario dell'attività libero-professionale intramuraria in studi professionali, previa autorizzazione aziendale, è informato ai principi organizzativi fissati da ogni singola azienda sanitaria, nell'ambito della rispettiva autonomia, secondo le modalità stabilite dalle regioni e dalle province autonome di Trento e

Visione che non rispecchia la realtà e che volutamente tende ad ignorare le cause che alimentano le liste di attesa. Chi mette in relazione la libera professione dei medici con le liste di attesa, spesso dimentica che il Sistema sanitario italiano non si è dotato di strumenti efficaci per governare la domanda di prestazioni diagnostiche ed in questa situazione, la lista d'attesa è nello stesso tempo una patologia del sistema ed il meccanismo che porta ad un'autolimitazione della domanda.

La risposta dei medici a tutta questa ridda di voci e di ipotesi è una sola: “nessuno tocchi l'intramoenia!”. La libera professione dei medici a rapporto esclusivo con l'Azienda è un diritto inalienabile. Su come e dove vada esercitata può essere oggetto di trattativa, tuttavia, dobbiamo far osservare sin da ora che la mancanza di una programmazione convincente su questa materia ha disorientato i medici, impedendo loro di effettuare gli investimenti per l'aggiornamento delle apparecchiature e questo si ripercuote negativamente sui pazienti.

Ci auguriamo che le Aziende sanitarie riescano ad attuare quanto viene loro richiesto, consentendo ai dirigenti medici di svolgere la loro attività libero professionale in ambienti adeguatamente attrezzati. Qualora questo non possa essere realizzato per la mancanza di spazi o di fondi, si impone che il problema venga affrontato attraverso una trattativa serena e scevra da pregiudizi.

La libera professione medica, a nostro avviso, costituisce di per sé uno strumento terapeutico nel rapporto medico-paziente, oltre ad essere una possibilità offerta all'utente per ottenere in tempi brevi il servizio che egli richiede, servizio che altrimenti l'Azienda non sarebbe in grado di fornirgli con la stessa celerità. Senza dimenticare che l'Azienda, sulla base del Contratto di lavoro, può acquistare prestazioni dal medico dipendente e utilizzarle a beneficio delle sue liste d'attesa.

di Bolzano e sulla base dei principi previsti nell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 marzo 2000, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 121 del 26 maggio 2000.

4. Al fine di garantire il corretto equilibrio tra attività istituzionale e attività libero-professionale intramuraria, anche in riferimento all'obiettivo di ridurre le liste di attesa, sono affidati alle regioni i controlli sulle modalità di svolgimento dell'attività libero-professionale della dirigenza del Servizio sanitario nazionale e l'adozione di misure dirette ad attivare, previo congruo termine per provvedere da parte delle aziende risultate inadempienti, interventi sostitutivi anche sotto forma della nomina di un commissario ad acta. In ogni caso l'attività libero-professionale non può superare, sul piano quantitativo nell'arco dell'anno, l'attività istituzionale dell'anno precedente.

Dall'esperienza



- 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 idoneo all'uso con i profilattici.



Dispositivo medico
con il applicatori monouso

*Dati in base ai dati sempre del citato.

Testi e fotografie di efficacia di un gel intimo a base di acido ialuronico ed il carbopol, estratto di Padina pavonica, ricinoleato di zinco, acido lattico, Phacid? Soluzione della secchezza e prurito/bruciore di un gel lubrificante intimo vaginale, prodotto nel 2010. Foto.

Protezione e benessere clinicamente testati, dalla linea Infasil Intimo



Infasil intimo NEUTRO

Massima sicurezza per l'igiene intima quotidiana della famiglia.
Infasil Intimo Neutro, usato quotidianamente, assicura delicatezza e benessere nell'igiene intima quotidiana di tutta la famiglia.



Infasil intimo LENITIVO

Riprende l'equilibrio con estratti vegetali.

Infasil Intimo Lenitivo, con estratti di malva, un ingrediente emolliente naturale, è particolarmente adatto in **caso di irritazioni** (legate ad esempio alla menopausa, gravidanza, assunzione della pillola...) e irritazione.



Infasil intimo EQUILIBRANTE

Equilibrio e protezione della flora batterica con acido lattico.

Infasil Intimo Equilibrante, con acido lattico, aiuta a proteggere il naturale **equilibrio della flora batterica** quando c'è il rischio che venga alterato da fattori esterni come stress, indumenti sintetici o troppo stretti, irritazioni...



Infasil intimo ATTIVO

Massima freschezza con ingrediente antibatterico naturale

Infasil Intimo Attivo, con estratti di calendula, un ingrediente antibatterico naturale, è adatto in particolari circostanze come durante il ciclo mestruale, nei mesi estivi o in caso di attività sportive.

La sicurezza di Infasil è dimostrata dai test clinici

METODOLOGIA: Infasil Intimo è stato testato su un campione di 100 donne, per garantire la massima sicurezza. Sono state selezionate 100 donne di età superiore ai 18 anni suddivise in 4 gruppi. In tutti i casi le donne hanno usato per quattro settimane Infasil Intimo. Ogni donna è stata visitata dal ginecologo, prima, durante e dopo l'uso.

I RISULTATI DOPO QUATTRO SETTIMANE DI USO:



Nel gruppo del 1° gruppo - donne che non presentavano manifestazioni infiammatorie o allergiche - Infasil Intimo è stato ben tollerato rispettando il pH vaginale. Non sono stati riscontrati arrossamenti o irritazioni.



Nel gruppo del 2° gruppo - donne con precedenti forme di allergia o intolleranza causate dall'uso di prodotti cosmetici - dopo che era stata rimossa la causa della reazione allergica, Infasil Intimo è risultato ben tollerato e non ha alterato significativamente il pH vaginale.

Nel gruppo del 3° gruppo - donne con precedenti forme di allergia o intolleranza causate dall'uso di prodotti specifici per l'igiene intima - Infasil Intimo è risultato ben tollerato e non ha alterato significativamente il pH vaginale.

Nel gruppo del 4° gruppo - donne affette da vaginite infettiva (il gruppo è stato autorizzato ad impiegare terapie con antibiotici o antiparassitari) - Infasil Intimo non ha interferito con l'efficacia delle cure mediche prescritte, ha rispettato il conseguente riequilibrio del pH vaginale. Dopo la terapia e durante l'impiego non sono stati riscontrati arrossamenti o pruriti.