

editoriale

05/06 2006

## La salute delle donne è una priorità per tutti

di Carlo Sbiroli

*Proprio mentre stiamo mettendo a punto il nostro Congresso nazionale di ottobre, il Consiglio dei ministri approva, su proposta del ministro Livia Turco, il Ddl rivolto alla salute delle donne e dei neonati, già annunciato nelle scorse settimane*

È una coincidenza interessante perché, se per noi la salute delle donne è il quotidiano impegno professionale vederla riconosciuta tra gli impegni prioritari per il Paese non è cosa né ovvia né scontata. Oltretutto, il testo del Ddl è davvero ampio, articolato e ricco di indicazioni operative di cui voglio rimarcare almeno tre aspetti.

Innanzitutto l'impulso ad una rinnovata attività dei consultori, in campo preventivo ed educativo; in secondo luogo, la volontà di contrastare le "diseguaglianze territoriali" nell'accesso ai servizi per la salute materno-infantile, che probabilmente troverà una eco anche nel prossimo Patto Stato-Regioni attualmente in via di elaborazione; ed infine l'impegno per contrastare il dolore da parto, tema riguardo al quale il ministro si era già mostrato sensibile e che abbiamo affrontato più ampiamente sul numero scorso.

Presentare una proposta di legge governativa su un tema come questo vuol dire cogliere il nodo del futuro, investendo attenzioni (e ci auguriamo anche risorse) sul momento della nascita. È per questo che mi sembra illuminante che si sottolineino le

segue a pag. 30

## ATTUALITÀ

Gli intenti, le proposte e le istanze sul tavolo della Sanità di mezz'estate  
a pagina 6

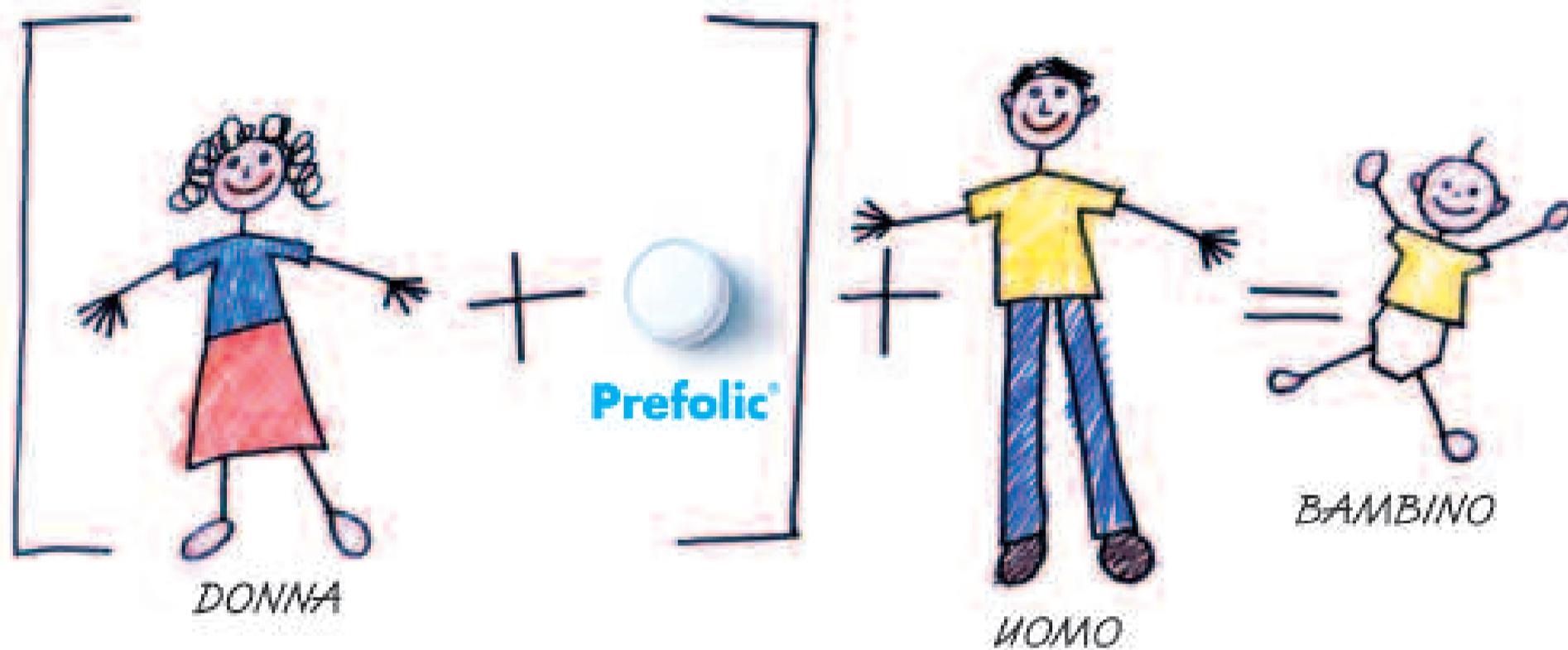
## PRIMO PIANO

## Arcipelago donna: antiche sfide e nuove frontiere

Roma 2006:  
la ginecologia italiana  
a congresso  
alle pagine 3-5

**PROFESSIONE**  
Progetto Menopausa Italia  
Risultati e prospettive  
a pagina 15

Contracezione: nasce  
la SMIC, affiliata Aogoi  
a pagina 18



# Prefolic®

## V03AF N<sup>5</sup>-metiltetraidrofolato di calcio



 **Zambon**

82° Congresso SIGO - 47° Congresso AOGOI - 14° Congresso AGUI

# “Arcipelago Donna antiche sfide e nuove frontiere”

Si apriranno a Roma il prossimo 1° ottobre i lavori del 46° Congresso Aogoi, 82° Sigo e 14° Agui sotto la presidenza di Antonio Castellano e Massimo Moscarini. Nel comitato di presidenza Antonio Chiantera, Luigi Fedele, Andrea Genazzani ed Emilio Imparato; presidenti onorari Antonio Ambrosini e Carlo Sbiroli.

L'appuntamento è importante ed è fortemente sentito dal comitato organizzatore nazionale e locale. Roma 2006 è, come hanno sottolineato i due presidenti del Congresso: “un'occasione speciale per affrontare un programma scientifico di alto livello, per rivisitare le soluzioni sulle antiche sfide che come clinici ci siamo posti nella tutela della salute della donna e per confrontarci sulle nuove frontiere che l'evoluzione delle conoscenze scientifiche e delle nuove tecnologie oggi ci propongono”

Un programma scientifico di alto livello connota l'importante appuntamento annuale che, ci piace ricordarlo, è anche un'occasione per incontrare vecchi e nuovi amici

## Un momento di **reale confronto** tra tutte le componenti della **ginecologia italiana**

**di Antonio Castellano**

Direttore U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia  
Ospedale S. Paolo di Civitavecchia  
Segretario regionale Aogoi Lazio

“**R**oma, dal 1° al 4 Ottobre p.v., presso il Palazzo dei Congressi dell'Eur, ospiterà l'incontro annuale della Sigo.

Insieme con il Professor Massimo Moscarini abbiamo accettato, di buon grado, l'onore e l'onere di promuovere questo importante appuntamento, ospitando i lavori dell'82° Congresso Nazionale SIGO, del 47° Congresso AOGOI, del 14° Congresso AGUI, momento di reale confronto tra tutte le componenti della ginecologia italiana. La donna è oggi protagonista in tutti i settori della vita: professionale, economica e sociale.

I mutamenti che cogliamo nella società, connotati tutti da forte dinamicità, ed in particolare l'evoluzione culturale, richiedono un continuo affinamento delle conoscenze, in linea con le rappresentate nuove esigenze dell'universo femminile.

Un'occasione speciale, questa del Congresso Nazionale, per affrontare un programma scientifico di alto livello, per rivisitare le soluzioni delle antiche sfide della nostra specialità nella tutela della salute della



donna e per confrontarci sulle nuove frontiere che l'evoluzione delle conoscenze scientifiche e delle nuove tecnologie oggi ci propongono.

I temi congressuali prevedono una comune riflessione su problematiche di grande rilevanza e di grande impatto sociale che, analizzate, offriranno spazio al dibattito culturale, focalizzando l'attenzione di tecnici, politici, amministratori e media sui temi più attuali, controversi e dibattuti del nostro settore, verificandone la percezione, l'efficacia e la condivisione, nell'ottica di un approccio globale alla “women care”. Di grande attualità e interesse l'introduzione delle nuo-

ve 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 nuovi 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.

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.

In linea con le finalità proprie dell'Aogoi, abbiamo riservato al “risk management” in Ostetricia e Ginecologia uno spazio particolare, affrontando la tematica a 360°, come approccio di sistema, come momento politico-organizzativo, analizzandone la natura giuridica e i riflessi sul nuovo Ccnl.

Non abbiamo voluto peraltro tralasciare le strategie

sanitarie proponibili e gli aspetti formativi indispensabili a dare concretezza di realizzazione ad un'assistenza di qualità e un aspetto che consideriamo spesso determinante, la comunicazione medico-paziente. Il programma scientifico prevede letture magistrali tenute dai maggiori esperti internazionali del settore, sessioni plenarie sugli "hot topic" in Ostetricia e Ginecologia, sessioni parallele e simposi satellite organizzati dalle società satellite Sigo, tavole rotonde, riunioni di gruppi di studio, sessioni di comunicazioni libere e sessioni poster e una sessione di videochi-

rurgia con proposte di nuovi approcci chirurgici. Nei sette corsi pregressuali, importante corollario al momento formativo che il Congresso si propone, Aogoi è presente con due corsi coordinati dal Professor Gian Paolo Mandruzzato, espressione dell'attività formativa della Fondazione Confalonieri-Ragonese e con un corso di Chirurgia oncologica ginecologica coordinata dal nostro Presidente, Professor Carlo Sbiroli. Sobrietà e gradevolezza connoteranno gli eventi sociali complementari alla manifestazione. Pertanto, come organizzatori del Congresso, confidiamo

che esso possa rappresentare un evento memorabile. Roma è una città dove storia, scienza ed arte si amalgamano profondamente e riesce sempre a suscitare nel visitatore profonde emozioni, creando, per gli splendidi colori ed il gradevole clima che caratterizzano le giornate tipiche dell'ottobre romano, un feeling particolare. Ci auguriamo perciò, e questo vuol essere il nostro caloroso invito, un'ampia partecipazione a Roma 2006, esperienza indimenticabile per discutere le problematiche che investono quello che ci piace definire "l'arcipelago donna" e occasione per incontrare vecchi e nuovi amici."

## "Arcipelago Donna antiche sfide e nuove frontiere"

Sette corsi pregressuali (30 settembre e 1° ottobre), 10 letture magistrali tenute dai maggiori esperti internazionali del settore, 13 sessioni plenarie sugli "hot topic" in Ostetricia e Ginecologia, 34 sessioni parallele, 27 simposi satellite organizzati dalle società satellite SIGO, 33 sessioni di comunicazioni libere, 6 sessioni poster e numerose tavole rotonde e riunioni di gruppi di studio. Queste le occasioni offerte dal programma scientifico congressuale per discutere, come si legge nella nota di presentazione e invito al Congresso dei due presidenti, "problematiche di grande rilevanza e impatto sociale che saranno analizzate offrendo grande spazio al dibattito culturale, mirando a focalizzare l'attenzione di tecnici, politici, amministratori e media sui temi più attuali, controversi e dibattuti del nostro settore, verificandone la percezione, l'efficacia e la condivisione nell'ottica di un approccio globale alla "women care". Vediamo più dettagliatamente gli argomenti che verranno trattati nel corso delle tre giornate congressuali che si svolgeranno sotto il patrocinio delle Università romane "La Sapienza", "Tor Vergata" e "Cattolica del Sacro Cuore", della Regione Lazio, della Provincia di Roma, del Comune di Roma - Assessorato alle politiche sanitarie e dei ministeri delle Pari Opportunità, della Salute, del Lavoro, dell'Ambiente e della Istruzione.

### 2 OTTOBRE

La prima giornata congressuale, il 2 ottobre, prevede **3 Letture magistrali** dedicate a: Fisiopatologia del parto pretermine; Le nuove frontiere della diagnosi e terapia fetale; Terapie per PMA e carcinogenesi. **Le 5 Sessioni plenarie** saranno incentrate su: Parto

pretermine: un problema insoluto; Nuove tecnologie e valutazione del benessere fetale; Gravidanza oltre il termine: induzione o attesa?; Biotecnologie e diagnosi prenatale; La donna garantita: un'adeguata applicazione del taglio cesareo.

**13 sessioni parallele** affronteranno i seguenti temi: Le nuove strategie diagnostiche e terapeutiche in oncologia ginecologica; Endometriosi; Chirurgia vaginale e laparoscopica a confronto; Attualità in tema di sanguinamenti uterini anomali; Contaminanti ambientali e salute riproduttiva; Non solo "spina". Il ruolo dei folati. Incontro interattivo sui folati in gravidanza ed in menopausa; Tibolone, la ricerca continua: i risultati; Senologia; Contraccezione; Gli omega-3 nella pratica clinica ostetrica; Le nuove strategie terapeutiche nel trattamento del parto pretermine; LHPV e la salute della donna: le prospettive offerte dalla vaccinazione; La patologia genitale e le malattie sessualmente trasmesse.

**I 7 simposi satellite** delle Società Italiana di Endoscopia Ginecologica - SEGI, Associazione Ginecologi Consultoriali - AGICO, Società Italiana di Ginecologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza - SIGIA, Società Italiana di Embriologia, Riproduzione e Ricerca -

Sono inoltre previste **12 comunicazioni libere** sui temi della medicina materno-fetale, endocrinologia ginecologica e oncologia/chirurgia ginecologica e **2 sessioni poster** dedicate alla medicina materno-fetale.

### 3 OTTOBRE

Nel corso della seconda giornata, il 3 ottobre, verranno svolte **3 Letture magistrali** dedicate a: PMA ed outcome neonatale; Preservazione della funzione riproduttiva in caso di cancro; Ruolo dell'ecografia nella patologia ginecologica.

**Le 4 Sessioni plenarie** tratteranno i temi: Attualità e prospettive future della riproduzione assistita; I flussi mestruali "abbondanti"; La contraccezione d'emergenza nel 2006; Osteoporosi post-menopausale.

**Nelle 11 Sessioni parallele** verranno affrontati gli argomenti de Lecografia 3D in Ginecologia: cosa offre di più?; Viaggio tra i dubbi del management delle infezioni femminili. Confronto interattivo multidisciplinare; Analgo-anestesia ostetrica; Attualità in tema di terapia dell'incontinenza urinaria; Trattamento chirurgico dei difetti del pavimento pelvico: moderni orientamenti; Sessione video: proposta di nuove tecniche chirurgiche; Ruolo della microcolposcopia nella

diagnosi morfologica delle lesioni preneoplastiche della cervice uterina; Management clinico dell'aborto ricorrente; Le emergenze in Sala Parto; Gravidanza complicata da trombofilia ereditaria: aspetti materni e fetoneonatali; Trombofilia ed outcome gestazionale.

**Gli 8 Simposi satellite** delle Società Italiana di Ecografia Ostetrica e Ginecologica - SIEOG, Associazione Italiana di Urologia Ginecologica e del Pavimento Pelvico - AIUG, Società Italiana Interdisciplinare di Vulvologia - SIIV, Società Italiana di Colposcopia e Patologia Cervico-Vaginale-SICPCV, Società Italiana di Oncologia Ginecologica - SIOG,

Gruppo Romano di Endoscopia Ginecologica - GREG, Società Italiana Ospedaliera per la Sterilità SIOS, Società Italiana di Fisiopatologia della Riproduzione - SIFR, Associazione Ginecologi Extra-Ospedalieri - AGEO saranno dedicati agli Aspetti medico-legali degli screening ecografici prenatali; L'approccio transotturatorio: è il nuovo trend nella chirurgia ricostruttiva del pavimento pelvico?; Novità in Vulvologia; Prevenzione del cervico-carcinoma: antiche sfide e nuove frontiere; Il ruolo della chirurgia riproduttiva alla luce della nuova normativa sulla procreazione medicalmente assistita; Legge 40 sulla PMA: bilancio clinico e prospettive per modificarla; La Me-

## Gli hot topics

- L'impatto delle nuove tecnologie sulla salute della donna
- Inquinanti ambientali e salute riproduttiva
- Recenti acquisizioni in tema di Pma
- Ginecologo, Ssn e copertura assicurativa
- I nuovi percorsi contraccettivi
- TOS: incrementare i vantaggi, ridurre i rischi
- Biotecnologie in oncologia ginecologica: nuove strategie diagnostiche e terapeutiche
- Chirurgia oncologica ginecologica: conservativa o radicale
- Le nuove biotecnologie nella diagnosi prenatale
- Il nuovo ginecologo: formazione, Ecm, medicina basata sull'evidenza
- La comunicazione medico-paziente in ostetricia e ginecologia: a quando?
- Uroginecologia: le nuove frontiere diagnostiche e terapeutiche
- Risk management

SIERR, Società Italiana di Fertilità e Sterilità SIFESMR, Società Italiana di Psicomatica Ginecologica e Ostetrica-SIPGO, Società Italiana di Ginecopatologia - SIGIP verteranno su: Sanguinamenti Uterini Anomali (AUB): aggiornamenti in tema di diagnosi e terapia; Consultorio familiare nella prevenzione, diagnosi e trattamento della sterilità di coppia alla luce della legge 40 del 2004; Contaminanti ambientali e salute riproduttiva; ART: nuove metodologie per valutare e preservare la fertilità; Fecondazione in vitro: i primi 7 giorni; L'adattamento alla nascita; La patologia vulvare: confronto tra il clinico ed il patologo sui casi clinici.

dicina della Riproduzione nel territorio: il percorso clinico-diagnostico della coppia infertile.

Sono inoltre previsti un **Intervento preordinato** che avrà per tema lo Sviluppo clinico di un vaccino innovativo anti HPV per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina; **9 Comunicazioni libere** sulla medicina materno-fetale, l'endocrinologia ginecologica e l'oncologia/chirurgia ginecologica e **2 Sessioni poster** sull'endocrinologia ginecologica.

Nel corso di questa seconda giornata, inoltre, avrà luogo l'**Assemblea Aogoi**.

#### 4 OTTOBRE

La giornata conclusiva del 4 ottobre prevede **2 Letture magistrali**: Follow-up dei tumori ovarici, Curtin J. USA, Nuove prospettive nel controllo del carcinoma mammario, Veronesi U. Milano.

**4 Sessioni plenarie** dedicate a: Chirurgia oncologica ginecologica: radicale o conservativa - I e II ; Attualità in tema di neoplasie; "Day surgery" ginecologica.

Nel corso delle **7 Sessioni parallele** verranno affrontate le tematiche inerenti il Diabete in gravidanza; la Contraccezione; il Risk management in Ostetricia e Ginecologia sessione parallela AOGOI; il Ginecologo, SSN e copertura assicurativa; la Promozione dell'allattamento materno; Congruità dei DRG in Ostetricia e Ginecologia; La comunicazione medico-paziente in Ostetricia e Ginecologia; il Governo regionale e strategie sanitarie in Ostetricia.D

Gli **11 Simposi satellite** della Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche-FNCO, Società Italiana di Psicoprofilassi Ostetrica-SIPPO, Società Italiana di Medicina Perinatale-SIMP, Società Italiana di Medicina Materno-Fetale - SIMMF, Associazione Italiana Placenta - AIP, Associazione Italiana Preeclampsia, Società Italiana Ginecologia della Terza Età SIGiTE - Progetto Menopausa Italia, Società Campana-Calabro-Lucana di Ostetricia e Ginecologia SCCLCG, Società Laziale, Abruzzese, Molisana e Marchigiana di Ostetricia e Ginecologia - LAMM, Società Italiana per la

Menopausa - SIM, Società Lombarda di Ostetricia e Ginecologia - SLOG avranno per tema l'Ostetrica/o: nuove prospettive per un adeguato servizio alle donne ed alle famiglie; L'armonia dei sensi nei corsi di accompagnamento alla nascita; le Età gestazionali estreme: problemi perinatologici; la Programmazione in utero delle malattie dell'adulto; La placenta: dal laboratorio alla pratica clinica; le Linee-guida per la Ipertensione in Gravidanza; l'Epidemiologia della menopausa in Italia: dati del Progetto Menopausa Italia; La gravidanza nella donna diabetica nell'Italia meridionale: dall'epidemiologia all'assistenza; Percorsi guidati in gravidanza: in ospedale o fuori? Antiche sfide e nuove frontiere per la menopausa; Il taglio cesareo senza indicazione medica, ovvero su richiesta della donna.

Sono infine previste **12 comunicazioni libere** sulla medicina materno-fetale, l'endocrinologia ginecologica e la chirurgia/oncologia ginecologica e **2 sessioni poster** sulla chirurgia/oncologia ginecologica.

# CORSI PRECONGRESSUALI AOGOI

Roma 1° ottobre - Palazzo dei Congressi

## LA LINFOADENECTOMIA PELVICA E LOMBOAORTICA IN GINECOLOGIA ONCOLOGICA

### Presidenti

C. Sbiroli (Roma) - C. Mangioni (Monza)

### Direttori

E. Vizza (Roma) - A. Pellegrino (Torino)

### I SESSIONE

Basi anatomiche ed indicazioni

### Moderatori

C. Sbiroli (Roma) - M. Moscarini (Roma)

9.00-9.30

Anatomia delle vie linfatiche pelviche e lomboaortiche

E. Vizza (Roma)

### Discussione

10.00-10.30

Indicazioni e razionale della linfadenectomia nei tumori della portio

G. Scambia (Roma)

### Discussione

10.00-10.30

Indicazioni e razionale della linfadenectomia nel carcinoma endometriale

P. Scollo (Catania)

### Discussione

10.30-11.00

Indicazioni e razionale della linfadenectomia nei tumori ovarici

P. Sismondi (Torino)

### Discussione

11.00-11.30

Linfonodo sentinella nei tumori ginecologici

F. Raspagliesi (Milano)

### Discussione

### II SESSIONE

Videochirurgia: tecniche a confronto

### Moderatori

C. Mangioni - E. Volpi (Torino)

12.00-12.30

Linfoadenectomia pelvica: approccio laparotomico

P. Benedetti - Panici (Roma)

### Discussione

12.30-13.00

Linfoadenectomia pelvica: approccio laparoscopico

A. Pellegrino (Monza)

### Discussione

13.00-13.30

Lunch

### Discussione

13.30-14.00

Linfoadenectomia lomboaortica: approccio laparotomico

R. Angioli (Roma)

### Discussione

14.00-14.30

Linfoadenectomia lomboaortica: approccio laparoscopico transperitoneale

E. Vizza (Roma)

### Discussione

14.30-15.00

Linfoadenectomia lomboaortica: approccio laparoscopico retroperitoneale

D. Querleu (Tolosa)

### Discussione

15.30-16.00

Chiusura del corso e test di valutazione Ecm

## PROBLEMI CLINICI ED ETICI DELLA GRANDE PREMATURITÀ

### Coordinatore

G.P. Mandruzzato (Trieste)

9.00-15.00

Epidemiologia

M. Campogrande

Eziologia

P. Curiel

Mortalità e morbilità perinatali

P. Iacobelli

Trattamento ostetrico: diagnosi

G. Maso

Trattamento ostetrico: corticosteroidi, antibiotici, tocolitici

N. Natale

Modalità del parto

V. Giambanco

Aspetti neonatali

F. Macagno

Aspetti medico legali

P. Benciolini

## MACROSOMIA, DISTOCIA DI SPALLA E TRAUMI NEONATALI

### Coordinatore

G.P. Mandruzzato (Trieste)

9.00-15.00

Epidemiologia

G. Mandruzzato

Eziologia

P. Scollo

Diagnosi e biometria

E. Viora

Distocia di spalla: previsione trattamento

Y. J. Meir

Complicazioni materne

G. Conoscenti

Prevenzione primaria e secondaria

V. Giambanco

Paralisi ostetrica e traumi neonatali

G. Maranzana

Aspetti medico legali

C. Buccelli

Intenti, proposte e istanze

# Sul tavolo della Sanità di mezz'estate

Da qualche settimana la XV legislatura ha realmente preso il via e ha cominciato ad affrontare nella pratica le diverse questioni che, con più o meno urgenza, i rappresentanti politici sono chiamati ad affrontare. Di progetti in cantiere ce ne sono molti, anche riguardanti la sanità, e sono perlopiù contenuti nel programma di Governo che il ministro della Salute, Livia Turco, ha presentato alle Commissioni parlamentari e che lei stessa ha definito "un New Deal per la salute". Ma la sanità non è fatta soltanto dei progetti e dei propositi della classe politica. È fatta di categorie di professionisti e di cittadini che con il sistema sanitario fanno i conti ogni giorno, denunciandone le criticità e presentando istanze per uno sviluppo dei servizi. Questioni che la classe politica non potrà ignorare ma a cui dovrà, anzi, cercare di dare una risposta. Nelle pagine seguenti i punti principali del programma del Governo per la sanità e le questioni calde poste dagli operatori e dai cittadini

di Lucia Conti

## LE PROPOSTE DEL GOVERNO

La salute delle donne, la tutela dei diritti della partorientente, la promozione del parto fisiologico e la salute del neonato sono tra le priorità della sanità italiana, e il Governo l'ha voluto espressamente ribadire inserendolo come uno dei punti principali della linee del programma presentate dal ministro della Salute, Livia Turco alla Commissione Affari Sociali.

E già entro luglio, secondo i piani del ministro, potrebbero essere ridefiniti i Livelli essenziali di assistenza, comprendendo, al loro interno, il Progetto Obiettivo materno infantile. Ben presto, inoltre, dovrebbero essere attivati specifici piani di prevenzione delle malattie a maggiore incidenza femminile, ma l'attenzione sarà rivolta anche ai disagi socio-sanitari, come quelli vissuti dalla donna immigrata, dalla donna con dipendenze derivante da patologia fisica o psichica, dalla donna che subisce violenza, dalla donna affetta da disturbi mentali (in particolare la donna colpita dalla depressione post partum).

All'esame, infine, un progetto sulla salute della donna da avviare in età scolare, in collaborazione tra i ministeri competenti e che preveda il coinvolgimento degli studenti e delle loro famiglie.

## IL "NEW DEAL" DELLA SANITÀ ITALIANA

Risorse finanziarie certe, pari al 6,6% del Pil per il triennio 2007-2009, un fondo per aiutare le Regioni in difficoltà, un ticket sanitario da far pagare al sistema non efficiente ma anche ai cittadini negligenti, che fanno esami inutili o non ritirano le cartelle, ma anche misure per bloccare la mobilità sanitaria e che dovrebbero, secondo i piani, prevedere non più lo spostamento dei pazienti dal Sud al Nord, bensì quello dei medici dal Nord al Sud, anche con l'obiettivo di diffondere la buona pratica. Questi gli altri principali prov-

vedimenti del programma di Governo, che porta il titolo "Un New Deal della Salute" e che, quindi, è evidentemente ispirato al piano riformistico di fiducia nel futuro che il presidente americano Franklin Delano Roosevelt promosse per far fronte alla grande depressione che sconvolse gli Stati Uniti d'America nel 1929 e con il quale Roosevelt, facendo leva sui valori tradizionali dell'etica del lavoro e su un piano propulsivo di investimenti, riuscì a risollevare la nazione dalla crisi.

Punto di riferimento, ha spiegato Turco, resta quanto scritto sul programma elettorale dell'Unione. "Esso, però – ha osservato il ministro – è qui precisato e sviluppato da quanto ho avuto modo di ascoltare ed anche imparare in questo mese di lavoro da parte delle tante e preziose competenze del ministero, delle Regioni e delle altre Istituzioni di governo locale, dei medici, delle professioni sanitarie, dei farmacisti, degli imprenditori, dei sindacati, del mondo del volontariato e delle organizzazioni di tutela e dei consumatori, delle comunità religiose, dei singoli cittadini. Ascolto che proseguirà in modo intenso nel mese di luglio e che sarà una costante del mio lavoro, con la finalità di contrarre un nuovo Patto per la salute, un vero e proprio New Deal per la sanità italiana" che sappia "ridefinire modi e forme del sistema perché esso sia finalmente orientato verso i bisogni e le esigenze dei cittadini", a cui "devono corrispondere investimenti adeguati sull'insieme delle strategie".

## UN SISTEMA SANITARIO AL SERVIZIO DELLE DONNE

Per quanto concerne il capitolo dedicato alla salute della donna, nel documento si legge che l'obiettivo principale è "la ridefinizione dei Livelli essenziali di assistenza, comprendendo il Progetto Obiettivo materno

infantile e uno strumento legislativo" che, come auspicato dal ministro, è stato approvato dal Consiglio dei Ministri lo scorso 18 luglio. Questo strumento, il Ddl per la "tutela dei diritti della partorientente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato" si propone di tutelare la gestante e il neonato promuovendo una appropriata assistenza all'interno del percorso nascita da parte del Servizio sanitario nazionale nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza tramite l'integrazione dei servizi territoriali e ospedalieri e la valorizzazione dei consultori.

Lo scopo, ha spiegato il ministro, è che con queste misure si possa "ridurre il ricorso al parto cesareo e limitare una eccessiva medicalizzazione del parto ed un eccessivo ricorso alle prestazioni diagnostiche che rischiano di trasformare gravidanza e parto da eventi naturali in eventi patologici".

Nel promuovere l'equità di accesso ai servizi, particolare attenzione dovrà essere posta, secondo Livia Turco, al divario Nord-Sud e alle condizioni di vita delle donne immigrate. "Le Regioni del Sud – ha osservato il ministro – presentano infatti un gap negativo per quanto riguarda il ricorso al parto cesareo e all'anestesia generale, al tasso di mortalità neonatale ed infantile, al sottopeso alla nascita, al ricorso all'allattamento al seno. Tra le donne immigrate, inoltre, si riscontra un maggior tasso di mortalità neonatale, un maggior numero di parti pretermine e ancora di bambini a sottopeso alla nascita. Le donne straniere – ha proseguito Turco – incontrano anche una maggiore difficoltà di accesso ai circuiti di informazione e ai servizi sociosanitari".

Secondo il ministro, tutelare la salute della donna significa anche "aggredire" alcune patologie che colpiscono le donne, come osteoporosi e tumore al seno, con

Un New Deal per la salute è la volontà di affrontare la crisi della sanità italiana rilanciando i valori etici e l'impegno collettivo

azioni rivolte, anche questa volta, soprattutto al Mezzogiorno, "dove il ricorso allo screening e alle diagnosi precoci resta ancora insufficiente". L'attenzione, inoltre, sarà rivolta alle giovani donne, con progetti di educazione sanitaria da portare nelle scuole. Ma l'impegno del ministro sarà anche per le donne che vivono in condizioni di disagio, "come quelle vissute dalla donna immigrata, dalla donna con dipendenze derivante da patologia fisica e/o

psichica, dalla donna che subisce violenza, dalla donna affetta da disturbi mentali (in particolare la donna colpita dalla depressione post partum)".

## GLI ALTRI PUNTI DEL PROGRAMMA DI GOVERNO

**Finanziamenti.** Individuato nel 6,6% del Pil il finanziamento per il triennio 2007/2009, punto di partenza per la programmazione dei piani regionali, cui affiancare un fondo "straordinario" per le Regioni che presentano grandi criticità finanziarie con l'obiettivo dell'azzeramento del debito entro il 2009.

**Farmaceutica.** Un nuovo patto tra i diversi attori del sistema per un nuovo piano di investimenti strutturali nella convinzione che la filiera della salute ha tutti i numeri, i valori e le professionalità per diventare una "grande impresa sociale" che crea ricchezza,

know-how, benessere. Previsto un innalzamento del tetto per la farmaceutica.

**Ricerca.** Il superamento del duopolio tra Milano e Roma, valorizzando le altre esperienze italiane ("tra tutte, a titolo di esempio, quella di Bologna") e l'elaborazione di un piano nazionale triennale di governo della ricerca sanitaria scientifica e tecnologica e sui servizi.

**Ticket.** Prevista l'ipotesi di un ticket contro le prescrizioni e la moltiplicazioni di esami diagnostici inutili "Un ticket che - si legge nel documento - dovrà essere quantificato e pagato dal sistema (in forma di penalizzazioni) ma anche dal cittadino (quale vera e propria 'multa' per un comportamento scorretto e per il danno causato alle economie del sistema sanitario)".

**Mezzogiorno e mobilità degli operatori.** Un progetto Mezzogiorno per garantire l'equità dei servizi in tutto il Paese, in particolare attraverso due misure. Una task force per il Mezzogiorno, che sia composta dalle Regioni, dalle Istituzioni tecniche, dal ministero della Salute da affidare all'Agenzia per i servizi regionali, "che va adeguatamente reimpostata". Ma anche misure di "contro-mobilità" sanitaria, "cioè muovere gli operatori del Nord anziché i cittadini del Sud".

**La Casa della salute.** Una struttura che ricorda molto le Utap di Sirchia, rimaste, quasi ovunque, sulla carta. Nella Casa della salute lavorano insieme il personale del distretto tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale, i medici di base, gli specialisti ambulatoriali. Nella Casa della salute si potranno effettuare tutti gli accertamenti diagnostico-strumentali di base 7 giorni su 7, realizzando anche una vera ed efficiente continuità terapeutica tra la fase acuta e quella della post-acuzie e riabilitazione.

**L'ospedale modello.** Si riaffaccia anche l'ipotesi dell'"ospedale modello" avviato dall'ex ministro Veronesi nel 2000, per rendere i luoghi di cura e le stesse pratiche medico assistenziali "aperti, sicuri e senza dolore", conciliando politiche di accoglienza, informazione e comfort con percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati con il cittadino.

## ...E LE ISTANZE DEI MEDICI E DEI CITTADINI

Le idee riguardanti il futuro della sanità non nascono solo dalle intuizioni e dalle proposte del Governo e del ministro della Salute. Sono numerose le istanze che quotidianamente i professionisti della sanità e i cittadini pongono all'attenzione delle istituzioni e dell'opinione pubblica. Temi caldi, sui quali ci si confronta ormai da molto tempo e per i quali si cercano soluzioni condivise da tutte le parti politiche, sociali e professionali. Un compito certo non facile, vista anche la delicatezza di molti temi. Su alcuni il ministro della Salute ha già espresso le proprie opinioni e tracciato le linee per possibili progetti. Altri, invece, restano ancora in attesa di risposta o, per la loro delicatezza, di un percorso condiviso da tutte le parti interessate per proseguire su un cammino che garantisca la migliore tutela della salute dei cittadini. Ecco alcuni esempi dei temi caldi delle ultime settimane.

Sul tema della **Procreazione medicalmente assistita**, il Coordinamento delle associazioni pazienti sterili e coppie con problemi di accesso alla genitorialità ha recentemente lanciato un appello al presidente del Consiglio Prodi per un'iniziativa legislativa da parte del Consiglio dei ministri per modificare la legge 40. Una richiesta avanzata anche alla luce dei risultati del referendum sulla legge che si è svolto nella primavera 2005 e "dove - si legge nel messaggio inviato al Premier - non sono prevalsi i 'No' o i 'Si'" e che "ha creato una situazione di disparità di trattamento tra cittadini e una grave limitazione alla pratica medica. Infatti, i cittadini con pos-

sibilità economiche, si sono rivolti a centri esteri" e "la classe medica italiana che ha un ruolo importantissimo nella ricerca e cura della infertilità è rimasta esclusa dalle ricerche di avanguardia del mondo scientifica".

Tra le varie richieste, le associazioni di pazienti con problemi di accesso alla genitorialità puntano all'accesso alle tecniche di procreazione assistita anche coloro che, pur non essendo sterili, sono portatori di patologie genetiche e virali; alla revisione dell'obbligo dell'impianto di tre embrioni e del divieto di crioconservazione; alla ridefinizione della diagnosi embrionaria preimpianto; alla possibilità di praticare la donazione di gameti maschili e femminili con particolare attenzione alla donazione di embrioni; alla possibilità di rimborso per le tecniche eseguite all'estero, come avviene per tutte le patologie curate all'estero, e la possibilità di rimborsabilità delle gonadotropine anche su base di protocollo Straniero.

Anche l'Associazione Amica Cicogna invita la maggioranza di governo a ripensare alla normativa vigente e propone, anzi, "un decreto legge che preveda l'u-



tilizzo degli embrioni congelati per la ricerca", che rappresenterebbe "la strada più indicata e semplice per ovviare alla legge 40".

"La legge 40 non è accettabile" secondo Filomena Gallo, presidente dell'associazione, che sottolinea come "la legge stessa prevede che le linee-guida debbano essere aggiornate ogni tre anni e ormai ci siamo; questo andrebbe a riparare ai danni di questa legge e mi riferisco in particolare al problema della diagnosi preimpianto e della crioconservazione degli embrioni".

Parlando di fronte alla Commissione Igiene e Sanità del Senato, il ministro della Salute Livia Turco ha comunque sostenuto che "sarà compito della dialettica e del confronto parlamentare valutare, alla luce dei dati applicativi della legge, se e in quali termini modificare la legge 40 sulla procreazione assistita", ribadendo che "al ministro della Salute, invece, compete prima e compete oggi una rigorosa e puntuale applicazione della legge vigente".

Sono inoltre in discussione alla Commissione Igiene e Sanità del Senato ben 6 diversi disegni di legge sulla "dichiarazione di volontà anticipate nei trattamenti sanitari", comunemente detto testamento biologico. La questione è recentemente tornata a far discutere dopo l'annuncio dell'oncologo ed ex ministro della Salute, Umberto Veronesi, di aver messo a punto il mo-

dulo per il **testamento biologico** che il cittadino che intende lasciare la propria volontà di trattamento terapeutico dovrebbe compilare e poi depositare presso il "registro nazionale per il testamento biologico" istituito presso la Fondazione Umberto Veronesi.

Commentando l'annuncio, Livia Turco ha ricordato nei giorni scorsi che anche il programma dell'Unione "prevede un apposito paragrafo dedicato alla tutela di chi soffre" e in cui "si fa riferimento al consenso informato, all'autodeterminazione del paziente e anche al rifiuto dell'accanimento terapeutico e del dolore non necessario". Sul programma si legge infatti la volontà di "costruire un sistema di garanzie per la persona malata, che abbia come premessa il consenso informato e l'autodeterminazione del paziente, garantendo a tutti i cittadini le cure palliative e tutte le terapie del dolore disponibili. Tra queste garanzie il rifiuto dell'accanimento terapeutico e del dolore non necessario. Lo strumento più efficace, per rendere effettivo quel diritto, è la Dichiarazione anticipata di volontà (o Testamento biologico) secondo quanto indicato nelle raccomandazioni bioetiche conclusive approvate dal Comitato nazionale per la bioetica nel dicembre 2003". Tra gli argomenti caldi delle ultime settimane, inoltre, ha fatto molto discutere il Decreto legge sulla competitività che dà il via libera alla vendita dei **farmaci nei supermercati**. Secondo quanto previsto dal decreto, elaborato dal ministro per lo Sviluppo economico Pierluigi Bersani, i farmaci da banco potranno essere venduti in esercizi commerciali con superficie dedicata ed esclusivamente con la presenza di un farmacista. Forti proteste da parte dei farmacisti, che hanno proclamato lo stato di agitazione e hanno già messo in atto uno sciopero. "Le prime decisioni del governo in materia di farmaci - ha affermato il presidente di Federfarma, Giorgio Siri - sembrano orientate più a pagare una cambiale a grandi gruppi economici che a tutelare la salute dei cittadini, dimenticando che in ballo non ci sono tanto prerogative delle farmacie quanto un importante tassello dello stato sociale, rappresentato dal servizio farmaceutico.

Anche la **pillola abortiva RU486** è tornata a far discutere, non solo per via della visita del ministro della Salute all'Ospedale Sant'Anna di Torino, ma soprattutto per l'avvio da parte della procura di Torino di un'indagine sul ginecologo torinese Silvio Viale in relazione alla sperimentazione della Ru486 al Sant'Anna. Secondo il procuratore Raffaele Guariniello, le modalità con cui è stata condotta la sperimentazione potrebbero, infatti, essere state una violazione della legge 194 che disciplina l'interruzione volontaria della gravidanza. In particolare, su Viale pende il sospetto che fossero stati permessi casi di aborto al di fuori delle mura dell'ospedale, eventualità non consentita dalla Legge. Secondo Livia Turco, la sperimentazione attuata al Sant'Anna dovrebbe essere "regolare" perché, ha spiegato, "gli atti che ho in mano del Consiglio superiore della Sanità e dell'Aifa affermano che la sperimentazione è corretta nell'ambito della 194".

Il ministro non ha voluto prendere posizione direttamente sul procedimento giudiziario che ha coinvolto Viale, però ha poi tenuto a precisare che il ministro della Salute "non interviene nelle questioni strettamente mediche. Sono i medici che devono intervenire. Impariamo a distinguere ciò che è di competenza di un ministro e ciò che è di competenza della scienza medica". Intanto, la RU486 viene chiesta a gran voce dagli operatori del Lazio impegnati da anni nelle prestazioni del servizio di interruzione volontaria della gravidanza, e che hanno proclamato l'obiezione di coscienza di "massa" per manifestare il disagio loro professionale e l'impossibilità di garantire un servizio pubblico nel rispetto della salute psicofisica delle donne e della dignità degli operatori.

Celebrata il 28 giugno scorso la Giornata nazionale per la lotta all'incontinenza urinaria

# Incontinenza urinaria: troppa vergogna e poca informazione

Oltre 200 milioni di persone nel mondo, perlopiù donne, soffrono di incontinenza urinaria. Gli italiani sono circa 5 milioni, ma potrebbero essere molti di più. Secondo le stime, infatti, solo il 25% di coloro che sono afflitti da questo disturbo ne parla col proprio medico, mentre il restante 75% preferisce affrontare la situazione da solo, in silenzio, piuttosto che provare la vergogna di dover ammettere di non riuscire a trattenere la pipì. L'incontinenza urinaria, infatti, è ancora oggi un disturbo socialmente non accettato, che provoca un profondo disagio in chi ne soffre per il timore di essere mal giudicato. Ed è proprio per incoraggiare coloro che hanno questo disturbo a chiedere aiuto e sottoporsi a un trattamento che la Federazione dei pazienti incontinenti (Finco), con il patrocinio del ministero della Salute e la collaborazione della Associazione italiana di urologia ginecologica e del pavimento pelvico (Aiug),



ha indetto la Giornata nazionale per la lotta all'incontinenza urinaria, svoltasi per la prima volta in Italia il 28 giugno scorso.

All'argomento sarà peraltro dedicato un'importante spazio nel corso del prossimo Congresso nazionale Sigo-Aogoi-Agui, che si svolgerà dal 1° al 4 ottobre a Roma.

“Di incontinenza si parla poco e comunque meno di quanto sarebbe necessario, e non sempre in maniera appropriata”, ha ammesso anche il ministro della Salute Livia Turco, annunciando il suo impegno affinché vi possa essere “una diversa attenzione per l'esistenza, sul territorio, di centri specialistici in grado non solo di riconoscere tempestivamente i sintomi, ma soprattutto di assicurare le soluzioni più appropriate, orientando il paziente tra la molteplicità di risposte che la scienza e l'innovazione tecnologica mettono a sua disposizione”.

Tra gli obiettivi più urgenti della Finco, inoltre, c'è la rimborsabilità dei farmaci anti-incontinenza che, a

differenza dei pannoloni, sono ancora oggi a totale carico dei pazienti. Eppure, un'inversione di tendenza potrebbe ridare una buona qualità di vita al paziente, permettendogli di gestire il problema con una sostanziale riduzione, tra l'altro, delle spese per i pannoloni a carico del Ssn.

## LA VERGOGNA DI ESSERE INCONTINENTI

Intorno all'incontinenza urinaria vi è ancora molta vergogna e poca informazione. Molto alta, infatti, la percentuale di persone che tiene nascosto il problema, in parte anche perché convinti che non esistano rimedi. Eppure, è una patologia trattabile e gestibile se trattata in stadio precoce e con le adeguate terapie. Il problema, quindi, non è tanto il controllo del disturbo, quanto riconoscere di avere bisogno di una cura. Perché ciò avvenga è necessario rendere l'incontinenza urinaria una questione socialmente accettabile, e questo è possibile anzitutto attraverso un'ampia infor-

Intervista a Mauro Cervigni\*

## Più informazione, tra i cittadini ma anche tra i medici

**Professor Cervigni, l'incontinenza urinaria è un fenomeno diffuso, ma anche nascosto. Perché parlarne è così difficile?**

Gli italiani con questo disturbo sono circa 5 milioni, di ogni età, anche se per la maggioranza dei casi si tratta di donne intorno all'età pre e post-menstruale. Questa preponderanza del sesso femminile dipende sia da alcuni fattori anatomici intrinseci, sia dagli effetti di eventi come il parto e la menopausa, che in diversi modi influiscono sull'indebolimento dei tessuti e delle strutture anatomiche che sostengono la vescica. Tuttavia in Italia gli interventi chirurgici per trattare il disturbo sono solo 40-50 mila l'anno e tutto il resto, invece, resta sommerso e non curato. Il problema è che si tratta di un disturbo socialmente non accettato, che colpisce la sfera intima di una persona e ne lede l'autostima. E finché chi ne soffre proverà imbarazzo a parlarne, i casi non curati resteranno moltissimi. La Giornata Nazionale è stata istituita proprio per informare sulle possibilità di cura e per fare dell'incontinenza urinaria un problema di cui si può, anzi si deve parlare.

**Cosa dovrebbero fare i ginecologi per aiutare le donne a curarsi?**

Queste campagne sono rivolte alla popolazione ma anche ai ginecologi e ai medici di base, oltre che ovviamente agli urologi, perché spesso i professionisti stessi non sono preparati a mettere a proprio agio la paziente. In molti casi il medico non pensa neanche alla possibilità che la paziente abbia questo disturbo. Tuttavia nella maggior parte dei casi la donna non ammette volontariamente di avere delle perdite, ma lo rivela solo se le viene esplicitamente chiesto. Questo avviene ancora più spesso nei casi di incontinenza fecale. Il medico dovrebbe parlare di più di incontinenza ai suoi assistiti e creare un rapporto di fiducia che faciliti il dialogo con il paziente.

**C'è una carenza nella formazione del medico, in questo senso?**

Sì. E non solo nei medici di famiglia, che avendo maggiore contatto con i cittadini giocano un ruolo fondamentale, ma anche nei ginecologi e negli stessi urologi. L'incontinenza è un disturbo di cui non si parla e che anche nelle scuole di specializzazione viene trascurato, se si pensa che nel corso di specializzazione in urologia e

ginecologia di 5 anni c'è solo un esame che riguarda l'Urologia Ginecologica. Ed è chiaro che un solo esame non può dare una preparazione ottimale ad affrontare il problema in tutte le sue sfaccettature.

**Dall'incontinenza, invece, si può anche guarire?**

Certo. Non è più una strada senza speranza, ma le diverse cure dipendono dall'intensità del disturbo. Attualmente esistono farmaci nuovi che hanno un buon effetto sul controllo della vescica iperattiva, ma anche nuove tecniche chirurgiche mininvasive. Eppure, l'Italia è ancora oggi il secondo Paese al mondo per consumo di pannoloni, nonostante questo prodotto non possa in alcun modo risolvere realmente il problema. Peraltro, da uno studio effettuato all'Istituto Mario Negri di Milano è emerso che un paziente incontinente costa alla comunità nazionale in media 15 mila euro l'anno, 9 mila dei quali spesi solamente per i pannoloni, che assorbono le perdite ma non le curano. Solo la restante somma, cioè 6 mila euro, viene invece spesa per la cura vera, cioè in grado di intervenire



sul disturbo e controllarlo (e quindi gli esami di diagnostica, laboratori, gli interventi chirurgici, i trattamenti farmacologici, riabilitativi e così via). La spesa per i pannoloni è chiaramente inappropriata, e a ciò va aggiunto anche l'effetto ambientale, cioè l'inquinamento provocato dallo smaltimento di questi presidi sanitari. Basterebbe investire di più nella cura per avere almeno persone con una qualità di salute migliore, a un costo inferiore e con un minore impatto sull'ambiente.

*Presidente dell'Associazione italiana di urologia ginecologica e del pavimento pelvico (Aiug) e direttore dell'Unità Operativa di Urologia ginecologica presso l'Ospedale S. Carlo - IDI Sanità di Roma*



I dati dell'indagine Istat sulla maternità in Italia

## Gravidanza: 9 mesi sempre più medicalizzati

Rispetto al 1999-2000 le donne che hanno effettuato la prima ecografia entro il terzo mese di gestazione aumentano dall'84,5% all'87,0% e si mantiene elevata la quota di donne che ha effettuato la prima visita entro il terzo mese di gravidanza (94,3%).

### L'ASSISTENZA IN GRAVIDANZA

Cresce la percentuale di donne che sono state informate circa la possibilità della diagnosi prenatale (dall'83,3% all'attuale 86,8%) e la quota di quante vi fanno ricorso (dall'84,9% all'88%). Tuttavia sono ancora molte le donne che affermano di non essere state informate sulla possibilità di sapere di eventuali malattie del feto mediante questo esame (13,2%).

A fronte di un complessivo miglioramento del livello di assistenza, permane uno svantaggio per le donne giovani, per quelle con un basso livello di istruzione e per quelle che vivono nel Sud e nelle Isole, tra le quali si osservano le quote più basse per i principali indicatori di assistenza in gravidanza.

Si sottopongono alla prima ecografia entro il terzo mese di gestazione il 75,6% delle donne che non hanno alcun titolo di studio o hanno conseguito al massimo la licenza elementare (contro il 90,7% delle laureate), l'80,7% delle donne che hanno avuto figli a meno di 25 anni, a fronte dell'89,6% delle donne che hanno figli tra i 35 e i 39 anni e rispettivamente l'83,6% e l'84,9% di quelle residenti nell'Italia meridionale e insulare contro circa il 90% del Nord.

Sono questi stessi segmenti di donne a effettuare le visite mediche più tardivamente. Si sono sottoposte a visita medica entro il terzo mese solo l'87,3% delle donne più giovani, l'88% di quelle con titolo di studio più basso e circa il 90,3% delle donne residenti nel Sud e nelle isole. Al contrario, tra le donne con titolo di studio alto (diploma-laurea), tra quelle di 35 anni e più al momento del parto e tra le donne residenti nel Nord la percentuale di quante hanno fatto la prima visita medica entro il terzo mese di gestazione supera il 95%.

Anche l'informazione sulla diagnosi prenatale è strettamente associata a età, livello di istruzione e zona di residenza: è infatti nettamente più alta tra le donne laureate (96,2%) di quanto non sia tra le madri con la licenza elementare (65,9%) e aumenta al crescere dell'età del parto passando dal 74,0% fra le donne che hanno avuto figli prima dei 25 anni a oltre il 90% fra quante hanno partorito a 35 anni e più. Il numero delle donne informate è più basso nel Sud (80,0%) e nelle Isole (82,7%).

### AUMENTA LA MEDICALIZZAZIONE DELLA GRAVIDANZA

Dai dati relativi al numero dei controlli eseguiti sembra emergere un ulteriore incremento del fenomeno di medicalizzazione della gravidanza e di sovrautiliz-

Le donne in Italia godono di un buon livello di assistenza in gravidanza, la maggior parte di esse si sottopone a visite e accertamenti nei primi mesi di gestazione ed è stata informata sulle tecniche di diagnosi prenatale. Sono alcune delle informazioni raccolte dall'Istat nell'indagine multiscope "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", presentata lo scorso 5 giugno, che mostrano come, tuttavia, rispetto al 2000, lo scorso anno si sia registrato un aumento della medicalizzazione della gravidanza: la percentuale di donne che ha fatto 7 o più ecografie durante la gestazione passa dal 23,8% al 29,0% e quella che ha effettuato 7 o più visite passa dal 52,7% al 56,4%. Continua inoltre ad aumentare il ricorso al taglio cesareo: la media nazionale stimata passa dal 29,9% al 35,2%, raggiungendo livelli particolarmente elevati nel Sud (45,4%)

zazione delle prestazioni diagnostiche già osservato nel 1999-2000.

Mentre il protocollo nazionale raccomanda al massimo tre ecografie in caso di gravidanze fisiologiche, ben il 78,8% delle donne ha fatto oltre 3 ecografie con un ulteriore incremento rispetto al dato già elevato del 1999-2000 (75,3%). Aumenta anche la percentuale di donne che ha fatto 7 o più ecografie (dal 23,8% nel 1999-2000 al 29,0% nel 2004-2005).

Sono soprattutto le donne seguite da ginecologi privati, inclusi quelli che lavorano anche in ospedale, a fare più di 3 ecografie nel corso della gravidanza (rispettivamente 81,7% e 81,0%).

Molto elevato è il numero di donne che si sottopone a più di 6 ecografie nel Sud e nelle Isole (rispettivamente 32,4% e 34,4%). La distanza tra quanto raccomandato dai protocolli nazionali e la media osservata non è certamente spiegata dalla piccola quota di gravidanze con disturbi gravi (22,7%). Il dato infatti è elevato non solo per le donne che hanno avuto gra-

mazione tra l'opinione pubblica. In questo modo, il paziente si sentirà più a suo agio a parlarne con il medico e sarà così in grado di curarsi e di lasciarsi alle spalle tutti quei disagi che oggi prova chi convive con l'incontinenza urinaria.

L'incontinenza urinaria, infatti, compromette le più semplici attività quotidiane e ha ripercussioni su tutti i versanti dell'esistenza, da quello sociale a quello psicologico, lavorativo, privato, fisico e sessuale.

Sul fronte psicologico, chi soffre di incontinenza urinaria ha solitamente un calo di autostima: la sensazione è quella di non sentirsi più padroni del proprio corpo e di non poter più essere rispettati come prima dalle persone che si hanno intorno. Si tende, così, ad allontanarsi dagli altri, evitando di uscire da casa per lungo tempo e cominciando a indossare abiti scuri e larghi per nascondere perdite o pannoloni. Si cerca di non bere troppo, anche quando si è assetati. Anche le relazioni sentimentali e i rapporti sessuali ne risentono drammaticamente, a causa della vergogna e della non accettazione di sé.

### DAI PANNOLONI ALLA CHIRURGIA

I pannoloni rappresentano la risposta più semplice al problema, ma non la migliore. Ancora oggi, però, l'offerta di questo tipo di prodotti è talmente vasta (diversi tipologie di pannoloni, cuscini per sedie muniti di una pellicola idrorepellente, biancheria intima resistente al bagnamento, lenzuola idroresistenti) da farne la maggiore attrattiva per chi soffre del disturbo. Si tratta, comunque, di misure temporanee.

Al contrario, sono numerosi i trattamenti attraverso cui è possibile gestire, se non addirittura superare il problema dell'incontinenza. In certi casi, ad esempio, è possibile insegnare alla paziente come far fronte all'impellente bisogno di urinare attraverso la rieducazione vescicale o la riabilitazione del pavimento pelvico, che permettono di rafforzare la muscolatura e aumentare l'intervallo minzionale e aumentare la capacità vescicale.

Nelle forme di incontinenza da urgenza può invece essere consigliato un trattamento farmacologico per bloccare l'attività dei recettori nervosi (muscarinici) e controllare le contrazioni vescicali anomale. Nel caso in cui i presidi terapeutici prima esposti non risolvano il problema, la parola passa alla chirurgia. Anche in questo settore, ci sono svariati tipi di soluzione, alcune delle quali praticabili anche in anestesia locale e in regime ambulatoriale, con una percentuale di guarigione dal disturbo che può arrivare al 90% dei casi.

vidanze difficili, ma anche per quante hanno vissuto una gravidanza fisiologica. Infatti, chi ha avuto disturbi gravi durante la gestazione ha un numero medio di ecografie effettuate (6,2) non molto diverso da quello medio complessivo (5,5) ed analogamente un numero medio di visite di poco superiore alla media (8 contro 7).

Anche la percentuale di donne che ha effettuato 7 o più visite aumenta dal 52,7% nel 1999-2000 al 56,5%. Più frequentemente si sottopongono a 7 o più visite le donne che si rivolgono al ginecologo privato (60,1%) o privato che lavora anche in ospedale (58,2%). Il numero medio di visite mediche durante la gravidanza è stato pari a 7, più alto tra le donne con titolo di studio più elevato (laurea e diploma rispettivamente 7,4 e 7,1%) e più basso tra le donne con licenza elementare o nessun titolo di studio (6,2%).

### AUMENTA IL RICORSO AL PARTO CESAREO

L'Italia è il paese con il più alto numero di parti con taglio cesareo dell'Unione Europea: la percentuale è pari al 36,9% nel 2003, oltre il doppio della quota massima del 15% raccomandata nel 1985 dall'Oms. È evidente lo stacco rispetto ai paesi dell'Unione europea il cui tasso medio di cesarei è pari al 23,7%.

La quota di cesarei, pur aumentando in modo generalizzato su tutto il territorio, raggiunge livelli particolarmente elevati nell'Italia meridionale (dal 34,8% al 45,4%) e insulare (dal 35,8% al 40,8%).

Tra le donne che hanno figli in età avanzata il tasso di cesarei è più alto; tuttavia esso si attesta, anche per le donne con meno di 25 anni, intorno al 32,9% ed è quindi molto più alto della percentuale massima indicata dall'Oms.

Si osserva, come prevedibile, una forte associazione tra i disturbi più gravi che si possono verificare in gravidanza e il ricorso al taglio cesareo (43,3%), in particolare per le donne con gestosi (59,1%) o che hanno sofferto di ipertensione in gravidanza (56,8%). Tenendo conto della bassa diffusione di queste patologie, l'alto livello di parti cesarei rimane comunque un segnale di eccessiva medicalizzazione.



Commissione Igiene e Sanità

# Strasburgo vota sì alla ricerca sugli embrioni

L'emendamento al settimo programma quadro di ricerca è stato approvato con 284 voti, contro 249 e 32 astenuti. Questo significa che in Europa si potrà continuare a fare ricerca con fondi Ue sulle cellule staminali embrionali. Il dibattito che ha preceduto il voto ha diviso anche l'assemblea di Strasburgo dove nessuno dei principali partiti si è presentato al voto con una posizione unitaria

di Stefano Simoni

**I**l Parlamento, europeo riunito in seduta plenaria a Strasburgo, ha votato a favore del finanziamento Ue della ricerca sulle cellule staminali embrionali, senza limitazioni riguardo alla data in cui gli embrioni sono stati prodotti. Un emendamento al settimo programma quadro di ricerca, che era già stato adottato dalla commissione europarlamentare Ire (Industria, trasporti ricerca ed energia), è dunque passato con 284 voti favorevoli, 249 contrari e 32 astensioni.

L'emendamento recita: "La ricerca sull'utilizzazione delle cellule staminali umane, sia allo stato adulto che embrionale, può essere finanziata, in funzione sia dei contenuti della proposta scientifica, che del contesto giuridico esistente nello Stato membro o negli Stati membri interessati". La richiesta di finanziamento deve comprendere "i dettagli sulle misure adottate in materia di licenza e di controllo da parte delle autorità competenti degli Stati membri".

"Per quanto concerne l'uso di cellule staminali embrionali umane – continua poi il testo – le istituzioni, gli organismi e i ricercatori, devono essere soggetti a un regime rigoroso in materia di licenze e di controllo, conformemente al quadro giuridico dello Stato membro o degli Stati membri interessati"

È vietato il finanziamento con fondi dell'Unione delle "attività di ricerca volte alla clonazione umana a fini riproduttivi", delle attività "volte a modificare il patrimonio genetico degli esseri umani che potrebbero rendere ereditabili tali modifiche", e infine di quelle "volte a creare embrioni umani esclusivamente a fini di ricerca o per l'approvvigionamento di cellule staminali, anche mediante il trasferimento di nuclei di cellule somatiche".

### NON PASSA IL DIVIETO DI FINANZIAMENTO CON FONDI UE

Due emendamenti sullo stesso argomento, votati in

## IL VII PROGRAMMA QUADRO DI ATTIVITÀ COMUNITARIE DI RICERCA

Il 15 giugno scorso è stato approvato dal Parlamento europeo il VII Programma quadro di ricerca, sviluppo tecnologico e dimostrazione 2007-2013. L'importo totale ammonta a 50,524 miliardi di euro.

Il Programma quadro si articolerà in quattro aree specifiche. Il **programma Cooperazione**, che promuoverà

la collaborazione tra l'industria e la ricerca accademica in tutta Europa per conseguire la leadership nei settori chiave della tecnologia. È suddiviso nei seguenti temi prioritari: Salute, Prodotti alimentari, agricoltura e biotecnologie, Tecnologie dell'informazione e della comunicazione, Nanoscienze e nanotecnologie, Energia, Ambiente, Trasporti, Scienze socioeconomiche, Sicurezza e spazio. Il **programma Idee**, da realizzare sotto la guida del Consiglio europeo per la ricerca, che sosterrà la ricerca di frontiera tenendo conto unicamente del criterio dell'eccellenza scientifica. Il **programma**

**Persone**, che offrirà un sostegno significativo alla mobilità e allo sviluppo di carriera dei ricercatori sia in Europa sia su scala mondiale. Il **programma Capacità**, destinato a contribuire allo sviluppo delle capacità di cui l'Europa ha bisogno per essere una fiorente economia fondata sulla conoscenza, che per la prima volta sosterrà infrastrutture di ricerca su larga scala a livello europeo. È suddiviso nei seguenti temi prioritari: Infrastrutture di ricerca, Ricerca a favore delle Pmi, Regioni della conoscenza, Potenziale di ricerca, Scienza e società, Attività di cooperazione internazionale.

precedenza, e tendenti a vietare l'utilizzo dei finanziamenti Ue per la ricerca sugli embrioni, o a limitare la ricerca ammessa ai soli embrioni prodotti prima del 31 dicembre 2001, sono stati respinti rispettivamente con 287 voti contro 238 e 40 astensioni (emendamento Gargani-Zaborska) e con 274 voti contro 255 (emendamento Niebler, che era appoggiato in particolare dagli europarlamentari tedeschi del Pse e del Ppe).

L'Assemblea ha poi approvato per alzata di mano la relazione sul settimo programma quadro comunitario di ricerca, che finanzia con 54 miliardi di euro i progetti di ricerca nell'Ue nel periodo 2007-2013.

### COME SI È ARRIVATI AL VOTO

Il dibattito sulle staminali ha diviso anche l'assemblea di Strasburgo. In vista della discussione sul settimo programma quadro sulla ricerca, svoltosi a metà giugno, i componenti dei principali gruppi del Parlamento europeo, da destra a sinistra, non hanno raggiunto una posizione unitaria sull'atteggiamento da tenere.

Le divisioni hanno attraversato non solo i socialisti e i liberali, ma anche i conservatori del Ppe e i Verdi.

“È una questione di coscienza ciascuno deciderà come meglio crede”, aveva detto alla vigilia del voto il capogruppo del Pse Martin Schultz. Anche i partiti più tradizionalmente liberali come i verdi si sono presentati divisi: alcuni si sono schierati contro la ricerca in nome delle più radicali tematiche ambientali. Il testo approvato precedentemente dalla Commissione ricerca del Parlamento europeo consentiva la libertà di ricerca sulle cellule staminali, precisando che “si deve rispettare il quadro legale degli Stati membri e che non si possono finanziare attività volte alla clonazione”. Insomma si è cercato con un lavoro di mediazione di non imporre veti ideologici”.

È noto infatti che i singoli Stati che compongono l'Unione hanno legislazioni tra di loro molto diverse: in Francia, Danimarca, Grecia e Spagna, ad esempio, i ricercatori possono utilizzare cellule staminali embrionali soprannumerarie della fecondazione in vitro, mentre la Gran Bretagna permette anche la clonazione terapeutica ed altri paesi come Austria o Polonia vietano totalmente questo tipo di ricerche. Germania, Italia, Austria e Polonia con Slovacchia e Malta in una dichiarazione “etica” comune si erano opposte al finanziamento Ue delle ricerche, ma il ministro Fabio

Mussi ha poi ritirato l'adesione italiana a questa dichiarazione.

Il ritiro della firma italiana dal documento di alcuni governi “volto ad impedire l'uso dei fondi europei per ricerche su cellule staminali embrionali riflette motivazioni di ordine generale sull'opportunità di prendere parte a minoranze di blocco in sede europea, mentre non esprime alcun intendimento del nostro Governo di intervenire a modifica della nostra legislazione interna sulla materia”. Così si è espresso il ministro per la ricerca Fabio Mussi ha riferito davanti alla Commissione sanità del Senato. A queste parole hanno fatto eco, sempre davanti alla Commissione del Senato, quelle della ministra Livia Turco che ha spiegato come “la decisione del ministro Mussi va nella direzione di non impedire ai singoli stati membri dell'Unione europea di proseguire le ricerche scientifiche sulle cellule staminali secondo quanto previsto dalle rispettive legislazioni e normative nazionali. In questo senso il mancato sostegno italiano alla dichiarazione etica non ha alcuna ripercussione sulla legge italiana in materia di procreazione medicalmente assistita che resta ovviamente in vigore nella sua integrità”

## Il sondaggio di Eurobarometro sulle opinioni degli europei riguardo le biotecnologie

# Ampio consenso tra gli europei sull'uso delle staminali

Il 66% degli italiani approva, in linea generale, la ricerca sulle cellule staminali embrionali. È quanto emerge dal sondaggio “Europeans and biotechnology in 2005” di Eurobarometro, la sezione della Commissione europea che analizza l'opinione dei cittadini europei, diffuso il giugno scorso. Gli italiani sarebbero tra gli europei più disponibili ad approvare la ricerca sulle cellule staminali embrionali, dopo belgi, svedesi, danesi e olandesi.

Secondo il sondaggio (basato su un campione rappresentativo di 25 mila rispondenti, circa mille per paese membro), il 15% degli italiani “approva con le norme in vigore nel Paese” la ricerca sulle cellule staminali embrionali, mentre il 51% la “approverebbe se regolamentata più severamente”. Tra i contrari, il 13% degli interpellati “non approva, tranne che in circostanze molto particolare”, mentre il 4% “non approva in nessuna circostanza”.

Tra gli europei, il sostegno alla ricerca sulle staminali è ampia e trasversale, a condizione che sia strettamente regolamentata. Vi è un vasto consenso sia sull'uso delle staminali derivate da cordone ombelicale (65%) sia di quelle embrionali (59%). Il 26% degli intervistati si è invece dichiarato assolutamente contrario all'utilizzo delle staminali embrionali per la ricerca o lo ammette solo in circostanze specifiche.

Secondo i ricercatori di Eurobarometro, i risultati rivelano tra l'altro che “la religione dominante del Paese (che ci saremmo aspettati essere collegata al clima della pubblica opinione del paese) non sembra essere un fattore decisivo nel formare le attitudini nei confronti della ricerca sulle cellule staminali embrionali”. La religione rappresenta invece un fattore decisivo quando si tratta di giudicare se l'embrione appena fertilizzato sia una vita umana e questo si riscontra prevalentemente nei paesi di forte tradizione greco-ortodossa e cattolica come l'Italia, la Spagna, l'Un-

gheria e il Belgio. In Italia, al decimo posto nella classifica, si sono trovati sostanzialmente d'accordo con questa affermazione il 60% degli interpellati, contro il 54% della media europea. In testa alla classifica Grecia e Cipro (88% e 83%).

In Europa, inoltre, gli italiani risultano al secondo po-

sto, dopo i danesi, nella classifica dei cittadini più informati in materia di ricerca sulle cellule staminali embrionali. Il 10% degli interpellati ha dichiarato di essere “molto informato” su questi argomenti, mentre il 38% di essere “sufficientemente informato”. La media europea è rispettivamente del 4% e 26%.

### Approvazione\* riguardo la ricerca delle cellule staminali embrionali e non embrionali (%)

	Embrionali	Non Embrionali		Embrionali	Non Embrionali
Italy	79	82	Poland	65	71
Spain	79	81	Slovakia	60	71
Sweden	78	85	Germany	59	67
Hungary	77	83	Malta	57	71
Belgium	76	82	Ireland	55	65
Czech Republic	75	82	Lithuania	55	63
United Kingdom	74	81	Austria	53	60
Denmark	74	81	Greece	53	59
France	72	77	Finland	53	67
Netherlands	71	84	Latvia	52	56
Luxembourg	67	67	Estonia	47	60
Portugal	66	77	Slovenia	40	52

\* Media ottenuta combinando le risposte “Approvo con l'attuale normativa” e “Approvo con una normativa più restrittiva”  
Fonte: Eurobarometro, “Europeans and biotechnology in 2005”

# La Pma a due anni dalla legge 40

## Attività e risultati delle tecniche di Pma sul territorio nazionale a due anni dall'approvazione della Legge 40 nei dati della Relazione annuale del ministro della Salute sullo stato di attuazione della legge

Lo scorso 21 giugno è stata presentata al Parlamento la Relazione annuale del ministro della Salute sullo stato di attuazione della legge in materia di procreazione medicalmente assistita (Legge 19 febbraio 2004, n. 40).

La relazione prende in considerazione gli interventi attivati nel corso del 2005, a livello centrale e regionale, e riporta, raggruppati in tre capitoli, le attività svolte dal ministero della Salute, dalle Regioni e Province autonome nonché la Relazione per il ministro della salute predisposta dall'Istituto Superiore di Sanità (Iss). Contenuto, in Allegato, vi è il testo del decreto ministeriale 7 ottobre 2005 che prevede la "Istituzione del Registro nazionale delle strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita (Pma), degli embrioni formati e dei nati a seguito dell'applicazione delle tecniche medesime".

"Nel complesso – come enunciato nell'introduzione del ministro Turco – la relazione descrive l'analisi del secondo anno di operatività del nuovo sistema normativo nel campo della Pma" che, "pur ancora con un carattere sperimentale, suscettibile di completamento una volta che l'attuazione della legge avrà piena applicazione su tutto il territorio nazionale", esprime un "quadro dettagliato di una realtà in movimento che riconosce l'impegno e la collaborazione fornita dalle parti istituzionali coinvolte".

Vediamo in sintesi i principali contenuti della Relazione.

### REGISTRO NAZIONALE PER LA PMA

La finalità del Registro nazionale, istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità, con il Dm 7 ottobre 2005, è quella di censire le strutture operanti sul territorio nazionale e consentire la trasparenza e la pubblicità delle tecniche di procreazione medicalmente assistita adottate e dei risultati conseguiti.

Nel Registro, allo stato, sono raccolti: i dati identificativi, descrittivi, tecnici, strutturali e organizzativi relativi alle strutture pubbliche e private che applicano le tecniche di Pma; i dati relativi alle autorizzazioni ri-

lasciate, alle sospensioni e alle revoche; i dati anonimi, anche aggregati, relativi alle coppie che accedono alle tecniche di Pma, agli embrioni formati e ai nati a seguito di queste tecniche. Il Registro è funzionalmente collegato con altri registri europei e internazionali, ai fini dello scambio di dati anonimi, anche aggregati, anche mediante l'utilizzo di strumenti elettronici. Le modalità di raccolta e di conservazione dei dati, l'individuazione dei soggetti cui è consentito l'accesso alle informazioni e le relative modalità sono stabilite dall'Iss in accordo con il ministero della Salute, sentito il Garante per la protezione dei dati personali.

Data la recente creazione del Registro, l'Iss ha predisposto, ai fini della Relazione da presentare al ministro, una raccolta dati retrospettiva, in forma aggregata per gli anni 2003 e 2004, da tutti i centri che applicavano le tecniche di Pma presenti nella lista dell'Iss. Per l'elaborazione delle schede di raccolta dati sono stati seguiti i criteri con cui verrà attuata la futura raccolta dati del Registro nazionale, raccolta che si avvarrà di schede da compilare sul sito web del Registro stesso. I principali dati sulle attività e risultati delle tecniche di Pma, relativi al 2004, sono illustrati nel box alla pagina a fianco.

### ATTIVITÀ DI RICERCA

Per le finalità di studio e ricerca è stata stanziata la somma complessiva di un milione di euro. Le principali attività prevedono:

- una convenzione con l'Iss, cui è affidato il compito di: definire il numero e la localizzazione degli embrioni abbandonati da trasferire per la criocon-

vazione; contattare i centri detentori degli embrioni abbandonati, ai fini del trasferimento al Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti dell'Ospedale Maggiore di Milano e della conservazione di tutti i dati clinici inerenti ciascun embrione trasferito; attivare allo scopo il predetto Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti dell'Ospedale Maggiore di Milano.

- Una convenzione con il Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti dell'Ircss "Ospedale Maggiore" di Milano per effettuare studi e ricerche sulle tecniche di crioconservazione dei gameti e degli embrioni ivi conservati.
- Due Progetti di ricerca, finanziati con fondi assegnati all'Iss, la cui prosecuzione e implementazione è stata affidata al Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (Cnesps): il primo relativo alle nuove metodiche e ai nuovi protocolli di crioconservazione di ovociti e il secondo sull'efficacia, la sicurezza e gli esiti dell'applicazione delle tecniche di Pma in relazione alle modifiche attuative apportate dalla legge n. 40/2004.

### Biobanca Nazionale

Istituita con decreto del ministro della Salute del 4 agosto 2004, presso il Centro di Medicina Trasfusionale, Terapia Cellulare e Criobiologia dell'Ospedale Maggiore di Milano (dal gennaio 2005 Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena), questa struttura ha il compito di conservare gli embrioni crioconservati per i quali sia stato accertato lo stato di abbandono presso i Centri di Pma, tramite un censimento coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità.

Nel corso del 2005 è stata completata la ristrutturazione della sala criobiologia predisposta a ricevere gli embrioni crioconservati, dotata di un sofisticato sistema di controllo televisivo e monitoraggio ambientale integrato a un software che gestisce l'accesso degli operatori e gli allarmi legati a possibili malfunzionamenti delle apparecchiature. Parallelamente all'adeguamento dell'area criobiologica, gli operatori della Biobanca hanno sviluppato un "Progetto di ricerca sulla determinazione della qualità ovocitaria e sulla crio-

Tabella 1 - Distribuzione regionale dei parti con procreazione medicalmente assistita

Regione	Tecniche di procreazione medicalmente assistita (valore %)						Totale parti
	Fecondazione in vitro e trasferimento embrioni nell'utero (FIVET)	Fecondazione vitro tramite iniezione spermatozoo in citoplasma (ICSI)	Solo trattamento farmacologico per induzione dell'ovulazione	Trasf. gameti nelle tube di falloppio sen. laparoscopica (GIFT)	Trasf. gameti maschili in cavità uterina (IUI)	Altre tecniche	
Piemonte	38,5	28,7	19,7	0,3	12,0	0,8	366
Valle d'Aosta	8,3	50,0	-	-	41,7	-	12
Lombardia	36,0	22,8	22,8	2,5	13,0	2,9	958
P. A. Trento	Non indicato						
Veneto	39,0	23,7	18,1	1,7	14,0	3,5	536
Friuli Venezia G.	34,7	28,7	8,0	0,7	28,0	-	150
Liguria	19,8	27,1	22,9	4,2	11,5	14,6	96
Emilia Romagna	6,6	3,2	78,6	3,1	7,6	0,8	2.242
Toscana	40,8	12,4	26,8	0,8	12,8	6,4	250
Umbria	37,8	26,7	17,8	2,2	11,1	4,4	45
Marche	19,1	3,6	11,2	-	64,7	1,4	278
Lazio	Non indicato						
Abruzzo	21,9	19,2	15,1	4,1	38,4	1,4	73
Campania	10,7	11,5	28,7	2,2	17,4	29,5	684
Puglia	10,3	4,6	5,9	0,2	78,5	0,5	1.317
Basilicata	23,8	23,8	19,0	4,8	28,6	-	21
Sicilia	16,3	7,1	42,3	1,5	30,6	2,0	196

preservazione degli ovociti", in collaborazione con il Prof. Fulvio Gandolfi della Facoltà di Medicina Veterinaria, Istituto di Anatomia degli Animali Domestici dell'Università degli Studi di Milano e con il Prof. Guido Ragni del Dipartimento di Ostetricia, Ginecologia e Neonatologia della Fondazione. Il Progetto, che ha preso avvio il 1° aprile 2004 e verrà ultimato nella primavera 2007, si compone di tre parti: Ricerca di marcatori molecolari di qualità ovocitaria; Miglioramento del protocollo di congelamento di ovociti umani; Studio dell'attività mitocondriale.

#### Embrioni crioconservati in stato di abbandono

Alla fine del marzo 2006, l'Iss ha concluso una prima fase del censimento e della localizzazione degli embrioni crioconservati in stato di abbandono.

Sono stati raccolti i dati di quegli embrioni definiti in stato di abbandono (embrioni per i quali vi sia effettiva rinuncia scritta al loro futuro utilizzo per un progetto familiare da parte della coppia genitoriale o della donna single, eventualità possibile prima della legge n. 40/2004). Per quanto riguarda i dati raccolti sugli embrioni crioconservati in stato di abbandono (embrioni per i quali dopo più di un anno di documentati tentativi da parte dei centri di Pma di rintracciare le coppie di genitori o le donne a cui gli embrioni appartengono questi tentativi non abbiano dato alcun esito) il censimento è ancora in corso.

I centri che detenevano embrioni crioconservati, in base alla lista compilata dal ministero della Salute (in ottemperanza all'art. 17, comma 2, della legge 40/2004) e che sono stati contattati dall'Istituto Superiore di Sanità, sono 88. Tutti gli 88 centri ha risposto, 6 hanno dichiarato di non avere embrioni crioconservati in assoluto.

Degli 82 centri che hanno embrioni crioconservati, 53 hanno embrioni crioconservati in stato di abbandono; per 68 centri il lavoro di censimento è ancora in fase di definizione in quanto gli operatori dei centri stanno eseguendo le procedure per rintracciare le coppie che non hanno finora risposto.

Nei 53 centri che hanno dichiarato di avere embrioni crioconservati in stato di abbandono, sono stati finora censiti 2527 embrioni di 603 di coppie.

#### FONDO PER LE TECNICHE DI PMA

Il Fondo, istituito presso il ministero della Salute (ex art. 18 della legge n. 40/2004) è finalizzato a favorire l'accesso alle suddette tecniche da parte delle coppie, che possono accedere ai sensi dell'art. 5, comma 1 della stessa legge.

Le somme destinate al Fondo, annualmente pari a Euro 6.800.000, sono ripartite tra le Regioni e le P.A. di Trento e di Bolzano. Nella relazione viene fornito un quadro delle iniziative effettuate con l'utilizzo della quota di riparto.

#### CAMPAGNE DI INFORMAZIONE E PREVENZIONE

È prevista la promozione di campagne di informazione e prevenzione dei fenomeni della sterilità e dell'infertilità (ex art. 2, comma 1, legge n. 40/2004) con un finanziamento annuale pari a euro 1.000.000.

Nel corso del 2005 è stato avviato un progetto, in collaborazione tra il Ministero della Salute e l'Istituto Italiano di Medicina Sociale (Iims), che ha lo scopo di



## Attività e risultati delle tecniche di Pma per l'anno 2004

**P**er aderire al Registro nazionale i Centri di Pma sono obbligati a inviare annualmente i dati, in forma aggregata e su record individuali, relativi alle tecniche applicate e ai risultati ottenuti. Il numero dei centri presenti nel territorio è rimasto quasi invariato nell'ultimo biennio, con un

leggero aumento delle strutture presenti. La maggior parte degli elenchi regionali è tuttavia in fase di aggiornamento da parte delle Regioni che, ogni volta che autorizzano un nuovo centro ad applicare le tecniche di Pma, inviano al Registro una comunicazione di variazione. Ad oggi hanno inoltrato domanda di iscrizione 252 centri, di questi, 81 sono di I livello e 171 di II e III livello. Al 31 gennaio 2006 erano 336 i centri autorizzati dalle Regioni.

Vediamo i dati, relativi al 2004, sull'attività e i risultati delle tecniche di Pma.

**Inseminazione semplice.** I dati del 2004 sono stati forniti da 185 centri: 10.702 le pazienti trattate con inseminazione semplice su cui sono stati iniziati 18.808 cicli, compresi quelli interrotti dopo la stimolazione. Nel Sud e Isole e nel Nord ovest vi è stata l'attività più consistente sia in termini di pazienti trattate sia di cicli iniziati. Le gravidanze ottenute dalla totalità dei centri risultano 2.115, con una percentuale di successo pari a 19,8%.

L'86,1% delle gravidanze erano singole, l'11,9% gemellari, l'1,8% trigemine e lo 0,3% multiple. Dei 1.488 parti su cui sono state raccolte le informazioni sono nati vivi da tecniche di inseminazione semplice 1.711 bambini, di questi, il 36,1% è risultato da cicli di trattamento eseguiti presso centri pubblici, il restante 63,9% presso centri privati o convenzionati. I nati vivi con malformazioni sono 10, lo 0,6% del totale dei nati.

**Tecniche di II e III livello.** Sono stati 129 i centri monitorati nel 2004 (il 28,7 pubblici, il 60,5%

privati e il 10,9% privati convenzionati); l'area più rappresentata è stata il Meridione con 53 centri.

Le pazienti trattate con tecniche a fresco sono state 18.178 e i prelievi ovocitari effettuati 20.233. Il numero di cicli iniziati con scongelamento è stato pari a 3.060. Nel 74,8% dei casi si tratta di scongelamento di embrioni, mentre nel 25,2% dei casi si tratta di scongelamento di ovociti precedentemente crioconservati. Questo dato relativamente al 2004 è sicuramente condizionato dall'entrata in vigore della legge 40, che vieta la crioconservazione di embrioni. I cicli iniziati con scongelamento di ovociti passano da 102 a 770, con un incremento percentuale pari a circa il 655%, segno che la sperimentazione di questa tecnica è aumentata dopo l'entrata in vigore della nuova legge.

I trasferimenti effettuati sono stati 21.201. Si è, ovviamente, ridotta la percentuale di trasferimenti secondo la tecnica FER con embrioni precedentemente crioconservati (dal 14,2% del 2003 al 10,9% del 2004) mentre è aumentato il numero di trasferimenti di embrioni ottenuti con la tecnica ICSI (61,9% contro il 55,6% del 2003), ed è diminuita la percentuale di trasferimenti eseguiti con embrioni ottenuti con la tecnica FIVET (24,1% contro il 29,8% del 2003).

Queste modifiche, nella composizione percentuale delle tecniche applicate, sono il risultato degli obblighi che la Legge n. 40/2004 impone. Tenendo conto che la legge è entrata in vigore nel febbraio 2004, in questa raccolta dati, ancora non se ne percepiscono chiaramente gli effetti, che saranno più visibili nell'analisi dei dati del 2005.

Poiché la legge n. 40/2004 vieta il congelamento degli embrioni e contestualmente impone il trasferimento di tutti gli embrioni prodotti, definendo un numero massimo di embrioni trasferibili, pari a tre, questo comporta l'impossibilità di fecondare più di tre ovociti per non correre il rischio di produrre più di tre embrioni. In un tale contesto si cerca di massimizzare la probabilità che gli ovociti

fecondati maturino in embrioni. Questa garanzia è offerta maggiormente fecondando gli ovociti con la tecnica ICSI, di qui l'incremento dell'utilizzo di tale tecnica.

Nel 2004 sono state ottenute in totale 5.073 gravidanze con tecniche di secondo e terzo livello.

Le percentuali di successo per cicli a fresco ammontano a 25,5% relativamente ai pazienti trattati, a 22,9% rapportando le gravidanze ai prelievi effettuati e a 25,3% se ci si riferisce ai trasferimenti.

Per quanto riguarda le tecniche di scongelamento di embrioni, la percentuale di successo rispetto ai cicli iniziati con scongelamento embrionario è pari a 17,6% e rimane sostanzialmente invariata (17,5%) se si rapportano i successi ai trasferimenti.

Rispetto al 2003 le percentuali di successo appaiono più basse in ognuna delle tecniche impiegate. Per quanto riguarda la tecnica di scongelamento degli ovociti, le percentuali di successo di questa tecnica, che conseguentemente all'introduzione della legge n. 40/2004 ha trovato un maggiore utilizzo, sono pari al 5,5% sugli scongelamenti effettuati e al 6,3% sui trasferimenti eseguiti. Nel 2004 sono state perse al follow-up 923 gravidanze pari al 18,2%. In ogni caso, appare ridotta rispetto a quella dell'anno precedente, in cui la perdita di informazioni era pari al 21,7% del totale delle gravidanze.

Sono stati registrati 901 aborti spontanei, che rappresentano il 21,7% delle gravidanze ottenute al netto di quelle di cui si è persa l'informazione sull'esito.

I parti ammontano a 3.141, la prevalenza dei parti gemellari, sul totale dei parti è pari a 20,4%, quella dei parti trigemini è 1,9%, mentre non si sono registrati parti multipli.

Il numero di nati vivi è pari a 3.705. Lo 0,8% di questi (28) presenta malformazioni alla nascita. Le malformazioni, nel 78,6% (22) dei casi sono registrate su nati da gravidanze ottenute grazie alla tecnica FIVET. In 4 casi, pari al 14,3% del totale dei malformati, la tecnica applicata era l'ICSI, mentre in soli 2 casi (7,1%) era stata applicata la tecnica FER.

intervenire sul fenomeno della sterilità e infertilità (che in Italia colpisce tra il 15% e il 20% delle coppie in età fertile) diffondendo conoscenze su comportamenti e stili di vita da adottare per la prevenzione, nonché sulle prestazioni e servizi disponibili sul territorio nazionale per facilitare l'accesso alle strutture diagnostiche e terapeutiche, con particolare riguardo a quelle che praticano la fecondazione assistita. Destinatari finali del progetto sono, per la prevenzione primaria, i ragazzi di età 15-18 anni, oltre alle coppie affette da problemi di infertilità e sterilità che necessitano di informazioni sui protocolli diagnostico-terapeutici (circa 50.000 ogni anno). Destinatari intermedi sono invece farmacie, ospedali, medici di base, consultori familiari, circoli ricreativi, club ed oratori. A questo fine è prevista la produzione e diffusione di strumenti informativi cartacei e la divulgazione di informazioni per via telematica.

### **CEDAP: PARTI E TECNICHE DI PMA**

Il CeDAP, riformato dal Decreto 16 luglio 2001, n. 349 ("Modificazioni al certificato di assistenza al parto per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla natimortalità ed ai nati affetti da malformazioni") fornisce sia informazioni di carattere sanitario ed epidemiologico sia di carattere so-

cio-demografico, molto importanti ai fini della sanità pubblica e della statistica sanitaria e necessarie per la programmazione sanitaria nazionale e regionale.

Il nuovo CeDAP, quindi, organizza tutte le informazioni relative al fenomeno della natalità in un unico flusso informativo che, oltre all'arricchimento di alcune variabili sanitarie consente di mettere in relazione l'evento nascita con il sistema delle strutture sanitarie sul territorio.

Il nuovo certificato di assistenza al parto viene compilato nei punti nascita (Istituto di cura pubblico o privato, domicilio o altra struttura) e trasmesso alla Azienda sanitaria locale dove avviene l'evento; le Asl quindi provvedono ad inviare trimestralmente alle Regioni e Province autonome le informazioni contenute nel certificato. Le Regioni e Province autonome, acquisiscono, sempre con cadenza trimestrale, anche i CeDAP compilati nelle Aziende ospedaliere, Policlinici universitari, Irccs. Semestralmente i CeDAP sono trasmessi dalle Regioni e Province autonome al Ministero della Salute che fornisce, infine, i dati contenuti nei certificati all'Istat.

La Sezione B (Informazioni sulla gravidanza) del CeDAP raccoglie, tra l'altro, dati relativi alle modalità di concepimento con tecniche di procreazione medicalmente assistita.

La rilevazione dei dati contenuti nel CeDAP relativi all'anno 2003 presenta, rispetto all'anno 2002, primo anno di rilevazione, una migliore copertura raggiungendo un totale di 541 punti nascita, con un numero di parti pari circa all'84% di quelli rilevati con la SDO nello stesso anno di riferimento ed un numero di nati vivi pari all'84% di quelli registrati presso le anagrafi comunali.

Nel 2003 delle 452.984 schede pervenute, 7.284 sono relative a gravidanze in cui è stata effettuata una tecnica di Pma, in media 1,6 per ogni 100 gravidanze.

A livello nazionale, circa il 37% dei parti con Pma ha utilizzato trattamento farmacologico e circa il 27% il trasferimento dei gameti maschili in cavità uterina. La fecondazione in vitro con trasferimento di embrioni in utero riguarda il 18,7% dei casi mentre la fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma riguarda l'11,4% dei casi. L'utilizzo delle varie metodiche è molto variabile dal punto di vista territoriale.

Nelle gravidanze con Pma il ricorso al taglio cesareo è nel 2003 inferiore rispetto agli altri casi (42,7%) mentre il contrario si registra in diverse regioni del Sud. La percentuale di parti plurimi in gravidanze medicalmente assistite è sensibilmente superiore a quella registrata nel totale delle gravidanze.

## **2002 WORLD REPORT ON ART**

**R**iportiamo i dati più significativi del 2002 World Report on ART (Assisted reproductive technologies) presentato alla 22ª Conferenza annuale della European Society of Human Reproduction and Embryology, svoltasi a Praga il 21 giugno scorso.

Il rapporto contiene i dati relativi a 52 Paesi (mancano ancora quelli della maggior parte dei paesi africani e asiatici) e copre due terzi dell'attività mondiale relativa alle tecniche di riproduzione assistita (un totale di 600 mila cicli di trattamento effettuati con ART e 122 mila nascite confermate). Di seguito i principali dati emersi dai risultati preliminari

### **MONDO**

- Da quando, 28 anni fa, nacque Louise Brown in Gran Bretagna si stima siano oltre 3 milioni i bambini nati con tecniche di riproduzione assistita
- Si stima che a livello mondiale si effettuino 1 milione di cicli di trattamento l'anno e che 200 mila bambini nascano ogni anno con tecniche di riproduzione assistita
- Nel 2002 sono nati circa 200mila bambini con ART, contro i 30 mila del 1989 (primo anno in cui sono stati raccolti i dati)
- Una coppia su sei ha un qualche problema di infertilità; le cause sono: fisiologiche negli uomini, nel 20-30% dei casi, fisiologiche nelle donne, nel 20-35% dei casi, attribuibili a un problema congiunto, nel 25-40% dei casi, non identificate, nel 10-20%. L'infertilità è associata anche ad altri fattori legati allo stile di vita, allo stress e all'età
- Il tasso medio, a livello globale, di gravidanze, parti e nati vivi ottenuti con trasferimento di embrioni sia freschi sia congelati è rispettivamente del 28,9%, 21,3% e 26,1%; ma vi sono grandi differenze tra le aree geografiche,

con oscillazioni dal 13,6% al 40,5% per il tasso delle gravidanze, dal 9,1% al 37,1% per i parti, dal 9,1% al 48,1% per i nati vivi

- L'Europa è in testa per utilizzo delle tecniche di riproduzione assistita (56% di tutti cicli registrati): quasi il 50% dei cicli eseguiti nel mondo si concentrano in 4 paesi: Usa (112 mila), Germania (85 mila), Francia (64 mila) e Regno Unito (37 mila)
- Israele registra il numero più alto di cicli per milione di abitanti (3.260), seguito da Danimarca (2.031), Paesi del Nord Europa, Francia e Germania (> 1000); i Paesi dell'America Latina quello più basso (<100)
- percentuale più alta delle nascite con ART è stata registrata in Danimarca e Paesi Bassi (oltre il 4%), la più bassa in America Latina (sotto lo 0,1%)
- Nel 2002 oltre la metà dei cicli (54,8%) è stata effettuata con metodica ICSI; i cicli con trasferimento di embrioni congelati sono stati 98 mila, 22 mila i cicli con ovociti donati e 2.500 i cicli con screening genetico preimpianto
- I risultati, a livello globale, ottenuti con trasferimento di embrioni freschi indicano: un tasso di gravidanze del 25,1%, di parti 18,5%, di nuovi nati 22,9%. Cumulando le gravidanze ottenute con trasferimento di embrioni congelati le percentuali salgono rispettivamente al 28,9%, 21,3%, 26,1%
- Dal 1998, il numero degli embrioni trasferiti è stato significativamente ridotto in quasi tutti i paesi ed è sceso dal 3,5 al 2,9% negli Usa, dal 3,3 al 3,1% in America Latina, dal 3,2 al 2,8% in Asia e dal 2,4 al 2,3-2 in Europa. Nei tre primi continenti il 28-40% dei trasferimenti ha incluso 4 o più embrioni contro il 5% dell'Europa (0% per Croazia, Danimarca, Finlandia, Germania, Islanda,

Slovenia, Svezia, Svizzera e Regno Unito). Da notare che ciò non ha comportato un calo del tasso delle gravidanze, eccetto che negli Usa (5%), il che testimonia un miglioramento delle tecniche

- In totale, la percentuale di gravidanze gemellari è stata del 25,8% e di quelle trigemine 2,6%, con i tassi più elevati in America Latina e Medio Oriente
- la percentuale più alta di nascite è stata registrata in Danimarca (3,9%), la più bassa in America Latina (0,1%).

### **EUROPA**

Secondo i dati contenuti nel rapporto del European IVF Monitoring Committee che fa capo all'ESHRE, relativi a 28 paesi, nel 2003, in Europa, sono stati effettuati 357.884 cicli di riproduzione assistita, con un incremento del 10% rispetto l'anno precedente.

Il principale risultato messo in luce dal rapporto riguarda la tendenza, in crescita, a trasferire un solo embrione, che si verifica soprattutto nei Paesi nordici e in Belgio (in Svezia il single embryo transfer-SET raggiunge il 70%). Questo ha comportato un calo nelle nascite gemellari fino al 5%, quanto alle nascite trigemine sono virtualmente sparite in Europa.

Il trasferimento di un solo embrione si effettua soprattutto in Finlandia, per libera scelta di medici e cittadini, in Svezia, dove è stato regolamentato per legge e in Belgio, dove lo Stato sovvenziona le cure per chi effettua questa scelta.

**Il professor Karl Nygren, che presiede i due comitati che hanno redatto i rapporti, ha sottolineato come le tecniche di fecondazione assistita si stiano rapidamente diffondendo in tutto il mondo, anche in continenti come l'India e la Cina.**

di Sonia Baldi, Costante Donati Sarti,  
Milena Mincigrucci  
Progetto Menopausa Italia

# Progetto Menopausa Italia: nuove proposte

La storia di un Progetto ideato per acquisire migliori conoscenze sulla popolazione femminile in climaterio e terza età. E che in pochi anni, attraverso il coinvolgimento di strutture presenti su tutto il territorio nazionale: centri universitari, ambulatori ospedalieri, consultori, studi privati, è riuscito a creare una banca dati alimentata da 250 stazioni periferiche di archiviazione computerizzata collegate a 180 strutture periferiche satelliti. Ora, giunto al nono anno di attività, conta su oltre 1.500 operatori che attraverso un comune strumento di rilevazione dei dati, la cartella informatica, collegandosi in rete, collaborano a realizzarne gli obiettivi. Attualmente sono circa 131 mila le utenti arruolate e oltre 200 mila i ritorni, con un monitoraggio di circa 30 mila donne in un quinquennio. Estendere quest'esperienza ad altri Paesi europei ed extraeuropei per sviluppare futuri studi clinici di valenza nazionale e internazionale potrebbe essere la prossima, ambiziosa, sfida del Pmi

Attualmente, in Italia, il 40.2% delle oltre 29 milioni di donne residenti ha un'età superiore ai 50anni. Tale percentuale è destinata ad aumentare ulteriormente ed è quindi necessario, per far fronte alle esigenze sociali e sanitarie di un ampio gruppo di popolazione, conoscere la realtà delle donne in menopausa. A tal fine è stato pensato e disegnato a metà degli anni '90 il Progetto Menopausa Italia (Pmi), finalizzato ad acquisire una migliore conoscenza della realtà della menopausa a livello nazionale. Il vasto data set del Progetto consente di rilevare le caratteristiche delle donne che afferiscono ai centri partecipanti e di ottimizzare l'intervento assistenziale. Il Pmi consente di raccogliere dati di interesse scientifico ed offre numerosi spunti di ricerca e di valutazione della pratica clinica. L'analisi dei dati è un importante ausilio per incrementare le conoscenze rispetto all'evento menopausa che sempre più comporterà importanti ripercussioni sociali, sanitarie ed economiche. Le strategie diagnostiche e terapeutiche vanno viste in maniera globale, al di fuori di "effetti moda" temporanei e senza eccessivi condizionamenti da parte di studi effettuati su popolazioni troppo diverse da quella italiana.

## PMI: L'IMPORTANZA DI UN PROGETTO

L'atteggiamento nei confronti della menopausa e della terapia ormonale sostitutiva (Hrt) ha subito nel corso degli ultimi anni rilevanti mutamenti, che è importante considerare quando si voglia riflettere e comprendere le diverse opinioni e posizioni. In questi anni si è sviluppata una nuova cultura della menopausa sia nella classe medica sia nella donna, che ha determinato una maggiore richiesta di interventi preventivi e terapeutici e ha portato alla creazione di strutture dedicate alla tutela della salute femminile in climaterio e terza età (Centri della Menopausa). È proprio in questo contesto che è nata l'idea di un progetto nazionale per acquisire le informazioni necessarie al miglioramento delle conoscenze relative alla popolazione femminile in climaterio e terza età. Dalla seconda metà degli anni '90, il progetto è andato concretizzandosi superando le iniziali difficoltà informatiche e realizzando una banca dati attraverso il coinvolgimento di strutture presenti su tutto il territorio nazionale: centri universitari, ambulatori ospedalieri, consultori, studi privati. È stato un faticoso ma straordinario pullulare di en-

tusiasmi che ha favorito l'adesione di un numero crescente di centri dedicati sedi di Spac (Stazioni periferiche di archiviazione computerizzata) e di strutture periferiche satelliti (Unità operative).

In pochi anni, dal 1997 al 2002, il Progetto ha raggiunto la meta prefissata delle 250 SPAC collegate a 180 Unità Operative il che ha comportato il coinvolgimento di oltre 1.500 operatori che, attraverso un comune strumento di rilevazione dei dati (la cartella

informatica) e il collegamento in rete, hanno collaborato alla realizzazione di un comune obiettivo.

Attualmente sono circa 131 mila le utenti arruolate ed oltre 200.000 ritorni, con un monitoraggio di circa 30.000 donne per oltre cinque anni. L'uso di una cartella informatica molto dettagliata, continuamente aggiornata in base alle conoscenze della letteratura internazionale, con oltre 650 voci da compilare, può rappresentare inizialmente un impegno e un handicap per la

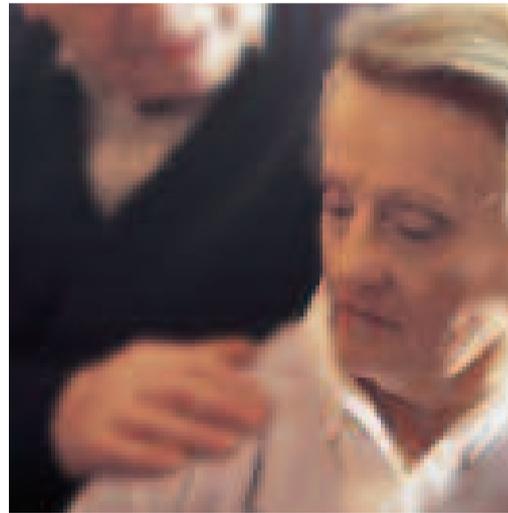
compilazione da parte di operatori poco esperti di strumenti informatici; successivamente diventa la chiave del successo del Progetto consentendo una raccolta dati congrua e omogenea. La corretta redazione della cartella viene definita in base ad un indice di valutazione inserito nel software.

L'informatizzazione permette la rapida consultazione dei dati immessi (senza dover esaminare le cartelle cliniche cartacee) e l'elaborazione statistica con incroci di vario genere.

Il vasto data set del Pmi offre poi la possibilità di raccogliere dati di interesse scientifico e numerosi spunti di ricerca e di valutazione della pratica clinica, consentendo il confronto dei risultati con quelli di altre indagini effettuate su campioni diversi per caratteristiche cliniche e socio-culturali.

A questo punto è doveroso chiedersi quanto il Pmi abbia inciso nella diffusione della cultura della menopausa. È sicuramente difficile quantificarlo se non con valutazioni indirette. Il Progetto prevede l'organizzazione di riunioni periodiche e incontri tematici, che consentono l'aggiornamento e il confronto tra gli operatori partecipanti. L'appartenenza al Pmi stimola il comitato scientifico centrale e le varie realtà regionali ad organizzare corsi e convegni rivolti a ginecologi, medici di Medicina Generale e specialisti di altre discipline, favorendo inoltre iniziative di promozione della salute nei confronti delle donne.

Le strategie terapeutiche finora intraprese devono essere rivisitate in funzione dei risultati emergenti dalle pubblicazioni degli ultimi anni che hanno enfatiz-



zato prevalentemente gli effetti negativi della Hrt. I recenti dati della letteratura veicolati dai mass media hanno indotto la donna ad assumere atteggiamenti negativi, ovvero di riserva, nei confronti della terapia ormonale sostitutiva, scoraggiandone l'impiego iniziale o la prosecuzione.

In Italia, attualmente, poco più del 6% delle donne assume la Hrt, percentuale ben inferiore rispetto alle effettive necessità. La menopausa, pur essendo un passaggio fisiologico nella vita della donna, può comportare disturbi e conseguenze che necessitano di trattamento. Ciò è particolarmente evidente nella menopausa precoce spontanea o indotta e nelle prime fasi successive alla cessazione dell'attività funzionale ovarica quando la prevalenza dei disturbi può essere più elevata.

La valutazione delle caratteristiche e delle esigenze della singola donna, l'attenzione al rapporto rischio-beneficio, la scelta del

schema di trattamento, della via di somministrazione e dei dosaggi più adeguati sono gli elementi fondamentali ai fini di una corretta prescrizione farmacologica.

Indagini epidemiologiche quali il Pmi costituiscono un prezioso contributo per conoscere le caratteristiche della popolazione target in termini di fattori di rischio, presenza ed intensità della sintomatologia climaterica, patologie in atto, tipo ed epoca della menopausa, esecuzione di esami diagnostici. I dati disponibili consentono di rilevare che la donna che si reca ai Centri per la Menopausa è prevalentemente in postmenopausa recente, il più delle volte sintomatica, che richiede e assume la Hrt nel periodo immediatamente successivo alla cessazione dei cicli mestruali, con un netto miglioramento della qualità di vita.

## PMI: QUALE FUTURO?

Molti temi sono stati sviluppati dal Progetto Menopausa Italia e in parte portati a termine: abituare i ginecologi italiani ad usare sistemi informatici, promuovere campagne educazionali, sviluppare un lavoro armonico congiunto, permettere la realizzazione di pubblicazioni e recensioni su riviste nazionali ed internazionali.

Quanti anni ancora potrà durare il progetto? È uno dei quesiti più frequenti che ci poniamo. Se valutiamo lo studio Framingham, che continua a lavorare da oltre cinquanta anni, e il Nurse's Health Study, da oltre venti, riteniamo che il Pmi possa continuare a raccogliere dati e a rappresentare la realtà italiana per molti anni ancora.

Se valutiamo l'atteggiamento di alcuni partecipanti e sponsor che ritenevano che il progetto potesse svilupparsi per non più di due, tre, quattro anni, il fatto che siamo al nono anno di attività è una prova che la base operativa continua a lavorare, la banca dati si amplia ma quello che è più importante, il monitoraggio longitudinale si allunga, il laboratorio epidemiologico si arricchisce e le motivazioni per gli studi si intensificano.

Evoluzione poi della conoscenza informatica in questi anni ci permette di ampliare il progetto a molti altri centri ancora. Una volta valutata infatti l'idoneità e l'affidabilità di nuove strutture o studi privati, con l'utilizzo di attrezzature informatiche proprie si possono inserire i dati attraverso una password in un server centrale.

In tal modo avremo un minor costo di gestione da parte del Progetto e potremo ampliare la base operativa. Un'importante evoluzione è il passaggio da una semplice raccolta di dati ad un'utilizzazione della cartella in chiave clinica con possibilità di interagire nei vari campi con richieste di aiuto qualora si evidenzino determinate patologie e particolari terapie. In tal modo è possibile delineare linee di comportamento diagnostiche e terapeutiche sulla base delle

più recenti acquisizioni della letteratura. Con lo stesso principio potremo identificare soggetti con rischi familiari ed anamnestici e potremo utilizzare al meglio le interazioni farmacologiche.

Il Pmi potrebbe sempre più rappresentare lo strumento per lo sviluppo di futuri studi clinici di valenza nazionale e internazionale, la fonte di informazione e conoscenza dei dati mancanti sui diversi tipi di tratta-

mento, sui bassi dosaggi e sulle vie alternative.

A livello organizzativo, perciò, dovremo:

- Favorire incontri regionali o per macroaree in modo da verificare l'attività e operatività del territorio
- Identificare esperti all'interno degli operatori del progetto, ma anche collaborare con esperti nazionali o internazionali per proporre, sviluppare e implementare progetti specifici
- Favorire l'attività di un board centrale scientifico che verifichi l'attività svolta, proponga nuovi progetti, adegui, in base alle nuove acquisizioni, un aggiornamento continuo della cartella clinica
- Potenziare un team informatico che analizzi i dati, un help desk che garantisca un supporto continuo agli operatori e garantisca una raccolta dati omogenei
- Estendere il Progetto ad altri paesi europei ed extraeuropei (area mediterranea), al fine di realizzare una raccolta dei dati attraverso analoghe modalità e permettere la collaborazione e il confronto.

## Bibliografia

1. Cano A, Van Baal WM. The mechanisms of thrombotic risk induced by hormone replacement therapy. *Maturitas* 2001; 40: 17-38
2. Donati Sarti C, Mincigrucci M, Cicioni MT, Colonnelli M, Sideli C, Gilardi G. Rapporto medico e paziente e la compliance nella terapia ormonale sostitutiva Atti del LXXII Congresso Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia - XXXVII Congresso Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani - IV Congresso Associazione Ginecologi Universitari Italiani Firenze 29/09-2/10/1996
3. Donati Sarti C, Mincigrucci M. La donna in climaterio. Modello assistenziale integrato tra Centro della Menopausa ospedaliero e Servizio Consultoriale territoriale. Atti della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia - Congresso di Grado (TS), giugno 1997
4. Donati Sarti C, Brunelli ME, Af-

fronti G, Pomili G, Gerli S, Baldoni A, Angelini A. Il management della sindrome climaterica. ruolo dei centri per la diagnosi e cura dei disturbi del Climaterio. Atti del Congresso Regionale Umbro AOGOI 1989; 23-32

5. Ettinger B, Selby J, Citron JT, Vangessel A, Ettinger VM, Hendrikson MR. Cyclic hormone replacement therapy using quarterly progestin. *Obstet Gynecol* 1994 May; 83 (5 Pt 1): 693-700

6. Gail MH, Costantino JP, Bryant J, et al. Weighing the risks and benefits of tamoxifen treatment for preventing breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 1999;91:1829-46

7. Hulley S, Furberg C, Barret-Connor E, Cauley J, Grady D, Haskell W, Knopp R, Lowery M, Satterfield S, Schrott H, Vittinghoff E, Hunninghake D. HERS Research Group. Non cardiovascular disease outcomes during 68 years of hormone therapy. Heart and estrogen/progestin Replacement Study follow-up (HERS II)

8. Hulley S et al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS). Research Group *JAMA* 1998; 280: 605-13

9. Million Women Study Collaborators Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet* 2003; 362:419-27

10. Moyer D, De Lignieres B, Origuez P, et al. Prevention of endometrial hyperplasia by progesterone during long term estradiol replacement. Influence of bleeding pattern and secretory changes. *Fertil Steril* 1993, 59:992-7

11. Ryan PJ, Harrison R, Blake GM, Fogelman I. Compliance with hormone replacement therapy after screening for postmenopausal osteoporosis. *Br J Obst Gyn* 1992; 99:325-328

12. The Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results for the Women's Health Initiative randomised controlled trial. *JAMA*, 2002; 288:321-333

13. Veronesi U, Maisonneuve P, Sacchini V, et al. Tamoxifen for breast cancer among hysterectomised women. *Lancet* 2002; 359:1122-4

14. Veronesi U, Maisonneuve P, Rotmensz N, et al. Italian randomized trial among women with hysterectomy. Tamoxifen and hormone-dependent breast cancer in high-risk women. *J Natl Cancer Inst* 2003;95:160-5

## In discussione al prossimo Congresso nazionale

### Due proposte di Raccomandazioni su menopausa e flussi mestruali abbondanti

Segnaliamo che durante i lavori del prossimo Congresso nazionale Sigo-Aogoi-Agui a Roma verranno presentate e discusse due proposte di Raccomandazioni elaborate dalla Sigo sui temi della menopausa e dei flussi mestruali abbondanti: "Bozza di Raccomandazioni clinico-pratiche in menopausa e terza età" e "Bozza di Raccomandazioni per l'approccio diagnostico-terapeutico ai flussi mestruali abbondanti". Coordinatori dei gruppi di lavoro sono, per le tematiche inerenti la menopausa, Sonia

Baldi e per la meno-metrorragia: Emilio Arisi e Luigi Fedele. Le due Linee guida che, nella loro stesura finale, saranno presentate al Congresso per essere discusse ed eventualmente approvate, sono frutto di un lavoro di raccolta e recepimento di suggerimenti e osservazioni dei ginecologi italiani sviluppato in questi mesi e che si protrarrà per tutta l'estate. Ai contenuti delle Raccomandazioni verrà dedicato un approfondimento sui prossimi numeri del nostro giornale.

# Il progetto di sviluppo futuro del sistema informatico per il Pmi

di Giovanni Migliore e Mario Tamburello

Sistema informativo A. O. Policlinico "P. Giaccone", Palermo

Il Progetto Menopausa è nato nel settembre 1994 prefiggendosi, tra gli altri obiettivi, la realizzazione di un laboratorio di epidemiologia, per la valutazione dell'adeguatezza e della compliance delle strategie mediche per la terapia dei disturbi post-menopausali.

Al tal fine è stata disegnata una scheda per il rilevamento dei dati clinici e implementato un software dedicato all'archiviazione e all'analisi. Negli anni, sono state distribuite sul territorio nazionale oltre 250 Stazioni Periferiche di Archiviazione Computerizzate (Spac) per la raccolta e la trasmissione dei dati.

Complessivamente, il sistema sviluppato ha consentito finora, anche all'operatore non esperto in informatica, di archiviare e gestire, in modo semplice e intuitivo, le cartelle studiate per la conduzione della sperimentazione. Infatti, i rilievi clinici vengono annotati dal ricercatore su una scheda cartacea per essere successivamente acquisiti mediante uno scanner dedicato e riversati in un Archivio centrale, utilizzando una comune connessione telefonica analogica.

I moduli software principali su cui si articola il programma sono: l'acquisizione di moduli cartacei; la loro digitalizzazione; il riconoscimento ad alta qualità della scrittura manuale; l'archiviazione ed il trattamento statistico delle informazioni; la distribuzione territoriale dei dati; un'interfaccia grafica verso l'utente tale da avvicinare quanto più possibile l'accesso e le modalità di interazione a quelle tipiche del modulo cartaceo.

La dotazione hardware di ogni SPAC (Stazione Periferica di Archiviazione Computerizzata) prevede un Personal Computer con sistema operativo Microsoft Windows, uno scanner, una stampante e un modem. Le procedure che l'operatore deve effettuare sono molto semplici. La prima attività è quella della "scansione" della cartella, seguita dalla fase di editing e di verifica dei dati. Questa fase, realizzata grazie ad una "videata" che mostra contemporaneamente sia il modulo fotografato dallo scanner che l'interpretazione effettuata dal software, evidenzia le eventuali anomalie nel riconoscimento automatico della scrittura. È facilmente intuibile come questa modalità presenti un elevato livello di criticità, e le probabilità di successo sono tanto più elevate quanto più attento è stato l'utente nel compilare la cartella. Dopo i primi anni di attività e i successi ottenuti, la disamina delle esigenze del Pmi, ha suggerito l'opportunità di un radicale intervento, teso a garantire, da un lato, la meritata visibilità all'iniziativa, e, dall'altro, la semplificazione delle procedure di raccolta dei dati. Questo permetterà di rendere più capillare la presenza sul territorio, anche nella prospettiva di estendere l'esperienza ad altri paesi europei o extracomunitari.

L'affermazione di Internet e l'attuale trend dell'offerta informativa in rete offrono la possibilità di strutturare servizi orientati alla creazione di una vera e propria comunità virtuale, dove gli utenti, al di là dei contenuti medico-scientifici, sono in grado di sviluppare, in modo semplice, attività di comunicazione asincrona e sincrona, non solo tra i membri della comunità, ma anche verso l'esterno.

La realizzazione di un progetto che vada in tal senso può contribuire in modo determinante alla visibilità del Pmi e, nello stesso tempo, diventare il tessuto connettivo di una vasta comunità di utenti distribuiti sul territorio, senza limiti geografici o logistici.

Pertanto, il programma di sviluppo del sistema informativo che intendiamo realizzare tende, in primo luogo, a creare un portale di ambito specialistico, prevenendo, parallelamente, la sperimentazione di modalità alternative a quelle attualmente utilizzate per la raccolta dei dati clinici.

Innanzitutto è necessario un software più moderno che renda possibile il collegamento al Progetto Menopausa Italia con le proprie attrezzature, il che risolverebbe i problemi legati alla lentezza nell'operatività e all'aggiornamento della cartella, traducendosi in un'ottimizzazione dello sfruttamento delle risorse e in una riduzione dei costi. Un sistema che risponda alle attuali esigenze del Progetto deve poter utilizzare un accesso veloce digitale, tramite Adsl, fornire servizi personalizzati; deve essere una porta di accesso a servizi distribuiti, gateway, reperimento di servizi e fornire pagine dinamiche che utilizzano la rete con un'attivazione del diagramma.

## IL NUOVO SISTEMA INFORMATIVO

Il nuovo progetto, in fase di pre-sperimentazione, nasce dall'esigenza di creare un sito per i ricercatori, gli specialisti, i medici di base e le donne, che offra informazioni aggiornate e che consenta con semplicità la condivisione di risorse. Sia agli utenti, che ai redattori, saranno assicurate procedure di utilizzazione e di gestione dei contenuti, rapide e semplici. L'architettura interna del sistema sarà strutturata in modo da fare ampio uso di database, onde ottenere, oltre all'organizzazione ottimale dei contenuti, le migliori performance per la ricerca delle informazioni e la completa indipendenza dallo stile utilizzato per la presentazione. Come è noto, questo tipo di modalità operativa si traduce in una riduzione dei tempi di consultazione, permettendo una ridefinizione stilistica o gerarchica di alcune sezioni del sito, qualora se ne ravvisi l'esigenza.

La parte di amministrazione offrirà la possibilità di gestire completamente il contenuto degli articoli delle varie sezioni da remoto, attraverso il browser. Il redattore, sezione per sezione, utilizzerà delle "maschere" in cui poter inserire il testo degli articoli, o modificare quelli già presenti, ottenendo in tempo reale la pubblicazione. Gli utenti accreditati potranno usufruire di servizi personalizzati. In fase di registrazione, infatti, oltre a scegliere una pas-

sword e ad inserire i propri dati, personalizzeranno la richiesta di accreditamento proponendo i propri interessi scientifici. In questo modo, al momento dell'accesso al sito, sarà presentata una Home Page con contenuti personalizzati.

I dati saranno visibili e modificabili dai responsabili del sito, che avranno anche la possibilità di effettuare statistiche sugli utenti e sui servizi utilizzati.

Sarà possibile instaurare un feedback con altri utenti, intervenendo con le proprie argomentazioni, in modo autonomo o in risposta ad altri interventi. Il servizio potrà essere configurato affinché l'utente venga avvisato via ae-mail di nuovi interventi sui temi di interesse.

Ciascuno avrà l'opportunità di sottoporre all'attenzione della comunità casi clinici particolari, aprendo un dibattito al quale potranno partecipare tutti gli interessati sotto forma di forum on-line, moderato dal medico che ha proposto il caso. Il confronto arricchirà professionalmente i partecipanti e contribuirà alla crescita del gruppo. La partecipazione al forum non sarà soggetta ad alcun accreditamento particolare, se non quello che avviene inizialmente all'ingresso del sito e lo scopo del moderatore sarà solo quello di coordinare il dibattito. L'elenco dei casi clinici aperti verrà pubblicato, in ordine cronologico, in una apposita sezione; sarà inoltre possibile effettuare le ricerche per categoria o semplicemente con "keywords". Per ciascun dibattito l'utente potrà condividere una serie di risorse che potranno arricchire il caso (video, immagini, appunti vocali o file di testo, etc.). Tutti gli utenti verranno automaticamente iscritti alla newsletter del sito, attraverso la quale gli amministratori potranno comunicare periodicamente le novità presenti. Verrà implementato un server chat.

segue a pagina 22 →



È nata la Smic, affiliata Aogoi

# Una nuova società per la contraccezione in Italia

Molte società scientifiche si occupano “anche” di contraccezione, ma la Smic nasce con uno spirito diverso che muove dall’esigenza di creare un terreno comune di lavoro e dibattito per le componenti interessate alla contraccezione: la donna e la coppia, da un lato, i ginecologi, dall’altro.

La Smic vuole unire le professionalità di tre fondamentali attori del settore: i ginecologi ospedalieri, rappresentati da Aogoi, i ginecologi consultoriali e i medici di medicina generale, rappresentati da Simg, per promuovere un’attività educativa, didattica e formativa a tutti i livelli, capace di dar vita a una cultura della contraccezione in Italia.

Uno spazio internet all’interno del sito Aogoi e una rivista, “Salute riproduttiva”, saranno le prossime iniziative da mettere in campo.

Di contraccezione, e in particolare di nuovi percorsi contraccettivi, si parlerà anche al prossimo Congresso nazionale, l’argomento infatti è uno dei “main topic” in agenda



## di Emilio Arisi

Consigliere Nazionale Aogoi - Consigliere Nazionale Sigo - Presidente Smic  
Direttore U.O. Ostetricia Ginecologia Ospedale Regionale “S.Chiera”, Trento

La contraccezione è sicuramente un argomento di grande interesse, ma talora un pò dimenticato dai medici e dalle donne. Considerato terreno secondario da molti, in realtà è pane quotidiano nei bisogni della donna e della coppia, poichè entra all’interno dei bisogni biologici di base, ed acquista perciò grande rilevanza sociale.

I dati sulla contraccezione in Italia ci dicono che la contraccezione ormonale (pillola, cerotto, anello) viene utilizzata da circa il 20% delle donne in età fertile, che il 5-8% delle donne usa uno Iud, che circa il 3% usa i metodi naturali (Billings ed altri), ma che gran parte delle coppie usa il coito interrotto, si fida del caso, non usa nulla, o fa un uso incongruo di presunti metodi anticoncezionali. Il risultato del non-uso della contraccezione sicura sono gli aborti volontari, che pur si sono ridotti in Italia nel corso degli anni, proprio per una maggiore consapevolezza in questo settore e per l’impegno costante degli operatori che credono nella prevenzione.

Inoltre, in termini generali, poche donne e poche coppie sono ben informate sulla loro funzionalità riproduttiva. Ad esempio poche donne sono consapevoli del momento dell’ovulazione o sanno quale potrebbe essere il loro periodo fertile. Poche donne e poche coppie sanno quale sia il rischio di gravidanza con il coito interrotto (4% se usato in modo assolutamente corretto, ma 19% nell’uso comune, secondo l’Oms),

e che questo è di poco superiore a quello del condom (3% e 14% rispettivamente).

## LE SOCIETÀ SCIENTIFICHE E LA CONTRACCEZIONE

Molte società scientifiche in realtà si interessano “anche” di contraccezione. La stessa Aogoi, la SIdR- Società Italiana della Riproduzione, la Sifes-Società Italiana Fertilità e Sterilità, ecc. hanno dei gruppi di interesse sulla contraccezione piuttosto che sulle malattie a trasmissione sessuale. Allo stesso modo vi sono gruppi di interesse, compresi gruppi di interesse per le problematiche ginecologiche, all’interno delle organizzazioni e società dei medici di medicina generale.

Al momento esiste una sola società interessata squisitamente alla contraccezione, la Sic-Società Italiana Contraccezione, ma sembra avere una caratteristica diversa, a parte la consistenza numerica della sua base prevalentemente costituita da medici universitari.

Quella che è appena nata, la Società Medica Italiana per la Contraccezione (Smic), nasce invece con una forza numerica e con uno spirito diverso, perchè vuole unire l’azione, gli intenti, la cultura, le professio-

nalità di tre fondamentali attori di questo settore, rappresentati nella fattispecie dai ginecologi ospedalieri, da quelli consultoriali, e dai medici di medicina generale, ognuno centrato per la sua parte sulla salute sessuale e riproduttiva della donna e della coppia e sul loro bisogno di contraccezione.

L’intento della nuova società Smic è di fare cultura, sia verso il medico che verso la donna e la coppia.

## LE TRE COMPONENTI LA SMIC

La nuova Società Medica Italiana per la Contraccezione, che aderisce all’Aogoi, coinvolgerà le tre gambe fondamentali del tavolo della contraccezione dal punto di vista professionale, che sono certamente il medico ginecologo ospedaliero, in questo caso rappresentato dalla Aogoi, il medico ginecologo dei consultori e il medico di medicina generale, rappresentato in questo caso dalla Simg (Società Italiana di Medicina Generale), ma è sempre aperta all’iscrizione, alla collaborazione e ai suggerimenti di tutti coloro che vogliono sinceramente dedicarsi a queste tema-

tiche, siano essi medici ospedalieri non ancora aderenti alla Aogoi, medici universitari, medici territoriali a qualunque titolo o specialisti ambulatoriali interessati.

La Smic sarà aperta anche all’adesione e alla collaborazione di altre associazioni o società che abbiano o vogliano perseguire gli stessi scopi, nella consapevolezza che l’unione fa la forza.

La nuova società si chiama S.M.I.C., unisce tre componenti fondamentali e vuole promuovere una cultura della contraccezione in Italia

Il medico ginecologo ospedaliero viene rappresentato dalla Aogoi, che entra nella Smic con la forza organizzativa dei suoi 5 mila iscritti, ma anche con la consapevolezza di essere un importante propulsore di formazione per la categoria, come sta esemplarmente facendo in tanti altri settori, dalla menopausa alla sterilità, dalla chirurgia endoscopica all'endocrinologia, dalla chirurgia oncologica all'ostetricia, dal risk management all'ecografia. Inoltre il ginecologo ospedaliero fa molta ginecologia di base, sia negli ambulatori degli ospedali,

sia nei consultori, sia nei propri ambulatori privati e risulta essere un motore determinante nel consiglio e nella prescrizione delle metodiche anticoncezionali e nelle problematiche della salute sessuale e riproduttiva. Allo stesso modo il ginecologo che opera nei consultori impatta quotidianamente nel consiglio e nella prescrizione della contraccezione, ma viene consultato anch'egli sui problemi delle malattie a trasmissione sessuale, sulle problematiche sessuologiche, e così via. Fondamentale è peraltro anche il contributo del medico di medicina generale, che è il primo sensore dei bisogni della donna e della coppia in tutto l'ambito della salute, e perciò anche della

contraccezione e della salute sessuale e riproduttiva. Egli può e deve essere un alleato costante del ginecologo nel perseguire salute e prevenzione, e il ginecologo deve riconoscerli questo ruolo. Particolare ruolo ha appunto la Simg, quale associazione scientifica particolarmente dedicata alla formazione del medico di medicina generale.

### COSA SI PROPONE LA SMIC

La Società Medica Italiana per la Contraccezione non ha fini di lucro e si pone come scopo esclusivo finalità di carattere culturale, scientifico, didattico, formativo relativamente a tutte le problematiche legate alla contraccezione ed alla salute sessuale e riproduttiva (Ssr) in genere.

In pratica, si propone di promuovere e incentivare l'attività educativa, didattica e formativa a tutti i livelli; di promuovere nei medici, in particolare tra gli ostetrico/ginecologi e tra i medici di medicina generale, l'informazione e la formazione su ogni metodo che permetta di prevenire una gravidanza indesiderata, anche con l'intento di ridurre il ricorso all'aborto volontario, ed all'interno di un più ampio progetto di Ssr; di stimolare gli studi in medicina, i rapporti psicologico-relazionali, culturali, morali, correlati alla contraccezione ed alla salute sessuale e riproduttiva; di promuovere e realizzare quanto serve a qualificare la professione medica, anche attraverso strumenti di accreditamento e certificazione periodica della specifica professionalità di ciascuno; di promuovere la ricerca nell'ambito specifico della contraccezione e della Ssr; di promuovere nell'utenza la prevenzione e l'informazione su ogni metodo che per-

metta di prevenire una gravidanza indesiderata, anche con l'intento di ridurre il ricorso all'aborto volontario, ed all'interno di un più ampio progetto di educazione alla salute, inclusa la salute sessuale e riproduttiva.

Per il raggiungimento di tali finalità la Società ha per oggetto specifico, eventualmente anche in collegamento o in accordo con altre Società, Istituzioni, Enti od Organizzazioni, di: patrocinare, promuovere ed organizzare Corsi, Riunioni, Convegni ed altro con finalità didattiche, divulgative o di messa a punto di vari problemi diagnostici, terapeutici, tecnologici, gestionali, culturali e sociali, nonché creare "gruppi di lavoro" delegati allo studio di problematiche suscettibili di ulteriori o specifici approfondimenti; promuovere e coordinare la ricerca nel campo specifico della contraccezione e della Ssr, con particolare riferimento all'età adolescenziale, all'età riproduttiva e a quella fertile avanzata; curare la formazione culturale specifica anche di personale non medico interessato alla contraccezione e alla Ssr; incentivare l'attività didattica anche in collaborazione con Istituzioni pubbliche o private, promuovendo l'inserimento della materia, sia nei corsi di studi ordinari che di specializzazione, perfezionamento, aggiornamento, e qualificazione sia in Italia che all'estero; rappresentare le tematiche della contraccezione e della Ssr e gli Iscrit-

ti alla Società presso le istituzioni pubbliche e private di ogni livello; favorire i contatti con altre Associazioni, Società e Istituzioni, in Italia ed all'estero, i cui interessi siano convergenti con quelli della Società Smic, al fine di realizzare un fattivo rapporto di collaborazione e di rappresentanza.

Verrà inoltre implementato un sito internet dedicato, che sarà parte integrante del sito Aogoi, e verrà preparata e diffusa una rivista "Salute riproduttiva". Questa rivista sarà il terreno di confronto per tutti gli interessati alla salute sessuale e riproduttiva, inclusa la contraccezione, e avrà specifici gruppi di lavoro per ognuno degli ambiti di interesse.

La Smic si propone di diventare il campo di lavoro e dibattito tra le varie componenti che si interessano di contraccezione, che sono da un lato la donna e la coppia, e dall'altro i ginecologi, principalmente rappresentati dai ginecologi ospedalieri e da quelli attivi nei consultori, ma anche dai medici di medicina generale, che sono quelli che hanno un primo e quotidiano contatto con le donne, le coppie ed i loro problemi. Ma non disdegnerà la collaborazione di nessun'altra componente che voglia sinceramente contribuire al diffondersi di conoscenze e competenze, nella consapevolezza che ciò può solo giovare alla salute sessuale e riproduttiva della donna e della coppia, in particolare alle nuove generazioni.

**"Scegli Tu - Insieme, felici di scegliere"**

## La campagna SIGO per informare su contraccezione e dintorni

Una buona informazione ed educazione in campo contraccettivo è uno strumento strategico per la salute della donna, della coppia e dunque per la società nel suo insieme. Contraccezione sicura significa prevenzione, cura della salute sessuale e riproduttiva, abbattimento degli aborti volontari. L'esperienza della campagna Sigo dimostra come tra le donne italiane, vi sia un forte desiderio di un'informazione "autorevole", in particolare da parte del proprio ginecologo

La campagna "Scegli Tu - Insieme, felici di scegliere" della Sigo, lanciata ufficialmente con una conferenza stampa tenutasi a Milano il 24 maggio 2005, alla presenza del presidente Antonio Ambrosini e del consigliere Emilio Arisi, ha l'obiettivo di sensibilizzare e informare la popolazione italiana sull'uso dei metodi contraccettivi e dei problemi che vi ruotano attorno, dalla sessuologia alle malattie a trasmissione sessuale, dalla psicologia alle problematiche di coppia.

Attraverso modalità diverse, prevalentemente impostate sul mezzo informatico e sui messaggi radiofonici, cerca di aiutare le donne e le coppie ad affrontare serenamente e senza pregiudizi il dialogo con il ginecologo per individuare il metodo contraccettivo più adatto alle proprie esigenze, sfatando miti e pregiudizi così diffusi nella popolazione.

### USO DELLA CONTRACCEZIONE IN ITALIA

L'uso di una contraccezione sicura in Italia è ridotto anche rispetto ad altri paesi d'Europa, come dimostra uno studio effettuato nel 2003 su 12.138 donne scelte a random in 5 paesi europei che includeva anche 2.301 italiane.

Questo studio ha stimato che in Italia 2.6 milioni di donne utilizzassero la contraccezione orale, con una prevalenza del 19% nelle donne 15-49 anni; una uguale prevalenza del 19% veniva attribuita alle donne della Spagna, mentre alla Gran Bretagna veniva attribuito il 27%, alla Germania il 34% e alla Francia il 45%. Anche dati stimati dal Censis nel 2000 davano valori di questo tipo (20.9 % donne in età fertile).

La campagna "Scegli Tu" è stata preceduta da una indagine conoscitiva di tipo qualitativo sull'utilizzo del-

la contraccezione in Italia, effettuata nel novembre 2004 intervistando 2000 donne. Gli elementi fondamentali di questa indagine possono essere riassunti nel fatto che le donne hanno molte informazioni e percezioni corrette sulle tecniche contraccettive, ma stentano ad usarle, in particolare non usano molto i contraccettivi più sicuri (pillola e spirale), affidandosi tuttora a metodi rischiosi come il coito interrotto. Inoltre, molte donne scelgono da sole il metodo anticoncezionale, ma sono tuttavia molto ansiose di avere a disposizione informazioni provenienti da fonti autorevoli, in particolare vorrebbero informazioni dal ginecologo, che percepiscono come figura che dà sicurezza.

### L'IMPEGNO DELLA SIGO

La Sigo, quale rappresentante di tutti i ginecologi italiani, può essere una fonte importante di queste informazioni. Di qui l'allestimento del sito internet [www.sceglitu.it](http://www.sceglitu.it), la distribuzione di materiale informativo ai ginecologi, ma anche in alcuni istituti scolastici (università e medie superiori), l'allestimento di un numero verde, satellite al sito, e il lancio di informazioni sulla contraccezione attraverso i media, in particolare con alcune radio a diffusione nazionale, che hanno lanciato spot, ma anche interviste e dibattiti sul tema, e con alcune riviste femminili a grande diffusione, soprattutto mirate ai giovani. L'attività informativa diretta ai ginecologi si è concretizzata anche con 12 apprezzati incontri in varie Regioni d'Italia, che hanno permesso a molti ginecologi di conoscere vantaggi e svantaggi dei vari me-

todi anticoncezionali, ma ha anche loro consentito di misurarsi con molte realtà locali ed esaminarne le criticità.

### WWW.SCEGLITU.IT

Il sito è l'elemento portante di tutta la campagna, si presenta con caratteristiche grafiche innovative, ed è stato

supportato da un apposito gruppo di lavoro con specialisti di elevato livello che ne curano la validità dei contenuti medici. Graficamente è stata ideata una vera e propria città virtuale, la "città delle donne", con diversi quartieri e palazzi (quartiere della contraccezione, polo della salute e della nutrizione, quartiere della sessualità e della psicologia, polo del benessere e del tempo libero, eccetera), alcuni dei quali sono ancora in costruzione. In questa città la donna o la coppia possono avventurarsi alla ricerca delle risposte ai loro quesiti sulla sessualità, la fertilità, la contraccezione, la psicologia. Basta entrare in uno dei tanti quartieri ed edifici virtuali per

ottenere precise informazioni sulla pillola piuttosto che sui metodi naturali, sulla contraccezione meccanica in generale piuttosto che sulla spirale, attraverso simpaticissimi viaggi su un tram virtuale, che trasporta velocemente la donna ove lei lo richieda. La ricerca può essere fatta dalla donna, che all'inizio sceglie un suo profilo distinto in cinque diverse possibilità, a seconda che sia o meno in condizione di rapporto stabile, oppure che abbia o meno figli, con il costante invito a far partecipe delle scelte e della ricerca anche il partner maschile. Per chi avesse più fretta ad acquisire le informazioni c'è la possibilità di andare direttamente ai singoli metodi

**La Sigo è l'associazione scientifica che raggruppa in una federazione l'Aogoi e l'Agui-Associazione Ginecologi Universitari Italiani.**

**In questa federazione l'Aogoi entra con un impegno importante, essendo rappresentata da quattro su sette consiglieri nel direttivo nazionale**

contraccettivi elencati per ricavare le informazioni essenziali senza percorrere le strade della città virtuale. Particolare attenzione viene posta nell'informazione alle adolescenti, che hanno davanti la gestione di una più lunga vita fertile e sono comunque le più fragili e le più indifese davanti a questi problemi. Va infatti tenuto presente che i dati degli ultimi anni indicano un aumento dell'aborto volontario nelle età più basse.

In ogni momento viene reiterato l'invito a parlarne con il ginecologo in quanto specialista del settore e primo fiduciario della donna.

Il sito ha ricevuto da 1000 a 5000 visitatori singoli al giorno, ognuno dei quali ha sfogliato decine di pagine, con picchi massimi in corrispondenza delle attività di stimolo, effettuate con la radio, con volantini nelle scuole, con la distribuzione di materiale informativo. La radio è in realtà il mezzo che porta più visitatori al sito, con il 45% dei casi. Il 36% dei visitatori al sito era formato da coppie consolidate, e il 25% era rappresentato da adolescenti. Ma tutti i target individuati erano ugualmente interessati al sito e ai suoi contenuti. Tanto che il 90% delle utenti sostiene che il sito è piaciuto e che tornerà a visitarlo.

La info-line ha ricevuto quasi 2000 telefonate, stimolate soprattutto da magazine e radio. Il numero di telefonate è stato comunque inferiore all'atteso.

La radio si è dimostrata un mezzo capillare efficace per raggiungere nuove utenti, anzi il più efficace, mentre il sito si è rivelato efficace per diffondere informazioni.

Entro il 2006 si procederà ad un restyling del sito, apportandovi anche gli aggiornamenti suggeriti dalle utenti e dall'esperienza. Per esempio, verranno inseriti spazi per il tempo libero, per la cultura ed il diletto.

Il traffico radio verrà incrementato, perchè questo strumento è risultato efficace nello scovare nuove utenti per il sito, fidelizzandole ad una idea di prevenzione.

Il sito adeguatamente impostato, così come altre iniziative dirette, permetteranno di attivare un anche un confronto tra i medici.

L'esperienza della infoline viene conclusa trasferendone le possibilità sul sito.

Con questa iniziativa la Sigo vuole fornire alla donna e alla coppia l'occasione per aumentare le conoscenze sulla contraccezione sicura, sfatando dannosi pregiudizi e aiutando la scelta, anche con l'intento di ridurre il numero delle gravidanze non desiderate e la conseguente richiesta di interruzione volontaria della gravidanza, che pure è andata riducendosi nel corso degli anni, poichè siamo passati dai 234 mila aborti volontari del 1982 ai circa 130 mila del 2004, sicuramente per l'impegno e la consapevolezza di molte donne e dei loro ginecologi.

La Sigo, che rappresenta la voce di tutti i ginecologi coinvolti nella cura della salute sessuale e riproduttiva delle donne, siano essi ospedalieri o universitari, consultoriali o liberi professionisti, crede fortemente nell'efficacia degli strumenti informativi adottati con la campagna "Scegli Tu", e ritiene che questi possano aiutare a scelte responsabili e mature nella direzione della prevenzione. In particolare, vi è la convinzione che la scelta di una contraccezione sicura sia un buon strumento anche di salute in generale per la donna, la coppia e la società nel suo insieme.

*Emilio Arisi*



# Il dissenso del paziente all'atto medico

Un aspetto interessante della problematica del consenso è costituito dalla facoltà del paziente di esprimere un netto dissenso all'effettuazione della prestazione sanitaria, il che pone dei quesiti in merito all'atteggiamento che il Medico deve assumere, soprattutto nel caso in cui, a giudizio del sanitario, il trattamento programmato si riveli indispensabile o decisivo ai fini della risoluzione del quadro morboso

di Pier Francesco Tropea

In questi ultimi anni i procedimenti giudiziari aventi ad oggetto la problematica del consenso del paziente alla prestazione sanitaria sono stati innumerevoli e le relative pronunce giurisprudenziali hanno spesso fornito lo spunto per analisi giuridiche approfondite, la più nota delle quali ha riguardato l'affermazione della "volontarietà" delle lesioni nel caso in cui, da un intervento chirurgico praticato senza specifico consenso, derivi un danno per il paziente (Sentenza Massimo, 1992).

Prescindendo da un orientamento giurisprudenziale così severo, oggi in verità ridimensionato dalla Corte di Cassazione, la quale generalmente è orientata ad ammettere l'esistenza nell'atto medico di una eventuale colpa del sanitario escludendone il dolo (salvo rare eccezioni), e ciò in considerazione della finalità terapeutica che caratterizza la prestazione del Medico, è ormai saldamente codificato che il consenso del paziente rappresenta un presupposto di legittimità di qualsiasi atto medico che, in sé stesso, comportando una lesione dell'integrità fisica del malato, costituisce atto illecito.

Ovviamente il consenso del malato deve possedere, per avere un crisma di validità, alcuni requisiti, di cui quello della revocabilità in qualsiasi momento antecedente l'effettuazione della prestazione presenta una sua particolare significatività.

Un aspetto interessante del problema del consenso è costituito dalla facoltà che il paziente possiede di esprimere un netto dissenso all'effettuazione della prestazione sanitaria, il che pone quesiti circa l'atteggiamento che il Medico deve assumere, soprattutto nel caso in cui, a giudizio del sanitario, il trattamento programmato si riveli indispensabile o decisivo ai fini della risoluzione del quadro morboso. In pratica, si tratta di definire i limiti dell'intervento del Medico, ancorché risolutivo per il paziente, e gli ambiti di responsabilità entro i quali il curante, da un lato, e il malato, dall'altro, possono assumere le iniziative di rispettiva competenza.

Va subito detto che il dissenso del paziente nei confronti dell'atto medico è considerato in giurisprudenza un ostacolo insormontabile all'attuazione di una qualsiasi decisione terapeutica, anche se quest'ultima si rivelasse essenziale per la salute del paziente.

In proposito, soccorre il disposto dell'art. 32 della Costituzione che stabilisce la volontarietà del trattamento sanitario, precisando testualmente che: "nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

Tale norma è da considerare valida anche nei casi in cui il Medico abbia netta consapevolezza della necessità assoluta di procedere a un trattamento (in genere, un intervento chirurgico) che rappresenti l'unica soluzione per salvare la vita del paziente. In un caso, che ha suscitato larga eco nella stampa nazionale, la Magistratura, sollecitata dai Medici curanti a emettere un provvedimento che consentisse loro di procedere a un intervento (amputazione di un arto) indispensabile per ga-

rantire la sopravvivenza di una paziente che aveva manifestato il proprio dissenso nei riguardi dell'atto chirurgico, ha affermato l'impossibilità di superare tale dissenso, confermando il divieto per i Medici di effettuare l'operazione in assenza di un consenso del malato, successivamente deceduto in conseguenza dell'affezione non trattata chirurgicamente.

È ovvio che in tale evenienze il Medico ha l'obbligo di prospettare con chiarezza al malato il rischio che un mancato intervento determini un'evoluzione sfavorevole della malattia fino a sfociare nella morte del paziente e di tale informazione rigorosa il Medico deve possedere ampia documentazione con la quale egli possa dimostrare di aver correttamente adempiuto a tale obbligo.



Sotto questo profilo ci si è chiesti se il dissenso del paziente, come il suo consenso, nei confronti dell'atto medico, debba essere espresso obbligatoriamente per iscritto al fine di possedere una sua validità.

A questo importante quesito rispondono i Giudici della Corte di Cassazione in una recente pronuncia (Cass. Pen. Sez. VI n. 38852, ottobre 2005), nella quale viene precisato che il dissenso espresso per iscritto non ha incidenza sull'evento dannoso, purchè sia dimostrato ineccepibilmente, anche attraverso prove testimoniali, che il Medico abbia informato il paziente del rischio specifico per la sua salute, ricevendo un netto rifiuto all'adesione al trattamento (in tal caso, un sollecito ricovero). Sul punto, i Giudici della Suprema Corte affermano che "il rifiuto scritto all'invito del Medico ad eseguire una terapia necessaria o a sottoporsi ad un ricovero ospedaliero non è altro che un mezzo idoneo a meglio dimostrare che tale invito sia stato formulato, con

precisazione della necessità dei detti interventi, ma la prova di una condotta altrettanto risoluta da parte del Medico ben può essere fornita diversamente, fermo restando per le prove testimoniali, il doveroso vaglio dell'attendibilità delle dichiarazioni sia sotto il profilo soggettivo che quello oggettivo".

È ben vero che il consenso scritto rappresenta oggi una prassi corrente che, sia da parte del Medico che per il paziente, viene considerata insostituibile

e comunque non confrontabile, sotto il profilo della sua validità, con la formulazione orale, ma è altrettanto vero che, a parere dei Giudici, "il consenso scritto previsto dal Codice di Deontologia medica non solo non è una norma cogente, ma ha la mera finalità di responsabilizzare il Medico il quale, se ha comunque adeguatamente informato il paziente, pur non ottenendo risposta scritta (che certamente non può essere imposta) non può ritenersi negligente".

In dottrina, è stata avanzata l'ipotesi della legittimità da parte del Medico di intervenire, anche senza consenso del paziente e in via coattiva, nel caso in cui il mancato intervento sanitario si concretizzi in un grave pericolo per la vita del paziente, in ciò facendo ricorso all'art. 54 C.P. e cioè allo stato di necessità quale esimente prevista dal nostro ordinamento. Per alcuni Giuristi, l'intervento del Medico in questi casi diverrebbe non solo legittimo ma addirittura doveroso, atteso che l'omissione medica comporterebbe l'altissima probabilità o la quasi certezza dell'evento dannoso costituito dall'exitus del paziente. Tuttavia, la Giurisprudenza è concorde nell'affermare che la decisione interventista del Medico assunta contro la volontà del malato si tradurrebbe in un'imposizione alla persona che potrebbe configurare il reato di violenza privata previsto dall'art. 610 C. P. Tale interpretazione da parte della Corte di Cassazione è contenuta nelle sentenze della Sez. IV Penale del luglio 2001 e della Sez. I Penale del maggio 2002, nelle quali si rinviengono rispettivamente l'abbandono della tesi del reato di lesioni personali volontarie in caso di intervento effettuato senza specifico consenso del paziente e la valorizzazione del dissenso quale ostacolo insormontabile nei riguardi della fattibilità di un intervento chirurgico.

Nel caso in specie, i Giudici hanno assolto il medico incriminato per il mancato ricovero del paziente, avendo il sanitario potuto dimostrare di aver esperito tutti i tentativi possibili per convincere il paziente alla sollecita ospedalizzazione, e ciò nonostante la mancanza di un dissenso espresso per iscritto, ma provato ampiamente da prove testimoniali inconfutabili.

Nella sentenza di cui ci stiamo occupando, il comportamento diligente e prudente del Medico è valso altresì ad escludere la sussistenza dell'elemento psicologico del reato (in tal caso la colpa) previsto dall'art. 43 C.P., per cui si è pervenuti a una pronuncia di assoluzione del sanitario per l'esclusione di un nesso di causalità tra la sua condotta omissiva e l'evento dannoso occorso al paziente.

segue da pagina 17 → In una prima fase, sarebbe opportuno organizzare periodicamente incontri virtuali, successivamente, il dibattito potrebbe essere spostato nel forum, utilizzando la chat come strumento per il tempo libero.

Particolare attenzione dovrebbe essere rivolta alla diffusione di contenuti multimediali attraverso un servizio di Internet Broadcasting. Sarà possibile rendere disponibili on-line interventi filmati, tavole rotonde o lezioni su specifici argomenti attraverso un server video abilitato alla realizzazione di "video on-demand".

### LA RACCOLTA DEI DATI CLINICI

La necessità di rendere più flessibile la struttura organizzativa del Pmi trova nell'affermazione di Internet la giustificazione alla realizzazione di una architettura client-server aperta, sulla quale aggregare in modo dinamico le risorse umane disponibili sul territorio.

In una fase di pre-sperimentazione è stato messo a punto un server di sviluppo, collocato logicamente all'interno della L.A.N. realizzata presso la sede Aogoi di Milano. Il regime produttivo prevede invece l'implementazione di una infrastruttura informativa in "outsourcing", con elevate caratteristiche di affidabilità e disponibilità. È stato quindi progettato e sviluppato un software applicativo dedicato che, grazie ad una interfaccia utente "user-friendly", riprende l'impaginazione e le scelte grafiche delle consuete schede di raccolta dati, e consente in modo assai intuitivo e veloce, anche agli utenti meno esperti, di aggiornare i dati memorizzati a livello centrale.

Le funzionalità applicative sono suddivise in due moduli differenti, interconnessi tra loro: il *modulo client*,

che permette agli utenti del centro di procedere all'archiviazione dei dati clinici, e di inviare progressivamente i dati raccolti al *modulo server*, il modulo server che effettua l'archiviazione, l'elaborazione, e la presentazione dei dati raccolti consentendo, inoltre, la registrazione dei nuovi centri e la gestione degli stessi da parte degli amministratori.

Il modulo client è un software applicativo da installare presso la sede dell'Ospedale. Il software consente l'archiviazione dei dati dei pazienti e la trasmissione di questi al modulo server per le successive elaborazioni statistiche. Il software di raccolta dati è progettato per consentire l'aggiornamento automatico, in caso di disponibilità di nuovi moduli o di modifiche ai moduli esistenti. Questa caratteristica consente di modificare o di integrare le schede di raccolta dei dati, in base a sopravvenute esigenze operative.

Il modulo server è racchiuso in un sito Internet dedicato, accessibile mediante una comune connessione ad internet. L'accesso al sito è consentito a due gruppi differenti di utenti, cioè ospedali ed amministratori, ciascuno caratterizzato da una serie di funzionalità disponibili.

Gli ospedali possono accedere al sito per effettuare la registrazione alla sperimentazione ed il download del software per la raccolta dati. Nell'area di gestione dei dati raccolti, è possibile visualizzare e scaricare i dati acquisiti dai vari Ospedali, eventualmente in forma aggregata. In alternativa al sistema precedentemente descritto, per coloro che dispongono di una connessione "flat" alla rete internet, sarà possibile effettuare tutte le operazioni descritte per il modulo client, utilizzando un comune "browser web", interagendo di-

rettamente con il server.

La consuetudine che la stragrande maggioranza di noi ha maturato con i programmi di navigazione, utilizzati ormai anche per compiere le più comuni operazioni con il Personal Computer, come ad esempio quella di esplorare i dischi locali, ci autorizza a sottolineare che il passaggio dall'acquisizione tramite scanner di un modello cartaceo compilato manualmente alla compilazione della scheda on-line può essere condotto oggi con estrema disinvoltura ed addirittura con un miglioramento dell'efficienza. Basti pensare all'eliminazione dei tempi dovuti alla correzione delle errate interpretazioni da parte del software di riconoscimento.

Inoltre, la modalità descritta offre numerosi ed inequivocabili vantaggi, tra cui:

- la possibilità di operare un aggiornamento continuo della scheda di rilevazione, qualunque modifica infatti realizzata a livello centrale sarà immediatamente disponibile per tutti gli operatori;
- sarà possibile contribuire allo studio utilizzando il proprio personal computer senza vincoli di spazio o di tempo, sarà necessario avere a disposizione esclusivamente una connessione ad internet, pertanto potranno essere coinvolti un numero assai più elevato di ricercatori senza alcun limite geografico;
- potrà essere operato un controllo di qualità on-line sui dati forniti, che renderà evidenti immediatamente eventuali situazioni di criticità;
- sarà possibile utilizzare in modo più efficiente le risorse economiche a disposizione del progetto, orientando gli sforzi verso il miglioramento delle ricadute informative delle ricerche condotte.

# Prefolic®

## VO3AF N<sup>5</sup>-metiltetraidrofolato di calcio

**Riassunto delle caratteristiche del prodotto 1. DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE** PREFOLIC® 15 Compresse PREFOLIC® 15 Iniettabile PREFOLIC® 50 Iniettabile **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** PREFOLIC® 15 Compresse Una compressa gastroresistente contiene: Principio attivo: N<sup>5</sup>-metiltetraidrofolato di calcio pentoidrato 19,18 mg pari ad acido 15 mg PREFOLIC® 15 Iniettabile Un flacone di iniezione contiene: Principio attivo: N<sup>5</sup>-metiltetraidrofolato di calcio pentoidrato 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 farmacologia 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 risoluzione dei sintomi 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 alto dosi), la farmacologia 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 parenterali 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, liberano così il principio attivo nell'intestino prolassico; esse non vanno masticate, ma debbono essere deglutite intere, preferibilmente al mattino. In presenza di carenza periodica è buona norma associare al PREFOLIC® anche la vitamina B<sub>12</sub> 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, naturale componente del coostro epigenetico, 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** N<sup>5</sup>-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. In particolare interviene nell'attività monocarbossica. In queste reazioni

sono in particolare ricordate le seguenti: la sintesi delle purine e del triptofano, l'azione indispensabile per la biosintesi degli acidi nucleici; la sintesi ossidativa dei metilfolati a partire da serina, glicina, istidina, leucina, cisteina, metionina 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 coperto dai glicosi coroidali 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, simetone, 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 risultante 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** - Attacco contenente 3 fiale (alluminio-polietilene) da 10 compresse di 15 mg - Attacco contenente 5 fiale di vetro scuro o di vetro smeraldo (tappo di gomma e gliene metallico in alluminio) di 15 mg + 5 fiale di vetro contenenti 3 ml di solvente - Attacco contenente 6 fiale di vetro scuro o di vetro smeraldo (tappo di gomma e gliene metallico 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.r.l. - 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 **Revoca autorizzazione:** 01/04/2002 **TOLDAI (PARZIALE) DI REVISIONE DEL TESTO:** November 2001



Firma conclusiva per il Ccnl 2002-2005

# Aumenti stipendiali e compenso di 50 euro per le guardie notturne

Lo scorso 5 luglio, presso la sede dell'Aran a Roma, è stata posta la firma conclusiva al II biennio economico (2004-2005) del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro 2002-2005

La trattativa è stata lunga ma ha portato, oltre ad un'una tantum per tutti i dirigenti medici, a degli aumenti stipendiali differenziati per incarico e per rapporto di lavoro, la cui entità può essere considerata di tutto rilievo, specialmente se teniamo conto della situazione economica attuale. Naturalmente questi aumenti si vanno a sommare a quelli che abbiamo ottenuti con il primo biennio economico e che sono stati corrisposti a partire dal novembre 2005.

ta un'importante novità per quanto riguarda le guardie notturne. Per ogni turno di guardia notturna è stabilito un nuovo "compenso" del valore di 50,00 euro. Sono escluse da questo compenso le guardie notturne retribuibili in attività libero professionale (ex art. 18 Ccnl 3.11.2005). La norma decorre dal 31 dicembre 2005, quindi verranno corrisposti gli arretrati per le guardie che sono già state assolte.

del Contratto per il II biennio. Nella tabella qui presentata vengono riportati i valori degli aumenti mensili e annui, oltre all'una tantum e agli arretrati, per i diversi incarichi professionali ed a seconda del rapporto di lavoro. Gli aumenti verranno corrisposti a partire dal mese di agosto 2006, mentre la data di pagamento degli arretrati potrà variare da Regione a Regione.

Con questo contratto viene introdotta

Sul sito [www.fesmed.it](http://www.fesmed.it), alla voce C.C.N.L., è disponibile il testo completo

**Carmine Gigli**  
Presidente  
coordinatore Fesmed

## Aumenti II biennio 2004-2005

	Aumento mensile	Aumento annuo (13 mensilità)	Una tantum	Arretrati maturati al 30-9-2006
<b>DIRIGENTI A RAPPORTO DI LAVORO ESCLUSIVO</b>				
Dirigente incarico struttura complessa, area chirurgica	345,91	4.496,83	627,08	9.659,45
Dirigente incarico struttura semplice o ex modulo funzionale DPR 384/1990	230,31	2.994,03	627,08	6.704,22
Dirigente incarico lett. c) art. 27 CCNL 8 giugno 2000*	230,31	2.994,03	627,08	6.704,22
Dirigente equiparato	141,00	1.833,00	627,08	4.421,33
Dirigente < 5 anni	141,00	1.833,00	627,08	4.421,33
<b>DIRIGENTI A RAPPORTO DI LAVORO NON ESCLUSIVO</b>				
Dirigente incarico struttura complessa, area chirurgica	141,00	1.833,00	627,08	4.421,33
Dirigente incarico struttura semplice o ex modulo funzionale DPR 384/1990	141,00	1.833,00	627,08	4.421,33
Dirigente incarico lett. c) art. 27 CCNL 8 giugno 2000	141,00	1.833,00	627,08	4.421,33
Dirigente equiparato	141,00	1.833,00	627,08	4.421,33
<b>DIRIGENTI MEDICI A TEMPO DEFINITO</b>				
Dirigente incarico struttura complessa, area chirurgica	74,08	963,04	627,08	2.632,89
Dirigente incarico struttura semplice o ex modulo funzionale DPR 384/1990	74,08	963,04	627,08	2.632,89
Dirigente incarico lett. c) art. 27 CCNL 8 giugno 2000	74,08	963,04	627,08	2.632,89
Dirigente equiparato	74,08	963,04	627,08	2.632,89

\* Art.5, comma 5. I destinatari della retribuzione minima contrattuale per i dirigenti cui è conferito un incarico lett. c) dell'art. 27 del CCNL 8 giugno 2000 sono coloro per i quali la medesima voce alla data del 31 dicembre 2001 era così composta: parte fissa euro 4.100,66, parte variabile euro 2.520,30, (divenuta di euro 2.374,32 alla data del 31 dicembre 2003, ai sensi dell'art. 42 del CCNL 3 novembre 2005)

## LE AZIENDE INFORMANO

# La pillola della femminilità: un nuovo contraccettivo sicuro, efficace e garanzia di bellezza

Per rispondere meglio alle esigenze di sicurezza e tollerabilità, la ricerca si è orientata verso preparati estrogeno-progestinici sempre più vicini alla fisiologia femminile.

Si è così arrivati a un nuovo contraccettivo orale\*, ora in commercio anche in Italia, il primo e unico derivato dal progesterone naturale prodotto dall'organismo, frutto della combinazione di due molecole: il clormadinone acetato (CMA) e l'etinilestradiolo (EE, estrogeno standard).

Il contraccettivo di ultima generazione, oltre ad essere sicuro (efficacia contraccettiva del 99%), non determina aumento di peso e agisce positivamente su cute e capelli e migliora i più comuni disturbi del ciclo come la dismenorrea.

Per la sua validità anche sul piano estetico, in Germania la nuova pillola viene chiamata con l'appellativo di "beauty pill" mentre in Italia i ricercatori che hanno studiato il principio attivo parlano di "pillola della femminilità", riferendosi alla sua sicurezza farmacologica, rispettosa degli equilibri biochimici della donna. Riguardo agli effetti metabolici, l'associazione del CMA+EE porta a un discreto aumento di HDL o colesterolo "buono" e a una riduzione di LDL quello "cattivo" di circa il 15%, fattori fondamentali per quanto riguarda il rischio cardiovascolare femminile. Un farmaco con un più alto profilo di sicurezza rappresenta quindi un'opportunità di prevenzione dalle gravidanze indesiderate e una protezione per alcune patologie.

\*Belara, Grunenthal Formenti

Questo modulo può essere utilizzato per richiedere l'assistenza di "M.A.M.M.A. AOGOI". Dopo averlo compilato, dovete ritagliarlo ed inoltrarlo alla Segreteria nazionale AOGOI, via G. Abamonti, 1 - 20129 Milano, per posta, oppure via fax (02.29525521). In maniera più semplice, potrete compilare il modulo "on line", andando al sito [www.ginecologiaforense.it](http://www.ginecologiaforense.it), nel settore "Help-desk", sotto l'icona "Help-desk on line", dove troverete un percorso guidato che vi aiuterà a compilare correttamente la richiesta di assistenza. È anche possibile telefonare alla Segreteria nazionale AOGOI (tel. 02.29525380) ed esporre a voce il problema.



**legale on-line**  
**M.A.M.M.A. AOGOI**  
 Movement Against Medical Malpractice and Accident  
of Associazione Donne Ginecologi Ospedalieri Italiani



AOGOI

[www.ginecologiaforense.it](http://www.ginecologiaforense.it)

**socio**

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_  
 città \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ sede di lavoro \_\_\_\_\_  
 e-mail \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

**evento**

**tipo**  evento sanitario avverso  atti della magistratura  contenzioso amministrativo  contenzioso amministrativo

discrivere in modo sintetico l'evento per il quale si chiede assistenza

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**descrizione**

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

discrivere in modo sintetico il tipo di assistenza richiesto

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**contatto**  telefono  e-mail  indicare la modalità con cui si preferisce essere contattati  
 fax  mobile

**consenso** Il sottoscritto dichiara di aver preso visione e di accettare integralmente le condizioni generali di finanziamento del servizio di "tutela legale" e sulla rivista dell'Associazione "Gynecology".

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



libri e recensioni



**Nicola Gasparro**

**Manuale del medico dirigente**

*Il profilo professionale tra legge e contratti collettivi*

Pagine: 390  
Prezzo: Euro 39,00  
Il Sole 24 ore, 2006



**Manuale del medico dirigente**  
**Il profilo professionale tra legge e contratti collettivi**

Tutti quelli che come me si devono confrontare per motivi sindacali con le problematiche sanitarie, ma anche coloro che si occupano di sanità dal punto di vista gestionale o giuridico, avranno numerose occasioni per apprezzare i contenuti di queste pagine. Nonostante il taglio colto ed elevato, il volume è adatto per essere letto da tutti i dirigenti medici che operano nel Servizio sanitario, soprattutto da quelli che non si limitano solo a “fare” il quotidiano, ma che vogliono conoscere quali sono i loro diritti e i loro doveri, qual è la “mission” della loro Azienda e del Servizio sanitario. L’Autore, grazie alla sua profonda conoscenza della materia, ha saputo raccogliere tutte le norme che regolano lo stato giuridico del dirigente medico del Servizio sanitario, arricchendole con un commento analitico, così chiaro ed incisivo da rendere comprensibili le

norme più complesse anche a chi, come me, non è un esperto del diritto. Non si tratta quindi solo di un compendio di leggi e decreti, ma di un’opera ricca di contenuti scientificamente proposti e di suggerimenti pratici, atti a facilitare l’applicazione della norma. Queste caratteristiche faranno apprezzare il volume a tutti coloro che vogliono comprendere lo spirito della legge, per poterla interpretare nella maniera più giusta ed applicarla nel modo corretto. Ritengo che questo volume non è fra quelli destinati ad essere riposti senza che si presenti più l’occasione di riprenderli in mano, al contrario, per molti di noi sarà un prezioso compagno da consultare in numerose occasioni. Di questo non posso che complimentarmi con l’Autore e ringraziarlo per il servizio che ha reso a tutti quelli che, come me, avranno l’opportunità di leggere ed apprezzare la sua opera.

**Carmine Gigli**

*Presidente coordinatore Fesmed*

**Michel Odent**

**L’agricoltore e il ginecologo**

*L’industrializzazione della nascita*

Pagine: 132  
Prezzo: Euro 16,00  
Il Leone Verde Edizioni, 2006



www.leoneverde.it

**L’agricoltore e il ginecologo**  
**L’industrializzazione della nascita**

Un nuovo libro in italiano di Michel Odent è un evento che non si può passare sotto silenzio. Il celebre ostetrico e autore di numerose pubblicazioni, l’attento e sensibile studioso di tutto ciò che concerne la nascita – da tutto il periodo gestazionale fino ad almeno il primo anno di vita compiuto – ci offre una serie di considerazioni, tanto importanti quanto fondate su dati poco noti e spesso trascurati. In questo studio il l’Autore francese stabilisce un parallelo, certo inusuale e sconcertante a prima vista, tra la pratica dell’ostetricia-ginecologia nella gestione del parto e lo sviluppo dell’agricoltura e dell’allevamento. Il tutto nel contesto socio-culturale del XX secolo, caratterizzato da uno sviluppo tumultuoso – e per molti versi

indifferente – alle conseguenze delle tecniche industriali. Dunque, quali le ragioni di un simile accostamento? Da quale prospettiva è possibile ravvisare un’utile similitudine tra due figure che non sembrano avere molto in comune? Entrambe le funzioni – direttamente ed esplicitamente vicine a processi biologici – hanno partecipato all’esplosiva innovazione tecnologica che ha marchiato in modo caratteristico il secolo passato. Metodi e tecniche di coltura e allevamento del bestiame, da una parte, e tecniche ostetriche, dall’altra, che – con motivazioni e processi psicologico-sociali simili – si sono gradualmente allontanate dalle leggi di natura. Con la giustificazione dell’affrancamento da una serie di limitazioni, di vincoli e di rischi, nonché spinti dalla cieca fede nel progresso umano, sia l’Agricoltore sia il Ginecologo hanno voltato le spalle alle leggi che governano i processi biologici. Anzi, con l’illusione di poter fare sempre meglio, quanto più si fosse intervenuti con la manipolazione dei vari meccanismi inerenti i processi vitali, si è man mano giunti a disconoscere qualsiasi prospettiva attenta a salvaguardare la dimensione “naturale” dei fenomeni, e a delegittimare qualsiasi punto di vista che invitasse alla cautela e alla prudenza. Da qui i fenomeni eclatanti del morbo della mucca pazza e delle epidemie di afta epizootica. La tecnologia che aveva permesso di effettuare economie ed efficienze nutrendo dei bovini con carne (e quindi trasformandoli in carnivori) alla lunga si è rivelata una catastrofe di proporzioni immani che ha imposto l’abbattimento di centinaia di migliaia di animali. Il mondo

dell’agricoltura e dell’allevamento ha già in qualche modo rivelato i pericoli e i danni che questa ideologia nascondeva, imprevisi e imprevedibili solo per chi non voleva vedere. Che dire allora della moderna gestione del parto, globalmente industrializzata con punte particolarmente clamorose in Paesi come l’Italia e il Brasile? Com’è possibile che le Italiane abbiano una speciale difficoltà a partorire, cosicché devono ricorrere al taglio cesareo in misura 2-4 volte superiore che in altri Paesi europei? Siamo sicuri che privilegiare gli aspetti efficientiali di risparmio di tempo nel periodo di travaglio sia esente da conseguenze per la vita futura del nascituro? Perché disturbare di routine il primo contatto mamma-neonato e generare quindi una serie di problemi la cui soluzione richiede altri interventi del tutto artificiali? Esiste ancora per una donna la possibilità di vivere una gravidanza in modo non patologico? Quali potrebbero essere le conseguenze sociali di questo esperimento tecnologico da cui ormai troppo poche sono le donne che riescono a sottrarsi? Moltissimi i temi affrontati con garbo e convinzione in questo libro, per molti versi innovativo e sorprendente, da parte di colui che ha introdotto innovazioni quali il parto in acqua e le sale parto simili ad ambienti domestici. Lo stile, preciso e naturale, lo rende facilmente accostabile e interessante per un pubblico vasto e in pari tempo apprezzabile dagli specialisti. Sicuramente una lettura consigliata anche a chiunque si interessi di tematiche ecologiche e naturali.



L'A.O.G.O.I. sta conducendo un'indagine relativa alle opinioni dei ginecologi italiani rispetto all'uso di assorbenti per la salute genitale. Tale tema, che può apparire minore, ha tuttavia un interesse pratico, in particolare per la prevenzione delle infezioni vaginali. Infatti alcuni dati suggeriscono come un uso di assorbenti interni possa favorire le infezioni ricorrenti, similmente l'uso di assorbenti sintetici può anch'esso essere associato a fenomeni irritativi ed in ultima analisi favorire episodi infettivi. La partecipazione a questa indagine è quindi importante per avere una "fotografia" delle opinioni dei ginecologi su questo tema

**Indagine sulle opinioni dei ginecologi italiani rispetto ai fattori di rischio per le infezioni genitali della donna ed i consigli utili nella pratica clinica da dare alle donne per prevenire le infezioni e l'uso di assorbenti per la salute genitale**

**Introduzione**

Molti fattori sono associati al rischio di infezione vaginale. Ad esempio, il diabete, la gravidanza, l'uso di antibiotici, favoriscono i cambiamenti dell'ecosistema vaginale, del pH e lo sviluppo di vaginosi batterica. Alcuni studi hanno riportato un rischio di VB aumentato nelle utilizzatrici correnti di CO, mentre i metodi di barriera potrebbero ridurre il rischio. Di interesse dal punto di vista degli aspetti educazionali nei confronti delle donne è il ruolo di errate abitudini igieniche come l'uso eccessivo di lavande. Un ulteriore dato di interesse è la relazione tra uso e jeans/pantaloni stretti indumenti sintetici e rischio di infezioni vaginali.. Tali osservazioni sottolineano il ruolo di abitudini quotidiane come determinanti del rischio di infezioni vaginali. Tra questi le abitudini igieniche come l'uso di lavande interne e l'uso di jeans/pantaloni stretti possono rappresentare fattori di rischio per la

patologia e quindi da ricordare nel "counselling" delle donne rispetto al rischio di infezione vaginale.

**Obiettivo della indagine**

Obiettivo dell'indagine è valutare le opinioni dei ginecologi italiani rispetto ai fattori di rischio per le infezioni genitali della donna ed i consigli utili nella pratica clinica da dare alle donne per prevenire le infezioni e l'uso corretto di assorbenti per la salute genitale.

**Disegno dell'indagine**

Verrà inviato il questionario qui riportato a tutti i ginecologi iscritti all'AOGOI.

**Risultati attesi**

Descrivere le opinioni dei ginecologi italiani rispetto ai fattori di rischio per le infezioni genitali della donna ed i consigli utili nella pratica clinica da dare alle donne per prevenirle e sull'uso corretto di assorbenti per la salute genitale. I risultati dell'indagine verranno divulgati nelle sedi opportune, e se di interesse in riviste nazionali

**Invia il questionario compilato a: A.O.G.O.I. - Via G. Abamonti 1 - 20129 Milano - oppure via fax 02 - 29525521**

**Età:** |\_|\_| **Anno di specializzazione** |\_|\_|\_|\_| **Sesso:** maschio ; femmina

**Attività prevalente:** Privata ; Territoriale ; Ospedaliera

**Il luogo dove svolgi la tua attività ha:** ≤10.000 abitanti ; >10.000 ≤50.000 ; >50.000 <1.000.000 ; >1.000.000

**Mediamente, nel corso di una settimana, quanti pazienti ambulatoriali visiti/vedi?** n. |\_|\_|

**Di questi quanti si presentano per patologia infettiva vulvo-vaginale? (prima diagnosi o controllo)** n. |\_|\_| %|\_|\_|

**1. Nella tua pratica clinica posto a 100 tutte le infezioni vaginali qual è la distribuzione in percentuale delle infezioni sotto indicate nella donne in premenopausa**

• vulvovaginiti batteriche	_ _	<b>Frequenza in %</b>	
• vulvovaginiti da trichomonas	_ _	• vulvovaginiti non specificate	_ _
		• vulvovaginiti da candida	_ _

**2. Nella tua pratica clinica posto a 100 tutte le infezioni vaginali quale è la distribuzione in percentuale delle infezioni sotto indicate nella donne in post menopausa**

• vulvovaginiti batteriche	_ _	<b>Frequenza in %</b>	
• vulvovaginiti da trichomonas	_ _	• vulvovaginiti non specificate	_ _
		• vulvovaginiti da candida	_ _

**3. Nella tua pratica clinica ritieni utile valutare routinariamente il Ph vaginale in donne che riferiscono sintomatologia quali prurito bruciore vaginale o leucorrea**  
no  sì

**4. Tra i fattori sotto elencati quali ritieni più rilevanti come fattore di rischio di infezione vaginale (indicare i due più rilevanti)**

Diabete	<input type="checkbox"/>	Terapia antibiotica nelle settimane precedenti l'infezione	<input type="checkbox"/>
Numero di partner sessuali nei mesi precedenti	<input type="checkbox"/>	Post menopausa	<input type="checkbox"/>
Uso di indumenti stretti	<input type="checkbox"/>	Uso di contraccettivi orali	<input type="checkbox"/>
Uso di assorbenti interni	<input type="checkbox"/>	Uso di IUD	<input type="checkbox"/>
Uso di biancheria intima sintetica	<input type="checkbox"/>		

**5. Tra quelli sotto elencati quali consigli comunemente dai alle tue pazienti per prevenire le infezioni vaginali (indicare tutti i consigli effettivamente dati)**

usare sempre il preservativo	<input type="checkbox"/>	non far uso di lavande interne	<input type="checkbox"/>
non indossare pantaloni stretti	<input type="checkbox"/>	altro (specificare)	<input type="checkbox"/>
non indossare biancheria intima sintetica	<input type="checkbox"/>	.....	

**6. Nella tua pratica clinica indaghi generalmente le abitudini della donna rispetto all'uso di assorbenti?**  
no  sì

**Se no perché?**

Imbarazzo da parte della donna	<input type="checkbox"/>	Altro	<input type="checkbox"/>
Non lo ritieni importante dal punto di vista clinico	<input type="checkbox"/>	.....	

**7. Nella tua pratica clinica consigli la donna rispetto all'uso di particolari assorbenti?**  
no  sì

**Se no perché?**

Imbarazzo da parte della donna	<input type="checkbox"/>	Altro	<input type="checkbox"/>
Non lo ritieni importante dal punto di vista clinico	<input type="checkbox"/>	.....	

**Se sì cosa consigli? (è possibile più di una risposta)**

Utilizzo di assorbenti interni	<input type="checkbox"/>	Utilizzo di assorbenti di cotone	<input type="checkbox"/>
Utilizzo di assorbenti esterni	<input type="checkbox"/>	Utilizzo di assorbenti sintetici	<input type="checkbox"/>

**8. Nella tua pratica clinica è di comune riscontro la presenza di vulviti allergiche?**  
no  sì

Se sì su cento donne da te osservate quante riportano vulviti allergiche? /\_/\_/

**9. L'uso di assorbenti è associato nella tua pratica clinica alla presenza di vulviti allergiche?**  
no  sì

Se sì ritieni che l'uso di assorbenti di cotone riduca la frequenza di vulviti allergiche rispetto all'uso di assorbenti sintetici? no  sì

**10. Nella tua pratica clinica consigli la donna rispetto all'uso di particolari assorbenti per il problema delle allergie vulvari?**  
no  sì

**Se sì cosa consigli? (è possibile più di una risposta)**

Utilizzo di assorbenti interni	<input type="checkbox"/>	Utilizzo di assorbenti di cotone	<input type="checkbox"/>
Utilizzo di assorbenti esterni	<input type="checkbox"/>	Utilizzo di assorbenti sintetici	<input type="checkbox"/>





convegni e corsi

convegni 2006

## 9 settembre

**Codroipo (Ud)**  
**LA VIOLENZA SESSUALE E IL RUOLO DEL GINECOLOGO**

Crediti: 3  
Segreteria organizzativa  
The office s.r.l.  
Via San Nicolò 14 - 34121 Trieste  
Tel.: 040-368343 Fax: 040-368808  
theoffice@theoffice.it

## 13-15 settembre

**Iseo (Bs)**  
**CORSO TEORICO-PRATICO DI ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA ED OPERATIVA**

**Segreteria organizzativa**  
Centro Congressi Giovanni XXIII  
Viale Papa Giovanni XXIII 106  
24121 Bergamo  
Tel. 035.236435  
Fax 035.236474  
infocon@congresscenter.bg.it

## 18-21 settembre

**Acquaviva delle Fonti (Ba)**  
**CORSO TEORICO-PRATICO DI ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA ED OPERATIVA**

Segreteria organizzativa  
Ospedale Generale Regionale Miulli  
70021 Acquaviva delle Fonti (BA)  
Tel. 080.761822  
ecm.miulli@libero.it

## 21-22 settembre

**Bassano del Grappa (Vi)**  
**ATTUALITÀ NELL'INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO DEI SANGUINAMENTI UTERINI ANOMALI (A.U.B.)**

Segreteria organizzativa  
Bluevents Srl  
Via I. Bodio 57 - 00191 Roma  
Tel.: 06-36304489 Fax: 06 - 97276290  
info@bluevents.it

## 22-23 settembre

**CONTROVERSIE E INNOVAZIONI NELLE PATOLOGIE DELLA SFERA GENITALE FEMMINILE: MAMMELLA ED OVAIO**

Segreteria organizzativa  
Ellerrecenter  
Via Salvatore Mattaresse 47/G - 70124 Bari  
Tel.: 080 - 5045353 Fax: 080 - 5045362  
ellerre@ellerrecenter.it

## 22-23 settembre

**Casale Monferrato (Al)**  
**22-24 II° CORSO BASE TEORICO PRATICO DI LAPAROSCOPIA GINECOLOGICA**

Segreteria organizzativa  
EM Studio  
Tel.: Fax: 011-3091252  
info@alternative-pola.it

## 23 settembre

**Vicenza**  
**RESPONSABILITÀ CIVILE E PENALE DELL'OSTETRICO GINECOLOGO**

Segreteria organizzativa  
GPM-DNA Srl  
Tel.: 0444 - 323777  
Fax: 0444 - 547415  
formazione@gpmdna.com

## 23-27 settembre

**Brescia**  
**XV CONGRESSO NAZIONALE SIEOG**

Segreteria organizzativa  
SPic.  
Via Costalunga 14 - 25123 Brescia  
Tel. 030.382336 Fax 030.382653  
congressi@essepistudio.it

## 28-30 settembre

**Modena**  
**LA NORMALE COMPLESSITÀ DEL VENIRE AL MONDO: INCONTRO TRA SCIENZE MEDICHE E SCIENZE UMANE**

Segreteria organizzativa  
Planning Congressi  
Via S. Stefano 97 40125 Bologna  
Tel. 051.300100 Fax 051.309477  
info.planning@planning.it

## 1°-4 ottobre

**Roma**  
**82° CONGRESSO NAZIONALE SIGO 47° CONGRESSO A.O.G.O.I. 14° CONGRESSO A.G.U.I.**

G & G Congressi  
Via Giovanni Squarcina 3  
00143 Roma  
Tel. 06.5043441 Fax 06.5033071  
congressi@gegcongressi.com

## 6-7 ottobre

**Napoli**  
**LA STATICA DEL PAVIMENTO PELVICO E L'INCONTINENZA URINARIA FEMMINILE**

Segreteria organizzativa  
Sirene Eventi Srl  
Via San Nicola 4 - 80067 Sorrento  
Tel.: 081 - 8770604 Fax: 081 - 8770258

info@sireneeventi.it

## 7 ottobre

**Firenze**  
**5° CONVEGNO SEZ. TOSCANA SICPCV IN PATOLOGIA CERVICO VAGINALE**

Segreteria organizzativa  
Quid Communications Srl  
Via Vanini 5 - 50129 Firenze  
Tel.: 055 - 4633701 Fax: 055 - 4633698  
info@quidcom.com

## 12-14 ottobre

**Vipiteno (BZ)**  
**L'EVOLUZIONE DELL'OSTETRICIA MODERNA: CONFRONTO TRA REALTÀ EUROPEE**

Segreteria organizzativa  
Studio Nord Intercongress  
Via Leonardo da Vinci 1 A - 39100 Bolzano  
Tel/Fax 0471 - 980089  
internord@dnet.it

## 13-14 ottobre

**Pavia**  
**HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT: EVOLUZIONE E DIFFUSIONE IN ITALIA**

Segreteria organizzativa  
Pragma Congressi Srl  
Corso Mazzini 9 - 27100 Pavia  
Tel.: 0382 - 309579 Fax: 0382 - 304892  
congressi3@pragmacongressi.it

## 17-20 ottobre

**Cantù (CO)**  
**CORSO DI CHIRURGIA VAGINALE E RICOSTRUTTIVA DEL PAVIMENTO PELVICO**

Segreteria organizzativa  
Ospedale S. Anna di Como  
Via Napoleona 60 - 22100 Como  
Tel.: 031 - 5854375 Fax: 031 - 5854163  
formazione.como@hsacomo.org

## 21 ottobre

**Bologna**  
**1° CORSO TEORICO-PRATICO DI ECOGRAFIA TRIDIMENSIONALE IN GINECOLOGIA**

Segreteria organizzativa  
Noema s.r.l.  
Via Orefici 4 - 40124 Bologna  
Tel. 051.230385 Fax 051.221894  
info@noemacongressi.it

## 21-24 ottobre

**Milano**

**XXI CORSO DI ENDOCRINOLOGIA GINECOLOGICA E DELLA RIPRODUZIONE**

Segreteria organizzativa  
Fondazione Confalonieri Ragonese  
Via G. Abamonti 1 - 20129 Milano  
Tel.: 02/29525380 Fax:  
02/29525521  
aogoi@aogoi.it

## 4 novembre

**Ascoli Piceno**  
**IL RISCHIO LEGALE DEGLI OPERATORI SANITARI**

Segreteria organizzativa  
Etrusca Convention  
Via Bonciario 6/D - 06123 Perugia  
Tel.: 075/5722232 Fax:  
075/5722232  
etruscaconv@libero.it

## 5-10 novembre

**Kuala Lumpur, Malaysia**  
**XVIII FIGO WORLD CONGRESS OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS**

Segreteria organizzativa  
AOS Conventos & Events SDN BHD  
39 & 40 Jalan Mamanda 9 00000 Kuala Lumpur - Malaysia  
Tel. +60342529100  
Fax +60342571133

## 9-10 novembre

**Torino**  
**L'ECOGRAFIA FUNZIONALE PELVI-PERINEALE**

Segreteria organizzativa  
Euro Conventions  
Via Torricella  
29100 Piacenza  
Tel. 0523.335732 Fax  
0523.334997  
info@euroconventions.it

## 13-14 novembre

**Grosseto**  
**CORSO AVANZATO DI NEUROSONOLOGIA FETALE**

Segreteria organizzativa  
ACROSS  
Viale Matteotti 18 - 58100 Grosseto  
Tel. 0564.27444 Fax 0564.28855  
across.grosseto@tiscali.it

## 16-17 novembre

**Milano**  
**10 ANNI DI SOCCORSO VIOLENZA SESSUALE: COSA È CAMBIATO?**

Segreteria organizzativa  
Up Service Srl Via Madonna 63 - 20017 Rho (Mi)  
Tel 02.93502140 - Fax



segue dalla prima

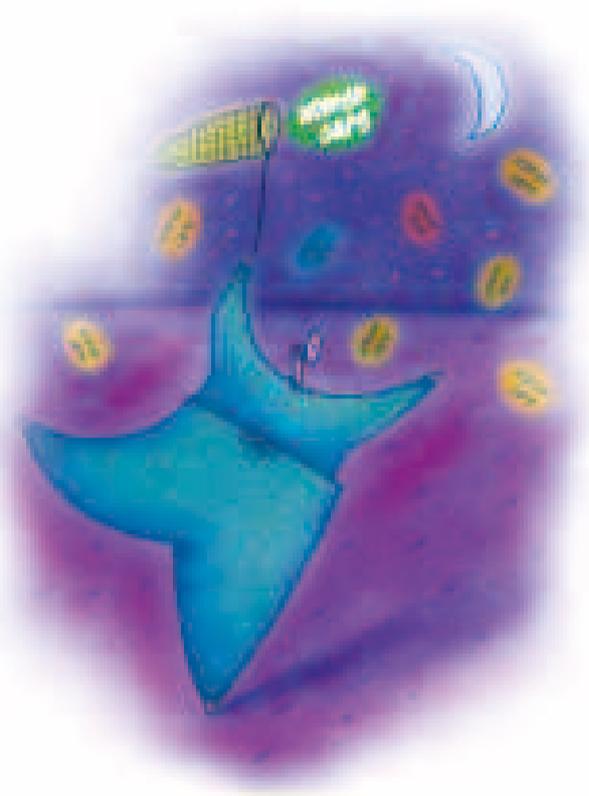
esigenze di educare donne e uomini alla genitorialità e anche la volontà di risolvere in positivo le attuali differenze territoriali, magari promuovendo e diffondendo le migliori esperienze che qua e là nel Paese sono state già realizzate.

Mi sembra che questa iniziativa possa darci rinnovata energia nell'affrontare le nostre giornate congressuali, sui delicati temi di frontiera che abbiamo deciso di trattare nel dibattito scientifico: le nuove tecnologie, il peso dell'inquinamento ambientale sulla salute delle donne, le novità in materia di Pma, le prospettive della Tos, la diagnosi prenatale.

Poter contare su un clima culturale attento ai problemi della salute riproduttiva rende meno arduo affrontare anche le scelte difficili che la scienza moderna pone a tutti noi.

E certamente questo ci aiuterà anche nella discussione sui nodi dell'organizzazione professionale, dal risk management, alla formazione continua, al tema della comunicazione tra medico e paziente.

Infine, una considerazione che mi sembra obbligatoria: non dimentichiamo la salute della donna negli anni successivi alla sua vita riproduttiva. Noi sappiamo bene quanto oggi questa sfera sia sempre più



importante, visto il generale protrarsi della vita media della popolazione. Per questo il nostro Progetto Menopausa Italia avrà un ruolo di primo piano nell'assise congressuale e ci proponiamo di sottoporre i risultati ai nostri interlocutori politici, a cominciare dalla ministra Livia Turco, perché ci sembra che possano essere un valido strumento per costruire una campagna informativa e di interventi rivolta ai medici di base e alle stesse donne. Noi, gli specialisti della salute delle donne, mettiamo a disposizione le nostre conoscenze per realizzare tutti insieme un grande obiettivo di civiltà e di salute.

Carlo Sbiroli

 <p><b>ORGANO UFFICIALE DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI</b></p> <p><b>PRESIDENTE</b> Carlo Sbiroli <b>DIRETTORE SCIENTIFICO</b> Felice Repetti <b>COMITATO SCIENTIFICO</b> Giovanni Brigato Antonio Chiantera Valeria Dubini</p>	<p><b>DIRETTORE RESPONSABILE</b> Eva Antoniotti</p> <p><b>PUBBLICITÀ</b> Publiem srl Centro Direzionale Colleoni Palazzo Perseo 10 20041 Agrate (Milano) Tel. 039/6899791 - Fax 039/6899792</p> <p><b>EDITORE</b>  <b>Health Communication srl</b> Edizioni e servizi di interesse sanitario 00147 Roma Via Vittore Carpaccio, 18 Testata associata <b>ANES</b></p>	<p><b>STAMPA</b> Tecnostampa srl Via Le Brece 60025 Loreto (Ancona) <b>ABBONAMENTI</b> Anno: € 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: luglio 2006 Tiratura 5.000 copie</p>
--	--	--

corsi 2006

### SCUOLA DI PERFEZIONAMENTO POST-UNIVERSITARIO IN CHIRURGIA PELVICA

**A.O.R.N. "A. Cardarelli"**  
**Centro di Biotecnologie Napoli**

### CORSI DI CHIRURGIA SU MODELLO ANIMALE

#### Descrizione dei corsi

Le quattro giornate saranno incentrate prevalentemente sull'attività chirurgica eseguita direttamente dai discenti, assistiti da tutor, su suini in narcosi. Per sviluppare un percorso didattico personalizzato gli interventi chirurgici avranno una progressione, in termini di complessità, adattata ai singoli operatori. Scopo formativo dei Corsi è im-

plementare la manualità chirurgica e le conoscenze scientifiche dei discenti non solo in chirurgia ma anche nella gestione delle complicanze e nella manipolazione chirurgica di organi diversi da quelli riproduttivi.

**Corsi di chirurgia laparotomica in ginecologia su modello animale**  
• 22-25 ottobre 2006  
• 10-13 dicembre 2006

#### Argomenti dei corsi

- Anatomia chirurgica della pelvi femminile
- Elementi di base della 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

**Corsi di chirurgia laparoscopica in ginecologia su modello animale**  
**24-27 settembre 2006**  
**26-29 novembre 2006**

#### Argomenti dei corsi

- 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,

- linfoadenectomia, dissezione ureterale, nefrectomia
- Management laparoscopico delle urgenze ginecologiche
- Management della complicanze intestinali, urologiche, vascolari

La partecipazione ad ogni Corso è limitata a 10 iscritti. La quota di partecipazione ad ogni Corso è di € 2.000,00 + Iva e comprende: Iscrizione al Corso, Pernottamento in albergo con prima colazione, Materiale didattico, Coffee break, Colazioni di lavoro, cene

#### Segreteria Organizzativa

A.O.G.O.I. – Via G. Abamonti 1  
20129 Milano  
Tel. 02.29525380  
Fax 02.29525521  
e-mail: aogoi@aogoi.it

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 fastidiosi periti. 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.

Nota 1. Relazione di efficacia di un gel inteso il tipo di eccitamento del sistema della vagina: stati prelievi, Phacit? Soluzione della fertilità e gravidanza di un gel lubrificante inteso la vagina, inoltre nel ciclo. Fasi.



# Monuril®

J01XX  
Fosfomicina trometamolo

