

editoriale

Nuovo giornale, stessa mission

Carlo Sbiroli

Gyneco cambia volto insieme ad una professione in continua evoluzione sempre a fianco del paziente

Con questo numero il nostro giornale cambia volto. Nuovo formato, nuova grafica, nuove sezioni e rubriche. Uno sforzo importante che ha coinvolto i vertici dell'associazione insieme ai colleghi da sempre impegnati nell'attività di informazione e aggiornamento dell'Aogoi.

Una trasformazione dettata da diversi fattori. Certamente quelli propri di un prodotto editoriale e quindi l'esigenza avvertita di una migliore leggibilità, di una più netta definizione delle varie sezioni, di una generale rivisitazione grafica a partire dal formato, dal colore e dall'uso di immagini. Ma queste motivazioni, seppur importanti, non sono le sole ad averci spinto al cambiamento. Le novità scientifiche e tecnologiche che investono la professione medica, e segnatamente quella del ginecologo, sono sempre più numerose, così come si fanno più frequenti le problematiche etiche che intervengono nell'esercizio professionale. A ciò si aggiunge la valenza crescente per la professione di temi quali l'organizzazione del lavoro, il governo clinico e in generale il management sanitario, divenuti componenti ormai inscindibili della professione medica soprattutto per chi opera all'interno del Ssn.

Ecco, è in queste trasformazioni del nostro essere medici e ginecologi, oggi, che abbiamo trovato gli stimoli giusti per compiere questo ulteriore sforzo sul fronte della comunicazione e del confronto con i nostri associati ed anche con quei selezionati decision makers del mondo sanitario anch'essi destinatari della nostra rivista.

012005

ATTUALITÀ
Incontro con Romano Forleo per parlare del suo primo romanzo "L'altro amore". All'amico e collega abbiamo chiesto cosa l'abbia spinto a scrivere questa storia particolare

PRIMO PIANO
Donne e salute

FOCUS ON
Mortalità materna:
una realtà nascosta

segue a pag 4

La salute delle donne è cambiata anche perché è cambiato il loro ruolo sociale.

Oggi la donna è “overcommitted”: si confronta cioè con un numero di impegni maggiore rispetto a quelli che è in grado di gestire. Molte donne devono fare i conti con la fretta, una maggiore ansia e stress. I disturbi psichiatrici sono in netta prevalenza femminili e le malattie cardiocircolatorie sono diventate la prima causa di morte per le donne

di Laura Pellegrini

Womens Health Specialist, OWH

L'attuale sistema di assistenza sanitaria discrimina le donne? Ad onor del vero non si può dire. Vi sono, però, diversi fattori che determinano uno stato di sostanziale svantaggio delle donne in tema di tutela della salute.

Un documento dell'OMS (Dipartimento per la salute della donna) su Gender and Health evidenzia l'importanza e la complessità del tema della diversità femminile, sottolineandone la ancora sostanziale misconoscenza e sottovalutazione. Il corso naturale delle malattie – afferma il documento – può essere diverso nell'uomo e nella donna; l'uomo e la donna stessi spesso rispondono diversamente alle malattie: d'altro canto, l'intera società può rispondere diversamente all'uomo malato e alla donna malata. L'uomo e la donna possono, poi, rispondere essi stessi diversamente al trattamento, avere diversi accessi ai servizi sanitari ed infine essere trattati diversamente dagli operatori sanitari.

Il documento evidenzia anche la presenza di rilevanti pregiudizi nella ricerca medica, recitando testualmente: “Sempre più, oggi, appare evidente che la ricerca medica è sempre stata condizionata dal genere. Gli argomenti scelti, i metodi utilizzati e la successiva analisi dei dati riflettono una prospettiva maschile in più sensi (...). Il pregiudizio di genere è evidente non solo nella scelta dei temi, ma anche nel disegno di molte ricerche. Nei casi in cui le stesse malattie colpiscono uomini e donne,

Le donne sono più esposte ad alcune patologie, sono curate meno bene e, molto spesso, con farmaci non sperimentati direttamente su di loro



Una salute a misura di donna

molti ricercatori hanno ignorato le possibili differenze tra i sessi per quanto riguarda gli indicatori diagnostici, i sintomi, le prognosi e l'efficacia relativa di trattamenti differenti (...). Fin quando i ricercatori considereranno gli uomini come la norma, la cura medica offerta alle donne continuerà ad essere compromessa”.

Risultato: le donne sono più esposte ad alcune patologie, sono curate meno bene e, molto spesso, con farmaci non sperimentati direttamente su di loro.

Il documento dell'OMS sottolinea anche, come esempio di un possibile nuovo corso – sul quale è bene invitare a riflettere le istituzioni, le società scientifiche, l'industria farmaceutica e le associazioni di cittadini – che il Governo degli Stati Uniti (la storia del movimento per lo sviluppo di linee guida sulla conduzione di studi clinici gender oriented è sostanzialmente una storia americana) ha

creato un ufficio per la salute delle donne (Office of Women's Health - OWH), affinché la ricerca medica sia impostata tenendo conto dei loro bisogni: “Il compito dell'OWH è quello di garantire che venga effettuato un numero adeguato di ricerche di alto livello su malattie, disturbi e condizioni che si presentano unicamente, con maggior prevalenza o in modo decisamente più serio, nelle donne, oppure per le quali si rilevino fattori di rischio e interventi differenti fra uomini e donne.... È bene stabilire che tutti i progetti finanziati dal Governo federale includano nei loro campioni sia uomini che donne in numero adeguato al problema da indagare...”. Non vi è dubbio, in proposito, che una efficace politica di promozione della salute di uomini e donne debba disporre, oltre che di dati sulla prevalenza di malattie e disturbi nei due sessi, anche di informazioni sulla loro realtà di vita, sui diversi ruoli lavorativi, la diversa esposizione a rischi per la salute, sulle preferenze nel ricorso ai servizi sanitari (medicina di base o specialistica, servizi territoriali o ospedalieri) e su quali sono le cause che determinano le diverse scelte.



Più di recente, il report annuale dello IOM (Institute of Medicine) su Understanding the Biology of Sex and Gender Differences ha rilevato, nelle proprie conclusioni, che la differenza di genere apre interrogativi su molte problematiche che finora non sono state neppure immaginate. La salute delle donne è cambiata anche perché è cambiato il loro ruolo sociale. Oggi la donna è *overcommitted*: si confronta, cioè, con un carico di impegni maggiore rispetto a quelli che è in grado di gestire. Molte donne devono fare i conti con la fretta, con una maggiore ansia, un aumento dello stress e i disturbi correlati. I disturbi psichiatrici sono in netta prevalenza femminili e le malattie cardiocircolatorie sono diventate la prima causa di morte per le donne.

Il detto comune per cui l'infarto era definito *the widow maker disease* (la malattia che rende vedove), oggi non vale più. Adottare in campo medico una prospettiva di genere e ridisegnare la ricerca come strumento di conoscenza che è alla base delle politiche sanitarie, è quindi una necessità e un passo fondamentale per pensare ad una salute anche a misura di donna.

Bisogna partire, al riguardo, dalla considerazione che, storicamente, per lo sviluppo di studi clinici di primo impiego di nuovi farmaci, sono stati reclutati esclusivamente soggetti adulti di sesso maschile e ciò è stato a lungo giustificato con le seguenti argomentazioni: a) difficoltà di reclutamento e di mantenimento delle donne nei trial clinici; b) preoccupazioni circa le interferenze indotte dalle fisiologiche variazioni ormonali sull'effetto delle sostanze farmacologiche; c) desiderio di non esporre a rischi di tossicità o a danni fetali, donne potenzialmente fertili o in gravidanza; d) maggiore complessità e costi della sperimentazione. Soprattutto per effetto degli ultimi due punti, le donne in età fertile e le gestanti sono state pressoché sistematicamente escluse

Nella foto



se dai trial clinici in tutti i Paesi del mondo. Non si hanno, perciò, informazioni direttamente rilevabili da studi precoci su tossicità, dosaggi, interazioni ecc., relative specificamente al sesso femminile, e, data la non disaggregazione dei dati per sesso, anche all'interno di studi clinici a cui le donne partecipano in misura sufficiente, sfuggono completamente le effettive caratteristiche di efficacia, tempi, modi e insorgenza di effetti avversi nella pratica clinica, che caratterizzano frequentemente risposte differenti nei due sessi. È, invece, sicuramente necessario riconoscere le differenze *gender related*, negli effetti generali indotti dai farmaci, in particolare in relazione a dosaggi, verifiche di adeguatezza delle prescrizioni, identificazione dei rischi di eventi avversi propri delle donne. Un gruppo di lavoro è stato di recente costituito presso l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR), per elaborare raccomandazioni sulla conduzione di studi farmacologici *gender related*, che perseguono:

1. la promozione di studi clinici che assumano la diversità di genere come impostazione culturale e scientifica;
2. l'individuazione e rimozione degli ostacoli all'inclusione delle donne nei trial clinici nelle situazioni clinicamente rilevanti;
3. il miglioramento delle condizioni di sicurezza di impiego dei farmaci nelle donne, comprese le donne fertili e quelle in gravidanza. Da ultimo va ricordato che già nel 1986, per primo, il National Institute of Health (NIH) degli Stati Uniti, ha adottato misure per favorire l'inclusione delle donne negli studi clinici; nel 1993, la mobilitazione delle donne (sia delle associazioni femministe che le donne delle professioni mediche) ha indotto un profondo cambiamento di opinione nel Congresso degli Stati Uniti.

Più di recente, l'FDA (Women's participation in clinical trial del CDER), ha affrontato il tema della valutazione dei casi in cui sono evidenziate differenze *gender related* e dei casi in cui le differenze osservate sono state inserite nei fogli illustrativi dei farmaci. Su queste problematiche l'Unione Europea, da cui discendono le disposizioni relative alle norme da seguire per le sperimentazioni cliniche e lo sviluppo di nuovi farmaci, non ha finora manifestato una particolare attenzione. In concreto manca una specifica normativa europea finalizzata alla considerazione della differenza di genere nello svolgimento delle sperimentazioni cliniche, laddove esistono, invece, indirizzi volti a ridurre altre disparità (due linee guida europee riguardano l'età pediatrica e l'anziano). Da queste considerazioni emerge, quindi, che bisogna fare uno sforzo congiunto e definitivo per uscire dalla prospettiva che gli autori o, meglio, le autrici americane hanno chiamato della



bikini view, cioè dell'attenzione alla salute della donna sostanzialmente focalizzata sulla salute del seno e sulla biologia e fisiopatologia dell'utero e dell'ovaio, per dedicarsi, invece, a tutte le fasi che attraversano la vita della donna, da quella prenatale fino alle fragilità della vecchiaia. È da considerare indispensabile la conoscenza sia degli aspetti genetici e biologici, sia di quelli ambientali in senso lato (culturali, economici e sociali) nella determinazione di come le malattie nascono, si sviluppano e si diffondono e di come i farmaci di conseguenza agiscono. Un'attenzione, insomma, focalizzata alla donna nella sua completezza e complessità anatomica, biologica, psicologica e sociale.

L'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali ha dedicato al tema della salute femminile uno speciale apparso sul n. 12 del suo bimestrale "Monitor", consultabile sul sito www.assr.it

segue dalla prima

Nuovo giornale, stessa mission

Da qui la decisione di ampliare lo spazio dedicato ai grandi dibattiti sull'evoluzione della professione medica, nonché sulle trasformazioni in atto nella sanità italiana, a partire dalla crescita di ruolo delle istituzioni regionali, che richiede una maggiore attenzione a questi luoghi decisionali.

Mi auguro che il nuovo giornale vi piaccia e che, in ogni caso, sia di stimolo a tutti per crescere nella coscienza di una professione che cambia, si evolve e si trasforma, tenendo sempre ferme quell'attenzione e quella dedizione al paziente che restano la nostra unica vera grande missione.

Carlo Sbiroli

Il problema della mortalità materna è sempre stato sottostimato e finanche esorcizzato nel nostro Paese. Un'indagine "confidenziale" condotta in Lombardia rivela come le dimensioni del fenomeno siano maggiori di quanto generalmente si pensi. È necessario perciò indagare a fondo sulle reali dimensioni e le cause, per ridurre l'incidenza e migliorare la qualità dell'assistenza all'evento nascita. I contributi di questo speciale sono tratti dai lavori della sessione che il Congresso regionale Aogoi Lombardia, svoltosi l'anno scorso a Bergamo, ha dedicato a questo tema

Affrontare il problema della mortalità materna



Claudio Crescini

Virgilio Meregalli

INTRODUZIONE

Il problema della mortalità materna in Italia tende ad essere da una parte sottostimato e dall'altra scotomizzato. Gli eventi riconosciuti sono prevalentemente quelli che avvengono durante un ricovero ospedaliero in gravidanza o durante il parto, mentre quelli che accadono a domicilio, soprattutto dopo la dimissione dal parto, sono spesso ignorati. Quando l'evento è riconosciuto diviene una notizia giornalistica nell'ambito della malasanità ed i medici coinvolti divengono oggetto di indagini giudiziarie. Per questo motivo in Italia, a differenza del Regno Unito, dove

da oltre 50 anni l'argomento della mortalità materna viene affrontato con pragmatismo e metodo scientifico, il problema è sempre stato esorcizzato. Eppure i dati confidenziali raccolti in Lombardia da Virgilio Meregalli dimostrano non solo come il problema esista, ma che la dimensione è sicuramente superiore a quella che noi pensiamo.

Abbiamo bisogno di conoscere le reali dimensioni del problema e le sue cause che frequentemente sono legate a carenze organizzative più che ad errori medici, per ridurre l'incidenza e per migliorare la qualità della nostra assistenza all'evento nascita. Per comin-

ciare ad affrontare in modo più civile questo capitolo così drammatico che vede, da una parte, uno o più orfani ed un vedovo e, dall'altra, uno o più medici spesso incolpevoli, tutti abbandonati nelle mani di un sistema legale ed assicurativo colpevolizzante, la regione Lombardia nel piano sociosanitario del 2002-2004 ha previsto l'istituzione di un registro della mortalità materna regionale che vedrà la luce nei prossimi mesi.

Per contribuire alla realizzazione di questo progetto, ed ispirandosi al Confidential Enquiry into Maternal and Child Health che ha visto pubblicare nel novembre 2004 il suo sesto rapporto, l'AOGOI Lombardia ha dedicato al tema della mortalità materna una intera sessione del congresso regionale che si è svolto a Bergamo nel novembre 2004. Questa sessione è stata coordinata da Antonio Ragusa e moderata da Mauro Buscaglia che è stato il primo, con una pubblicazione sugli Annali nel lontano 1976 ed altri lavori successivi, ad occuparsi dell'argomento e da Nicola Natale. La sessione ha visto il contributo di numerosi colleghi, tra cui Donatella Lissoni che da anni svolge la propria attività per il Confidential Enquiry inglese, e ai quali vanno i nostri più sentiti ringraziamenti. Grazie quindi alla loro disponibilità ed impegno mettiamo a disposizione dei soci AOGOI il testo di alcune relazioni, qui di seguito pubblicate, con l'augurio che analoghe, iniziative possano essere prese nelle altre Regioni Italiane.

GYNECO

ORGANO UFFICIALE
DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI
GINECOLOGI OSPEDALIERI
ITALIANI

PRESIDENTE
Carlo Sbiroli
DIRETTORE SCIENTIFICO
Felice Repetti
COMITATO SCIENTIFICO
Giovanni Brigato
Antonio Chiantera
Valeria Dubini
DIRETTORE RESPONSABILE
Cesare Fassari

COORDINAMENTO
REDAZIONALE
Arianna Alberti
email: redazione@ihg.it
PUBBLICITÀ
Publiem srl
Centro Direzionale Colleoni
Palazzo Perseo 10
20041 Agrate (Milano)
Tel. 039/6899791- Fax 039/6899792

EDITORE

IEP

ITALPROMO ESIS PUBLISHING
00147 Roma
Via Vittore Carpaccio, 18
Tel. 06.5729981
Fax 06.57285070

Testata associata

ANES

PROGETTO GRAFICO

Glancarlo D'Orsi

STAMPA

Tecnostampa srl

Via Le Brece

60025 Loreto (Ancona)

ABBONAMENTI

Annuo: € 26

Prezzo singola copia: € 4

Reg. Trib. di Milano del 22.01.1991 n. 33
Poste Italiane spa - Sped. in abb. postale
D.L. 353/2003 (Conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
Art. 1, comma 1, DCB Ancona

Finito di stampare: aprile 2005
Tiratura 5.000 copie



Antonio Ragusa
 Presidente Nazionale
 Società Italiana Ginecologia e Ostetricia

Perché le madri muoiono?

529.000 donne muoiono ogni anno nel mondo per complicanze della gravidanza e del parto (*WHO, UNICEF and UNFPA estimates 2000*), il che equivale ad una morte materna/minuto. Meno dell'1% di queste morti avvengono nei paesi "sviluppati".

La notevole differenza tra queste due cifre permette di capire che si tratta di due problemi molto diversi.

Le cause, i meccanismi patogenetici sottesi e le possibilità d'intervento sono molto differenti nei due casi

Concentreremo qui sui paesi "sviluppati", cioè su quell'uno per cento della mortalità materna mondiale e sulle modalità da adottare per ridurre la prevalenza di questo tragico e luttuoso evento.

Innanzitutto alcune noiose, ma indispensabili, definizioni:

- Il tasso di mortalità materna è rappresentato dal numero di morti materne che avvengono in un dato anno durante la gravidanza, comunque esitata e indipendentemente dalla sua durata o entro quarantadue giorni dal parto per 100.000 nascite avute nello stesso periodo. Non tenendo conto della causa che ha determinato il decesso.
- Un altro indicatore di mortalità materna è il numero di morti che avvengono durante la gravidanza o entro un anno dal termine della gravidanza, sempre per 100.000 nati. È evidente che quest'ultimo indicatore è il più difficile da ottenere. (Sono escluse da questi computi le morti accidentali e quelle causate da incidenti non correlati alla gestazione).

Le morti materne possono essere classificate in:

- **Dirette:** morti che risultano da complicazioni dello stato di gravidanza (gravidanza, travaglio e puerperio); possono dipendere da interventi, omissioni, trattamenti scorretti o da una catena d'eventi che origina dai motivi sopra elencati.
- **Indirette:** morti che derivano dalla presenza di malattie precedenti o da malattie sviluppatasi durante la gravidanza, che non sono determinate da cause ostetriche dirette, ma che sono aggravate dagli effetti fisiologici della gravidanza.
- **Tardive:** morti che avvengono tra 42 giorni e un anno dopo la gravidanza, il parto o l'aborto e sono

determinate da cause dirette o indirette.

- **Coincidenti:** morti determinate da cause non correlate con la gravidanza, l'aborto e il puerperio, ma che avvengono durante la gravidanza o il puerperio.
- Un'altra distinzione che sarà opportuno fare sulla base di un'attenta revisione del caso è quella fra morti inevitabili e quelle potenzialmente evitabili. Per ridurre la mortalità materna dobbiamo conoscerla e per conoscerla dobbiamo rispondere alle seguenti domande concernenti le donne morte in gravidanza:

1. Quante sono?
2. Chi sono?
3. Perché sono morte?
4. La morte era evitabile?
5. Cosa possiamo fare affinché non si ripeta?

Noi sappiamo che le nazioni si situano in una delle seguenti quattro categorie:

1. Quelle con un sistema di registro civile completo e con una buona efficacia nell'attribuzione delle cause di morte
2. Quelle con il registro civile relativamente completo, in termini di numero di nascite e di morti, ma dove la causa della morte non è classificata adeguatamente
3. Quelle senza alcun sistema affidabile di registro civile delle morti materne
4. Quelle con le valutazioni di mortalità materna basate sulle indagini famigliari, solitamente usando i metodi diretti o indiretti delle *sisterhood*.

I metodi per ottenere informazioni sulla mortalità materna sono i seguenti:

- Vital registration (Registrazione della natimortalità-SDO, scheda di morte ISTAT)

- RAMOS (Reproductive Age Mortality Surveys)
- Household surveys (usando stima diretta)
- Sisterhood Method (usando stima indiretta)
- WHO/UNICEF estimates (Stime approssimative)
- Verbal autopsy (autopsie)
- Census (censimenti)
- Reviews (indagini sulle morti materne).

Tuttavia anche nei paesi con un sistema di registro civile completo e con una buona efficacia nell'attribuzione delle cause di morte, come l'Italia, solo l'ultimo metodo (Reviews sulle morti materne) ha dimostrato un'efficacia significativa nel ridurre la mortalità materna (1); perciò la nostra proposta si concentrerà sull'integrazione di questo tipo d'approccio (review) con la registrazione della natimortalità (scheda ISTAT).

Rispondere alla prima domanda - **Quante sono?** - significa conoscere con precisione il numero delle morti materne e questo è molto più difficile di quanto verrebbe da pensare. Anche in paesi come la Francia (2), l'Olanda (3), l'Austria (4), la Finlandia (5) e gli Stati Uniti (6-7), che possiedono un buon sistema di registrazione, quando si confronta il sistema di registrazione routinario (l'analogo della nostra rilevazione ISTAT) con l'effettuazione di una review, si scopre invariabilmente che la mortalità materna è sempre sottostimata, con percentuali di sottostima che oscillano tra il 26% e il 60%. Ma perché è difficile misurare la mortalità materna? Ci sono vari problemi:

- La frequenza della mortalità materna è bassa
- Le correlazioni con i problemi della gravidanza è spesso trascurata
- Le morti materne sono spesso classificate in modo errato (8).



La risposta alla seconda domanda - **Chi sono?** - è altrettanto importante della prima. Il “core” di ogni sistema di monitoraggio delle disuguaglianze nella salute deve essere fondato sui registri di mortalità per causa e su indagini regolari sulle condizioni di salute che garantiscano la completa confrontabilità sull'intero territorio nazionale e l'armonizzazione con gli strumenti di misurazione internazionali. L'importanza di questo punto si rileva facilmente se si pensa agli esiti del penultimo report anglosassone sulla mortalità materna (1) dove su 241 morti totali ben 97 appartenevano alla classe sociale 9, la meno abbiente, configurando un tasso di mortalità nel Regno Unito, per questa sfortunata categoria di persone, di 135.46/100,000 uguale a quello dell'est asia (9) (Tabella 1).

La risposta alla terza domanda - **Perché sono morte?** - permette di adottare politiche efficaci nella riduzione delle cause di morte più comuni. I risultati mostrano, a volte in modo drammatico, come può funzionare l'adozione di linee guida di riferimento nazionale. In Inghilterra nel triennio 1997/99, dopo l'introduzione e l'uso delle linee guida emanate dal Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, in parte come conseguenza dei risultati e delle raccomandazioni dai rapporti precedenti, si sono registrate diminuzioni significative in morti dovute a embolia polmonare (Figura 1) e alle morti dovute a sepsi dopo taglio cesareo.

Nonostante l'aumento del tasso di parto cesareo (PC) dal 15 al 20%, in un solo triennio la morte per embolia polmonare (EP) dopo PC si è ridotta dell' 80%, passando da 0,005% (1:22.000 PC) a 0,001% (1:103.000 PC).

Questo dimostra che il rischio tromboembolico in ostetricia risponde con prontezza a una strategia di tromboprolifassi diffusa.

Nei pochi casi di morti dovute a queste cause, le linee guida di riferimento non sembrano essere state seguite.

In alcuni casi le morti materne si verificano nonostante cure e interventi esemplari; questo ci conduce alla quarta domanda - **La morte era evitabile?** - la risposta a questa domanda permette di identificare quei casi in cui un approccio o un management di-

Tabella 1. Tassi di mortalità e classe sociale d'appartenenza

Social class	n	Rate/100,000	(95% CI)
9	97	135.46	(109.85-165.25)
8	5	38.96	(12.65-90.91)
7	7	23.81	(9.57-49.05)
6	12	11.35	(5.87-19.83)
5	26	8.31	(5.43-12.17)
4	33	5.32	(3.66-7.47)
3	31	15.21	(10.33-21.59)
2	25	4.19	(2.71-6.18)
1	5	2.94	(0.96-6.87)

Modificata da: *Why Mothers Die 1997-1999*

verso avrebbero potuto evitare un esito fatale (*substandard care*). Le cure sotto allo standard sono così definite:

Maggiori: contribuiscono in modo sostanziale alla morte della donna. Un diverso management avrebbe potuto determinare un esito differente

Minori: sono state un fattore contribuente di rilievo. Un diverso management avrebbe potuto determinare dei risultati differenti, ma la sopravvivenza materna era in ogni caso improbabile

Incidentali: un diverso management non avrebbe lo stesso alterato l'esito finale.

Identificare le cause di *substandard care* permette di programmare le politiche sanitarie atte al loro contenimento. Nell'ultimo report anglosassone (10) le cause di *substandard care* sono state analizzate con attenzione, riportiamo nella tabella 2 le cause maggiori.

Come si vede dalla tabella 2, gli spunti su cui lavorare sono moltissimi e si situano a diversi livelli del Sistema sanitario (Ministero, direzioni ospedaliere, direttori di reparto, territorio, specialisti esterni, ecc. ecc.); in questa breve trattazione non possiamo approfondire questo discorso. Tuttavia la quinta domanda - **Cosa possiamo fare affinché non si ripeta?** - , che è anche la più interessante, ben si correla alla quarta; porci questa domanda permette di capire che conoscere i numeri non è abbastanza, una review confidenziale, sul modello di quella anglosassone, ma adattata alle nostre esigenze e possibilità è fondamentale nell'identificazione dei problemi. L'analisi dei dati ci consentirà di tracciare le strategie per affrontare gli aspetti pratici della morte materna. Sarà possibile così evidenziare le aree della pratica clinica che necessitano di revisione (linee guida, protocolli). Inoltre è possibile, attraverso l'utilizzo di questo strumento, il coinvolgimento, a tutti i livelli, del

personale devoluto all'assistenza in gravidanza, per ridurre ulteriormente i casi, specialmente quelli correlati a cure erogate al di sotto degli standard.

Questo approccio (review confidenziale) permetterà di introdurre in Italia una cultura sensibile alle suggestioni del *risk management* (11) e quindi di contribuire alla riduzione di quella pericolosa deriva medico-legale che la medicina si trova a fronteggiare attualmente (12).

Infatti, oggi il contenzioso è basato per lo più sulla prova della negligenza. La negligenza è definita come trascuratezza, disattenzione. Queste sono cause rare di errore medico e umano. I giudici e gli avvocati confondono spesso gli errori con la negligenza. L'errore non deve essere considerato la base del contenzioso. Il contenzioso basato sull'errore è controproducente, produce medicina difensiva e non migliora la performance medica (13).

La situazione italiana e lombarda

In Italia La “rilevazione delle cause di morte” è effettuata correntemente dall'ISTAT attraverso l'utilizzo di modelli diversificati a seconda che la morte avvenga nel primo anno di vita o oltre il primo anno. Su tali modelli sono riportate le notizie relative al decesso fornite dal medico curante o necroscopo e le informazioni di carattere demografico e sociale a cura dell'ufficiale di Stato Civile. Il medico certificatore è tenuto a compilare tutti i quesiti relativi alla causa di decesso presenti sulla scheda di morte ed in particolare deve riportare la “causa iniziale”, ossia la malattia che attraverso eventuali complicazioni o stati morbosi intermedi ha condotto al decesso; la “causa intermedia o complicazione”, che include l'eventuale successione morbosa della malattia indicata al primo

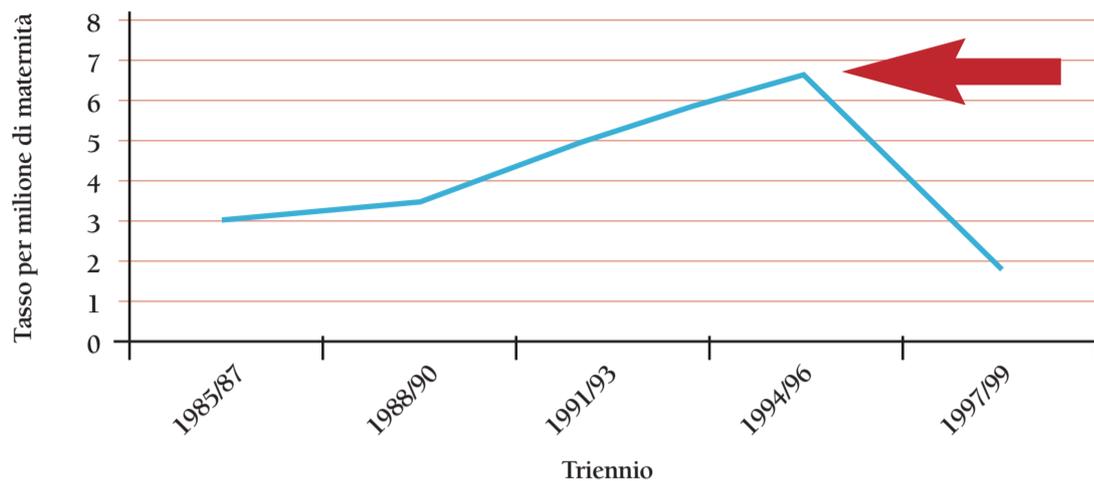
Tabella 2. Cause maggiori di substandard care (morti dirette e indirette)

	% di tutti i casi*
■ Mancanza di adeguata comunicazione tra professionisti	42%
■ Incapacità di apprezzare la severità del problema	39%
■ Diagnosi incorretta	38%
■ Trattamento subottimale/incorretto	38%
■ Mancato riferimento all'Ospedale	21%
■ Mancata revisione da parte di specialista esperto	13%
■ Mancanza di posti letto in terapia intensiva	6%
■ Terapia intensiva troppo distante	6%
■ Mancanza di sangue e derivati	6%

*Alcune cause sono concomitanti

Modificata da: *Why Mothers Die 2000-2002 - Report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom*

Figura 1. Mortalità materna per embolia polmonare dopo PC (per milione maternità, UK, 1985-99 RCOG)



← Pubblicazione delle linee guida del RCOG per la tromboprofilassi in pazienti sottoposte a TC

quesito; la “causa finale”, per la quale s’intende la malattia o lo stato morboso che ha direttamente provocato il decesso; gli “altri stati morbosi rilevanti”, tra i quali si considerano le malattie e gli stati morbosi che hanno contribuito al decesso, non inclusi nel concatenamento identificato dal medico certificatore. La determinazione della causa iniziale avviene utilizzando le regole dettate dall’Organizzazione Mondiale della Sanità. La codifica delle cause di morte utilizza la classificazione internazionale ICD IX (International Classification of Diseases). Dal 1995 il processo di codifica delle cause di morte è stato auto-

matizzato e l’80% delle schede è codificato mediante un sistema automatico, denominato MICAR-ACME, il restante 20% è codificato manualmente. Tuttavia i dati raccolti attraverso questo sistema (14), che riportano per il nostro paese tassi di mortalità materna inferiori al 4/100.000 in analogia con quanto visto sopra in paesi molto simili al nostro, sono sottostimati.

In Lombardia, un’indagine condotta autonomamente dalla Società Lombarda di Ostetricia e Ginecologia (15), ha riscontrato un tasso di mortalità materna per il triennio ‘96/98 di 13 morti materne su

100.000 nati.

Questo dato, sebbene inferiore a quanto riportato ad esempio per la Francia (18/100.000 nati), è superiore di circa 3 volte rispetto a quello riportato dalle statistiche ISTAT nazionali.

Anche la più recente indagine “confidenziale” pubblicata da Meregalli su questo stesso numero di GynecoAogoi conferma questa tendenza alla sottostima; inoltre, non esistendo attualmente un sistema che rilevi e soprattutto organizzi e diffonda i dati, le eventuali raccomandazioni, che pure si potrebbero cogliere dalle nude cifre, rimangono lettera morta.

La proposta: il programma “maternità sicura”

Il programma si basa sulla costituzione di un gruppo di specialisti: “Commissione regionale maternità sicura”, nominati dalle società scientifiche regionali e dall’assessorato alla Sanità della Regione Lombardia, che dedicano volontariamente una parte del loro tempo (10 ore al mese circa) all’analisi dettagliata delle cause e dei motivi delle morti materne avvenute in Lombardia. La commissione è istituita in seduta congiunta dai membri del direttivo AOGOI e SLOG Lombardia e da un rappresentante dell’assessorato alla Sanità della Regione; è costituita da un presidente, un segretario, un epidemiologo, un ginecologo/i, un neonatologo, un anatomopatologo, un anestesista, un ostetrica e un medico legale, che saranno membri permanenti (incarico onorario triennale).

La commissione può nominare, qualora lo ritenesse utile per approfondire il lavoro di indagine, membri provvisori, consultati per rispondere a particolari quesiti clinici.

Il lavoro dei membri della commissione è prestato a titolo gratuito e volontario.

I membri della commissione potranno richiedere ore di permesso dalla comune attività lavorativa.

Il programma presuppone di rendere obbligatorio da parte dei funzionari incaricati (ASL o prefetture) l’invio di una copia della scheda di morte ISTAT alla “commissione regionale maternità sicura”, ogniqualvolta sulla scheda ISTAT è compilato il box 10 (reso obbligatorio dall’ISTAT a partire dal 2002).

La commissione, dopo una prima istruttoria informale, effettuerà una valutazione approfondita del caso, inviando, alle persone coinvolte nella morte materna un modulo, preformato e standardizzato, che successivamente sarà distrutto.

I moduli compilati sono resi anonimi dal Coordinatore di “Maternità sicura” prima di essere sottoposti a valutazione da parte della commissione regionale multidisciplinare di specialisti, che non sono coinvolti direttamente nel caso.

La commissione, effettuerà un’analisi sistematica, multidisciplinare e anonima dei casi di morti materne. Identificherà i numeri, le cause, i fattori rimediabili

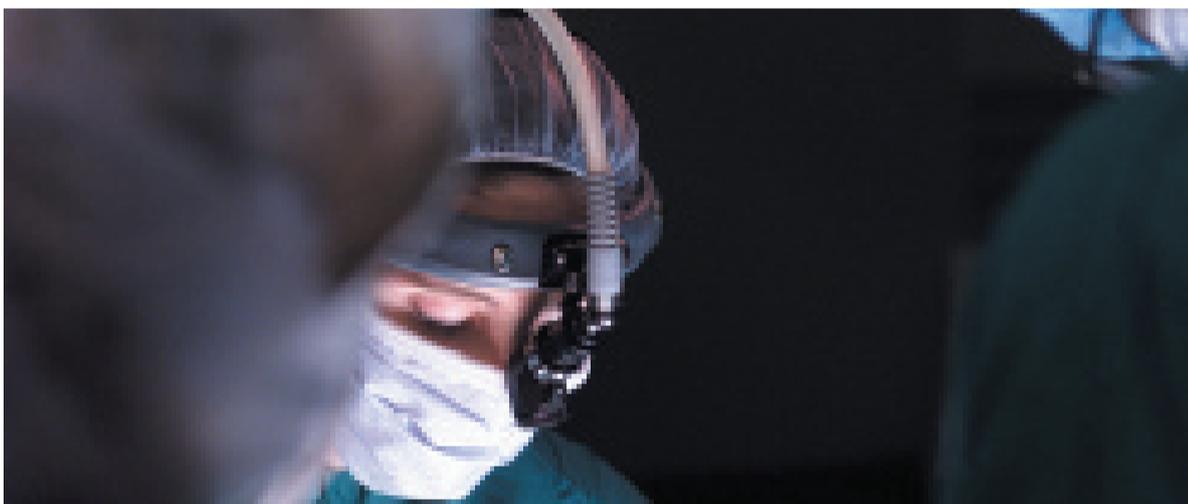
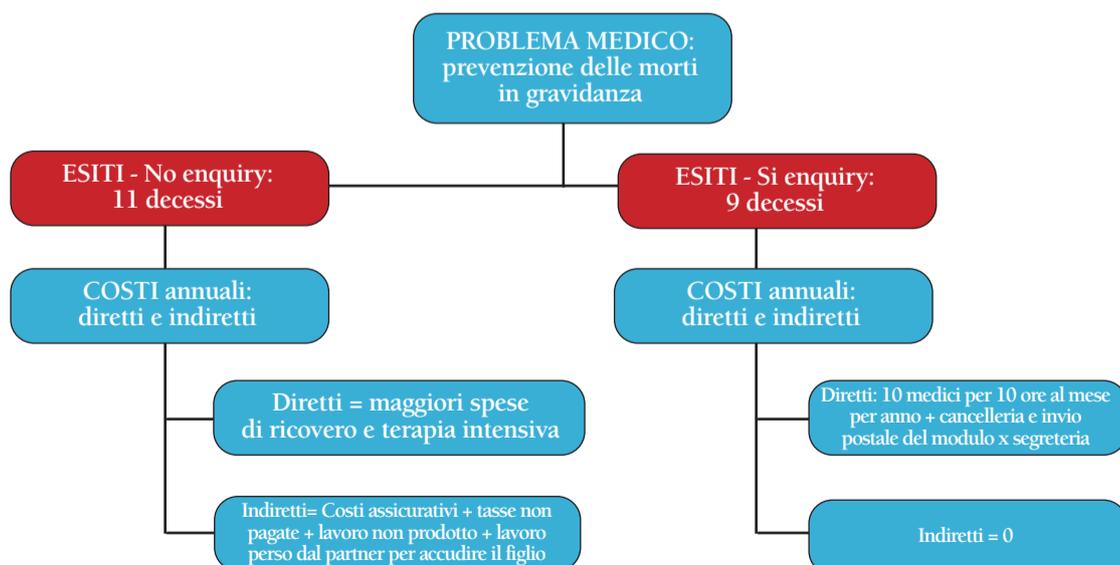
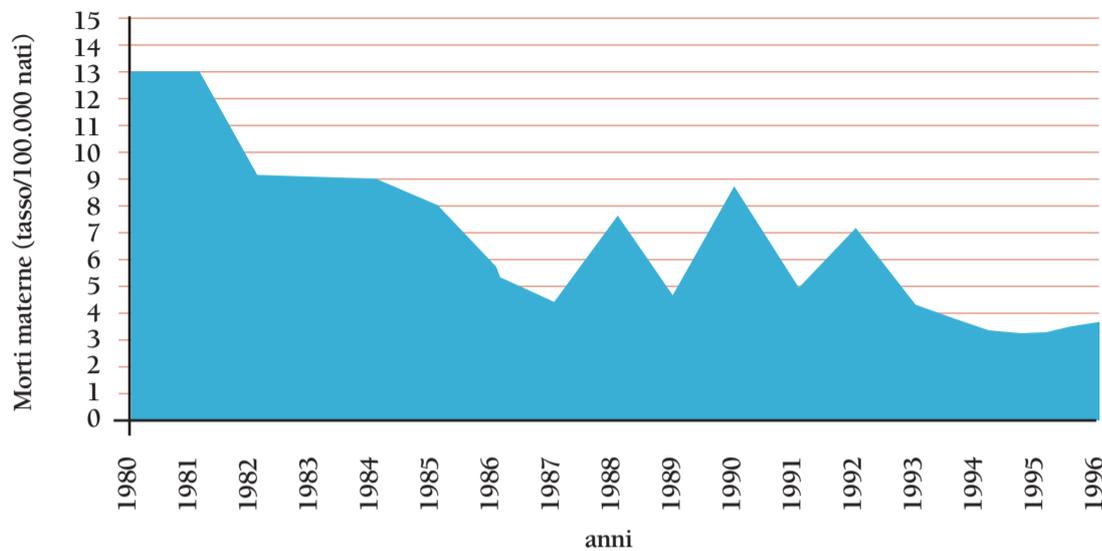


Figura 1. Algoritmo



Nota: I costi sono valutati in relazione alla prospettiva della Regione Lombardia

Figura 2. Mortalità materna in Italia 1980/1996

o evitabili associati con le morti materne ed effettuerà una valutazione approfondita di ogni singolo caso, produrrà quindi un report triennale che sarà distribuito agli operatori di salute della regione.

Dopo la preparazione del Report e prima della sua pubblicazione tutti i moduli dei casi di morti materne saranno distrutti.

Rapporto costi/benefici

Il rapporto, stilato grazie alla collaborazione con la professoressa Patrizia Berto, cattedra di farmacoeconomia dell'Università di Verona, presenta una stima dei costi intorno di 60mila euro l'anno, comprensiva dei costi per il personale medico (10 medici per 10 ore/mese per un anno), una segretaria e le spese di segreteria.

Nel 2001 si sono registrate in Lombardia 87.737 nascite. A questo numero di nascite, visti i dati della già citata indagine confidenziale della SLOG (15), corrispondono circa 11 morti materne, di queste 4 sono riferibili direttamente a trombo-embolia e sepsi. Riducendo questi decessi del 50% (range 33-66%, come riportato nella letteratura scientifica su esperienze realizzate in Gran Bretagna) (1), si potrebbero risparmiare almeno 2 decessi l'anno in Lombardia ad un costo economico assolutamente sostenibile.

Quanto ai benefici (vite salvate, anni di vita salvati) – considerando (stima per difetto) di salvare due vite materne ogni anno in Lombardia (vedi The Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom 1997–1999 Why Mothers Die) con età media 30,7 anni al parto (dati Regione Lombardia, Direzione Generale Sanità, anni 2000/1), e considerando un'aspettativa di vita media di 82 anni – il programma permetterebbe di risparmiare circa 100 anni di vita attesa.

Conclusioni

Adottando il sistema “maternità sicura” troveremo circa 11/13 decessi reali in Lombardia; applicando le linee guida sulla trombofilassi e sulla prevenzione della sepsi materna, potremmo salvare almeno due di queste donne ogni anno (vedi algoritmo alla pagina precedente). Tutto ciò a fronte di un costo per mante-

ner il programma di circa 60 mila euro l'anno, con un costo per anno di vita salvata pari a € 60.000/100 LYG = 600 €/LYG ciò significa € 600 per anno di vita salvato. Questo programma di analisi e prevenzione, potrebbe consentire di ridurre significativamente i decessi materni in gravidanza, con vantaggi sia sul piano etico sia sul piano economico (16).

L'adozione di “maternità sicura” permetterebbe inoltre a tutti gli operatori sanitari coinvolti nella cura delle pazienti ostetriche di rivedere la loro stessa pratica clinica e apportare miglioramenti sostanziali nella prestazione sanitaria.

La conoscenza delle problematiche connesse alla mortalità in gravidanza, porterà alla formulazione di linee guida regionali (la commissione, di concerto con le società scientifiche si occuperà della stesura e della diffusione delle stesse).

Obiettivi di “maternità sicura”

- monitorare l'andamento della mortalità materna nel tempo
- valutare le cause principali della mortalità materna
- comprendere quali fattori sono eventualmente evitabili
- promuovere la conoscenza di quanto detto sopra a tutti gli operatori del settore
- ridurre la proporzione di morti dovute a cure inadeguate
- contribuire alla stesura di linee guida e protocolli che possano migliorare lo standard di cure erogate
- suggerire la direzione delle ricerche future
- pianificare l'organizzazione del Ssr e le sue infrastrutture relative all'evento nascita
- determinare le priorità di cura
- produrre un report regionale che possa essere utilizzato dagli operatori del settore

bibliografia

1. Confidential Enquiries into Maternal Death in the United Kingdom. Why mothers die 1997-99. London: RCOG Press 2001
2. Bouvier-Colle MH, Varnoux N, Costes P, Hatton F. Reasons for the underreporting of maternal mortality in France, as indicated by a survey of all deaths among women of childbearing age. *Int J Epidemiol* 1991 Sep; 20(3):717-21
3. Schuitemaker N, Van Roosmalen J, Dekker G, Van Dongen P, Van Geijn H, Gravenhorst JB. Underreporting of maternal mortality in The Netherlands. *Obstet Gynecol* 1997 Jul; 90(1):78-82
4. Karimian K et al. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:323-7
5. Gissler M, Kauppila R, Merilainen J, Toukoma H, Hemminki E. Pregnancy-associated deaths in Finland 1987-1994-definition problems and benefits of record linkage. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997 Aug; 76(7):651-7. Review
6. Baker N, Fogarty C, Stroud D, Rochat R. Enhanced pregnancy-associated mortality surveillance: Minnesota, 1990-1999. *Minn Med*. 2004 Jan; 87(1):457
7. Horon IL. Underreporting of maternal deaths on death certificates and the magnitude of the problem of maternal mortality. *Am J Public Health*. 2005 Mar; 95(3):478-82
8. Turner LA, Kramer MS, Liu S; Maternal Mortality and Morbidity Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. Cause-specific mortality during and after pregnancy and the definition of maternal death. *Chronic Dis Can* 2002; 23(1):31-6
9. Maternal mortality in 1995: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA; Geneva 2001
10. Why Mothers Die 2000-2002 - Report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom, 2004
http://www.cemach.org.uk/publications/WMD2000_2002/content.htm Sito consultato il 14/03/2005
11. McQuade JS. The medical malpractice crisis-- reflections on the alleged causes and proposed cures: discussion paper. *J R Soc Med* 1991 Jul; 84 (7):408-11
12. Bouvier-Colle MH. Confidential enquiries and medical expert committees: a method for evaluating healthcare. The case of Obstetrics. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2002 Apr; 50(2):203-17
13. Le Bris S, Luther L. Alternative regulatory perspectives of obstetrics and gynaecology. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 1999 Dec; 13 (4):517-31
14. Biaggi A, Paradisi G, Ferrazzani S, De Carolis S, Lucchese A, Caruso A. Maternal mortality in Italy, 1980-1996. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004 Jun 15; 114(2):144-9
15. Natale/Buscaglia-GynecoAogoi n. 9 /02
16. Vangen S, Bergsjø P. Do women die from pregnancy these days? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2003 Dec 23;123(24):3544-5



Indagine “confidenziale” sulla mortalità materna in Lombardia

L'indagine rileva come in Lombardia, nel quadriennio considerato (2000/04), il tasso di mortalità materna sia stato di 7,1 su 100mila. Il dato, superiore a quello ISTAT, è presumibilmente ancora sottostimato

Virginio Meregalli



Nell'Africa Sub-sahariana una donna su 16 rischia di morire di parto o durante la gravidanza; nei paesi industrializzati lo stesso rischio riguarda una donna su 2.800. Questi sono i risultati del rapporto UNICEF, OMS e UNFPA sulla mortalità materna, riferiti all'anno 2000. Nella Tabella 1 sono evidenziati i dati sulla mortalità materna riferiti all'Italia a confronto con altre nazioni europee. È stato più volte sottolineato che questi dati sono sottostimati per la difficoltà intrinseca alle indagini sulla mortalità materna, in mancanza di un registro dove vengano segnalate rigorosamente tutte le morti materne attribuibili a cause dirette, indirette, coincidenti, tardive. Ho voluto svolgere un'indagine conoscitiva sulla mortalità materna nella nostra Regione per avere un dato aggiornato da presentare al convegno. La mia indagine ha interessato i punti nascita in Lombardia attivi nel periodo 01/01/2000 – 31/10/04.

Metodi

Ho telefonato personalmente ai primari/dirigenti responsabili dei punti nascita lombardi, illustrando brevemente lo scopo della mia indagine e precisando che i dati sarebbero stati raccolti e presentati al convegno in forma assolutamente anonima.

I dati richiesti sono stati i seguenti:

- Anno dell'evento
- Età della donna al momento del decesso
- Estrazione sociale/etnia (nel rapporto sulla mortalità materna nel Regno Unito la bassa estrazione sociale comporta una mortalità materna 20 volte più alta rispetto alle classi più abbienti e l'etnia diversa dalla bianca una mortalità doppia)
- Settimana di gravidanza al parto oppure al momento del decesso
- Modalità del parto
- Causa presumibile

• Esito del neonato.
 Sulla scorta dell'inchiesta inglese “The Confidential Enquiries into maternal Deaths in the United Kingdom” ho mantenuto la classificazione delle cause proposta dagli autori:

- Cause dirette (riferibili direttamente alla gravidanza)
- Cause indirette (da riferirsi a patologie preesistenti aggravate dalla gravidanza)
- Cause non riferibili alla gravidanza (coincidenti)
- Morti tardive (da 6 settimane a 1 anno dal parto).

Le cause dirette comprendono:

- Trombosi e tromboembolismo
- Ipertensione
- Emorragia
- Embolia da liquido amniotico
- Morti precoci in gravidanza
- Sepsi
- Trauma del tratto genitale
- Morti associate ad anestesia
- Degenerazione grassa del fegato.

Le cause indirette comprendono:

- Patologia cardiaca
- Tumore
- Morte da malattie psichiatriche (suicidio)
- Malattie del sistema nervoso centrale, includendo l'emorragia cerebrale e l'epilessia
- Malattie infettive, asma, diabete e patologie del sangue

Le morti coincidenti comprendono:

- Incidenti della strada
- Omicidi

Le morti tardive comprendono

- Morti da cause dirette, indirette, coincidenti che si verificano in un lasso di tempo superiore ai 42 giorni ed entro un anno dalla fine della gravidanza.

I punti nascita lombardi oggetto dell'indagine sono stati 77; di questi 2 sono stati chiusi nel corso degli anni considerati dall'indagine: rispettivamente nel 2002 e nel 2003.

Il numero dei parti in Lombardia nel periodo conside-

→ **Tabella 1. Tasso di mortalità materna nell'anno 2000**
(WHO, UNICEF, UNFPA)

Nazione	Reported MMR*	Adjusted MMR
Austria	3	4
Belgio	7	10
Francia	8	17
Germania	5	8
Irlanda	4	5
Italia	4	5
Svezia	1	2
Regno Unito	11	17

* maternal mortality ratio



rato 01/01/00 – 31/10/04 sono stati complessivamente 428.970 suddivisi per anno come da tabella 2.

Le morti materne rilevate dalla mia inchiesta sono state 31 di cui 16 dirette, 14 indirette, 1 tardiva (dopo 1 anno di coma per emorragia cerebrale) corrispondenti a un tasso di mortalità materna di 7,1 su 100.000, superiore quindi a quello ricavato dai dati ISTAT ma presumibilmente ancora sottostimato. Il confronto con il Regno Unito è evidenziato dalla Tabella 3.

Cause dirette

Fra le cause dirette 5 sono state attribuite ad embolia polmonare, 6 a emorragia/DIC/piastrinopenia, 2 ad embolia da liquido amniotico, 2 a sepsi.

Embolia polmonare:

- Anno 2001, 35 anni, 40 settimane, trombosi venosa profonda ed embolia polmonare al momento del ricovero, exitus in PS
- Anno 2004, 32 anni, classe media, gravidanza gemellare (indotta) alla 23 + 6 settimane, distrofia agli arti inferiori con trombosi venosa profonda, embolia polmonare, exitus in rianimazione
- Anno 2003, 23 anni, africana, diversi ricoveri in corso di gravidanza per percosse da parte del marito, parto con TC a 43 settimane, embolia polmonare a domicilio ad un mese dal parto, exitus
- Anno 2004, 25 anni, nordafricana, ricoverata da un mese per polidramnios, parto con TC a 32 settimane, microembolia polmonare diffusa, deceduta a 2 giorni dal parto
- Anno 2003, 31 anni, parto eutocico a 40 settimane, exitus a una settimana dalla dimissione per embolia polmonare diffusa

Tabella 2. Il numero dei parti in Lombardia

Anno	N. parti
2000	86.997
2001	87.737
2002	88.454
2003	89.848
2004 (fino 31 ottobre)	75.934
Totale	428.970

Embolia da liquido amniotico

- Anno 2001, 42 anni, africana, 40 settimane, travaglio spontaneo, a 7-8 cm crisi convulsiva e successivamente stato saporoso. TC urgente, mancato risveglio dall'anestesia, emorragia postpartum – DIC; reintervento per demolitore, exitus in rianimazione. Diagnosi finale: embolia da L.A.
- Anno 2001, 39 anni, asiatica, II gravida a termine, para 0,1 pregresso TC. Parto distocico con ventosa,

Tabella 3. Maternal mortality ratio (MMR) (confronto Lombardia/Regno Unito)

Cause	MMR Regno Unito	MMR Lombardia
Dirette	5	3.9
Indirette	6.4	3.2
Coincidenti	1.4	-
Tardive	5	*
Totale	17.8	7.1

* la morte tardiva è stata inserita nelle morti dirette

emorragia postpartum da rottura d'utero. Laparotomia in emergenza con intervento conservativo, tentativo embolizzazione arteria uterina, DIC. Exitus della partoriente e del neonato. All'autopsia embolia da L.A.

DIC

- Anno 2004, 30 anni, classe sociale elevata, 37ma settimana. Parto con TCE, emorragia postpartum, DIC, exitus. Causa accertata: piastrinopenia da porpora trombotica trombocitopenica
- Anno 2003, 43 anni, classe sociale elevata, parto con TC per iposviluppo. Riscontro di mioma in espulsione, emorragia severa in corso di intervento, isterectomia. DIC, morte della gestante in rianimazione

Emorragia postpartum

- Anno 2001, 27 anni, estrazione sociale media. Parto eutocico, emorragia postpartum. Exitus in sala parto. Causa probabile: cardiomiopatia peripartum

Piastrinopenia

- Anno 2001, gravidanza alla 12ma settimana, sindrome di Moschowitz. Interruzione della gravidanza a scopo terapeutico. Morte per emorragia cerebrale in rianimazione

Causa non precisata

- Anno 2002, giovane ragazza di età non precisata. Intervento per IVG, deceduta in sala operatoria. Non precisata la causa.

Rottura d'utero

- Anno 2000, 40 anni, III gravida, 38ma settimana, para 2, classe sociale media. Lievi P.E. all'inizio di travaglio e L.A. tinto. Ossitocina per accelerazione, tracciato non rassicurante. Parto con una sola Kristeller al piano perineale. Neonato con Apgar 5, pH 7.21 poi decorso regolare. Atonia postpartum: ispezione – scivolamento - uterotonici (anche nalador). Persistenza dell'emorragia, arresto cardiaco, trasferimento in rianimazione. Laparotomia: si evidenzia rottura d'utero: soluzione di 5 cm sulla parete uterina a sx, isterectomia subtotala. Persistenza dell'emorragia da DIC, trasferimento in rianimazione. Si evidenzia progressivo decadimento delle condizioni cerebrali da anossia prolungata. Morte in VI giornata dopo il parto.

Preeclampsia

- Anno 2002, gravida alla 34ma settimana, ricovero per colica renale. Durante la degenza crisi ipertensiva – ictus. Parto con TC con la madre in stato comatoso. Neonato vivo. Madre in coma per quasi un anno poi exitus

- Anno 2003, 38 anni, estrazione sociale medio-bassa. Gravidanza gemellare da FIVET giunta alla 16ma settimana, gemelli sani. Tossicosi gravidica - sindrome di Vernicke. Arresto cardiocircolatorio, exitus in rianimazione.

Sepsi

- Anno 2000, anni 42, asiatica. Cerchiaggio cervicale in emergenza al II trimestre, febbre. Parto prematuro con TC. Sepsi, deceduta dopo 1 mese dal parto
- Anno 2003, anni 40, estrazione sociale elevata. Parto eutocico, dolore intenso sovrapubico in puerperio, puntata febbrile, sepsi. Deceduta a pochi giorni dal parto dopo trasferimento in rianimazione.

Cause indirette

Tra le cause indirette 7 sono da attribuire ad accidenti vascolari o cardiaci, 4 a tumori concomitanti alla gravidanza, 2 a stato immunodepressivo, 1 a suicidio.

Accidenti vascolari o cardiaci

- Anno 2001, 27 anni, classe sociale media, gravidanza alla 26ma settimana. Ricovero per dolori lombari interpretati come colica renale. Emocromo del mattino successivo: Hb = 4 gr/dl, TAC: voluminoso ematoma retroperitoneale. Morte per arresto cardiaco in sala operatoria. All'autopsia ematoma retroperitoneale da rottura dell'arteria uterina o renale
- Anno 2002, 29 anni, 29ma settimana. Arrivo in PS dopo essere stata già in altro nosocomio e rinviata a domicilio, riferisce dolore addominale. Taglio cesareo urgente per distacco di placenta. Shock emorragico in rianimazione. Reintervento e demolitore, si constata rottura aneurisma arteria splenica. Anossia cerebrale, exitus dopo 20 giorni in rianimazione
- Anno 2000, 23 anni, vista in PS più volte per epigastralgia, ECG sempre negativo. Ricovero precauzionale, trovata morta nel letto di degenza. Autopsia: tamponamento cardiaco da rottura aneurisma dell'arco aortico
- Anno 2001, 20 anni, travaglio indotto a 39+2 settimane. All'inizio del periodo espulsivo cefalea intensa, parto vaginale. Emorragia postpartum da atonia risolta con uterotonici. Persistenza dello stato di shock, ricovero in neurochirurgia. Diagnosi di emorragia cerebrale. Exitus in rianimazione, riscontro autoptico di emorragia cerebrale
- Anno 2002, 40 anni, casalinga. Parto eutocico, ritorno a casa. Puerperio disturbato: "non si sentiva sicura, diceva non sto bene, piangeva". Colloquio psichiatrico; diagnosi: depressione puerperale. Successivo peggioramento e riscontro di emorragia cerebrale. Exitus in

rianimazione

- Anno 2002, 36 anni, gravidanza alla 36ma settimana. Arresto cardiocircolatorio a domicilio. Rianimazione in autoambulanza durante il trasporto. Arrivata in ospedale morta. TC postmortem: neonato già morto. Diagnosi: rottura aneurisma dell'aorta
- Anno 2001, partoriente trasferita da altro ospedale in centro qualificato per cardiopatia. Diagnosi di ipertensione polmonare severa. Parto con TC. Deceduta in VII giornata dopo il parto.

N.B. il rischio di morte materna nell'ipertensione polmonare primaria e secondaria è del 30-50%.

Tumori concomitanti alla gravidanza

- Anno 2003, carcinoma del colon. Parto con TC. Deceduta dopo 3-4 mesi dal parto
- Anno 2003, K Portio. Parto con TC dopo PROM. Deceduta dopo pochi mesi dal parto
- Anno 2002, Il gravida, tumore polmonare metastatizzato. Parto con TC. Deceduta dopo il parto per malattia polmonare
- Anno 2000, ragazza 17 anni, bassa estrazione sociale, leucemia. Parto con TC a 30 settimane. Morta per emorragia da piastrinopenia dopo il parto. Deceduto anche il neonato
- Anno 2003, 28 anni, bassa estrazione sociale, IV gravida dopo 3 aborti. Trapiantata di fegato, epatite autoimmune, ipertensione. Ricovero a 21 settimane per sepsi. Deceduta in rianimazione
- Anno 2002, 30 anni, bassa estrazione sociale, HIV

positiva. Trasferita in coma da altro ospedale. Parto con TC a 34 settimane. Deceduta in rianimazione presso altro ospedale. Deceduto anche neonato.

- 31 anni, nel 1998 gravidanza con diagnosi precoce (12 settimana) di acrania. Decide di proseguire sino al termine e partorisce alla 40 settimana un neonato maschio con anencefalia del peso di 3320 grammi che muore dopo 24 ore. Nel 1999 seconda gravidanza che evolve in maniera del tutto fisiologica ma la paziente dimostra verso il 5 mese di avere problemi psichici e viene seguita da uno psichiatra che la mette in terapia per "sindrome depressiva con note psicotiche". Il 25 febbraio 2000 parto precipitoso alla 36 settimana: neonato femmina, peso di 2760 grammi. Visita psichiatra il 26 febbraio: situazione sotto controllo, la paziente viene dimessa il 28 febbraio dopo un decorso regolare. La situazione peggiora progressivamente a domicilio e il marito prende contatto telefonicamente il giorno 8 marzo con la psichiatra che fissa un appuntamento per il pomeriggio del 9 marzo. La paziente viene la mattina del 9 marzo in ospedale per un controllo della bambina, sale al 6 piano dove è situata la pediatria e chiede alla madre che la accompagna di tenerle la bambina perchè ha bisogno di andare in bagno. Entra in bagno e si butta dalla finestra.

Conclusioni

La mia indagine ha rilevato che, nel periodo considerato di quasi 4 anni (1/1/00 - 31/10/04) le morti materne nella Regione Lombardia sono state 31, corrispondenti a un tasso di mortalità materna di 7.1 su 100.000; sicuramente il dato è sottostimato, ma più attendibile rispetto al semplice dato ISTAT che è ancora inferiore.

Le cause più frequenti sono state la malattia tromboembolica e l'emorragia postpartum. Le cause indirette vascolari sono altrettanto frequenti e necessitano di un approccio scrupoloso perché possono instaurarsi in modo subdolo e fuorviare l'iter diagnostico. Da questa inchiesta si evince che è indispensabile approntare in ogni unità operativa un protocollo per individuare le pazienti a rischio per tromboembolia che necessitano di tromboprolifassi e avere immediatamente a disposizione un protocollo aggiornato per affrontare tempestivamente in modo adeguato l'emorragia del postpartum.

L'evento avverso causa sempre trepidazione e timore, più che comprensibile, considerando che nella società in cui viviamo non è ammesso l'errore medico e la morte materna, catastrofe ostetrica per antonomasia, suscita immediatamente una reazione di caccia al colpevole. Bisogna tuttavia avere la possibilità concreta di una riflessione critica sull'evento per rilevare i punti critici della conduzione e trarre degli insegnamenti per evitare possibili errori futuri nella gestione di casi fortunatamente rari.

Zidoval™

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE Zidoval™ 7,5 mg/g gel vaginale. **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Metronidazolo 0,75 % p/p, 7,5 mg/g. Per gli eccipienti vedere sezione 6.1. **3. FORMA FARMACEUTICA** Gel vaginale - Gel incolore o lievemente paglierino. **4. INFORMAZIONI CLINICHE** **4.1 Indicazioni terapeutiche** Zidoval gel vaginale è indicato per il trattamento della vaginosi batterica. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** Somministrazione per via vaginale. **Adulti** Un'applicazione di Zidoval gel vaginale (5 g) in vagina una volta al giorno, prima di andare a letto, per 5 giorni consecutivi. **Istruzioni per l'uso:** forare l'estremità sigillata del tubo e avvitare bene l'estremità aperta dell'applicatore. Premere il tubo riempiendo l'applicatore con il gel. Rimuovere l'applicatore dal tubo e inserirlo delicatamente per tutta la sua lunghezza in vagina. Spingere lo stantuffo per rilasciare il gel. Gettare via l'applicatore secondo le istruzioni fornite. **Pazienti anziane** La vaginosi batterica non è frequente nelle pazienti anziane e di conseguenza non è stata fatta una valutazione clinica nei pazienti appartenenti a questa fascia di età. **Bambine** Nelle bambine e nelle adolescenti sotto i 18 anni di età l'uso del prodotto non è raccomandato in quanto la sicurezza e l'efficacia non sono state stabilite. **4.3 Controindicazioni** Zidoval gel vaginale è controindicato nelle pazienti in cui risulti all'anamnesi una ipersensibilità al metronidazolo, ad altri nitroimidazoli, parabeni o qualsiasi altro componente del gel. **4.4 Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso** L'impiego durante il periodo mestruale non è consigliato. Durante la terapia con Zidoval gel vaginale una candidosi nota o precedentemente non diagnosticata può manifestare un'accentuazione dei sintomi e richiedere una terapia con un agente specifico. Il metronidazolo è un nitroimidazolo e deve essere usato con cautela in pazienti con anamnesi di discrasie ematiche. Come per tutte le infezioni vaginali, sono da evitare i rapporti sessuali durante l'infezione e durante il trattamento con Zidoval gel vaginale. **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione** Il metronidazolo orale presenta una reazione simile a quella del disulfiram quando associato all'alcool. Durante l'uso concomitante di metronidazolo e disulfiram si sono manifestate reazioni psicotiche acute e stati di confusione. La possibilità di simili reazioni, alle basse concentrazioni sieriche raggiunte con l'impiego di Zidoval gel vaginale, è improbabile, ma non può essere esclusa. Si è notato che il metronidazolo orale aumenta le concentrazioni plasmatiche di warfarin, litio, ciclosporina e 5-fluorouracile. Date le basse concentrazioni plasmatiche raggiunte dopo somministrazione per via vaginale, simili effetti non sono attesi, ma non possono essere completamente esclusi. Il metronidazolo può interferire con la determinazione di

alcuni valori ematochimici, quali aspartato aminotransferasi (AST, SGOT), alanina aminotransferasi (ALT, SGPT), lattico deidrogenasi (LDH), trigliceridi e glucosio esochinasi. Si possono osservare valori prossimi allo zero. **4.6 Gravidanza e allattamento** **Gravidanza** Dati inerenti il trattamento di un grande numero di pazienti (diverse centinaia) durante la gravidanza hanno dimostrato l'assenza di effetti collaterali del metronidazolo a carico del feto e del neonato; tuttavia non sono stati effettuati studi specifici con Zidoval gel vaginale sulle donne in gravidanza. Pertanto, occorre cautela nella prescrizione a donne gravide. **Allattamento** Il rapporto fra le concentrazioni plasmatiche di Zidoval gel vaginale e quelle di metronidazolo orale è di circa 0,02. Il metronidazolo è escreto nel latte materno a concentrazioni simili a quelle del plasma ed il rapporto delle concentrazioni plasmatiche del metronidazolo nel bambino allattato rispetto alla madre è di circa 0,15. Occorre cautela nel prescrivere Zidoval gel vaginale a donne che allattano. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e di usare macchinari** Nessuno noto. **4.8 Effetti indesiderati** Negli studi clinici controllati, condotti su 759 pazienti, gli eventi avversi più comunemente riportati sono stati quelli a carico dell'apparato urogenitale (26%) e dell'apparato gastroenterico (14%). **Comuni** (>1/100, <1/10) Sistema nervoso: cefalea, vertigini. Apparato Gastroenterico: disturbi gastrointestinali, crampi addominali, nausea e/o vomito, alterazione del senso del gusto e della percezione dei sapori, diminuzione dell'appetito. Apparato urogenitale: candidosi vaginale, prurito/irritazione/bruciore/perdita di sensibilità vaginale, disturbi pelvici, perdite vaginali. **Non comuni** (>1/1000, <1/100) Psichiatrici: depressione, affaticamento, irritabilità, disturbi del sonno. Sistema nervoso: parestesie. Apparato Gastroenterico: diarrea, stipsi, meteorismo/aerofagia, flatulenza, sete/secchezza delle fauci, sensazione di sapore metallico. Cute: prurito. Apparato Urinario: sintomatologia da infezione a carico delle vie urinarie, urina di colore scuro. Apparato urogenitale: tumefazione vulvare, disturbi/irregolarità mestruali, perdite/sanguinamenti vaginali, fuoriuscita della medicazione. Generali: crampi. **4.9 Sovradosaggio** Non sono riportati casi di sovradosaggio nell'uomo con Zidoval gel vaginale e non esiste alcun trattamento specifico. Il metronidazolo viene prontamente rimosso dal plasma con l'emodialisi. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE** **5.1 Proprietà farmacodinamiche** Classificazione ATC: G01AF01. Il metronidazolo è un agente antibatterico di sintesi che possiede anche attività amebicida. Zidoval gel vaginale ha dimostrato in vivo di essere attivo contro i patogeni vaginali *Gardnerella vaginalis* e *bacteroides*. Aumenti significativi dei lattobacilli sono stati osservati nelle pazienti affette

da vaginosi batterica dopo terapia con Zidoval. **5.2 Proprietà farmacocinetiche** Gli studi di biodisponibilità, dopo somministrazione di una singola dose, di 5 grammi di Zidoval gel vaginale in 12 soggetti sani, hanno dimostrato una Cmax media di 237 nanogrammi/ml pari a circa il 2% della concentrazione massima plasmatica media di una compressa da 500 mg assunta per via orale (Cmax media = 12.785 ng/ml). Nelle normali condizioni d'uso, la formulazione determina quindi minime concentrazioni plasmatiche di metronidazolo. Il metronidazolo ha un ampio volume apparente di distribuzione ed è in grado di passare attraverso la barriera ematoencefalica e la barriera cefalorachidiana raggiungendo concentrazioni simili a quelle plasmatiche. Il metronidazolo viene metabolizzato nel fegato mediante l'ossidazione della catena laterale con formazione di glucuronide; gran parte della dose assorbita viene escreta sotto forma di metaboliti. Sia il farmaco immodificato che i metaboliti vengono escreti principalmente nell'urina. **5.3 Dati preclinici di sicurezza** A dosi elevate il metronidazolo ha evidenziato un effetto mutageno sui batteri, ma non sulle cellule dei mammiferi in vitro o in vivo. E' stato dimostrato un potenziale carcinogenetico nel topo e nel ratto, ma non nel criceto. Negli studi epidemiologici non è stato evidenziato un aumento del rischio di insorgenza di tumori a seguito dell'esposizione al metronidazolo. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE** **6.1 Lista degli eccipienti** Carbomero (Carbopol) 974P, disodio edetato, metile paraidrossibenzoato, propile paraidrossibenzoato, glicole propilenico, sodio idrossido, acqua depurata. **6.2 Incompatibilità** Nessuna conosciuta. **6.3 Validità** 3 anni. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** Conservare ad una temperatura non superiore a 25°C. **6.5 Natura e contenuto del contenitore** Tubo di alluminio ricoperto da resina epossifenolica, con tappo a vite in polietilene contenente 40 g di prodotto. La confezione contiene 5 applicatori vaginali monouso, in grado di rilasciare 5 grammi di gel ciascuno. **6.6 Istruzioni per l'uso** Non pertinente. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** 3M Health Care Limited - Morley Street - Loughborough (Leicestershire) - LE11 1EP, U.K. Distributore per l'Italia: 3M Italia S.p.A. - Via San Bovio 3 - Loc. S. Felice - 20090 Segrate (MI) **8. NUMERO DI AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** AIC 034942019/M **9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE** Ottobre 2000 **10. DATA DI (PARZIALE) REVISIONE DEL TESTO** Ottobre 2000



Rischio tromboembolico gestazionale e mortalità materna

Pur rappresentando una causa rara, la tromboembolia è il fattore prevalente di rischio mortale materno nei paesi occidentali. Anche se il valore assoluto del tasso di morte materna non è tale da “imporre” l’esigenza di una tromboprofilassi farmacologica generalizzata, la “forzatura volontaristica” che nel Regno Unito ha portato il RCOG prima all’adozione di linee guida di tromboprofilassi nel PC e ora anche nel parto vaginale appare più che giustificata

Roberto G. Wetzl, Serena Cerioli, Alessandro Albani

Unità Operativa di Ginecologia e Ostetricia, Ospedale Civile di Udine

Nei paesi del mondo occidentale avanzato la mortalità materna, pur radicalmente diminuita nell’ultimo cinquantennio, presenta ancora tassi non trascurabili, soprattutto tenendo conto che la gravidanza è un evento fisiologico e che riguarda una fascia di popolazione particolarmente sana (Tabella 1).

Le difficoltà nell’ulteriore riduzione nella mortalità dipendono dal carattere multifattoriale delle cause implicate (Tabella 2).

Nei paesi del mondo occidentale avanzato la malattia tromboembolica rappresenta comunque la causa rara ma prevalente di mortalità materna diretta (Tabella 3).

La malattia tromboembolica rappresenta un fattore di rischio mortale materno rilevante soprattutto dopo parto cesareo (RR = x10) (4). Ciò non significa affermare che sia il parto cesareo in sé a terminare l’entità del rischio, ma che le condizioni che portano al parto cesareo sono in genere tali da incrementare il rischio tromboembolico della partoriente. In partorienti con profilo di rischio tromboembolico particolare, anche il parto vaginale rappresenta un fattore di rischio per tromboembolia polmonare.

Anche se il valore assoluto del tasso di morte materna per EP non è tale da “imporre” l’esigenza di una tromboprofilassi farmacologica generalizzata (5), la “forzatura volontaristica” che nel Regno Unito ha portato il RCOG prima all’adozione di linee guida di tromboprofilassi nel parto cesareo (6) (e ora anche nel parto vaginale) (7) appare più che giustificata dal fatto che comunque tale mortalità riguarda una fascia di popolazione per altro sana e comunque le misure per combatterla sono semplici, efficaci e note da tempo.

La singola misura pratica più importante da adottare è la (ri)valutazione del profilo di rischio trombotico di ogni gravida in occasione di ogni contatto con la

Tabella 1. Stime di mortalità materna per Regioni (WHO/UN, 2000)¹

Regione	Rapporto di mortalità materna (morti materne per 100.000 nati vivi)	Numero di morti materne	Rischio di morte materna nel corso della vita
Totale mondo	400	529.000	74
Regioni sviluppate*	20	2.500	2.800
EUROPA	24	1.700	2.400
Regioni in via di sviluppo	440	527.000	61
AFRICA	830	251.000	20
Nord-Africa	130	4.600	210
Africa Sub-Sahariana	920	247.000	16
ASIA	330	253.000	94
Estremo Oriente	55	11.000	840
Sub-Continente Indiano	520	207.000	46
Sud-Est asiatico	210	25.000	140
Medio Oriente	190	9.800	120
AMERICA LATINA e CARAIBI	190	22.000	160
OCEANIA	240	530	83

* Comprende UK, Canada, USA, Giappone, Australia e Nuova Zelanda, che sono escluse dai totali regionali

Tabella 2. Incidenza delle principali cause dirette di mortalità materna nel mondo, 2000²

Causa	Incidenza (% dei nati vivi)	Numero di casi (2000)	Tasso caso/mortalità	Morti materne (n)	% di tutte le morti dirette
Emorragia	10,5	13.795.000	1,0	132.000	28
Sepsi	4,4	5.768.000	1,3	79.000	16
Preeclampsia-eclampsia	3,2	4.152.000	1,7	63.000	13
Distocia in travaglio	4,6	6.038.000	0,7	42.000	9
Aborto	14,8	19.340.000	0,3	69.000	15



mezzi fisici (calze elastiche, di caratteristiche e dimensioni adeguate e indossate per 23 ore al giorno) (14). Dato l'impiego prevalente in ostetricia di tecniche di analgesia e anestesia locoregionale perimidollare, per ridurre il rischio di ematoma spinale è opportuno rispettare adeguati intervalli di sicurezza tra puntura lombare/ rimozione del catetere peridurale e somministrazione di farmaci attivi sull'emostasi. In caso di ricorso ad ENF (almeno nei primi 3 giorni postpartum), la profilassi può iniziare tranquillamente entro 6 ore da una puntura lombare non traumatica (come previsto dal RCOG) e l'eventuale catetere peridurale può essere rimosso a metà intervallo tra due dosi successive di ENF (15). In caso di impiego di EBPM, prima di iniziare la tromboprofilassi postpartum sarebbe più sicuro aspettare 8-12 ore dalla puntura lombare atraumatica (ESRA; 2001) (16) e il catetere peridurale andrebbe tolto 12 ore dopo l'ultima dose di EBPM. La prima dose successiva alla rimozione del catetere dovrebbe essere somministrata non prima di 8-12 ore dalla rimozione del catetere (17). In caso di impiego di EBPM, sarebbe opportuno (almeno nei primi 3 giorni postpartum) l'utilizzo di molecole che prevedano l'adattamento della dose da somministrare al peso della paziente: per esempio, nadroparina 40 U/kg/d per i primi 3 giorni postpartum (quando insieme al rischio trombotico coesiste un importante rischio emorragico, non solo spinale) per poi passare alla dose profilattica piena (60 U/kg/d) a partire dalla quarta giornata postpartum.

Per ridurre il rischio di ematoma spinale, importante anche evitare nel peripartum l'impiego di antiaggreganti piastrinici: pertanto, l'ASA andrebbe sospeso per almeno una settimana prima del parto programmato e sarebbe meglio evitare il ricorso come analgesici ai FANS (che tra l'altro potrebbero interferire anche con la formazione del globo di sicurezza e creare problemi neonatologici a livello del dotto di Botallo).

Sia con l'ENF che con le EBPM, è opportuno un controllo delle piastrine a 3-5 giorni dall'inizio della tromboprofilassi (per il rischio di trombocitopenia eparindotta, una gravissima complicanza, anche mortale, caratterizzata da trombosi arteriose e venose). Tale rischio è maggiore con l'ENF rispetto alle EBPM, ma per brevi cicli profilattici tale considerazione non dovrebbe essere decisiva.

Tabella 4. Fattori di rischio per MTE durante la gravidanza e il puerperio (RCOG, 2003)

PREESISTENTI

- Pregressa MTE
- Trombofilia
 - Carenza antitrombina III
 - Carenza Proteina C
 - Carenza Proteina S
 - Fattore V Leiden
 - Variante del gene protrombinico
 - Anticoagulante lupico (sindrome Antifosfolipidi)
 - Anticorpi anticardiolipinici
- Età >35 anni
- Obesità (BMI >30 kg/m²) sia pregestazionale che precocemente all'inizio della gravidanza
- Parità >4
- Grosse vene varicose
- Paraplegia
- Anemia falciforme
- Disturbi infiammatori, per esempio malattia infiammatoria intestinale
- Alcuni disturbi medici, per esempio sindrome nefrosica, alcune cardiopatie
- Disturbi mieloproliferativi (per esempio trombocitemia essenziale, policitemia vera)

RECENTI/TRANSITORI*

- Procedure chirurgiche in gravidanza o puerperio: per esempio, RCU dopo aborto, sterilizzazione postpartum
- Iperemesi
- Disidratazione
- Infezioni gravi (per esempio pielonefrite)
- Immobilità (allettamento >4 giorni)
- Pre-eclampsia
- Perdite ematiche eccessive
- Viaggi prolungati
- Travaglio prolungato **
- Parto strumentale al medio scavo
- Immobilità dopo il parto **

* Questi fattori di rischio sono potenzialmente reversibili e possono svilupparsi in fase gestazionale successiva rispetto alla prima visita ginecologica o possono risolversi; pertanto è importante che la valutazione del rischio sia continua

** Fattori di rischio specifici per MTE esclusivamente postpartum

bibliografia

1. World Health Organization. Maternal mortality in 2000: estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva: World Health Organization; 2003 [www.who.int]
2. UNICEF. The progress of the Nations 2001. New York: United Nations Children's Fund 2001
3. CEMACH. Why mothers die. 2000-2002. The Sixth Report of the Confidential Enquires into Maternal Deaths in the United Kingdom. London: RCOG Press 2004
4. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Prophylaxis of venous thromboembolism: a national clinical guidelines. SIGN publication 62. Edinburg: SIGN 2002: www.sign.ac.uk (accessed 23 september 2003)
5. Geerts WH, Pineo GF, Heit JA, et al. Prevention of venous thromboembolism. The seven ACCP Conference on antithrombotic and thrombolytic therapy. Chest 2004; 126:338S-400S
6. Report of a Working Party on Prophylaxis against Thromboembolism in Gynaecology and Obstetrics. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologist 1995
7. RCOG. Thromboprophylaxis during pregnancy and after normal vaginal delivery. Practice Guideline N. XX. June 2003. www.rcog.org.uk. Accessed 23 October 2003
8. Martinelli I. Tromboembolismo venoso e gravidanza. Springer Verlag Italia, Milano 2003
9. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Prophylaxis of venous thromboembolism: a national clinical guidelines. SIGN publication 62. Edinburg: SIGN 2002: www.sign.ac.uk (accessed 23 september 2003)
10. ACOG, Practice Bulletin N. 36, 2002 July
11. RCOG. Thromboprophylaxis during pregnancy and after normal vaginal delivery. Practice Guideline N. XX June 2003. www.rcog.org.uk. Accessed 23 October 2003
12. Geerts WH, Pineo GF, Heit JA, et al. Prevention of venous thromboembolism. The seven ACCP Conference on antithrombotic and thrombolytic therapy. Chest 2004; 126:338S-400S
13. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Prophylaxis of venous thromboembolism: a national clinical guidelines. SIGN publication 62. Edinburg: SIGN, 2002: www.sign.ac.uk (accessed 23 september 2003)
14. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Prophylaxis of venous thromboembolism: a national clinical guidelines. SIGN publication 62. Edinburg: SIGN 2002: www.sign.ac.uk (accessed 23 september 2003)
15. Rao TLK, El-Etr AA. Anticoagulation following placement of epidural and subarachnoid catheters: an evaluation of neurologic sequelae. Anesthesiology 1981; 55:618-20
16. Tryba M. Clinical practice guidelines for the practice of regional anaesthesia. http://www.esraeurope.org/ Accessed 12 July 2003
17. Tryba M. Clinical practice guidelines for the practice of regional anaesthesia. http://www.esraeurope.org/ Accessed 12 July 2003

L'altro amore

Ginecologo di fama, professore di Sessuologia, oggi impegnato anche nel settore della Bioetica e della Storia della medicina, **Romano Forleo** è stato anche senatore, giornalista e scrittore di saggi e di libri di divulgazione scientifica. È di quest'anno il suo primo romanzo: "L'altro amore". A chiedergli cosa l'abbia spinto a scrivere questa storia particolare è l'amico e collega Carlo Sbiroli, presidente Aogoi

di Carlo Sbiroli
Presidente Aogoi

Mi è facile mettere il sale sulla coda di Romano Forleo, ci conosciamo sin dagli anni '60. Abitiamo di fronte e non c'è passo saliente della nostra vita, commedia o dramma, che non abbiamo condiviso. Mi passa il suo "primo romanzo": "L'altro Amore" un libro di più di quattrocento pagine, edito da Baldini-Castoldi-Dalai, uno dei più importanti editori italiani.

Dal "professore" (mi ostino a chiamarlo così e a dargli del Lei, anche se la cosa lo irrita) mi sono sempre aspettato di tutto, data la sua identità centrata sul cambiamento, senza percorrere mai la stessa strada, sempre di corsa.

Ha nel sangue "la pedagogia attraverso il gioco e l'avventura", una la fa e due le pensa. Sono quindi abituato alle sue molteplici attività, dai laboratori di ricerca sulla biosintesi steroidea, alla sessuologia alla Storia della Ostetricia. Conosciamo tutti la sua abilità di oratore e la sua passione di educatore e didatta, molti di noi sanno che è un giornalista pungente e raffinato ed un politico fantasioso, ma... non mi aspettavo davvero che scrivesse romanzi d'amore.

Perché questo romanzo?

Tutti abbiamo sogni nel cassetto, e a molti di noi la fantasia fa lo scherzo di non arrestarsi mai. Mi sembra sempre di aver tanto da sognare ancora.

Ma, perché scriverlo?

I sogni non si raccontano, se non allo psicanalista, se ci si crede. Ma perché tenersi per sé le avventure dello spirito. Quando fissi sulla carta una storia senti quasi l'obbligo di trasmettere agli altri quello che fatti e personaggi ti dicono... sono stato trascinato da lo-

ro, non sapevo più arrestarmi, ho dovuto inventarmi una fine altrimenti diveniva una storia infinita.

Ho letto le sue parole tutte di un fiato e ho trovato molto di Lei nelle pagine

I romanzi sono tutti un po' autobiografici, anche se non te ne accorgi quando scrivi. Ci sei anche tu nelle sfaccettature di alcuni.

Perché qualche sogno ricco di erotismo?

Non per rendere più vendibile il libro, ma per rendere più reali i personaggi... Non hai mai pensieri erotici?... probabilmente hai solo quelli, oggi! Scherzo ovviamente. E poi, insegnando Sessuologia da più di venti anni, prima ai ginecologi e ora alla facoltà di psicologia, come faccio a parlare di amore senza entrare in quello caldo e carnale fra un uomo ed una donna. Anche nella Bibbia la più bella poesia è quella erotica del Cantico dei Cantici.

Il libro affronta anche temi religiosi e sociali. Mi sembra che Lei guardi con simpatia lo spirito rivoluzionario che aleggia in Sud America

Sai che sono un inguaribile pacifista. Vorrei che guerra e violenza sparissero dal vocabolario umano. Avendo però conosciuto direttamente i Paesi del terzo mondo, e visto le orribili situa-

zioni in cui si nasce, la mia "sete e fame di giustizia" mi rende più attento alle "attese della povera gente", come diceva La Pira.

Dopo aver letto il libro comprendo che non mi voglia dire di più del contenuto, per non svelare i segreti della storia... Ma cosa vuol dire ai colleghi che leggeranno queste righe?

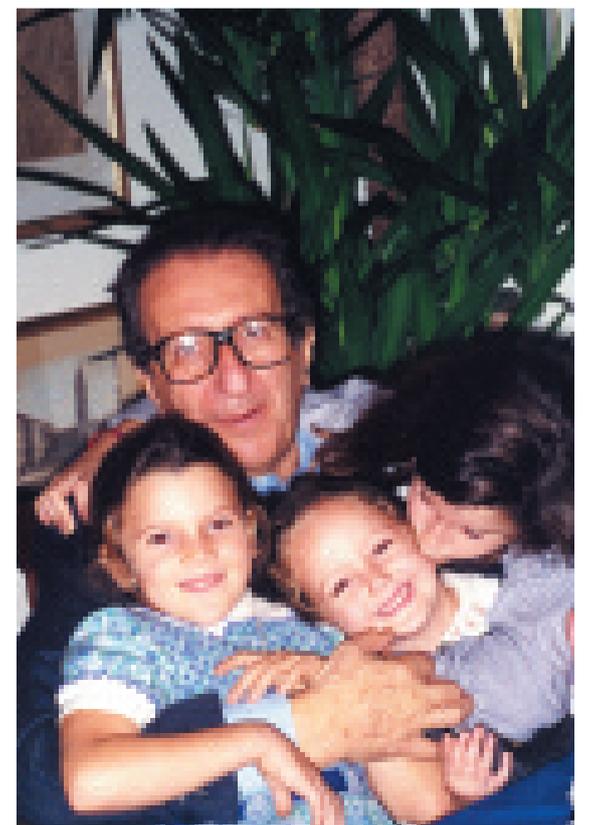
Vorrei invitarli a lasciare nella loro affannosa giorna-

ta un angolo da riempire con il pensiero alternativo, e di soffermarsi più sui problemi della mente e del cuore che sulle problematiche tecniche. Mi sono divertito molto a scrivere.



Una storia d'amore tra due giovani medici. Ma qualcosa succede a deviare fin dall'inizio il cammino previsto, qualcosa che già era dentro di loro, un impulso diverso, come sopito e celato dalla passione

Nella foto



Romano Forleo

L'ALTRO AMORE

Baldini Castoldi Dalai Editore

<http://www.bcdeditore.it>

info@bcdeditore.it

Pagine 414 - Euro 15,00



Apparentemente il romanzo sembra raccontare una storia d'amore che, come tutte le storie d'amore, mette in scena i meccanismi di un sentimento sempre in bilico tra promesse e disinganni, tra accensioni e smarrimenti. Enrico e Laura sono due giovani medici che, con tutto l'ardore e gli impulsi della giovinezza, pensano di essere pronti, insieme, ad affrontare un destino già indicato in qualche modo da sogni e propositi tessuti in comune.

Ma qualcosa succede a deviare fin dall'inizio il cammino previsto, qualcosa che era già dentro di loro, un impulso diverso, come sopito e celato dalla passione.

È l'altro amore di cui parla il titolo, che ha un'irruenza più sottile ma non per questo meno urgente. I due si allontanano, si perdono, si ritrovano. La voce narrante segue a capitoli alterni le vicende dell'uno e dell'altro, il loro vagare per il mondo, dalla Spagna al Brasile, dalla Colombia in piena guerriglia a una Cuba

indigente e solare. Ma le avventure e i pericoli, affrontati con decisione, con ostinazione, quasi a cercare tra paesaggi nuovi, tra genti segnate dalla sofferenza e dalla povertà, un sollievo alla solitudine, non allontanano i dubbi e le domande che assediano Enrico e Laura; il loro amore mancato si riaccende, insieme ai desideri rimossi, come quello per un figlio, mentre le pulsioni erotiche non demordono, esigono possesso e piacere.

Forleo, noto ginecologo romano, segue la carriera e il destino dei due protagonisti,

scegliendone i momenti salienti, dalle dure scene della sala operatoria agli intrighi dei Palazzi Vaticani, dai duri rapporti di lavoro alla pacificazione della natura, nell'intenzione, pienamente risolta, di affrontare quei temi etici e religiosi che la narrativa contemporanea sembra aver dimenticato. L'Autore ha qui il coraggio di riproporli, attraverso l'ambiguità dei sentimenti, ma anche con il gusto di raccontare una storia avvincente, ricca di domande e di sorprese.

Quale altra passione si inserirà nella vita dei due? L'amore per la medicina o per qualcosa di più misterioso? La rottura dell'amore porterà i due giovani medici a perdersi di vista o darà vita in seguito ad un forte desiderio di incontrarsi?

Si alternano nel libro i capitoli, uno dedicato ad Enrico, l'altro alla vita di Laura. Saranno le foreste del Rio delle Amazzoni a travolgere nell'avventura le due esistenze parallele?

Prefolic[®]

VO3AF N⁵-metiltetraidrofolato di calcio

Riassunto delle caratteristiche del prodotto 1. DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE PREFOLIC[®] 15 Compresse PREFOLIC[®] 15 Iniezioni PREFOLIC[®] 50 Iniezioni 2. **COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** PREFOLIC[®] 15: Compresse: 15 compresse per compresso: calcio: 150 mg; N⁵-metiltetraidrofolato di calcio: 15 mg; PREFOLIC[®] 15 Iniezioni: 15 iniezioni da 10 mg; PREFOLIC[®] 50 Iniezioni: 50 iniezioni da 10 mg; PREFOLIC[®] 50 Iniezioni: 50 iniezioni da 10 mg. 3. **FORMA FARMACOTECNICA** Compresse: 15 compresse per compresso; 15 iniezioni; 50 iniezioni. 4. **INDICAZIONI CLINICHE** 4.1 Indicazione terapeutica: 4.1.1 Iniezioni: 4.1.2 Compresse: 4.2 **Controindicazioni** 4.2.1 Iniezioni: 4.2.2 Compresse: 4.3 **Precauzioni d'uso** 4.3.1 Iniezioni: 4.3.2 Compresse: 4.4 **Interazioni** 4.4.1 Iniezioni: 4.4.2 Compresse: 4.5 **Effetti indesiderati** 4.5.1 Iniezioni: 4.5.2 Compresse: 4.6 **Modo di somministrazione** 4.6.1 Iniezioni: 4.6.2 Compresse: 4.7 **Modo di conservazione** 4.7.1 Iniezioni: 4.7.2 Compresse: 4.8 **Contenuto della confezione** 4.8.1 Iniezioni: 4.8.2 Compresse: 4.9 **Proprietà farmacodinamiche** 4.9.1 Iniezioni: 4.9.2 Compresse: 4.10 **Proprietà farmacocinetiche** 4.10.1 Iniezioni: 4.10.2 Compresse: 4.11 **Proprietà farmacologiche** 4.11.1 Iniezioni: 4.11.2 Compresse: 4.12 **Proprietà farmacologiche** 4.12.1 Iniezioni: 4.12.2 Compresse: 4.13 **Proprietà farmacologiche** 4.13.1 Iniezioni: 4.13.2 Compresse: 4.14 **Proprietà farmacologiche** 4.14.1 Iniezioni: 4.14.2 Compresse: 4.15 **Proprietà farmacologiche** 4.15.1 Iniezioni: 4.15.2 Compresse: 4.16 **Proprietà farmacologiche** 4.16.1 Iniezioni: 4.16.2 Compresse: 4.17 **Proprietà farmacologiche** 4.17.1 Iniezioni: 4.17.2 Compresse: 4.18 **Proprietà farmacologiche** 4.18.1 Iniezioni: 4.18.2 Compresse: 4.19 **Proprietà farmacologiche** 4.19.1 Iniezioni: 4.19.2 Compresse: 4.20 **Proprietà farmacologiche** 4.20.1 Iniezioni: 4.20.2 Compresse: 4.21 **Proprietà farmacologiche** 4.21.1 Iniezioni: 4.21.2 Compresse: 4.22 **Proprietà farmacologiche** 4.22.1 Iniezioni: 4.22.2 Compresse: 4.23 **Proprietà farmacologiche** 4.23.1 Iniezioni: 4.23.2 Compresse: 4.24 **Proprietà farmacologiche** 4.24.1 Iniezioni: 4.24.2 Compresse: 4.25 **Proprietà farmacologiche** 4.25.1 Iniezioni: 4.25.2 Compresse: 4.26 **Proprietà farmacologiche** 4.26.1 Iniezioni: 4.26.2 Compresse: 4.27 **Proprietà farmacologiche** 4.27.1 Iniezioni: 4.27.2 Compresse: 4.28 **Proprietà farmacologiche** 4.28.1 Iniezioni: 4.28.2 Compresse: 4.29 **Proprietà farmacologiche** 4.29.1 Iniezioni: 4.29.2 Compresse: 4.30 **Proprietà farmacologiche** 4.30.1 Iniezioni: 4.30.2 Compresse: 4.31 **Proprietà farmacologiche** 4.31.1 Iniezioni: 4.31.2 Compresse: 4.32 **Proprietà farmacologiche** 4.32.1 Iniezioni: 4.32.2 Compresse: 4.33 **Proprietà farmacologiche** 4.33.1 Iniezioni: 4.33.2 Compresse: 4.34 **Proprietà farmacologiche** 4.34.1 Iniezioni: 4.34.2 Compresse: 4.35 **Proprietà farmacologiche** 4.35.1 Iniezioni: 4.35.2 Compresse: 4.36 **Proprietà farmacologiche** 4.36.1 Iniezioni: 4.36.2 Compresse: 4.37 **Proprietà farmacologiche** 4.37.1 Iniezioni: 4.37.2 Compresse: 4.38 **Proprietà farmacologiche** 4.38.1 Iniezioni: 4.38.2 Compresse: 4.39 **Proprietà farmacologiche** 4.39.1 Iniezioni: 4.39.2 Compresse: 4.40 **Proprietà farmacologiche** 4.40.1 Iniezioni: 4.40.2 Compresse: 4.41 **Proprietà farmacologiche** 4.41.1 Iniezioni: 4.41.2 Compresse: 4.42 **Proprietà farmacologiche** 4.42.1 Iniezioni: 4.42.2 Compresse: 4.43 **Proprietà farmacologiche** 4.43.1 Iniezioni: 4.43.2 Compresse: 4.44 **Proprietà farmacologiche** 4.44.1 Iniezioni: 4.44.2 Compresse: 4.45 **Proprietà farmacologiche** 4.45.1 Iniezioni: 4.45.2 Compresse: 4.46 **Proprietà farmacologiche** 4.46.1 Iniezioni: 4.46.2 Compresse: 4.47 **Proprietà farmacologiche** 4.47.1 Iniezioni: 4.47.2 Compresse: 4.48 **Proprietà farmacologiche** 4.48.1 Iniezioni: 4.48.2 Compresse: 4.49 **Proprietà farmacologiche** 4.49.1 Iniezioni: 4.49.2 Compresse: 4.50 **Proprietà farmacologiche** 4.50.1 Iniezioni: 4.50.2 Compresse: 4.51 **Proprietà farmacologiche** 4.51.1 Iniezioni: 4.51.2 Compresse: 4.52 **Proprietà farmacologiche** 4.52.1 Iniezioni: 4.52.2 Compresse: 4.53 **Proprietà farmacologiche** 4.53.1 Iniezioni: 4.53.2 Compresse: 4.54 **Proprietà farmacologiche** 4.54.1 Iniezioni: 4.54.2 Compresse: 4.55 **Proprietà farmacologiche** 4.55.1 Iniezioni: 4.55.2 Compresse: 4.56 **Proprietà farmacologiche** 4.56.1 Iniezioni: 4.56.2 Compresse: 4.57 **Proprietà farmacologiche** 4.57.1 Iniezioni: 4.57.2 Compresse: 4.58 **Proprietà farmacologiche** 4.58.1 Iniezioni: 4.58.2 Compresse: 4.59 **Proprietà farmacologiche** 4.59.1 Iniezioni: 4.59.2 Compresse: 4.60 **Proprietà farmacologiche** 4.60.1 Iniezioni: 4.60.2 Compresse: 4.61 **Proprietà farmacologiche** 4.61.1 Iniezioni: 4.61.2 Compresse: 4.62 **Proprietà farmacologiche** 4.62.1 Iniezioni: 4.62.2 Compresse: 4.63 **Proprietà farmacologiche** 4.63.1 Iniezioni: 4.63.2 Compresse: 4.64 **Proprietà farmacologiche** 4.64.1 Iniezioni: 4.64.2 Compresse: 4.65 **Proprietà farmacologiche** 4.65.1 Iniezioni: 4.65.2 Compresse: 4.66 **Proprietà farmacologiche** 4.66.1 Iniezioni: 4.66.2 Compresse: 4.67 **Proprietà farmacologiche** 4.67.1 Iniezioni: 4.67.2 Compresse: 4.68 **Proprietà farmacologiche** 4.68.1 Iniezioni: 4.68.2 Compresse: 4.69 **Proprietà farmacologiche** 4.69.1 Iniezioni: 4.69.2 Compresse: 4.70 **Proprietà farmacologiche** 4.70.1 Iniezioni: 4.70.2 Compresse: 4.71 **Proprietà farmacologiche** 4.71.1 Iniezioni: 4.71.2 Compresse: 4.72 **Proprietà farmacologiche** 4.72.1 Iniezioni: 4.72.2 Compresse: 4.73 **Proprietà farmacologiche** 4.73.1 Iniezioni: 4.73.2 Compresse: 4.74 **Proprietà farmacologiche** 4.74.1 Iniezioni: 4.74.2 Compresse: 4.75 **Proprietà farmacologiche** 4.75.1 Iniezioni: 4.75.2 Compresse: 4.76 **Proprietà farmacologiche** 4.76.1 Iniezioni: 4.76.2 Compresse: 4.77 **Proprietà farmacologiche** 4.77.1 Iniezioni: 4.77.2 Compresse: 4.78 **Proprietà farmacologiche** 4.78.1 Iniezioni: 4.78.2 Compresse: 4.79 **Proprietà farmacologiche** 4.79.1 Iniezioni: 4.79.2 Compresse: 4.80 **Proprietà farmacologiche** 4.80.1 Iniezioni: 4.80.2 Compresse: 4.81 **Proprietà farmacologiche** 4.81.1 Iniezioni: 4.81.2 Compresse: 4.82 **Proprietà farmacologiche** 4.82.1 Iniezioni: 4.82.2 Compresse: 4.83 **Proprietà farmacologiche** 4.83.1 Iniezioni: 4.83.2 Compresse: 4.84 **Proprietà farmacologiche** 4.84.1 Iniezioni: 4.84.2 Compresse: 4.85 **Proprietà farmacologiche** 4.85.1 Iniezioni: 4.85.2 Compresse: 4.86 **Proprietà farmacologiche** 4.86.1 Iniezioni: 4.86.2 Compresse: 4.87 **Proprietà farmacologiche** 4.87.1 Iniezioni: 4.87.2 Compresse: 4.88 **Proprietà farmacologiche** 4.88.1 Iniezioni: 4.88.2 Compresse: 4.89 **Proprietà farmacologiche** 4.89.1 Iniezioni: 4.89.2 Compresse: 4.90 **Proprietà farmacologiche** 4.90.1 Iniezioni: 4.90.2 Compresse: 4.91 **Proprietà farmacologiche** 4.91.1 Iniezioni: 4.91.2 Compresse: 4.92 **Proprietà farmacologiche** 4.92.1 Iniezioni: 4.92.2 Compresse: 4.93 **Proprietà farmacologiche** 4.93.1 Iniezioni: 4.93.2 Compresse: 4.94 **Proprietà farmacologiche** 4.94.1 Iniezioni: 4.94.2 Compresse: 4.95 **Proprietà farmacologiche** 4.95.1 Iniezioni: 4.95.2 Compresse: 4.96 **Proprietà farmacologiche** 4.96.1 Iniezioni: 4.96.2 Compresse: 4.97 **Proprietà farmacologiche** 4.97.1 Iniezioni: 4.97.2 Compresse: 4.98 **Proprietà farmacologiche** 4.98.1 Iniezioni: 4.98.2 Compresse: 4.99 **Proprietà farmacologiche** 4.99.1 Iniezioni: 4.99.2 Compresse: 5.00 **Proprietà farmacologiche** 5.00.1 Iniezioni: 5.00.2 Compresse: 5.01 **Proprietà farmacologiche** 5.01.1 Iniezioni: 5.01.2 Compresse: 5.02 **Proprietà farmacologiche** 5.02.1 Iniezioni: 5.02.2 Compresse: 5.03 **Proprietà farmacologiche** 5.03.1 Iniezioni: 5.03.2 Compresse: 5.04 **Proprietà farmacologiche** 5.04.1 Iniezioni: 5.04.2 Compresse: 5.05 **Proprietà farmacologiche** 5.05.1 Iniezioni: 5.05.2 Compresse: 5.06 **Proprietà farmacologiche** 5.06.1 Iniezioni: 5.06.2 Compresse: 5.07 **Proprietà farmacologiche** 5.07.1 Iniezioni: 5.07.2 Compresse: 5.08 **Proprietà farmacologiche** 5.08.1 Iniezioni: 5.08.2 Compresse: 5.09 **Proprietà farmacologiche** 5.09.1 Iniezioni: 5.09.2 Compresse: 5.10 **Proprietà farmacologiche** 5.10.1 Iniezioni: 5.10.2 Compresse: 5.11 **Proprietà farmacologiche** 5.11.1 Iniezioni: 5.11.2 Compresse: 5.12 **Proprietà farmacologiche** 5.12.1 Iniezioni: 5.12.2 Compresse: 5.13 **Proprietà farmacologiche** 5.13.1 Iniezioni: 5.13.2 Compresse: 5.14 **Proprietà farmacologiche** 5.14.1 Iniezioni: 5.14.2 Compresse: 5.15 **Proprietà farmacologiche** 5.15.1 Iniezioni: 5.15.2 Compresse: 5.16 **Proprietà farmacologiche** 5.16.1 Iniezioni: 5.16.2 Compresse: 5.17 **Proprietà farmacologiche** 5.17.1 Iniezioni: 5.17.2 Compresse: 5.18 **Proprietà farmacologiche** 5.18.1 Iniezioni: 5.18.2 Compresse: 5.19 **Proprietà farmacologiche** 5.19.1 Iniezioni: 5.19.2 Compresse: 5.20 **Proprietà farmacologiche** 5.20.1 Iniezioni: 5.20.2 Compresse: 5.21 **Proprietà farmacologiche** 5.21.1 Iniezioni: 5.21.2 Compresse: 5.22 **Proprietà farmacologiche** 5.22.1 Iniezioni: 5.22.2 Compresse: 5.23 **Proprietà farmacologiche** 5.23.1 Iniezioni: 5.23.2 Compresse: 5.24 **Proprietà farmacologiche** 5.24.1 Iniezioni: 5.24.2 Compresse: 5.25 **Proprietà farmacologiche** 5.25.1 Iniezioni: 5.25.2 Compresse: 5.26 **Proprietà farmacologiche** 5.26.1 Iniezioni: 5.26.2 Compresse: 5.27 **Proprietà farmacologiche** 5.27.1 Iniezioni: 5.27.2 Compresse: 5.28 **Proprietà farmacologiche** 5.28.1 Iniezioni: 5.28.2 Compresse: 5.29 **Proprietà farmacologiche** 5.29.1 Iniezioni: 5.29.2 Compresse: 5.30 **Proprietà farmacologiche** 5.30.1 Iniezioni: 5.30.2 Compresse: 5.31 **Proprietà farmacologiche** 5.31.1 Iniezioni: 5.31.2 Compresse: 5.32 **Proprietà farmacologiche** 5.32.1 Iniezioni: 5.32.2 Compresse: 5.33 **Proprietà farmacologiche** 5.33.1 Iniezioni: 5.33.2 Compresse: 5.34 **Proprietà farmacologiche** 5.34.1 Iniezioni: 5.34.2 Compresse: 5.35 **Proprietà farmacologiche** 5.35.1 Iniezioni: 5.35.2 Compresse: 5.36 **Proprietà farmacologiche** 5.36.1 Iniezioni: 5.36.2 Compresse: 5.37 **Proprietà farmacologiche** 5.37.1 Iniezioni: 5.37.2 Compresse: 5.38 **Proprietà farmacologiche** 5.38.1 Iniezioni: 5.38.2 Compresse: 5.39 **Proprietà farmacologiche** 5.39.1 Iniezioni: 5.39.2 Compresse: 5.40 **Proprietà farmacologiche** 5.40.1 Iniezioni: 5.40.2 Compresse: 5.41 **Proprietà farmacologiche** 5.41.1 Iniezioni: 5.41.2 Compresse: 5.42 **Proprietà farmacologiche** 5.42.1 Iniezioni: 5.42.2 Compresse: 5.43 **Proprietà farmacologiche** 5.43.1 Iniezioni: 5.43.2 Compresse: 5.44 **Proprietà farmacologiche** 5.44.1 Iniezioni: 5.44.2 Compresse: 5.45 **Proprietà farmacologiche** 5.45.1 Iniezioni: 5.45.2 Compresse: 5.46 **Proprietà farmacologiche** 5.46.1 Iniezioni: 5.46.2 Compresse: 5.47 **Proprietà farmacologiche** 5.47.1 Iniezioni: 5.47.2 Compresse: 5.48 **Proprietà farmacologiche** 5.48.1 Iniezioni: 5.48.2 Compresse: 5.49 **Proprietà farmacologiche** 5.49.1 Iniezioni: 5.49.2 Compresse: 5.50 **Proprietà farmacologiche** 5.50.1 Iniezioni: 5.50.2 Compresse: 5.51 **Proprietà farmacologiche** 5.51.1 Iniezioni: 5.51.2 Compresse: 5.52 **Proprietà farmacologiche** 5.52.1 Iniezioni: 5.52.2 Compresse: 5.53 **Proprietà farmacologiche** 5.53.1 Iniezioni: 5.53.2 Compresse: 5.54 **Proprietà farmacologiche** 5.54.1 Iniezioni: 5.54.2 Compresse: 5.55 **Proprietà farmacologiche** 5.55.1 Iniezioni: 5.55.2 Compresse: 5.56 **Proprietà farmacologiche** 5.56.1 Iniezioni: 5.56.2 Compresse: 5.57 **Proprietà farmacologiche** 5.57.1 Iniezioni: 5.57.2 Compresse: 5.58 **Proprietà farmacologiche** 5.58.1 Iniezioni: 5.58.2 Compresse: 5.59 **Proprietà farmacologiche** 5.59.1 Iniezioni: 5.59.2 Compresse: 5.60 **Proprietà farmacologiche** 5.60.1 Iniezioni: 5.60.2 Compresse: 5.61 **Proprietà farmacologiche** 5.61.1 Iniezioni: 5.61.2 Compresse: 5.62 **Proprietà farmacologiche** 5.62.1 Iniezioni: 5.62.2 Compresse: 5.63 **Proprietà farmacologiche** 5.63.1 Iniezioni: 5.63.2 Compresse: 5.64 **Proprietà farmacologiche** 5.64.1 Iniezioni: 5.64.2 Compresse: 5.65 **Proprietà farmacologiche** 5.65.1 Iniezioni: 5.65.2 Compresse: 5.66 **Proprietà farmacologiche** 5.66.1 Iniezioni: 5.66.2 Compresse: 5.67 **Proprietà farmacologiche** 5.67.1 Iniezioni: 5.67.2 Compresse: 5.68 **Proprietà farmacologiche** 5.68.1 Iniezioni: 5.68.2 Compresse: 5.69 **Proprietà farmacologiche** 5.69.1 Iniezioni: 5.69.2 Compresse: 5.70 **Proprietà farmacologiche** 5.70.1 Iniezioni: 5.70.2 Compresse: 5.71 **Proprietà farmacologiche** 5.71.1 Iniezioni: 5.71.2 Compresse: 5.72 **Proprietà farmacologiche** 5.72.1 Iniezioni: 5.72.2 Compresse: 5.73 **Proprietà farmacologiche** 5.73.1 Iniezioni: 5.73.2 Compresse: 5.74 **Proprietà farmacologiche** 5.74.1 Iniezioni: 5.74.2 Compresse: 5.75 **Proprietà farmacologiche** 5.75.1 Iniezioni: 5.75.2 Compresse: 5.76 **Proprietà farmacologiche** 5.76.1 Iniezioni: 5.76.2 Compresse: 5.77 **Proprietà farmacologiche** 5.77.1 Iniezioni: 5.77.2 Compresse: 5.78 **Proprietà farmacologiche** 5.78.1 Iniezioni: 5.78.2 Compresse: 5.79 **Proprietà farmacologiche** 5.79.1 Iniezioni: 5.79.2 Compresse: 5.80 **Proprietà farmacologiche** 5.80.1 Iniezioni: 5.80.2 Compresse: 5.81 **Proprietà farmacologiche** 5.81.1 Iniezioni: 5.81.2 Compresse: 5.82 **Proprietà farmacologiche** 5.82.1 Iniezioni: 5.82.2 Compresse: 5.83 **Proprietà farmacologiche** 5.83.1 Iniezioni: 5.83.2 Compresse: 5.84 **Proprietà farmacologiche** 5.84.1 Iniezioni: 5.84.2 Compresse: 5.85 **Proprietà farmacologiche** 5.85.1 Iniezioni: 5.85.2 Compresse: 5.86 **Proprietà farmacologiche** 5.86.1 Iniezioni: 5.86.2 Compresse: 5.87 **Proprietà farmacologiche** 5.87.1 Iniezioni: 5.87.2 Compresse: 5.88 **Proprietà farmacologiche** 5.88.1 Iniezioni: 5.88.2 Compresse: 5.89 **Proprietà farmacologiche** 5.89.1 Iniezioni: 5.89.2 Compresse: 5.90 **Proprietà farmacologiche** 5.90.1 Iniezioni: 5.90.2 Compresse: 5.91 **Proprietà farmacologiche** 5.91.1 Iniezioni: 5.91.2 Compresse: 5.92 **Proprietà farmacologiche** 5.92.1 Iniezioni: 5.92.2 Compresse: 5.93 **Proprietà farmacologiche** 5.93.1 Iniezioni: 5.93.2 Compresse: 5.94 **Proprietà farmacologiche** 5.94.1 Iniezioni: 5.94.2 Compresse: 5.95 **Proprietà farmacologiche** 5.95.1 Iniezioni: 5.95.2 Compresse: 5.96 **Proprietà farmacologiche** 5.96.1 Iniezioni: 5.96.2 Compresse: 5.97 **Proprietà farmacologiche** 5.97.1 Iniezioni: 5.97.2 Compresse: 5.98 **Proprietà farmacologiche** 5.98.1 Iniezioni: 5.98.2 Compresse: 5.99 **Proprietà farmacologiche** 5.99.1 Iniezioni: 5.99.2 Compresse: 6.00 **Proprietà farmacologiche** 6.00.1 Iniezioni: 6.00.2 Compresse: 6.01 **Proprietà farmacologiche** 6.01.1 Iniezioni: 6.01.2 Compresse: 6.02 **Proprietà farmacologiche** 6.02.1 Iniezioni: 6.02.2 Compresse: 6.03 **Proprietà farmacologiche** 6.03.1 Iniezioni: 6.03.2 Compresse: 6.04 **Proprietà farmacologiche** 6.04.1 Iniezioni: 6.04.2 Compresse: 6.05 **Proprietà farmacologiche** 6.05.1 Iniezioni: 6.05.2 Compresse: 6.06 **Proprietà farmacologiche** 6.06.1 Iniezioni: 6.06.2 Compresse: 6.07 **Proprietà farmacologiche** 6.07.1 Iniezioni: 6.07.2 Compresse: 6.08 **Proprietà farmacologiche** 6.08.1 Iniezioni: 6.08.2 Compresse: 6.09 **Proprietà farmacologiche** 6.09.1 Iniezioni: 6.09.2 Compresse: 6.10 **Proprietà farmacologiche** 6.10.1 Iniezioni: 6.10.2 Compresse: 6.11 **Proprietà farmacologiche** 6.11.1 Iniezioni: 6.11.2 Compresse: 6.12 **Proprietà farmacologiche** 6.12.1 Iniezioni: 6.12.2 Compresse: 6.13 **Proprietà farmacologiche** 6.13.1 Iniezioni: 6.13.2 Compresse: 6.14 **Proprietà farmacologiche** 6.14.1 Iniezioni: 6.14.2 Compresse: 6.15 **Proprietà farmacologiche** 6.15.1 Iniezioni: 6.15.2 Compresse: 6.16 **Proprietà farmacologiche** 6.16.1 Iniezioni: 6.16.2 Compresse: 6.17 **Proprietà farmacologiche** 6.17.1 Iniezioni: 6.17.2 Compresse: 6.18 **Proprietà farmacologiche** 6.18.1 Iniezioni: 6.18.2 Compresse: 6.19 **Proprietà farmacologiche** 6.19.1 Iniezioni: 6.19.2 Compresse: 6.20 **Proprietà farmacologiche** 6.20.1 Iniezioni: 6.20.2 Compresse: 6.21 **Proprietà farmacologiche** 6.21.1 Iniezioni: 6.21.2 Compresse: 6.22 **Proprietà farmacologiche** 6.22.1 Iniezioni: 6.22.2 Compresse: 6.23 **Proprietà farmacologiche** 6.23.1 Iniezioni: 6.23.2 Compresse: 6.24 **Proprietà farmacologiche** 6.24.1 Iniezioni: 6.24.2 Compresse: 6.25 **Proprietà farmacologiche** 6.25.1 Iniezioni: 6.25.2 Compresse: 6.26 **Proprietà farmacologiche** 6.26.1 Iniezioni: 6.26.2 Compresse: 6.27 **Proprietà farmacologiche** 6.27.1 Iniezioni: 6.27.2 Compresse: 6.28 **Proprietà farmacologiche** 6.28.1 Iniezioni: 6.28.2 Compresse: 6.29 **Proprietà farmacologiche** 6.29.1 Iniezioni: 6.29.2 Compresse: 6.30 **Proprietà farmacologiche** 6.30.1 Iniezioni: 6.30.2 Compresse: 6.31 **Proprietà farmacologiche** 6.31.1 Iniezioni: 6.31.2 Compresse: 6.32 **Proprietà farmacologiche** 6.32.1 Iniezioni: 6.32.2 Compresse: 6.33 **Proprietà farmacologiche** 6.33.1 Iniezioni: 6.33.2 Compresse: 6.34 **Proprietà farmacologiche** 6.34.1 Iniezioni: 6.34.2 Compresse: 6.35 **Proprietà farmacologiche** 6.35.1 Iniezioni: 6.35.2 Compresse: 6.36 **Proprietà farmacologiche** 6.36.1 Iniezioni: 6.36.2 Compresse: 6.37 **Proprietà farmacologiche** 6.37.1 Iniezioni: 6.37.2 Compresse: 6.38 **Proprietà farmacologiche** 6.38.1 Iniezioni: 6.38.2 Compresse: 6.39 **Proprietà farmacologiche** 6.39.1 Iniezioni: 6.39.2 Compresse: 6.40 **Proprietà farmacologiche** 6.40.1 Iniezioni: 6.40.2 Compresse: 6.41 **Proprietà farmacologiche** 6.41.1 Iniezioni: 6.41.2 Compresse: 6.42 **Proprietà farmacologiche** 6.42.1 Iniezioni: 6.42.2 Compresse: 6.43 **Proprietà farmacologiche** 6.43.1 Iniezioni: 6.43.2 Compresse: 6.44 **Proprietà farmacologiche** 6.44.1 Iniezioni: 6.44.2 Compresse: 6.45 **Proprietà farmacologiche** 6.45.1 Iniezioni: 6.45.2 Compresse: 6.46 **Proprietà farmacologiche** 6.46.1 Iniezioni: 6.46.2 Compresse: 6.47 **Proprietà farmacologiche** 6.47.1 Iniezioni: 6.47.2 Compresse: 6.48 **Proprietà farmacologiche** 6.48.1 Iniezioni: 6.48.2 Compresse: 6.49 **Proprietà farmacologiche** 6.49.1 Iniezioni: 6.49.2 Compresse: 6.50 **Proprietà farmacologiche** 6.50.1 Iniezioni: 6.50.2 Compresse: 6.51 **Proprietà farmacologiche** 6.51.1 Iniezioni: 6.51.2 Compresse: 6.52 **Proprietà farmacologiche** 6.52.1 Iniezioni: 6.52.2 Compresse: 6.53 **Proprietà farmacologiche** 6.53.1 Iniezioni: 6.53.2 Compresse: 6.54 **Proprietà farmacologiche** 6.54.1 Iniezioni: 6.54.2 Compresse: 6.55 **Proprietà farmacologiche** 6.55.1 Iniezioni: 6.55.2 Compresse: 6.56 **Proprietà farmacologiche** 6.56.1 Iniezioni: 6.56.2 Compresse: 6.57 **Proprietà farmacologiche** 6.57.1 Iniezioni: 6.57.2 Compresse: 6.58 **Proprietà farmacologiche** 6.58.1 Iniezioni: 6.58.2 Compresse: 6.59 **Proprietà farmacologiche** 6.59.1 Iniezioni: 6.59.2 Compresse: 6.60 **Proprietà farmacologiche** 6.60.1 Iniezioni: 6.60.2 Compresse: 6.61 **Proprietà farmacologiche** 6.61.1 Iniezioni: 6.61.2 Compresse: 6.62 **Proprietà farmacologiche** 6.62.1 Iniezioni: 6.62.2 Compresse: 6.63 **Proprietà farmacologiche** 6.63.1 Iniezioni: 6.63.2 Compresse: 6.64 **Proprietà farmacologiche** 6.64.1 Iniezioni: 6.64.2 Compresse: 6.65 **Proprietà farmacologiche** 6.65.1 Iniezioni: 6.65.2 Compresse: 6.66 **Proprietà farmacologiche** 6.66.1 Iniezioni: 6.66.2 Compresse: 6.67 **Proprietà farmacologiche** 6.67.1 Iniezioni: 6.67.2 Compresse: 6.68 **Proprietà farmacologiche** 6.68.1 Iniezioni: 6.68.2 Compresse: 6.69 **Proprietà farmacologiche** 6.69.1 Iniezioni: 6.69.2 Compresse: 6.70 **Proprietà farmacologiche** 6.70.1 Iniezioni: 6.70.2 Compresse: 6.71 **Proprietà farmacologiche** 6.71.1 Iniezioni: 6.71.2 Compresse: 6.72 **Proprietà farmacologiche** 6.72.1 Iniezioni: 6.72.2 Compresse: 6.73 **Proprietà farmacologiche** 6.73.1 Iniezioni: 6.73.2 Compresse: 6.74 **Proprietà farmacologiche** 6.74.1 Iniezioni: 6.74.2 Compresse: 6.75 **Proprietà farmacologiche** 6.75.1 Iniezioni: 6.75.2 Compresse: 6.76 **Proprietà farmacologiche** 6.76.1 Iniezioni: 6.76.2 Compresse: 6.77 **Proprietà farmacologiche** 6.77.1 Iniezioni: 6.77.2 Compresse: 6.78 **Proprietà farmacologiche** 6.78.1 Iniezioni: 6.78.2 Compresse: 6.79 **Proprietà farmacologiche** 6.79.1 Iniezioni: 6.79.2 Compresse: 6.80 **Proprietà farmacologiche** 6.80.1 Iniezioni: 6.80.2 Compresse: 6.81 **Proprietà farmacologiche** 6.81.1 Iniezioni: 6.81.2 Compresse: 6.82 **Proprietà farmacologiche** 6.82.1 Iniezioni: 6.82.2 Compresse: 6.83 **Proprietà farmacologiche** 6.83.1 Iniezioni: 6.83.2 Compresse: 6.84 **Proprietà farmacologiche** 6.84.1 Iniezioni: 6.84.2 Compresse: 6.85 **Proprietà farmacologiche** 6.85.1 Iniezioni: 6.85.2 Compresse: 6.86 **Proprietà farmacologiche** 6.86.1 Iniezioni: 6.86.2 Compresse: 6.87 **Proprietà farmacologiche** 6.87.1 Iniezioni: 6.87.2 Compresse: 6.88 **Proprietà farmacologiche** 6.88.1 Iniezioni: 6.88.2 Compresse: 6.89 **Proprietà farmacologiche** 6.89.1 Iniezioni: 6.89.2 Compresse: 6

convegni e corsi



convegni

2-4 maggio

San Daniele del Friuli (Ud)
**CORSO DI PERFEZIONAMENTO
IN LAPAROSCOPIA GINECOLOGICA**

Segreteria organizzativa
Dott. Giovanni Del Frate
Viale Trento Trieste 33 - 33038
San Daniele del Friuli (Ud)
Tel. 0432.949219 Fax 0432.949280
osgi@ass4.sanita.fgv.it

6 maggio

Verona
**II CONGRESSO REGIONALE SIEOG VENETO
LO SCREENING PRENATALE**

Segreteria organizzativa
Dott. Vincenzo Tinelli
Tel. 347.6094727 - vincenzo.tinelli@azosp.vr.it

6 maggio

Torino
**10° CONGRESSO REGIONALE A.O.G.O.I.
PIEMONTE**

Segreteria organizzativa
Symposium S.a.s. - Via Gozzano 14 - ang.
Via c. Battisti 10073 Cirié To
Tel. 011.9211467 Fax 011.9224992
symposium@symposium.it

6 maggio

Genova
**INCONTINENZA URINARIA DA SFORZO:
DALLA VIA RETROPUBICA
ALLA VIA TRANS-OTTURATORIA**

Segreteria organizzativa
Symposia Organizzazione Congressi S.R.L.
Piazza Campetto 2/8
Palazzo del Melograno -16123 Genova
Tel. 010.255103 Fax 010.255009
symposia@symposiacongressi.com

9-10 maggio

Verona
**APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE
ALLA PATOLOGIA PELVI-PERINEALE
NELLA DONNA**

Segreteria organizzativa
Congressi ed Eventi
Soluzioni Omnia Media Srl
Via Anfiteatro 10 - 37121 Verona
Tel. 045.8034553 Fax 045.8021669
grigoli@soluzioniverona.it

12-13 Maggio

Treviso
**CORSO NAZIONALE A.I.U.G. - LA NUOVA
CHIRURGIA PROTETICA DEL PAVIMENTO
PELVICO: DUBBI CERTEZZE PROSPETTIVE**

Segreteria organizzativa
Medik - Via S. Crispino 106 35129 Padova
Tel. 049.8944500 Fax 049.8944501
segreteria.organizzativa@medik.net

14 maggio

Aquapendente (Vt)
**MENOPAUSA: ATTUALITÀ
E APPROFONDIMENTI**

Segreteria organizzativa
P.R. Communication s.r.l.
Viale di Tor Di Quinto 19/B 00191 Roma
Tel. 06 - 3335453 Fax 06 - 33222093
roberta@precommunication.com

19-22 maggio

Villasimius (Ca)
**5° CORSO A.O.G.O.I. DI AGGIORNAMENTO
TEORICO-PRATICO IN MEDICINA
EMBRIO FETALE E PERINATALE**

Segreteria organizzativa
Imc Srl - Viale Trieste 93 - 09123 Cagliari
Tel. 070.273470 Fax: 070.273306
imc.congressi@tin.it

19-20 maggio

Genova
**I CORSO ITALO-FRANCESE DI PREVENZIONE
DIAGNOSI E TERAPIA DELLE ALTERAZIONI
DEL PAVIMENTO PELVICO**

Segreteria organizzativa
BC Congressi Srl
Via XX Settembre 14/4 16121 Genova
Tel. 010.5957060
Fax 010.5958548
segreteria@bccongressi.it

25-28 maggio

Alghero (Ss)
**TERZE GIORNATE ALGHERESI
DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA**

Segreteria organizzativa
P.R. Communication Srl
Viale di Tor di Quinto 19/b 00191 Roma
Tel. 06.3335453
Fax: 06.33222093
roberta@precommunication.com

28 maggio

Firenze
**ISTEROSCOPIA - CHIRURGIA
AMBULATORIALE E RESETTOSCOPIA**

Segreteria organizzativa
Quid Communications Srl
Via Vanini 5 - 50129 Firenze
Tel. 055.4633701 Fax 055.4633698
info@quidcom.com

29 maggio-1° giugno

Catania
**CORSO INTENSIVO
DI CHIRURGIA VAGINALE**

Segreteria organizzativa
Studio Exedra
Corso delle Province 38 - 95127 Catania
Tel. 095.374729
Fax 095.385021
info@studioexedra.it

6-8 giugno

San Daniele del Friuli (Ud)
**CORSO DI PERFEZIONAMENTO
IN LAPAROSCOPIA GINECOLOGICA**

Segreteria organizzativa
Dott. Giovanni Del Frate
Viale Trento Trieste 33 - 33038
San Daniele del Friuli (Ud)
Tel. 0432.949219 Fax 0432.949280
osgi@ass4.sanita.fgv.it

9-10 giugno

Modena
**DALL'ANATOMIA DEL PAVIMENTO
PELVICO ALLA STANDARDIZZAZIONE
DELLE TECNICHE
NELLA CHIRURGIA UROGINECOLOGICA**

Segreteria organizzativa
New Progress Conference & Management
Via Galliera 28 - 40121 Bologna
Tel. 051.6486365
Fax 051.6565061
info@newprogress.com

9-10 giugno

Modena
**DAY SURGERY COMPETITIVE
ADVANCEMENTS**

Segreteria organizzativa
D.G.M.P. Srl
Via Carducci 62/E 56010 Ghezzano Pi
Tel. 050.8799740 Fax 050.879812
info@dgmppincor.it

10 giugno

Torino
CISTITI RICORRENTI IN MENOPAUSA
Segreteria organizzativa
Selene Srl - Via Sacchi 58 - 10128 Torino
Tel. 010.5683534 Fax 011.5681010
cilca@seleneweb.com

10-11 giugno

Capua (Ce)
**L'EVENTO AVVERSO IN OSTETRICIA:
RESPONSABILITÀ DEGLI OPERATORI**



convegni

e corsi

convegni

Segreteria organizzativa

Sirene Eventi Srl
Corso Italia 323 - 80067 Sorrento Na
Tel. 081.8770604 Fax 081.8770258
info@sireneeventi.it

10 giugno

Bologna
**MONITORAGGIO E TUTELA
DEL BENESSERE FETALE DURANTE
IL TRAVAGLIO DI PARTO: COME
COMPORTRASI? COME DIFENDERSI?**

Segreteria organizzativa
Gynepro - Via Lame 44 40122 Bologna
Tel.: 051 - 223260 Fax: 051 - 222101
info@gynepro.it

10 giugno

Catania
**XVI CORSO DI ECOGRAFIA
OSTETRICA E GINECOLOGICA**

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

13 giugno

Conegliano Veneto (Tv)
**L'UOMO: GENITORIALITA'
PROCREAZIONE E DESIDERIO
DI SALUTE**

Segreteria organizzativa
Key Congress Communication
Via Dei Tadi 21 35139 Padova
Tel.: 049-659330 Fax: 049/8763081
info@keycongress.com

16 giugno

San Sebastiano al Vesuvio (Na)
**LE DISFUNZIONI PELVI-PERINEALI:
IL GINECOLOGO, L'UROLOGO
E IL COLOPROCTOLOGO A
CONFRONTO**

Segreteria organizzativa
Dott. Mario Rotondi - Tel. 347.7633191
mrotondi@aliceposta.it

16 - 17 giugno

Torino
**I° CONGRESSO S.P.L.U.G.
IL TRATTAMENTO DELL'INCONTINENZA
URINARIA FEMMINILE E DEL
PROLASSO GENITALE**

Segreteria organizzativa
Il Melograno Centro Servizi
Via A. Pigafetta 36 10129 Torino
Tel. 011.505730 Fax 011.590940
splug2005ilmelogramnoservizi.com

16-19 giugno

Rodi (Grecia)
**1 INTERNATIONAL SYMPOSIUM IN
HOT TOPICS & CONTROVERSIES IN
PERINATAL MEDICINE**
Segreteria organizzativa
Erasmus Conference Tours & Travel S.A.
1 Kolofontos & Evidikis Streets 16121
Athens - Greece Es
Tel. +30.210.7257693 Fax: +30.210.7557532
info@erasmus.gr

18 giugno

Villa Manin di Passariano
**PROGRESSI IN ECOGRAFIA
OSTETRICA**
Segreteria organizzativa
Aogoi Friuli Venezia Giulia
Tel. 040.395525 Fax 040.395525
carminiegli@tin.it

18 giugno

Firenze
**ISTEROSCOPIA - CHIRURGIA
AMBULATORIALE E RESETTOSCOPIA**
Segreteria organizzativa
Quid Communications Srl
Via Vanini 5 - 50129 Firenze
Tel. 055.4633701 Fax 055.4633698
info@quidcom.com

24 giugno

Roma
**IL CORDONE OMBELICALE
TRA FISILOGIA E PATOLOGIA**
Segreteria organizzativa
Ospedale Fatebenefratelli
Isola Tiberina 39 - 00186 Roma
Tel. 06.68214220 Fax 06.6837416

20-24 settembre

Bologna
**81° CONGRESSO NAZIONALE SIGO
46° CONGRESSO NAZIONALE
A.O.G.O.I. 13° CONGRESSO
NAZIONALE A.G.U.I.**
Segreteria organizzativa
I&C S.R.L. - Via A. Costa 2 40134 Bologna
Tel. 051.6144004 Fax 051.6142772

21-24 settembre

Zagreb - Croatia
**7 TH WORLD CONGRESS
OF PERINATAL MEDICINE**
Segreteria organizzativa
Hko Medical Systems
Lascinska 94 - Zagreb - Hr Es
Tel. / Fax +38512347669
congress@hko.hr

Corsi

CORSI DI FORMAZIONE A.O.G.O.I.

**La tutela della salute della donna
in postmenopausa e terza età**

Direttore scientifico: Dott. Costante Donati Sarti

ARGOMENTI

- Quale prevenzione per una migliore qualità di vita
- Patologia vulvare e vescicale ricorrente
- Rischio cardiocircolatorio: aspetti epidemiologici, diagnostici preventivi e terapeutici
- Rischio osteoporotico: aspetti epidemiologici, diagnostici preventivi e terapeutici
- Rischio oncologico: aspetti epidemiologici, diagnostici preventivi e terapeutici

Segreteria organizzativa

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

L'iscrizione è gratuita, il Corso prevede un numero chiuso di 150 partecipanti (Medici Chirurghi specialisti in ostetricia e ginecologia e Medici di base) Verranno accettate le prime domande di iscrizione pervenute in ordine cronologico presso la segreteria nazionale A.O.G.O.I.

I CORSO MILANO – 14 aprile 2005

Evento ECM 80 – 181906 - 5 Crediti Formativi

II CORSO RICCIONE (RN) – 7 maggio 2005

Evento ECM 80 – 185599 - 5 Crediti Formativi

III CORSO ORVIETO – 12 maggio 2005

Evento ECM 80 – 186015 - 4 Crediti Formativi

IV CORSO CATANIA – 24 maggio 2005

Evento ECM 80 – 189046 - 5 Crediti Formativi

V CORSO ROSSANO (CS) – 27 maggio 2005

Evento ECM 80 – 189977 - 5 Crediti Formativi

VI CORSO BARI – 28 maggio 2005

Evento ECM 80 – 190269

VII CORSO PESCARA – 4 giugno 2005

Evento ECM 80 – 191694 - 4 Crediti Formativi

VIII CORSO POGGIBONSI (SI) – 17 giugno 2005

Evento ECM 80 – 189982 - 4 Crediti Formativi

IX CORSO NAPOLI – 24 giugno 2005

Evento ECM 80 – 195959 - 4 Crediti Formativi

X CORSO ROMA – 27 giugno 2005

Evento ECM 80 – 196707

CORSI IN FASE DI PROGRAMMAZIONE NEI SUCCESSIVI MESI 2005

- Genova (settembre) – Lecco (settembre) – Gorizia (settembre)
- Caserta (ottobre) – Modena (ottobre) – Bergamo (ottobre)
- Lucca (ottobre) – Aosta (ottobre) – Torino (ottobre)
- Palermo (novembre) - Vicenza (novembre) – Trento (novembre)
- Salerno (novembre) – Ferrara (novembre) – Pesaro (novembre)
- Potenza (dicembre) – Cagliari (dicembre) – Prato (dicembre)
- Roma (dicembre) – Bari (dicembre) – Verona (gennaio 2006)