

Ginecologo: "medico della donna"

Sei proposte
Agoi-Agite
per una rivisitazione
della professione alla luce
dell'integrazione
tra ospedale e territorio

PAGINA 13

**LO SPORT FA BENE ANCHE COL PANCIONE,
MENTRE È ORMAI ACCLARATO IL BENEFICIO
DELL'ASSUNZIONE DI OMEGA 3 IN GRAVIDANZA**

Mamma e bebè in piena forma

■ Pma

La sentenza della Consulta e una nuova ordinanza modificano alcuni punti cardine della L. 40. Ne parliamo con il presidente Agoi

■ Aifa

"Più attenzione alla ricerca per la salute delle donne". Intervista al neopresidente dell'Aifa Sergio Pecorelli

■ Aids

Al via la II edizione della campagna di prevenzione HiVideo. Donne sempre più a rischio: i dati del Coa

■ L'Aquila

Come procede la riorganizzazione della sanità nel capoluogo abruzzese a tre mesi dal sisma



FRAGMIN: PIÙ DI 20 ANNI DI ESPERIENZA CLINICA¹



Chirurgia
ortopedica



Chirurgia
generale



Chirurgia
ginecologica



Chirurgia
urologica



Chirurgia
oncologica



Terapia
TVP



Emodialisi-
emofiltrazione



Sindrome coronarica
acuta (NSTE)



Embolia
polmonare



PROFILASSI PROLUNGATA
IN CHIRURGIA ORTOPEDICA²



FACILITÀ
D'IMPIEGO



SICUREZZA

PER LE INDICAZIONI, CONTROINDICAZIONI E AVVERTENZE VEDI RCP DI PRODOTTO



Fragmin[®]
dalteparina sodica

Depositato presso AIFA in data 17/07/2008

Editoriale di Giovanni Monni

Il ginecologo e il territorio

L'avevamo promesso al nostro ultimo congresso del 2008. La figura del ginecologo, con particolare riferimento allo specialista che opera al di fuori dell'ospedale, necessita ormai da tempo di una rivisitazione di ruolo e funzioni che lo ponga finalmente al centro dell'attività di cura, assistenza e ascolto dei bisogni crescenti delle donne. Il ginecologo che avevamo disegnato in quel congresso vedeva la sua caratteristica principale nell'essere il "medico delle donne", in tutte le fasi della sua esistenza dalla nascita, alla terza età.

Un riferimento certo, professionale, in grado di declinare al femminile le novità emergenti dalla ricerca e dalle terapie. Un medico di fiducia per le donne in piena integrazione con la ginecologia ospedaliera e che faccia da "presidio" permanente per tutti i bisogni di salute primari delle donne italiane.

Questa la sfida ed ora, con le sei proposte elaborate dall'Aogoi e dall'Agite, che presentiamo in anteprima in questo numero del giornale e sulle quali intendiamo aprire il confronto con le Istituzioni nazionali e locali, abbiamo tracciato la via per giungere a questo risultato. Con il concorso di tutte le colleghe e i colleghi che operano nei diversi ambiti del Ssn.

Perché se saranno *in primis* ginecologi territoriali ad assorbire tali cambiamenti, si tratta di proposte che mirano ad una visione unificante dei nostri profili e compiti professionali. Coinvolgendo tutti i ginecologi italiani: dall'ospedale all'università, dal consultorio allo studio ambulatoriale.

Del resto è la nostra professione che si è evoluta in tal senso. Ancor prima che gli apparati se ne rendessero conto. Perché sono cambiati i bisogni e le esigenze delle donne.

È accresciuta la loro coscienza del bene salute e la loro consapevolezza della possibilità di affrontare e vincere anche le sfide più difficili che la vita può loro riservare.

Dalla maternità, alla menopausa, fino all'esigenza di combattere malattie anche gravi e fino a poco tempo fa dall'esito invariabilmente infausto come i tumori.



Giovanni Monni
Presidente AOGOI



Indice numero 6-2009

Congresso nazionale 85° Sigo-50° Aogoi Bari 28-31 ottobre 2009

4 Il programma e la lettera dei presidenti Schönauer e Trojano

Primo piano

6 Perché credo nel Ssn
Intervista di Eva Antoniotti al senatore Cesare Corsi

7 LEGGE 40
C'è un giudice a Berlino. Ma anche a Bologna, a Roma, a Cagliari...
di Stefano Simoni

8 La sentenza della Consulta "fa giustizia di una legge non scientifica"
Intervista al presidente Aogoi Giovanni Monni

9 "Più attenzione alla ricerca per la salute delle donne"
Intervista di Eva Antoniotti al neopresidente dell'Aifa Sergio Pecorelli

10 La nutrizione artificiale divide i medici, ma l'alleanza terapeutica li unisce
Intervista di Stefano Simoni al presidente Fnomceo Amedeo Bianco

11 L'Aids cambia volto. Donne sempre più a rischio
di Silvia Lisciani

12 L'Aquila, tre mesi dopo
di Luciano Fassari

In evidenza

13 Le sei proposte di Aogoi e Agite
di Antonio Chiantera, Sandro Viglino e Giovanni Fattorini

Professione

14 Voglia di sport, anche col pancione
di Giuseppe Amuso

16 MEDICINA ESTETICA
Una chiave di lettura per interpretare i bisogni degli adolescenti
di Annunziata Marra

17 Il reato di peculato nell'attività intramoenia
di Vania Cirese

19 Primo Congresso nazionale Agite
Obiettivi e prospettive
a cura di Maurizio Orlandella

20 Un libretto a portata di camice
La Fesmed ha pubblicato il testo del Ccnl
di Carmine Gigli

Aggiornamenti

21 Gli omega 3 in gravidanza
di Maria Angelica Zoppi e Giovanni Monni

Rubriche

27 Fatti & Disfatti
28 Libri
29 Congressi
30 Un ricordo di Domenico Ferrante

G Y N E C O
AOGOI

NUMERO 6 - 2009
ANNO XX

ORGANO UFFICIALE
DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI
GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

Presidente
Giovanni Monni
Direttore Scientifico
Felice Repetti

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

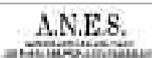
Editore
Health Communication
via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma
Tel. 06 594461 - Fax 06 59446228
Progetto grafico
Giancarlo D'Orsi
Ufficio grafico
Daniele Lucia, Barbara Rizzuti
Stampa
Union Printing
Viterbo
Abbonamenti
Anno: Euro 26. Prezzo singola copia: Euro 4
Reg. Trib. di Milano del 22.01.1991 n. 33
Poste Italiane Spa - Spedizione in
abbonamento postale - D.L. 353/03 (Conv.

L. 46/04) Art. 1, Comma 1
Roma/Aut. n. 48/2008
Finito di stampare: luglio 2009
Tiratura 6.000 copie. Costo a copia: 4 euro
La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza una preventiva ed esplicita autorizzazione da parte dell'editore. I contenuti delle rubriche sono espressione del punto di vista degli Autori. Questa rivista le è stata inviata tramite abbonamento: l'indirizzo in nostro possesso verrà utilizzato, oltre che per l'invio della rivista, anche per l'invio di altre riviste o per l'invio di proposte di abbonamento. Ai sensi della legge 675/96 è nel suo diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o l'aggiornamento dei dati in nostro possesso. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Organo ufficiale



Testata associata



Editore



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

SIGO 2009

85° congresso nazionale SIGO
50° congresso nazionale AOGOI

TEMI CONGRESSUALI

- Essere Donna: l'evolversi delle emozioni dalla pubertà alla adolescenza - dall'età fertile alla menopausa
- La diagnosi prenatale: nuovi orizzonti e psicologia di coppia
- Le banche staminali: attualità e prospettive
- Clinica e psicologia della paziente endometriosica
- L'incontinenza urinaria: aspetti clinici terapeutici e psicologici
- La chirurgia plastica ed estetica nelle varie età della donna: stati emozionali
- Prevenzione, screening e vaccinazione HPV: stato dell'arte
- Dalla chirurgia della radicalità alla modulazione della stessa nell'interesse clinico, psicologico e di qualità di vita della donna
- Flussi migratori: vecchie e nuove patologie
- L'integrazione fra medicina di base, medicina territoriale e medicina ospedaliera nella gestione emozionale e clinica del percorso Donna
- Formazione, aggiornamento e qualificazione del ginecologo oggi
- La Responsabilità Professionale: nuovo stato dell'arte e tutela del ginecologo da parte delle Associazioni
- L'importanza della comunicazione il medico-l'ostetrica: "shock comunicativo"

EMOZIONE DONNA TRA LUCI ED OMBRE

Carissimi Colleghi,

È un grande piacere e motivo di orgoglio invitarvi all'85° Congresso della Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia ed al 50° Congresso della Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia Ospedaliera che si terranno a Bari dal 29 ottobre al 1 novembre 2009.

Sono trascorsi 29 anni da quando il Professor Giorgio Cagnazzo presiedette il Congresso SIGO a Bari nel 1980. I temi discussi, innovativi per quei tempi, riguardavano specificatamente l'oncologia e l'uroginecologia, fulcro importante di ricerca della nostra scuola barese e che ancora oggi sono argomenti di studio e di confronto. I percorsi diagnostici e terapeutici, tradizionali ed innovativi, che verranno trattati alla luce delle nuove acquisizioni in campo oncologico, di medicina prenatale, di infettivologia, di uroginecologia, di ostetricia e di infertilità dovranno confrontarsi sempre, nel rispetto della patologia affrontata, con la sfera emotiva della paziente.

Le emozioni riassumono la complessità dello stato psico-fisico di ogni soggetto. Questo stato d'animo interviene, con un ruolo più o meno rilevante, nei processi di selezione ed archiviazione degli avvenimenti ritenuti "di valore".

In ginecologia ed ostetricia la salute dell'apparato riproduttivo femminile è legata a doppio filo con il benessere emotivo. Un numero sempre crescente di studi dimostra, infatti, che l'attenzione al vissuto emotivo è la vera chiave per guarire e, spesso, per non ammalarsi.

Bari è la seconda città del mezzogiorno continentale dopo Napoli e nona in Italia per numero di abitanti. È nota per essere la città nella quale riposano le reliquie di San Nicola, tale privilegio ha reso Bari e la sua Basilica uno dei maggior centri prediletti dall'ortodossia in Italia.

Nella parte antica della città si trovano notevoli monumenti, tra cui la cattedrale di San Sabino (1170-1178) con la sua bellissima Cripta, nei cui archivi è conservato un celebre Exultet (codice miniato) databile attorno al 1025, il celebre castello Normanno-Svevo fatto edificare da Federico II di Svevia, il Fortino di Sant'Antonio Abate (XIV secolo) ed il famoso Teatro Petruzzelli, da poco ristrutturato.

La città ha una solida tradizione mercantile e da sempre è punto nevralgico nell'ambito del commercio e dei contatti politico-culturali con l'Est europeo, consolidati grazie all'importante rassegna della Fiera del Levante nata nel 1930 e più recentemente dalla sede del segretariato per il Corridoio trans-europeo.

Da non trascurare i percorsi pedonali che da Piazza del Ferrarese portano, attraverso l'antica Piazza Mercantile, all'intrigo di vicoli della città vecchia, con i suoi profumi e gli scorci di improvvisa bellezza, e la suggestiva passeggiata lungo la Muraglia.

Di particolare interesse anche il territorio circostante ricco di fascino naturalistico oltre che di interesse storico, come la Valle d'Itria a Sud e la Murgia Barese a Nord.

Con l'augurio che i temi congressuali scelti, approfonditi senz'altro con la collaborazione delle vostre ricerche e dei vostri studi, siano per tutti noi di grande interesse, Vi aspettiamo numerosi e siamo certi che a Bari ci ritroveremo insieme vecchi e nuovi amici, uniti nella profonda stima ed amicizia che da sempre hanno contraddistinto la ginecologia italiana.

Sergio Schönauer

Vito Trojano

EMOZIONE DONNA TRA LUCI ED OMBRE

28-31 OTTOBRE 2009
BARI - FIERA DEL LEVANTE

Triumph C&C

Via Lucilio, 60 - 00136 Roma
Tel: +39 06 355301 - Fax: +39 06 35340213
sigo2009@gruppotriumph.it

www.sigo2009.it

Presidenti: Sergio Schönauer, Vito Trojano

Presidenti Onorari: Dorothy Shaw, Gamal Serour, Peter Hornnes, Giovanni Monni, Giorgio Vittori



SIGO
SOCIETÀ ITALIANA
DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA

Presidente: Giorgio Vittori



Presidente: Giovanni Monni

Programma

28 - 31 OTTOBRE 2009 BARI - FIERA DEL LEVANTE

Mercoledì 28	AUDITORIUM	SALA ACERO	SALA OLMO	SALA LECCIO	SALA BIANCOSPINO	SALA ALLORO	SALA MIRTO
9.00-16.30		CORSO PRECONGRESSUALE ■ HPV e patologie correlate: prevenzione, diagnosi e trattamento	CORSO PRECONGRESSUALE ■ Office Hysteroscopy e Laparoscopia in sicurezza: accesso e suture	CORSO PRECONGRESSUALE ■ Riabilitazione del pavimento pelvico	CORSO PRECONGRESSUALE ■ L'umanizzazione del parto: l'analgesia, un incontro tra Oriente e Occidente	CORSO PRECONGRESSUALE ■ La gestione delle complicanze intraoperatorie in chirurgia ginecologica	CORSO PRECONGRESSUALE ■ Ecografia di base office sonography
17.00	INAUGURAZIONE						
Giovedì 29	AUDITORIUM	SALA ACERO	SALA OLMO	SALA LECCIO	SALA BIANCOSPINO	SALA ALLORO	SALA MIRTO
8.30-11.00	■ Radicalità chirurgica in oncologia ginecologica e sua modulazione: cervice uterina	■ Live Surgery	■ Il ginecologo europeo ed il suo percorso formativo	■ Gravidanza a rischio: I sessione	■ Benessere ed emozioni dalla pubertà all'adolescenza	■ La chirurgia ginecologica mininvasiva: la via isteroscopica: I sessione	■ Le linee guida A.O.G.O.I.
11.30-13.30	■ Radicalità chirurgica in oncologia ginecologica e sua modulazione: endometrio	■ Live Surgery	■ La FIGO: Strategie di diffusione. Criteri di accreditamento associativo	■ Gravidanza a rischio: II sessione	■ Benessere ed emozioni dall'età fertile alla menopausa	■ La chirurgia ginecologica mininvasiva: la via isteroscopica: II sessione	■ Comunicazioni
15.00-17.00	■ Radicalità chirurgica in oncologia ginecologica e sua modulazione: ovaio	■ La prevenzione del carcinoma della cervice	■ Le cellule staminali: tra clinica, etica e legislazione	■ Ecografia nelle malformazioni fetali: I Sessione: Malformazioni cerebrali II Sessione: Cardiopatie Congenite III Sessione: Viso fetale e displasie scheletriche IV Sessione: Patologie del I Trimestre	■ Simposio SIGITE Aging e menopausa: 15.00-17.30	■ La chirurgia ginecologica mininvasiva: la via laparoscopica - I sessione - II sessione 17.15 - 18.30	■ Comunicazioni
17.00-19.30	■ Cancro e femminilità	■ Tavola rotonda: stato dell'arte e realtà territoriali dello screening del cervicocarcinoma	■ Simposio Avantgarde: 17.00-18.00 ■ Simposio Agite MST: dalla diagnosi alle strategie preventive 18.00-19.30		■ Benessere ed emozioni dalla menopausa alla terza età: 17.30-19.30	■ La chirurgia ginecologica mininvasiva: la via vaginale 18.30 - 19.30	■ Comunicazioni ■ Comunicazioni
Venerdì 30	AUDITORIUM	SALA ACERO	SALA OLMO	SALA LECCIO	SALA BIANCOSPINO	SALA ALLORO	SALA MIRTO
8.30-11.00	■ Tavola rotonda: La realtà sanitaria pugliese, importante e strategico riferimento italiano nella sanità del mediterraneo	■ Live Surgery	■ Le disfunzioni del pavimento pelvico: aspetti clinici, terapeutici e psicologici	■ Lo stato dell'arte in senologia	■ Nuovi orizzonti e realtà nell'espletamento del parto oggi	■ Patologia vulvare: tra clinica ed estetica I sessione	■ Comunicazioni
11.30-13.30		■ Live Surgery	■ Urge urinary incontinence: diagnosi e terapia	■ Simposio ESBE - Società europea di ecografia mammaria	■ Parto Cesareo: attuali problematiche	■ Patologia vulvare: tra clinica ed estetica II sessione	■ Comunicazioni
15.00-16.30	■ La responsabilità professionale: nuovi orientamenti giuridico-legislativi	■ Simposio SIOG	■ Integrazione della medicina di base, medicina territoriale e medicina ospedaliera nella gestione emozionale e clinica del percorso donna	■ L'importanza della comunicazione "Shock Comunicativo"	■ IVG: attuali problematiche	■ La chirurgia plastica ed estetica nelle varie età della donna: stati emozionali	■ Comunicazioni
17.00-18.30	■ Assemblea AOGOI						
18.30-19.30	■ Assemblea SIGO						
Sabato 31	AUDITORIUM	SALA ACERO	SALA OLMO	SALA LECCIO	SALA BIANCOSPINO	SALA ALLORO	SALA ALLORO
8.30-11.00	■ Flussi migratori e gravidanza	■ Il dolore pelvico Tavola rotonda: proposte politiche per l'istituzione di centri di diagnosi e cura dell'endometriosi	■ Sterilità ed infertilità PMA: Tra clinica, etica e legislazione	■ Progetto libro bianco di ginecologia ed ostetricia: Progetto AOGOI - SIGO 08.30-10.30	■ Simposio Bayer 08.30-09.30	■ La sanità militare per il benessere delle donne 08.30-10-30	■ Comunicazioni
11.15-13.00	■ Violenza sulle donne			■ Simposio SCCL - Società Campano Calabro Lucana ■ Simposio SIDIP La diagnosi prenatale invasiva: up to date	■ Simposio SIGIP La citologia endometriale: una nuova frontiera 09.45-11.15 ■ FNCO "L'Ostetrica/o e la comunicazione sanitaria"	■ Simposio OGASH 11.30-13.00	■ Comunicazioni
13.00	CHIUSURA DEL CONGRESSO						

Intervista a Cesare Corsi, neo responsabile nazionale per la sanità del Pdl

Perché credo nel Ssn

di Eva Antoniotti

Sostenitore del ripristino del ministero della Salute e di un Federalismo dove lo Stato sia controllore e garante dell'equità dell'assistenza, riguardo ai rischi del passaggio dalla spesa storica ai costi standard, Corsi si dice certo che il concetto di tariffa legata alla "migliore pratica sanitaria" e non più a quella "media" metterà in moto un meccanismo virtuoso, in grado di generare un grosso contenimento della spesa che, associato all'appropriatezza delle prestazioni e all'ottimizzazione nell'utilizzo, permetterà alle Regioni di spendere meno e meglio.

Presidente Corsi, lei prende questa importante responsabilità proprio pochi giorni dopo la decisione del Governo di ripristinare un ministero autonomo per la Salute, scelta che lei ha sempre apertamente sostenuto.

Ho sempre dichiarato che ritenevo opportuno vi fosse un ministero della Sanità, capace di regolare questa materia anche nell'articolazione tra Stato e Regioni. Dobbiamo avere un ministero della Sanità che abbia la capacità, dal centro, di garantire un Ssn equo per tutti i cittadini, a cominciare dalla qualità dei Lea erogati. Senza un controllo dello Stato, i Lea possono essere diversificati a seconda della spinta più o meno positiva delle Regioni.

Ma con il federalismo fiscale le Regioni dovranno anche fare i conti con le proprie risorse.

Quando si votò il federalismo fiscale io mi battei perché vi fosse una norma che impegnava lo Stato centrale a fare in modo che tutte le Regioni abbiano stessi livelli di assistenza, stesse prestazioni e stessi costi. È stato costituito un apposito Fondo perequativo che costituisce una garanzia irrinunciabile per i cittadini.

Il nodo politico in sanità è sempre la sostenibilità economica del sistema, che si tratti di risorse centrali o regionali non cambia. Nel Libro Bianco presentato dal ministro del Welfare Maurizio Sacconi a questo proposito si parla di fondi integrativi ma anche di sistemi assicurativi. Lei cosa ne pensa?

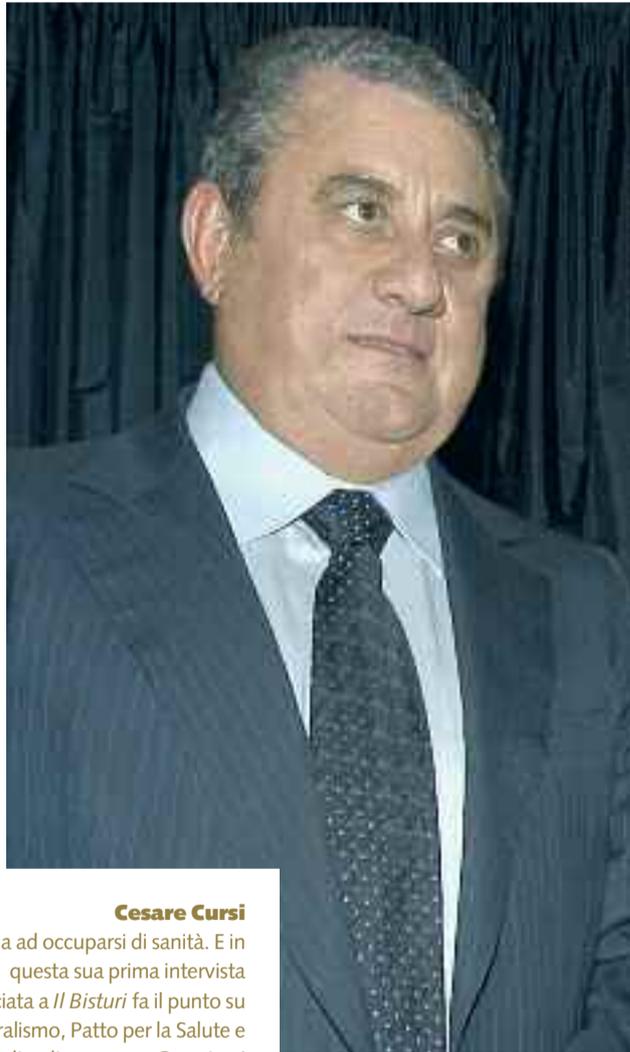
Fondi integrativi forse sì, orga-

Da sempre attento alle questioni sanitarie, Cesare Corsi è stato sottosegretario alla Salute durante il ministero Sirchia. La nuova Legislatura, però, lo ha portato altrove. Da ormai un anno, infatti, è presidente della Commissione Industria del Senato. Ma ora il Centrodestra lo richiama al primo amore, nominandolo responsabile Sanità del Popolo delle Libertà

nizzati dai datori di lavoro, ma credo che da noi ancora non ci sia la cultura e la maturità per arrivare alle assicurazioni. L'assicurazione è un costo che una certa parte della popolazione non può sopportare: come fa a pagare l'assicurazione chi non ha reddito o chi ha un reddito basso? Personalmente sono un tifoso del Ssn, l'ho sempre voluto e difeso, anche se non c'è dubbio che in questo sistema possano esserci delle deviazioni. Scoprire che in Calabria, ad esempio, un ospedale da 12 posti letto registra 320 unità di personale è un fatto drammatico. Per questo lo Stato deve controllare, che i soldi gestiti dalle Regioni siano utilizzati al meglio, con la massima trasparenza. La domanda è sempre: perché buona parte del nord non ha problemi di deficit? Sicuramente c'è una cultura diversa, ci sono più controlli, c'è anche un atteggiamento diverso da parte dei medici. E sicuramente non ci sono quei piccoli e piccolissimi ospedali, costosi e inutili.

Lei sa bene che molti piccoli ospedali del Sud corrispondono a interessi di gruppi di potere politico locale e sono anche una risposta al problema occupazionale.

Certamente è anche così, ma allora occorre creare altre occasioni di lavoro, sostenere la localizzazione diversa di alcune aziende, lo sviluppo di nuovi settori. Ma la sanità oggi deve cambiare, sviluppando soprattutto la sanità sul territorio. Una scelta che io sostengo da anni e che richiede un maggiore ruolo dei medici di famiglia, una riqualificazione con la quale lo Stato chiede ai medici di famiglia un aiuto perché facciano una selezione seria, rigorosa perché è inutile far andare



Cesare Corsi

torna ad occuparsi di sanità. E in questa sua prima intervista rilasciata a *Il Bisturi* fa il punto su federalismo, Patto per la Salute e molto altro ancora. Quanto ai fondi integrativi, "forse sì, ma per le assicurazioni non siamo pronti"

le persone in ospedale quando possono essere curate sul territorio con minore disagio e minori costi.

Questo vuol dire creare nuove strutture, cosa che chiede investimenti.

In Puglia, l'attuale ministro delle regioni Fitto, creò gli ospedali territoriali che, a un terzo del costo, danno alle persone, e soprattutto agli anziani, la stessa assistenza che ricevono in un

ospedale per acuti. Sono soluzioni possibili e poi dovremmo anche immaginare forme sperimentali di cogestione tra pubblico e privato delle strutture territoriali.

Lei sottolinea la possibilità di ridurre gli sprechi, ma la sanità italiana è tra le meno costose in Europa pur essendo di buona qualità. E i costi per la sanità sono, per ragioni strutturali, costantemente in crescita. Questo Paese può contare su maggiori risorse per la salute o dobbiamo rassegnarci a una sanità meno completa?

Sono certo che possiamo stare al passo col resto d'Europa, avendo però l'accortezza di introdurre, cosa che in parte è già stata fatta, nuove norme di comportamento e maggiori controlli nella gestione del denaro da parte delle strutture pubbliche e private. Per esempio si potrebbero meglio usare i Drg, definendo una seria competizione tra pubblico e privato.

Resta il fatto che le Regioni chiedono un incremento dei finanziamenti previsti a partire dal 2010, senza il quale non firmeranno il nuovo Patto per la Salute. Sarà possibile recuperare queste risorse?

Niente di nuovo, ogni anno le Regioni hanno chiesto incrementi di risorse e sono state sempre accontentate. Ma questo non potrà continuare all'infinito. Il nuovo tariffario nazionale, in fase di definizione introduce il concetto di tariffa legata alla "migliore pratica sanitaria" e non più a quella "media". Questo significa che nel Lazio o in Calabria si potrà spendere per una prestazione come in Lombardia o Veneto. Vedrete che questa nuova impostazione del rimborso genererà un grosso contenimento delle risorse a disposizione. In più credo che noi dovremo lavorare molto sull'appropriatezza delle prestazioni e sull'ottimizzazione nell'utilizzo degli stanziamenti attuali, spostando risorse ove servono e facendo crescere i controlli e anche le sanzioni: se nel privato qualcuno sbaglia viene licenziato, possibile che nel pubblico questo non accada mai?

Per migliorare la gestione della sanità, senza appiattirsi su criteri esclusivamente economici, si discute da tempo di una legge sul governo clinico, che dia spazio ai professionisti nella gestione delle aziende sanitarie e ospedaliere. Pensa che vedrà la luce a breve?

Si tratta di ridefinire alcuni passaggi, ma quella è una legge che deve andare avanti e ne sono convinti anche il ministro Sacconi e il viceministro Fazio.

Lei ha avuto rapporti molto collaborativi con il precedente Governo. Pensa di poter garantire un clima altrettanto positivo per questa legislatura?

Più che collaborativi direi di stima reciproca, pur nella diversità delle idee, soprattutto personale, verso l'allora ministro Turco e verso il Presidente Marino. Sul tema della garanzia della cura abbiamo tutti un Dna comune: la salute del cittadino. Per questo penso che riusciremo a tenere aperto il dialogo anche con l'opposizione in questa legislatura. Y

di Stefano Simoni

Dopo l'importante sentenza della Corte Costituzionale che a fine marzo ha abbattuto i divieti più invisi alla comunità scientifica, un'ordinanza del tribunale di Bologna, depositata il 29 giugno, stabilisce che alle tecniche di Pma potranno avere accesso anche coppie non sterili che hanno già avuto bambini concepiti naturalmente ma che sono nati con gravi patologie di origine genetica.

“Il divieto di diagnosi preimpianto – si afferma nell'ordinanza – pare irragionevole e incongruente col sistema normativo se posto in parallelo con la diffusa pratica della diagnosi prenatale, altrettanto invasiva del feto, rischiosa per la gravidanza, ma perfettamente legittima”. La procedura deve dunque essere ritenuta “ammissibile come il diritto di abbandonare l'embrione malato e di ottenere il solo trasferimento di quello sano”. L'ordinanza dispone inoltre che si proceda “previa diagnosi preimpianto di un numero minimo di 6 embrioni”. Il medico deve quindi eseguire i trattamenti in modo da assicurarne il miglior successo “in considerazione dell'età e del rischio di gravidanze plurigemellari pericolose” e deve provvedere al congelamento “per un futuro impianto degli embrioni risultati idonei che non sia possibile trasferire immediatamente e comunque di quelli con patologia”.

L'ordinanza del tribunale di Bologna

Come si è arrivati a questa ulteriore sentenza che ancora una volta fa saltare gli steccati della legge sulla fecondazione artificiale?

La storia prende il via quando una coppia fiorentina, che si era rivolta ad un centro bolognese per avere un secondo figlio, dopo che il primo era nato con distrofia di Duchenne (trasmessa dalla madre), chiede l'analisi preimpianto e si sente rispondere che non è possibile analizzare l'embrione. A quel punto la coppia presenta un ricorso. Passano i mesi, la Corte Costituzionale deposita la nota sentenza e, successivamente, arriva l'ordinanza del tribunale di Bologna che stabilisce le due importanti novità: accesso alla Pma anche per coppie non sterili e sì all'analisi preimpianto dell'embrione.

L'ordinanza del tribunale di Bologna ha però incontrato il disappunto del sottosegretario Eugenia Roccella che l'ha definita “l'ennesimo tentativo, operato da alcuni magistrati, di forzare l'interpretazione di una legge votata dal Parlamento e confermata da un referendum popolare, fino a riscriverla completamente”. Ed entrando nel merito il sottosegretario non usa mezzi termini: “Il tribunale di Bologna ha cercato di espandere la sentenza della Corte Costituzionale fino a utilizzarla come copertura per ammettere il diritto di abbandonare l'embrione risultato malato, selezionando e impiantando solo quello sano. L'operazione appare complicata, perché la senten-

Legge 40

C'è un giudice a Berlino. Ma anche a Bologna, a Roma, a Cagliari...

Le decisioni dei tribunali continuano ad aggiungere novità alla legge 40/04 che regola la procreazione medicalmente assistita

Una legge che doveva trovare la giusta applicazione negli ospedali e che invece è sempre più protagonista nei palazzi di giustizia. Una legge che doveva aiutare le coppie a diventare genitori e che invece le spinge all'estero. Una legge che avrebbe dovuto tutelare i medici e che invece li lascia sempre più disorientati in un caos normativo che vede giudici e avvocati giocare un ruolo di primo piano.

Stiamo parlando della legge 40/04 che regola la Pma e dell'ennesima ordinanza, l'ultima in ordine di tempo, quella del tribunale di Bologna, che entra nel merito del dettato normativo, ne ridefinisce i contorni, permettendo ciò

che il Parlamento aveva inizialmente vietato. Da quando è entrata in vigore, la legge sulla Pma è “sotto attacco”: dal referendum, fino all'importante sentenza della Corte Costituzionale è stato un continuo. Forse perché, come dice il presidente dell'Aogoi, Giovanni Monni, nell'intervista che segue, la legge 40 è “non scientifica” e dunque non funziona. Questo può spiegare, almeno in parte, il numero di interventi da parte dei magistrati e il record europeo, che hanno le coppie italiane, nei viaggi all'estero per ricorrere alla fecondazione artificiale. In attesa delle nuove linee guida da parte del Governo c'è da sperare che le cose inizino a cambiare.

za della Corte si limitava a lasciare la responsabilità di decidere il numero degli embrioni da produrre e impiantare al medico, rispettando naturalmente i criteri stabiliti dalla legge, tra cui il divieto di creare un numero di embrioni superiore a quello strettamente necessario e il divieto di ogni forma di selezione a scopo eugenetico degli embrioni. Ma il tribunale di Bologna ignora la questione, giudicando il divieto di diagnosi preimpianto a scopo eugenetico irragionevole. Con questa ordinanza si introduce per la prima volta nel nostro Paese, senza neppure un dibattito pubblico, e contro la volontà espressa dal parlamento e dagli elettori, il diritto dei genitori di selezionare geneticamente il figlio, e di abbandona-

nare quello malato. Un essere umano avrebbe diritto a nascere solo se sano, e se corrispondente ai desideri della madre e del padre; un'ipotesi del genere è una ferita profonda al concetto di eguaglianza tra gli uomini e alla solidarietà, ma soprattutto stravolge il senso delle relazioni tra genitori e figli, sottoponendo l'amore materno e paterno, per sua natura gratuito e incondizionato, a valutazioni discriminatorie. Tu sì, tu no, tu puoi venire al mondo, tu no, perché sei imperfetto e inadeguato: è la vecchia eugenetica che riaffiora in forme aggiornate dalle opzioni tecnologiche”.

La posizione del governo sulla sentenza della Consulta
Sullo sfondo dell'ordinanza del

tribunale di Bologna c'è la sentenza della Corte Costituzionale che con la sentenza n. 151/09 aveva dichiarato parzialmente incostituzionale la legge 40/2004. In particolare la Corte Costituzionale era intervenuta all'interno del 1 e 2 comma dell'articolo 14 e all'interno delle Linee guida. Così è venuto meno l'obbligo d'impianto contemporaneo in utero di tutti gli embrioni prodotti (art. 14 comma 2), è stato abolito il divieto di produzione di un numero superiore a tre embrioni (art. 14 comma 2), è stato abolito il divieto di crioconservazione degli embrioni (art. 14 comma 1), la deroga al divieto è dovuta per motivi sanitari, per la tutela della salute della donna. E infine le linee guida:

divieto di applicazione d'indagini diagnostiche sull'embrione. A questo punto è chiaro che in Italia, potrebbero aprirsi nuove prospettive per le coppie che vogliono avere un figlio. Il condizionale è però d'obbligo perché il ministro Maurizio Sacconi, commentando la sentenza della Consulta aveva affermato come “non cambia l'impianto della legge 40 ma ne viene confermata la ratio ribadendo il no all'eugenetica”. Certo c'è da chiedersi se queste parole hanno ancora efficacia all'indomani dell'ordinanza del tribunale di Bologna. Sicuramente il Ministro ha ragione quando afferma che “occorre riflettere su come adeguare le questioni etiche a quelle giuridiche” in quanto la sentenza della Corte “esalta i profili della gestione eliminando solo la rigidità voluta dal legislatore nella fissazione del numero di tre embrioni”.

Altro elemento da tenere presente nel delicato rapporto tra questioni etiche e giuridiche lo sottolinea ancora Sacconi quando ricorda come “la Corte sostiene che in nome della tutela della donna l'ultima parola resta al medico, un principio che dovrebbe valere anche per la legge sul testamento biologico”.

Restano dunque ancora in vigore, e qui ha ragione il ministro Sacconi nell'affermare che non cambia la ratio della legge, i divieti relativi all'applicazione di tecniche eterologhe, il divieto di revoca al consenso della coppia a procedere alle tecniche di procreazione assistita dopo la fecondazione dell'ovocita, il divieto di uso per la ricerca scientifica degli embrioni non idonei per una gravidanza.

A questo punto cosa farà l'Esecutivo per cercare di governare una situazione che, in assenza di linee guida precise, rischia di generare un potenziale caos? Vigilerà sul funzionamento dei centri che effettuano la procreazione medicalmente assistita. “Non vogliamo essere vessatori con i centri per la Pma, ma vogliamo assicurare l'assoluta trasparenza, in modo che possano emergere le buone pratiche e premiare i centri migliori”, ha spiegato Eugenia Roccella.

Nascono due Commissioni

Sentenza della Consulta e tutela della salute delle donne sono i due input che stanno spingendo il Ministero a lavorare sulle nuove linee guida che “realisticamente – ha assicurato la Roccella – potrebbero essere pronte in autunno, al massimo a dicembre”.

Essendo la procreazione medicalmente assistita un settore “di frontiera della medicina legata alle nuove tecnologie” è necessario che i centri che fanno la Pma si adeguino alle normative europee che regolano qualità, sicurezza e tracciabilità delle cellule che vengono raccolte, conservate e trattate nei centri stessi. La direttiva 23/2004 (recepita con decreto n.191 del 2007), risponde a tali criteri e il nostro Ssn ha già attuato tali norme per quanto riguarda le biobanche ad uso terapeutico presenti nel nostro territorio (ad



esempio le banche dei tessuti). “Le stesse norme europee – ha proseguito il sottosegretario Roccella – impongono di estendere tali criteri ai centri di Pma, i quali, raccogliendo, conservando e trattando cellule riproduttive, rientrano nella direttiva suddetta e nelle due direttive derivate in corso di recepimento e dovranno adeguare le proprie procedure agli standard europei. Ciò migliorerà la qualità e la sicurezza dei nostri centri di Pma, dando maggiore trasparenza alle procedure seguite anche attraverso un’informazione più consapevole alle coppie che vi si rivolgeranno”. Per questo motivo è stato istituito un “Osservatorio sull’applicazione del decreto 191 alla procreazione medicalmente assistita” con l’obiettivo di verificare le modalità di attuazione delle direttive europee nell’ambito della procreazione medicalmente assistita in Italia.

Altro strumento di lavoro messo in piedi dal Ministero è la “Commissione di studio sulle problematiche relative agli embrioni conservati nei centri di Procreazione medicalmente assistita” con il

compito di affrontare le questioni di carattere giuridico, etico e scientifico relative alla conservazione degli embrioni nei centri di procreazione medicalmente assistita, e alla formulazione del consenso informato da parte delle coppie. Questo perché la sentenza della Corte “richiede innanzitutto – ha spiegato Roccella – un adeguamento nella formulazione del consenso informato da parte delle coppie”. Consenso regolato finora da un decreto ministeriale (ministeri di Giustizia e della Salute). Di grande importanza, ai fini della formulazione del consenso, ma anche per la stessa organizzazione dei centri Pma, è poi la questione relativa agli embrioni crioconservati presenti nei centri stessi. Le modalità di gestione degli embrioni da parte dei centri stessi, dalla logistica alla possibilità o meno di definire uno stato di abbandono, “impongono – come ha spiegato Sacconi – questioni di tipo giuridico, etico e scientifico che vanno individuate per essere poi eventualmente affrontate con appositi provvedimenti legislativi”.

Presto in arrivo nuove Lg

A questo punto non resta che attendere le nuove linee guida per cercare di fare chiarezza. “Per le linee guida - ha detto la Roccella rispondendo ad alcune domande a margine della conferenza stampa - ci vorrà qualche mese ma le differenze tra centro e centro rimarranno perché sono una conseguenza della sentenza della Corte Costituzionale che dà una maggiore responsabilità al medico. Noi, intanto, daremo indicazioni di massima attraverso la Società italiana di ginecologia”. E se nel frattempo un centro decidesse di fecondare sei ovociti e, ottenuti tre embrioni, trasferirne solo due, congelandone uno, sarebbe nella legalità? “Questi dubbi si supereranno con le linee guida - ha risposto la Roccella - ma il problema ora è adeguarsi all’Europa. Bisogna rifare tutto. In Italia non tutti i centri possono offrire i livelli di qualità che vengono richiesti adesso. Per questo abbiamo bisogno di tempo. E a quel punto anche le ispezioni diventeranno un obbligo”. **Y**

Composizione Commissione di studio sulle problematiche relative agli embrioni conservati nei centri di Procreazione medicalmente assistita

La Commissione è formata dai seguenti componenti:

- Prof. Francesco D’Agostino, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”
 - Prof. Bruno Dalla Piccola, Università degli Studi di Roma “La Sapienza”
 - Prof. Carlo Alberto Redi, Università degli Studi di Pavia
 - Prof. Angelo Vescovi, Università degli Studi Bicocca di Milano
 - Prof. Franco Cucurullo, Presidente del Ciss, Rettore dell’Università degli Studi di Chieti-Pescara “G. D’Annunzio”
 - Prof. Enrico Garaci, Presidente dell’Istituto Superiore di Sanità
 - Prof.ssa Assuntina Morresi, Università degli Studi di Perugia, consulente esperto del Sottosegretario di Stato Eugenia Maria Roccella
 - Prof. Amedeo Santosuosso, Università degli Studi di Pavia
 - Prof. Alberto Gambino, Università degli Studi di Napoli “Parthenope”
 - Prof. Andrea Nicolussi, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano
 - Prof.ssa Eleonora Porcu, Università degli Studi di Bologna
- La Commissione è presieduta dal Prof. Francesco D’Agostino.

Composizione dell’Osservatorio sull’applicazione del d.lgs. n. 191/2007 alla procreazione medicalmente assistita

L’Osservatorio è così composto:

- Il Capo dipartimento della prevenzione e della comunicazione del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali – settore Salute
- Il Direttore della Direzione Generale della prevenzione sanitaria del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali – settore Salute
- Il Direttore generale ed un rappresentante del Centro nazionale trapianti
- Un rappresentante indicato dal Sottosegretario Roccella
- Responsabile del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita
- Il Direttore dell’Ufficio VIII della Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali – settore Salute
- Un Dirigente di seconda fascia dell’Ufficio di Gabinetto – settore Salute del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali
- Un Dirigente dell’Ufficio Stampa del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali – settore Salute
- Cinque rappresentanti dei Centri Pma e di società scientifiche, nominati dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali – settore Salute
- Il Presidente della Sigo
- Quattro rappresentanti delle Regioni, nominati dalla Conferenza Stato-Regioni.

TERAPIE PERSONALIZZATE E DI QUALITÀ

Il documento di consenso che tutte le Società Italiane della Medicina della Riproduzione hanno sottoscritto, a chiusura del loro primo congresso unificato, svoltosi a Riccione dal 28 al 30 maggio, per esprimere una posizione unitaria dopo la sentenza della Corte Costituzionale sulla Legge 40

a pagina 26

Intervista al presidente Aogoi Giovanni Monni

La sentenza della Consulta fa giustizia di una legge non scientifica

Dottor Monni, da medico, come valuta la sentenza della Corte Costituzionale che ribadisce due principi che la legge aveva lasciato sullo sfondo, ovvero la tutela della donna e il ruolo centrale del medico?

Sicuramente in maniera molto positiva in quanto la Legge 40 aveva completamente svilito il ruolo del medico e della società scientifiche che invano in tantissime audizioni, anche del sottoscritto, in Commissione Sanità del Senato avevano manifestato tutte le incongruenze e la non scientificità della legge medesima. Anche tutte le associazioni delle coppie infertili erano nettamente contrarie alla legge che andava contro i diritti di salute fisica e psichica della donna e della coppia. **La Consulta ha rimosso alcuni divieti importanti. Alla luce di queste modifiche, come è cambiata o come cambierà la Pma per il ginecologo e per la donna?**

Vorrei precisare che la Corte Costituzionale ha modificato il testo originario della Legge 40, art. 14 c. 2 ribadendo che “le tecniche di produzione degli embrioni, tenuto conto dell’evoluzione tecnico-scientifica e di quanto previsto dall’art. 7 c. 3, non devono creare un numero di embrioni a quello strettamente necessario”. Quindi si potrà procedere alla fecondazione di embrioni nel numero necessario a realizzare una gravidanza e l’impianto potrà avvenire a più riprese. Il divieto di inseminare e trasferire in utero un adeguato numero di ovociti fecondati a seconda dell’età e dello stato di salute della donna, era una delle tante “non scientificità” della Legge 40, cor-

rette dalla Suprema Corte, come pure il limite di crioconservazione di embrioni e soprattutto della diagnosi genetica preimpianto, che oltre ad andare contro il buonsenso comune, era una vera mostruosità giuridica. Infatti, in Italia la Legge 40 obbligava il medico

e la coppia al trasferimento in utero di un embrione malato ottenuto in provetta e allo stesso tempo l’applicazione di una seconda legge (Legge 194/78) permetteva però alle donne di interrompere quella gravidanza al 6° mese. Una autentica crudeltà a danno delle donne e della società evidenziata in precedenza dalle sentenze del Tribunale civile di Cagliari e del Tar Lazio.

Non c’è il rischio che la sentenza della Consulta, che rimette nelle mani dei medici la scelta del numero di ovociti da inseminare, possa generare confusione tra chi



continuerà ad applicare le vecchie regole e chi invece si adeguerà?

Gli operatori agiranno secondo la Legge 40 e secondo quanto ha promulgato la Consulta, pertanto non credo che possano esserci problemi in questo senso. Purtroppo, ci può essere “qualche operatore disattento” ma questo è un altro problema. Ricordo inoltre che la sentenza della Corte Costituzionale è superiore gerarchicamente alla Legge 40.

Come valuta l’istituzione, da parte del Ministero, delle due Commissioni che coinvolgono la Sigo e le altre società scientifiche per l’elaborazione delle linee guida?

Se le commissioni sono rappresentative di tutte le società scientifiche e delle associazioni delle pazienti penso che possa essere sempre utile ma sottolineo che le linee guida non hanno carattere legislativo ma solo di indirizzo e quindi non possono travolgere la Legge 40 né tantomeno quanto ribadito dalla Corte Costituzionale.

Cosa si aspetta dalle linee guida che dovrebbero essere varate entro il mese di dicembre?

La Legge 40 è stata studiata con attenzione dai giuristi e dagli addetti ai lavori, per cui non credo che porteranno novità importanti. Anche se, a mio parere, sarebbe auspicabile una maggiore apertura in termini di accesso alle tecniche anche alle coppie di portatori di malattie genetiche, anche se non propriamente infertili, analogamente a quanto già fatto per le coppie con partner maschile portatore di patologia infettiva.

La legge 40 da quando è entrata in vigore è stata soggetta a referendum, sentenze e ordinanze, l’ultima quella del tribunale di Bologna, che ne hanno modificato l’applicazione. Crede che in Italia la Pma arriverà a “normalizzarsi” raggiungendo quegli standard europei in modo da evitare alle coppie viaggi all’estero?

Sono sicuro che il buonsenso basato sui suggerimenti dei medici e delle associazioni dei pazienti riporteranno la Pma italiana agli standard scientifici europei e che pertanto i cosiddetti “viaggi della certezza riproduttiva” all’estero non saranno più necessari per le coppie italiane.

Intervista a Sergio Pecorelli, neopresidente dell'Aifa

"Più attenzione alla ricerca per la salute delle donne"

■ Sergio Pecorelli è uomo di scienza e di ricerca. Esperto nel campo dei tumori femminili, ha spesso collaborato ad organismi ministeriali di programmazione e prevenzione in campo oncologico. Nel maggio scorso è stato chiamato a presiedere il rinnovato CdA dell'Aifa, l'Agenzia regolatoria per i prodotti farmaceutici. In questa intervista parla della sua esperienza clinica e dei progetti che intende realizzare nel suo nuovo incarico

di Eva Antoniotti

Professor Pecorelli, lei ha una grande esperienza clinica, in particolare nel campo della cura dei tumori femminili. Cosa è cambiato in questi anni e in quale direzione sta andando la ricerca?

Ci sono novità importanti, e di anno in anno si sviluppano, riguardando agli strumenti a disposizione. Ciò che sta radicalmente cambiando è la classificazione delle malattie, perché man mano che il genoma è stato svelato si è passati alla genomica e poi alla post-genomica: questo vuol dire che oggi conosciamo di più le malattie nei loro meccanismi patogenetici, ovvero quegli "errori" che portano alla malattia, e dunque abbiamo più possibilità di poter intervenire su questi "errori".

Nel campo dei tumori, ad esempio, mentre una volta li affrontavamo come malattie d'organo specifiche, oggi invece il cambiamento profondo delle conoscenze ci ha portato alla classificazione molecolare del cancro. Questo sposta l'attenzione dall'organo al processo, vale a dire alla biologia molecolare del cancro stesso, consentendo la classificazione molecolare dei tumori.

Di conseguenza, si è passati dal campo farmacologico alla farmacogenomica, ovvero a farmaci creati in relazione alla struttura molecolare e dunque ai target. Il problema è che i target non sempre sono gli stessi e quindi per una stessa malattia possiamo avere target diversi con, ovviamente, farmaci diversi.

I target possono mutare da persona a persona o cambiano nel corso della malattia?

Accadono entrambe le cose. Il tumore del collo dell'utero di una donna può essere istologicamente identico a quello di un'altra, ma dal punto biologico-molecolare può invece rivelarsi completamente diverso, con mutazioni spesso legate alle cellule staminali tumorali.

Le cellule progenitrici, chiamiamole così, possono essere modificate dall'ambiente in cui si trovano: questa è una grande novità che può portare a grandi cambiamenti. Restando in ambito onco-

logico, noi siamo abituati a pensare che le metastasi siano provocate da cellule tumorali che migrano, oggi vanno al polmone, poi vanno al fegato e dopodomani al linfonodo. Questo è ancora vero, ma ora dobbiamo fare anche i conti con l'ambiente nel quale andranno ad annidarsi queste cellule, ambiente che le potrà rendere diverse. Dunque, per eliminare queste metastasi, a volte possiamo utilizzare farmaci che sono diversi da quelli che utilizziamo per eliminare il tumore primitivo. Una volta pensavamo che le mutazioni fossero intrinseche al tumore,

impiegare la farmacogenomica, così come quando disegniamo degli studi clinici dobbiamo farlo in funzione delle nostre conoscenze della biologia e non semplicemente del titolo nosologico. Questo è un passo avanti incredibile, una possibilità formidabile che noi abbiamo di poter impattare e incidere sulla malattia, ma crea un problema: i costi.

Ci sono ricadute specifiche nel campo della salute della donna? Anche per i tumori femminili cominciano ad arrivare i farmaci biologici, cioè quei prodotti che come dicevo prima si avvalgono del-

macologica di genere, con farmaci sperimentati su popolazioni prevalentemente maschili e poi impiegati per le donne magari soltanto con un adeguamento rispetto al peso corporeo. È cambiato qualcosa?

Nel passato sono stati fatti sicuramente tanti errori tra cui quelli che lei ricorda, ma oggi sicuramente l'intervento regolatorio, anche in ambito internazionale, si è fatto molto più attento: quando un farmaco viene messo in commercio, le probabilità che ci sia stato un errore sono veramente minime. Ciò non vuol dire che



Sergio Pecorelli

Nasce a Brescia nel 1944. Ordinario di Clinica Ostetrica e Ginecologica all'Università di Brescia, da quasi quarant'anni dedica la sua attività clinica e di ricerca alla ginecologia oncologica. Autore di numerosissime pubblicazioni, nel 2004 ha ricevuto la Medaglia d'Oro al merito della Salute Pubblica della Repubblica Italiana, per alti meriti nel campo della prevenzione e cura dei tumori. Dal giugno di quest'anno è presidente dell'Agenzia Italiana del Farmaco.

e ci preoccupavamo perché questo rendeva più difficile colpirlo; oggi sappiamo che molte di queste mutazioni in realtà sono delle modificazioni create dalle sostanze contenute nell'ambiente in cui esse sono indovate. Dunque possiamo studiare una strategia di cura. Utilizzando la classificazione molecolare, e non la morfologia a cui siamo stati abituati, possiamo

la classificazione molecolare per avere dei target oppure utilizzano anticorpi. Uno di questi è proprio il bevacizumab, (Avastin), che è una sostanza antiangiogenesi, cioè va a colpire la formazione di nuovi vasi dovuta al tumore. Nel campo dei farmaci dei tumori ginecologici ci sono tanti farmaci in sperimentazione, ma, ripeto, si avvalgono tutti della ricerca in oncologia generale che oggi tiene meno conto dell'organo e più conto della biologia: magari si scopre che un farmaco estremamente efficace nel polmone, piuttosto che nel gastroenterico, funziona molto bene anche nell'ovaio.

In passato spesso si è lamentata la mancanza di una ricerca far-

non si possa sempre migliorare. L'attenzione ai farmaci di genere è comunque alta.

Provo a sintetizzare: il nostro armamentario contro il cancro oggi è molto più complesso, dunque più costoso e anche molto più difficile da usare. È così?

Direi di sì. E c'è anche un altro problema: chi produce i farmaci, per definizione, deve cercare di immetterli al più presto in commercio ed essere sicuro di venderli, è il giusto interesse di chi fa profitto. A volte questo allontana troppo dalla ricerca scientifica e può anche produrre conseguenze particolari. Ad esempio ci si può "accontentare" di un determinato uso di un nuovo farmaco, trala-

sciando di indagare più a fondo e scoprirne anche altre potenzialità. L'esempio più semplice è il Viagra, messo a punto per curare problemi vascolari, ma che si è rivelato utile in tutt'altro campo. Perché si scoprono tardi queste cose? Secondo me perché ci si è allontanati troppo dall'osservazione scientifica fondamentale, cercando invece di riuscire a far combaciare quel poco di scienza che si sa col marketing.

Cioè lei dice che le aziende hanno troppa fretta?

E la troppa fretta gliela diamo noi, per il semplice motivo che se non vanno sul mercato falliscono.

E quale potrebbe essere la soluzione?

Una soluzione potrebbe essere quella di dare, alle industrie che investono moltissimo in ricerca e sviluppo, brevetti più a lungo termine. Si può anche pensare che in questo modo gli stessi farmaci abbiano prezzi più bassi, ma con la garanzia di restare sul mercato più a lungo protetti dal brevetto. **Cos'altro può fare la parte pubblica?**

Mi sembra che anche il recente decreto anticrisi abbia messo in campo strumenti positivi: detassare gli investimenti in ricerca e sviluppo, vuol dire lasciare più risorse a disposizione per arrivare con più calma e più interesse scientifico al prodotto finito.

Lei ha da poco assunto la presidenza dell'Aifa. Come pensa di valorizzare tutta la sua esperienza clinica in questa nuova veste?

Sostanzialmente in due modi. Come clinico ho sempre presente il nostro maggiore interesse, ovvero il paziente. Quindi spero che si possa fare sempre di più e ottenere risultati migliori, e questo resterà il mio obiettivo anche nel lavoro all'Agenzia. Per questo vorrei valorizzare una caratteristica dell'Aifa, che la differenzia da altre agenzie regolatorie europee, ovvero la responsabilità della ricerca indipendente. Questo vuol dire fare ricerca in campi nei quali l'industria normalmente non interviene, o perché non ha interesse o perché non ha soldi, ma dove invece si possono dare risposte importanti per la popolazione. Noi dobbiamo guardare al paziente, al cittadino e salvaguardarlo, quindi dobbiamo occuparci di quelli che nel mondo anglosassone sono detti unmet needs, cioè i "bisogni non incontrati". Noi possiamo contare su circa 70 milioni di euro all'anno, derivanti dalle somme che le industrie versano per le procedure autorizzatorie. Non sono molti quattrini, ma possono servire a finanziare alcuni bandi di ricerca su tematiche solitamente tralasciate dall'industria. Il mio secondo proposito è di far in modo che, all'interno di questa ricerca indipendente, ci sia la medicina di genere, rivolta ai temi che riguardano il mondo della donna e dunque il mondo dell'ostetricia e della ginecologia. Del resto, queste erano già le intenzioni della commissione che tra pochi giorni dovrà definire il prossimo bando. **Y**

Intervista ad Amedeo Bianco, presidente della Fnomceo

La nutrizione artificiale divide i medici, ma l'alleanza terapeutica li unisce

di Stefano Simoni

Pur avendo ricevuto un ampio consenso, il documento della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (Fnomceo), riunita a Terni in occasione del Consiglio nazionale dei medici, non ha ottenuto l'approvazione unanime. Ma Bianco non si stupisce: "Le differenze di posizione in merito ad un tema così delicato sono fisiologiche - spiega - ma non c'è alcuna lacerazione all'interno della Fnomceo".

Presidente Bianco, la vostra è una lettura critica al testo Calabrò?

No. Se lei legge il documento nota come il riferimento al testo Calabrò è solo un atto dovuto, stante ad indicare come la proposta di legge rifletta una specie di necessità insorta dopo il caso Englaro e sul fatto che dopo questa drammatica vicenda è impossibile pensare di non legiferare sulle dichiarazioni anticipate di trattamento, visti i conflitti che si sono accesi tra potere legislativo e potere giudiziario e tra le istituzioni. La nostra idea è che il Codice di Deontologia costituisca la base di una buona relazione di cura e per questo in grado di governare queste difficilissime situazioni.

Giovanni Maria Flick ha detto che esiste un problema giuridico oltre che bioetico e tecnico, per cui non è possibile paragonare una volontà attuale a una anticipata. È d'accordo?

Sicuramente c'è una differenza e questa va in qualche modo prevista e normata da un provvedimento legislativo. Su questo abbiamo espresso due concetti molto chiari. Il primo, se legge deve

"Un forte rilancio dell'alleanza terapeutica e del ruolo del medico, che si assume la responsabilità di garantire attraverso le proprie funzioni di tutela la corretta scelta all'interno di valori condivisi dalla nostra società". Si può riassumere così il documento sulle Dichiarazioni anticipate di trattamento (Dat) approvato dalla Fnomceo lo scorso 13 giugno.

Ecco come lo illustra il presidente dei medici, che puntualizza: "No all'eutanasia, no all'abbandono, no all'accanimento terapeutico, ma anche no a una legge invasiva che detti l'agenda della morte"

esserci questa deve limitarsi a definire gli ambiti di efficacia delle Dat sotto il profilo giuridico, senza invadere la relazione di cura. Secondo, la relazione di cura è fondata sulla scelta del paziente. È la scelta della bioetica moderna che nessuno mette in discussione. Però attenzione, perché la complessità di alcune scelte è tale che accanto alla libertà del paziente deve esserci il pieno riconoscimento della libertà, autonomia e responsabilità del medico che in quella relazione esercita una funzione di garanzia.

Dunque il problema non è il testo Calabrò quanto la funzione di garanzia che deve esercitare la legge?

Noi pensiamo che la funzione di garanzia, che la legge pensa di poter esercitare compiutamente legiferando, debba invece limitarsi alla cornice essenziale mentre il merito andrebbe lasciato all'incontro forte di due autonomie e di due responsabilità. Quelle del medico e del paziente che vivono in quel momento un incontro

particolare e unico, che non può essere previsto da nessuna legge e al cui interno si potranno trovare le risposte più idonee. Fermi restando alcuni principi, anche di carattere bioetico e deontologico per noi intoccabili, e cioè: no a pratiche attive eutanasiche, no a forme di abbandono terapeutico, no ad attività diagnostiche o terapeutiche futili o sproporzionate rispetto all'obiettivo di migliorare la malattia o di migliorare la qualità della vita, della sofferenza del paziente.

Qual è la posizione della Federazione sulla questione della nutrizione artificiale?

Noi sosteniamo quello che le società scientifiche sostengono all'unisono e cioè che sotto il profilo tecnico, la nutrizione e l'idratazione, sono a tutti gli effetti trattamenti assicurati da competenze medico-sanitarie che richiedono prescrizioni, monitoraggi ed esami.

Questo documento verrà posto all'attenzione della politica?

Sì, all'attenzione della politica, del-

la nostra categoria e di quelle coinvolte come noi in queste situazioni. Il nostro obiettivo era offrire un contributo, non abbiamo nessuna presunzione di aver sancito delle verità. Mi auguro di essere riusciti a suggerire una possibilità doverosa di incontro e di dialogo tra sistemi di valori che, pur rimanendo diversi, necessitano comunque di risposte adeguate.

Il senatore Calabrò a Terni ha cercato di spiegare il suo testo, ma non ha convinto molto la platea.

Ha detto che questa legge si riferisce solo agli stati vegetativi ma nessuno l'aveva capito e ha cercato di fornire un elemento di chiarezza sul testo, pur lasciando insoluto la questione delle disposizioni anticipate di trattamento in tutte quelle situazioni in cui si concretizza una perdita irreversibile della capacità di intendere e di volere. Questo è un punto importante, perché accanto alle persone (circa duemila) in stato vegetativo, ci sono decine di migliaia di persone che, arrivate nelle fasi terminali delle proprie malat-



tie tumorali, degenerative, croniche ecc., sviluppano una condizione di non capacità. In quei casi cosa facciamo? Dobbiamo capire a chi ci riferiamo. Noi vorremmo che questo tema fosse sviscerato a tutto tondo. Un semplice decreto "anti-Englaro" non avrebbe senso.

Il documento di Terni è stato approvato con 85 voti favorevoli, 5 contrari (tra cui Milano e Bologna) e 7 astensioni. Siamo davanti a uno scisma?

Le motivazioni di Milano le conosciamo da tempo, stante la presenza nella consulta deontologica di Valerio Bruccoli che è anche responsabile della commissione etica dell'Ordine di Milano. Giancarlo Pizza (Bologna) è una new entry nello scenario, perché lui in passato aveva espresso altre motivazioni. Mi sembra però che il risalto che è stato dato al dissenso sia esagerato. Loro condividono gran parte del documento, ci sono alcuni richiami, un'affermazione che per loro è equivoca che volevano fosse tolta dal testo, relativamente ai limiti della terapia nutrizionale. La loro motivazione è stata che definendo i limiti si rischiava la sospensione delle cure.

Lei ha detto che le obiezioni di Milano si conoscono da tempo.

Quali sono?

Mettere al centro di ogni riflessione il tema dell'invulnerabilità della vita. Ma questo è un principio riconosciuto da tutti noi. Il dissenso merita tutto il rispetto e non voglio sminuirlo, la cosa non mi sconvolge né mi sorprende, trovo solo un po' grottesco leggere che si è trattato di "scisma" perché gli scismi li fanno le religioni e le chiese e noi non siamo né l'uno, né l'altro. **Y**

Le "Dat" secondo Fnomceo

Su nutrizione artificiale decidano paziente e medico

La nutrizione artificiale, si legge nel documento, "è trattamento assicurato da competenze mediche, in grado di modificare la storia naturale della malattia, calibrato mediante la prescrizione di nutrienti somministrati attraverso procedure artificiali e infine richiedente il consenso informato del paziente in ragione dei rischi connessi". In queste circostanze, "le finalità che ne legittimano l'utilizzo definiscono anche i suoi limiti, quelli sui quali può

intervenire la scelta informata e consapevole, attuale o dichiarata anticipatamente del paziente, e la libertà di scienza e coscienza del medico".

Obiezione coscienza medici

Va previsto per il medico e per tutto il personale sanitario il diritto all'obiezione di coscienza rispetto ai contenuti delle Dat, ma il medico deve continuare la sua assistenza fino a quando un altro collega assumerà quella volontà. La Fnomceo chiede anche che si preveda che "gli atti commessi o omessi dai medici in osservanza delle volontà giuridicamente valide del paziente, escluse quelle eu-

tanasiche o di assistenza al suicidio, li esonerino da qualsivoglia responsabilità civile e penale".

Osservatorio nazionale su Fine vita

La Fnomceo ritiene indispensabile l'istituzione di un Osservatorio nazionale sui comportamenti e le scelte di fine vita, implementando e diffondendo sul territorio la cultura delle cure di fine vita e gli strumenti affidabili e confidenziali di rilevazione dei fenomeni. anche attraverso campagne di informazione del pubblico e formazione del personale, in particolare finalizzate a chiarire gli scopi, i limiti etici e giuridici delle dichiarazioni anticipate.

I dati del Coa presentati per il lancio della campagna di prevenzione HiVideo

L'Aids cambia volto. Donne sempre più a rischio

di Silvia Lisciani

In Italia diminuiscono i nuovi casi di Aids (passati da 5.653 del 1995 a 977 del 2008), ma non le infezioni da Hiv la cui incidenza, dopo un forte decremento fino al 1995, si è stabilizzata intorno ai 6 casi ogni 100.000 abitanti. Secondo le stime, nel nostro Paese oggi vivono 151 mila persone con Hiv/Aids, di cui il 30% donne. A preoccupare sono soprattutto le modalità di contagio, che rivelano scarsa attenzione alla prevenzione, anche quando i rischi sono più che evidenti, come nel caso delle donne che contraggono l'Hiv attraverso rapporti sessuali con partner di cui conoscono la sieropositività. Questi i principali dati emersi nell'ultimo rapporto del **Centro Operativo AntiAids** (Coa) dell'Istituto Superiore di Sanità, presentati a Roma il 17 giugno scorso in occasione del lancio della seconda edizione di HiVideo, la campagna di prevenzione promossa dal **Network persone sieropositive** (Nps) attraverso un concorso rivolto ai giovani (vedi box a piè di pagina).

Il decremento dei casi di Aids, in definitiva, non è attribuibile a una riduzione delle nuove infezioni da Hiv, quanto all'effetto delle terapie antiretrovirali combinate che riducono e rallentano la degenerazione dell'infezione nella sua forma più grave. Quest'ultimo effetto è stato osservato in tutte le categorie di trasmissione, in particolare in quella madre-figlio, dove i casi sono scesi dai 601 del 1997 ai 4 del 2008. Ma l'allarme Aids non si ferma, anzi. I cambiamenti delle modalità di trasmissione mostrano la tendenza a sottovalutare o ignorare la possibilità del contagio e gli effetti sulla salute. Tra l'altro, se un tempo la malattia colpiva le fasce più "emarginate" della società, come gli omosessuali e i tossicodipendenti, oggi la trasmissione tra questo campione di popolazione è diminuita (passando dal 69,0% nel 1985 all'8,6% nel 2007), mentre è aumentata (dal 13,3% del 1985 al 73,7% del 2007) quella attribuibile a comportamenti più comuni, come i rapporti non protetti tra eterosessuali.

La scarsa attenzione alla prevenzione emerge anche dai dati riguardanti il momento della diagnosi della sieropositività, che è passata da 26 anni per gli uomini

■ Dall'Aids non si torna indietro. Se le terapie hanno infatti permesso un allungamento della vita, dall'Aids non si guarisce ancora. Eppure le persone sembrano non preoccuparsene molto e le precauzioni per evitare il contagio sono poche, soprattutto nel rapporto tra eterosessuali, dove negli ultimi anni si è registrato il maggior aumento di infezioni. Addirittura, oggi il 40% delle donne si infetta di Hiv consapevolmente, contraendo il virus dal partner di cui è nota la sieropositività

e 24 anni per le donne nel 1985 a, rispettivamente, 37 e 33 anni nel 2007. Questo significa, peraltro, che per molti anni le persone restano infette senza saperlo, costituendo così, a loro insaputa, una possibile fonte di diffusione dell'infezione. Si stima che più della metà dei soggetti con Aids ignori la propria condizione, soprattutto tra coloro che si sono infettati attraverso rapporti sessuali, e che circa un quarto delle persone Hiv positive presenti in Italia non sappia di esserlo. In pratica, nel Paese vi sarebbero circa 40 mila sieropositivi che, inconsapevolmente, possono infettare altre persone.

“È evidente la necessità di sviluppare campagne di prevenzione, sia primaria che secondaria”, ha affermato la presidente del Network persone sieropositive (Nps), **Rosaria Iardino**. “Quella primaria attraverso campagne di comunicazione per promuovere comportamenti sessuali sicuri, ma anche quella secondaria per favorire l'accesso al test e permettere così l'immediato ricorso alle terapie e all'adozione di misure di protezione per evitare i contagi. Sono questi i passi fondamentali per fermare l'Hiv-Aids”, ha aggiunto Iardino osservando che “se di Hiv-Aids si parla poco, ancora meno se ne parla ai giovani”. Per

questo Nps ha recentemente lanciato la seconda edizione di HiVideo, un concorso rivolto ai ragazzi per promuovere la prevenzione dell'Hiv-Aids.

Hiv e le donne

La proporzione di donne colpite dal virus è aumentata progressivamente negli anni: il rapporto uomini/donne, che era di 3,5 nel 1985, è diventato di 2,5 nel 2007. Nell'ultimo decennio la proporzione di pazienti adulti di sesso femminile è rimasta stabile intorno al 23-25%, mentre l'età media di diagnosi della patologia è passata dai 27 anni del 1988 ai 40 nel 2008. Dal rapporto del Coa emerge che se il 42,5% delle donne colpite dal virus ha avuto rapporti con partner di cui era nota la sieropositività, questa situazione si verifica meno tra gli uomini, con il 12,2% dei casi.

La diffusione in Italia

I tassi di incidenza di Aids, calcolati nel 2008, mostrano che le Regioni più colpite sono Lombardia e Liguria (3,4 ogni 100 mila abitanti), seguite da Emilia Romagna e Toscana (2,9), poi Lazio e Marche (1,9). È evidente la persistenza di un gradiente Nord-Sud nella diffusione della malattia; i tassi di incidenza infatti continuano ad essere mediamente più bassi nel

Mezzogiorno e in particolare in Calabria (0,3), anche se la Basilicata segna un 2,2. I casi di Aids per provincia risultano, nel 2008, particolarmente elevati a Lodi (5,9), Genova (5,0) e Lecco (4,8), mentre i più bassi sono quelli della provincia di Foggia (0,1), Reggio Calabria e Agrigento (entrambi pari a 0,4).

Anche per l'Hiv il tasso minore si registra al Sud, dove, ad esempio, la Puglia segna un 1,7 ogni 100 mila abitanti contro l'8,9 della P.A. di Trento e l'8,4% del Lazio.

Negli ultimi anni, inoltre, con il crescente fenomeno dell'immigrazione si è verificato un aumento della proporzione di casi notificati in cittadini stranieri (dal 5,1% nel 1995-96 al 22,1% nel 2007-08). La proporzione di nuove diagnosi di infezione da Hiv tra i cittadini non italiani è aumentata dall'11% nel 1992 al 32,0% nel 2007. La maggior parte degli stranieri proviene dall'Africa (41,2%) e dall'America Latina (25,2%), mentre il 16,1% proviene da altri Paesi europei.

I casi pediatrici

Sono 769 i casi di bambini malati di Aids segnalati dal 1997 al 2008 (cioè 1,3% del totale degli affetti). Di questi, 714 sono quelli che hanno contratto l'infezione dalla madre, 360 sono figli di tossicodipendenti, mentre 262 sono figli di donne che hanno acquisito l'infezione per via sessuale.

Nel 2008 sono stati solo 4 i bambini che hanno contratto la malattia per via verticale, un dato molto positivo se si pensa che nel 1997 erano stati ben 601. Un risultato ottenuto probabilmente grazie all'uso di terapie antiretrovirali sia per le donne in gravidanza, in modo da ridurre la trasmissione al feto, sia per i bambini infettati, per allungare il tempo di incubazione della malattia.

Nell'ultimo anno non sono stati registrati tra l'altro casi di bambini contagiati per trasfusione o emofiliaci.

Le terapie funzionano, ma non si fanno

L'Aids resta una malattia mortale, da cui non si guarisce, ma se il tasso di letalità (cioè il rapporto tra i decessi per anno di diagnosi e i casi diagnosticati in quello stesso anno) era pari al 94,4% nel 1985, del 72,5% nel 1995 e del 25% nel 2005, nel 2008 si è registrata una diminuzione che ha portato il tasso al 9%.

Tuttavia, se i farmaci funzionano, ci sono due aspetti critici che fermano il processo di cura: la mancata diagnosi e le difficoltà di accesso alle terapie. Solo il 34% dei casi notificati dal 1999 ha ricevuto un trattamento terapeutico antiretrovirale e a circa tre quarti di questi è stata somministrata una combinazione di tre farmaci.

Risultano inoltre delle differenze per modalità di trasmissione: solo il 23% dei pazienti con fattore di rischio sessuale (cioè omosessuali ed eterosessuali) hanno effettuato una terapia antiretrovirale, contro oltre il 50% dei tossicodipendenti.

Ed essendo la consapevolezza della propria sieropositività il maggiore determinante per avere effettuato una terapia antiretrovirale prima della diagnosi di Aids, si può osservare come anche in questo caso coloro che arrivano più tardi alla diagnosi e alle cure siano quelli che hanno contratto l'infezione attraverso rapporti sessuali e ignorato a lungo di essere infetti. **Y**



“Hai tra i 16 e i 26 anni?”

Gira uno spot sulla prevenzione dell'AIDS con il tuo telefonino o la videocamera. “Vai su www.hivideo.it e lascia esplodere la tua creatività”

Con questo slogan è partita il 17 giugno scorso la seconda edizione di HiVideo, la campagna di comunicazione sociale sulla lotta contro l'Aids e le altre malattie sessualmente trasmissibili ideata da Nps Onlus (Network Italiano Persone Sieropositive). Attraverso questa iniziativa si invitano i giovani ad ideare e realizzare degli spot, video e audio, che trattino della prevenzione dell'Aids e delle Mst. Lo scopo è quello di sen-

sibilizzare i ragazzi attraverso il ricorso alla rete telematica e quindi tramite un linguaggio a loro congeniale, rendendoli soggetti attivi nella comunicazione del messaggio.

Ed intanto è già in onda nelle radio e televisioni italiane uno spot realizzato gratuitamente da un cast stellare per promuovere il concorso. Il video diretto da Giorgio Pasotti è interpretato oltre che da Martina Stella, già testimonial della prima edi-

zione, da Claudia Pandolfi, Anna Saffroncik, Diane Fleri, Giulia Elettra Gorietti, Daniele Liotti, Pietro Taricone, Fabio Troiano, Luciano Scarpa e Vincenzo Cantatore.

“Bisogna ritornare a parlare dell'Aids e delle Mst, per far capire ai ragazzi quali sono i comportamenti corretti da assumere”, ha osservato Rosaria Iardino. “Ma attenzione – sottolinea la presidente di Nps – perché l'Hiv non è il virus dei giovani. Con HiVideo ab-

biamo solo ritenuto più efficace inviare un messaggio mirato per evitare che uno spot generalista, rivolgendosi a tutti, finisca per non guardare in faccia nessuno. L'auspicio, però, è che il concorso possa catturare l'interesse anche delle persone più adulte. A partire dai genitori, affinché siano loro i primi a farsi promotori dell'educazione sessuale dei propri figli, alzando nel contempo il livello di attenzione sui loro stessi comportamenti”.



Sanità: come procede la riorganizzazione

L'Aquila, tre mesi dopo

Dal capoluogo abruzzese colpito dal terremoto giunge una lezione su come costruire nell'emergenza e nel disagio un sistema di assistenza h24 che aggrega i camici bianchi di varie branche. Tuttavia, siamo tornati a L'Aquila dopo tre mesi dal sisma e, se la voglia di superare il dramma è forte, i problemi sono ancora ingenti ed evidenti. Anche in sanità

di Luciano Fassari

Un primo bilancio sull'organizzazione dell'emergenza sanitaria non può che essere positivo, soprattutto se si considera che si è dovuti ripartire completamente da zero, visto che la struttura dell'Asl de L'Aquila è totalmente inagibile e l'ospedale San Salvatore è stato riaperto parzialmente solo da pochi giorni. In ogni caso, grazie alle donazioni, ma soprattutto alla volontà dei medici, degli operatori sanitari aquilani e alla Asl sono stati attivati 5 presidi sanitari nelle immediate adiacenze o all'interno delle grosse tendopoli e in punti strategici del territorio comunale per garantire la completa copertura dello stesso. Presidi che sono delle vere e proprie Unità complesse delle cure primarie (Uccp) dove i medici di ogni branca lavorano a stretto contatto. Il presidio più grande, quello posto presso il campo dell'Acquasanta, è composto da vari moduli abitativi adibiti ad ambulatori sanitari. Vi sono due moduli operativi per la medicina generale, di cui uno donato dalla squadra di calcio del Milan, 3 ambulatori per la specialistica, di cui 2 sono stati forniti direttamente dal Sumai, uno studio pediatrico, una sede di guardia medica, un ufficio di distretto ed è in via di costruzione un punto d'accesso unico. Tutti i prefabbricati sono dotati di condizionatore.

Gli altri 4 presidi intorno a L'Aquila sono meno grandi ma,

in ogni caso, garantiscono ognuno la presenza di 2 ambulatori di medicina generale, uno per la specialistica, uno per la guardia medica ed uno per la pediatria. Oltre ciò, l'Università di Chieti ha fornito un camper per l'oculistica che effettua le visite nelle tendopoli.

I nodi al pettine, però, sono plurimi, dicevamo.

Innanzitutto vi è il problema degli sfollati che non stanno più a L'Aquila. Se ne contano almeno 30mila e di questi non si sa ancora chi tornerà. L'incognita, in questo caso, è che senza una previsione in merito (dove verranno costruite le nuove case? Per esempio) non si è in grado di progettare l'assistenza sanitaria sul territorio, che se oggi sembra essere sufficiente è solo perché gli utenti sono i due terzi in meno rispetto a prima del sisma.

Inoltre, c'è molta attesa per quello che sarà il piano approntato dalla cabina di regia istituita dal viceministro Fazio sulla sanità abruzzese. In questo quadro, occorre ricordare come l'Abruzzo abbia un debito sanitario molto alto. Per questo il piano sarà decisivo, perché oltre a riorganizzare la sanità aquilana colpita dal sisma dovrà riprogettare tutto il sistema sanitario abruzzese.

Il 29 maggio scorso, intanto, alla presenza delle autorità, sono stati riaperti tre edifici dell'ospedale San Salvatore, abbastanza laterali e lesionati in maniera più lieve rispetto ad altri punti, secondo alcuni medici che lavora-

vano in quei reparti. Come riferito dal sottosegretario alla Presidenza del Consiglio, Guido Bertolaso alla commissione d'inchiesta sul Ssn in Senato, sono stati in tal modo riattivati i reparti di: Pronto soccorso, Rianimazione/Unità di Terapia Intensiva Coronarica, Chirurgia d'Urgenza, Ortopedia/Sala Gessi, Ostetricia e Ginecologia, Medicina e Chirurgia, Psichiatria, Geriatria, Cardio-Pneumologia, Pediatria, Malattie Infettive, Trapianti, per un totale di 110 posti letto ordinari e 14 posti letto di Day Hospital.

Sono stati riaperti, inoltre, i servizi di: Radiodiagnostica, Radioterapia, Medicina Nucleare, 2 sale operatorie, 1 sala parto e il Centro di Emodialisi con 12 postazioni. Il 3 giugno, poi, è nato il primo bambino nell'ospedale restaurato.

Nel frattempo, sono stati completati i lavori per il trasferimento dell'ospedale modulare già allestito a La Maddalena per il G8. L'obiettivo dichiarato è quello di fornire entro l'estate un'assistenza ospedaliera pari al 60% rispetto a prima del terremoto.

Entro luglio vi saranno circa 250 posti letto a disposizione dei malati aquilani (il San Salvatore ne contava 450 prima del sisma), suddivisi fra quelli dell'ospedale

Intervista a Marina Tobia

Dirigente di II livello Uo di Ginecologia, Ospedale San Salvatore de L'Aquila

...ma la normalità è ancora lontana

Si trovava in ospedale quella notte del 6 aprile e pochi giorni dopo ci aveva raccontato la sua esperienza nell'editoriale del n. 3 di GynecoAogoi. La dottoressa Tobia ci racconta cosa succede a L'Aquila oggi, dove la voglia di ricominciare è tanta, ma anche la paura. Perché la terra continua a tremare. Anche forte.

Dottoressa Tobia, il 60% delle attività dell'ospedale San Salvatore sono di nuovo in funzione. Anche il reparto di Ginecologia è stato riaperto?

Sì, anche se i posti sono ridotti da 30 a 12. Abbiamo a disposizione due sale, una per l'ostetricia e una per le urgenze e vi sono state le prime nascite, oltre 25, sia in parto naturale che per cesareo. La nostra specialità, dunque, è molto attiva, e credo che sia importante anche per il messaggio di speranza e futuro che porta con sé la nascita di un bambino.

Quali sono le prestazioni che siete in grado di garantire?

Le visite ambulatoriali ginecologiche, anche se abbiamo le strumentazioni solo per la diagnostica iniziale. Ad esempio, effettuiamo l'ecografia, ma non possiamo fare esami morfologici. Svolgiamo poi tutte le prestazioni di prevenzione e screening.

Quali sono le condizioni di lavoro dei medici ginecologi?

Non semplici, soprattutto perché il terremoto non si è fermato. Abbiamo avuto una scossa del 4,6 ed altre superiori al 3 si ripetono frequentemente. Questo non

permette di stare tranquilli. Ci sono momenti di tensione e, in pratica, è come vivere nell'emergenza

continua, perché siamo sempre pronti all'evacuazione. Come si fa a ricostruire se la terra continua a tremare?

Noi svolgiamo parte del lavoro in ospedale e parte nella Clinica Privata Villa Letizia, dove sono state affittate le sale operatorie. Ma occorre considerare anche un altro disagio, che riguarda propriamente i medici. Solo uno dei medici della ginecologia vive in zona. Gli altri sono rimasti senza una casa e si sono spostati sulla costa, dove hanno delle seconde abitazioni, ad esempio. O in altre città. E per venire a lavorare dobbiamo effettuare quotidianamente dei viaggi che, in certi casi, sono anche piuttosto lunghi. La stanchezza dei trasferimenti si somma così a quella delle 12 ore di lavoro e 12 di reperibilità.

Insomma, sono momenti piuttosto duri. Peraltro le nostre unità sono già limitate, quindi non abbiamo potuto favorire la mobilità di nessuno.

Quali sono prospettive?

Intanto ci hanno garantito che sarà aumentato il numero di posti letto. Molti lavori di rafforzamento e ampliamento dei servizi – non solo sanitari – sono già stati avviati in vista del G8, che rappresenta una grande opportunità per noi. Non solo perché speriamo in una mobilitazione di sensibilità, ma anche perché lo Stato sta svolgendo importanti lavori in vista dell'evento, dalla mobilità dei mezzi alle strutture a disposizione. Si tratta di lavori che rimarranno in parte a beneficio de L'Aquila anche dopo il G8. Siamo dunque molto felici della decisione di spostare qui il Summit, perché sarà esso stesso parte della ricostruzione della nostra città. (L.C.)



da campo del G8 (una cinquantina), quelli affittati presso cliniche private della città ospitate in edifici giudicati agibili e quelli (116) ricavati presso gli edifici risanati del San Salvatore. Inoltre, dall'8 giugno, la Casa di cura Villa Letizia ha firmato una convenzione con la Asl dell'Aquila che prevede un contratto di affitto (circa 500.000 euro) e di servizi an-

che di tipo alberghiero. Per il resto, la gestione sarà completamente appannaggio della Asl con personale proprio: 80 posti letto, 2 sale operatorie, la terapia intensiva, il tutto temporaneamente fino al 30 settembre e alle stesse condizioni economiche riservate alla Asl.

Insomma, lentamente, ma la riorganizzazione procede, come purtroppo gli eventi sismici, che non sembrano voler dar tregua alla popolazione aquilana. **Y**

Il 60% dell'attività ospedaliera è già in funzione

“Il nostro obiettivo è riattivare, entro la fine di settembre, i due terzi dell'attività del presidio ospedaliero San Salvatore. Per questo abbiamo anche chiesto al sottosegretario alla Presidenza del Consiglio, Guido Bertolaso, di capire

se è possibile accelerare gli iter per poter aprire le gare d'appalto europee necessarie all'ultimazione dei lavori di recupero del presidio ospedaliero”. Questa la direzione su cui occorre muoversi per il direttore generale dell'Azienda

Usl n. 4 L'Aquila, **Roberto Marzetti**, che sottolinea come i primi lavori di ristrutturazione dell'ospedale (quelli che hanno permesso la ripresa della funzionalità) sono stati possibili “grazie a un contratto di assicurazione che aveva-

mo stipulato due anni fa e che ci garantiva contro i rischi da sisma”. I primi 5 milioni di euro sono già stati erogati e si attendono ora le stime dei periti per quantificare l'importo restante che, secondo Marzetti, si dovrebbe aggirare intorno ai 50 milioni di euro. Tuttavia, il segretario regionale Aogoi, **Quirino Di Nisio**, sottolinea come l'attività assistenziale sia an-

cora molto limitata per la specialità. “Il reparto di Ginecologia – ci spiega – è stato uno dei primi ad essere riaperto”. È stata inoltre attivata una convenzione con una struttura privata, Villa Letizia, “dotata di tutti i comfort e di efficienti sale operatorie, ma si possono garantire solo visite ambulatoriali, mentre gli interventi ginecologici sono tuttora limitati”. (E.M.)

Ginecologi: è tempo di cambiare

Le sei proposte di Aogoi e Agite

di **Antonio Chiantera**, Segretario nazionale AOGOI,
Sandro Viglino, Vice presidente AOGOI
e **Giovanni Fattorini**, Vice presidente AGITE

Sono molti i fattori che spingono ad una rivisitazione dell'attuale profilo del ginecologo. La mutata condizione identitaria dei Consulenti familiari a 34 anni dalla loro costituzione. La focalizzazione dell'attenzione sul Territorio quale luogo idoneo a trasferirvi funzioni e risorse. La necessità di ripristinare la funzione originaria e fondamentale dell'ospedale, che deve necessariamente connotarsi verso l'acuzie e le patologie complesse. L'ineludibile necessità del riequilibrio dei costi e il mix contrattuale che caratterizza gli specialisti ginecologi che operano nelle due realtà (ospedale e territorio). E, su tutti, la peculiarità della figura e della cultura professionale del Ginecologo.

Da qui la necessità di ripensare al nostro ruolo ma anche alla nostra connotazione in termini professionali, gestionali e organizzativi, che ci hanno condotto all'elaborazione di sei proposte rivolte a tutte le Istituzioni sanitarie, nazionali, regionali e locali. Ecco:

1 **Uniformare sul territorio nazionale l'organizzazione delle attività consultoriali** che dovrebbero essere strutturate come Unità Operative Complesse, su base distrettuale o multidistrettuale, dirette da una figura Dirigente del comparto sanitario (Medico con specializzazione attinente alle attività consultoriali - Psicologo). L'U.O. gestisce le figure professionali previste dal PO-

MI: a) personale medico (ginecologi - pediatri - neuropsichiatri infantili); b) personale sanitario non medico (psicologi); c) personale del comparto sanitario (ostetriche - infermiere professionali e pediatriche - assistenti sanitarie); d) personale del comparto sociale (assistenti sociali non afferenti ai Distretti sociali).

2 **Integrazione armonica tra le funzioni svolte dai Distretti sanitari e le Uu.Oo.** Attività consultoriali circa la gestione del personale e le attività più specificamente ambulatoriali da parte del personale laureato (medico e non). La collocazione funzionale delle Uu.Oo. nel Dipartimento qualunque caratteristica assuma dovrebbe garantire l'autonoma ed armonica collaborazione tra le funzioni di "produzione" di prestazioni sanitarie (U.O., Dipartimento) e l'integrazione con le

funzioni specifiche dei Distretti (committenza, integrazione socio-sanitaria etc.).

3 **Istituire Uu.Oo. complesse di Ginecologia Medico Preventiva** che, a livello sovra e interdistrettuale, coordinino le attività ginecologiche territoriali (consulenti e piastre poliambulatoriali) raccordando le funzioni svolte dal Territorio con quelle dell'Ospedale e creando un circuito virtuoso Territorio/Ospedale per quel che attiene alle prestazioni diagnostiche-terapeutiche di II livello. Tali Uu.Oo. in maniera speculare rispetto a quelle ospedaliere, dovrebbero, in buona sostanza, sovrintendere all'intera attività ginecologica svolta sul Territorio con particolare riferimento alle funzioni specialistiche diagnostiche di I livello, ivi comprese quelle che non rientrano nelle prerogative delle attività consultoriali (office ecografia, prevenzione diagnosi e terapia della patologia del basso tratto genitale, ambulatorio di uroginecologia, ambulatorio per la menopausa, ambulatorio di senologia, ecc.). La deospedalizzazione di tali funzioni consentirebbe l'alleggerimento di funzioni non proprie degli ambulatori ospedalieri, il completamento del ciclo della prevenzione di primo e secondo livello anche nell'ambito degli screening, la eventuale riconversione di strutture ex ospedaliere, l'abbattimento drastico delle liste d'attesa e una più organica e razionale integrazione tra strutture territoriali e ospedaliere di ginecologia con evidenti vantaggi per l'utenza.

4 **Tutto ciò (specie nelle ASL di maggiori dimensioni) dovrà essere comunque concepito nell'ambito del Dipartimento materno-infantile**, affidato a personale medico apicale (II livello dirigenziale), in possesso di specialità affini per l'ambito specialistico

considerato (Ginecologi - Pediatri), con incarico biennale e secondo la regola dell'alternanza.

5 **A questo proposito si dovranno potenziare tutte quelle funzioni e prestazioni di II livello (pacchetti di prestazioni ambulatoriali complesse o PAC)** che possono essere trasferite e svolte in modo appropriato sul Territorio, sollevando l'ospedale da compiti di costosa e problematica attuazione per l'impegno indispensabile di risorse umane a scapito dell'assistenza propriamente ospedaliera; in tal modo l'ospedale potrà dedicarsi in maniera più specifica e puntuale alle attività chirurgiche ordinarie e di day hospital e alle patologie ostetrico-ginecologiche complesse con riduzione di costi e delle liste d'attesa.

6 **Si rende altresì necessaria una revisione ed un aggiornamento costante dell'attuale POMI** (aprile 2000 relativo al PSN triennio 1998-2000) contestualmente ai diversi Piani Sanitari Nazionali che verranno via via concepiti. Ciò consentirebbe di apportare quelle modifiche ed integrazioni che sono rese necessarie dal progressivo mutamento delle condizioni di salute delle donne italiane e delle loro esigenze nonché dai progressi della scienza medica e tecnologica e, conseguentemente, dalla necessità di rivedere in progress le modalità organizzative e gestionali alla luce delle eventuali nuove normative. Come si può capire l'obiettivo primario delle nostre proposte è quello di suggerire una visione unificante della figura del Ginecologo, ovunque operi e indipendentemente dalla formazione e dal regime contrattuale che lo caratterizza. I cambiamenti imposti dai mutamenti sociologici e dalle cogenze economiche che soprattutto in questi ultimi anni hanno investito anche la professione medica, e quella del Ginecologo in particolare, fanno sì che si debba guardare a questo professionista come al "medico della donna" tout court, uniformando i percorsi diagnostici e le soluzioni terapeutiche, conservando l'unicità e la peculiarità umana di un rapporto medico/paziente che sottolinea la singolarità di questa figura specialistica.



I cambiamenti imposti dai mutamenti sociologici e dalle cogenze economiche che soprattutto in questi ultimi anni hanno investito anche la professione medica, e quella del Ginecologo in particolare, fanno sì che si debba guardare a questo professionista come al "medico della donna" tout court

Sport e gravidanza

Voglia di sport, anche col pancione

di Giuseppe Amuso

Spedale di Alzano Lombardo (Bg)

Sempre più di frequente la donna che aspetta un figlio chiede al proprio ginecologo se può continuare a praticare una regolare attività fisica o uno sport durante la gravidanza. Abbiamo dunque la necessità di dare risposte adeguate al sapere scientifico, anche se le nostre conoscenze su questo argomento sono ancora incomplete per diversi motivi. Gli studi attuali non permettono di trarre conclusioni definitive, perché sono studi di coorte o retrospettivi, non randomizzati e con casistiche ridotte. Inoltre, non è sempre possibile separare gli effetti dei cambiamenti corporei dovuti all'esercizio fisico da quelli indotti dalla gravidanza. Vi sono poi vari fattori confondenti di tipo genetico, socioeconomico, nutrizionale e ambientale.

Il confronto tra le varie attività sportive risulta difficile per la diversità tra i vari tipi di esercizio fisico, per l'intensità di esecuzione, per la loro durata, per la frequenza con cui viene svolto, il grado di allenamento e lo stato di forma della donna, oltre che per l'epoca gestazionale. Va ricordato che durante lo sforzo fisico vengono impegnati in modo acuto tutti gli apparati del nostro corpo, con importanti adattamenti funzionali proporzionali all'intensità dello sforzo. Durante l'attività sportiva di massima intensità, la ventilazione polmonare e il consumo di ossigeno possono subire incrementi sino a 20 volte, con 100/110 litri/minuto, la gittata cardiaca può raggiungere i 30 litri di sangue al minuto dai circa 5 litri/minuto a riposo ed il flusso sanguigno all'interno del muscolo (normalmente pari a 3,6 ml per 100 grammi di muscolo) può aumentare anche di 25 volte. La normalità si ripristina rapidamente non appena termina l'esercizio fisico. L'allenamento allo sforzo fisico induce graduali fisiologiche trasformazioni dei vari organi e sistemi, finalizzati a ottimizzare le loro capacità di risposta all'impegno, con maggior evidenza per i sistemi cardiocircolatorio, respiratorio, la trasmissione neuro-muscolare e l'assetto ormonale. La donna sana che pratica sport è pertanto preparata a sostenere favorevolmente l'attività fisica abituale.

Negli ultimi tempi molte donne italiane praticano regolare attività fisica a vari livelli come stile di vita salutare. Sono quindi sempre più numerose le donne in gravidanza che si rivolgono al ginecologo per chiedere se possono continuare la loro attività sportiva

Sport e biochimica in gravidanza

Molti degli importanti adattamenti anatomici e biochimici indotti dalla gravidanza iniziano subito dopo la fecondazione, continuano durante tutta la gestazione e rappresentano la risposta materna agli stimoli fetali, determinando uno stato parafisiologico con variazioni anatomiche e funzionali di tutti i sistemi. Dall'inizio della gravidanza avviene una riduzione delle resistenze periferiche con abbassamento della pressione arteriosa, che torna ai valori pregravidici presso il termine. L'aumento del volume ematico medio è del 50% rispetto ai livelli pregravidici (incremento di circa 1000-1500 ml), con emodiluizione in quanto la massa eritrocitaria aumenta meno del volume plasmatico. Il volume cardiaco minuto aumenta del 30% per aumento sostanzialmente della gittata cardiaca. Gli adattamenti respiratori portano a un aumento della ventilazione e della captazione d'ossigeno al minuto. L'incremento medio del peso corporeo è di circa 12,5 kg. Nonostante gli adattamenti anatomici e funzionali la maggioranza degli studi conclude che la capacità di risposta muscolare e la potenza in aerobiosi della donna in gravidanza rimangono sostanzialmente invariate, mentre tende a diminuire verso il termine la capacità di lavoro muscolare in anaerobiosi.

L'esercizio fisico vigoroso ha molti effetti sulla circolazione fetoplacentare. Durante l'attività si veri-

fica una redistribuzione della gittata cardiaca dal distretto splancnico, quindi anche dal circolo utero placentare verso il distretto muscolare e la cute. L'entità della diminuzione del flusso ematico è direttamente proporzionale all'entità dell'esercizio fisico e alla massa muscolare coinvolta, anche superiore al 50%, e determina una conseguente riduzione dell'apporto dei vari substrati e nutrienti alla placenta. La diminuzione del flusso placentare dura quanto l'esercizio fisico e si normalizza nel giro dei due minuti successivi, come pure la correlata transitoria riduzione della reattività e variabilità della frequenza cardiaca del feto e dei suoi movimenti respiratori. Questa riduzione del flusso è costante in tutta la gravidanza. Solo presso il termine l'entità di questa riduzione del flusso è attenuata nelle donne allenate all'esercizio muscolare. Le donne in gravidanza che praticano regolare attività sportiva presentano un incremento aggiuntivo dei meccanismi di compenso già presenti, in quanto indotti dalla condizione di gravidanza, quali un ulteriore aumento della gittata cardiaca e della volemia, del volume ematico dello spazio intervilloso, del volume placentare, e della capacità di estrazione di ossigeno della placenta. Pertanto, anche se durante lo sforzo fisico c'è una temporanea riduzione di substrati al feto, il rilascio complessivo di glucosio e di ossigeno al sito placentare è globalmente aumentato nelle 24 ore. La più re-

cente revisione della Cochrane (Review 2006) conclude che i dati attuali non permettono di attribuire rischi o benefici di grande rilievo alle donne che praticano attività fisica in gravidanza (e al bambino). Suggerisce però che i dati sono sufficienti per raccomandare a tutte le donne in gravidanza di continuare la loro attività fisica abituale o ad iniziarne una come parte di uno stile di vita salutare al fine di mantenere o migliorare lo stato di buona salute (physical fitness).

Sedentarietà vs attività fisica

Esistono dati che le donne sedentarie hanno un rischio aumentato di disturbi del sistema cardiocircolatorio e del tono muscolare, di eccessivo aumento di peso, di diabete gestazionale e di preeclampsia, di comparsa di varici e trombosi venosa e di altri disturbi fisici. In una recente review della letteratura internazionale sull'esercizio fisico in gravidanza non è stato evidenziato un aumento di mancato impianto della gravidanza, dell'abortività precoce, né di complicanze agli stadi più avanzati della gravidanza: non ritardi di crescita, la stessa durata della gravidanza ($p=0,67$) e del travaglio ($p=0,14$), lo stesso peso neonatale ($p=0,2$) e assenza di complicanze neonatali indesiderate (APGAR $p=0,59$). I vantaggi segnalati in tutti gli studi sono la sensazione di benessere soggettivo e il miglior stato di salute (meno dolori alla schiena, stipsi, meteori-

simo e gonfiore, miglior tono muscolare, postura e umore migliori, vantaggi sul sonno, etc.), un miglior controllo del peso corporeo, minor incidenza di diabete gestazionale, di preeclampsia, della durata del travaglio, minor rischio di tagli cesarei e di "distress" fetale. Il meccanismo ipotizzato per il minor rischio di diabete gestazionale e di preeclampsia è un miglior equilibrio del metabolismo degli zuccheri, dei livelli di trigliceridi e delle citochine infiammatorie. L'attività sportiva durante la gravidanza fisiologica procura quindi diversi vantaggi in assenza di rischi conosciuti. Meno notizie abbiamo per suggerire precisi limiti all'intensità dello sforzo fisico, alla sua durata o ai livelli di incremento della frequenza cardiaca della donna in gravidanza, che deve essere consapevole che i cambiamenti fisici e meccanici dovuti alla gravidanza tendono a condizionare il carico di lavoro soggettivo e limitano il proprio massimo rendimento. Pertanto la gravida deve avere attenzione alla progressiva riduzione dei livelli di energia, alla sensazione di stanchezza e alla comparsa di disturbi che tendono ad aumentare con il progredire della gravidanza. Le donne dovrebbero continuare le prestazioni sportive che praticavano prima della gravidanza oppure iniziare una regolare attività fisica con la gravidanza, avendo come obiettivo il benessere soggettivo, il miglioramento della propria condizione di salute generale e inoltre ottenere alcuni vantaggi sull'evoluzione della gravidanza.

Alcuni accorgimenti

Attenzione deve essere posta al problema dell'ipertermia corporea che durante un esercizio intenso può raggiungere i 39° di temperatura, anche se non è mai stato rilevato alcun danno sulla gravidanza e sul feto. Infatti la donna in gravidanza presenta diversi meccanismi di compenso per una miglior dispersione del calore come l'aumento della temperatura corporea, l'aumento della volemia e del flusso ematico della cute. Tuttavia non essendoci dati sufficienti sull'assenza di rischi fetali da ipertermia prolungata è d'obbligo la precauzione. A tal fine è necessario aumentare l'idratazione in rapporto all'aumento della temperatura corporea durante l'esercizio fisico, oltre che in relazione alla temperatura esterna ed al grado di umidità, prevenendo il senso di sete, che è già un sintomo di disidratazione. Tenendo presente che durante l'attività motoria viene elimina-

Tutte le più autorevoli società scientifiche di ostetricia e ginecologia e di medicina sportiva hanno pubblicato delle linee guida concordanti nel suggerire un moderato e costante esercizio fisico di livello amatoriale in gravidanza e in puerperio



Per saperne di più

1. Davies GA et al. Exercise in Pregnancy and postpartum period. Issue 4 SOGC The Cochrane Library 2006
2. Drake S. Exercise training to prevent excess weight gain during pregnancy. ACMS's Certified News, vol 13, No1 jan-mars 2003
3. Kramer MS, McDonald SW. Aerobic exercise for for woman during pregnancy. (Review) Cochrane database Syst Rev 2006 Jul 19;3:CD000180
4. Duncombe D, Skouteris H. Vigorous exercise and birth outcomes in a sample of recreational exercisers: a perspective study across pregnancy. Aus And New Zealand J Ob and Gyn 2006; 46:288-292
5. Wolfe LA, Weissberger TL. Clinical physiology of exercise in pregnancy: a literature review. J Obst Gynec Canada jun;25(6):473-83
6. Seon AE et al. A randomized comparative trial of the efficacy and safety of exercise during pregnancy: design and methods. Contemporary Clinical Trials 2006;531-540
7. Wolfe LA, Charlesworth SA et al. Effects of pregnancy on maternal work tolerance. Can J Appl Physiol 2005 Apr; (2):212 .32
8. Exercise in pregnancy Statement; RCOG No 4 January 2006
9. SOGC et SCPE Directive Clinique Conjointe L'exercice physique pendant la grossesse et le postpartum No 129, juin 2003
10. Guidelines for exercise during Pregnancy & Postpartum; ACOG 2002
11. Clapp JF. Eur. J. Eur. The effect of maternal exercise on fetal oxygenation and feto-placental growth Obstet Gynec and Reprod Biol 2003; 110:530-535
12. Clapp JF Long-term outcome after exercising throughout pregnancy: fitness and cardiovascular risk. Am J Obst Gynec 2008 nov; 199(5):489.e1-6, Epub 2008 jul29
13. Clapp JF 3rd, Capeless EL. Neonatal morphometrics after endurance exercise during pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1990;163:1805-1811
14. McCrory MA, Nommsen-Rivers LA et al. Randomized trial of the short-term effects of dieting compared with dieting plus aerobic exercise on lactation performance. Am J Clin Nutr 1999;69:959-967

perché il feto non è protetto dalle patologie da decompressione e quindi rischia la embolia gassosa. Non ci sono controindicazioni a svolgere attività fisica fino a circa 2500mt, oltre questa altitudine è opportuno prevedere un adeguato periodo di acclimatazione (livello B-C). Durante l'attività fisica nell'ultimo trimestre di gravidanza può essere avvertito un aumento dell'attività contrattile uterina, che cessa spontaneamente e non comporta conseguenze. È prudente il controllo della cervicometria qualora perdurasse a lungo dopo il termine dell'attività. Tutte le più autorevoli società scientifiche di ostetricia e ginecologia (2003 Acog - 2006 Rcoc - Sogc - Ranzcog) e di medicina sportiva hanno pubblicato delle linee guida concordanti nel suggerire un moderato e costante esercizio fisico di livello amatoriale in gravidanza e in puerperio. In particolare l'Acog suggerisce che le donne con gravidanza non complicata possono continuare a esercitare la stessa attività fisica praticata prima della gravidanza o iniziarla con la gravidanza. Il suggerimento è di un'attività moderata in aerobiosi per mantenere la forma fisica, senza raggiungere picchi di agonismo, con durata degli esercizi di 30-40 minuti e con una frequenza di 3, 4, 5 volte la settimana. In pratica un'attività sportiva di tipo amatoriale.

Le controindicazioni

Le controindicazioni assolute all'attività fisica in gravidanza sono quelle condizioni di rischio ostetrico come la PROM, la minaccia di parto prematuro, l'incompetenza cervicale, la perdita ematica inspiegata dai genitali, la placenta previa, la gravidanza multipla, l'iposviluppo fetale, l'obesità, etc.. Le controindicazioni relative invece sono in rapporto alle condizioni individuali di possibili patologie materne (cardiopatie, anemia importante, patologie materne mal controllate come l'ipertensione, il diabete, l'epilessia, l'ipertiroidismo, problemi ortopedici, etc.) e variano secondo la gravità. Queste devono essere valutate di volta in volta da parte del ginecologo di riferimento. La maggior parte delle attività sportive possono essere continuate anche in puerperio privilegiando gli esercizi di riabilitazione perineale nell'immediato post-partum al fine di ridurre il rischio di incon-

tinuenza urinaria da sforzo. L'esercizio muscolare inoltre non influenza la quantità e la composizione del latte materno e non ci sono effetti sulla crescita dei bambini allattati al seno.

Campionesse in gravidanza

La maggioranza dei programmi sportivi per le atlete vengono svolti senza apparenti effetti avversi, benché siano ben più impegnativi delle raccomandazioni dell'Acog, dato che le atlete che hanno raggiunto un buon livello di "performance" prima della gravidanza dovrebbero essere in grado di mantenerlo anche in gravidanza. Uno studio condotto con programmi di allenamento di grado moderato o intenso su 42 atlete, tra cui alcune tra le 5 migliori al mondo nella loro specialità, non ha evidenziato conseguenze negative sull'andamento della gravidanza, del travaglio di parto e sulla crescita fetale. La gravidanza inoltre non compromette le prestazioni successive delle atlete. Nonostante il fermo imposto agli allenamenti e alle competizioni non mancano esempi di campionesse che hanno fornito le loro migliori prestazioni dopo la gravidanza e il parto. Infatti il 46% delle atlete valutate ha ottenuto un miglioramento dei propri record nel primo anno successivo al parto. L'esempio più celebre è quello dell'olandese Fanny Blankers-Koen quattro volte campionessa olimpica a Londra (1948) quando già era madre di tre figli. Nel 1956 tre atlete gravide di quattro mesi parteciparono senza problemi ai Giochi di Melbourne. Tra i casi più recenti e nazionali ci sono quelli di Josefa Idem (kayak) e di Valentina Vezzali (scherma). Nel '94 la Idem era gravida di due mesi all'inizio del mondiale e decise di gareggiare comunque per non venire esclusa dal programma di supporto che le consentiva di svolgere la sua attività sportiva. Valentina Vezzali, atleta che si è mantenuta ai massimi livelli senza soluzione di continuità, nonostante il fermo fisiologico e legale dovuto alla gravidanza, è divenuta campionessa del mondo nel 2005, a quattro mesi dal parto. Tuttavia i cambiamenti specifici, tra cui la riduzione dell'ossigeno disponibile per l'esercizio fisico e i cambiamenti meccanici, inducono le atlete a evitare programmi di allenamento troppo intensi, mantenendosi a un livello ama-

toriale o con un impegno del 75% circa rispetto alla massima attività svolta prima della gravidanza. Per le atlete è necessaria un'attenta supervisione congiunta tra il ginecologo, il medico sportivo e il proprio allenatore. Possiamo concludere che l'attività sportiva in gravidanza procura diversi vantaggi in assenza di rischi conosciuti. Le donne dovrebbero quindi continuare le prestazioni sportive che praticavano prima della gravidanza o iniziare in gravidanza una regolare attività fisica, avendo come obiettivo il benessere soggettivo e il miglioramento della propria condizione di salute generale, evitando i picchi agonistici. È consi-

Per le atlete è necessaria un'attenta supervisione congiunta tra il ginecologo, il medico sportivo e il proprio allenatore

derato ottimale l'esercizio fisico moderato con continuo apporto di ossigeno (amatoriale in aerobiosi), finalizzato al mantenimento del benessere e di una buona condizione di salute, privilegiando gli esercizi senza carico posturale, che hanno rischi inferiori e permettono la loro continuazione per tutta la gravidanza. La durata degli esercizi e i limiti di aumento della frequenza cardiaca in gravidanza sono soggettivi in quanto le atlete abituate a un certo impegno muscolare meglio sopportano certi livelli, mentre le donne non allenate è meglio che si accontentino di un impegno inferiore di tipo amatoriale. Tutte le donne dovrebbero comunque adeguarsi alla progressiva riduzione dei livelli di energia disponibile, alla sensazione di stanchezza e alla comparsa di eventuali disturbi, che potrebbero aumentare con il progredire della gravidanza. Le atlete dovranno impostare un programma personalizzato di attività sportiva e di allenamenti concordati con il ginecologo, il medico dello sport ed il preparatore atletico. **Y**

to con la sudorazione da un quarto di litro a mezzo litro per ora, è consigliabile bere prima dell'inizio, successivamente ogni 20 minuti circa e al termine almeno un bicchiere di liquidi.

La gravidanza richiede un apporto alimentare aggiuntivo di circa 300 Kcal al giorno alla dieta abituale consumata per l'attività sportiva amatoriale o agonistica. Si raccomanda di evitare l'esercizio fisico nelle due ore successive ai pasti sia per la redistribuzione circolatoria postprandiale, per il calo della glicemia e sia per effetto ipoglicemizzante diretto tipico del metabolismo dei carboidrati in gravidanza. Di conseguenza la raccomandazione alla gravida è di non prolungare troppo l'esercizio, di introdurre un adeguato consumo di carboidrati in modo da contrastare i bassi valori di glicemia postprandiale tipici in gravidanza e di non praticare attività fisica nelle prime ore dopo i pasti. A questi suggerimenti si aggiunge di curare la qualità della dieta con frazionamento dei pasti, l'abolizione dell'alcol, del caffè e soprattutto del fumo.

Gli sport da evitare

Gli adattamenti ormonali e biochimici causano lassità del tessuto connettivo, con conseguente riduzione del tono dei legamenti e minor stabilità delle articolazioni. L'aumento di peso e la presenza dell'utero gravido e delle mam-

melle modificano la postura, con progressivo spostamento del centro di gravità che impegna la donna gravida a un continuo cambiamento del portamento e dell'equilibrio per la sicurezza dei movimenti, che diviene progressivamente più difficile. Aumenta il rischio di traumi in rapporto al tipo e all'intensità dello sport praticato. Alcuni studi non riportano differenze in termini di continuazione e di soddisfazione per gli sport senza carico del peso corporeo e in aerobiosi (nuoto in particolare, footing, ciclismo in genere), rispetto quelli con carico posturale (corsa impegnativa, danza). Gli esercizi senza carico però riducono il rischio di infortuni e meglio permettono la continuazione per tutta la gravidanza. La limitazione quindi è per gli sport che comportano rapidi cambiamenti di direzione per l'aumento di peso e per il mutamento del centro di gravità, sia per quelli con contrasto fisico per il rischio di un potenziale impatto, sia per quelli con posizioni supine prolungate, data la riduzione del ritorno venoso al cuore, oltre che per qualsiasi altra attività che stanchi eccessivamente la donna con un recupero lento. Alcuni sport non sono di per sé controindicati ma si accompagnano al rischio di cadute e di traumi, come lo sci da discesa, l'equitazione, l'impegno nel tennis e nella ginnastica artistica. Le donne in gravidanza non devono praticare attività subacquee,

Medicina estetica

Una chiave di lettura per interpretare i bisogni degli adolescenti

di Annunziata Marra*

* Ginecologa e medico estetico, responsabile dell'U.O. Ginecologia del Territorio - Asl Lecce sud/Maglie

■ **Aiutare i giovani a sviluppare una capacità di discernimento nelle scelte per la tutela e salvaguardia della propria salute psicofisica. A partire da un dialogo empatico sulle tematiche di medicina estetica per arrivare a percorsi di prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse e all'uso responsabile dei mezzi contraccettivi. È questo l'obiettivo del progetto sviluppato in una scuola pugliese, qui descritto dalla sua ideatrice: la ginecologa Aogoi Annunziata Marra**

Nell'ambito delle problematiche adolescenziali un posto di rilievo occupa il rapporto con il proprio corpo, nel senso di accettazione o meno della propria fisicità così come è espressa. La gran parte delle/degli adolescenti, guardandosi allo specchio, trova motivi di delusione, il più delle volte obiettivamente immotivati. La situazione può aggravarsi fino ad arrivare a quadri di patologia comportamentale, con pesanti ripercussioni sullo stile alimentare (bulimia, anoressia etc.). Oppure può sfociare nell'adozione di ausili cosmetologici inadatti e/o dannosi: come il ricorso all'abuso di iperpigmentazione cutanea, decorazioni indelebili (tatuaggi etc.) o rimodellamenti corporei (liposuzione etc.). La cronaca purtroppo ci aggiorna sui casi ad esito infausto dell'uso scorretto di tali tecniche.

Tutto ciò evidenzia la necessità di fornire elementi basilari di medicina estetica al fine di sviluppare nei giovani la capacità di discernimento nelle scelte per la tutela e salvaguardia della propria salute psicofisica. Con questo obiettivo ho ideato un progetto da sviluppare nelle scuole che si è concretizzato in un'iniziativa rivolta alle classi quarte A e B del Liceo Capece di Maglie nel corso del-

l'anno scolastico 2006/2007. Attraverso una serie di interventi organizzati in unità didattiche si è cercato di superare l'idea dell'approfondimento come evento estemporaneo per integrarlo invece nell'attività didattica modulare del consiglio di classe.

“Il rapporto con le teen-ager rappresenta una sfida continua alla nostra preparazione di base: io, da ginecologa, ho sentito la necessità di affinare le mie conoscenze nel campo della medicina estetica per poter essere sempre più 'calata' nel mondo femminile. E in particolare per cogliere le esigenze, a volte inesprese, di quella fascia di età definita 'ingrata', che è l'adolescenza”

Il progetto ha previsto il coinvolgimento di esperti esterni: un dermatologo, un chirurgo plastico, una dietista, una psicopedagoga e una serie di verifiche: in ingresso (test di accettazione del proprio corpo), in itinere (relazioni, interviste, articoli di giornale, saggi brevi) e una verifica finale (produzione di messaggi pubblicitari sul rapporto corretto con il proprio corpo, produ-

zione di elaborato multimediale di sintesi).

Alla prima fase di informazione e formazione (incontro con la ginecologa-medico estetico) è seguita la fase della riflessione, con una verifica individuale in forma di relazione e dibattito sul film



Annunziata Marra

“Il diavolo veste Prada” e commento sui testi: “Il ritratto di Dorian Gray”, “Che faccio, mi rifaccio?” e altri. Dopo gli incontri con i vari specialisti sopra detti, sono stati infine svolti i test in uscita.

Per noi ginecologi affrontare in maniera olistica le richieste delle adolescenti è un necessità imprescindibile. Il dialogo empatico ha trovato nelle tematiche di

Medicina Estetica una chiave di lettura privilegiata dei bisogni delle ragazze e dei ragazzi, i quali, così rassicurati, si sono sentiti pronti per altri e più completi percorsi di prevenzione - dalle malattie sessualmente trasmesse all'uso responsabile dei mezzi di contraccezione.

In totale il 56% dei ragazzi e delle ragazze che hanno preso parte al corso dimostra di star bene con il proprio corpo, il 33% lo giudica secondo le situazioni, l'11% lo giudica decisamente brutto. Chi non si vede bene non ha trovato in se stesso la peculiarità che lo rende unico e perciò speciale.

Come medici ginecologi dobbiamo contrastare gli stereotipi devianti e far sì che la personalità delle/degli adolescenti si strutturi sulla propria peculiarità. Quell'11% merita le nostre attenzioni e le nostre cure, in sintonia con l'impegno degli insegnanti e delle famiglie. Il lavoro svolto è stato inoltre la conferma della proficua collaborazione interistituzionale tra Asl, Ginecologia del territorio e Scuola, secondo quanto indicato dal Piano Nazionale per il Benessere dello studente (Linee di indirizzo per l'a.s. 2007/08), sostenuto dai ministeri della Pubblica Istruzione e della Salute.

Solo 1 su 7 si piace

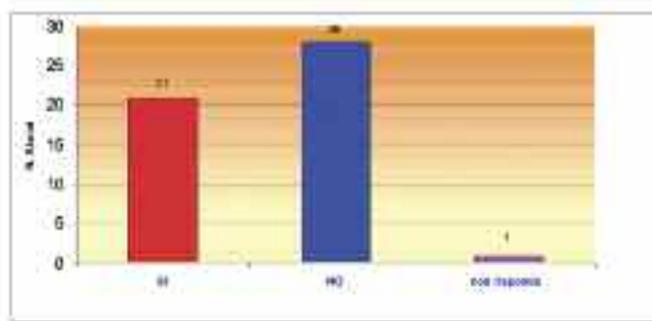
Le ragazze d'oggi non si piacciono, sono pigre, piuttosto avventate nel sesso e si confrontano poco con il proprio medico. La linea resta in cima ai loro pensieri (il 47% segue una dieta) e la cellulite è il più grande nemico (ne soffre il 39%). Per sconfiggerla però sembrano preferire la chirurgia estetica allo sport o a un'alimentazione sana

Il medico come figura chiave per favorire una politica integrata per la salute sessuale e la contraccezione è stato uno dei “temi caldi” del Congresso nazionale della Contraccezione, il primo che ha visto riunite le due più rappresentative Società scientifiche che si occupano di questi aspetti, Sic e Smic, il maggio scorso a Modena. Nel corso del convegno è stato presentato un sondaggio (frutto di interviste a 1.045 giovani donne fuori da scuole e palestre) che rivela come sia ancora scarso il ruolo del medico agli occhi delle ragazze rispetto a questi temi: “Solo il 13% ha parlato del proprio disagio estetico e dei propri bisogni con il medico di famiglia, e poco più (14%) con il ginecologo - ha commentato Emilio Arisi presidente della Società Medica Italiana della Contraccezione (Smic), che ha promosso convegno e indagine. La prima fonte di informazioni e consigli sono le amiche (76%) seguite dalla mamma (37%) ma è alta la percentuale di chi decide da sola (34%). La politica del “fai da te” è molto pericolosa e in ambito riproduttivo può esporre a rischi o insoddisfazione: un dialogo franco con il curante è infatti alla base della scelta contraccettiva più appropriata, adatta alle specificità della donna”. Sul versante dell'educazione sessuale i dati parlano chiaro: ben il 30% delle intervistate dichiara di non usare alcun metodo contraccettivo, il 24% di chi li utilizza pratica il coito interrotto e solo il 7% considera il sesso non protetto come un comportamento a rischio per la salute. Ma per fortuna emergono anche segnali positivi e stanno crollando alcuni pregiudizi: il 34% crede che la pillola possa essere alleata di forma fisica e benessere, il 35% sa che esistono formulazioni in grado di contrastare la ritenzione idrica, il 63% considera l'impatto corporeo prioritario per la scelta del metodo”.

Quando pensi sia opportuno il ricorso alla chirurgia estetica?



Il peso corporeo è per te un problema?



Per saperne di più

- “La medicina estetica”. C. A. Bartoletti, Ed. Salus
- “Che faccio, mi rifaccio?”. M. Gasparotti, Ed. Sperling
- “Il ritratto di Dorian Gray”. O. Wilde, Ed. Mondadori
- “Giovani, affettività, sessualità”. Buzzi, Ed. Il Mulino
- “Elogio alla bruttezza”. Frescura, Ed. Fanucci

di Vania Cirese
Avvocato, Foro di Roma

Vecchia intramoenia e nuove problematiche

Il reato di peculato nell'attività intramoenia

L'analisi delle tre figure giuridiche cui può ricondursi la professione medica, quella di pubblico ufficiale, di incaricato di pubblico servizio e di esercente un servizio di pubblica necessità, ci introduce a un argomento "nuovo" da un punto di vista giurisprudenziale: il peculato in regime di attività intramoenia. Che per la Cassazione non è solo "pura e semplice attività privata", come ci illustra l'avvocata Cirese in questo articolo

Medici... e pubblici ufficiali

Il medico convenzionato con il Ssn riveste la qualifica di pubblico ufficiale in quanto svolge la sua attività per mezzo di poteri pubblicistici di certificazione che si estrinsecano nella diagnosi, ammissione e nella correlativa prescrizione di esami e prestazioni alla cui erogazione il cittadino ha diritto presso strutture pubbliche, ovvero presso strutture private convenzionate.

Le impegnative che contengono richieste di esami infatti non sono delle semplici "domande" basate su giudizi e valutazioni (diagnosi o sospetto diagnostico) di carattere scientifico, ma, al pari di quelle che contengono prescrizioni di medicinali, sono espressione di un potere certificativo (vedi box in basso), in quanto, attraverso la diagnosi su cui si basano, attestano e rendono operativo un interesse giuridicamente tutelabile del cittadino, il quale è abilitato a ottenere l'erogazione della prestazione presso una struttura pubblica senza necessità di alcun controllo o autorizzazione ulteriore da parte della Usl, ovvero, per le prestazioni erogabili in regime di convenzione, presso una struttura privata "convenzionata", previa "autorizzazione" dell'Usl competente.

Anche il medico che presta la sua opera libero-professionale per una Casa di cura convenzionata, in virtù di un rapporto di natura privatistica è pubblico ufficiale in quanto partecipa delle pubbliche funzioni che la Usl svolge per mezzo della struttura privata mediante la convenzione. Del pari è pubblico ufficiale



Vania Cirese

il medico di guardia addetto ad un ambulatorio Usl, di ruolo o convenzionale, che svolge una pubblica funzione, concorrendo alla formazione delle volontà dello Stato nella tutela della salute degli assistiti.

Lo sono altresì: il medico convenzionato con l'Inam, perché munito di potestà certificativi;

i componenti le commissioni di accertamento di condizioni di invalidità (non essendo requisito indispensabile il rapporto di impiego ma essendo sufficiente la partecipazione ad attività autorizzative o certificative regolata dal diritto pubblico); il medico che compie l'accertamento di morte; i componenti del Consiglio di amministrazione di un ente ospedaliero che emettono delibere nelle materie ad esso riservate da norme di diritto pubblico (es. stipula dei contratti ecc.); gli ispettori sanitari dell'ospedale; il direttore amministrativo preposto al servizio acquisizione beni di una Usl perché manifesta la volontà dell'Usl; il primario in un ospedale dipendente da ente religioso (art. 41 l.

833/78) che svolge un servizio pubblico, in virtù delle convenzioni.

Occorre pertanto prendere in considerazione se alle mansioni strettamente diagnostiche e terapeutiche si accompagna l'esercizio di un'attività autoritativa che impegna l'ente.

La figura apicale riveste la qualità di pubblico ufficiale non solo perché è dipendente di un ente che perse-

gue fini pubblici ma anche perché esercita un'attività amministrativa, oltre quella strettamente professionale, di natura tecnica, avendo specifiche mansioni di organizzazione, direzione e disciplina del reparto cui è preposto. Infatti i sanitari ospedalieri sono considerati non più come "incaricati di pubblico servizio" a condizione che essi non esercitino insieme all'attività sanitaria attività concorrenti in modo immediato o accessorio alle formazioni della volontà della pubblica amministrazione. Per incaricato di pubblico servizio, infatti, si intende chi, pur non essendo specificatamente un pubblico ufficiale con le funzioni proprie di tale status (certificative, autorizzative, deliberative), svolge comunque un servizio di pubblica utilità presso organismi pubblici in genere (vedi Box alla pagina seguente).



Gli elementi distintivi di un "pubblico ufficiale"

Nel nostro ordinamento, in base alle norme giuridiche vigenti (Codice Penale, Codice Civile, Leggi Sanitarie), il medico è l'esercente una professione intellettuale, attività che può essere anche ricondotta a tre figure giuridiche: pubblico ufficiale, incaricato di pubblico servizio, ed esercente un servizio di pubblica necessità

L'art. 357 del codice penale definisce "pubblico ufficiale" colui che "esercita una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa". È pubblica la funzione amministrativa disciplinata da norme di diritto pubblico e da atti autoritativi e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della Pubblica Amministrazione (P.A.) o dal suo svolgersi per mezzo di poteri autoritativi o certificativi.

Al riguardo occorre ricordare che:

- sono **norme di diritto pubblico** quelle che sono volte al perseguimento di uno scopo pubblico ed alla tutela di un interesse pubblico,
- il **potere autoritativo** è quel potere che permette alla P.A. di realizzare i suoi fini mediante veri e propri comandi, rispetto ai quali il privato si trova in una posizione di soggezione. Si tratta dell'attività in cui si esprime il c.d. potere d'imperio, che comprende sia i poteri

di coercizione (arresto, perquisizione ecc.) e di contestazione di violazioni di legge (accertamento di contravvenzioni ecc.), sia i poteri di supremazia gerarchica all'interno di pubblici uffici.

- il **potere certificativo** è quello che attribuisce al certificatore il potere di attestare un fatto facente prova fino a querela di falso. A titolo esemplificativo sono considerati Pubblici Ufficiali: il medico di guardia, il medico convenzionato con

Ssn, i dipendenti universitari ecc. Elemento distintivo fondamentale della qualifica di pubblico ufficiale è quindi l'esercizio di una funzione pubblica e questo significa che il pubblico ufficiale rappresenta l'ente pubblico.

Con maggior precisione: il pubblico ufficiale concorre a formare la volontà dell'ente e a rappresentarla davanti al privato: egli impegna l'amministrazione non solo sul piano contrattuale ma anche sul piano del potere e dell'autorevolezza.

La giurisprudenza attribuisce maggior importanza alle funzioni esercitate dal soggetto, piuttosto che all'ente o al soggetto che questi rappresenta. In altre parole, al fine di individuare se l'attività svol-

ta da un soggetto sia "pubblica" non rileva la forma giuridica dell'ente e la sua costituzione secondo le norme di diritto pubblico, né lo svolgimento della sua attività in regime di monopolio, né tanto meno il rapporto di lavoro subordinato con l'organismo-datore di lavoro. L'art. 357 c.p. (modificato dalle l. 86/90 e 92/181) ricollega la qualifica di pubblico ufficiale non tanto al rapporto di dipendenza tra il soggetto e la pubblica amministrazione, ma ai caratteri propri dell'attività in concreto esercitata dal soggetto agente ed oggettivamente considerato.

I profili di responsabilità del medico verso la P.A.

La qualifica di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio pone il medico in una particolare posizione riguardo alla sua responsabilità nei confronti della pubblica amministrazione. In relazione ai profili di responsabilità amministrativa del medico alcune condotte possono avere rilevanza penale integrando gli estremi di reato.

Come è noto l'intervento della legge di riforma n. 86 del 26 aprile 1990 ha contribuito alla rivisitazione totale del capo I del codice penale e alla ridefinizione delle nozioni di pubblico ufficiale e incaricato di pubblico servizio (vedi Box a centro pagina). Di recente la qualifica pubblicistica del medico lo sta esponendo al rischio di censure per il reato "proprio" di peculato, atteso che la norma chiarisce come soggetto attivo possa essere esclusivamente un pubblico ufficiale o un incaricato di pubblico servizio. La fattispecie è di natura "plurioffensiva" perché l'interesse tutelato coincide sia con la legalità e l'efficienza dell'attività della pubblica amministrazione che con il suo patrimonio e quello di terze persone. Esso infatti tutela non solo la legalità, e l'efficienza, ma anche la probità e l'imparzialità dell'attività della pubblica amministrazione sanzionando le condotte di chi sottragga o ponga a profitto proprio o di altri denaro o cose mobili rientranti nella sfera pubblica.

Il reato di peculato nell'intramoenia

Il peculato è considerato un reato di danno, in quanto richiede che l'offesa sia intesa in senso naturalistico nei confronti del bene tutelato e, inoltre, un reato di mera condotta, poiché si perfeziona con l'esecuzione dell'azione illecita.

Per la recente giurisprudenza "integra il delitto di peculato la condotta del medico il quale, avendo concordato con la struttura ospedaliera lo svolgimento dell'attività libero-professionale consentita dal Dpr 20/5/1987 n. 270 (così detta "intramoenia"), e ricevendo per consuetudine dai pazienti (anziché indirizzarli presso gli sportelli di cassa dell'ente) le somme dovute per la sua prestazione, ne ometta il successivo versamento all'azienda sanitaria. Infatti, per quanto la qualifica di professionista di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio non possa essere riferita al professionista che svolga attività intramuraria (la quale è retta da un regime privatistico), detta qualità deve essere attribuita a qualunque pubblico dipendente che le prassi e le consuetudini metta-



no nella condizione di riscuotere e detenere denaro di pertinenza dell'amministrazione." (In motivazione la Corte ha chiarito che nella specie assumeva rilevanza non già l'attività professionale, ma la virtuale sostituzione del medico ai funzionari amministrativi nell'attività pubblicistica di riscossione dei pagamenti. Cass. Pen. sez. IV 06/10/2004, n. 2969).

L'intramoenia, non pura e semplice attività privata

Il peculato è un reato istantaneo, che si consuma nel momento stesso in cui l'agente entra in possesso di un bene altrui per ragioni di ufficio o servizio, e ne disponga "uti dominus" ossia come se ne fosse reale proprietario.

In proposito vale la pena ricordare che la Corte di Cassazione, sezione quinta penale, ha pronunciato una complessa e interessante sentenza (n. 28187 del 09/07/2008) con la quale afferma alcuni importanti principi. Il caso ha riguardato alcuni medici dipendenti del Ssn, accusati di falso e corruzione, quindi di reati che possono essere commessi da chi svolge funzioni di pubblico ufficiale. I professionisti si erano difesi sostenendo che le loro condotte erano state tenute non in qualità di pubblici dipendenti, ma mentre svolgevano la libera professione intramuraria, per cui non potevano essere imputati di reati "tipici" del pubblico ufficiale.

La Suprema Corte, invece, non ha ritenuto che l'intramoenia sia una pura e semplice attività privata, affermando che si tratta di una attività complementare, offerta dalla struttura sanitaria pubblica perché viene svolta previa autorizzazione dell'Azienda, la quale percepisce una quota dei compensi. Il medico, che la svol-

ge quindi, non può essere considerato un libero professionista puro, ma piuttosto un pubblico ufficiale e deve pertanto rispondere anche dei reati eventualmente commessi in tale qualità. In tema di disponibilità si può notare come la nozione di possesso di denaro, ai fini della configurabilità del reato, debba intendersi non solo come comprensiva della detenzione materiale della cosa, ma anche della sua disponibilità giuridica: il soggetto agente deve essere in grado, mediante un atto dispositi-

Il peculato nel pubblico servizio

"il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio che, avendo per ragione del suo ufficio o servizio il possesso o comunque la disponibilità di denaro o di altra cosa mobile altrui, se ne appropria, è punito con la reclusione da tre a dieci anni. Si applica la pena della reclusione da sei mesi a tre anni quando il colpevole ha agito al solo scopo di fare uso momentaneo della cosa, e questa, dopo l'uso momentaneo, è stata immediatamente restituita"

vo di sua competenza, di inserirsi nella disponibilità del denaro. Pertanto in tema di peculato, il concetto di disponibilità si riferisce a quei poteri giuridici che consentono all'agente, che sia privo del possesso, di esplicitare sulla cosa quegli stessi comportamenti, uti dominus, che sostanziano la condotta di appropriazione. Non rientrano, invece, nel concetto di disponibilità quei poteri del pubblico ufficiale che possono assimilarsi non già alle facoltà del dominus, ma a quelle di un creditore in un rapporto obbligatorio.

Non risponde, pertanto, di peculato il pubblico ufficiale che omette di adempiere o adempie irregolarmente la propria prestazione, al fine di consentire al privato di evitare il pagamento di

L'"incaricato di un pubblico servizio"

L'art. 358 del codice penale definisce "la persona incaricata di un pubblico servizio", colui che "a qualunque titolo presta un pubblico servizio". L'espressione "a qualunque titolo" deve intendersi nel senso che un soggetto esercita una pubblica funzione, anche senza una formale o regolare investitura (incaricato di un pubblico servizio "di fatto"). Non rileva, infatti, il rapporto esistente tra la P.A. e il soggetto che esplica il servizio. Per "Pubblico Servizio" si intende un'attività disciplinata da norme di diritto pubblico di carattere intellettuale quanto al contenuto ma caratterizzata dalla mancanza di poteri deliberativi, autoritativi e certificativi seppur non trattandosi di semplici mansioni d'ordine a prestazioni d'opera meramente materiale. La qualifica è di rango intermedio tra le pubbliche funzioni e le mansioni materiali di un pubblico servizio. Ad esempio sono incaricati di pubblico servizio: il medico dipendente del Ssn, lo specialista convenzionato, cosiddetto "interno" che svolge attività negli ambulatori del Ssn, il medico di base e pediatra di libera scelta convenzionato ecc. Si tratta della maggioranza dei medici ospedalieri e convenzionati con il Ssn. Sono, infine, esercenti un servizio di pubblica necessità i medici liberi professionisti o "privati che esercitano professioni sanitarie", le ostetriche (art. 359 c.p.).

tà della pubblica amministrazione; d'altro canto le prestazioni in questione non risultano in alcun modo regolate da norme pubbliche (Cass., sez. VI, 12/12/1996 - 6/2/1997, n. 1128). L'attività cosiddetta intramoenia svolta dal medico ospedaliero all'interno dell'ospedale, consentita dal Dpr 20/05/1987, n. 270, è sottoposta, nel suo effettivo svolgersi, a regime privatistico. Tuttavia quando il medico proceda a falsa attestazione, per fini di favore, di accertamenti sanitari in realtà mai effettuati ricevendo il compenso corrispondente a quello previsto per le visite realmente svolte non può invocare la natura privatistica del rapporto (Cass., 20/5/1997). Il medico ospedaliero che, non avendo optato per l'attività libero-professionale intramuraria, proceda in orario di lavoro, servendosi dei locali e delle risorse dell'istituto d'appartenenza, ad effettuare visite sanitarie, agisce nella propria qualità di pubblico ufficiale (Cass., sez. VI, 22/1/2003-4/3/2003, n. 9949).

Secondo un orientamento giurisprudenziale minoritario invece occorre distinguere le situazioni nelle quali un soggetto riceve "originariamente" il denaro a proprio titolo pur essendo obbligato ad un'obbligazione "successiva" verso la pubblica amministrazione: in tali fattispecie non si ha peculato poiché, indipendentemente dalla qualifica soggettiva del percipiente, sino al termine per il versamento, il denaro resta nella disponibilità dello stesso in forza di un titolo o di una causale legittima. In tale fattispecie, quindi, il medico ospedaliero che svolgendo attività privata "intramoenia" non versa la parte spettante all'ente, riveste la qualifica non di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio, ma di sostituto di imposta (Cass. 8.7.98, rv. 211371). Attese le oscillazioni della giurisprudenza oltre la questione in punto di diritto, pare opportuno nel caso di specie, prestare la dovuta attenzione all'elemento probatorio dell'effettiva riscossione degli importi contestati, ricercando le prove di segno certo e contrario all'addebito. Y

prassi e le consuetudini mettano nelle condizioni di riscuotere e detenere denaro di pertinenza dell'amministrazione.

Gli orientamenti giurisprudenziali

La giurisprudenza non è omogenea in proposito. Basti ricordare che secondo gli orientamenti degli anni Novanta il primario ospedaliero nello svolgere nell'ambito della struttura ospedaliera attività libero-professionale (cd. intramoenia) consentitagli dal Dpr n. 270 del 20/5/1987, non riveste la qualifica di pubblico ufficiale né di incaricato di pubblico servizio. Egli invero nell'esplicitare la suddetta attività si limita a mansioni di natura tecnica senza concorrere in alcun modo a formare e manifestare la volon-

a cura di Maurizio Orlandella Presidente AGITE

1° Congresso Nazionale AGITE: obiettivi e prospettive

Lobiettivo di “tenere insieme” questi due eventi nasce dalla volontà di rafforzare la sinergia tra Aogoi e Agite - una sinergia, quella tra i ginecologi ospedalieri e territoriali, che dovrà proseguire con azioni incisive in vari ambiti, seguendo un percorso che, da parte di Agite, può riassumersi nelle seguenti tappe:

- **rafforzamento del nostro percorso** (anche con la produzione e diffusione di documenti che rivendichino la nostra specificità)
- **costruzione di una vicinanza culturale tra ospedalieri e territoriali** (non solo a livello nazionale ma anche nelle articolazioni regionali)
- **accrescimento del proprio peso di Associazione**, con l'adesione di nuovi associati: perciò è necessario iscriversi, non ci si può tirare indietro, aspettare ancora e delegare ad altri, soprattutto per vedere riconosciuto un ruolo finalmente efficace in difesa della nostra specificità territoriale
- **valorizzazione del ruolo del ginecologo territoriale** (essenzialmente di primo livello per tutte le sub-specializzazioni) attraverso la costruzione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi con i colleghi ospedalieri. Sviluppo del secondo livello territoriale e della dirigenza ginecologica nella Uoc territoriale
- **focalizzazione sul ruolo preventivo e nell'emersione dei problemi del ginecologo**. Non deve bastare l'economia sanitaria e prestazioni chirurgiche ad alta remunerazione, ma bisogna garantire prevenzione cura e libertà di scegliere approcci medico preventivi, piuttosto che chirurgici)
- **dimostrazione di capacità professionali sempre più qualificate** e scientificamente aggiornate. Come ripeteva il compianto Prof. Giorgio Pardi: “il medico deve saper curare, ma deve anche saper tenere relazioni, dimostrando la capacità di riconoscere i dettagli, la bibliografia, di saper leggere un lavoro epidemiologico, come discuterlo e contestarlo. Rivendichiamo una formazione ad hoc e l'acquisizione degli strumenti necessari ad uno sviluppo moderno della nostra professione, quando svolta sul territorio o nel proprio studio.

Le questioni sul tappeto

Il ginecologo territoriale moderno,

■ **Dal 27 al 31 di maggio, si è svolto a Villasimius un lungo e complesso evento Ecm che ha unito in uno sforzo organizzativo e “ideativo” Aogoi e Agite: si tratta del 9° Corso di aggiornamento teorico-pratico in medicina fetale e perinatale e del 1° Congresso Nazionale Agite. Una cinque-giorni importante - cui hanno partecipato 850 congressisti, tra cui numerosi e illustri colleghi stranieri - che si è vista riconoscere ben 24 punti Ecm, la metà di quanto (50 punti Ecm) è necessario acquisire nel corso dell'intero 2009**

se sollevato dalla gestione del parto, della chirurgia e delle guardie notturne, non può non sviluppare una serie di competenze che concernono la presa in carico globale della persona in termini di clinica, di prevenzione e di identificazione dei problemi sia psicologici che sociali. Deve saper divenire un filtro ed un coordinatore sia all'interno dei servizi territoriali sia con l'ospedale per un efficace counselling sui vari temi della salute riproduttiva.

Ecco dunque che i temi prioritari affrontati nel nostro primo congresso si sono concentrati essenzialmente sui seguenti aspetti:

- **definizione di una visita ginecologica e ostetrica standardizzata**, condivisa dalla SIGO, quale strumento per definire i tempi della prevenzione, dell'emersione dei problemi, della visita e delle prestazioni strumentali, e per individuare la corretta “valorizzazione” economica della prestazioni stesse
- **necessità di incontro e interscambio di esperienze** tra le varie associazioni che da qualche decennio operano nell'ambito della salute riproduttiva, in particolare riguardo la formazione degli operatori territoriali, per una efficace presa in carico delle pazienti e counselling che permettano la scelta a tutte le donne
- **richiesta di un insegnamento adeguato della semeiotica del pavimento pelvico** da parte delle scuole di specializzazione di ginecologia e ostetricia, a seguito della grande importanza che riveste nella gestione dei problemi cronici
- **prosecuzione di un grande impegno in materia di sterilità** (che parte dal lavoro preparatorio del Congresso SIGO del 2008 e che ha già condotto a fine maggio 2009 ad un Congresso congiunto delle varie associazioni che si interessano di sterilità) che si è finora concentrato sulla definizione di un terreno di confine tra il primo livello del territorio, un secondo livello territoriale e il coordinamento con i centri di fecondazione assistita
- **elaborazione di materiale carta-**

ceo e digitale per il counselling contraccettivo da distribuire su tutto il territorio nazionale (reperibile in versione digitale sul nostro sito www.agite.eu) - uno strumento indispensabile per l'espletamento del nostro lavoro

- **counselling sulla vaccinazione Hpv**, da focalizzare non esclusivamente sul ruolo del vaccino, ma anche sulla consapevolezza delle donne e sulle considerazioni dei professionisti, in sinergia con l'Istituto Superiore di Sanità
- **definizione degli ultimi passaggi organizzativi della prima indagine epidemiologica sulla condilomatosi florida** - il primo studio prospettico randomizzato per il territorio di dimensioni così importanti - che prevede il reclutamento di circa 750 ginecologi di primo livello, pubblici e privati del territorio, per la registrazione di circa 150mila donne.



In alto: un'immagine della sala. In basso (da sinistra): Giovanni Monni, Francesca Fiorillo (Agite Napoli), Rosanna Palmiotto (Agite Friuli) e Caterina Falabella (Agite Calabria)

Agite: come siamo arrivati al nostro 1° Congresso nazionale

La “condivisione”, la nostra forza

Ora siamo in grado di presentare un lavoro documentale soddisfacente e una valida proposta scientifica per il territorio. Ciò è stato possibile grazie a un lavoro di condivisione, che procedendo per tappe, senza “bruciare i tempi”, si è dato come priorità l'ascolto delle istanze delle colleghe e dei colleghi nelle varie regioni italiane

Fino al suo 1° Congresso, Agite ha vissuto due fasi: una fase burocratica e di definizione di regole per permettere la partecipazione di tutti, nell'ottica di evitare che si formasse una casta dirigenziale. E una fase di ascolto dei colleghi, contestuale alla definizione dei documenti Agite di prio-

ritaria importanza, dal ruolo professionale a quello scientifico.

A chi ci consigliava di “bruciare i tempi”, recludendo adesioni verticistiche e/o velocizzando i tempi congressuali, il Consiglio di Presidenza Agite ha risposto andando ad incontrare, in diverse ▶

La Fesmed ha pubblicato il testo del Ccnl

Un libretto a portata di camice

Per conoscere meglio i tuoi diritti contrattuali e per sapere a chi rivolgerti per farli rispettare

Cara/o collega

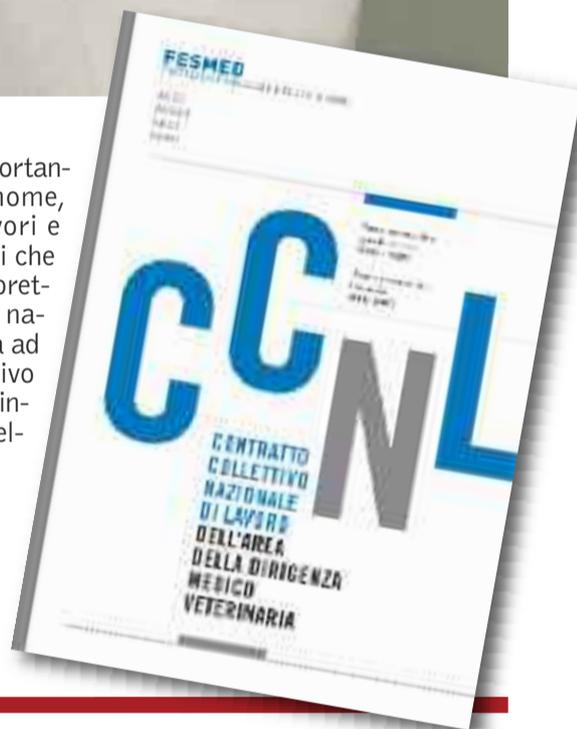
la Fesmed ha pubblicato il "Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro dell'area della Dirigenza Medico-Veterinaria del S.S.N. - Parte normativa quadriennio 2006-2009 e Parte economica biennio 2006-2007". La pubblicazione, oltre a riportare il testo del Ccnl, è stata arricchita con annotazioni normative e con notizie riguardanti la Fesmed ed i suoi rappresentanti. Il volume ha le dimensioni giuste per stare nella tasca del camice e ti potrà essere utile per conoscere meglio i tuoi diritti contrattuali e per sapere a chi rivolgerti per farli rispettare. Il libretto è stato inviato a

tutti gli associati alla Fesmed, quindi, a tutti coloro che sono iscritti attraverso le articolazioni professionali (Fesmed/Acoi, Fesmed/Aogoi, Fesmed/Sedi e Fesmed/Sumi) e a coloro che si sono iscritti direttamente alla Fesmed. Se per un qualsiasi motivo non hai ricevuto il volume, sei invitato a controllare sulla busta paga se ti viene trattenuta la quota sindacale a favore della Fesmed o dell'articolazione alla quale aderisci. Ti ricordo che sono considerati iscritti alla Fesmed e usufruiscono delle tutele sindacali solo coloro che hanno dato mandato al datore di lavoro di trattenere la quota sindacale dallo stipendio.

Se il datore di lavoro non ha effettuato la trattenuta sindacale dalla tua busta paga, devi chiederne il motivo all'ufficio per il personale della tua Azienda e, se necessario, ripresentare la domanda di iscrizione, utilizzando il modulo che troverai sul sito www.fesmed.it, nella colonna di sinistra. Se la trattenuta sindacale è stata effettuata regolarmente, manda una e-mail alla segreteria@fesmed.it, segnalando

il disagio e riportando: Nome, Cognome, Azienda dove lavori e indirizzo dove vuoi che venga spedito il libretto. La Segreteria nazionale provvederà ad individuare il motivo del disservizio e a inviarti una copia della pubblicazione.

Il Presidente Fesmed
Carmine Gigli



La "condivisione", la nostra forza

► regioni italiane, colleghe e colleghi che poco tempo hanno per le attività associative, spesso oberati di lavoro nelle loro realtà territoriali, che soffrono una solitudine subita, e qualche volta imposta da elementi che dovranno essere presto presi in considerazione, incoraggiandoli a superare ogni forma di autocommiserazione e assunzione di un ruolo passivo e perdente. Alla disillusione di colleghi che hanno dovuto constatare la modesta efficacia dell'attività delle associazioni che si occupano della salute riproduttiva sul territorio, abbiamo voluto rispondere indicando obiettivi minimi, ma definiti, da raggiungere in un tempo definito, con una direzione certa. Per questo abbiamo portato a Congresso progetti non autoreferenziali, bensì sviluppati e condivisi con altre Società scientifiche. Intendiamo rovesciare l'assunto che "soli è bello". Tutta la Ginecologia Italiana, soffre di diaspore e separazioni, utili (semmai) solo per il tempo necessario a fare chiarezza sugli intenti, che poi però devono essere superate perché è necessario unirsi, contarsi, avere dirigenze illuminate disposte ad accettare la vittoria di una maggioranza. Dirigenze che sappiano proporsi unite nei confronti della Società e della Politica. Le domande che devono trovare una risposta sono tante...Come si è arrivati a devalorizzare le prestazioni per la salute riproduttiva, perché una endoscopia ginecologica vale molto meno di una endoscopia digestiva, perché una visita ginecologica sul territorio ha tempi simili a visite di altre specializzazioni, che richiedono tempi e counselling

molto meno impegnativi? Il lavoro in rete non è facile, certo, è più lungo e complesso, ma è proprio nella fase di ideazione che si discute e si può condividere. Sviluppare progetti in proprio permette una maggiore possibilità di movimento, si può ottenere senz'altro qualche sponsorizzazione in più, ma chi ti supporterà poi quando dovrai diffondere la tua comunicazione, quando ti scontrerai con burocrazie sanitarie aziendali, regionali, ecc...quando devi poter entrare in contatto con i media nazionali? Forse un Congresso Agite in separata sede avrebbe potuto vedere un gruppo di ginecologi più compatto. Ma volete mettere confrontarci in 850 colleghi di tutte le provenienze, finalmente tenuti ad ascoltare anche le nostre istanze, a ritrovare specifiche domande territoriali nei questionari Ecm, a ritrovare le nostre relazioni in un libro degli atti di complessive 450 pagine?

La fase burocratica
Partendo dalla costituzione come associazione, nel marzo 2007, possiamo dire che la fase burocratica si è protratta fino al 16 novembre del 2007, quando abbiamo completato il regolamento e precisato lo statuto, a Roma, nella Sala Bianca del Dipartimento delle Pari Opportunità. Da statuto, viene confermata la possibilità di partecipare solo a due Consigli di Presidenza consecutivi. Il rinnovo dirigenziale deve essere quindi garantito e ciò dovrà incoraggiare tutti i giovani colleghi che vogliono cimentarsi con la vita associativa, soprattutto se

confortata da "confronti alti", come è successo a noi, che abbiamo avuto la possibilità di contribuire alla costruzione dei Congressi della Sigo (cosa mai successa prima) fino all'ultimo evento, in ordine temporale, il Congresso Gisci di Ferrara, l'11 giugno scorso, che ha visto una vera e articolata tavola con citologi, colposcopisti, ginecologi, territoriali e ospedalieri, e medici di medicina generale.

La fase documentale
La costruzione di documenti specifici per il territorio è un elemento per noi assolutamente indispensabile. In passato vi sono stati momenti importanti per le attività del consultorio, ma sempre senza coinvolgimento né della Sigo né di Aogoi. Una messa cantata e fine lì. Stante la situazione di debolezza lobbistica attuale, non è detto che riusciremo a fare meglio, ma certo è che un gruppo coeso, consapevole del lavoro da produrre è in grado di distribuire il lavoro. Conclusa la fase burocratica, dopo solo due mesi ci siamo riuniti nel 1° seminario Agite, trenta colleghi (non un'oligarchia!) a discutere per due giorni interi su come impostare l'associazione. Dopo altri quattro mesi ecco il 2° seminario nel maggio 2008. Da allora, un anno a preparare il Congresso ed ecco che tra il 1° Congresso e il 3° seminario Agite siamo ora in grado di presentare un lavoro documentale soddisfacente e una proposta scientifica per il territorio, frutto del lavoro di condivisione precedentemente descritto.

Gli omega 3 in gravidanza

di Maria Angelica Zoppi e Giovanni Monni

Servizio di Ostetricia e Ginecologia, Diagnosi Prenatale e Preimpianto Terapia Fetale Ospedale Microcitemico, Cagliari

Gli Acidi Grassi Polinsaturi (PUFA)

L'organismo umano può produrre acidi grassi saturi e monounsaturi, ma non può sintetizzare gli acidi grassi polinsaturi (Polyunsaturated Fatty Acids o PUFA) a lunga catena di atomi di Carbonio.

Questi acidi grassi PUFA, che non vengono sintetizzati dall'organismo, ma che devono essere necessariamente introdotti "preformati" dall'esterno, sono definiti acidi grassi "essenziali" (2). Le molecole di PUFA sono comunemente presenti nei lipidi animali e vegetali, e sono formati da catene carboniose che presentano alle loro estremità rispettivamente un gruppo metilico (CH₃) e un gruppo carbossilico (COOH). Sono definiti polinsaturi perché contengono più di un doppio legame. La posizione del primo doppio legame rispetto al terminale metilico definisce il nome del PUFA: se il primo doppio legame si trova in posizione 3, l'acido grasso sarà chiamato PUFA 3 o omega 3, se il primo doppio legame si trova in posizione 6, l'acido grasso sarà chiamato PUFA 6 o omega 6 (Figura 1).

L'organismo umano non può produrre i PUFA a 18 atomi di Carbonio, e in particolare non può produrre i precursori delle 2 famiglie di PUFA omega 3 e omega 6, e cioè l'acido alfa-linoleico (ALA) (C 18:3, n-3) precursore dei PUFA 3 od omega 3, e l'acido linoleico (LA) (C 18:2, n-6), precursore dei PUFA 6 od omega 6.

Il termine "essenziale" si riferisce al fatto che tali sostanze non possono essere sintetizzate dall'organismo, e che quindi il loro approvvigionamento deve necessariamente venire dall'esterno.

È del 1929 la scoperta degli acidi grassi essenziali, attraverso l'esperienza condotta su alcune cavie (in realtà erano ratti) in laboratorio, dalla cui dieta venivano eliminati completamente i grassi. Le cavie così alimentate morivano rapidamente, mentre se alla loro dieta venivano aggiunti dei grassi (che a quel tem-

■ L'assorbimento e l'apporto dall'esterno dei LC-PUFA omega 3 è particolarmente importante in gravidanza: in particolare nel secondo e terzo trimestre per lo sviluppo neuronale del feto e nella successiva fase neonatale, che coincide con l'allattamento al seno, in cui avviene la deposizione di una grande quantità di massa grassa ed una rapida crescita del cervello.

Pur essendo difficile valutare la relazione tra la supplementazione o comunque i livelli di omega-3 nella dieta e lo sviluppo cognitivo (influenzato da diversi fattori, tra

cui quelli genetici e ambientali), le evidenze cliniche riportano un'associazione tra alti livelli di consumo materno di pesce durante la gravidanza e più alti punteggi di quoziente intellettivo e verbale del bambino.

Molti studi inoltre hanno messo in evidenza che i bambini nati da madri supplementate con olio di pesce hanno migliori parametri neonatali: da un migliore sviluppo del sistema nervoso e della funzione visiva a un piccolo aumento di peso e un significativo aumento della circonferenza cranica



po venivano genericamente indicati come vitamina F), gli animali non morivano.

Si giunse così alla identificazione degli acidi grassi essenziali, costituiti da catene di 18 atomi di Carbonio, e con all'interno due o più doppi legami. In quanto "essenziali" si tratta di sostanze che devono essere introdotte necessariamente dall'esterno con l'alimentazione, perché l'organismo non è capace di sintetizzarli, ed in particolare questo vale per ALA e LA. Gli acidi grassi essenziali, che devono essere forniti all'organismo attraverso l'alimentazione e che non sono interconvertibili tra di loro metabolicamente, vengono depositati nell'organismo e possono essere poi riutilizzati come riserve energetiche, oppure es-

sere trasformati nei PUFA a catena lunga (long chain, cioè LC-PUFA) con l'inserimento di doppi legami addizionali, da parte di enzimi specifici, che allungano la catena di carbonio da 18 a 20 (elongasi) o che aggiungono doppi legami (desaturasi) in posizione 3 o 6 (3).

I LC-PUFA sono chiamati anche "eicosanoidi", termine che deriva dalla parola greca "eikos" che significa "20" e che indica appunto il numero di atomi di carbonio che costituiscono la lunga catena di queste molecole.

I primi eicosanoidi furono scoperti nella ghiandola prostatica maschile, e pertanto furono chiamati "prostaglandine". Infatti a queste molecole, che nell'organismo hanno la funzione di "messaggeri" e di modulatori

delle funzionalità di altre cellule, venne attribuita la funzione di "ormoni", e vennero chiamati "prostaglandine" considerandoli "ormoni" prodotti dalla ghiandola in cui vennero trovati. In realtà, in tempi successivi, si evidenziò che gli eicosanoidi potevano essere prodotti da moltissime cellule dell'organismo, e che quindi la loro origine non era confinata alla sola ghiandola prostatica.

Dall'ALA deriva l'acido Eicosapentaenoico (EPA, n-3 C20:5) mentre dal LA deriva l'acido Arachidonico (AA, n-6, C20:4) (Figura 2).

La sintesi dei LC-PUFA (eicosanoidi) a partire dai precursori può avvenire nell'organismo, ma avviene molto lentamente, e per questo motivo è preferibile che

questi acidi grassi vengano approvvigionati nella dieta in quantità adeguate.

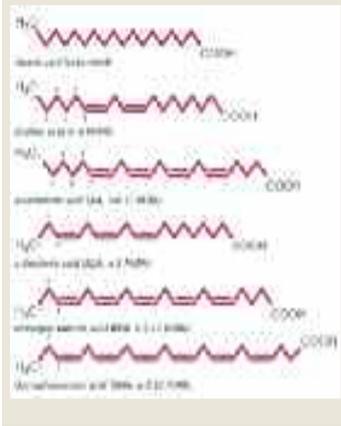
A tutt'oggi sono stati identificati oltre cento eicosanoidi diversi, e gli studi su queste molecole hanno subito un importantissimo sviluppo soprattutto dopo che, nel 1971, gli studiosi Vane, Smith e Willis riuscirono a spiegare il meccanismo di azione dell'Aspirina, farmaco le cui proprietà terapeutiche erano già conosciute da decenni. L'azione della Aspirina si realizzava proprio per mezzo della modulazione dei livelli degli eicosanoidi. I LC-PUFA sono costituenti dei fosfolipidi che compongono le membrane delle cellule dell'organismo. I fosfolipidi delle membrane sono delle molecole anfipatiche, che hanno una estremità idrofila e una idrofobica, caratterizzata da 2 code di acidi grassi a lunga catena, in genere con un numero di atomi di carbonio da 14 a 24.

Gli enzimi fosfolipasi, in seguito ad opportuni stimoli, agiscono sui fosfolipidi delle membrane cellulari, e liberano gli eicosanoidi che vi sono accumulati. Una volta rilasciati dalle membrane, gli acidi grassi a lunga catena possono subire l'azione di altri enzimi, come le ciclossigenasi (COX) o le lipossigenasi (LOX). Le ciclossigenasi li convertono in prostaglandine e trombossani, le lipossigenasi (5-LOX) in leucotrieni, e le lipossigenasi 12 e 15 LOX in lipossine e acidi grassi idrossilati.

Nelle membrane cellulari delle piastrine, dei leucociti e delle cellule endoteliali, gli enzimi possono agire sull'AA che costituisce parte dei fosfolipidi di membrana, e sintetizzare il trombossano della serie A (TXA₂), i leucotrieni della serie 4 cioè (LTB₄, LTC₄ etc.) e le prostaglandine della serie 2 (PGI₂, PGD₂ etc.), oppure possono agire su un altro LC-PUFA, l'EPA, e danno origine al trombossano A₃ (TXA₃), ai leucotrieni della serie 5 (LTB₅, LTC₅ etc.) e alle prostaglandine della serie 3 (PGI₃, PGD₃ etc.).

Il TXA₂ e i leucotrieni della serie 4 che derivano dall'AA hanno un effetto nel compartimento vascolare prevalentemente proaggregante delle piastrine, vasoconstrictore, proinfiammatorio, che è molto maggiore e con azione opposta, rispetto agli analoghi eicosanoidi derivati invece dall'EPA.

Figura 1. Acidi grassi "essenziali" polinsaturi (PUFA) e Acidi grassi polinsaturi a lunga catena (LC-PUFA) omega 3 e omega 6



Quindi una maggiore produzione degli eicosanoidi derivati dall'AA rispetto invece a quelli derivati dall'EPA avrà come effetto un potenziamento dell'azione metabolica di questi, con conseguenze sull'organismo. Se attraverso la dieta vengono però assunti una maggiore quantità di LC-PUFA n-3, questo porta ad un maggiore accumulo nelle membrane cellulari di EPA, che è il substrato degli eicosanoidi della serie con il primo doppio legame in posizione 3 (omega 3), che hanno funzioni metaboliche opposte rispetto ai primi derivati dall'AA (serie omega 6). Il farmaco Aspirina agisce appunto distruggendo le molecole di ciclossigenasi, ma in maniera non selettiva, impedendo quindi la formazione di tutte le prostaglandine, ma non dei leucotrieni.

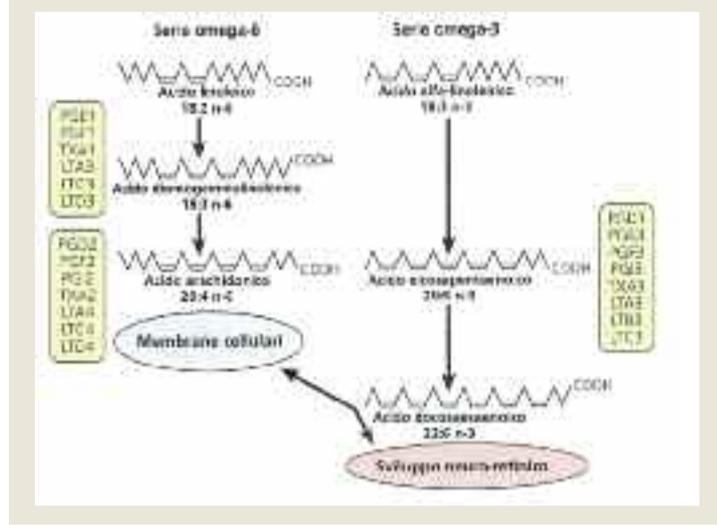
Nelle membrane delle cellule del sistema nervoso, e in particolare dei neuroni, i fosfolipidi contengono invece in alta concentrazione, insieme sempre all'AA, un altro LC-PUFA, l'acido Docosaesaenoico (DHA), che ha soprattutto funzione a livello delle sinapsi per la trasduzione del segnale nervoso, attraverso l'attivazione di un enzima la fosfolipasi A2, e di altri neurotrasmettitori.

Il DHA è inoltre fortemente rappresentato nelle membrane cellulari dei fotorecettori retinici. Il DHA viene incorporato selettivamente nel tessuto nervoso e retinico, ed ha un rapido turnover. Come per gli altri acidi grassi essenziali il suo apporto deve essere garantito dalla dieta.

L'EPA viene prodotto a partire dal suo precursore ALA, ma tale processo non è in realtà molto efficiente nell'organismo, e quindi è più vantaggioso ottenere l'EPA già formato dall'esterno. Le fonti più ricche sono costituite dall'olio di pesce. Dall'ALA si ottiene l'EPA attraverso l'azione della delta-6-desaturasi, dell'elongasi e della delta-5-desaturasi. Dall'EPA, per azione enzimatica di enzimi elongasi, delta-6-desaturasi ed enzimi di ossidazione perossisomiale viene ottenuto il DHA.

La sintesi del DHA a partire dall'ALA attraverso la formazione dell'EPA non è particolarmente efficiente nell'organismo,

Figura 2. Biosintesi dei LC-PUFA omega 3 e omega 6



quindi è meglio introdurlo dall'esterno.

Gli acidi grassi a lunga catena in gravidanza

L'assorbimento e l'apporto dall'esterno dei LC-PUFA omega 3 è particolarmente importante in gravidanza, e in particolare nel secondo e terzo trimestre per lo sviluppo neuronale del feto e nella successiva fase neonatale, che coincide con l'allattamento al seno, in cui avviene la deposizione di una grande quantità di massa grassa ed una rapida crescita del cervello (4).

Lo sviluppo del sistema nervoso ha il suo inizio già dalle prime settimane della gestazione, quando avviene la proliferazione dei neuroni, che, una volta che si sono generati, migrano dalla zona di origine verso altre regioni dove sono destinati.

Nella 5ª settimana di gestazione (5ª settimana PMA, Post Menstrual Age), il tubo neurale comincia a svilupparsi. Il tessuto nervoso si differenzia secondo alcuni assi: un asse longitudinale, in cui si distingue il sistema nervoso centrale situato più cranialmente (forebrain), il midbrain in posizione centrale ed il cordone spinale in posizione caudale, un asse verticale, che identifica la parte ventrale e dorsale dell'embrione, e un asse orizzontale, che stabilisce le strutture mediali e laterali (5).

Quando si chiude il tubo neurale, si distinguono le zone ventricolari e le zone subventricolari. Nella zona subventricolare, che rispetto alla zona ventricolare è di formazione più recente, hanno origine sia i neuroni e le cellule gliali, mentre nella zona ventricolare originano fondamentalmente neuroni. La maggior parte dei neuroblasti si forma tra la 5ª e la 20ª settimana di gestazione, mentre per le cellule della glia la formazione avviene prevalentemente tra la 20ª e la 40ª settimana di gestazione. Per quanto riguarda i neuroni fanno eccezione le cellule (granuli) del bulbo olfattivo, del cervelloletto e dell'ippocampo che continuano la loro formazione dopo la nascita.

I primi neuroni post-mitotici migrano in direzione radiale fuori dal neuroepitelio e formano il primo strato di corteccia rileva-

bile ("preplate"). Nell'essere umano il "preplate" è riconoscibile dalla 7ª fino alla 10ª-11ª settimana di epoca gestazionale. Successivamente, all'interno del "preplate", si comincia a formare il piatto corticale, con la sua parte superficiale localizzata nella zona marginale e nella zona interna del "subplate" (Figura 3). Una volta che i neuroni si sono generati, questi migrano dalla zona di origine fino alla loro localizzazione definitiva.

La migrazione avviene in due modi: un modo di migrazione "passiva", che viene per spostamento meccanico delle cellule di più recente formazione, e una migrazione invece "attiva", che è quella che interessa le cellule della corteccia cerebrale, la cui localizzazione definitiva è situata a una certa distanza caratterizzata dalla migrazione "radiata" delle cellule lungo fibre gliali specializzate.

Questa migrazione viene regolata da alcuni neurotrasmettitori, tra cui glicoproteine, GABA, e proprio dai LC-PUFA. La migrazione radiata delle cellule neuronali verso la corteccia, pur cominciando in epoche precoci, raggiunge il suo picco tra il 3° ed il 5° mese di gestazione, e il termine sembra essere intorno alla 30ª settimana. I neuroni producono successivamente alla loro migrazione gli assoni, che

Figura 3. Immagine ecografica di un embrione alla 8ª settimana, ottenuta con tecnica tridimensionale rendering di superficie



a seconda della loro destinazione finale impiegano più o meno tempo a ultimare la loro crescita (per esempio gli assoni corticospinali raggiungono la zona caudale del midollo cervicale intorno a 26 settimane), e i dendriti. I dendriti dei neuroni corticali si sviluppano maggiormente nel terzo trimestre di gravidanza e rimangono particolarmente attivi in questo processo fino al compimento del primo anno di età, continuando a formarsi fino al 5° anno di età (Figura 4).

La lunghezza degli assoni e dei dendriti aumenta di circa 5-10 volte durante i primi 6 mesi di vita postnatale. La maggior parte degli assoni e dei dendriti si forma quando la migrazione neuronale è ormai avvenuta. In parallelo con lo sviluppo dei dendriti aumenta il numero delle sinapsi. Le prime sinapsi avvengono nel cordone spinale a 8 settimane di gestazione, e nella corteccia cerebrale a 9-10 settimane, e dopo la formazione del piatto corticale la densità delle sinapsi aumenta di circa il 4% a settimana fino a 24-26 settimane in tutte le regioni corticali. Dopo di che si verifica il picco maggiore di formazione delle sinapsi, a partire dalla 28ª settimana, con il massimo di densità della sinapsi che viene raggiunto nelle aree della corteccia sensoriale uditiva e visiva all'età di 3 mesi dopo il termine. Nella corteccia prefrontale invece la massima densità delle sinapsi viene raggiunta all'età di 15 mesi (Figure 5-6).

I neuroni sono le cellule che trasmettono l'informazione, ma interagiscono con le cellule gliali che le circondano. Le cellule gliali si differenziano in microglia e macroglia. Le cellule della microglia sono i macrofagi che risiedono stabilmente nel sistema nervoso centrale, e che sono migrate dal sistema ematopoietico durante le fasi iniziali dello sviluppo. Le cellule della macroglia sono presenti in varia forma, tra le quali le più rappresentate sono gli oligodendrociti, che sono responsabili della

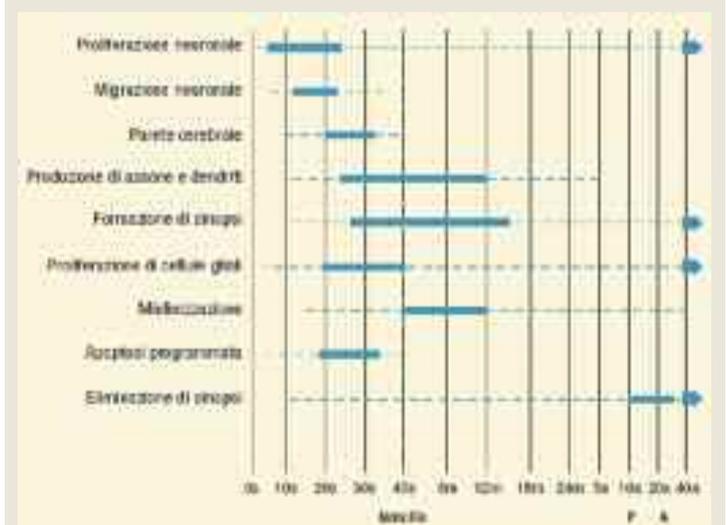
formazione della mielina nel sistema nervoso centrale e gli astrociti, che invece possiedono diverse funzioni, tra cui la regolazione del compartimento extracellulare, la clearance dell'eccesso di neurotrasmettitori e la modulazione della formazione delle connessioni sinaptiche e della loro efficienza.

Gli astrociti e gli oligodendrociti sono derivati dagli stessi tessuti di origine dei neuroni, cioè da cellule precursori della matrice germinale. In genere prima si formano i neuroni, poi gli astrociti ed infine gli oligodendrociti.

I primi precursori degli oligodendrociti originano nella regione ventrale del tubo neurale, soprattutto rostralmente, nella regione ventricolare e subventricolare. Anche gli oligodendrociti immaturi spesso migrano per raggiungere una destinazione in zone anche molto lontane da quella di origine, in base a un meccanismo non ancora conosciuto. La tappa finale dello sviluppo degli oligodendrociti consiste nella formazione della mielina. La mielina ha funzione di guaina di isolamento che circonda gli assoni e promuove una rapida ed efficiente conduzione degli impulsi nervosi. La mielinizzazione comincia nel cordone spinale umano a 12 settimane di gestazione, nel telencefalo intorno alla 14ª settimana. La mielina può essere evidenziata nel globus pallidus e nelle fibre pallidotalamiche a 20 settimane, nel nucleo striato a 28 settimane, nel giro pre e post centrale, nella radiazione ottica a 35 settimane e nella radiazione acustica a 40 settimane. Durante il primo anno di vita la mielinizzazione diviene particolarmente attiva, dopo di che continua, ma con un ritmo più lento, per almeno 4 decenni, fino alla mielinizzazione delle ultime connessioni intracorticali.

Lo sviluppo del sistema nervoso comprende anche una fase di regressione, di apoptosi programmata, che ha la funzione di determinare un controllo sul numero finale dei neuroni e

Figura 4. Timing dei processi neurobiologici a livello telencefalico durante l'ontogenesi umana



La linea tratteggiata indica un processo attivo; la linea continua indica un processo molto attivo; s=settimane; m=mesi; a=anni; P=pubertà; A=età adulta (4)

delle cellule gliali. Ci sono 2 periodi di apoptosi successivi, uno si verifica all'inizio della neurogenesi e non è correlato con la formazione delle sinapsi, evidenziato a partire dalla 7a settimana nel telencefalo umano, ed il secondo periodo invece collegato alla differenziazione cellulare e alla sinaptogenesi, che nella corteccia cerebrale ha il suo picco tra la 19a e la 23a settimana, nel globus pallidus tra la 26a e la 33a settimana. Un altro processo dello sviluppo del sistema nervoso è la retrazione degli assoni, che si verifica specialmente durante la seconda metà della gestazione e poi continua dopo il termine.

Importanza dei LC-PUFA per il feto

I LC-PUFA omega 6 e omega 3, in particolare il DHA, sono determinanti soprattutto nel secondo e terzo trimestre di gestazione, per la crescita neuronale del feto e nella successiva fase di allattamento al seno, periodo di tempo in cui avviene la principale deposizione di massa grassa e la più rapida crescita del cervello.

L'approvvigionamento da parte del feto dei LC-PUFA proviene attraverso la placenta ed è fondamentale in quanto la sintesi nel feto è limitata. La concentrazione di DHA nella circolazione materna è influenzata dalla supplementazione dietetica, e quindi la dieta materna in gravidanza e l'apporto di nutraceutici alla gravida, cioè di nutrienti (integratori o supplementi alimentari) che agiscono in realtà come farmaci, è fondamentale. E poiché l'evoluzione dello sviluppo del sistema nervoso attraverso tappe fondamentali dopo la nascita, anche la dieta materna durante l'allattamento è ugualmente fondamentale.

Il DHA viene trasferito al feto dalla placenta attraverso sia un meccanismo di "flip-flop" passivo che attraverso un meccanismo di "trasporto attivo", mediato da proteine specifiche di membrana (FABP Fatty Acid Binding Protein, FAT Fatty Acid Traslocase e FATP-1 e FATP-4 Fatty Acid-Transport Proteins), e da ligandi di membrana che ne favoriscono il passaggio placentare rispetto a quello di altri acidi grassi. Il meccanismo di azione dei ligandi non è bene compreso, ma sicuramente è coinvolto nella maggiore concentrazione dei LC-PUFA nel compartimento fetale come conseguenza della concentrazione nel compartimento materno (6).

Il DHA è necessario per lo sviluppo normale del sistema nervoso fetale ed inoltre costituisce circa il 60% degli acidi grassi contenuti nei segmenti esterni dei coni e dei bastoncelli della retina.

È quindi fondamentale la dieta materna sia in gravidanza che durante l'allattamento, perché è dall'esterno che proviene la maggiore fonte di approvvigio-

amento del feto e del neonato delle sostanze necessarie per lo sviluppo del sistema nervoso.

L'ultimo trimestre della gravidanza è caratterizzato da una rapida crescita fetale, che determina una maggiore richiesta di substrati. In genere le donne sane in Europa hanno una alimentazione che soddisfa la aumentata richiesta di energia e proteine durante tutta la gravidanza. Invece è evidente che la loro dieta normale, senza integrazioni, è generalmente carente per l'assunzione di numerosi micronutrienti, come i LC-PUFA, o per esempio anche l'acido folico.

Infatti è evidente che circa l'85% delle donne in gravidanza risulta carente di LC-PUFA, e soltanto il 2% delle gravide ha una dieta che, senza supplementazione fornisca l'adeguato apporto di LC-PUFA. La supplementazione con la somministrazione dall'esterno è in grado di correggere questa carenza.

La supplementazione dietetica della donna con ALA (precursore del DHA) è poco efficace perché non aumenta significativamente né la concentrazione materna né fetale di DHA, proprio per la bassa efficienza dei processi enzimatici di trasformazione del ALA in DHA. Quindi è evidente che la supplementazione diretta con il DHA già formato, e non con il precursore ALA è più efficace. Anche la supplementazione materna con LC-PUFA (cioè non solo DHA, ma anche EPA o altri PUFA a catena lunga) è stato evidenziato essere importante per determinare un aumento della concentrazione di DHA nel plasma materno e nel cordone ombelicale. Una maggiore disponibilità di DHA nella circolazione ematica materna e fetale ne offre una maggiore disponibilità per la deposizione nelle membrane neuronali e retiniche soprattutto nella fase del loro sviluppo.

Bisogna considerare che i meccanismi che portano alla conversione dell'ALA in DHA nel feto e nel neonato sono poco efficienti, quindi la supplementazione con ALA in realtà non raggiunge lo scopo, che invece viene raggiunto con la supplementazione con il DHA già formato. La supplementazione è meglio che sia somministrata in maniera continuativa a partire dal 4° mese di gravidanza, in quanto, sebbene il cervello e la retina abbiano la capacità di accumulare il DHA, entrambi hanno, però, necessità di una continua supplementazione per una migliore funzionalità. Per questo motivo è indicata una supplementazione continuativa della donna in gravidanza ed in allattamento, con quantità adeguate e costanti di DHA.

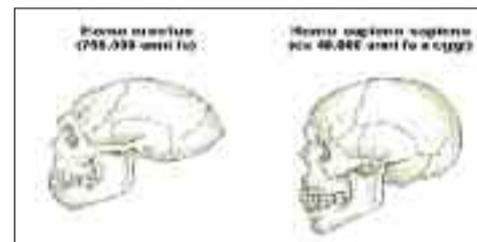
Le concentrazioni di lipidi nel plasma materno sono maggiori in gravidanza, rispetto alla donna non gravida, soprattutto di colesterolo e trigliceridi, che subito dopo il parto tendono a ritornare ai valori pregravidici.

UNA LUNGA STORIA

Sembrirebbe che l'introduzione dell'olio di pesce sia avvenuta nell'alimentazione umana circa 40.000 anni fa e che sia stata determinante nell'evoluzione della specie verso l'uomo moderno, grazie al ruolo che questo nutrimento avrebbe rappresentato per lo sviluppo del suo sistema nervoso, del cervello e infine dell'intelligenza. Il veicolo di introduzione dell'olio di pesce sarebbero stati in primo luogo i crostacei e i molluschi che si trovavano in grandi quantità nelle rive dei grandi laghi dell'Africa Orientale, i quali erano particolarmente ricchi di grassi contenuti nella parete delle membrane di questi organismi. Successivamente l'uomo imparò una nuova tecnica "di caccia", la pesca, che portò alla introduzione nella dieta di maggiori quantità di grassi di pesce. I pesci, nutrendosi di altri organismi marini, si trovano alla estremità opposta della catena alimentare e sono particolarmente ricchi di grassi. La dieta umana così modificata, si associò a un parallelo aumento delle dimensioni del cervello e in particolare della corteccia frontale, componente anatomica che caratterizza la specie umana, e che è la parte deputata alla elaborazione del pensiero e del ragionamento, consentendo all'uomo di meglio adattarsi alle nuove condizioni dell'ambiente esterno e di avere vantaggio rispetto alle altre specie (1).

L'introduzione di "olio di pesce", proprio come complemento per l'alimentazione con effetto "terapeutico" nutraceutico avvenne in Inghilterra intorno alla fine del 1700. Venivano utilizzati i fegati di merluzzi importati in grande quantità dall'America, da cui veniva estratto l'olio in maniera grossolana, che veniva venduto come olio grezzo, al quale venivano attribuite miracolose proprietà curative soprattutto per l'artrite. Nella nostra tradizione nazionale, nella memoria dei nostri genitori o dei nostri nonni, è presente l'olio di pesce (olio di fegato di merluzzo più precisamente), ricordato per il sapore piuttosto sgradevole, che veniva somministrato come complemento della alimentazione, soprattutto per i bambini, e dato a questi con la motivazione "per favorire lo sviluppo del cervello".

In tempi più moderni l'interesse sull'olio di pesce è stato risvegliato dalla osservazione da parte di alcuni studi epidemiologici che evidenziavano come le popolazioni eschimesi della Groenlandia fossero immuni da patologie cardiovascolari (tipo infarto), nonostante la loro dieta fosse caratterizzata da una grande quantità di grassi. La particolarità della loro alimentazione era che consumavano una grande quantità di grassi a base di olio di pesce. Per questo motivo si è catalizzata l'attenzione sulle proprietà dell'olio di pesce, per la capacità, di prevenire molte affezioni cardiovascolari, oltre che altre malattie croniche.



Una maggiore concentrazione di tali lipidi non appare particolarmente favorevole per il feto, in quanto sembra favorire la comparsa delle "fatty streak" nelle strutture vascolari fetali. La somministrazione del mix di LC-PUFA n-3, sembra rendere il rapporto Colesterolo/ HDL più favorevole, e questo dovrebbe rendere i neonati meno suscettibili a sviluppare nel tempo le lesioni vascolari arteriosclerotiche.

Importanza del DHA nello sviluppo del sistema nervoso centrale

Le concentrazioni di DHA nel cervello sono molto maggiori rispetto a quelle ematiche nell'organismo umano, e la ragione sembra risiedere nella funzione essenziale che questa sostanza svolge nello sviluppo e nel funzionamento del sistema nervoso.

Le funzioni del DHA nel sistema nervoso sembrano in primo luogo di tipo strutturale, in quanto è presente nel doppio strato lipidico delle membrane cellulari e quindi le costituisce, conferendo a queste un adeguato grado di flessibilità che è importante per la trasmissione del segnale e in secondo luogo, proprio per la sua presenza nelle membrane, svolge a questo livello un compito di tipo funzionale. La sua funzione si esplicherebbe sia nella interazione con proteine che regolano l'espressione genica, sia nella formazione di metaboliti come i docosanoidi che sono coinvolti nella infiammazione.

Nella sua forma libera il DHA svolge invece un ruolo nella regolazione della espressione genica, nella formazione e regolazione dei canali ionici, e nella formazione di mediatori chimici importanti nella modula-

zione della neurogenesi, nella differenziazione delle cellule nervose, nella formazione delle sinapsi, nella formazione del citoscheletro, nella formazione delle membrane, nella trasmissione del segnale.

Nel cervello dei neonati una diminuzione di DHA influenza negativamente la neurogenesi, la migrazione neuronale e la crescita degli assoni, oltre che diminuire la complessità delle ramificazioni dendritiche dei neuroni corticali. La restrizione dell'apporto di DHA aumenta la dopamina nella corteccia cerebrale fetale e provoca una maggiore espressione dei recettori dopaminergici. Al contrario, se viene aggiunto DHA nel mezzo di cultura dei neuroni, viene promossa la crescita degli assoni, la loro lunghezza totale e la ramificazione. Il DHA stimola la crescita delle cellule neuroprogenitrici retiniche e la differen-

Figura 5. Immagini dell'esterno cefalico di un feto alla 28ª settimana ottenuta con tecnica tridimensionale piani di sezione

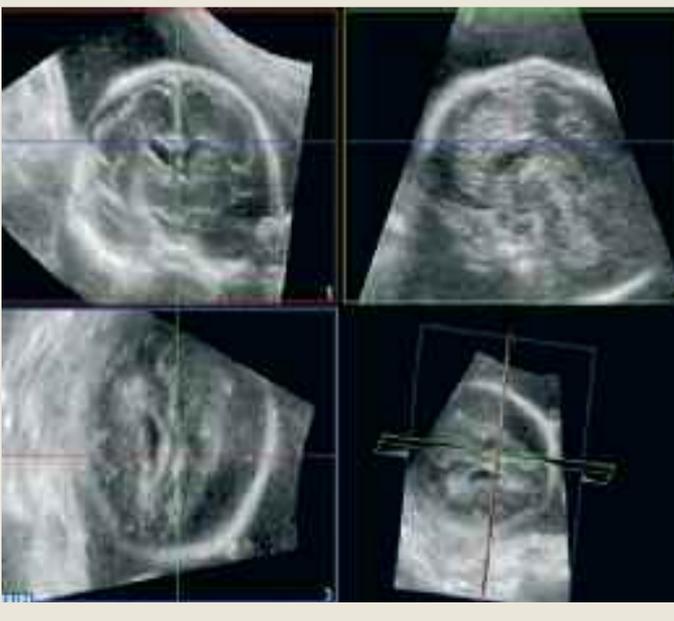


Figura 6. Immagine di un feto alla 28ª settimana, ottenuta con tecnica tridimensionale rendering di superficie



ziazione delle cellule staminali neurali (Figura 7).

L'accumulo di DHA nel sistema nervoso fetale e neonatale è massimo durante la gravidanza e nei primi mesi di vita, e quindi si ritiene che il suo ruolo sia fondamentale in questo periodo per la sua azione nell'aiutare lo sviluppo corretto del sistema neurologico (7,8).

Deve essere evitata la condizione di carenza di DHA, in quanto potrebbe portare ad una condizione di deficit dello sviluppo del sistema nervoso e della funzione visiva, e poiché la sua concentrazione dipende fondamentalmente dall'approvvigionamento dalla madre attraverso la placenta o l'allattamento, ne consegue la necessità di supportare la dieta materna in questo periodo.

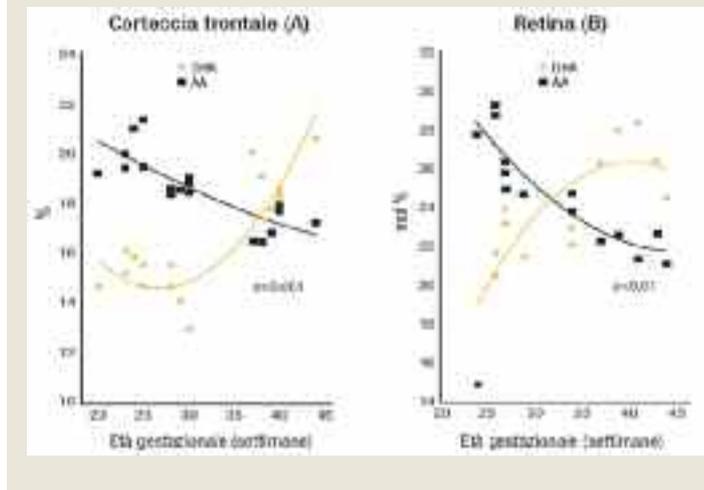
L'unica fonte di approvvigionamento del feto riguardo al DHA che viene utilizzato per lo sviluppo del sistema nervoso è la madre, dalla quale estrae le quantità che gli sono necessarie, soprattutto nel terzo trimestre. Sembrerebbe che il tempo necessario per ricostruire i depositi materni di DHA dopo una gravidanza siano 4 anni, se avviene però una adeguata somministrazione dall'esterno, sia durante che dopo la gravidanza. Se però le condizioni materne non consentono questo approvvigionamento, i suoi depositi possono essere insufficienti in eventuali gravidanze successive. Con conseguente carenza di riserve per i feti successivi. Questa osservazione richiama alla memoria alcune vecchie credenze secondo cui il primo figlio sarebbe il più intelligente (perché potrebbe utilizzare i depositi di DHA della madre, che invece mancherebbero ai figli successivi). A sostegno di ciò, si è visto con esperimenti di laboratorio che, se veniva limitata l'assunzione di acidi grassi in cavie per tre generazioni, questo si traduceva in una significativa riduzione del numero delle cellule cerebrali nelle ultime generazioni, ed in una diminuzione del numero delle sinapsi, con conseguente calo delle capacità di apprendimento degli animali.

DHA e sviluppo cognitivo e motorio

È molto difficile valutare la relazione tra la supplementazione o comunque i livelli di omega-3 nella dieta e lo sviluppo cognitivo. Questo viene valutato con scale diverse che tengono conto di diversi aspetti della "intelligenza" di un individuo. Peraltro questa è influenzata da diversi fattori tra cui quelli genetici, ambientali ecc, e quindi le conclusioni relative a tale aspetto andrebbero limitate ai singoli test o alle singole funzioni considerate di volta in volta.

Le evidenze cliniche riportano un'associazione tra alti livelli di consumo materno di pesce durante la gravidanza e più alti punteggi di quoziente intellettuale

Figura 7. Livelli di DHA e AA sul totale degli acidi grassi nella corteccia frontale e nella retina in reperti autoptici di bambini deceduti poco dopo la nascita (7)



vo e verbale del bambino. Numerosi studi hanno mostrato l'esistenza di una correlazione positiva tra supplementazione materna con DHA, livelli di DHA nel bambino e sviluppo cognitivo. Uno studio recente (9) ha evidenziato come la supplementazione in gravidanza e in allattamento con DHA da olio di pesce abbia incrementato significativamente, rispetto all'olio di mais, le concentrazioni di DHA nei fosfolipidi del tessuto ombelicale e nel plasma del neonato sia a 4 settimane che a 3 mesi di età (Figura 8).

Alcuni studi hanno messo in evidenza che i bambini nati da madri supplementate con DHA mostrano un rapporto significativamente più basso tra sonno attivo e sonno quieto (10) e una quota di sonno quieto più lunga rispetto ai bambini di madri non supplementate (Figura 9).

Un recente studio (11) ha messo in correlazione la quota più lunga di sonno quieto con un ottimale sviluppo cerebrale ponendo in evidenza che i bambini nati da madri supplementate con DHA mostrano a 9 mesi di età una migliore attitudine al "problem solving" (Figura 10).

Lo sviluppo cognitivo e motorio è favorevolmente influenzato dal DHA (12). Infatti, la supplementazione di LC-PUFA omega-3 a partire dalla 18ª settimana di gravidanza e continuato per il periodo dell'allattamento al seno, migliorava il QI di bambini valutato a 4 anni di età, rispetto a

madri supplementate con una miscela in cui erano rappresentati solo PUFA omega 3 e omega 6 (Figura 11).

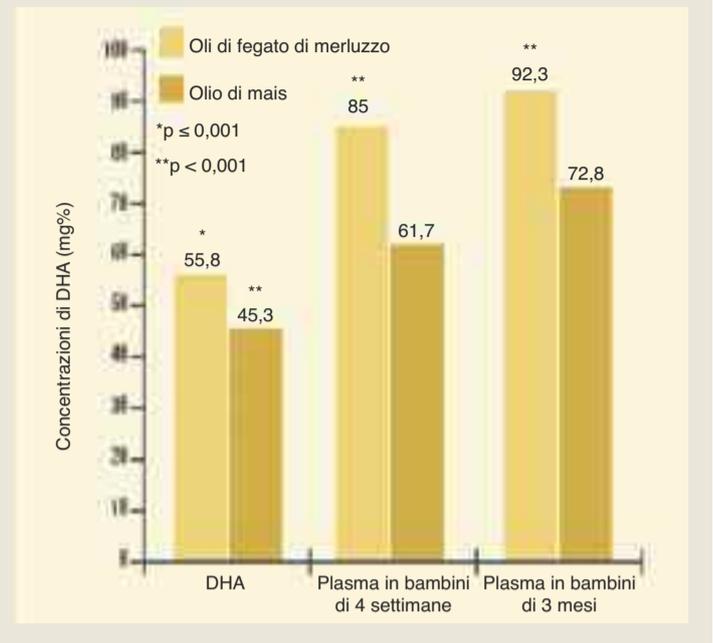
DHA e acuità visiva

La membrana fotorecettoriale della retina contiene il DHA in una percentuale particolarmente elevata. La presenza del DHA ha una funzione in primo luogo di struttura, e infatti rende le membrane cellulari della retina particolarmente fluide, inoltre le rende particolarmente adatte alle modificazioni che si verificano in conseguenza della fototattivazione. Il DHA sembra avere anche un ruolo funzionale, rendendo più efficiente il meccanismo di trasduzione dell'impulso visivo, e prolungando la sopravvivenza dei fotorecettori, ritardando i fenomeni di apoptosi.

I bambini nascono con un sistema visivo solo parzialmente formato e durante il primo anno di vita la visione migliora rapidamente (13). La valutazione dell'efficienza del sistema visivo è molto complessa (14), specialmente nelle età in cui il bambino non può comunicare direttamente, e comprende sia valutazioni elettrofisiologiche (potenziali evocati visivi, VEP) sia valutazioni funzionali (forced choice preferential looking, FLP) (Figura 12).

Molti studi hanno valutato l'effetto della concentrazione di DHA sul sistema visivo in crescita e hanno dimostrato che la capacità visiva del neonato è cor-

Figura 8. Concentrazioni di DHA nei fosfolipidi del plasma ombelicale e nel plasma del bambino a 4 settimane e 3 mesi di vita in relazione alla supplementazione materna con olio di fegato di merluzzo o olio di mais. (Mod. da 9)



relata al DHA status, ossia alla concentrazione plasmatica ed eritrocitaria di DHA, e che la supplementazione delle mamme con olio di pesce (ricco di omega-3) migliora questo parametro neonatale.

La valutazione della acuità visiva e della visione dei bambini (15) le cui madri in gravidanza avevano avuto una supplementazione di DHA (e in particolare la stereocuità visiva e la coordinazione occhio-mano) è risultata migliore (Figura 13). Così pure lo sviluppo visivo di bambini nati a termine che avevano ricevuto durante i primi mesi di vita una supplementazione con DHA durante l'allattamento era migliore rispetto ai controlli.

Ugualmente l'acuità visiva era migliore rispetto ai controlli, come pure lo sviluppo visivo, in rapporto alla maggiore concentrazione di DHA nel latte materno, quando venivano supplementate le madri durante l'allattamento al seno (8).

Effetti del DHA sulla gravidanza

Altri effetti del DHA sulla gravidanza sarebbero legati all'azione di modulazione dell'equilibrio della produzione di prostaglandine, di trombociti e leu-

cocrieni di derivazione dai LC-PUFA omega 6, i quali, in quanto fattori proinfiammatori, possono essere responsabili dell'avvio del parto pretermine. L'azione di contrasto nei confronti del parto pretermine da parte del DHA potrebbe realizzarsi anche attraverso la disorganizzazione dell'attività elettrica miometriale (16).

Studi randomizzati hanno evidenziato che la somministrazione di olio di pesce alla madre ha effetto nella prevenzione della ricorrenza di parto pretermine, soprattutto dei pretermine di alto grado (17,18). Inoltre in quanto i LC-PUFA omega 6 agiscono sulla parte vascolare e promuovono la coagulazione, possono essere responsabili di una certa quota di casi di IUGR (IntraUterine Growth Retardation, ritardo di crescita intrauterino) legati ad alterazione dei fenomeni della placentazione.

Se la causa del ritardo di crescita intrauterino è legata all'attivazione di tali meccanismi, il loro contrasto per azione del DHA potrebbe avere un effetto contro l'insorgenza di alcuni casi di IUGR. In alcuni casi di IUGR sono state messe in evidenza alterazioni del metabolismo lipidico simili a quelle riscontrate nei neonati di basso peso, come le

Figura 9. Caratteristiche del sonno in neonati nati da madri con alte o basse concentrazioni di DHA un giorno e due giorni dopo il parto. (Mod. da 10)

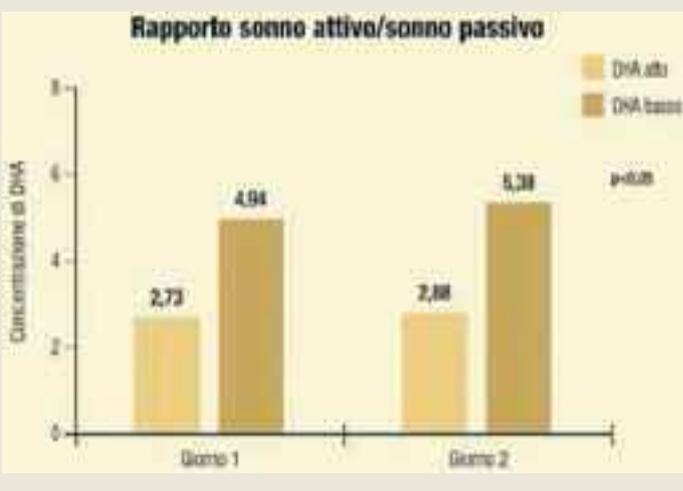
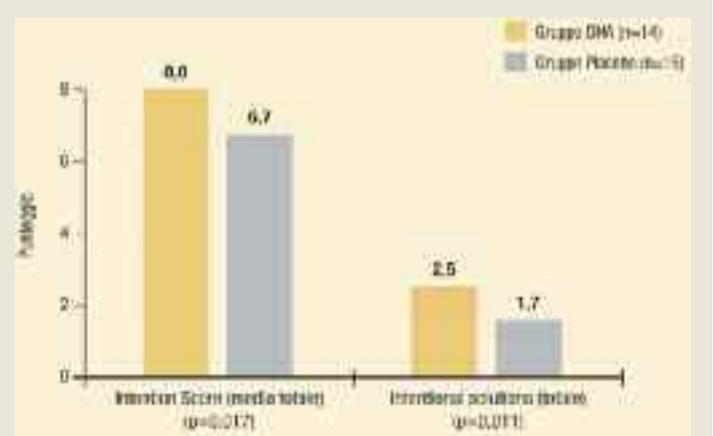


Figura 10. Punteggi medi* delle scale di valutazione della "Problem solving performance" in neonati di 9 mesi. (Mod. da 11)



* Infant Planning Test e Fagan Test

Figura 11. Punteggio del test K-ABC di bambini le cui madri hanno assunto LC-PUFA omega-3 o una miscela di PUFA omega-3 e omega-6 durante la gravidanza. (Mod. da 12)

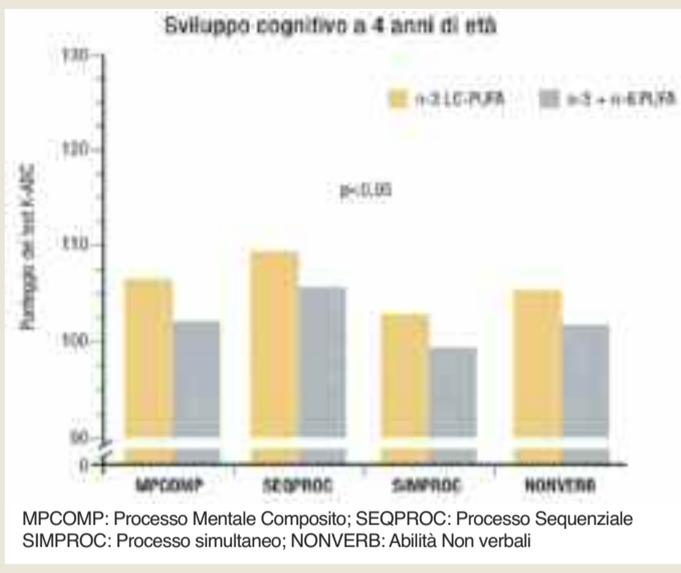
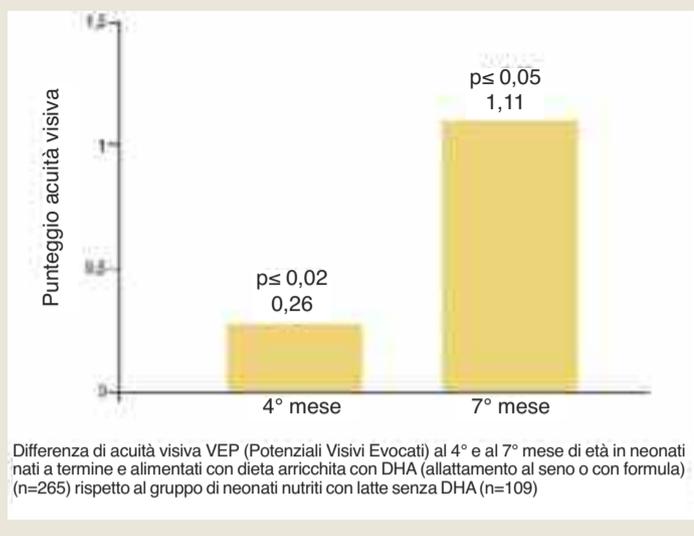


Figura 12. Aumento significativo dell'acuità visiva durante il periodo di allattamento in bambini nati a termine (Mod. da 14)



alterazioni della funzione retinica e ritardo dello sviluppo neurocomportamentale (19,20). Le alterazioni placentari nei feti IUGR potrebbero essere la causa della alterazione del trasporto o del metabolismo degli acidi grassi. Metanalisi di studi randomizzati hanno messo in evidenza che la supplementazione con LC-PUFA omega 3 è associata ad un piccolo aumento di peso neonatale e un significativo aumento della circonferenza cranica (21).

Raccomandazioni disponibili

Le raccomandazioni sull'assunzione dei LC-PUFA omega 3 in gravidanza che provengono dalla Consensus Conference del Perinatal Lipid Intake (PERILIP) Working Group, si articolano su 7 punti (22). Il primo punto (vedi Tabella a pag.14) indica che la proporzione dei grassi nella dieta della donna in gravidanza e in allattamento deve essere simile a quella consigliata nella popolazione generale; il secondo raccomanda l'apporto nutrizionale di almeno 200 mg/die di DHA in gravidanza e allattamento, per l'importanza che sembra avere nello sviluppo del sistema nervoso della vista del bambino. Questa quota (terzo punto) che

può essere raggiunta facilmente con la consumazione di 1-2 porzioni di pesce grasso alla settimana (pesce che non sia particolarmente grande o predatore, per evitare l'accumulo di mercurio). Il quarto punto ribadisce il fatto che l'assunzione dell'ALA, che è il precursore del DHA, non è altrettanto efficace, come è invece la somministrazione diretta del DHA. Il settimo punto richiama l'attenzione sullo screening delle inadeguatezze alimentari spesso presenti nella donna gravida, da eseguirsi nel primo trimestre di gravidanza. Nella dieta attuale delle donne in gravidanza l'adeguato apporto di DHA può non essere garantito per le obiettive difficoltà di approvvigionamento alimentare (costi, reperibilità di pesce adeguato), e pertanto la supplementazione può avvenire molto più facilmente attraverso la somministrazione di almeno 200 mg/die di DHA da olio di pesce ad elevata purezza reperibile come nutraceutico. La raffinazione e distillazione dell'olio di pesce consente di renderlo puro e di rimuovere una serie di possibili contaminanti ambientali come metalli pesanti (mercurio, arsenico, cadmio, piombo), impurità ossida-

tive, diossine e furani, Policromobifenili (PCB) e PCB simili alla diossina, idrocarburi poliaromatici (PAH). Infatti nel tessuto adiposo dei pesci, soprattutto se di grossa taglia o predatori, si accumulano molte sostanze tossiche liposolubili, che sono il prodotto dell'inquinamento del mare. Si è pensato di risolvere questo problema con l'impiego dei pesci di allevamento, ma questi, rispetto ai selvatici sono meno ricchi di omega 3, e invece più ricchi di omega 6. La raffinazione ha anche lo scopo di rimuovere altri acidi grassi presenti, tra cui l'AA ed altri acidi grassi saturi eventualmente reperibili, e di rimuovere le elevate concentrazioni di vitamina A, che se assorbita in grandi quantità, si accumula nel tessuto adiposo e può avere effetti collaterali sfavorevoli. La Food Agricultural Organization (FAO) delle Nazioni Unite raccomanda la supplementazione come nutraceutico del DHA in forma isolata, concentrata e purificata perché riduce il rischio di interazione con altre sostanze. Pertanto la via di assunzione più favorevole risulta l'impiego dell'olio di pesce concentrato, distillato e raffinato, in maniera da eliminare contaminazioni nocive e di renderlo disponibile nella maniera più efficace.

Un altro problema dell'olio di pesce è il suo sapore forte e difficilmente accettabile, che ne rende difficile la sua assunzione, ma che è stato risolto attraverso l'introduzione delle capsule di gelatina che lo racchiudono. In commercio sono disponibili diverse formulazioni ma bisogna prestare particolare attenzione a suggerire prodotti idonei: dovrebbe essere nota la provenienza del DHA (preferibile quello estratto da olio di pesce) e il procedimento di estrazione e di purificazione dai contaminanti ambientali, che purtroppo sono molto abbondanti nel pesce dei nostri mari. Dovrebbe inoltre essere indicato il rapporto tra DHA e il precursore EPA, che è sempre presente negli alimenti di origine ittica, ma che è stato oggetto di qualche perplessità in merito alla supplementazione in gravidanza e in allattamento. Infine, il contenuto di DHA dovrebbe raggiungere almeno 200 mg/die (molti multivitaminici/integratori contengono DHA ma in quantitativi inferiori), senza considerare la scomodità di dover assumere diverse dosi di un supplemento dietetico. La compliance delle mamme "in attesa", come è noto, è inversamente proporzionale alla difficoltà che si propone loro e al tempo di applicazione.

Per saperne di più

- Sears B. The Omega Rx Zone. Sperling and Kupfer Eds. 2003
- Goodman & Gilman. Le Basi farmacologiche della terapia. McGraw-Hill Eds. 1997
- Innis SM. Dietary omega 3 fatty acids and the developing brain. Brain Research 2008; 1237: 35-43
- Hadders-Algra M, Bouwstra H, van Goor SA, Dijk-Brouwer DAJ, Muskiet FAJ. Prenatal and early postnatal fatty acids status and neurodevelopmental outcome. 2007; 35: S28-34
- De-Graaf-Peters VB, Hadders-Algra M. Ontogeny of the human central nervous system: what is happening when? Early Hum Dev 206; 82: 257-66
- Larquè E, Krauss- Etschmann S, Campoy C, Hartl D, Linde J, Klinger M, Demmelmair H, Cano A, Gil A, Bondy B, Koletzko B. Docosahexaenoic acid supply in pregnancy affects placental expression of fatty acid transport proteins. Am J Clin Nutr 2006; 84:853- 61
- Martinez M. tissue levels of polyunsaturated fatty acids during early human development. J Pediatr 1992; 120: S129-38
- Innis SM, Gilley J, Werkwr J. Are human-milk long-chain polyunsaturated fatty acids related to visual and neural development in breast-fed infants? J Pediatr 2001; 39:532-8
- Helland IB, Saugstad O, Saarem K, Van Houwelingen A, Nylander G, Drevon C. Supplementation of n-3 fatty acids during pregnancy and lactation reduces plasma lipid levels and provides DHA to the infants. The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine. 2006; 19:397-406
- Cheruku SR, Montgomery-Downs HE, Farkas SL, Thoman EB, Lammi-Keefe CJ. Higher maternal plasma docosahexaenoic acid during pregnancy is associated with more mature neonatal sleep-state patterning. Am J Clin Nutr 2002; 76: 608-13
- Judge MP, Harel O, Lammi-Keefe CJ. Maternal consumption of a docosahexaenoic acid-containing functional food during pregnancy: benefit for infant performance on problem-solving but not on recognition memory tasks at age 9 mo. Am J Clin Nutr 2007; 85:1572-7
- Helland IB, Smith L, Saarem K, ▶

Figura 13. Punteggio della scala di Griffith per la valutazione dello sviluppo visivo - motorio di bambini nati da madri supplementate con DHA o placebo (Mod. da 15)

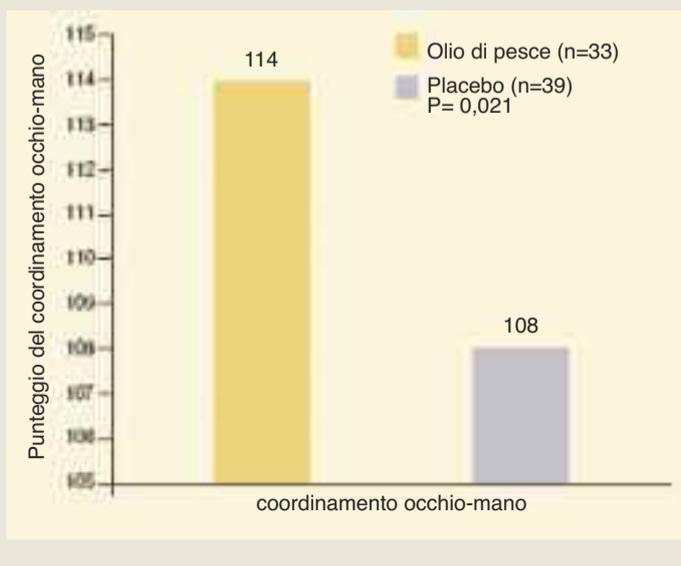


Tabella Conclusioni e raccomandazioni sull'approvvigionamento dietetico di grassi in gravidanza e in allattamento della Comunità Europea, supportati dal Perinatal Lipid Intake Working Group

- La quantità giornaliera di grassi che deve essere assunta durante la gravidanza e l'allattamento, come proporzione dell'intake energetico, dovrebbe essere la stessa di quella raccomandata per la popolazione generale.
- Gli omega-3 LC-PUFA, in particolare il DHA, dovrebbero depositarsi in quantità adeguate nel cervello e nei tessuti fetali durante la vita intrauterina e neonatale precoce. Diversi studi hanno mostrato un'associazione tra intake dietetico di acidi grassi o di oli contenenti omega-3 LC-PUFA durante la gravidanza e/o l'allattamento, e lo sviluppo visivo e cognitivo così come di altri outcome funzionali del bambino. La donna in gravidanza o in allattamento dovrebbe raggiungere un intake di almeno 200 mg/die di DHA. Intake di più di 1 g di DHA o di più di 2,7 g di omega-3 LC-PUFA sono stati usati in protocolli randomizzati senza che venissero evidenziati eventi avversi.
- Le donne in età fertile possono raggiungere la quantità necessaria di DHA mangiando 1-2 porzioni di pesce di mare a settimana, soprattutto di pesce grasso che è una buona fonte di omega-3 LC-PUFA. Queste dosi di pesce raramente superano i livelli tollerabili di contaminanti ambientali assumibili. Il pesce più

ideale per la dieta dovrebbe essere selezionato entro una ampia varietà di specie evitando pesci grandi e predatori che accumulano più metilmercurio.

- L'uso del precursore, ALA, è molto meno utile rispetto al preformato DHA ai fini della deposizione di quest'ultimo nei tessuti cerebrali.
- Non c'è evidenza che le donne in età fertile il cui apporto nutrizionale di LA è adeguato necessitino di una quota aggiuntiva di AA.
- Alcuni studi hanno dimostrato che l'approvvigionamento dietetico materno di pesce, olio di pesce, o omega-3 LC-PUFA determina un lieve allungamento della gravidanza, un piccolo aumento del peso neonatale e un rischio ridotto di parto prematuro. L'importanza clinica di questi effetti non è mai stata chiaramente dimostrata.
- Uno screening per le inadeguatezze nutrizionali dovrebbe essere effettuato durante la gravidanza, preferibilmente durante il primo trimestre. Se vengono rilevate delle abitudini alimentari inadeguate, dovrebbe essere offerta una consulenza dietetica individuale in gravidanza così come in allattamento.

LC-PUFA: acidi grassi polinsaturi a lunga catena; DHA: acido docosaesaenoico; ALA: acido alfa-linolenico; LA: acido linoleico; AA: acido arachidonico; EPA: acido eicosapentaenoico.



► Segue da pagina 8

TERAPIE PERSONALIZZATE E DI QUALITÀ

Il documento di consenso che tutte le Società Italiane della Medicina della Riproduzione hanno sottoscritto, a chiusura del loro primo congresso unificato, svoltosi a Riccione dal 28 al 30 maggio, per esprimere una posizione unitaria dopo la sentenza della Corte Costituzionale sulla Legge 40

Consensus delle Società Italiane di Medicina della Riproduzione sulle modalità procedurali della PMA dopo la sentenza della Corte Costituzionale sulla Legge 40/2004

Premessa

La recente sentenza della Corte Costituzionale modifica alcuni dei punti cardine della legge 40 e delle relative linee guida applicative. Riteniamo che il contenuto della sentenza della Corte Costituzionale comporti l'introduzione di nuovi elementi nell'applicazione coerente della Legge 40, che richiedono una posizione unitaria degli operatori del settore.

Riteniamo quindi utile fornire un contributo scientifico alla ricerca di una sintesi condivisa e pragmaticamente applicabile:

- La necessità di offrire alle coppie ed in particolare alle donne, che subiscono una terapia impegnativa e non priva di rischi, il massimo dell'efficacia terapeutica ed il minimo dei rischi per la propria salute fisica e psichica, limitando al minimo l'invasività e reiterazione degli atti terapeutici.
- La necessità di contenere al massimo la creazione di embrioni in eccesso e quindi la loro crioconservazione, se non sia prevedibile una concreta possibilità di impianto futuro.
- La necessità di tutelare la salute dei nascituri, in particolare limitando al massimo le gravidanze multiple, principale causa di morbidità e mortalità materna e fetoneonatale.

Le principali linee di innovazione internazionali hanno portato ad una maggiore modulazione e personalizzazione delle terapie, tendenti a migliorare la qualità em-

brionaria più che la quantità, ed a privilegiare una forte limitazione del numero di embrioni trasferiti in utero, limitando altresì la quantità di embrioni crioconservati. L'insieme di questi cambiamenti consente oggi in alcuni paesi un tasso di gravidanza cumulativo doppio di quello italiano, un tasso di gemellarità contenuto all'1%, l'azzeramento delle gravidanze multiple con relativi ricoveri in unità di terapia intensiva neonatale, il contenimento della esposizione a farmaci della paziente. Non ultimo è da considerarsi un notevole contenimento della spesa sanitaria, rappresentata per la maggior parte proprio dall'assistenza ai prematuri da gravidanza multipla nonché dalla reiterazione dei trattamenti per molteplici cicli.

I Presidenti delle Società Italiane di Medicina della Riproduzione ritengono oggi, alla luce del dettato della sentenza della Corte Costituzionale dell'1 aprile 2009 (sentenza n. 151 pubblicata su GURI del 13 Maggio 2009), che sia necessario fare uno sforzo, in sintonia con gli organi istituzionali deputati, per identificare un percorso nuovo e condiviso, nell'interesse della salute della donna e del nascituro. Il percorso deve rimanere nell'ambito della legge 40 per tutto ciò che nella legge stessa resta valido e deve altresì tenere conto delle istanze europee che prevedono un innalzamento dei livelli qualitativi di tutti i centri che utilizzano cellule umane a scopo terapeutico (Direttiva 2004/23/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 31 marzo 2004, Decreto Legislativo 6 novembre 2007, n. 191, ESHRE position paper, 2008).

Viene proposto quindi un progetto che

ruota su alcuni cardini fondamentali:

- Personalizzazione del "piano terapeutico" individuale per ogni paziente e coppia
- Definizione individualizzata del numero ottimale di embrioni necessario ad ottenere la gravidanza.
- Limitazione della crioconservazione embrionale al minimo indispensabile, valutando caso per caso il momento del trasferimento embrionario ed il momento della crioconservazione, tenendo presente che molti embrioni in vitro, come peraltro in vivo, arrestano il loro sviluppo dimostrando di non essere evolutivi o vitali, dopo 24 ore. Questi embrioni saranno tenuti in osservazione fino al loro naturale estinguersi.
- Nel caso la coppia richieda la conoscenza dello stato di salute dell'embrione (legge 40/2004 art. 14, comma 5) possibilità di diagnosi genetica preimpianto con proibizione di esami a finalità eugenetica, così come definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Review of Ethical Issues in Medical Genetics, WHO Geneve 2003) e dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (Carta di Nizza).

I Presidenti propongono quindi procedure basate sulle più recenti esperienze internazionali ed in coerenza con il dettato della sentenza della Corte Costituzionale.

Procedure Cliniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)

La rilettura della Legge 40/2004 alla luce della sentenza della Corte Costituzionale lascia al medico il dovere di decidere quale sia il numero "necessario" di embrioni da formare ed il numero da trasferire all'interno dell'utero della paziente.

Tenendo presente le premesse fatte, diventa quindi importante predisporre un piano terapeutico individualizzato per ogni coppia in base alle caratteristiche anamnestiche, biologiche e prognostiche di ogni singola coppia, nel rispetto della legge e delle evidenze cliniche.

La decisione clinica è in scienza e coscienza di stretta competenza dello specialista. Premesso che è impossibile potere prevedere con precisione le capacità di sviluppo di ogni singolo ovocita, e quali e quanti ovociti saranno destinati a produrre embrioni vitali una volta inseminati, l'evidenza clinica dimostra che i fattori che maggiormente influiscono sulla prognosi sono:

- Età della partner femminile
- Qualità del liquido seminale
- Precedenti fallimenti
- Tipo di risposta ovarica

Queste condizioni prognostiche sono la base della decisione del clinico avendo come obiettivo:

- Il massimo di probabilità di ottenere il numero di embrioni considerato necessario per il trasferimento nel ciclo a fresco;
- Ridurre al minimo la necessità di crioconservare embrioni;
- Esporre la paziente al massimo delle possibilità di successo e, contemporaneamente, al minimo rischio di gravidanze multiple.

In numerose condizioni in cui non è auspicabile eseguire ripetuti cicli di induzione della crescita follicolare multipla per una pregressa o persistente patologia presente al momento in cui la coppia fa richiesta di accesso ad un programma di PMA e condizioni in cui la procedura prevede limiti oggettivi legati alla patologia riproduttiva della coppia è indispensabile ottimizzare un ciclo di PMA utilizzando tutti gli ovociti idonei con l'eventuale crioconservazione degli embrioni soprannumerari da trasferire in tempi successivi.

- Pregressa Sindrome da Iperstimolazione Ovarica (SIO) o pazienti ad alto ri-

schio di SIO

- Pazienti con ripetuto fallimento d'impianto e/o di età superiore ai 38 anni.
- Trombofilie congenite o acquisite
- Azoospermia non ostruttiva o criptoospermia e, comunque, in tutti i casi in cui vi sia un elevato rischio di mancato recupero di gameti maschili o di grave riduzione delle probabilità di fertilizzazione.
- Pregresse neoplasie ormono-dipendenti (ovaio, mammella, tiroide ecc.).
- Malattie autoimmunitarie (lupus, sclerosi multipla ecc.)
- Pregressa chirurgia pelvica per endometriosi III-IV stadio
- Patologie sistemiche (cardiovascolari, renali, epatiche ecc.)
- Pazienti sottoposte a diagnosi preimpianto
- Pazienti sottoposte a trapianto d'organo
- Pregresso totale fallimento della fertilizzazione.

Per quanto riguarda l'utilizzo di ovociti crioconservati, la valutazione del numero di ovociti da inseminare deve essere eseguita in base alle competenze di ogni singolo Centro, in quanto, allo stato attuale, la tecnica presenta numerose variabili di efficienza ed efficacia.

I Presidenti di tutte le Società Italiane di Medicina della Riproduzione si atterranno alla suddetta condivisione metodologica di lavoro nel rispetto della legge 40/2004 e della Sentenza della Corte Costituzionale dell'1° aprile 2009 (sentenza n. 151 pubblicata su GURI del 13 Maggio 2009).

CECOS Italia Dr.ssa Claudia Livi
SIA Prof. Vincenzo Gentile
SIdR Dr. Guido Ragni
SIERR Dr. Paolo Giovanni Artini
SIFES-MR Dr. Carlo Bulletti
SIOS Dr. Mauro Costa

Riccione 29 maggio 2009

► Segue da pagina 25

Per saperne di più

Saugstad OA, Devron CA. Maternal Supplementation With Very-Long-Chain n-3 Fatty Acids During Pregnancy and Lactation Augments Children's IQ at 4 Years of Age. *Pediatrics* 2003; 111:39-44

13. Uauy R, Hoffman DR, Mena P et al. Term infant studies of DHA and ARA supplementation on neurodevelopment: results of randomized controlled trials. *J Pediatr* 2003; 143 (4 Suppl) S17-S25

14. SanGiovanni JP, Berkey CS, Dwyer JT et al. Dietary essential fatty acids, long-chain polyunsaturated fatty acids and visual resolution acuity in healthy full-term infants: a systematic review. *Early Hum Dev* 2000; 57:165-188

15. Dunstan JA, Simmer K, Dixon G et al. Cognitive assessment at 2 1/2 year follow-up of fish oil supplementation in pregnancy: a randomized controlled trial. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2008; 93: F45-F50

16. Abeywardena MY, Head RJ. Long-chain n-3 polyunsaturated fatty acids and blood vessel function. *Cardiovasc Res* 2001; 52:361-371

17. Olsen SF, Secher NJ, Tabor A, Weber T, Walker JJ, Gluud C. Randomised clinical trials of fish oil supplementation in high risk pregnancies. *Br J Obstet Gynaecol* 2000; 107: 382-395

18. Horvath A, Koletzko B, Szajewska H. Effect of supplementation of women in high-risk pregnancies with long-chain polyunsaturated fatty acids on pregnancy outcomes and growth measures at birth: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Br J Nutr* 2007; 98:253-259

19. Vilbergsson G, Samsioe G, Wennergren M et al. Essential fatty acids in pregnancies complicated by intrauterine

growth retardation. *Int J Gynecol Obstet* 1991; 36:277-286

20. Cetin I, Giovannini N, Alvino G et al. Intrauterine growth restriction is associated with changes in polyunsaturated fatty acid fetal-maternal relationships. *Pediatr Res* 2002; 52: 750-755

21. Szajewska H, Horvath A, Koletzko B. Effect of n-3 long-chain polyunsaturated fatty acid supplementation of women with low risk pregnancies on pregnancy outcomes and growth measures at birth: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Clin Nutr* 2006; 83:1337-1344

22. Koletzko B, Cetin I, Brenna JT; Peri-

natal Lipid Intake Working Group; Child Health Foundation; Diabetic Pregnancy Study Group; European Association of Perinatal Medicine; European Association for Clinical Nutrition and Metabolism; European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, Committee on Nutrition; International Federation of Placenta Associations; International Society for the Study of Fatty Acid and Lipids. The roles of long chain polyunsaturated fatty acids in pregnancy, lactation and infancy: review of current knowledge and consensus recommendations. *J Perinat Med* 2008; 36:5-15

DHA ad elevata purezza

1 capsula al giorno (250 mg di DHA) preferibilmente a colazione a partire dal 4° mese di gravidanza per i 6 mesi di allattamento materno

- migliora lo sviluppo cognitivo e comportamentale del bambino
- migliora l'acuità visiva del bambino

Raccomandazioni FAO "L'assunzione più appropriata di Omega 3 è quella in forma isolata, che garantisce maggior stabilità del prodotto e riduce il rischio di interazioni con altre sostanze"

L'Istituto Superiore della Sanità raccomanda "...un adeguato apporto di DHA alla madre sia durante la gravidanza sia durante l'allattamento al seno..."



€ 16,00

Avantgarde
 GRUPPO sigma-tau



Fatti & Disfatti

di Carlo Maria Stigliano



NON É PIÙ TEMPO D'EROI

Quando ci siamo iscritti alla facoltà di medicina (penso in particolare a quelli come me che hanno superato gli 'anta') credevamo nella grande opportunità di raggiungere alcuni prestigiosi obiettivi attraverso questa pur impegnativa scelta professionale: certo non tutti saremmo diventati dei dottor Kildare e dei Valdoni, famosi e rispettati, ma tutti sognavamo di poter svolgere un lavoro sicuramente utile alla collettività, ottenendo un adeguato riconoscimento sociale del nostro ruolo a fronte di sacrifici personali non irrilevanti. L'essere disponibili per il prossimo, dimenticarsi spesso festività e ricorrenze familiari per correre in ospedale anche fuori servizio "per dare una mano" ai colleghi; restare accanto al letto di un ammalato grave o di una puerpera dopo un lungo e travagliato parto, passare ore sottratte alla famiglia a studiare un caso difficile... quando internet non esisteva: tanti di noi l'hanno fatto con entusiasmo e con la consapevolezza che quella scelta era 'dovuta', inevitabile se volevamo fare davvero i medici. Oggi che cosa resta di quell'entusiasmo? Ed è solo un fisiologico calo di tensione dei



Il Giuramento di Ippocrate

medici più avanti negli anni e nella professione oppure riguarda anche i giovani colleghi? La verità è che non se ne può più e che noi ginecologi in modo particolare siamo continuamente sotto tiro... E questo, alla lunga, sfianca. Due nostri colleghi, in qualche parte di questa nostra strana Italia, sono stati condannati per un grave evento occorso nella professione: nulla da dire, può purtroppo accadere che si verifichino situazioni difficili ed imprevedibili in una disciplina di per sé non facilmente e completamente

pianificabile nelle sue attività; può accadere anche che ci siano errori (attenzione: pur sempre in buona fede!) non giustificabili e perciò giustamente sanzionabili. Ma la persecuzione no, non può essere accettata! D'accordo, due ginecologi sono stati condannati, mettiamo anche giustamente, (ammesso e non concesso, per correttezza) nessuno, però, persino i ginecologi, è definitivamente colpevole fino a sentenza definitiva. E qui, vorrei ricordarlo, siamo solo al primo grado del processo... Ebbene, ai nostri colleghi non sono state concesse neppure le attenuanti generiche, quelle che di solito si concedono persino ai responsabili di atroci fatti di sangue (!). Ad uno, che ubriaco e imbottito di droga si metta al volante della sua

auto e travolga uccidendole dieci persone, verranno probabilmente concesse le attenuanti generiche, ma ad un ginecologo no, è colpevole e magari deve ringraziare se non gli vengono amputate le mani! Ma è giusto tutto ciò? Ai due reprobati è stata inflitta per soprappiù anche la pena accessoria dell'inibizione dall'esercizio della professione per gli anni di durata della pena: a breve sarà inevitabilmente sancita la condanna al risarcimento della parte lesa per svariati milioni di euro: se colpevoli è giusto, anche se ciò non potrà certo lenire il grande dolore delle persone colpite dall'eventuale errore medico. Ma i ginecologi come faranno fronte a risarcimenti di questa portata quando non potrebbero guadagnare quelle cifre neanche in una vita intera? E per di più non lavorando. Se questo non è

accanimento, davvero non trovo altro termine! C'è qualcuno disposto a credere che oggi in Italia un ginecologo davanti ad un magistrato, nel caso di un tragico evento in sala parto che comporti danni gravi ad un bambino, possa serenamente pensare all'equidistanza del giudice di fronte alle parti? O non dovrà temere (magari non realmente nelle conclusioni ma assai probabilmente nelle premesse) che il magistrato potrebbe facilmente essere influenzato dal clima di maldisposizione nei confronti del medico, alimentata spesso da una stampa sempre a caccia del 'mostro' da sbattere in prima pagina? E allora perché stupirsi se molti colleghi hanno deciso di auto tutelarsi ricorrendo nei fatti anche inconsciamente alla cosiddetta medicina difensiva: perché rischiare di essere rovinati sotto tutti i punti di vista, di coinvolgere nella propria rovina anche la propria innocente famiglia per cercare di sfruttare anche solo uno spiraglio di possibilità nei casi difficili a vantaggio dell'ammalata? Ma i giornalisti ci pensano qualche volta ai figli dei medici che loro trattano come fossero biechi assassini? Non è più tempo d'eroi, vogliono dei medici-ragionieri senza infamia e senza lode. Altro che principi della medicina: Ippocrate qui oggi si dimetterebbe!



CONVEGNO REGIONALE AOGOI DEL FRIULI VENEZIA GIULIA Le linee guida: suggerimenti o dogmi?

12 settembre 2009
Villa Manin di Passariano (Ud)

Il convegno si svolgerà presso la Sala delle conferenze di Villa Manin di Passariano (Ud). Si raccomanda l'iscrizione tramite e-mail o fax alla Segreteria Organizzativa, anche se sarà possibile iscriversi prima dell'inizio dei lavori. Sono stati richiesti i crediti alla Commissione nazionale per la formazione continua (Ecm), per medici appartenenti la disciplina di Ginecologia e Ostetricia. L'attestato con l'attribuzione dei crediti formativi verrà rilasciato ai primi 90 medici, regolarmente iscritti, che avranno ottemperato alle procedure previste per la verifica della presenza e dell'apprendimento. Verrà data la precedenza ai soci AOGOI, iscritti via e-mail o fax. La partecipazione è gratuita.

Comitato scientifico
V. Adamo - Pordenone
D. Bassini - Tolmezzo (UD)
E. Campagnutta - Aviano (PN)
A. D'Atri - Monfalcone (GO)
G. Del Frate - S. Daniele del Friuli (UD)
M. Gamper - S. Vito al Tagliamento (PN)
S. Giove - Latisana (UD)
C. Zompicchiatti - Palmanova (UD)
Direttore Scientifico:
Carmine Gigli
Segretario regionale AOGOI
carminegigli@tin.it
Via dei Piccardi, 70 - 34170 Trieste

Segreteria Organizzativa:
THE OFFICE aogoi@theoffice.it
Via S. Nicolò, 14 - 34121 Trieste
Tel. 040 368343, Fax 040 368808

Si ringraziano le ditte
Bayer Schering, Pharma,
Finderm, Rottapharm e Teramex

PROGRAMMA
I sessione
Moderatori: Gigli C. - Giove S.
9.00 Linee guida: come si fanno, come si leggono e a cosa servono
Giampaolo Mandruzzato
9.30 Assistenza alla gravida a basso rischio
Vesna Cescutti
10.00 Il parto prematuro
Maddalena Casarotto
10.30 La gravidanza extrauterina
Maurizio Silvestri
11.00 Coffee Break

II sessione
Moderatori: Adamo V. - D'Atri A.
11.15 Screening delle malattie genetiche fetali
Giovanni Monni
11.45 Ipertensione e gravidanza
Giuseppe Ettore
12.15 Il parto nella gravida con pregresso
Taglio Cesareo
Stefano Facchin

12.45 Induzione al travaglio di parto
Giovanni Del Frate
13.15 Colazione di lavoro

III sessione
Moderatori: Campagnutta E. - Del Frate G.
14.00 Prevenzione delle complicanze laparoscopiche
Marco Pittino
14.30 Flogosi pelviche acute
Giuliano Fabiani
15.00 L'ipermenorrea
Silvio Giove
15.30 Compilazione moduli ECM
16.00 Assemblea regionale dei soci AOGOI





La fiera delle sanità

Il libro di Daniela Minerva, responsabile delle pagine di medicina e sanità dell'Espresso, racconta le tante contraddizioni del nostro Ssn. Ma per spingerci a non abbandonarlo

Teniamoci stretto il nostro Servizio sanitario nazionale, possibilmente provando a risolvere i suoi difetti, che non sono pochi né piccoli; ma guai a cedere alle suggestioni di modelli di stampo americano o di surrogati autarchici. È questo il messaggio che Daniela Minerva, responsabile delle pagine di medicina e sanità dell'Espresso, ci consegna fin dalle prime pagine del suo ultimo lavoro, *La fiera delle sanità*, nelle librerie dallo scorso marzo, con una ricca appendice documentale curata da Claudia Cirillo. Un libro principalmente destinato al grande pubblico, sia per linguaggio sia per contenuti, ma che costituisce anche un prezioso promemoria per tutti gli "addetti ai lavori", ai quali ricorda (o rivela) dettagli di vicende che non tutti rammentano o conoscono. Meno male, comunque, che la giornalista chiarisce il suo pensiero da subito perché, altrimenti, a proseguire nella lettura verrebbe voglia di far saltare tutto il sistema e di ricominciare daccapo. Il che, per l'autrice, non sarebbe augurabile e, forse, nemmeno possibile. Allora – ci esorta – cerchiamo almeno di prendere consapevolezza, innanzitutto da cittadini, di come stanno le cose per salvare questo nostro prezioso Ssn prima che i tarli dell'incompetenza, dell'interesse

particolare e del malaffare lo divorino.

Le mani sulla sanità

Già, perché il Ssn è – Minerva ce lo ricorda subito – una specie di gallina dalle uova d'oro intorno alla quale ruotano interessi colossali, leciti e meno leciti. Ma andiamo per ordine, partendo dalla riforma del Titolo V della Costituzione, approvata definitivamente con il referendum dell'ottobre 2001. Da allora si assiste a un progressivo indebolimento del "potere" del ministero della Sanità fino alla sua scomparsa con l'attuale Governo Berlusconi, assorbito da quello del "Lavoro, della salute, delle politiche sociali". Nello stesso tempo aumenta il ruolo delle Regioni, alle quali viene assegnata la competenza pressoché esclusiva in materia di sanità: un'anticipazione di "federalismo" che all'epoca piaceva a molti; che però, secondo Minerva "ha spaccato il Paese. Perché ha consentito a chi aveva le spalle robuste di camminare più in fretta. Ma ha tagliato le gambe a chi era in difficoltà". In questo quadro si inserisce "il disegno" che l'autrice attribuisce al Governo Berlusconi, prendendo spunto da quanto accaduto nell'ottobre 2008, quando il sottosegretario alla Salute, Ferruccio Fazio, presentò alla Conferenza

delle Regioni una proposta per i nuovi Lea che prevedeva un risparmio di 1,9 miliardi di euro. L'obiettivo, sostiene l'autrice, era quello di "spingere sui tagli a prestazioni che la gran parte dei cittadini ritiene essenziali adombrando il fatto che sono grande fonte di spreco – e questo è vero – ma sapendo che nessun italiano, a meno che non sia in condizioni di assoluta indigenza, rinuncerà al controllo del colesterolo o a fare una risonanza se ha mal di schiena. E, quindi, aprire la strada ad altri soggetti capaci di assicurare ai cittadini la loro prevenzione, le assicurazioni. Cominciando così a creare alternative serie al Ssn". Ma "nessun governatore poteva neppure immaginare di andare dai suoi elettori a dire che, di colpo, gli esami del sangue e delle urine se li dovevano pagare di tasca propria". Così, tutti i presidenti delle Regioni hanno respinto la proposta del sottosegretario e, alla fine, i nuovi Lea sono "pressoché identici ai vecchi". "Non c'è dubbio – sottolinea però la giornalista dell'Espresso – che esista una questione dell'economicità del servizio sanitario". Tuttavia tagliare risorse "come ha provato a fare Giulio Tremonti con la sua manovra triennale varata nel luglio 2008, è sbagliato", spiega, perché in quel modo non si opera una

razionalizzazione delle spese, ma solo il loro razionamento. Il Ssn "è un organismo: migliaia di persone, luoghi, storie, sofferenze, impegni e sconfitte" che "deve funzionare come una macchina, perfetta, senza sbavature (...). Il reparto, l'ospedale, le strutture di accoglienza post-ospedaliere, i presidi di base devono incrociarsi come automi. Ma automi non sono: sono fatti da persone in carne e ossa e trattano persone in carne e ossa (...). Ignorare che questa è la materia di cui stiamo parlando ci porterebbe totalmente fuori strada". Così Daniela Minerva intraprende il suo viaggio nella sanità italiana dopo essersi evidentemente ben documentata, visto l'ampio uso che fa non solo di dati e cifre ma anche di atti giudiziari, senza privarsi di fare nomi e cognomi o di dire cosa pensa di un fatto piuttosto che di una persona. Certo la lettura del libro, agevole quanto efficace, può però, come dicevamo, lasciare l'amaro in bocca: troppi gli errori in questo nostro sistema sanitario, troppe le truffe, troppi i reati commessi sulla pelle dei cittadini più deboli da persone senza scrupoli. Eppure, sembra avvertirci

l'autrice, la conoscenza dei problemi è la sola via, per quanto dolorosa, che può portare alla loro soluzione. Poi, ovviamente, bisogna volerlo e saperlo fare. Ma questo non è compito del libro né di chi l'ha scritto...

Daniela Minerva

La fiera delle sanità

Bur Rizzoli
370 pagine
12,50 euro



Premio A.M.M.I.



Ad Anna Oliverio il Primo premio A.M.M.I. in memoria del professor Cesare Giannice

■ Un pubblico numeroso ha assistito, il 29 maggio scorso, alla cerimonia di assegnazione del Primo Premio in memoria del Prof. Cesare Giannice, figura esemplare di buona sanità calabrese. Il riconoscimento è stato istituito dall'Associazione Mogli Medici Italiani (Anmi) di Cosenza per premiare giovani medici che si siano laureati e specializzati con risultati di eccellenza. Quest'anno il premio è stato attribuito alla giovane dottoressa Anna Oliverio

Dopo i saluti della presidente Anmi di Cosenza, Laura Cavalcante Boscarelli, si sono susseguiti gli interventi di numerose personalità del mondo istituzionale e della medicina che hanno ricordato il compianto Cesare Giannice. In particolare, la professoressa Wanda Marsico, già primario di Anestesia e Rianimazione presso l'Azienda Ospedaliera di Cosenza ha ricordato con commovente il rapporto di collaborazione professionale e di profonda amicizia con il Prof. Giannice, il grande affiatamento negli anni più giovanili che si era creato tra loro e con l'allora pri-

mario di Chirurgia Generale Ugo Gigli e il primario di Medicina Generale Ennio Piro, quando "bastava scambiarsi uno sguardo per confermare una diagnosi o decidere un intervento". È così che, grazie alla loro sinergia, l'Ospedale Santa Barbara di Rogliano in breve tempo si è trasformato in un modello di efficienza e di modernità. Colleghi, collaboratori, allievi, amici, estimatori hanno ricordato con i loro interventi la carica umana di Cesare Giannice, la sua alta specializzazione e la sua grande serietà professionale. Ne è emerso il ritratto di un uomo

dallo stile riservato, "un calabrese calmo e controllato come uno svizzero", un uomo che non solo amava profondamente la sua professione di medico, ma che era anche un intellettuale, cultore di letteratura, poesia, dialetto e storia: la sua produzione di numerosi saggi di storia e letteratura sono la testimonianza del suo grande attaccamento alla Calabria, ai suoi luoghi e alle sue tradizioni. La moglie Carla Monti ha ricordato le tappe fondamentali della sua vita professionale, sullo sfondo si sono susseguite le immagini che hanno segnato la sua vita e la sua carriera: Acri,

l'amato paese natio, e poi gli istituti in cui si è formato, dalla laurea a Roma alla specializzazione in Ostetricia e Ginecologia a Torino, alla Libera docenza, ai primariati nei vari centri ospedalieri in cui ha operato fino a Cosenza, dove ha concluso la sua carriera, facendosi apprezzare ovunque per la sua grande competenza e per la passione con cui esercitava la sua professione. La serata è proseguita con un'interessante relazione sulle moderne tecniche laparoscopiche nella cura delle patologie ginecologiche, tenuta dalla figlia Raffaella Giannice che sta brillante-



Il prof. Cesare Giannice

mente ripercorrendo le orme paterne. Infine, dopo aver svolto con grande competenza la sua relazione sul trattamento chirurgico dell'incontinenza urinaria, Anna Oliverio, che si è laureata a pieni voti presso l'Università Magna Grecia di Catanzaro e si è specializzata in Ostetricia e Ginecologia, ha ricevuto il primo premio di questa edizione.



Roma, a.d. 1961: la Chiesa ha la "sua" facoltà di medicina

Una storia che inizia mezzo secolo fa a coronamento del grande progetto di Padre Agostino Gemelli: "formare non semplici medici ma medici cristiani". Un libro di Antonio Cicchetti, attuale direttore amministrativo dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, racconta la storia del "Gemelli" dalla posa delle prime pietre ai nostri giorni

Un Papa in carica, Giovanni XXIII, ed uno in pectore, l'allora Cardinale Giovanni Battista Montini che salirà da lì a due anni al soglio pontificio come Paolo VI. Sono state queste due figure d'eccezione della Chiesa Cattolica ad inaugurare nel 1961 a Roma la Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli" dal nome del frate francescano medico e psicologo Agostino Gemelli che, del progetto del primo ateneo medico cattolico, fu il massimo ispiratore.

All'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano (della quale padre Gemelli era stato uno dei fondatori), mancava infatti la facoltà di medicina, per "formare non semplici medici ma medici cristiani", come ebbe a dire proprio padre Gemelli. Anche questa sarebbe dovuta sorgere a Milano ma poi prevalse la scelta di una nuova sede distaccata a Roma.

Una storia avvincente, a cavallo tra le due guerre e che troverà la sua conclusione alla fine degli anni '50 con l'avvio dei lavori nella zona di Monte Mario, laddove sorgeva la Villa del Sacro Cuore di proprietà del Vaticano e donata

nel 1934 alla Cattolica da Papa Pio XI. Ed è proprio dal sogno di padre Gemelli, di cui quest'anno ricorre il cinquantesimo della morte, che si snoda la storia della facoltà di Medicina del Policlinico dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, alla quale l'attuale direttore amministrativo dell'Università, Antonio Cicchetti, ha dedicato un bel libro intervista scritto insieme alla giornalista Cristina Stillitano.

Oggi lo "stile" Gemelli, anticipatore dei profondi cambiamenti succedutisi nella sanità italiana, caratterizza un'istituzione divenuta un punto di riferimento non solo per l'eccellenza scientifica e accademica, ma anche per l'efficienza del modello organizzativo-gestionale. Antonio Cicchetti, che dal 1990 al 2007 è stato anche direttore amministrativo del Policlinico Gemelli, ripercorre le fasi salienti di

A cura di Cristina Stillitano
**Dal sogno di un
Francescano all'ospedale
del futuro**

Intervista ad Antonio Cicchetti
(Vita e Pensiero, pagg. 176, con documenti consultabili nel cd allegato al volume, 15,00 euro)

un lungo cammino. Dall'edificazione della facoltà e del Policlinico ai primi tempi dei grandi sforzi economici, dalla poderosa programmazione degli anni '80 al profondo programma di

reingegnerizzazione dei processi amministrativi e assistenziali in seguito all'aziendalizzazione sanitaria. Per arrivare alle nuove frontiere aperte dalla ricerca e dalla moderna tecnologia, nella

feconda contaminazione fra scienze mediche, ingegneristiche ed economiche. Il percorso compiuto è scandito e illuminato da una precisa missione scientifica: coniugare l'avanzamento delle conoscenze con la centralità irrinunciabile dell'essere umano. In questo senso, la ricchezza dell'ospedale cattolico è grande poiché esalta la dignità della persona e mantiene e rafforza nella professione medica una indispensabile dimensione etica. Sfidare il futuro, guardando al passato. Ecco il filo conduttore di uno sviluppo in cui l'insegnamento di Padre Gemelli rappresenta un orientamento perenne. Questo libro-intervista spiega come e perché il suo sogno sia diventato realtà. Ricordiamo che il volume è stato presentato in occasione di un convegno internazionale "Sfidare il futuro guardando al passato" tenutosi presso la stessa Università Cattolica di Roma. Nella stessa giornata, lo scorso 11 giugno, nella hall del Policlinico è stata inaugurata la mostra "Padre Gemelli 1878-1959. L'Università Cattolica: una grande missione da compiere" curata da Paolo Biscottini e Paolo Dalla Sega.



Congressi convegni

e corsi

LE LINEE GUIDA: SUGGERIMENTI O DOGMI

**Villa Manin
di Passariano (Ud)
12 settembre**

Segreteria organizzatrice
The Office
Via San Nicolò 14
34121 Trieste
Tel. 040-368343
Fax 040-368808
aogoi@theoffice.it

**3° CONGRESSO M.I.O.N.
MEETING INTERNAZIONALE
OSTETRICO
NEONATOLOGICO DELLE
ALPI DEL MARE
Cuneo
16-18 settembre**

Segreteria organizzatrice
Publedit
Via Roma 22
12100 Cuneo
Tel. 0171.67224

Fax 0171.648077
info@publeditweb.it

**RELAZIONE TRA UOMO
E DONNA - EDUCAZIONE
ALLA SALUTE,
ALLA SESSUALITÀ
E ALLA PROCREAZIONE
Bassano del Grappa (Vi)
19 settembre**

Segreteria organizzatrice
Dott. Gabriele Falconi
3395938587@tim.it

**WORKSHOP LE INFEZIONI
MATERNO - FETALI
Mantova
25 -26 settembre**

Segreteria organizzatrice
Incentives & Congressi
Via Crocifissa di Rosa 15
25128 Brescia
Tel. 030.391026
Fax 030.383290

info@incentivecongressi.com

**LE TERRE DI ROMAGNA -
TOPICS IN OSTETRICIA
Imola (Bo)
26 settembre**

Segreteria organizzatrice
D.B. Srl.
Viale Alfeo Corassoli 70
41100 Modena
Tel. 059.342757
Fax 059.342757
segreteria@eziobergamini.it

**XIX FIGO WORLD
CONGRESS
OF GYNECOLOGY
AND OBSTETRICS
Cape Town
South Africa
4-9 ottobre**

Segreteria organizzatrice
Turners Conferences &
Conventions (PTY) LTD

IN LIBRERIA

**Romano Forleo
L'uomo
che curava le donne
Amori, politica e medicina
nell'epoca d'oro
dell'Impero Romano
Editore O.G.E., 2009
Pagine 400
20,00 euro**



P.O. BOX 1935 04000 DURBAN
Tel. +27 31 332 1451
Fax +27 31 368 6623
DudleyR@turnergroup.co.za

**3° CONGRESSO
NAZIONALE SICCR**

**Catania
5-7 ottobre**
Segreteria organizzatrice
Selene Srl - Eventi e Congressi
Via G. Medici 23 - 10143 torino
Tel. 011-7499601
Fax 011-7499576
selene@seleneweb.com

Congressi convegni e corsi



CORSO AVANZATO DI NEUROSONOLOGIA FETALE

Milano

16-17 ottobre

Segreteria organizzatrice
Bluevents
Via Flaminia Vecchia 508
00191 Roma
Tel. 06 36382038 Fax: 06 45421443
info@bluevents.it

1° CONGRESSO AOGOI LIGURIA - 11° CONGRESSO REGIONALE G.I.L.T. - IL GINECOLOGO AL SERVIZIO DELLA SALUTE DELLA DONNA

Genova

16-17 ottobre

Segreteria organizzatrice
BC Congressi
Via XX Settembre 14/4
16121 Genova
Tel. 010-5957060 Fax 010-5958548
info@bccongressi.it

GESTIONE DELLA STRUMENTAZIONE E DELL'APPARECCHIATURA ENDOSCOPICA

Reggio Emilia

24 ottobre

Segreteria organizzatrice
H.T. Congressi Srl
Via Benedetto Marcello 1 - 40141
Bologna
Tel. 051.480826 Fax 051.480582

fabiola@htcongressi.it

18TH ANNUAL CONGRESS OF EUROPEAN SOCIETY OF GYNAECOLOGICAL ENDOSCOPY - ESGE

Firenze

28-31 ottobre

Segreteria organizzatrice
Promo Leader Service Congressi
Via Della Mattonaia 17 - 50121 Firenze
Tel. 055.24621 Fax 055.2342929

85° CONGRESSO NAZIONALE SIGO- 50° CONGRESSO AOGOI

Bari

28-31 ottobre

Segreteria organizzatrice:
Triumph Congressi
Via Lucillo 60 - 00136 Roma
Tel.: 06-355301 Fax 06-35340213
sigo2009@gruppotriumph.it

TAGLIO CESAREO? NO GRAZIE - IL PARTO CON T.C. E LA SALUTE DELLA DONNA

Bologna

20 novembre

Segreteria organizzatrice:
H.T. Congressi Srl
Via Benedetto Marcello 1 - 40141
Bologna
Tel. 051.480826 Fax 051.480582
fabiola@htcongressi.it

CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN LAPAROSCOPIA GINECOLOGICA

San Daniele del Friuli (Ud)

23/25 novembre

Segreteria organizzatrice:
A.S.S. Via Pozzuolo 330, 4 Medio
Friuli - S.O.S. Formazione e
Aggiornamento
Via Pozzuolo - Udine
Tel. 0432-806050 Fax 0432-806091
cfa@ass4.sanita.fvg.it

CONGRESSO REGIONALE AOGOI LOMBARDIA

Bergamo

27/28 novembre

Segreteria organizzatrice
Centro Congressi Giovanni XXIII
Viale Papa Giovanni XXIII 106
24121 Bergamo
Tel. 035-236435 Fax 035-236474
infocon@congresscenter.bg.it

ANNO 2010

CONGRESSO REGIONALE A.O.G.O.I. EMILIA ROMAGNA

Modena

26 -27 marzo

Segreteria organizzatrice
D.B. Srl
Viale Alfeo Corassoli 70
41100 Modena
Tel. 059-342757 Fax 059-342757
segreteria@eziobergamini.it

Lutto per la morte del Segretario regionale Aogoi Molise

È scomparso Domenico Ferrante

■ L'Aogoi e la redazione di *GynecoAogoi* si stringono intorno alla moglie Elena e ai suoi tre figli

L'Aogoi tutta esprime le sue vive condoglianze alla famiglia del collega e amico, scomparso i primi di luglio all'età di 70 anni per infarto cardiaco a Campobasso, dove al "Cardarelli" è stato per tanto tempo primario ginecologo. Negli anni Ottanta, prima di passare al presidio regionale, Ferrante aveva ricoperto il primariato nell'ospedale di Agnone, in provincia di Isernia, mentre la moglie Elena Salvatore era medico pediatra nella medesima struttura.



L'anno scorso, proprio in questo stesso periodo, *GynecoAogoi* ha ricordato con una poesia il loro primogenito Dominick, giovane brillante, appassionato di lettere e poesia, annegato il 15 agosto 2005 al mare di Ostia nel salvataggio di una persona. Per ricordare il tanto compianto figlio Dominick, i coniugi Ferrante avevano curato la pubblicazione di tre sue raccolte poetiche e promosso varie iniziative socio-culturali di successo, tra cui un concorso letterario riservato agli alunni delle scuole molisane.

Un mese fa Domenico Ferrante aveva ricevuto a Jesi un premio nazionale come migliore medico sportivo di squadre di calcio dilettanti. Infatti, era il medico dell'Unione Sportiva "Campobasso 1919" dove si è distinto per professionalità e umanità, le doti più caratteristiche di questo valente professionista che ricorderemo con grande affetto.

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

AVVISO IMPORTANTE

Ricordiamo che chi non è in regola con le quote associative, sia per morosità sia, se dipendente del Ssn, per il mancato adeguamento della quota trattenuta sulla busta paga, fissata in 30 euro mensili, non potrà usufruire delle importanti tutele previste dallo SCUDO AOGOI

Il pacchetto dei servizi previsti dallo SCUDO GIUDIZIARIO AOGOI (Polizza Convenzione "Protezione legale" Aogoi, Assicurazione della Responsabilità Civile degli Associati Aogoi, servizio di assistenza M.A.M.M.A. AOGOI, accesso al sito www.ginecologiaforense.it e partecipazione ai Corsi di Risk management), a causa dei costi elevati che comporta, verrà fornito integralmente soltanto ai soci la cui trattenuta sulla busta paga è stata adeguata a €30 mensili, dopo l'aumento del dicembre 2007.

I soci ai quali l'Azienda non ha applicato l'aumento della quota associativa a €30 mensili e continua a trattenere degli importi inferiori (es. €10; 12; 15; 20), NON POSSONO USUFRUIRE dell'intero pacchetto e, in particolare, non saranno coperti dalla Polizza Convenzione "Protezione legale" Aogoi e dall'Assicurazione della Responsabilità Civile degli Associati A.O.G.O.I di 2° rischio.

Per non perdere queste importanti tutele professionali, invitiamo i colleghi a verificare sulla busta paga l'esatto importo della trattenuta sindacale (Fesmed/Aogoi) e, nel caso risultasse inferiore a 30 euro mensili, a sollecitare l'Ufficio personale della propria Azienda affinché provveda tempestivamente al suo adeguamento.



M.A.M.M.A AOGOI
Movement Against Medical Malpractice and accident
of Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

www.ginecologiaforense.it

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

PERSONALtest

Autodiagnosi al femminile



Gravidanza?

Domande di donna, risposte di Pic.



Infezioni vaginali?



Ovulazione?

Da oggi c'è Pic Personal Test.
Per rispondere in un "Fatto!"
alle domande che ti sei sempre fatta.

Testato da:



Personal Test gravidanza



Personal Test pH vaginale



Personal Test ovulazione

Novità assoluta
In farmacia

- **Personal Test gravidanza:** il test di gravidanza Personal Test specifico per l'individuazione dell'ormone hCG è semplice da effettuare, assolutamente affidabile e discreto.
- **Personal Test pH vaginale:** l'unico test diagnostico, da eseguire in casa in totale autonomia, per la rilevazione del livello del pH vaginale. Personal Test pH vaginale determina in modo semplice, indolore, immediato ed efficace il rischio di un'infezione vaginale in corso. La scala colorimetrica presente sul blister infatti, aiuta ad interpretare istantaneamente ed in maniera intuitiva il risultato.
- **Personal Test ovulazione:** il test diagnostico rapido, comodo e facile da eseguire a casa che determina il periodo di ovulazione della donna. Individuando la presenza dell'ormone LH nelle urine, è in grado di stabilire i giorni in cui è maggiore la probabilità di concepire un bambino.

PER FORTUNA CHE C'È PIC.



www.picindolor.com