

G Y N E C O

ORGANO
UFFICIALE
DELL'ASSOCIAZIONE
OSTETRICI
GINECOLOGI
OSPEDALIERI
ITALIANI

AOGOI



**NUMERO
SPECIALE**

87° CONGRESSO SIGO, 19° CONGRESSO AGUI, 52° CONGRESSO AOGOI

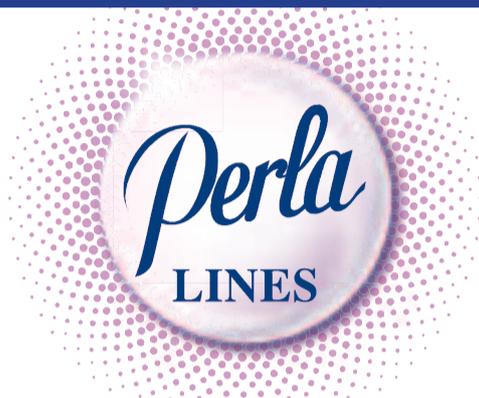
Donne oltre le pari opportunità

SOCIALI, PROFESSIONALI... BIOLOGICHE

**7
2011**



La serenità nasce dalla sicurezza.



SCOPRI LA TECNOLOGIA SPECIFICA PER PERDITE DI URINA.



- **Esclusivo** controlla odori **NATURACTIVE**
- Microcanali ad **assorbenza rapida**
- Struttura **ultra flessibile e ultra sottile**
- **Filtrante morbido** al contatto con la pelle

Per ricevere una **campionatura gratuita** e maggiori informazioni
Lines Perla vi invita
 al Congresso SIGO 2011 dal 25 al 28 settembre a Palermo
stand n° 32





4 *Il saluto
dei presidenti
del Congresso*

15

Ferruccio Fazio

*So di poter contare sul
vostro sostegno e di
questo vi ringrazio*



18

Margherita Miotto

Il paese cresce se è in salute



- 4** **Un appuntamento dal respiro internazionale**
Luigi Alio, Antonio Perino, Massimo Petronio
- 4** **Da Palermo un'ulteriore conferma della svolta della ginecologia italiana**
Vito Trojano
- 6** **Il Ginecologo: ago della bilancia tra biologia e società, professionalità e femminilità**
Massimo Moscarini
- 7** **Presente e futuro dell'assistenza materno infantile in Italia**
Nicola Surico
- 8** **Sigo 2011: snodo per la ripartenza della ginecologia italiana**
Luigi Alio
- 8** **Bentornati a Palermo!**
Ettore Cittadini
- 9** **Tres faciunt Collegium**
Vincenzo Giambanco
- 11** **Women's health in the 21st Century. Paving the way to MDG5**
Gamal Serour
- 13** **Ospedali d'insegnamento: una conquista per tutta la ginecologia italiana**
Antonio Chiantera
- 13** **Dalle pari opportunità alle buone opportunità**
Giuseppe Ettore
- 15** **So di poter contare sul vostro sostegno e di questo vi ringrazio**
Ferruccio Fazio
- 16** **La prevenzione: chiave delle politiche del Terzo millennio**
Antonio Tomassini
- 17** **Centralità e professionalità del medico**
Benedetto Fucci
- 18** **Il paese cresce se è in salute**
Margherita Miotto
- 19** **Le "quattro erre" del rinnovamento**
Massimo Russo
- 19** **Un'antica tradizione di accoglienza**
Diego Cammarata
- 20** **Il Punto 1995 - 2011 Sedici anni dopo si torna a Palermo**
Carlo Sbiroli
- 21** **Donne, enorme potenziale sociale sottoutilizzato**
Giuseppe De Rita
- 22** **Medicina di genere: piccoli e grandi passi avanti**
Flavia Franconi
- 23** **Oltre le pari opportunità**
Valeria Dubini
- 24** **Prevenzione e benessere riproduttivo: il contributo della ginecologia territoriale**
Giovanni Fattorini
- 27** **Dall'alleanza all'unità**
Antonella Marchi
- 28** **Attacco alla Libera professione dei medici**
Carmine Gigli

11

Gamal Serour

*Women's health
in the 21st Century
Paving the way to MDG5*



16

Antonio Tomassini

*La prevenzione: chiave delle
politiche del Terzo millennio*



21

Giuseppe De Rita

*Donne, enorme potenziale
sociale sottoutilizzato*



Il saluto dei tre presidenti del congresso Un appuntamento dal respiro internazionale

Il Congresso Nazionale della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO) 2011 sarà come di consueto una preziosa occasione di aggiornamento per tutti noi, arricchito però dal calore, dalla cultura e dall'accoglienza che una città come Palermo può garantire. E proprio dalla nostra scuola e tradizione abbiamo attinto a piene mani per offrire un meeting che possa affrontare alcuni dei temi cardine della ginecologia e dell'ostetricia, senza dimenticare il dialogo costante con le Associazioni che animano il nostro territorio e ovviamente con le Istituzioni, regionali e nazionali. Uno degli argomenti centrali e più attuali è la ridefinizione del percorso nascita, alla luce di quanto previsto dal Piano emanato dal Ministero della Salute con l'ambizioso obiettivo di far coincidere la razionalizzazione delle risorse, l'ottimizzazione dell'assistenza materno infantile e l'integrazione ospedale/territorio. Un tema ancor più "caldo" nella nostra regione che vanta il primato, dopo la Campania, del più alto tasso di ricorso al taglio cesareo (più di un parto su due, 53,1%), con un basso numero di gravidanze seguite presso i consultori (< 15%) ed un'elevata percentuale di assistenza ostetrica privata. Affronteremo apertamente il tema della "ginecologia difensiva", ed abbiamo invitato a partecipare al dibattito anche rappresentanti delle Istituzioni e del mondo della magistratura per entrare nel vivo del contenzioso medico legale che rischia di mutare profondamente il modo di vivere la professione.

Ma la nostra terra vanta anche alcuni primati in positivo, che troveranno ampio spazio al congresso. Il primo è quello dell'accoglienza: crocevia di culture e popoli, la Sicilia presenta peculiarità uniche in tema di immigrazione e non c'è dubbio che la garanzia della migliore assistenza a queste donne rappresenti oggi una priorità per tutti noi. D'intesa con le istituzioni regionali abbiamo elaborato un programma per favorire la pianificazione familiare e l'utilizzo della contraccezione, soprattutto in chi ha già avuto un'esperienza di aborto. Il progetto, che verrà presentato anche al Congresso, intende essere un modello da applicare anche nel resto d'Italia e prevede una forte integrazione fra competenze professionali di ambito medico/ostetrico e di mediazione culturale. Altro tema importante, per i numeri e la rilevanza sociale, è

l'infertilità: nei nostri tre giorni di lavoro ne parleremo a 360°, dalla prevenzione alle terapie. A questo proposito non si può non ricordare che in Sicilia, a Palermo, nel 1986 è nato il primo bambino italiano concepito con fecondazione in vitro.

Fra gli argomenti più attuali legati a queste tecniche vi è anche la produzione e l'utilizzo di cellule staminali ricavate dall'embrione o dal liquido amniotico, un campo estremamente affascinante sia dal punto di vista scientifico che etico. Un'ulteriore patologia che sta acquistando sempre maggior rilevanza sociale è l'endometriosi, cui verranno dedicati approfondimenti sia sullo stato attuale delle terapie che della ricerca di base, con un focus particolare sulla patogenesi, ove saranno presenti qualificati esperti nazionali ed internazionali.

Sul fronte sociale vi saranno numerosi stimoli, con il possibile intervento della cittadinanza e delle associazioni dei pazienti: fra questi il tema dell'invecchiamento e dei problemi oncologici, con l'inevitabile riflessione sugli screening e la prevenzione. Si parlerà molto di pari opportunità, come titola il nostro Congresso, ponendo anche alcune provocazioni, come l'accesso alla vaccinazione HPV anche per i maschi, un caso appunto di pari opportunità al contrario, su cui vi sono interessanti evidenze scientifiche che verranno dibattute. Non possiamo infine dimenticare di segnalare il respiro internazionale, soprattutto se consideriamo che il Congresso di Palermo sarà l'ultima e più importante tappa di avvicinamento al Mondiale FIGO 2012. Il Presidente Gamal Serour sarà con noi per una lunga e intensa sessione dedicata alle più rilevanti questioni femminili a livello globale.

Ci auguriamo che la partecipazione sia numerosa ed entusiasta, certi di offrire un appuntamento di altissimo profilo sotto il versante scientifico, culturale ed umano. Siamo inoltre particolarmente lieti che la ginecologia italiana possa ripartire proprio da Palermo più unita, coesa e proiettata verso le sfide che ci attendono nel brevissimo periodo per la promozione e la tutela della salute femminile.

Luigi Alio
Antonio Perino
Massimo Petronio



DONNE LE PARI



Da Palermo della svolta

di Vito Trojano Presidente Aogoi

Il Sigo-Aogoi-Agui di Palermo, anche perché nostro ultimo più importante appuntamento prima del Mondiale FIGO 2012, è il momento giusto anche per fare il punto sulla salute delle nostre società scientifiche e più in generale della ginecologia italiana.

In questi miei primi dieci mesi alla guida dell'Aogoi posso dire di essere stato testimone attivo e partecipe, sperimentandolo sul campo, della grande vitalità che attraversa la nostra associazione e un po' tutta la ginecologia italiana. Ho cercato di essere sempre presente, per quanto possibile, ai corsi, convegni e iniziative promossi in questi mesi in tutte le regioni italiane, constatando una collaborazione scientifica sempre più stretta con le società nazionali e internazionali e sinergie sempre più solide con le istituzioni.

Anche la ritrovata unità con i colleghi universitari, faticosamente raggiunta dopo anni di divisioni, è un segnale di vitalità che darà più forza alla nostra categoria sia nei confronti della comunità scientifica internazionale sia delle istituzioni del nostro Paese, soprattutto in questo delicato momento di crisi economica che sta scuotendo l'Italia e che mette a dura prova un Servizio sanitario nazionale e i suoi operatori già in affanno.

La sintonia con la Sigo inoltre non è mai stata intensa come in questi ultimi mesi.

Sigo e Aogoi stanno camminando insieme, procedendo su binari paralleli in un lavoro e un impegno comune rafforzato dalla volontà di contribuire fattivamente anche alla realizzazione d'iniziativa e programmi di respiro nazionale - dal Patto per la Salute, al Piano Nazionale di Prevenzione e al nuovo Piano Sanitario Nazionale in esame al Parlamento - di cruciale importanza in quanto "contengono impegni concreti per la salute della donna su cui sono stati già avviati progetti specifici di ricerca", come ha spiegato il ministro della Salute Fazio, che ringrazio per il suo intervento pubblicato nelle pagine successive. Le sue parole esprimono un saldo programma a portar avanti impegni condivisi, valorizzando il ruolo e l'apporto degli specialisti in ginecologia nell'articolato percorso di promozione della tutela della salute della donna, della maternità, e delle

OLTRE OPPORTUNITÀ



un'ulteriore conferma della ginecologia italiana

“In pochi anni la nostra associazione ha avuto la forza di crescere diventando un Collegio nazionale di ostetricia e ginecologia, rappresentato da tutte le componenti, e realizzando così una nuova visione che ha permesso di creare nuove sinergie con il Territorio e con le società affiliate, con la comunità scientifica internazionale e con le istituzioni. L'Aogoi è stata capace

di compiere grandi passi in avanti, investendo sui giovani e sull'innovazione, tutelando i suoi iscritti sul versante assicurativo e medico legale. Per questo oggi è viva e forte, nonostante il momento di grave difficoltà per il nostro Paese, pronta anche ad assumere scelte delicate purché finalizzate al futuro della ginecologia italiana e in particolare dei suoi operatori

competenze e formazione degli operatori sanitari coinvolti.

Un punto centrale di questo percorso è rappresentato dalla realizzazione concreta del Piano di riordino dei Punti nascita. Una riforma da noi fortemente voluta e ottenuta, anche grazie alla stretta intesa con il ministro Fazio. Certo la “messa in pratica concreta di quanto previsto sulla carta”, come ha anche rilevato il presidente della Sigo Surico nel suo articolo in queste pagine, non sarà impresa facile. Tuttavia ritengo che il lavoro che stiamo portando avanti sul territorio, con la mia partecipazione attiva insieme ai segretari regionali ai vari forum regionali con gli assessori alla sanità e in sede istituzionale, in particolare nell'ambito della Commissione d'inchiesta sulla qualità e sull'efficacia dei servizi offerti dai punti nascita italiani, darà i suoi risultati. Un importante riconoscimento di questo lavoro ci viene anche dalle istituzioni: l'apporto offerto alla Commissione da parte dell'Aogoi è stato particolarmente rilevante, così come anche scrive l'onorevole Fucci nel suo articolo qui pubblicato. Se le istituzioni ci hanno per co-



si dire “aperto le porte”, se non si sono dimostrate sorde alle nostre richieste, è perché abbiamo dimostrato che la politica sanitaria non può prescindere dal qualificato apporto tecnico scientifico di un partner che rappresenta tutte le componenti della ginecologia italiana. Oggi l'Aogoi e l'intera ginecologia italiana hanno piena consapevolezza del proprio ruolo d'importante attore sulla scena politico-sanitaria. Se alle istituzioni spetta il compito di orientare l'azione politica, a noi spetta quello di fornire gli input che rispondano a un preciso dettato scientifico, corrispondente ai più elevati e aggiornati standard internazionali. La nostra presenza nelle Commissioni Sanità di Camera e Senato e nella Commissione Parlamentare d'Inchiesta sugli errori sanitari e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali, grazie alla collaborazione di senatori e deputati molto sensibili anche per affinità professionale, come Palumbo, Tomassini e Fucci, si sta traducendo, e lo sarà ancor più in futuro, in risultati concreti sia per la nostra categoria sia per il miglioramento di tutto il settore materno-infantile nel suo insieme. Penso all'indagine che sta svolgendo la Commissione d'inchiesta, di cui faccio parte, sulla qualità ed efficacia dei servizi offerti dai punti nascita italiani, che consentirà di acquisire le necessarie informazioni per un'efficace riorganizzazione della rete neonatale; ancora all'individuazione di una rosa di centri d'eccellenza in oncologia ginecologica, sollecitata con una richiesta parlamentare presentata in commissione Affari sociali, e che consentirà di offrire un iter diagnostico-terapeutico sempre più elevato e personalizzato, inseriti in un quadro di riorganizzazione della rete ospedaliera. La gran parte delle Regioni, in tal senso, si sta attivando al fine di istituire e organizzare una rete articolata per livelli di complessità e competenze. Questo lavoro inoltre sarà di estrema utilità anche per le Scuole di specializzazione e gli Ospedali d'insegnamento, un altro tema su cui da tempo conduciamo una battaglia finalizzata non alla difesa di questo o quell'interesse corporativo, ma alla migliore formazione della nuova classe di specialisti ginecologi del Paese.

Un altro esempio di come la collaborazione tra società scientifiche e politica si traduca in risposte concrete anche sul piano della tutela della nostra professione è rappresentato dal chiarimento, da noi sollecitato e sostenuto dall'onorevole e collega Fucci con un'interrogazione parlamentare al Ministro della Salute, in materia

► Segue a pagina 30



Il Ginecologo: ago della bilancia tra biologia e società, professionalità e femminilità

di Massimo Moscarini
Presidente Agui

Il tema del 18° Congresso Agui nell'ambito dell'87° Congresso Sigo: "Donna oltre le pari opportunità, sociali, professionali, e biologiche..." da una parte suggerisce che il fulcro centrale della nostra specialità è la donna, dall'altra rivela la necessaria evoluzione che deve sottendere e guidare l'operato del Ginecologo oggi. Il riferimento a una Ginecologia dinamica è quanto mai opportuno. L'attuale contesto ci fa affrontare quotidianamente non un'unica, ma tante diverse realtà. La donna è entità dinamica, che vuole e necessita di un ruolo attivo e la società deve valorizzarne ed esaltarne la sua complessità e la sua capacità. Nondimeno oggi non si fa ab-

"È necessario porre l'accento sul ruolo centrale che ha la donna nel garantire la futura crescita della società, che non è mero numero, ma trasmissione di valori che trascendono le vite dei singoli uomini e gettano solide fondamenta a sostegno del futuro"

bastanza per sostenere le donne nella volontà di coniugare lavoro e realizzazione professionale con femminilità e maternità. Patologie che noi definiamo "sociali" (si pensi all'endometriosi) non trovano ancora un giusto inquadramento in ambito lavorativo mentre hanno un impatto professionale invalidante per chi ne è affetta. In tale ambito, la figura del Ginecologo è necessariamente ago della bilancia tra biologia e so-

cietà, professionalità e femminilità. Preservare la salute ha un significato quanto mai forte, in essa è inclusa tutta la complessa e ricca sfera psico-fisica che caratterizza ogni età della donna. È necessario porre l'accento sul ruolo centrale che ha la donna nel garantire la futura crescita della società che non è mero numero ma trasmissione di valori che trascendono le vite dei singoli uomini e gettano



solide fondamenta a sostegno del futuro. La Ginecologia Universitaria trae la sua peculiarità dalla ricerca e dalla didattica coniuga-

te con l'assistenza. Esse sono lo strumento con cui garantire una risposta sempre appropriata a quesiti sempre diversi. La formazione dei giovani ginecologi è stata e rimane il perno centrale dello sforzo dell'Università nell'offrire una risposta concreta ai valori in cui crediamo. Per questo l'Agui sostiene il ginecologo in formazione e con esso lavora al fine di offrire degli standard educazionali sempre più elevati.

Il training degli specialisti in ginecologia e ostetricia rientra in posizioni specifiche, lavora continuamente alla realizzazione degli obiettivi in una disciplina in evoluzione, ottimizzando così le opportunità formative e potenziando le subspecializzazioni. Mantenere un giusto equilibrio tra ricerca e clinica è inoltre essenziale e insostituibile. Cultura e salute vanno considerate univoche e inseparabili in tale contesto.

A tale scopo, l'Agui mantiene vivo il confronto internazionale, in particolare europeo, anche con la sua componente più giovane. Da esso nasce la consapevolezza di adattarsi a modelli che vanno continuamente aggiornati e supportati dall'evidenza per garantire la migliore didattica, e con essa, l'eccellenza della classe medica della nostra specialità.

Voglio infine complimentarmi con i Presidenti del Congresso 2011 Sigo-Agui-Aogoi di Palermo per l'impegno profuso nell'organizzazione e per il sicuro successo della manifestazione. **Y**



Una scelta
per ogni esigenza

Nexplanon®
68 mg etonogestrel

Cerazette®
75 µg desogestrel

Mercilon®
0,020 mg etinilestradiolo/0,150 mg desogestrel

Lucille®
Desogestrel + Etinilestradiolo

NUVARING®

Livial®
tibolone



di Nicola Surico
Presidente Sigo

Questo mio primo Congresso da Presidente Sigo rappresenta un'importante occasione per tracciare il bilancio dei mesi iniziali del mio mandato e soprattutto fermarci a riflettere sulle grandi questioni che investono oggi la ginecologia.

L'inizio del mio incarico ha coinciso con l'approvazione del Piano di riordino dei punti nascita, un documento inseguito da tempo, indispensabile per rifondare l'assistenza materno infantile in Italia, la base su cui riorganizzare la nostra attività. La Sigo ha seguito fianco a fianco delle Istituzioni la definizione delle nuove priorità ed esigenze della ginecologia italiana e sta continuando a mantenere massima l'attenzione in questi mesi "caldi" della messa in pratica concreta di quanto previsto sulla carta. Abbiamo già sollecitato le Regioni all'attuazione della chiusura-riconversione dei punti nascita, come previsto dal Piano del Ministero della Salute, che dovrebbe adoperarsi per una rapida chiusura-riconversione di quelli al di sotto dei 1000 parti all'anno. Siamo ben consapevoli che i veri problemi si presentano ora, sul territorio, in fase di applicazione delle nuove disposizioni. Lo dimostrano i vari episodi di protesta, spesso guidati dai cittadini, che si sono già verificati in varie zone d'Italia.

Il nostro obiettivo è quindi duplice, da un lato rivolto alle Istituzioni, nazionali e regionali, per favorire le migliori condizioni di riorganizzazione delle strutture e accogliere le esigenze dei colleghi che vi operano, per una riconversione ragionata che offra loro le migliori opportunità professionali. Dall'altro, per sensibilizzare la popolazione, in particolare le donne che devono poter essere messe in condizione di scegliere consapevolmente dove farsi seguire. Siamo del resto di fronte ad una misura corretta e necessaria, su cui non possiamo ammettere deroghe. Quanto vale per il parto è vero anche per altri importanti settori della nostra specialità, come la ginecologia oncologica. Anche in questo caso, vanno identificate strutture di riferimento che possiedano la necessaria expertise, con un'importante rivalutazione dei centri pubblici, che in questo settore sono stati troppo spesso sacrificati a favore del privato accreditato. Allo stesso modo è urgente procedere senza indugi su un

Presente e futuro dell'assistenza materno infantile in Italia

“La sfida è occuparsi degli aspetti scientifici e della professione senza trascurare il nostro dovere informativo ed educativo nei confronti della popolazione e, in particolare, delle donne più vulnerabili, come le immigrate e le giovanissime, per favorire sempre più una contraccezione consapevole e una maternità responsabile”



La nostra disciplina, per sua natura, non può non entrare nel vivo dei temi che riguardano la società nel suo complesso, una mission che ci è ancor più cara in vista dell'importante appuntamento che ci attende fra 12 mesi

altro punto centrale previsto dal Piano, quello della formazione, in particolare per quanto riguarda la promozione di un'effettiva integrazione della funzione universitaria di di-

dattica con gli ospedali di insegnamento e il coinvolgimento delle società scientifiche nella formazione continua dei professionisti sanitari. Serve un'alleanza fra istituzioni diverse,

per garantire professionalità complete e un'omogeneità territoriale fra le scuole di specializzazione. Un primo problema è rappresentato dalla dotazione strutturale, ancora oggi spesso insufficiente. Talvolta sono

La riorganizzazione ragionata dei punti nascita, se ben concertata e concepita, porterà un indubbio vantaggio in primo luogo a noi ginecologi, che saremo messi nelle condizioni di poter operare al meglio degli standard assistenziali

sproviste della sala parto, oppure quella presente è troppo piccola e inadeguata.

Queste storture vanno risolte immediatamente, prevedendo dove necessario un ampliamento o un collegamento con altri centri, così da creare in tutto il Paese lo stesso livello di qualità. E qui torniamo alla riorganizzazione ragionata dei punti nascita, una manovra che, se ben concertata e concepita, porterà un indubbio vantaggio in primo luogo a noi ginecologi, che saremo messi nelle condizioni di poter operare al meglio degli standard assistenziali. Per quanto riguarda la ginecologia, ogni specializzando deve essere messo in condizione di imparare l'endoscopia di base, così da

poter effettuare interventi in urgenza, ad esempio in caso di gravidanza ectopica. Va introdotto un livello minimo garantito, che preveda la capacità di intervenire attraverso tutte e tre le vie di accesso ginecologico, laparotomica, vaginale e laparoscopica. Vanno inoltre rivisti i criteri di accreditamento dei corsi di formazione: abbiamo infatti assistito ad una proliferazione di proposte purtroppo non sempre all'altezza. Si tratta di un percorso obbligato, anche per rispondere alla carenza di specializzandi che sta diventando una vera emergenza. È già una realtà, destinata nei prossimi anni ad aggravarsi: tra il 2012 e il 2021 andranno in pensione 61.300 medici e se ne specializzeranno 50.000. Di questi, 580 saranno "mancati" ginecologi. Se a ciò uniamo l'inevitabile adeguamento degli organici che si renderà necessario con la riconversione dei punti nascita, sarà indispensabile, già dai prossimi mesi, un aumento dei posti per la Scuola di Specializzazione in Ginecologia, con una conseguente redistribuzione delle risorse, anche in considerazione del fatto che alcune Specialità sono già saturate (radiologia, anestesia, ecc.) e che, quindi, non andrebbero incontro ad alcuna carenza di personale.

Il tema del futuro della professione e dei giovani medici ci è particolarmente caro ed anche in questo Congresso dediche-

remo loro spazi riservati, mon tematici, per favorire il confronto e verrà prevista l'assegnazione di borse di studio ai più meritevoli.

La sfida è occuparsi degli aspetti scientifici e della professione senza trascurare il nostro dovere informativo ed educativo nei confronti della popolazione e, in particolare delle donne più vulnerabili, come le immigrate e le giovanissime, per favorire sempre più una contraccezione consapevole e una maternità responsabile. E ancora, dobbiamo impegnarci per una ginecologia sempre più multiculturale, attrezzando il territorio per rispondere alle diverse esigenze.

La nostra disciplina, per sua natura, non può non entrare nel vivo dei temi che riguardano la società nel suo complesso, una mission che ci è ancor più cara in vista dell'importante appuntamento che ci attende fra 12 mesi, quel Congresso mondiale che rappresenta la più straordinaria occasione di valorizzare i temi che riguardano la salute e la condizione della donna a 360°.

Y

Bentornati a Palermo!

“L’edizione del 1995 segnò una svolta storica nei Congressi Sigo. La condivisione della responsabilità organizzativa e scientifica della prestigiosa manifestazione è, da allora, divenuta una prassi nonché un atto doverosamente dovuto alla componente ospedaliera della Sigo, da dieci a 12 volte superiore rispetto a quella universitaria”

di Ettore Cittadini*

Presidente onorario del Congresso

A sedici anni di distanza dall’ultima edizione del Congresso Sigo svoltosi a Palermo nel settembre 1995 questa prestigiosa manifestazione torna infine nella nostra Città.

Per chi non ne abbia memoria, l’edizione del 1995 segnò una svolta “storica” nei Congressi Sigo, perché per la prima volta la manifestazione vide alla Presidenza del Congresso un universitario affiancato da un collega ospedaliero, secondo quanto auspicato negli anni precedenti e fortemente voluto in quell’anno dal compianto professor Ugo Montemagno, all’epoca



presidente della Sigo.

Fu così che a Palermo al presidente universitario, all’epoca lo stesso, venne affiancato un presidente ospedaliero, il professor Vincenzo Giambanco, a quella data Primario della Divisione di Ostetricia e Ginecologia dell’Ospedale Civico di Palermo.

La condivisione della responsabilità organizzativa e scientifica della prestigiosa manifestazione è, da allora, divenuta una prassi nonché un atto doverosamente dovuto alla componente ospedaliera della Sigo

da 10 a 12 volte superiore rispetto a quella universitaria.

Così, tra alti e bassi nella accettazione di questa co-responsabilizzazione, siamo giunti alla edizione attuale che vede il cattedratico dell’Università di Palermo, il professor Antonio Perino, affiancato da ben due illustri Direttori di Unità Complesse Ospedaliere, il professor Luigi Alio, Direttore della U.O. Complessa dell’Ospedale Civico e il dottor Massimo Petronio, Direttore della U.O. dell’Ospedale G.F. Ingrassia di Palermo. Le quattro tematiche del Congresso del 1995: le Sindromi anovulatorie, l’Endometriosi, la Farmacoterapia e la farmacovigilanza in gravidanza e le Problematiche etiche e giuridiche in Ostetricia e Ginecologia vengono oggi riproposte in versione aggiornata anche nell’edizione attuale così come presocché tutte le tematiche dei Simposi satellite e quelle affrontate dalle Società affiliate. Naturalmente temi oggi di grande attualità come la Procreazione Medicalmente Assistita, la Preservazione della Fertilità in pazienti oncologiche, lo stato attuale della Ricerca sulle Cellule staminali, la collocazione sociale della Malattia Endometriosa così come molte altre tematiche verranno affrontate alla luce delle ultime ricerche, rendendo così il programma scientifico ricco di informazioni cliniche e scientifiche di grande rilevanza.

La collocazione del Congresso in una sede storica della nostra Città quale “l’Albergo delle Povere” offre un’ulteriore opportunità per visitare luoghi della Palermo antica così generosamente sparsi in una città ricca di testimonianze artistiche e monumentali di epoche e di civiltà diverse, con pochi confronti nel nostro Paese. Bentornati a Palermo!

* Professore ordinario di Ginecologia ed Ostetricia - Università di Palermo

Sigo 2011: snodo per la ripartenza della ginecologia italiana

“ Quest’anno tutti insieme - ospedalieri, universitari, territoriali e libero professionisti - si è ritornati ad un impegno comune in cui prevale il gioco di squadra e non più personalismi a compartimenti stagni, assolutamente improponibili in un universo in cui ogni figura deve essere mezzo e protagonista di una rete assistenziale efficiente ed efficace

di Luigi Alio*

Co-presidente del Congresso

Negli ultimi anni la Ginecologia italiana si è dovuta scontrare con una serie di criticità che hanno messo a dura prova la serenità di un percorso assistenziale che deve offrire alle nostre utenti quanto di più qualificato la ginecologia e l’ostetricia siano oggi in grado di esprimere: è inutile ricordare il quadriennio di dispute Aogoi-Agui, in cui tante energie sono state investite e forse sprecate, l’amplificazione mediatica di cosiddetti “episodi di malasanità”, assolutamente non aderente alla realtà, l’eccesso di autoreferenzialità che ha portato, se non ad interessi divergenti sicuramente non ad interessi comuni perché le varie figure protagoniste del “percorso nascita” procedessero nell’alveo comune della best practice. Il Congresso di Palermo si trova (casualmente?) ad essere il momento della svolta di tante di queste criticità e potrebbe davvero essere lo snodo per una ripartenza di un percorso virtuoso mai abbandonato ma che sicuramente necessita di nuova linfa vitale e di una convergenza di intenti per uscire dalle secche in cui ultimamente era rimasto impantanato. Tre sono i punti di snodo principali. Intanto quest’anno si è ritornati, tutti assieme - ospedalieri, universitari, territoriali e privati - ad un impegno comune in cui prevale il gioco di squadra e non più personalismi a compartimenti stagni, assolutamente improponibili in un universo in cui ogni figura deve essere mezzo e protagonista di una rete assistenziale dedicata all’optimum di offerte, efficiente, efficace e con rischio clinico tendente allo zero. I temi del congresso mettono in risalto oltre che la magnificazione della rete assistenziale anche la interdisciplinarietà tra le branche interessate al percorso materno infantile.

Grande spazio è dedicato alla ginecologia del territorio, ma anche a quelle figure che si coniugano sempre più regolarmente con i ginecologi e le ostetriche/ci. Mi riferisco alla figura degli anestesisti che man mano sono sempre più presenti nella sala parto e negli ambulatori della gravidanza a termine, quasi a rassicurare e ad assicurare quel percorso di parto analgesia così caro alla gravida, se non altro come supporto psicologico; mi riferisco ancora ai radiologi interventisti, che prepotentemente sono diventati primi attori in tutte quelle emergenze ostetriche che le sole tecniche chirurgiche potrebbero non poter risolvere. Grande spazio assume in questo congresso la figura dell’ostetrica/o che ormai è ritornata a gestire quel percorso nascita fisiologico che va dall’ambulatorio della gravidanza normale, all’assistenza al parto, all’accompagnamento in puerperio.

Il congresso inoltre percorre temi essenziali, come le emergenze ostetriche che vengono trattate sia nei corsi pregressuali sia in alcune sessioni con tutte le più moderne metodologie formative. Faccio riferimento all’utilizzo di manichini per l’assistenza al parto fisiologico e distocico e che saranno presenti in uno stand per tutta la durata del Congresso. Saranno inoltre trattati temi innovativi per quello che riguarda le tecniche chirurgiche minimamente invasive. In ogni sessione, grazie alla presenza di opinion leader delle varie branche, si offrirà quello che oggi è il gold standard per ogni argomento trattato.

Importante spazio è dedicato anche alle donne migranti e alla violenza sulle donne, con sessioni dedicate. È stato dato ampio risalto al rapporto umano, mediatico e medico-legale tra donne e ginecologo, facendo intervenire amministratori, politici, giudici e avvocati per cercare di fare il punto sulle reali criticità di questo

rapporto e sulle reali eventuali responsabilità umane o istituzionali. Si è cercato, in ogni sessione, di coniugare il massimo che oggi offre lo scibile in ogni branca, ulteriori proposte di innovazione e la presenza di “giovani brillanti” che rappresentano il futuro positivo e propositivo della ostetricia e ginecologia italiana, nella speranza di dare risposte alle richieste legittime di chi questo Congresso annuale vorrebbe cambiare e possibilmente migliorare.

Il Congresso Sigo di Palermo è anche snodo di un percorso che sta portando alla riorganizzazione dei punti nascita in sintonia con i dieci punti del decreto Fazio. Infine, fondamentale importanza assume la presenza di un gran numero di colleghi stranieri che oltre a fornire l’occasione di un confronto serrato e costruttivo sulla ginecologia mondiale saranno protagonisti nella sessione Figo di una anteprima sul Congresso mondiale di Roma del 2012: terzo punto dello snodo rappresentato dal Congresso di Palermo. Il tema portante del Congresso, comunque, esplicita come si sia tutti protesi (personale sanitario, istituzioni, politica e cultura) a far sì che la figura della donna, figura dominante nella nostra società e nelle nostre famiglie, sia magnificata nell’ambito di ogni competenza. Le pari opportunità e il riconoscimento di competenze individuali non solo rappresenta un atto di equità e coesione sociale, ma contribuisce anche alla competitività e al successo sia in ambito lavorativo che nel privato. E la competizione è probabile che estrinsechi oltre che le pari opportunità anche le maggiori capacità dell’universo donna...oltre le pari opportunità.

* Direttore Dipartimento Materno Infantile, Arnas Civico Di Cristina Benfratelli - Palermo

di **Vincenzo Giambanco***
Presidente onorario del Congresso

Sedici anni dal LXXI Congresso Sigo di Palermo. Davvero tanti. È inevitabile che il primo ricordo vada ai, purtroppo molti, protagonisti di allora che non sono più con noi: Montemagno, Romanini, De Cecco, Di Re, Danesino, Pasquinucci, Cisternino, Cianci, Catizone, Caschetto e...basta! Non ho intenzione di immalinconirmi ulteriormente, né tantomeno di te-diare l'improbabile lettore con un incipit da commemorazione. Il fatto è che alcuni di questi nomi non rappresentano solo una memoria, ma piuttosto l'indispensabile legame col passato che rende possibile il futuro. Quel Congresso di settembre 1995 fu infatti il primo della Federazione Sigo-Aogoi-Agui, imponente per partecipazione e ricco di contenuti diversificati per aree sub-specialistiche, modello che si sarebbe ripetuto in tutti i congressi celebrati da allora ad oggi. Il grande regista della operazione unitaria che affratellava i Ginecologi di qualsiasi ambito ed estrazione, regista straordinariamente palese rispetto ad un certo gusto per l'occulto che attraversava (o attraversa?) la ginecologia italiana, era stato Ugo Montemagno. Essergli stato vicino per tre anni, come vice-Presidente, non solo valse a costituirmi il trampolino di lancio per quella che poi divenne la prima presidenza ospedaliera nella ultracentenaria storia della Sigo, ma rappresentò per me un vero processo formativo nella comprensione del si-

Tres faciunt Collegium

"Il Digesto del I sec. D.C. affermò per la prima volta che: tres faciunt Collegium, una società per essere giuridicamente costituita deve constare almeno di tre individui (Sigo-Aogoi-Agui) perché, si dice da queste parti, da soli non si va neppure alle processioni!"

gnificato e dei valori contenuti nella nostra società madre. Gliene sono ancora grato e mi limiterò dunque solo al suo ricordo, non di certo per trascurare gli altri ma perché ritengo che l'opera di Ugo Montemagno nella Sigo rappresenti tutt'oggi una sintesi insuperata anche se purtroppo rimessa in discussione da fatti ben noti, che preferisco non commentare. Questo settembre 2011, segnato dalla ricorrenza decennale del famigerato mattino dell'11, riconduce a Palermo un



Congresso Sigo-federato, come quello di 16 anni orsono. Occorre richiamare Vico e la teoria dei ricorsi storici, o è forse meglio sperare che non ricorra mai più la litigiosità di un recente passato e che il cammino della Ginecologia italiana semplicemente riparta da Palermo? Come se da allora, dal '95, nulla fosse accaduto. Grazie, amiche ed amici, se mi consentirete di sognare. Alcuni dei principali argomenti trattati allora, dall'endometriosi alla bioetica, vengono oggi riproposti ed aggiornati. Come dire, cambiano gli attori ma il copione evolve su un canovaccio costante: la salute delle donne e la dignità professionale del ginecologo. Per la prima confortano i progressi ottenuti e le prospettive ulteriori, quanto all'altra la si percepisce costantemente minacciata e da ciò scaturisce l'esigenza di rivolgerle una attenzione sempre maggiore. Ad entrambi gli aspetti concorre la novità più evidente, rispetto al 95 beninteso, che negli ultimi due Congressi se ne è già diffusa-

mente discusso: le linee di guida. Sono giusto 15 anni, dal 1996, da quando la Sigo organizzò per la prima volta, nell'isola di Ustica un Convegno esclusivamente dedicato all'irrompere delle linee-guida nella pratica clinica. Se ne aveva allora in genere sacrosanto timore, come se quegli oscuri documenti avessero dovuto rappresentare il banco di accusa per comportamenti non corretti o inidonei, una sorta di Minosse dell'opera medica dalle cui spire sarebbe stato difficile sfuggire. Lentamente, nel tempo, è diventato chiaro anche ai perplessi che in realtà le linee-guida sono un supporto essenziale nell'espletamento quotidiano del nostro lavoro e che non rappresentano per nulla una gabbia o una camicia di Nasso. La libertà dello specialista rimane assolutamente garantita; gli si chiede solo di tenere con un po' più di scrupolo il diario clinico, in modo da permettere la ricostruzione dei motivi delle sue decisioni. Lo avessimo fatto prima e più spesso quante controversie non sarebbero mai nate!

Grazie all'opera della Fondazione Confalonieri-Ragonese, impersonata dalle stimolazioni di Giampaolo Mandruzzato tanto cortesi quanto persistenti, saranno dunque presentate al Congresso di Palermo 2011 le raccomandazioni di linee-guida sul parto nella precesarizzata e la cardiocografia intrapartum nonché l'aggiornamento (2007-2011) di quelle su gravidanza

post-termine e macrosomia fetale. Sot-toporre le linee-guida ad una ampia discussione, come può avvenire in ambito congressuale, costituisce d'altronde un passaggio obbligato per la loro validazione ed implementazione.

Mi piace ricordare infine che da 16 anni continuo (ma certamente è capitato anche ad Ettore Cittadini) a ricevere attestazioni di gradimento per una cena all'Orto Botanico di Palermo, che è evidentemente rimasta il marchio di fabbrica, il brand, di quel 71° Congresso. Può rimanere solleticata la vanità, ma ciò che sinceramente mi auguro è che questa città riesca, malgrado i tempi tutt'altro felici che attraverso, a manifestare ai congressisti la incredibile ricchezza della sua storia, scritta su monumenti ed angoli riposti e qualche volta, ahimé, nascosti. Palermo va assaporata tutta, come molte città del nostro meraviglioso Paese, per comprenderla a fondo.

Un punto certo è comunque segnato nel Sigo 2011: la ricomposizione della struttura federale della Sigo, con le correzioni che potranno risultare opportune. Il Digesto del I sec. D.C. affermò per la prima volta che: tres faciunt Collegium, una società per essere giuridicamente costituita deve constare almeno di tre individui (Sigo-Aogoi-Agui) perché, si dice da queste parti, da soli non si va neppure alle processioni.

* Palermo, Azienda di Rilievo Nazionale di Alta Specializzazione (A.R.N.A.S.)

- P.O. Civico e Benfratelli, responsabile Ginecologia II



Utile per migliorare la qualità dello sperma

PROXEED® NF
INTEGRATORE ALIMENTARE

a base di L-carnitina,
Acetil-L-carnitina,
Fruttosio, Acido citrico,
Coenzima Q₁₀,
Vitamine ed
Antiossidanti



in caso di infertilità maschile

1. DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE Lestronette 0,10 mg + 0,02 mg compresse rivestite con film **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Ogni compressa rivestita con film contiene 0,10 mg di levonorgestrel e 0,02 mg di etinilestradiolo. Eccipienti: ogni compressa contiene 89,38 mg di lattosio anidro. Per l'elenco completo degli eccipienti vedere paragrafo 6.1. **3. FORMA FARMACEUTICA** Compresse rivestite con film. Compresse rotonde di colore rosa. **4. INFORMAZIONI CLINICHE 4.1 Indicazioni terapeutiche** Contraccezione orale. **4.2 Posologia e modalità di somministrazione** Modo di somministrazione: uso orale. Come usare Lestronette Le compresse devono essere assunte per via orale seguendo l'ordine indicato sul blister, ogni giorno all'incirca alla stessa ora, se necessario con un po' di liquido. Le compresse devono essere prese ogni giorno per 21 giorni consecutivi. Le confezioni successive devono essere iniziate dopo un intervallo di 7 giorni, durante il quale generalmente si manifesta sanguinamento da sospensione. Tale sanguinamento in genere si presenta dopo 2-3 giorni dall'assunzione dell'ultima compressa e potrebbe essere ancora presente al momento di iniziare la confezione successiva.

Come iniziare il trattamento con Lestronette

• Nessun trattamento contraccettivo ormonale (nel mese precedente)

L'assunzione delle compresse deve iniziare il primo giorno del ciclo mestruale naturale (cioè il primo giorno della mestruazione). È possibile iniziare anche tra il secondo e il quinto giorno del ciclo ma, in questo caso, durante i primi sette giorni del primo ciclo si raccomanda di impiegare anche un ulteriore metodo contraccettivo.

• Passaggio da un altro contraccettivo ormonale di tipo combinato (COC, anello vaginale o cerotto transdermico)

L'uso di Lestronette deve preferibilmente iniziare il giorno dopo l'ultima compressa attiva del precedente COC (o dopo la rimozione dell'anello o del cerotto) o al più tardi il giorno dopo il consueto periodo di sospensione da pillola (da anello, da cerotto) o il giorno dopo l'ultima compressa di placebo del precedente contraccettivo ormonale.

• Passaggio da un contraccettivo a base di solo progestinico (minipillola, iniezione, impianto) o da un sistema intrauterino (IUS)

La donna può passare a Lestronette in qualsiasi momento se proviene dalla minipillola (o da un impianto o da un IUS il giorno della sua rimozione, da un iniettabile il giorno in cui dovrebbe essere praticata la successiva iniezione), ma in ogni caso deve essere avvertita di usare anche un metodo contraccettivo per i primi 7 giorni di assunzione delle compresse.

• Dopo un aborto al primo trimestre

È possibile iniziare l'assunzione delle compresse immediatamente. Non sono necessarie ulteriori misure contraccettive.

• Dopo il parto o un aborto al secondo trimestre

Per le donne che allattano si veda il paragrafo 4.6 "Gravidanza e allattamento". L'assunzione delle compresse deve iniziare dal 21° al 28° giorno successivo al parto o ad un aborto al secondo trimestre. Se l'assunzione viene posticipata, deve essere utilizzato anche un metodo contraccettivo nei primi 7 giorni di assunzione delle compresse, tuttavia, se nel frattempo la donna ha avuto rapporti sessuali, prima di iniziare l'assunzione del COC si deve escludere una gravidanza o si deve attendere la comparsa della prima mestruazione.

Compresse dimenticate

Lestronette contiene una dose molto bassa di entrambi gli ormoni e, pertanto, il margine di efficacia contraccettiva è piccolo se ci si dimentica una compressa. Se il ritardo nell'assunzione di una qualunque delle compresse è inferiore alle 12 ore, la protezione contraccettiva non risulta ridotta. Si deve assumere la compressa dimenticata non appena si ricordi di farlo e le compresse successive secondo il ritmo consueto. Se il ritardo nell'assunzione di una qualunque delle compresse è superiore alle 12 ore, la protezione contraccettiva può risultare ridotta. Nei casi in cui si sono dimenticate delle compresse, si applicano le due regole basilari di seguito indicate: 1. l'assunzione delle compresse non può essere sospesa per più di 7 giorni consecutivi; 2. per ottenere un'adeguata soppressione dell'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio, è necessario assumere ininterrottamente le compresse per 7 giorni.

Di conseguenza, nella pratica quotidiana possono essere dati i seguenti suggerimenti:

Settimana 1 Si deve assumere l'ultima compressa dimenticata non appena ci si ricorda, anche se ciò comporta l'assunzione di due compresse contemporaneamente. Poi si deve continuare l'assunzione delle altre compresse secondo il ritmo consueto. Inoltre, nei successivi 7 giorni deve essere impiegato un metodo contraccettivo, come ad esempio un profilattico. Se nei 7 giorni precedenti la donna ha avuto rapporti sessuali, si deve prendere in considerazione la possibilità di una gravidanza. Maggiore è il numero di compresse dimenticate e più ravvicinato è il periodo di sospensione, maggiore è il rischio di gravidanza.

Settimana 2 Si deve prendere l'ultima compressa dimenticata non appena ci si ricorda, anche se ciò comporta l'assunzione di due compresse contemporaneamente. Poi si deve continuare l'assunzione delle altre compresse secondo il ritmo consueto. Non è necessario impiegare alcun metodo contraccettivo aggiuntivo, a condizione che nei 7 giorni precedenti la prima compressa dimenticata, la donna abbia assunto correttamente le compresse. Nel caso le compresse non siano state assunte correttamente o se le compresse dimenticate fossero più di una, deve essere raccomandato l'impiego di precauzioni aggiuntive per 7 giorni.

Settimana 3 Considerata l'imminenza dell'intervallo libero da pillola di 7 giorni, il rischio di ridotta affidabilità contraccettiva è maggiore. Tuttavia, modificando lo schema di assunzione della pillola, si può ancora prevenire la riduzione della protezione contraccettiva. Adottando una delle seguenti opzioni non vi è pertanto necessità di usare metodi contraccettivi aggiuntivi purché nei 7 giorni precedenti la prima compressa dimenticata, tutte le compresse siano state prese correttamente. In caso contrario si deve raccomandare di seguire la prima delle due opzioni e di usare anche precauzioni aggiuntive nei successivi 7 giorni:

1. Si deve assumere l'ultima compressa dimenticata non appena ci si ricorda, anche se ciò comporta l'assunzione di due compresse contemporaneamente. Poi si deve continuare l'assunzione delle altre compresse secondo il ritmo consueto. La confezione successiva deve essere iniziata subito dopo aver terminato le compresse della precedente confezione, cioè senza osservare il periodo di sospensione. In questo caso è probabile che non si verifichi sanguinamento da sospensione prima dell'intervallo della seconda confezione; tuttavia, durante l'assunzione delle compresse, la donna può presentare spotting o sanguinamento da rottura. 2. Si può anche sospendere l'assunzione delle compresse della confezione in corso. La donna deve allora osservare un intervallo libero da pillola che duri fino a 7 giorni, compresi quelli nei quali sono state dimenticate le compresse, e poi proseguire con una nuova confezione. Qualora le compresse non siano state assunte e, nel primo regolare periodo di sospensione non si presenti sanguinamento da sospensione, bisogna considerare l'eventualità di una gravidanza.

Raccomandazioni in caso di disturbi gastrointestinali

In caso di vomito o diarrea grave, l'assorbimento dei principi attivi può non essere completo e devono essere adottate ulteriori misure contraccettive. Se entro 3-4 ore dall'assunzione della compressa si verifica vomito o diarrea grave, si deve assumere il prima possibile una nuova compressa. Se sono trascorse più di 12 ore, si devono applicare le raccomandazioni relative alle compresse dimenticate. Se non si vuole modificare il consueto schema posologico, si devono prendere compresse extra da una nuova confezione.

Come modificare il giorno di inizio o come posticipare una mestruazione

Per posticipare una mestruazione, si deve iniziare una nuova confezione immediatamente dopo aver terminato la confezione corrente, senza osservare il periodo di sospensione. Le mestruazioni possono essere posticipate quanto desiderato, ma non oltre la fine della seconda confezione. Durante questo periodo la donna può presentare sanguinamento da rottura o spotting. L'assunzione regolare di Lestronette si riprende dopo il normale periodo di sospensione. Se si vuole spostare il giorno di inizio della mestruazione in modo che abbia inizio in un giorno della settimana diverso, si può abbreviare la durata del successivo periodo di sospensione di quanti giorni desidera. Più breve sarà l'intervallo, maggiore il rischio che non si presenti sanguinamento da sospensione, ma la donna potrà presentare sanguinamento da rottura o spotting durante l'assunzione delle compresse della seconda confezione (come quando si posticipa una mestruazione). **4.3 Controindicazioni**

I contraccettivi orali di tipo combinato (COC) non devono essere utilizzati in presenza di una qualunque delle condizioni sotto elencate. Qualora durante l'impiego del COC compaia per la

prima volta una qualunque di queste condizioni, l'assunzione del medicinale deve essere immediatamente interrotta.

- Trombosi venosa in atto o pregressa (trombosi venosa profonda, embolia polmonare).
- Trombosi arteriosa in atto o pregressa (per es. infarto del miocardio) o condizioni prodromiche (per es. angina pectoris e attacco ischemico transitorio).
- Evento cerebrovascolare presente o pregresso.
- La presenza di un grave o di più fattori di rischio di trombosi arteriosa:
- Diabete mellito con interessamento vascolare
- Grave ipertensione
- Grave dislipoproteinemia
- Predisposizione ereditaria o acquisita per trombosi venosa o arteriosa, come resistenza alla proteina C attivata (APC), deficit di antitrombina III, deficit di proteina C, deficit di proteina S, iperomocisteinemia ed anticorpi antifosfolipidici (anticorpi anti-cardiolipina, lupus anticoagulante).
- Anamnesi di emicrania con sintomi neurologici focali.
- Pancreatite o anamnesi di tale condizione, se associata a grave ipertrigliceridemia.
- Grave malattia epatica, in atto o pregressa, fino a quando i valori della funzionalità epatica non sono tornati alla norma.
- Presenza o anamnesi di tumori epatici (benigni o maligni).
- Patologie maligne accertate o sospette ormono-dipendenti (per es. degli organi genitali o della mammella).
- Sanguinamento vaginale di natura non accertata.
- Amenorrea di natura non accertata.
- Ipersensibilità ai principi attivi Levonorgestrel ed Etinilestradiolo o ad uno qualsiasi degli eccipienti di Lestronette.

4.4 Speciali avvertenze e precauzioni d'impiego Avvertenze Qualora sia presente una delle condizioni/dei fattori di rischio sotto elencati, i benefici dell'impiego del COC devono essere valutati rispetto ai possibili rischi di ciascun caso individuale e discussi con la paziente prima di decidere di iniziare il trattamento. In caso di peggioramento, esacerbazione o prima comparsa di una qualunque di queste condizioni o dei fattori di rischio, la paziente deve contattare il proprio medico. Il medico deve decidere se l'assunzione del COC deve essere interrotta.

• **Disturbi vascolari** Studi epidemiologici hanno dimostrato che l'incidenza della TEV nelle donne che fanno uso di contraccettivi orali a basso contenuto di estrogeni (<50 µg di etinilestradiolo) è di 20-40 casi per 100.000 donna all'anno, ma il valore stimato varia a seconda del progestinico. Questo rispetto ai 5-10 casi per 100.000 donna all'anno nelle donne che non ne fanno uso. L'uso di qualsiasi contraccettivo orale combinato comporta un aumento di rischio di tromboembolia venosa (TEV) rispetto al non uso. L'aumento di rischio di TEV è maggiore durante il primo anno di uso in una donna che non ha mai fatto uso di contraccettivi orali combinati. Questo aumento di rischio è minore rispetto al rischio di TEV associato alla gravidanza, che è stimato in 60 casi per 100.000 gravidanze. La TEV risulta fatale nel 1-2% dei casi. Il rischio assoluto complessivo (incidenza) di TEV per contraccettivi orali combinati a base di levonorgestrel con 30 µg di etinilestradiolo è di circa 20 casi per 100.000 donna per anni d'uso. Studi epidemiologici hanno inoltre associato l'uso di COC combinati ad un aumento del rischio di infarto del miocardio, attacco ischemico transitorio e ictus. Molto raramente, nelle donne che assumono la pillola, è stata riportata trombosi a carico di altri distretti vascolari, per es. arterie e vene epatiche, mesenteriche, renali e retiniche. Non vi è consenso sul fatto che la comparsa di questi eventi sia associata all'impiego di contraccettivi ormonali.

Sintomi di trombosi venosa o arteriosa, eventi tromboembolici o incidenti cerebrovascolari possono comprendere:

- inconsueto dolore e/o gonfiore unilaterale ad una gamba
- improvviso forte dolore al petto, che si irradia o meno al braccio sinistro
- improvvisa mancanza di respiro
- tosse che inizia improvvisamente
- mal di testa inusuale, forte e prolungato
- prima comparsa o peggioramento dell'emicrania
- improvvisa perdita parziale o completa della visione
- diplopia
- difficoltà di parola o afasia
- vertigini
- collasso con o senza crisi epilettica focale
- debolezza o marcato intorpidimento che colpisca improvvisamente un lato o una parte del corpo
- disturbi motori
- addome "acuto"

La comparsa di uno o più di questi sintomi può costituire motivo per l'immediata sospensione dell'impiego di Lestronette.

Il rischio di complicazioni tromboemboliche venose nelle donne che fanno uso di un COC aumenta con:

- aumento dell'età;
- anamnesi familiare positiva (tromboembolia venosa anche in un fratello o genitore in età relativamente giovane). Se vi è il sospetto di una predisposizione ereditaria, si suggerisce di consultare lo specialista prima di decidere di usare qualunque COC;
- immobilizzazione prolungata, importanti interventi chirurgici, qualunque operazione alle gambe o grave trauma. In queste circostanze è raccomandabile sospendere l'assunzione del COC (in caso di chirurgia elettiva almeno quattro settimane prima dell'intervento) e riprenderla non prima che siano trascorse due settimane dalla rimobilizzazione completa. Si possono prendere in considerazione trattamenti antitrombotici se l'assunzione della pillola non è stata sospesa in anticipo;
- obesità (indice di massa corporea superiore a 30 kg/m²);
- non vi è consenso circa il possibile ruolo di vene varicose e tromboflebiti superficiali nello sviluppo o progressione di trombosi venose.

Il rischio di complicazioni tromboemboliche o di incidenti cerebrovascolari in donne che fanno uso di COC aumenta con:

- aumento dell'età;
- abitudine al fumo (alle donne di età superiore ai 35 anni, che desiderano fare uso di un COC, è fortemente consigliato di non fumare);
- dislipoproteinemia;
- ipertensione;
- emicrania, in particolare emicrania associata a disturbi neurologici focali;
- cardiopatia valvolare;
- fibrillazione atriale.

La presenza di un grave fattore di rischio o di più fattori di rischio di malattia venosa o arteriosa può anche costituire una controindicazione. Si può anche considerare la possibilità di una terapia anticoagulante. Le donne che fanno uso di un COC devono essere specificatamente istruite di contattare il proprio medico in caso di possibili sintomi di trombosi. In caso di trombosi sospetta o confermata, l'uso del COC deve essere interrotto. È necessario ricorrere ad adeguati metodi contraccettivi alternativi poiché la terapia con anticoagulanti (cumarinici) presenta teratogenicità. Si deve tenere in considerazione l'aumentato rischio di tromboembolia durante il puerperio (vedere sezione 4.6 "Gravidanza e allattamento"). Altre condizioni mediche che sono state associate ad eventi avversi di tipo circolatorio comprendono diabete mellito, lupus eritematoso sistemico, sindrome emolitico-uremica e malattia infiammatoria cronica dell'intestino (morbo di Crohn o colite ulcerosa). Un aumento della frequenza o della gravità dell'emicrania durante l'uso di un COC (che può essere prodromico di un evento cerebrovascolare) può essere motivo per interrompere immediatamente l'assunzione del COC. **Tumori** Alcuni studi epidemiologici hanno riportato un aumentato rischio di sviluppo di cancro alla cervice in donne in trattamento a lungo termine con un COC, ma è ancora controverso quanto questo risultato sia influenzato da effetti confondenti relativi al comportamento sessuale o ad altri fattori come il papilloma virus umano (HPV). Una meta-analisi di 54 studi epidemiologici ha evidenziato che le donne che fanno attualmente uso di un COC hanno un rischio relativo (RR =

Il contributo del presidente dell'International Federation of Gynecology and Obstetrics

Women's health in the 21st Century

Paving the way to MDG5

di Gamal Serour

Presidente FIGO
Prof. OB/GYN, Director
International Islamic Center for
Population Studies and
Research- Al Azhar University,
The Egyptian IVF & ET Center,
Maadi, Cairo-Egypt

Women's Health

Health is "a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity". WHO affirms that "the enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition". A major barrier for women to the achievement of the highest attainable standard of health is inequality, both between men and women and among women in different geographic region, social classes and indigenous and ethnic groups. Women in many countries have neither the freedoms to pursue their own health nor the entitlements to their health needs. There are no areas of health in which inequality is as striking and as wide as in women's health.

Reproductive and sexual health

Reproductive health implies that women are able to have a capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so. Implicit in this last condition are the right of women to be informed and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of family planning of their choice, as other methods of their choice for regulation of fertility which are not against the law. Women have the right of access to appropriate health-care services that will enable them to go safely through pregnancy and childbirth and provide couples with the best chance of having a healthy infant.

Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality: it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. The Inter-



national Conference on Population and Development (ICPD) 1994 set the goal that all countries should strive to make accessible, through the primary health-care, reproductive health to all individuals of appropriate ages as soon as possible and no later than the year 2015.

Spianare la strada al raggiungimento del 5° Obiettivo di Sviluppo del Millennio (MDG) è di cruciale importanza anche per conseguire gli altri Obiettivi in ambito sanitario e socio-economico – afferma il presidente della Figo Gamal Serour in questo intervento che ha dedicato allo speciale congresso di GynecoAogoi. Il duplice obiettivo di migliorare la salute materna, diminuendo di tre quarti, tra il 1990 e il 2015, il tasso di mortalità materna e raggiungere l'accesso universale alla salute riproduttiva, entro il 2015, è davvero molto lontano, spiega il professor Serour, ma possiamo renderlo possibile "impegnandoci tutti" e "il momento è ora". Per questo, sarà necessario "tradurre gli

Millennium Development Goal 5

MDG 5 refers to improvement of Maternal Health by 2015. It has two targets. Target *a*, is to reduce MMR by three quarters by 2015. Target *b*, which was rather recently included, is to achieve universal access to Reproductive and sexual health (RSH) by the year 2015.

Current status MDG 5.a

Despite considerable progress over the past two decades societies are still failing women at key moments

in their lives and these failures are most acute in poor countries and among the poorest women in all countries. Global maternal mortality has recently declined from >500.000 to approximately 350.000 maternal deaths annually mostly in developing countries. In spite of reduction of MMR by 34% globally yet still the decline is far below that required to achieve MDG 5 target *a*. The average annual decline had been 1.5-2.5% while the necessary decline in MMR to achieve MDG5 target *a* is 5.5%. Six countries namely India, Nigeria, Pakistan, Afghanistan, Ethiopia and Democratic Republic of Congo account for >50% of all maternal death. The countdown to 2015 recently reported that only 5 countries of 68 countdown countries with 97% of maternal and child deaths are on track to achieve MDG5. The leading causes of MM are haemorrhage (25%), infections (15%),

impegni in azioni concrete che a loro volta si traducano in vite salvate e migliore qualità di vita per le donne e i nuovi nati" prosegue Serour, sottolineando come il ruolo delle associazioni professionali come la Figo e le sue società membro sia di assoluto primo piano. Ai ginecologi e ostetrici spetta non solo il ruolo di "provider di servizi", ma anche quello di educatori alla salute, di formatori/mentori e di sostenitori della salute sessuale e riproduttiva delle donne. Tutte le iniziative in questa direzione, conclude il presidente Serour, "sono candele luminose che rischiarano la strada buia verso una maternità sicura a livello globale. Possiamo farcela e lavorando insieme possiamo fare la differenza"

unsafe abortion (13%), hypertension and eclampsia (12%). Obstructed, other direct causes and indirect causes account for 8%, 8% and 20% respectively. Most of the causes of MM are preventable and safe pregnancy and child birth can be achieved by access to skilled care during pregnancy and at time of birth, timely access to emergency obstetric care in the event of complications and access to contraceptives to avoid unintended pregnancies.

Current status MDG 5.b

Reproductive and sexual ill health accounts for an estimated one third of the global burden of disease and early deaths in women of reproductive age (15-44 years). However, there is a great disparity in RSH services in developing countries when compared with developed countries.

Family planning

Family planning can prevent 40% of maternal deaths. However, contraceptive prevalence is only 28% in least developed countries compared to a close to 70% in developed countries. There are 215 million women in developing countries with unmet need of contraceptives. The unmet need of contraceptives translates to 53 million unintended pregnancies leading to 24 million abortions, 6.8 million miscarriages, 640.000 newborn deaths and 150.000 maternal deaths half of them in Africa alone. Family planning enables couples to decide number and spacing of births, reduces MM, abortion and child mortality, improves women's opportunities and is a key intervention in HIV settings. In spite of this funding for family planning as a share of total funding for all population related activities has declined from 55% in the year 1995 to 5% in the year 2007.

Sexually Transmitted Diseases (STDs)

STDs especially HPV and HIV infections have high prevalence in many developing countries. Cancer cervix caused by HPV is responsible for 270.000 deaths annually and 80% of these deaths occur in developing countries. Each year there are about two million AIDS related deaths mostly in developing countries. Being HIV positive plus being pregnant raises a woman's risk of MM tenfold.

Gender based violence

Gender based violence including early marriage, female genital mutilation/cutting (FGM/C) and violence against women has high prevalence globally. While Adolescent pregnancy prevalence in the developed world is 21/1000 births among women age 15-19 years it is >100 in least developed countries. In Africa 40% of women get married before age of 15 years. Risk of death for adolescent pregnant women is five times more than the risk for women in their twenties.

Female Genital Mutilation (FGM)

Globally there are 100-140 million women and girls who have been subjected to FGM with 3 million new cases every year. FGM is harmful, associated with immediate and long term complications, unethical, violates the human rights to the highest attainable standard of health and has no religious basis what so ever. However demographic and health surveys data show that the medicali-

zation of FGM/C has increased substantially in recent years.

Paving the way to MDG5

Achieving MDG5 is within reach but only a dramatic acceleration of political commitment, financial investment, an international cooperation to align resources, harness knowledge and build robust health systems can make it happens. In paving the way to achieving MDG5 there has been unprecedented support for women's health during the year 2010. The UN established UN women and the UN Secretary General launched the global strategy for women's and children's health with a pledged commitment of over 40 billion US dollars for women's and children's health. The global strategy for women's and children's health identifies the need for 2.5-3.5 million health workers including midwives, nurses, community health workers, technicians and administrative staff. It outlines policies and actions necessary to improve maternal and children health as: a) support to country-led health plans, supported by increased, predictable and sustainable investment; b) integrated delivery of health services and life-saving interventions – so women and their children can access prevention, treatment and care when and where they need it; c) stronger health systems, with sufficient skilled health workers at their core; d) innovative approaches to financing, product development and efficient delivery of health services and e) improved monitoring and evaluation to ensure the accountability of all actors for results. To ensure a close follow up and monitoring UN established the commission on information and accountability and the International Budget Partnership for Global Strategy of Women's and Children's health. Other important initiatives for improving women's health during the year 2010 include the G8 Muskoko initiative, The G8/G20 committing to improve maternal health and the African heads of states revitalization of the Maputo plan of 2006. The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH) held in Delhi November last year discussed translating commitments into actions reflecting the number of lives saved and quality of lives improved of women and newborns. Professional organizations as FIGO and its member societies have a major role to play. Obstetricians must practice their role not only as service providers but also as health educators, trainers' mentors and advocates for women's and reproductive and sexual health. We now have the momentum towards achieving the health related MDGs including MDG5. All these initiatives are bright candles which light the dark dumpy road to global safe motherhood. Success can be achieved and we can make a difference when we all work together. **Y**

1.24) lievemente aumentato di avere diagnosticato un cancro della mammella e che l'eccesso di rischio scompare gradualmente nel corso dei 10 anni successivi all'interruzione del trattamento. Dal momento che nelle donne al di sotto dei 40 anni il cancro mammario è evento raro, il numero di casi in più di cancro mammario diagnosticati nelle donne che assumono o hanno assunto di recente un COC è basso rispetto al rischio complessivo di cancro mammario. Nelle donne che assumono un COC sono stati riportati raramente tumori epatici benigni e, ancor più raramente, tumori epatici maligni. In casi isolati, questi tumori hanno provocato emorragia intradominale che ha messo la paziente in pericolo di vita. Se una donna che assume un COC dovesse presentare forte dolore nella parte alta dell'addome, ingrossamento epatico o segni indicativi di emorragia intradominale, nella diagnosi differenziale deve essere presa in considerazione la possibilità di un tumore epatico. **Altre condizioni** Donne con ipertrigliceridemia o storia familiare di questa condizione possono presentare un aumentato rischio di pancreatite qualora assumano un COC. Benché in molte donne che assumono un COC sia stato riscontrato lieve innalzamento della pressione sanguigna, un aumento clinicamente rilevante è evento raro. Solo in questi rari casi l'immediata sospensione del COC è giustificata. Non è stata stabilita correlazione sistematica tra l'uso di un COC e ipertensione clinicamente significativa. Se durante l'uso di un COC, in presenza di preesistente ipertensione, i valori di pressione sanguigna costantemente elevati o un significativo aumento di pressione sanguigna non rispondono adeguatamente al trattamento antiipertensivo, l'assunzione di un COC deve essere sospesa. Se appropriato, l'impiego del COC può essere ripreso qualora con la terapia antiipertensiva siano stati ottenuti valori normali di pressione sanguigna. Sia durante la gravidanza sia durante l'assunzione di un COC è stata riportata comparsa o aggravamento delle condizioni di seguito elencate; tuttavia non vi è prova conclusiva della correlazione tra dette condizioni e l'uso di un COC: ittero e/o prurito da colestasi; formazione di calcoli biliari, porfiria, lupus eritematoso sistemico, sindrome emolitico-uremica, corea di Sydenham, herpes gestationis, perdita dell'udito da otosclerosi, depressione. Disturbi acuti o cronici della funzione epatica possono richiedere l'interruzione del trattamento con il COC finché i marker della funzionalità epatica non siano tornati nella norma. La ricomparsa di ittero e/o prurito colestatico manifestatosi per la prima volta in gravidanza o durante un precedente trattamento con steroidi sessuali impone l'interruzione del COC. Benché i COC possano influenzare la resistenza periferica all'insulina e la tolleranza al glucosio, non vi è prova della necessità di un aggiustamento del regime terapeutico nelle pazienti diabetiche che usano un COC a basso dosaggio. Tuttavia le pazienti diabetiche debbono essere seguite attentamente, soprattutto all'inizio del trattamento con un COC. Durante l'uso di COC sono stati riportati peggioramenti della depressione endogena, del morbo di Crohn e della colite ulcerosa. Può comparire occasionalmente cloasma, soprattutto nelle donne con storia di cloasma gravidico. Durante l'assunzione di un COC, le pazienti con tendenza al cloasma devono evitare l'esposizione al sole o alle radiazioni ultraviolette. Nelle donne affette da angioedema ereditario esogeno, gli estrogeni possono causare o aggravare i sintomi di angioedema. Questo medicinale contiene lattosio. Devono tenere conto di ciò le pazienti affette da rari problemi ereditari di intolleranza al galattosio, deficit di Lapp lattasi o malassorbimento di glucosio-galattosio, che assumono una dieta priva di lattosio. **Esame/consulto medico** Prima di iniziare o di ricominciare la somministrazione di Lestronette si deve raccogliere una completa anamnesi medica (anche familiare) e deve essere esclusa la presenza di una gravidanza in corso. Deve essere misurata la pressione sanguigna e deve essere effettuato un esame obiettivo, secondo quanto indicato nelle Controindicazioni (vedere paragrafo 4.3 "Controindicazioni") e nelle Avvertenze (vedere paragrafo 4.4 "Speciali avvertenze e precauzioni d'impiego"). Bisogna inoltre istruire la donna a leggere attentamente il foglio illustrativo e a seguire le raccomandazioni che vengono fornite. La frequenza e il tipo degli ulteriori controlli periodici devono essere basati su linee guida prestabilite ed adattati individualmente alla donna. Le donne debbono essere avvisate che i contraccettivi orali non proteggono nei confronti dell'infezione da HIV (AIDS) né di altre malattie a trasmissione sessuale. **Riduzione dell'efficacia** L'efficacia dei COC può diminuire in caso di mancata assunzione di compresse, vomito o diarrea o assunzione contemporanea di altri medicinali. **Diminuzione del controllo del ciclo** Durante l'assunzione di qualunque COC possono verificarsi sanguinamenti vaginali irregolari (spotting o sanguinamento da rottura), soprattutto nei primi mesi di trattamento. Pertanto, la valutazione di un qualunque sanguinamento vaginale irregolare ha significato solo dopo una fase di assestamento della durata di circa tre cicli di trattamento. Se i sanguinamenti irregolari persistono o si manifestano dopo cicli precedentemente regolari, si deve prendere in considerazione una causa non ormonale e, per escludere malignità o una gravidanza, debbono essere attuate misure diagnostiche adeguate. Queste possono comprendere un raschiamento. In alcune donne può non presentarsi sanguinamento da sospensione durante l'intervallo di sospensione. Se il COC è stato assunto secondo quanto descritto nella sezione 4.2 "Posologia e modalità di somministrazione" è improbabile che si sia instaurata una gravidanza. Tuttavia se prima del mancato sanguinamento da sospensione il COC non è stato assunto secondo queste indicazioni o se i sanguinamenti da sospensione non verificatisi sono due, prima di continuare a prendere il COC si deve escludere una gravidanza. **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione** L'interazione tra contraccettivi orali e altri medicinali può determinare un'ulteriore riduzione dell'efficacia del contraccettivo e/o un sanguinamento da rottura. Ridotto assorbimento: medicinali che aumentano la motilità gastrointestinale, come ad es. Metoclopramide, possono ridurre l'assorbimento ormonale. Metabolismo epatico: con i medicinali che inducono gli enzimi microsomiali si possono verificare interazioni che possono determinare un aumento della clearance degli ormoni sessuali. Questi medicinali comprendono derivati idantoinici (ad es. fenitoina), barbiturici, primidone, carbamazepina, rifampicina, e probabilmente anche oxcarbazepina, topiramato, felbamato, ritonavir, griseofulvina. I prodotti contenenti Erba di San Giovanni non devono essere assunti in concomitanza con Lestronette poiché potrebbero potenzialmente portare ad una perdita di efficacia contraccettiva. Sono stati riportati sanguinamento da rottura e gravidanze indesiderate. L'induzione enzimatica può mantenersi per almeno 2 settimane dopo l'interruzione del trattamento con l'Erba di San Giovanni. **Circolazione enteroepatica:** alcuni studi clinici suggeriscono che la circolazione enteroepatica di estrogeni può diminuire con la somministrazione contemporanea di alcuni antibiotici (per es. penicilline, tetracicline) che possono ridurre la concentrazione sierica di etinilestradiolo. Le donne sottoposte a trattamenti con uno o più di questi medicinali, oltre ad assumere il COC, debbono temporaneamente adottare un metodo barriera o un altro metodo contraccettivo. Nel caso di trattamento con medicinali induttori degli enzimi microsomiali, il metodo contraccettivo deve essere usato per tutto il tempo di assunzione concomitante dei medicinali e nei 28 giorni successivi alla loro sospensione. Le donne in terapia con antibiotici (con l'eccezione di rifampicina e griseofulvina) devono utilizzare il metodo contraccettivo fino a 7 giorni dopo il termine della terapia antibiotica. Se la terapia farmacologica prosegue anche dopo la fine delle compresse della confezione di COC, la successiva confezione del COC dovrà essere iniziata senza osservare il consueto intervallo libero da pillola. I contraccettivi orali possono interferire con il metabolismo di altri medicinali. Con la somministrazione concomitante di un COC sono stati riportati aumenti della concentrazione plasmatica di ciclosporina. È stato dimostrato che i COC influenzano il metabolismo della lamotrigina comportando concentrazioni plasmatiche sub-terapeutiche di lamotrigina. Nota: devono essere consultate le informazioni prescrittive dei medicinali da assumere in combinazione al fine di identificare potenziali interazioni. **Esami di laboratorio** L'impiego di steroidi contraccettivi può influenzare i risultati di alcuni esami di laboratorio, tra i quali parametri biochimici della funzionalità epatica, tiroidea, corticosurrenalica e renale, livelli plasmatici delle proteine (di trasporto) (per es. della globulina legante i corticosteroidi e delle frazioni lipido/lipoproteiche), parametri del metabolismo glucidico, della coagulazione e della fibrinolisi. Le variazioni rientrano, in genere, nel range dei valori normali di laboratorio. **4.6 Gravidanza e allattamento** Lestronette non è indicato durante la gravidanza. Se la gravidanza si instaura durante il trattamento con Lestronette, ne deve essere interrotta immediatamente la somministrazione. Tuttavia la maggior parte degli studi epidemiologici non ha rilevato un aumentato rischio di difetti alla nascita in bambini nati da donne che avevano usato pillole anticoncezionali prima della gravidanza, né alcun effetto teratogeno qualora all'inizio della gravidanza fossero state inavvertitamente assunte pillole anticoncezionali. L'allattamento al seno può essere influenzato dalle pillole anticoncezionali, in quanto questi possono ridurre la quantità e modificare la composizione del latte materno. L'uso dei COC deve perciò essere sconsigliato fino al termine dell'allattamento. Piccole quantità di steroidi contraccettivi e/o dei loro metaboliti possono essere escrete nel latte. Queste quantità possono avere effetti sul bambino. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchinari** Lestronette non influenza o ha una moderata influenza sulla capacità di guidare e di usare macchinari. **4.8 Effetti indesiderati** Il più comune effetto indesiderato riscontrato nelle donne che fanno uso di Lestronette è il mal di testa (17-24% delle donne). Altri effetti indesiderati, riportati tra le utilizzatrici di COC, incluso Lestronette, sono:

Sistema organico	Frequenza delle reazioni avverse		
	Comune (> 1/100)	Non comune (> 1/1000 e < 1/100)	Raro (>1/10.000 e < 1/1000)
Patologie dell'occhio			Intolleranza alle lenti a contatto
Patologie gastrointestinali	Nausea, dolore addominale	Vomito, diarrea	
Disturbi del sistema immunitario			Ipersensibilità
Esami diagnostici	Aumento di peso		Perdita di peso
Disturbi del metabolismo e della nutrizione		Ritenzione dei liquidi	
Patologie del sistema nervoso	Mal di testa	Emicrania	
Disturbi psichiatrici	Depressione, alterazioni dell'umore	Diminuzione della libido	Aumento della libido
Patologie dell'apparato riproduttivo e della mammella	Tensione mammaria, dolore al seno	Ipertrofia mammaria	Secrezioni mammarie, secrezioni vaginali
Patologie della cute e del tessuto sottocutaneo	Rash	Orticaria	Eritema nodoso, eritema multiforme

Nelle donne che fanno uso di un COC sono stati riportati i seguenti effetti indesiderati gravi, discussi nella sezione 4.4 "Speciali avvertenze e precauzioni d'impiego": - disordini tromboembolici venosi; - disordini tromboembolici arteriosi; - ipertensione; - tumori epatici; - morbo di Crohn, colite ulcerosa, epilessia, emicrania, endometriosi, mioma uterino, porfiria, lupus eritematoso sistemico, herpes gestazionale, corea di Sydenham, sindrome emolitico-uremica, ittero colestatico. Il numero di casi di diagnosi di tumore alla mammella è leggermente aumentato tra le donne che assumono COC. Poiché nelle donne sotto i 40 anni il cancro mammario è evento raro, il numero di casi in più di cancro mammario è minore rispetto al rischio complessivo di cancro mammario. Per ulteriori informazioni vedere le sezioni 4.3 "Controindicazioni" e 4.4 "Speciali avvertenze e precauzioni d'impiego". **4.9 Sovradosaggio** Non sono stati riportati effetti negativi gravi dovuti a sovradosaggio. I sintomi che possono essere causati da sovradosaggio sono nausea, vomito e, nelle ragazze, lieve sanguinamento vaginale. Non vi sono antidoti e un eventuale trattamento deve essere sintomatico. **5. PROPRIETA' FARMACOLOGICHE 5.1 Proprietà farmacodinamiche** Gruppo farmacoterapeutico (ATC): progestinici ed estrogeni a combinazione fissa Codice ATC: G03AA07 L'effetto contraccettivo dei COC si basa sull'interazione di vari fattori. I più importanti di questi fattori sono l'inibizione dell'ovulazione e le modificazioni della secrezione cervicale. Studi clinici sono stati condotti su 2498 donne di età compresa tra i 18 e i 40 anni. Il Pearl Index complessivo ottenuto da questi studi è stato 0,69 (95% intervallo di confidenza 0,30-1,36) sulla base di 15,026 cicli di trattamento. **5.2 Proprietà farmacocinetiche Etinilestradiolo Assorbimento** L'etinilestradiolo somministrato per via orale viene rapidamente e completamente assorbito. Il picco dei livelli plasmatici, pari a circa 50 pg/ml, viene raggiunto in 1-2 ore dopo l'assunzione di Lestronette. Durante l'assorbimento e il metabolismo epatico di primo passaggio l'etinilestradiolo viene intensamente metabolizzato, con una biodisponibilità orale media di circa 45% (variazioni interindividuali di circa 20-65%). **Distribuzione** L'etinilestradiolo è largamente (approssimativamente per il 98%), ma non specificamente, legato all'albumina sierica e induce un aumento nelle concentrazioni plasmatiche dell'SHBG. E' stato determinato un volume di distribuzione apparente di circa 2,8-8,6 l/Kg. **Metabolismo** L'etinilestradiolo è soggetto a coniugazione presistemica a livello sia della mucosa dell'intestino tenue sia del fegato. La principale via metabolica dell'etinilestradiolo è l'idrossilazione aromatica ma si formano anche una ampia gamma di metaboliti idrossilati e metilati, presenti come metaboliti liberi e coniugati con glucuronidi e solfati. L'entità della clearance metabolica è pari a 2,3-7 ml/min/Kg. **Eliminazione** I livelli plasmatici dell'etinilestradiolo mostrano una riduzione che si articola in due fasi, caratterizzate da una emivita di circa 1 ora e 10-20 ore rispettivamente. L'etinilestradiolo non viene escreto in forma immodificata. I suoi metaboliti vengono escreti per via urinaria e per via biliare con un rapporto di 4:6 e l'emivita è di circa 1 giorno. **Stato stazionario** Le concentrazioni sieriche dell'etinilestradiolo aumentano di circa il doppio dopo l'assunzione continua di Lestronette. A causa della variabile emivita nella clearance sierica della fase terminale e della somministrazione quotidiana, lo stato stazionario viene raggiunto entro circa una settimana. **Levonorgestrel Assorbimento** Il levonorgestrel somministrato per via orale viene rapidamente e completamente assorbito. Il picco dei livelli plasmatici, approssimativamente pari a 2,3 ng/ml, viene raggiunto in circa 1,3 ore dopo l'ingestione di Lestronette. La biodisponibilità è quasi del 100%. **Distribuzione** Levonorgestrel si lega all'albumina sierica e alla globulina legante gli ormoni sessuali (SHBG). Solo il 1,1% delle concentrazioni sieriche totali del medicinale è presente come steroide libero, circa il 65% si lega specificamente all'SHBG e il 35% è non specificamente legato all'albumina. L'aumento di SHBG indotto dall'etinilestradiolo influenza la distribuzione relativa del levonorgestrel in differenti frazioni proteiche. L'induzione della proteina legante determina un incremento della frazione legata all'SHBG ed una riduzione della frazione legata all'albumina. Il volume di distribuzione apparente del levonorgestrel è di 129 l dopo singola somministrazione. **Metabolismo** Levonorgestrel è completamente metabolizzato dalle vie metaboliche note degli steroidi. L'entità della clearance metabolica nel siero è di circa 1,0 ml/min/Kg. **Eliminazione** Livelli sierici di levonorgestrel mostrano una riduzione che si articola in due fasi. La fase finale di eliminazione è caratterizzata da una emivita di circa 25 ore. Levonorgestrel non viene escreto in forma immodificata. I suoi metaboliti vengono escreti per via urinaria e per via biliare (feci) con un rapporto di circa 1:1. L'emivita dell'escrezione del metabolita è di circa 1 giorno. **Stato stazionario** Durante l'uso continuo di Lestronette i livelli sierici del levonorgestrel aumentano di circa 3 volte, raggiungendo lo stato stazionario nella seconda metà del ciclo di trattamento. La farmacocinetica di levonorgestrel è influenzata dai livelli sierici dell'SHBG che aumentano di 1,5-1,6 volte durante l'uso di estradiolo. Pertanto il tasso di clearance sierica e il volume di distribuzione sono lievemente ridotti allo stato stazionario (0,7 ml/min/kg e circa 100 l) **5.3 Studi preclinici di sicurezza** Studi preclinici (tossicità generale, genotossicità, potenziale cancerogeno e tossicità riproduttiva) non hanno evidenziato altri effetti rispetto a quelli esposti in base al profilo noto degli ormoni etinilestradiolo e levonorgestrel. Occorre comunque ricordare che gli steroidi sessuali possono promuovere la crescita di alcuni tessuti e tumori ormono-dipendenti. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE 6.1 Elenco degli eccipienti** Lattosio anidro, Povidone K-30 (E1201), Magnesio stearato (E572), Opadry II rosa: Alcool polivinilico, Talco (E553b), Titanio diossido (E171), Polietilenglicole 3350, Red aluminium lake (E129), Lecitina (E322), Ossido di ferro rosso (E172), Blue aluminium lake (E1329) **6.2 Incompatibilità** Non pertinente **6.3 Periodo di validità** 3 anni **6.4 Precauzioni particolari per la conservazione** Non conservare sopra i 30°C. **6.5 Natura e contenuto del contenitore** Blisters costituito da foglio di alluminio e film di PVC/PVDC. Sono disponibili astucci da 1, 3 e 6 confezioni (blister), ciascuno contenente 21 compresse. È possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate. **6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento e la manipolazione** Il prodotto non utilizzato o il materiale di scarto vanno smaltiti secondo le disposizioni locali. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** ratiopharm GmbH- Graf-Arco-Strasse, 3 - 89079 Ulm (Germania) Concessionario per la vendita Teva Italia S.r.l. **8. NUMERO(I) DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** A.I.C. n. 039759016/M - "0,10 mg/0,02 mg compresse rivestite con film" 21 compresse in blister Pvc/Pvdc-AI A.I.C. n. 039759028/M - "0,10 mg/0,02 mg compresse rivestite con film" 3x21 compresse in blister Pvc/Pvdc-AI A.I.C. n. 039759030/M - "0,10 mg/0,02 mg compresse rivestite con film" 6x21 compresse in blister Pvc/Pvdc-AI **9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE** 11 Maggio 2011 **10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO** Aprile 2011

Intervista al segretario nazionale Aogoi Antonio Chiantera

Ospedali d'insegnamento

Una conquista per tutta la ginecologia italiana

di Eva Antoniotti

Professor Chiantera, quali sono stati i fatti più significativi di questo 2011, sotto il profilo legislativo e dell'organizzazione sanitaria?

Credo che l'approvazione del decalogo sui punti nascita voluto dal ministro Fazio sia indubbiamente motivo di soddisfazione per tutti noi e, malgrado le difficoltà nella sua attuazione a livello regionale, rappresenta un indubbio passo avanti per la sicurezza nell'assistenza alla salute della mamma e del bambino. Positivo, sia pure non risolutivo, è anche lo sblocco del turn over previsto nella manovra economica almeno per i ruoli apicali, che consentirà in molte Regioni di riaprire i concorsi e dunque di riequilibrare, almeno in parte, gli organici professionali che da anni registrano un progressivo assottigliamento.

Lei ha già un quadro di come e dove si stia concretamente attuando il decreto sui punti nascita?

Purtroppo devo dire che si sta lavorando soprattutto nelle aree del nord del Paese, mentre al Sud, un poco per i commissariamenti un poco per antiche difficoltà, si sta facendo ancora poco e, anche lì dove il decreto è stato recepito formalmente, spesso di fatto non viene applicato, oppure ci si limita a chiudere le piccole maternità senza

I Congressi sono anche occasione per fare qualche bilancio e certamente tra coloro che meglio possono cogliere i fatti nella giusta prospettiva c'è il professor Antonio Chiantera, segretario nazionale dell'Aogoi che ha visto avvicinarsi molti presidenti ("tutti eccellenti", sottolinea compiaciuto). Con lui cerchiamo di cogliere gli eventi che hanno segnato la ginecologia italiana in questi ultimi mesi, anticipando anche alcuni appuntamenti del prossimo futuro



rivedere complessivamente l'offerta territoriale per la salute materno infantile.

Questo Congresso registra anche una importante novità "interna"...

Il Congresso di Palermo, dopo la rottura poco razionale del 2007, sancisce la ritrovata unità del nostro mondo, riunendo Aogoi, Agui e Sigo. E questo è un motivo di estremo piacere, anche in vista del Congresso mondiale di Roma del prossimo anno: ai lavori congressuali parteciperà un nutrito gruppo di ospiti stranieri, dirigenti delle società scientifiche e professionali di tutto il mondo e della stessa Federazione internazionale, ai quali, dopo anni di screzi e di lamentele, malauguratamente spesso riportate anche all'estero, finalmente potremo dare l'immagine di una ginecologia italiana, compatta e unita dal primo all'ultimo dei ginecologi ospedalieri, dal primo all'ultimo dei ginecologi universitari, dal primo all'ultimo dei ginecologi territoriali.

E questa ritrovata unità sta già portando frutti, cominciando dal sostegno unanime alla candidatura di Chiara Benedetto, direttrice della clinica universitaria di Torino, alla presidenza dell'European Board and College of Obstetricians and Gynaecologist (Ebcog), sulla quale convergono anche molte altre rappresentanze europee che attendevano proprio l'indicazione di una candidatura italiana.

Pensa che la compattezza espressa oggi dalle rappresentanze dei ginecologi italiani darà risultati anche nei rapporti con il mondo politico?

Anche questo si sta già realizzando, in particolare sul tema della creazione degli ospedali di insegnamento.

Richiedere l'istituzione di ospedali di insegnamento insieme ai colleghi universitari dà una caratura molto più incisiva a questa battaglia. Ed è davvero una questione importante e positiva la presa d'atto da parte della ginecologia italiana della necessità di compiere un passo avanti sul terreno della formazione dei futuri ginecologi, offrendo loro l'indispensabile pratica che ne completa il profilo professionale.

Inoltre, l'unità delle diverse componenti professionali sarà senz'altro utile per realizzare

l'indispensabile integrazione tra servizi ospedalieri e servizi territoriali, offrendo alla sanità italiana e soprattutto alle donne un'assistenza più completa e razionale.

Tra i temi congressuali affronterete anche il nodo dei rapporti con le altre figure professionali con cui i ginecologi si trovano ad operare?

Credo proprio di sì, muovendo dalla chiara indicazione contenuta nel decreto Fazio, dove si indica chiaramente la necessità di creare un team della sala parto, composto da ginecologo, ostetrica, anestesista e neonatologo. Sono certo che la consuetudine al lavoro comune, assieme alla definizione delle rispettive responsabilità, renderà sempre più positivi i rapporti interprofessionali, avendo tutti l'intento ultimo di una migliore assistenza al parto e alle patologie della donna. E anche per questo ci battiamo per una piena attuazione del decreto in tutte le realtà regionali.

Le faccio un'ultima domanda su un tema problematico. Come pensa che si potrà risolvere il problema posto dalla raccolta del sangue cordonale, ancora così poco praticata in Italia?

Con le nostre "raccomandazioni" ci siamo impegnati dal punto di vista scientifico a sottolineare il valore del sangue cordonale, che in Italia viene sprecato e gettato via e che invece sarebbe utilissimo conservare, sia per un impiego autologo che per le donazioni.

La speranza è che il Governo si decida a varare la formula della conservazione autologa solidale, ovvero la conservazione finalizzata sì ad un utilizzo proprio, ma vincolata anche alla possibilità di donarlo in caso di necessità. Questo potrebbe contribuire a risolvere un problema che ha risvolti anche economici. La conservazione infatti ha un costo, mentre la donazione deve essere del tutto priva di costi e sostenuta da fondi che purtroppo non ci sono e che è difficile pensare di poter reperire in questo difficile periodo. **Y**

Dalle pari opportunità alle buone opportunità

di Giuseppe Ettore
Segretario Regionale
Aogoi Sicilia

L'appuntamento congressuale nazionale congiunto Sigo-Aogoi-Agui di Palermo sembra concentrare molteplici elementi scientifici, culturali, politici, organizzativi e strategici in prossimità dello storico appuntamento Figo Roma 2012. Ma allora non è il caso che

"Da Palermo e dalla Sicilia intera, terra dalle mille criticità, si sviluppa da anni un laboratorio di idee, progetti e processi di cambiamento che vede la ginecologia regionale presente, protagonista e forte di insegnamenti e stimoli che hanno già segnato la storia della ginecologia italiana"

dall'obiettivo "oltre le pari opportunità" – finalizzato ad un sempre più stretto e costante dialogo e confronto tra natura, cultura, medicina e società incentrato sulla donna e per la donna – si possano e si debbano

consolidare per la ginecologia italiana nuovi percorsi di revisione, di coesione e nuovi obiettivi?

Parlerei quindi di "buone opportunità" per riflettere e orientare scelte e azioni "politiche"

necessarie a far fronte alle criticità del contesto storico che viviamo.

Da qualche anno oramai la parola chiave di ogni cosa e per ogni cosa è "crisi": crisi economica, crisi delle istituzioni, crisi dei valori della società, crisi delle vocazioni professionali, crisi generale voluta dalla globalizzazione.

Le ricadute in ambito sanitario nel nostro paese non sono poche e rappresentano le sfide che la classe medica e le professioni sanitarie devono rapidamente affrontare per incidere:

- su una classe politica sempre più impreparata, disattenta e spesso indifferente, pronta a proporre piani sanitari "low cost";



- sulla carriera professionale forte di valori corporativi e contenuti e libera dal regime politico;

► Segue a pagina 27

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

ZOLODER “100 mg capsule rigide”
ZOLODER “150 mg capsule rigide”
ZOLODER “200 mg capsule rigide”

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA
Una capsula da 100 mg contiene - Principio attivo: Fluconazolo 100 mg.
Una capsula da 150 mg contiene - Principio attivo: Fluconazolo 150 mg.
Una capsula da 200 mg contiene - Principio attivo: Fluconazolo 200 mg.

Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere sezione 6.1

3. FORMA FARMACEUTICA
Capsule rigide.

4. INFORMAZIONI CLINICHE

4.1 Indicazioni terapeutiche

1) **CRIPTOCOCCOSI**: Il fluconazolo è indicato nella terapia delle infezioni micotiche profonde dovute a *Cryptococcus neoformans*, incluse quelle che si verificano in pazienti con compromissione del sistema immunitario secondaria a patologie maligne o a sindrome da immunodeficienza acquisita o le micosi secondarie a chemioterapia antineoplastica. Il farmaco può quindi essere utilizzato nel trattamento della meningite criptococcica e nella terapia di mantenimento per la prevenzione delle recidive, nonché nel trattamento della criptococcosi cutanea e polmonare.

2) **CANDIDIASI SISTEMICHE**: incluse candidemia e candidiasi disseminata ed altre forme invasive di infezioni da *Candida* tra cui: esofagite, endocardite, peritonite, infezioni polmonari, gastrointestinali, oculari e genito-urinarie. Pazienti affetti da patologie maligne ricoverati presso unità di terapia intensiva sottoposti a terapie immunosoppressive o chemioterapia antineoplastica o in condizioni che possano predisporre ad infezioni da Candida.

3) **CANDIDIASI DELLE MUCOSE**: candidiasi orofaringea (mughetto) ed esofagea, infezioni broncopolmonari non-invasive, candiduria, candidiasi mucocutanea e candidiasi orale atrofica cronica. Il farmaco è inoltre indicato nella prevenzione delle recidive della candidiasi orofaringea in pazienti AIDS.

4) **CANDIDIASI GENITALE**: candidiasi vaginali acute e ricorrenti; profilassi per ridurre l'incidenza delle ricadute della candidiasi vaginale (3 o più episodi in un anno). Balanite da *Candida*.

5) **PAZIENTI IMMUNOCOMPROMESSI**: è indicato inoltre nella prevenzione delle infezioni micotiche nei pazienti con compromissione del sistema immunitario secondaria a patologie maligne o a sindrome da immunodeficienza acquisita, o nella prevenzione delle micosi secondarie a chemioterapia antineoplastica.

6) **DERMATOMICOSI**: *tinea pedis*, *tinea cruris*, *tinea corporis*, *tinea capitis* e *pityriasis versicolor* e nel trattamento delle candidiasi cutanee.

Nel trattamento delle infezioni della pelle e delle membrane mucose, l'uso del prodotto deve essere limitato solo a quei casi di particolare estensione o gravità che non abbiano risposto alla terapia topica tradizionale.

7) **MICOSI ENDEMICHE PROFONDE**: coccidioidomicosi, paracoccidioidomicosi, sporotricosi ed istoplasmosi nei pazienti immunocompetenti.

Uso nei bambini
ZOLODER (fluconazolo) non deve essere usato per la *tinea capitis*

4.2 Posologia e modo di somministrazione

La dose giornaliera di fluconazolo dovrebbe essere basata sulla natura e severità dell'infezione micotica. La maggior parte dei casi di candidiasi vaginale risponde alla dose singola.

La terapia per le infezioni che richiedono dosi multiple dovrebbe proseguire fino a quando i parametri clinici ed i test di laboratorio non indicano che l'infezione micotica attiva è risolta.

Un periodo inadeguato di trattamento può portare alla recidiva dell'infezione attiva. I pazienti affetti da AIDS e meningite criptococcica o da candidiasi orofaringea ricorrente usualmente ricidivano nella terapia di mantenimento per prevenire le recidive.

- Uso negli adulti

1) **CRIPTOCOCCOSI**

Per le patologie gravi che possono mettere in pericolo la vita del paziente, inclusa la meningite criptococcica la dose usuale è di 400 mg in unica somministrazione giornaliera in 1ª giornata. Nei giorni seguenti si consigliano dosaggi di 200 mg/die.

A seconda della risposta clinica del paziente, questa dose può essere aumentata a 400 mg/die. Generalmente la durata del trattamento della meningite criptococcica è di 6-8 settimane. Per la prevenzione delle recidive della meningite criptococcica nei pazienti affetti da AIDS, il fluconazolo può essere somministrato indefinitamente alla dose di 200 mg al dì, dopo che il paziente ha terminato il primo ciclo di terapia ed è diventato negativo all'esame colturale.

2) **CANDIDIASI SISTEMICHE**

Per la candidemia, la candidiasi disseminata ed altre infezioni invasive da *candida* la dose usuale è di 400 mg in 1ª giornata; successivamente si consigliano dosaggi di 200 mg/die. A seconda della risposta clinica del paziente, questa dose può essere aumentata a 400 mg/die.

La durata del trattamento dipende dalla risposta clinica.

3) **CANDIDIASI DELLE MUCOSE**

Per la *candidiasi orofaringea*, inclusi i pazienti immunocompromessi, la dose usuale è di 50 - 100 mg una volta al dì per 7-14 giorni. Se necessario, nei pazienti gravemente immunocompromessi, il trattamento può essere proseguito per periodi più lunghi.

Per la candidiasi orale atrofica nei portatori di protesi dentale, la dose normale è di 50 mg una volta al dì per 14 giorni. In questi casi si deve prevedere una contemporanea terapia antisettica del cavo orale e della protesi.

Per le altre infezioni da *candida localizzate* (ad eccezione della candidiasi genitale, per la quale si rimanda al punto successivo), quali esofagite, candiduria, infezioni broncopolmonari non-invasive, candidiasi mucocutanea, ecc., la dose usuale efficace è di 50 -100 mg al giorno, per 14-30 giorni.

Per la prevenzione delle recidive della candidiasi orofaringea nei pazienti AIDS, dopo che il paziente è stato sottoposto a un intero ciclo di terapia primaria, il fluconazolo può essere somministrato ad un dosaggio di 150 mg una volta a settimana.

4) **CANDIDIASI GENITALE**
Per il trattamento della candidiasi vaginale, somministrare una singola dose orale da 150 mg per un solo giorno di terapia.

Per ridurre l'incidenza delle recidive della candidiasi vaginale si può assumere una dose da 150 mg di fluconazolo una volta al mese per 4 -12 mesi. Alcune pazienti possono richiedere una somministrazione più frequente.

Per la balanite da *Candida* il dosaggio è di 150 mg in unica somministrazione orale.

5) **PAZIENTI IMMUNOCOMPROMESSI**

Per la prevenzione della candidiasi la dose raccomandata di fluconazolo è di 50 - 400 mg in monosomministrazione giornaliera, in relazione al rischio del paziente di sviluppare l'infezione micotica. Per i pazienti ad alto rischio, ovvero i pazienti che possono sviluppare una neutropenia profonda o prolungata, il dosaggio giornaliero raccomandato è di

400 mg in dose singola.

La somministrazione di fluconazolo dovrà iniziare diversi giorni prima della prevista insorgenza della neutropenia e proseguire per 7 giorni quando la conta dei neutrofili avrà raggiunto un valore superiore a 1000 cellule/mm³.

6) **DERMATOMICOSI**

Per le dermatomicosi, incluse *tinea pedis*, *corporis*, *cruris*, *pityriasis versicolor* e le infezioni cutanee da *Candida*, la dose usuale è di 50-100 mg al dì in unica somministrazione per 2-4 settimane di terapia. La *tinea pedis* può richiedere un trattamento fino a 6 settimane.

7) **MICOSI ENDEMICHE PROFONDE**

Per le infezioni micotiche endemiche profonde il farmaco deve essere somministrato in base allo schema seguente:

<i>Tipo di infezione</i>	<i>Dosaggio</i>	<i>Durata del trattamento</i>
Coccidioidomicosi	200 - 400 mg	11 - 24 mesi
Paracoccidioidomicosi	200 - 400 mg	2 - 17 mesi
Sporotricosi	200 - 400 mg	1 - 16 mesi
Istoplasmosi	200 - 400 mg	3 - 17 mesi

- Uso nei bambini

Come per le infezioni negli adulti, la durata del trattamento si basa sulla risposta clinica e micologica. Il fluconazolo si somministra in dose singola giornaliera.

Per i bambini con compromissione della funzionalità renale, vedere il dosaggio riportato al paragrafo "Uso in pazienti con insufficienza renale" alla sezione 4.4.

Bambini di età superiore alle quattro settimane di vita
La dose raccomandata per la candidiasi delle mucose è di 3 mg/kg/die. Una dose di carico pari a 6 mg/kg/die può essere usata il primo giorno per raggiungere più rapidamente lo *steady-state*.

Per il trattamento della candidiasi sistemica e delle infezioni criptococciche, la dose raccomandata è di 6-12 mg/kg/die, in funzione della gravità della patologia.

Per la profilassi di infezioni fungine nei pazienti immunocompromessi considerati a rischio a causa della neutropenia provocata da chemioterapia citotossica o radioterapia, il dosaggio raccomandato è di 3-12 mg/kg/die in funzione dell'estensione e della durata della neutropenia indotta (vedere dosaggio negli adulti).

Nei bambini non deve essere superata la dose massima giornaliera di 400 mg.

Bambini entro le prime quattro settimane di vita

I neonati eliminano il fluconazolo più lentamente. Nelle prime due settimane di vita bisogna usare lo stesso dosaggio in mg/kg dei bambini delle altre fasce di età, ma la somministrazione deve avvenire ogni 72 ore. Durante la 3a e la 4a settimana di vita si deve somministrare lo stesso dosaggio ogni 48 ore. Nei neonati a termine ci sono pochi dati di farmacocinetica a supporto di questa posologia (vedere sezione 5.2).

Nei neonati entro le prime due settimane di vita non bisogna superare il dosaggio di 12 mg/kg ogni 72 ore, mentre in quelli tra la 3a e la 4a settimana di vita non si deve superare la dose di 12 mg/kg ogni 48 ore. La farmacocinetica del fluconazolo nei bambini con insufficienza renale non è stata studiata.

Uso negli anziani

Se non c'è evidenza di compromissione renale, si usa il dosaggio normalmente raccomandato. Per i pazienti con alterazione della funzionalità renale (clearance della creatinina < 50 ml/min), il dosaggio deve essere regolato in base allo schema indicato nella sezione 4.4

Modo di somministrazione

Il fluconazolo può essere somministrato sia per via orale che per via endovenosa.

La scelta della via di somministrazione dipenderà dalle condizioni cliniche del paziente.

Nel passare dalla somministrazione per via endovenosa a quella orale, o viceversa, non è necessario modificare il dosaggio giornaliero.

ZOLODER è commercializzato solo in capsule rigide per uso orale. Non è disponibile in formulazioni iniettabili per uso endovenoso.

4.3 Controindicazioni

ZOLODER (fluconazolo) non deve essere usato in pazienti con ipersensibilità al fluconazolo o ad uno qualsiasi degli eccipienti. Il suo uso è inoltre sconsigliato in pazienti con epatopatie acute e croniche e con insufficienza epatica.

Generalmente controindicato durante la gravidanza e l'allattamento (vedere sezione 4.6).

La somministrazione concomitante di terfenadina è controindicata nei pazienti sottoposti a terapia con fluconazolo a dosi multiple ≥ 400 mg/die (vedere sezione 4.5). La somministrazione concomitante di cisapride è controindicata nei pazienti sottoposti a terapia con fluconazolo (vedere sezione 4.5).

4.4 Speciali avvertenze e opportune precauzioni d'impiego

Nei pazienti immunocompromessi, la terapia può essere iniziata prima che i risultati dei test culturali e di laboratorio siano disponibili; successivamente il trattamento antimicotico dovrà essere conformemente modificato.

I pazienti che nel corso della terapia con fluconazolo evidenziano alterazioni della funzionalità epatica devono essere attentamente monitorati per la possibile insorgenza di danni epatici più gravi.

Nel caso si manifestassero segni o sintomi clinici di disturbi epatici attribuibili al farmaco la terapia con fluconazolo dovrà essere sospesa.

Il fluconazolo è stato associato a rari casi di grave tossicità epatica, talvolta fatali, soprattutto nei pazienti con gravi patologie di base.

Nei casi di epatotossicità associata al fluconazolo non è stato possibile stabilire una relazione con la dose utilizzata, la durata della terapia, il sesso o l'età del paziente; questi episodi si sono generalmente rivelati reversibili alla sospensione del trattamento.

In corso di terapia con fluconazolo si sono verificati solo rari episodi di reazioni cutanee esfoliative tra cui la sindrome di Stevens-Johnson e la necrolisi epidemica tossica; i pazienti con AIDS sono maggiormente soggetti a sviluppare reazioni cutanee gravi a molti farmaci.

Qualora in un paziente in terapia con fluconazolo per infezioni micotiche superficiali si manifestasse rash cutaneo attribuibile al farmaco, il trattamento con questo agente dovrà essere interrotto.

I pazienti con infezioni micotiche invasive/sistemiche che sviluppano rash cutaneo dovranno essere attentamente monitorati ed il trattamento con fluconazolo dovrà essere sospeso qualora si manifestassero lesioni bollose o un eritema multiforme.

La somministrazione concomitante di fluconazolo a dosi inferiori a 400 mg/die e terfenadina deve essere attentamente monitorata (vedere sezione 4.5).

Alcuni azoli, incluso il fluconazolo, sono stati associati ad

un prolungamento dell'intervallo QT nell'elettrocardiogramma. Durante la fase successiva alla commercializzazione, nei pazienti che assumono fluconazolo si sono presentati raramente casi di prolungamento dell'intervallo QT e di torsioni di punta. Questi casi comprendevano pazienti gravemente malati con molteplici fattori di rischio confondenti, come malattie strutturali del cuore, anomalie elettrolitiche e farmaci concomitanti che possono aver contribuito alle anomalie del ritmo.

Il fluconazolo deve essere somministrato con cautela nei pazienti che presentano queste potenziali condizioni di pro- artimia.

Le capsule contengono lattosio: i pazienti affetti da rari problemi di intolleranza al galattosio, deficit di lattasi, o da malessorbimento di glucosio/galattosio non devono assumere questo medicinale.

- Uso in pazienti con insufficienza renale

Il fluconazolo viene eliminato immodificato principalmente attraverso le urine.

Non sono necessari adattamenti quando si effettua una terapia in unica dose (candidiasi vaginale).

Quando invece si effettua una terapia con dosi ripetute nei pazienti con insufficienza renale (inclusi i bambini), dovrà essere somministrata una dose iniziale di carico compresa tra 50 mg e 400 mg; successivamente, il dosaggio giornaliero (a seconda dell'indicazione) dovrà essere modificato in base allo schema seguente:

Clearance della creatinina (ml/min.)	Dose raccomandata (%)
> 50	100%
≤ 50	50%
Pazienti dializzati su base regolare	100% dopo ogni seduta di dialisi

4.5 Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione

Anticoagulanti: Nel corso di uno studio di interazione condotto su volontari sani di sesso maschile, il fluconazolo ha comportato un prolungamento del tempo di protrombina (12%) in seguito alla somministrazione di warfarin. Come per altri antimicotici triazolici, sono stati segnalati episodi di sanguinamento (contusioni, epistassi, sanguinamento gastrointestinale, ematuria e melena) in associazione al prolungamento del tempo di protrombina in pazienti sottoposti a terapia concomitante di fluconazolo e warfarin. Si consiglia quindi un attento monitoraggio del tempo di protrombina nei pazienti sottoposti a terapia con anticoagulanti cumarinici.
Azitromicina: in uno studio aperto condotto su volontari sani trattati per via orale con una dose singola di 1200 mg di azitromicina ed una di 800 mg di fluconazolo non c'è stata alcuna interazione farmacocinetica significativa tra il fluconazolo e l'azitromicina.
Benzodiazepine (effetto rapido): a seguito della somministrazione concomitante di midazolam per via orale e di fluconazolo, sono stati registrati notevoli incrementi delle concentrazioni di midazolam ed effetti psicomotori. L'effetto sul midazolam sembra essere più pronunciato a seguito di somministrazione orale di fluconazolo rispetto al fluconazolo somministrato per via endovenosa. Nel caso in cui nei pazienti in trattamento con fluconazolo sia necessaria una terapia concomitante di benzodiazepine, è opportuno considerare una diminuzione del dosaggio delle benzodiazepine e un adeguato monitoraggio del paziente.
Sulfoniluree: il fluconazolo somministrato a volontari sani ha determinato un prolungamento dell'emivita sierica delle sulfoniluree somministrate contemporaneamente per via orale (clorpropamide, glibenclamide, glicipide e tolbutamide). Il fluconazolo e le sulfoniluree orali possono essere somministrati contemporaneamente ai pazienti diabetici, ma si dovrà tenere conto della possibile insorgenza di un episodio ipoglicemico.

Idroclorotiazide: In volontari sani che assumevano il fluconazolo, la cosomministrazione di dosi multiple di idroclorotiazide ha comportato un incremento del 40% delle concentrazioni plasmatiche del fluconazolo. Un effetto di questa entità, non richiede una modificazione del regime posologico del fluconazolo nei soggetti in terapia concomitante con farmaci diuretici; tuttavia il medico dovrà tenere conto di questa eventualità.
Fenitoina: La somministrazione concomitante di fluconazolo e di fenitoina può determinare un aumento clinicamente significativo dei livelli di fenitoina. Quando la cosomministrazione dei due farmaci è necessaria, bisogna controllare le concentrazioni plasmatiche delle fenitoina ed il dosaggio di quest'ultima dovrà essere modificato in modo da garantire i livelli terapeutici del farmaco.

Contraccettivi orali: In due studi di farmacocinetica con una terapia combinata a base di contraccettivi orali e dosi multiple di fluconazolo non sono stati riscontrati effetti clinicamente rilevanti nei livelli dei due ormoni dei pazienti in terapia con fluconazolo 50 mg, mentre le AUC dell'etilnilestradiolo e del levonorgestrel nel gruppo che assumeva fluconazolo 200 mg hanno evidenziato un incremento del 40% e del 24% rispettivamente. In un terzo studio con 300 mg di fluconazolo somministrati una volta alla settimana, l'AUC dell'etilnilestradiolo e del noretindrone è aumentata del 24% e del 13% rispettivamente. L'impiego di dosi multiple di fluconazolo a questi dosaggi non modifica l'efficacia di una terapia combinata a base di contraccettivi orali.
Rifampicina: La somministrazione concomitante di fluconazolo e rifampicina ha comportato una riduzione del 25% dell'AUC e del 20% dell'emivita del fluconazolo. Pertanto, nei pazienti che assumono contemporaneamente rifampicina, dovrà essere preso in considerazione un incremento del dosaggio di fluconazolo.
Ciclosporina: Uno studio di farmacocinetica condotto su pazienti sottoposti a trapianto di rene ha evidenziato che il fluconazolo alla dose di 200 mg/die comporta un lento incremento delle concentrazioni di ciclosporina. Tuttavia, nel corso di un altro studio condotto su pazienti sottoposti a trapianto di midollo con dosi multiple da 100 mg/die, il fluconazolo non ha modificato i livelli di ciclosporina. Si raccomanda pertanto il monitoraggio delle concentrazioni plasmatiche della ciclosporina nei pazienti in terapia con fluconazolo.

Teofilina: in uno studio di interazione controllato con placebo, la somministrazione di 200 mg di fluconazolo per 14 giorni ha comportato una riduzione del 18% della clearance plasmatica media della teofilina. I pazienti in terapia con alti dosaggi di teofilina o che sono maggiormente a rischio per episodi di tossicità indotti dalla teofilina devono essere attentamente controllati quando assumono contemporaneamente il fluconazolo. Qualora dovessero manifestarsi segni di tossicità da teofilina, inoltre, la terapia dovrà essere adeguatamente modificata.
Terfenadina: In seguito al verificarsi di gravi episodi di dirtsimia (prolungamento dell'intervallo QTc) in pazienti sottoposti a terapia concomitante con altri azoli antimicotici e terfenadina, sono stati condotti studi di interazione tra la terfenadina ed il fluconazolo. Alle dose giornaliera di 200 mg il fluconazolo non ha determinato un prolungamento dell'intervallo QTc. Con dosi giornalieri pari a 400 mg o superiori, la somministrazione di fluconazolo aumenta in modo significativo i livelli plasmatici della terfenadina nel caso di somministrazione concomitante.

L'uso concomitante di fluconazolo a dosi di 400 mg/die o superiori e terfenadina è controindicato (vedere sezione 4.3). La somministrazione concomitante di fluconazolo a dosi inferiori a 400 mg/die e terfenadina deve essere invece attentamente monitorata.

Cisapride: in pazienti sottoposti a somministrazione concomitante di fluconazolo e cisapride sono stati riportati casi di eventi cardiaci tra cui torsioni di punta. Uno studio controllato ha riportato che una somministrazione concomitante di 200 mg di fluconazolo una volta al giorno e 20 mg di cisapride quattro volte al giorno porta ad un aumento significativo dei livelli plasmatici di cisapride ed un prolungamento dell'intervallo QTc. La somministrazione contemporanea di cisapride e fluconazolo è controindicata (vedere sezione 4.3).
Rifabulina: nei casi di somministrazione concomitante di fluconazolo e rifabulina è stata osservata interazione, caratterizzata da aumento delle concentrazioni sieriche di rifabulina. Sono stati riportati casi di nefrotossicità nei pazienti a cui venivano contemporaneamente somministrati fluconazolo e rifabulina. Pertanto, pazienti sottoposti a terapia concomitante con fluconazolo e rifabulina devono essere attentamente monitorati.

Tacrolimus: in caso di somministrazione concomitante di fluconazolo e tacrolimus è stata osservata interazione, caratterizzata da aumento delle concentrazioni sieriche di tacrolimus. Sono stati riportati casi di nefrotossicità nei pazienti a cui venivano contemporaneamente somministrati fluconazolo e tacrolimus. Pertanto, i pazienti sottoposti a terapia concomitante con fluconazolo e tacrolimus devono essere attentamente monitorati.

Zidovudina: In due studi di farmacocinetica con fluconazolo e zidovudina è stato osservato un aumento dei livelli della zidovudina, causato molto probabilmente da una ridotta conversione della zidovudina nel suo metabolita principale. Nel primo studio, condotto sui pazienti AIDS o pazienti affetti da complicazioni AIDS-correlate, sono stati determinati i livelli della zidovudina prima e dopo la somministrazione di 200 mg/die di fluconazolo per un periodo di 15 giorni ed è stato osservato un significativo aumento dell'AUC della zidovudina (20%). Nel corso del secondo studio randomizzato cross-over condotto in due diversi periodi con la co-somministrazione di fluconazolo e zidovudina sono stati presi in esame i livelli della zidovudina nei pazienti HIV. Per due volte, a distanza di 21 giorni, ai pazienti è stata somministrata per 7 giorni una dose da 200 mg di zidovudina ogni 8 ore associata e non associata ad una dose da 400 mg/die di fluconazolo. L'AUC della zidovudina è aumentata in modo significativo (74%) durante la co-somministrazione con il fluconazolo. Pertanto, i pazienti sottoposti ad una terapia concomitante con i 2 farmaci devono essere attentamente monitorati a causa del possibile sviluppo di eventi avversi correlati alla zidovudina.

L'uso di fluconazolo in pazienti sottoposti a terapia concomitante con astemizolo o altri farmaci metabolizzati dal sistema del citocromo P-450 può essere associato ad aumenti delle concentrazioni sieriche di questi farmaci. In assenza di informazioni definitive, si consiglia di usare cautela nel caso di somministrazione concomitante di fluconazolo e di monitorare attentamente i pazienti.

Non sono state osservate interazioni clinicamente significative durante la somministrazione contemporanea di fluconazolo e cimetidina o antiacidi. Inoltre in pazienti sottoposti ad irradiazione totale del corpo per trapianto di midollo non sono state riscontrate variazioni clinicamente significative nell'assorbimento del fluconazolo.

4.6 Gravidanza ed allattamento
Non sono disponibili adeguati studi clinici controllati condotti su donne in gravidanza.
In neonati di madri affette da coccidioidomicosi, trattate con fluconazolo ad alti dosaggi (400-800 mg/die) per un periodo ≥ 3 mesi, sono state riportate anomalie congenite multiple. Il rapporto tra l'uso di fluconazolo e tali eventi non è chiaro.
Studi sulla riproduzione animale hanno evidenziato danni a carico del feto associati a tossicità materna solo quando il farmaco è stato utilizzato a dosaggi elevati, mentre ciò non si è verificato quando il farmaco è stato utilizzato a dosi di 5 o 10 mg/kg. L'uso del prodotto durante la gravidanza deve comunque essere limitato ai casi di infezioni micotiche gravi quando, a giudizio del medico, i potenziali benefici superano i rischi possibili (vedere sezione 4.3). I livelli di fluconazolo raggiunti nel latte materno sono simili ai livelli plasmatici; pertanto, si sconsiglia l'uso del prodotto durante l'allattamento (vedere sezione 4.3).

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

L'esperienza con fluconazolo dimostra che questo farmaco non altera normalmente la capacità del paziente di guidare o ad usare macchine. Ciononostante, anche se raramente, è possibile comparsa di vertigini (vedere sezione 4.8). Per tale motivo i pazienti devono essere avvisati di usare cautela quando si accingono a guidare o ad usare macchinari.

4.8 Effetti indesiderati

Gli effetti indesiderati più comuni osservati durante la sperimentazione clinica con fluconazolo sono:
Alterazioni dell'apparato gastrointestinale: dolore addominale, diarrea, flatulenza, nausea.
Alterazioni della cute e del tessuto sottocutaneo: rash cutaneo.
Alterazioni del sistema nervoso: cefalea.
In alcuni pazienti, in particolare in quelli affetti da gravi patologie quali l'AIDS o il cancro, sono state osservate alterazioni della funzionalità epatica, renale o ematologica durante trattamento con fluconazolo e farmaci di confronto, ma il significato clinico e la correlazione con il trattamento sono incerti.
Alterazioni del sistema epatobiliare: tossicità epatica tra cui rari casi fatali, elevazioni della fosfatasi alcalina, elevazioni della bilirubina, elevazioni delle transaminasi SGOT (oAST) e SGPT (o ALT).
Popolazione pediatrica:
La tipologia e l'incidenza degli effetti indesiderati e delle alterazioni dei parametri di laboratorio riscontrati nel corso degli studi clinici pediatrici sono paragonabili a quelli osservati negli adulti.

Inoltre, nella fase successiva alla commercializzazione del fluconazolo, si sono verificati i seguenti effetti indesiderati:
Alterazioni dell'apparato gastrointestinale: dispepsia, vomito.
Alterazioni del sistema nervoso: vertigini, convulsioni, alterazione del gusto.
Alterazioni della cute e del tessuto sottocutaneo: alopecia, reazioni cutanee esfoliative tra cui la sindrome di Stevens-Johnson e la necrolisi epidermica tossica.
Alterazioni del sangue e del sistema linfatico: leucopenia comprendente neutropenia e agranulocitosi, trombocitopenia.
Alterazioni del sistema immunitario: anafilassi (comprendente angioedema, edema facciale, prurito, orticaria).
Alterazioni del sistema epatobiliare: insufficienza epatica, epatite, necrosi epatocellulare, ittero.
Disturbi del metabolismo e della nutrizione: ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia, ipocalcemia.
Alterazioni cardiache: prolungamento dell'intervallo QT, torsioni di punta (vedere sezione 4.4).

4.9 Sovradosaggio

Sono stati riportati casi di sovradosaggio con il fluconazolo.

In uno di questi (un uomo di 42 anni affetto dal virus HIV), il paziente ha manifestato allucinazioni e comportamento paranoico in seguito all'ingestione di 8200 mg di fluconazolo. Il paziente è stato ospedalizzato e le sue condizioni si sono risolte dopo 48 ore.

In caso di sovradosaggio, si può rendere necessario un trattamento sintomatico (con un'adeguata terapia di supporto ed eventualmente lavanda gastrica). Il fluconazolo vie-

ne escreto in massima parte attraverso le urine; una diuresi forzata aumenta probabilmente la percentuale di eliminazione. Una seduta di emodialisi di 3 ore diminuisce i livelli plasmatici di circa il 50%.

5.0 PROPRIETA' FARMACOLOGICHE

5.1 Proprietà farmacodinamiche

Categoria farmacoterapeutica: antimicotici per uso sistemico, derivati triazolici – codice ATC: J02AC01
Il fluconazolo, un antimicotico triazolico, è un potente inibitore specifico della sintesi degli steroli fungini.

Il fluconazolo, somministrato per via orale o per via endovenosa, si è dimostrato attivo in una vasta gamma di infezioni fungine in modelli animali. La sua attività è stata dimostrata verso micosi opportunistiche, come quelle da *Candida spp.* comprese le candidiasi sistemiche nell'animale immunocompromesso; da *Cryptococcus neoformans* (comprese le infezioni intracraniche), da *Microsporium spp.* e da *Trichophyton spp.* Il fluconazolo si è anche dimostrato attivo in micosi endemiche in modelli animali, comprese quelle da *Blastomices dermatitidis* e da *Coccidioides immitis* (incluse le infezioni intracraniche) e da *Istlopasma capsulatum* in animali normali ed immunocompromessi.

Il fluconazolo appare altamente specifico per gli enzimi fungini dipendenti dal citocromo P-450.

È stato dimostrato che Il fluconazolo 50 mg/die somministrato fino a 28 giorni, non altera la concentrazione plasmatica del testosterone nell'uomo, né la concentrazione degli steroidi nella donna in età fertile. 200/400 mg al giorno di fluconazolo non hanno provocato nessun effetto clinicamente significativo sui livelli di steroidi endogeni o sulla risposta alla stimolazione con ACTH in volontari sani di sesso maschile. Studi sull'interazione con l'antipirina dimostrano che il fluconazolo 50 mg in dose singola o in dosi multiple non altera il suo metabolismo.

Farmacodinamica nei bambini

L'efficacia di fluconazolo nella *tinea capitis* è stata analizzata su un totale di 878 pazienti in 2 studi clinici randomizzati controllati, di confronto con griseofulvina. Per una durata di trattamento di 6 settimane, il fluconazolo a dosi di 6 mg/kg/die non si è dimostrato superiore alla griseofulvina al dosaggio di 11 mg/kg/die. Il successo clinico complessivo ai 2 studi è stato osservato un aumento dell'AUC della zidovudina (20%).

Nel corso del secondo studio randomizzato cross-over condotto in due diversi periodi con la co-somministrazione di fluconazolo e zidovudina sono stati presi in esame i livelli della zidovudina nei pazienti HIV. Per due volte, a distanza di 21 giorni, ai pazienti è stata somministrata per 7 giorni una dose da 200 mg di zidovudina ogni 8 ore associata e non associata ad una dose da 400 mg/die di fluconazolo. L'AUC della zidovudina è aumentata in modo significativo (74%) durante la co-somministrazione con il fluconazolo. Pertanto, i pazienti sottoposti ad una terapia concomitante con i 2 farmaci devono essere attentamente monitorati a causa del possibile sviluppo di eventi avversi correlati alla zidovudina.

L'uso di fluconazolo in pazienti sottoposti a terapia concomitante con ast

Il contributo del ministro della Salute

So di poter contare sul vostro sostegno e di questo vi ringrazio

di Ferruccio Fazio
Ministro della Salute

La tutela della salute della donna e della maternità è uno dei principali impegni della politica sanitaria: va affrontato con un approccio integrato di responsabilità, competenze, professionalità, esperienze e richiede la cooperazione dei diversi livelli istituzionali e l'impegno quotidiano degli operatori sanitari.

La salute della donna nelle varie fasi, dall'adolescenza all'età post-fertile, e il fenomeno centrale della maternità e della nascita, debbono dunque diventare un banco di prova privilegiato per la riforma del Sistema sanitario nazionale, basata sull'integrazione ospedale-territorio, sulla valorizzazione del ruolo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, sulla presa in carico e sulla continuità assistenziale. Molte iniziative sono già state portate a termine, altre sono in corso, altre ancora già programmate: il Patto per la Salute, il Piano Nazionale di Prevenzione, il nuovo Piano Sanitario Nazionale in esame al Parlamento, contengono impegni concreti per la salute della donna, su cui sono stati già avviati progetti specifici di ricerca e diverse le campagne di comunicazione.

Una delle principali azioni già avviate è l'Intesa in Conferenza Unificata siglata il 16 dicembre 2010 sulle "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", un Programma nazionale articolato in 10 linee di azione, i cui contenuti sono stati condivisi anche con le Società scientifiche che Vi rappresentano.

In queste "Linee di indirizzo" vengono promossi interventi di sanità pubblica finalizzati alla diffusione di pratiche cliniche di comprovata efficacia e appropriatezza. Abbiamo adottato un approccio complessivo al pro-

“Il successo di questo impegnativo percorso di promozione della tutela della salute della donna e della maternità richiede il convinto sostegno e la convinta partecipazione di tutti gli operatori sanitari coinvolti, a cominciare da voi specialisti in ginecologia



“L'obiettivo è quello di costruire una rete assistenziale che integri servizi territoriali, ospedalieri e strutture a diversa complessità assistenziale

blema, che non ha riguardato solo il parto, ma l'intero "percorso nascita", di cui il parto costituisce l'evento culminante.

L'obiettivo è quello di costruire una rete assistenziale che integri servizi territoriali, ospedalieri e strutture a diversa complessità assistenziale. La presa in carico e la continuità assistenziale da una parte e la messa a regime dello

STAM e dello STEN, devono assicurare i collegamenti ed i percorsi all'interno della rete.

Altro fondamentale obiettivo è quello di mettere gli operatori sanitari in condizione di operare al meglio attraverso la diffusione delle buone pratiche e di iniziative formative, volte a migliorare l'appropriatezza degli interventi sanitari. In questo quadro va valorizzato il ruolo dei vari professionisti dell'assistenza alla gravidanza e al parto, in particolare quello delle ostetriche, anche attraverso la predisposizione di percorsi alternativi per la gravidanza ed il parto fisiologico ed a rischio.

La rete dei "punti nascita" dovrà garantire servizi di elevata qualità: accessibilità, accoglienza, efficacia, efficienza, appropriatezza e accettabilità per le persone assistite. Ma anche competenza tecnico/scientifica dei professionisti, disponibilità di dotazioni tecniche ed infrastrutturali, collegamenti e continuità tra i diversi servizi, esistenza di un sistema di riferimento e di valutazione del processo assistenziale, corretto utilizzo delle competenze dei diversi professionisti.

Per raggiungere questi obiettivi sono stati definiti standard

“Con mio decreto ho costituito il Comitato Percorso Nascita nazionale che si è insediato il 3 maggio scorso ed ha prontamente avviato le proprie attività di supporto alle azioni previste. Sono in attesa di verificare l'adesione all'Intesa delle Regioni e la costituzione, da parte loro, dei Comitati Percorso Nascita regionali e locali

operativi, di sicurezza e tecnologici e sono stati adeguati i servizi territoriali, in particolare i Consultori Familiari, con l'adeguamento degli organici ai carichi di lavoro.

È stato poi previsto l'accorpamento dei punti nascita con volumi di attività inferiori ai mille parti l'anno (500 solo in casi particolari) ed è stata prevista la possibile rotazione delle figure professionali tra strutture a diversa complessità assistenziale. La carta dei servizi specifica per il percorso nascita, contenente le informazioni generali sulla operatività dei servizi nonché i principali indicatori di esito sulle modalità assistenziali dell'intero percorso, rappresenterà lo strumento di valutazione "oggettiva" utile ad una scelta informata da parte dei cittadini.

La promozione della competenza e della formazione degli operatori sanitari verrà assicurata attraverso più azioni sinergiche, come ad esempio l'aggiornamento dei programmi formativi teorico-pratici delle scuole di specializzazione, nonché nel corso di laurea in ostetricia; la realizzazione di un percorso strutturato per l'inserimento dei professionisti nuovi assunti, confacente alle caratteristiche dei livelli assistenziali

garantiti; l'introduzione dell'audit clinico quale strumento di valutazione della qualità dei servizi e delle cure erogate; l'integrazione della funzione universitaria di didattica con gli ospedali di insegnamento; il coinvolgimento delle società scientifiche nella formazione continua dei professionisti sanitari. Infine, gli interventi e l'implementazione delle misure individuate diventeranno obiettivi specifici per la valutazione dei Direttori Generali, dei Direttori di Dipartimento e di

U.O.C. Con mio decreto ho costituito il Comitato Percorso Nascita nazionale che si è insediato il 3 maggio scorso ed ha prontamente avviato le proprie attività di supporto alle azioni previste. Sono in attesa di verificare l'adesione all'Intesa delle Regioni e la costituzione, da parte loro, dei Comitati Percorso Nascita regionali e locali. Il successo di questo impegnativo percorso di promozione della tutela della salute della donna e della maternità richiede il convinto sostegno e la convinta partecipazione di tutti gli operatori sanitari coinvolti, a cominciare da voi specialisti in ginecologia. So di poter contare sul vostro sostegno e di questo vi ringrazio, formulando i migliori auguri di buon lavoro per il vostro Congresso. **Y**



di Antonio Tomassini

Presidente XII Commissione Igiene e Sanità del Senato

Cari colleghe e colleghi ginecologi, sono molto lieto di porgere il mio tradizionale saluto per l'87° Congresso Nazionale Sigo il cui leitmotiv è "Donna Oltre le Pari Opportunità: Sociali, Professionali... Biologiche".

Come indicato dai presidenti del Congresso, questo evento acquista un particolare rilievo in quanto preludio all'appuntamento della Ginecologia Italiana al Figo 2012, che si terrà a Roma e che, personalmente, ho appoggiato.

Nella XVI Legislatura in corso, dove ho l'onore di presiedere la 12ª Commissione Igiene e Sanità del Senato, sono numerose le iniziative istituzionali in ambito sanitario e in particolare "al femminile". Questa occasione rappresenta ormai indirettamente la finestra che mi concede di trasmettervi un sunto dei nostri lavori parlamentari.

Sono concorde sul fatto che le donne sono gravate dal duplice impegno, familiare e lavorativo, ed è rilevante che anche il Parlamento, il Governo, le istituzioni tutte, portino avanti iniziative a sostegno della donna. Così facendo si potrà garantire una tutela "di genere" e allo stesso tempo porremo le basi per costruire una società paritaria; inoltre, rimanendo in tema Sanità e Salute riproduttiva, si potrà superare quel triste primato che ci vede fanalino di coda dell'Europa riguardo la denatalità. La dimensione "Salute" è un elemento chiave nell'analisi dei diritti e nella comprensione delle disuguaglianze sia sociali che di genere. La salute, così come definita nella Costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), "lo stato emotivo, mentale, fisico, sociale e spirituale di benessere che consente alle persone di raggiungere e mantenere il loro potenziale personale nella società" e non semplice assenza di malattia, viene considerata un diritto e come tale si pone alla base di tutti gli altri diritti fondamentali che spettano alle persone.

La salute, e in questo caso la salute delle donne, rappresenta uno degli indicatori più importanti del benessere di una società. All'interno della commissione che presiedo la medicina di genere costituisce argomento di cui ci stiamo occupando con grande energia visto le numerose indagini che abbiamo concluso e quelle in itinere, già calendarizzate, che, per lo più, sono state proposte da "Senatrici". Debbo sottolineare, con grande soddisfazione, che le re-

La prevenzione Chiave delle politiche del Terzo millennio

All'interno della commissione che presiedo la medicina di genere costituisce argomento di cui ci stiamo occupando con grande energia. Sono numerose le indagini che abbiamo concluso e quelle in itinere, già calendarizzate, che, per lo più, sono state proposte da "Senatrici" che, senza tener conto degli schieramenti politici, si sono impegnate tutte con slancio verso l'obiettivo unico di un bene comune: la salute della donna



latrici si sono impegnate con slancio, tutte, senza tener conto degli schieramenti politici, bensì con obiettivo unico, di un bene comune "La salute della donna". La Commissione ha approvato documenti conclusivi di rilevante significato ai fini di una programmazione politica.

Le indagini conoscitive: cardini della programmazione

Proprio in occasione della ricorrenza dell'8 marzo, per meglio onorare la festività dedicata a tutte le donne, abbiamo votato il documento conclusivo dell'importante indagine conoscitiva che la Commissione ha

svolto sulle malattie ad andamento degenerativo di particolare rilevanza sociale con specifico riguardo al tumore della mammella, alle malattie reumatiche croniche e alla Sindrome HIV che purtroppo interessano da vicino la salute della donna. L'obiettivo dell'indagine conoscitiva è stato quello di valutare, attraverso anche indicatori specifici, la realtà sanitaria nazionale, verificare se la percezione di inadeguatezza del Sistema sanitario nazionale rispondeva al vero; appurare l'accesso alle cure e rafforzare con una politica forte l'indispensabilità dell'omogeneità nazionale del fenomeno salute pubblica, elimi-

nando disparità regionali con percorsi diagnostici terapeutici in sintonia con le più recenti linee guida. Riguardo il tumore della mammella i due rami del Parlamento, subito sensibili all'appello del Parlamento europeo, avevano approvato mozioni sulla lotta al tumore al seno e nel 2005 la Commissione Igiene e sanità del Senato aveva inoltre realizzato l'indagine conoscitiva sulle iniziative di prevenzione del tumore al seno in Italia. Abbiamo convenuto quanto sia necessario realizzare efficaci campagne informative dagli effetti concreti e non limitati nel tempo, in particola-



Cari colleghi, a nome della Commissione, vorrei rivolgere l'augurio a tutte le donne che, grazie al vostro aiuto e al nostro intervento istituzionale, potranno meglio combattere le patologie della sfera femminile

re per la sindrome HIV, per ridurre il sommerso e contenere l'epidemia; lo stesso vale per il tumore della mammella, in ragione del preoccupante abbassamento dell'età; quanto alle malattie reumatiche, in costante aumento, per consentire una diagnosi precoce. Altrettanto necessario è rilevante identificare "centri di eccellenza" in grado di accompagnare il paziente per mano nelle diverse fasi della malattia e nella sua evoluzione. Riguardo il carcinoma mammario, si esprime l'auspicio di conseguire l'obiettivo europeo per il 2016 e giungere, anche in Italia, alla realizzazione di breast units certificate, efficienti e fruibili dal

cittadino.

Una news interessante anche per le nostre ostetriche. Recentemente, infatti, è stato approvato il Ddl sulle professioni sanitarie. Sono circa una ventina i nuovi albi e ordini di professioni sanitarie, tra cui ostetrica, infermiere e infermiere pediatrica, che sono stati istituiti con il disegno di legge. Complessivamente sono oltre 400mila gli operatori professionali coinvolti. Il testo, votato all'unanimità, ha iniziato il suo iter parlamentare nel 2008 e dopo il rallentamento presso la commissione Bilancio, che ha dato il suo parere a fine giugno, arriva all'Aula del Senato. Con questo provvedimento inoltre è stato anche stabilito il percorso, formativo, burocratico e sanzionatorio, per i nuovi profili sanitari che potrebbero sorgere in futuro, senza dunque bisogno di una nuova legge.

Reti di emergenza ed urgenza

Lo scorso marzo abbiamo approvato il documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sul trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza ed urgenza e, tenendo conto della longevità femminile, costituisce un altro lavoro per la tutela delle nostre donne.

La relazione è il frutto di oltre due anni di lavoro della 12ª Commissione, che verrà certamente ricordato negli anni a venire come una pietra miliare nella conoscenza e dei sistemi di emergenza. Ha offerto i numerosi spunti per il miglioramento del servizio al cittadino, elementi utilizzabili tanto a livello ministeriale, quanto in ambito regionale e territoriale. In questo contesto abbiamo parlato di patologie caratterizzate da lesione mono o pluridistrettuali tali da compromettere la sopravvivenza del paziente oppure gravi inabilità non solo per trauma ma anche generale, cardiovascolare, ischemico – un tempo prevalenti nel sesso maschile, che ora colpiscono sempre più le donne in età post fertile.

"Nascere sicuri". Attualmente abbiamo calendarizzato una interessante "Indagine conoscitiva sulla situazione dei punti nascita con riguardo all'individua-

► Segue a pagina 26

di **Benedetto Fucci**

Componente della Commissione Affari Sociali della Camera e della Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali

Centralità e professionalità del medico

“Il compito della politica in settori come quello della sanità consiste nel cooperare con gli esperti e con le società scientifiche. In tal modo essa può essere capace di esercitare il ruolo che le è proprio. Sono certo che dal Congresso di Palermo, sia sui temi su cui mi sono soffermato che sui molti altri argomenti di cui si discuterà, giungeranno alla politica contributi importanti al fine di esaltare e tutelare nel modo più efficiente e funzionale possibile la centralità e la professionalità del medico”



vede protagonista il rapporto tra medico e paziente. Sottolinearlo può sembrare banale. In realtà non lo è affatto in un periodo come quello attuale in cui le tecnologie e l'utilizzo delle risorse informatiche (si pensi alla telemedicina e alla cartella elettronica) sembra aver pervaso anche il mondo della sanità facendo un po' perdere di vista il lato umano della relazione che dovrebbe instaurarsi e che dovrebbe essere di reciproca comprensione, invece che di reciproca diffidenza (come invece accade troppo spesso oggi: secondo i più recenti dati, tra il 1994 e il 2009 il numero dei contenziosi in ambito medico è più che triplicato, passando da 9.500 cause alle attuali 34mila, il che è il risultato della crescita esponenziale delle denunce sia contro singoli medici che nei confronti delle strutture sanitarie). Sul piano personale ho cercato incessantemente, in questa mia esperienza alla

Nel corso di questi tre anni di lavoro alla Camera e al Senato vi è stato un impegno forte, da parte del governo e delle forze parlamentari, per migliorare la gestione della sanità. In particolare rendendola meno permeabile alle influenze della politica, più incline a premiare merito e qualità e soprattutto in grado di rispondere alle sfide derivanti dal mutamento dei modelli demografici e socio-assistenziali

Camera come membro sia della Commissione affari sociali che della Commissione d'inchiesta

sugli errori in campo medico, di affermare la necessità di tutelare la dignità professionale e il ruolo (e quindi con essi la sua capacità di offrire un'assistenza adeguata al paziente) del medico. Ecco perché, ad esempio, ho considerato come un momento centrale di questa legislatura il dibattito sviluppatosi intorno al ruolo del medico e al concetto di “alleanza terapeutica” durante il complesso esame della proposta di legge sulle dichiarazioni anticipate di trattamento. Ed ecco perché, nel ruolo di coordinatore del filone d'indagine della Commissione d'inchiesta sulla qualità e sull'efficacia dei servizi offerti dai punti nascita italiani, ho incessantemente perseguito la collaborazione con le società scientifiche, che sono gli indispensabili strumenti attraverso cui i medici hanno la possibilità di collaborare con la politica e di offrire, in un rapporto di leale collaborazione, indicazioni tecniche indispensabili. Particolarmente significativo è stato finora l'apporto offerto alla Commissione da parte dell'Aogoi. A tal proposito desidero ringraziare la fittiva ed entusiasta collaborazione offerta dall'amico presidente, prof. Vito Trojano. Sono certo che in futuro tale collaborazione non potrà che rafforzarsi ulteriormente.

I temi del Congresso

Ho fatto queste considerazioni perché mi sembra, vedendo il programma messo a punto dagli organizzatori, che esse abbiano attinenza con molti dei temi che verranno trattati durante il Congresso di Palermo. Penso per esempio a quelli relativi al percorso nascita, all'applicazione concreta della Legge 194 e alla delicatissima malattia endometriosica: tutti temi – come appare evidente – in cui al centro vi è il rapporto professionale e umano tra il medico e la donna. In particolare vi sono alcune considerazioni da fare. Per quanto riguarda il percorso nascita è evi-

dente – e i lavori della Commissione parlamentare d'inchiesta lo hanno confermato – che in alcune aree d'Italia e soprattutto nel Mezzogiorno vi siano straordinarie professionalità che a volte, trovandosi ad operare in territori e situazioni molto complessi, finiscono per vedere danneggiata la loro professionalità e la loro effettiva capacità di interagire con la donna in gravidanza. Guardando invece alla Legge 194, non posso non sottolineare come essa abbia trovato finora un'applicazione solo parziale poiché la prima parte dedicata alla “tutela sociale della maternità” è spesso misconosciuta, con il risultato, nella maggior parte dei casi, di non mettere il medico nella condizione di applicarla in modo completo. E ancora: se guardiamo alla malattia endometriosica, ma anche alle molte altre malattie su cui non esistono ancora protocolli precisi, vediamo come nel rapporto tra medico e paziente la sensibilità umana e professionale del primo siano assolutamente decisive.

La sanità e i compiti della politica

La domanda che dobbiamo porci, guardando a tematiche così delicate, è se la politica sia in grado o meno di fornire risposte adeguate alle domande che provengono sia dalla categoria dei medici che da parte dei cittadini fruitori della sanità italiana.

Ritengo che negli ultimi anni molti passi positivi siano stati fatti in questa direzione. Ma ancora molto c'è da fare. Penso per esempio proprio a uno dei temi di cui più si parlerà al

Congresso di Palermo, la malattia endometriosica rispetto alla quale ancora molto (soprattutto l'esenzione dal ticket per le visite di controllo e l'istituzione del registro in favore di medici e società scientifiche) è necessario fare sul piano legislativo. Oppure, ancora, per restare al campo d'interesse del Congresso di Palermo, penso agli iter in corso per le norme relative al parto sicuro e senza dolore. Il compito della politica in settori come quello della sanità, in definitiva, consiste nel cooperare con gli esperti e con le società scientifiche. In tal modo essa può essere capace di esercitare il ruolo che le è proprio, cioè fornire al Paese indirizzi e strumenti di sintesi tra le posizioni di maggioranza e di opposizione, con consapevolezza in merito alle tematiche scientifiche e mediche. Sono certo che dal Congresso di Palermo, sia sui temi su cui mi sono soffermato che sui molti altri argomenti di cui si discuterà, giungeranno alla politica contributi importanti al fine di esaltare e tutelare nel modo più efficiente e funzionale possibile la centralità e la professionalità del medico. **Y**



di Margherita Miotto

Componente della XII Commissione Affari Sociali della Camera e della Commissione parlamentare per le questioni regionali

La salute ed il benessere delle persone rappresentano un pilastro su cui si costruisce la coesione sociale: un valore da preservare soprattutto in una fase difficile della vita economica e sociale del nostro paese. È una frequente raccomandazione che il Presidente della Repubblica non manca di sottolineare, ma rappresenta anche una delle linee di azione dei paesi europei ed una strategia condivisa dai G8 che immediatamente dopo lo scoppio della crisi finanziaria sottoscrissero un documento importante intitolato 'people first'.

Nel nostro paese invece è stata portata avanti una linea dissennata di colpevolizzazione dei dipendenti pubblici – ingiusta quanto generalizzata – che ha associato nel giudizio della pubblica opinione la categoria dello spreco accanto ad ogni ambito delle politiche pubbliche: la conseguenza di tale approccio totalmente sbagliato, ha comportato tagli lineari e penalizzazioni pesantissime per tutte le professioni che operano nella Pubblica Amministrazione: la ricaduta sul sistema sanitario di tali misure è devastante e prefigura un indebolimento complessivo del livello di tutele per il cittadino che non gode più del diritto alla salute, come salvaguardato dall'art. 32 della Costituzione.

Ritengo necessario si apra una discussione franca ed aperta sul futuro del sistema sanitario nel nostro paese, chiarendo in modo netto che il sistema sanitario non ha alcuna responsabilità della crisi che stiamo vivendo, non è 'una palla al piede' come talvolta si afferma, ma al contrario è una risorsa non solo sul piano sociale e civile, ma anche dal punto di vista economico, come è stato recentemente dimostrato, infatti, 100 euro investiti in sanità ne attivano 183 nel sistema economico del paese, cioè il peso della spesa investita nella sanità pubblica rappresenta il 7,2% del Pil ma sviluppa ricchezza per il 12,8% del Pil.

Inoltre persiste una seconda opinione sbagliata, è quella che ha ispirato il 'libro bianco' del Governo e che condiziona le politiche di questi anni: la paventata esplosione della spesa sanitaria, che condurrebbe fatalmente alla insostenibilità economica del sistema e quindi al superamento del suo profilo pubblico. È una affermazione che ha trovato smentite diffuse e sarebbe sufficiente comunque

Il paese cresce se è in salute

Occorre rilanciare l'idea contenuta nell'impegno dei paesi europei, bene espressa nello slogan "la salute in tutte le politiche". A dimostrazione che la salute è una ricchezza per le persone, ma anche per tutta la società, perché una popolazione sana è la condizione per la prosperità del Paese



operare facili confronti con i sistemi assicurativi privati per concludere che il nostro sistema pubblico costa circa metà di ogni sistema assicurativo ed è comunque meno costoso dei sistemi sanitari universali dei maggiori stati europei. Tuttavia quella impostazione ha condotto il Governo, in due anni, ad azzerare i trasferimenti a Regioni e Comuni destinati finora alla realizzazione dei servizi integrati sociali e sanitari, ha prodotto l'inerzia del Governo sul versante della revisione dei Lea sanitari ed ha prodotto la sua sostanziale contrarietà alla individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni (Lep) in campo assistenziale: tutto ciò ha fatto fare passi indietro alla integrazione socio sanitaria e appesantisce il sistema sanitario chiamato ad una azione di supplenza spesso caratterizzata da oneri inappropriati.

In un tempo assai ristretto, il Ministro della Salute – "commissariato" dal Ministro dell'Economia - ha commesso tre gravi errori che pesano e soprattutto pe-

seranno sul normale funzionamento del sistema: è venuto meno il patto con le Regioni ed è saltata la regola del "chi rompe, paga"; è stata abbandonata la strada della garanzia del diritto alla salute attraverso i Lea congruamente finanziati; sono stati azzerati gli investimenti, indebolita la ricerca e le professioni sono state usate per "fare cassa". Occorre invece rilanciare l'idea contenuta nell'impegno dei paesi europei, bene espressa nello slogan "la salute in tutte le politiche", a dimostrazione che la salute è una ricchezza per le persone, ma anche per tutta la società, perché una popolazione sana è la condizione per la prosperità del Paese.

È solo questione di finanziamenti? No, sarebbe superficiale. È necessario affrontare alcune questioni che attengono al governo del sistema, ponendo il principio della aziendalizzazione nell'ottica della efficacia della gestione e non esclusivamente rivolta al pareggio di bilancio e perciò il dirigente sanitario non va premiato solo se fa ri-

sparmiare l'azienda sanitaria, ma se raggiunge gli obiettivi di salute che la programmazione sanitaria ha individuato in rapporto ai bisogni rilevati: in questo ambito assume rilievo la discussione attorno alla nuova normativa sul 'governo clinico' che può riconsegnare autonomia e responsabilità alla professione medica, banalmente mortificata sul versante dei trattamenti giuridici ed economici.

Questa riforma, attesa da tempo, è la premessa per innestare nel sistema sanitario procedure trasparenti nella scelta dei dirigenti oltre che nella gestione: affermare la legalità e dare la priorità al merito, in sanità non è solo un imperativo etico, ma è la

Ritengo necessaria una discussione franca ed aperta sul futuro del sistema sanitario nel nostro paese, chiarendo in modo netto che il sistema sanitario non ha alcuna responsabilità della crisi che stiamo vivendo. Non è 'una palla al piede' come talvolta si afferma, ma al contrario è una risorsa non solo sul piano sociale e civile, ma anche dal punto di vista economico

condizione affinché al centro del sistema ritorni ad essere il diritto alla salute e quindi la vera attenzione ai bisogni della persona. Senza legalità e trasparenza i soldi non basteranno mai, perché prevarranno gli sprechi, i favori e le regalie, frutto delle lottizzazioni.

Perciò la riforma sul 'governo clinico' dovrà affermare la regola che 'la sanità deve stare fuori dagli affari ed i partiti fuori dalle nomine'.

Cambiamenti profondi si impongono nei modelli organizzativi dei servizi sia nella integrazione con il territorio, sia nella differenziazione organizzativa per intensità di cure e ciò comporta nuove collaborazioni multiprofessionali, approcci

multidisciplinari e nuove stratificazioni delle responsabilità ed a ciò si accompagna la diffusione delle innovazioni tecnologiche in un contesto di rilevanti cambiamenti demografici. Le professioni sanitarie, ed in particolare quella medica, sono chiamate ad un allineamento ai processi di cambiamento, pur lasciando inalterata la centralità dell'alleanza terapeutica fra medico e paziente, per innovare le strutture, favorire la continuità delle cure, irrobustire i percorsi di formazione di base ed ampliare quella specialistica favorendo l'ingresso nella professione dei giovani e coinvolgendo nella responsabilità del percorso formativo anche la rete ospedaliera qualitativamente idonea alla formazione.

Il cambiamento più rilevante avvenuto a livello istituzionale in questi anni è rappresentato dalla attuazione del federalismo fiscale, peraltro preceduto da una lunga fase di responsabilità affidate primariamente alle Regioni, come previsto dalla Costituzione. La quasi esclusiva attenzione rivolta ai costi standard può apparire eccessiva, ma non lo è affatto se, come sembra accadere dopo la manovra economica di luglio u.s., i tagli del fondo sanitario ancorano i costi standard su una soglia di sotto-finanziamento dei Lea sanitari che non può essere condivisa, perciò sosteniamo la protesta delle Regioni che denunciano rischi concreti di ridimensionamento del sistema di tutele finora garantite e dei livelli di qualità delle prestazioni e condividiamo le preoccupazioni espresse negli Stati Generali della Sanità pubblica, dalle organizzazioni mediche che hanno espresso analoghe preoccupazioni.

La fase difficile che attraversiamo distribuisce le conseguenze della crisi in modo poco equo e fra tutte le disuguaglianze che produce o che accentua, la differenza di genere appare fra quelle meno sopportabili. Ebbene, "la salute delle donne è il paradigma dello stato di salute dell'intera popolazione" come afferma l'Oms, perciò il mondo delle donne, la loro vita e la loro salute sono veri e propri indicatori di benessere di una società: in questo senso la declinazione 'di genere' per il diritto alla salute deve rappresentare per il Piano Sanitario Nazionale di prossima approvazione, uno degli obiettivi su cui investire in ricerca e sulla diffusione di servizi soprattutto nell'area della integrazione socio-sanitaria per alleviare il peso del lavoro di cura che grava prevalentemente sulle donne.

Anche in questo contesto, e forse soprattutto in questo, si realizzano le condizioni affinché si diffondano nel paese quel clima e quelle reti che creano coesione sociale, essenziale per contrastare con successo la carica disgregatrice della crisi economica. **Y**



Il cammino virtuoso del sistema sanitario siciliano

Le "quattro erre" del rinnovamento

"Abbiamo seguito un metodo preciso – in Sicilia forse rivoluzionario – che è quello delle quattro erre: regole, rigore, risultati, responsabilità. Abbiamo individuato gli obiettivi principali e li abbiamo raggiunti attraverso il criterio di una puntuale programmazione"

di Massimo Russo
Assessore per la Salute
della Regione Sicilia

In appena tre anni abbiamo posto le basi per un radicale rinnovamento del sistema sanitario siciliano che deve avere come unico obiettivo quello di soddisfare al meglio le reali esigenze del cittadino. Dopo aver praticamente azzerato il pauroso deficit ereditato dalle precedenti gestioni ci siamo preoccupati di creare, in modo trasparente e condiviso, le condizioni strutturali per intraprendere un cammino virtuoso che porti la Sicilia al livello delle migliori realtà italiane: dalla riduzione del numero delle aziende sanitarie alla definizione dei nuovi atti aziendali, delle piante organiche e perfino del nuovo Piano sanitario regionale che mancava da

circa dieci anni; dalla rimodulazione della rete ospedaliera – con la diminuzione dei posti letto per acuti e l'aumento dei posti per riabilitazione e lungodegenza – all'ampliamento dell'offerta territoriale con l'apertura di Pta, Pte e con il maggiore coinvolgimento di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta; dalla creazione delle reti per patologie all'acquisto di importanti apparecchiature ad alta tecnologia. Abbiamo seguito un metodo preciso – in Sicilia forse rivoluzionario – che è quello delle "quattro erre": regole, rigore, risultati, responsabilità. Abbiamo individuato gli obiettivi principali e li abbiamo raggiunti attraverso il criterio di una puntuale programmazione. L'obiettivo fondamentale della programmazione è quello di in-

dicare quali siano i criteri per la definizione dei livelli e delle forme dell'offerta ai fini di garantire la produzione di servizi in maniera efficiente. È necessario quindi dare uniformità ai servizi offerti attraverso una corretta distribuzione delle risorse.

La distribuzione dei servizi nel territorio per garantire un adeguato livello qualitativo deve rispettare taluni criteri riferiti sia



ad una elevata casistica dei pazienti e livelli di attività secondo volumi e tipologia di prestazioni sia alle dimensioni dei presidi e delle unità operative necessarie al bacino di riferimento, superando la frammentarietà della distribuzione delle risorse dislocate nei presidi e nelle unità operative (spesso duplicate). Tale attività di programmazione porta ad una concentrazione delle attività determinando elevate prestazioni e conseguenzialmente elevata esperienza professionale.

Tutto questo significa avere costante attenzione all'utente e garantire il fabbisogno della popolazione attraverso la realizzazione di un sistema sanitario che attraverso le reti integrate dei servizi ospedalieri e territoriali determini una produzione efficiente dei servizi.

La rimodulazione dei punti nascita si inserisce perfettamente in tale quadro di riferimento raccordandosi perfettamente, da un lato, a quanto definito dall'accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" e ai relativi allegati e dall'altro ai contenuti del nuovo Piano Sanitario nazionale 2010-2012 il quale al punto 12.1 prevede che saranno analizzati gli aspetti relativi alla sicurezza e alla umanizzazione del parto, al ricorso alla partoanalgesia e alla diminuzione dei tagli cesarei, alla promozione e sostegno dell'allattamento al seno, alla razionalizzazione della rete dei punti nascita e delle Unità Operative pediatriche-neonatologiche e delle Terapie Intensive Neonatali, al trasporto materno e neonatale. Infatti l'eccessivo ricorso al taglio cesareo ha portato l'Italia ad occupare il primo posto tra i

paesi Europei, superando i valori europei riportati nel rapporto Euro-Peristat sulla salute materno-infantile del dicembre 2008. L'Italia detiene la percentuale più elevata, pari al 38%, e presenza di valori più alti nell'Italia centrale e meridionale. Sulla scorta di tali considerazioni la Regione sta rimodulando la rete dei punti nascita considerando che le criticità relative a:

1. alto numero di punti nascita con meno di 500 parti/anno
2. eccessivo ricorso al taglio cesareo
3. insufficienza della casistica
4. frammentarietà e duplicazione dell'offerta sanitaria
5. carente sinergia con il territorio
6. carenza punti Sten e Stam
7. frammentarietà geografica del territorio regionale

necessitano di interventi strutturali organizzativi che attraverso specifici criteri e indicatori rimuovano le predette criticità e riorganizzino il complesso sistema dell'assistenza materno-infantile avendo riguardo degli indicatori di efficacia, di efficienza e di appropriatezza ed economicità delle prestazioni erogate, del tasso di parto cesareo, per garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini e al tempo stesso di assicurare un più adeguato controllo della spesa.

Al fine di pervenire a tale risultato sono stati presi a riferimento i seguenti criteri per identificare le possibili modifiche per riqualificare i servizi sanitari:

- attivazione rete integrata dei punti nascita
- identificazione di due livelli assistenziali
- mantenimento dei punti nascita con 500 parti/anno calcolati sul valore medio del numero di parti effettuati nel quinquennio 2006/2010 e

► Segue a pagina 25

Il saluto del sindaco di Palermo

Un'antica tradizione di accoglienza

di Diego Cammarata
Sindaco di Palermo

Egregi convegnisti, sono lieto di darvi, con questo breve articolo sulla vostra rivista, il benvenuto a Palermo, dove spero che, in occasione del vostro congresso nazionale possiate avere l'occasione di trascorrere alcuni giorni proficui dal punto di vista dell'approfondimento scientifico ma anche piacevoli.

Le tradizioni di ospitalità della nostra città sono assai antiche e, vorrei aggiungere, ovunque riconosciute. Palermo è una città bellissima, ricca di storia e di fascino, godibile dal punto di vista

Protesa tra l'Europa e i Paesi extraeuropei del Bacino mediterraneo Palermo ha un grande patrimonio di tolleranza, capacità di integrazione e vocazione alla solidarietà ”

climatico e paesaggistico, assolutamente unica da quello monumentale ed architettonico. Spero che avrete modo ed occasione di approfondirne la conoscenza e che questa occasione costituisca la premessa per vostre future visite nella nostra città. Palermo è una città vivace e colta, in grandissimo fermento, ansiosa di percorrere la strada dello sviluppo che abbiamo tracciato e che passa attraverso gli in-

terventi che la nostra amministrazione considera prioritari: parcheggi, metropolitana, recupero del centro storico e di molti siti monumentali. Le iniziative che abbiamo sostenuto coniugano il recupero urbanistico (siti, palazzi, ampie aree di territorio) al rilancio culturale e sintetizzano la vera identità di Palermo, quella di una città che persegue fortemente il proprio sviluppo e guarda al futuro mante-

nendo i piedi ben piantati nel proprio straordinario passato. Siamo convinti che proiettare all'esterno questa immagine di Palermo, che è la più autentica, sia fondamentale nel quadro della sfida che abbiamo lanciato, per primi a noi stessi, e cioè quella di fare di Palermo – come è giusto che sia – la capitale del Mediterraneo, forti non solo della collocazione geografica della nostra città, protesa fra l'Europa e i paesi extraeuropei del Bacino mediterraneo, ma anche delle grandi potenzialità culturali ed economiche che Palermo è capace di esprimere e del suo patrimonio di tolleranza, capacità di integrazione e vocazione alla solidarietà. La sfida che ci vede protagonisti consiste nel trasformare le potenzialità di Palermo in una concreta opportunità di decollo sociale ed economico della città, facendo assumere alla nostra città un ruolo di "calamita" dello sviluppo euromediterraneo. Palermo vi accoglie, dunque, non solo con il mio

benvenuto più caloroso, ma anche con quello di tutti i cittadini. Potrete constatarlo nei giorni della vostra permanenza in città. Nel calore, nella cordialità, nell'ospitalità che ciascuno vi mostrerà in questi giorni.

A tutti voi l'augurio di un proficuo svolgimento dei lavori di questo vostro congresso nazionale e un arrivederci a presto. Y





1995 – 2011 Sedici anni dopo si torna a Palermo

Sono passati sedici anni dal precedente Congresso Nazionale di Palermo. Sembra un secolo. È cambiata l'Europa, è cambiata l'Italia. È cambiato il mondo della donna. Ma è cambiata la ginecologia italiana?

Quest'anno il titolo del congresso è di grande effetto: "Donne oltre le pari opportunità: sociali, professionali... biologiche". Uno si aspetterebbe di trovare nel programma della manifestazione una tavola rotonda su quest'argomento. E invece, nel programma definitivo pervenuto in quest'afoso fine agosto, queste tematiche hanno avuto poco risalto. *GynecoAogoi* ha chiesto al Ministro per le Pari Opportunità Mara Carfagna un contributo per il numero speciale del congresso. Il suo ufficio stampa ha fatto sapere che non aderiva a tale richiesta. Forse perché il programma del congresso privilegia la parte medica, biologica trascurando il contesto sociale in cui questi fenomeni si veri-

ficano? Chissà... Eppure questo congresso di Palermo, a distanza di sedici anni dalla precedente manifestazione palermitana, è la giusta occasione per fare dei bilanci anche su com'è cambiato il mondo della donna e su come siamo cambiati noi ginecologi. È fuor di dubbio che i sedici anni intercorsi tra i due congressi sono stati importanti per la crescita culturale della nostra specialità. Questi anni hanno impresso alla cultura medica un'incredibile accelerazione in avanti. Sono stati anni d'intensa attività sul piano clinico-scientifico, ma soprattutto hanno permesso di ripensare con attenzione i contenuti teorici, i presupposti etici, i valori operativi e le prerogative che riguardano la salute delle nostre pa-

zienti, viste non più come soggetti isolati nei nostri ospedali ma inserite nella società in cui viviamo. Credo che sia giunto il momento di chiedersi se questo nuovo modo di pensare, di interpretare al femminile i bisogni di salute e di benessere (espressi e inespressi dalle donne) abbia attraversato solo superficialmente la nostra professione o se invece abbia messo radici nella nostra pratica medica (e prima ancora nella nostra testa), portando a un qualche risultato. Si deve ammettere che vi è un certo ritardo della ginecologia italiana rispetto al correre della storia. Ritardo non certo sul piano clinico-scientifico, ma sul modo di pensare al nostro ruolo, al modo di essere e di mettersi in discussione di cia-



scuno di noi. Ritardo nell'indicare ai ginecologi più giovani vie nuove per essere davvero parte attiva nel miglioramento della qualità di vita e della cultura umana in senso antropologico, ma soprattutto

della sua femminilità non dissociata ma determinata dalla sua biologia. Si deve inoltre tener presente che il grado di rispondenza del nostro essere ginecologi nei confronti delle necessità sociali delle pazienti è un dato dinamico, in funzione del cambiamento, e quindi in continuo divenire. Tutto questo ci costringe a non abbassare mai la guardia se si vogliono raggiungere degli obiettivi soddisfacenti.

Ma cosa accade per le "nuove leve"? Sicuramente i giovani medici mostrano oggi una mentalità più aperta rispetto ai colleghi di sedici anni fa. È diverso il loro rapporto con le istituzioni, con se stessi e con le pazienti. Soprattutto è cambiato il clima politico-economico in cui questi medici si muovono. Hanno notevole difficoltà d'inserimento. Credo che su quest'aspetto sia necessario riflettere perché coinvolge non solo il buon funzionamento del Ssn (leggi ricambio generazionale), ma anche il loro modo di pensare, i comportamenti, la qualità di vita, e soprattutto il loro futuro. Questi giovani

medici sperimentano per la prima volta il loro "destino europeo". Hanno una mente aperta. Si muovono bene nel mondo della comunicazione e dell'informazione (importante in un mondo sempre più globalizzato). Sono però frustrati nelle loro aspettative dalla stagnazione del mercato del lavoro, dalla mancanza di concorsi ospedalieri per la crisi economica di questi anni. Molti sono sottoccupati. Negli ultimi anni la maggior parte di loro si è sentita protetta dal reddito familiare e si è adattata. Ha utilizzato al meglio l'arte di campare e di arrangiarsi. Fino ad alcuni anni fa era importante il "posto fisso" in ospedale, possibilmente vicino casa. Ora per i neo-specializzati va bene anche il privato, le guardie in sala parto mal pagate e senza assicurazione. Questa situazione di precariato un primo effetto negativo l'ha determinato: sfiducia nel futuro. "La sfiducia dei giovani si ricollega a una sfiducia nel sistema", dice Giuseppe De Rita, presidente del Censis. "Non è la crisi a paralizzarli. Ma la barra abbassata sul futuro da un sistema incapace di tornare a fare sviluppo". L'Aogoi ha colto da tempo questi problemi. Molto è stato fatto. Basti pensare al grande sforzo economico dello "scudo assicurativo" per fornire una maggiore tranquillità lavorativa. Alle borse di studio per migliorare l'aggiornamento. Alla continua pressione sulla classe politica, e all'attività sindacale. Credo però che sia necessario fare un ulteriore sforzo. Discuterne più ampiamente. Portare questi problemi a livello di meeting nazionali. Perché è urgente trovare delle soluzioni: se i nostri giovani medici vengono sacrificati alla crisi dell'euro, quale futuro rimane ad una ginecologia italiana che diventa sempre più vecchia e con sale parto sempre più svuotate di medici? 

ZOLODER 200 mg
capsule rigide

FLUCONAZOLO

Classe A

PREZZO DI RIFERIMENTO

311.0811 Dep. AIFA 08/09/11 Classe A (RR) € 33,52

Donne enorme potenziale sociale sottoutilizzato

di Giuseppe De Rita

Presidente della Fondazione Censis

Chi mi conosce sa, e me lo attribuisce a colpa, che nutro fieri sospetti sulla tematica delle pari opportunità. So bene che le donne soffrono di situazioni difficili e squilibrate nel campo professionale, sociale, biologico; ma so altrettanto bene che la spinta politica alle pari opportunità non tiene conto di come la popolazione femminile stia evolvendo in questi anni, e non sempre in termini tali da pensare a magnifiche sorti e progressive.

Per spiegare questa mia valutazione cercherò di mettere in ordine (con uno schematicismo di cui mi scuso ma che ritengo necessario) alcuni banali riferimenti di base.

Il primo è riferito ad un richiamo apparentemente positivo: le donne hanno un vantaggio biologico-demografico evidente: sono e saranno la quota maggiore della popolazione italiana, specialmente di quella anziana, ed hanno una più lunga aspettativa di vita. Basta guardare alla figura 1 per constatare che esse hanno oggi un'aspettativa di vita di

“La questione femminile è molto più complicata e complessa di quanto farebbero pensare i termini di “pari opportunità”... Non bastano gli incentivi ad assumere le donne, le politiche a favore dell'imprenditoria al femminile, le politiche familiari o quelle di conciliazione. Serve anche un cambiamento culturale che investa il rapporto uomo-donna

”

84,6 anni contro i 79,1 dei maschi, ed al 2030 passeremo ad una aspettativa di 87,5 anni contro gli 82,2 dei maschi.

Cinque anni di differenza sono tanti ma non c'è tanto da compiacersi della cosa: saranno più longeve ma resteranno sole, basta che si prenda atto di quanto rilevato nella tabella 1 che chiarisce che gli ultrasessantacinquenni che vivono soli sono per l'11,0% maschi e per il 36,6% femmine. Mi sarà permesso di sorridere sul fatto che la figura di “single” che fa da icona alla femminilità mo-

derna finisce per essere prevalentemente quella di una anziana solitaria; e non è una cattiveria, è la constatazione di un trend oggettivo: una maggiore longevità può significare una vita più lunga in condizioni economiche e sociali problematiche, forse più dei maschi.

Questo comunque non può farci dimenticare che la vitalità femminile non si attua solo sul piano biologico-demografico. Le donne oggi si sentono più potenti che nel passato, più padrone di se stesse, più cariche di soggettività. Basta pensare a quel senso di vitalità che viene dalla spostamento “volontario” dei limiti biologici della procreazione (l'età media al parto è oggi di 31,1 anni, il dato più alto di tutta l'Europa occidentale); ed ancor più basta pensare alla spinta alla mobilità sociale attraverso la partecipazione ai processi formativi: dalle università italiane escono più donne laureate e con voti migliori che non i maschi (nella distribuzione della popolazione per titolo di studio le donne laureate fino ai 34 anni sono il 29% del totale contro il 18,5% dei maschi), segno evidente di una volontà di crescita, anche qualitativa, che ha trasformato il panorama culturale del Paese.

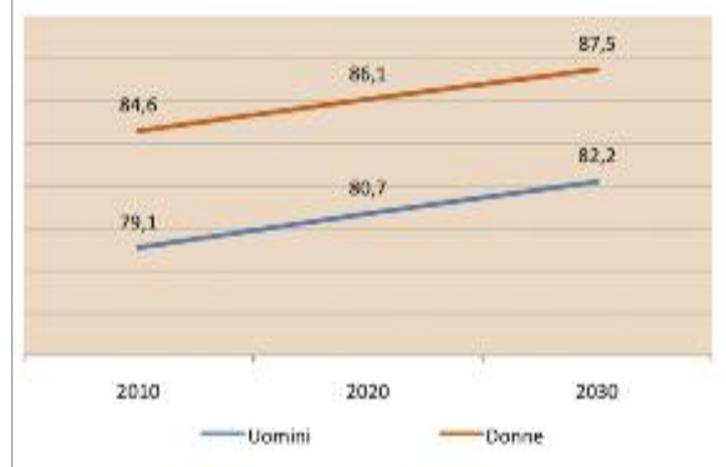
Ma, e qui sta il vero problema di squilibrio per il mondo femminile, tutto ciò non

Tabella 1. Le famiglie unipersonali, per genere e classe d'età del componente (val. %)

	Fino a 34 anni	
Uomini	35-44 anni	8,0
	45-54 anni	10,0
	55-64 anni	6,8
	65 anni ed oltre	5,2
	Totale Uomini	11,0
Donne	Fino a 34 anni	4,3
	35-44 anni	6,1
	45-54 anni	5,3
	55-64 anni	6,7
	65 anni ed oltre	36,6
Totale Donne	58,9	
TOTALE		100,0

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat "Aspetti della vita quotidiana"

Figura 1. L'aspettativa di vita alla nascita al 2010, previsioni 2020 e 2030 (v.s. anni)



sembra avere ancora un impatto sulle dinamiche del mercato del lavoro: il tasso di attività femminile cresce lentamente e comunque l'Italia è il paese europeo con livelli di attività e di occupazione al femminile particolarmente bassi (figura 2).

Si tratta peraltro di una incapacità del sistema produttivo italiano di includere, che con ogni probabilità pesa in modo decisivo sulle opportunità di crescita economico-

mica, laddove i Paesi con tassi di occupazione femminile più alti sono anche quelli economicamente più dinamici, e soprattutto in considerazione del fatto che il valore aggiunto per unità di lavoro in Italia è tra i più alti d'Europa: quello che manca alla crescita italiana sembra essere l'inclusione, segnatamente delle donne.

Ma l'inclusione delle donne scontra

► Segue a pagina 26

Tabella 2. Strategie di autoregolazione familiare per affrontare i bisogni assistenziali (val. %)

	Presenza di minori in età scolare (base=20,1%)	Presenza di bambini in età prescolare (<6) (base=9,3%)	Presenza di adulti disabili o di anziani non autosufficienti (base=6,8%)	Totale (base=30,8%)
La madre / moglie casalinga si è fatta carico dell'assistenza integralmente o quasi (senza aiuto o quasi)	28,8	31,4	36,9	28,7
La madre / moglie ha ridotto il suo lavoro fuori casa per fronteggiare il carico assistenziale	21,9	40,0	9,7	22,7
La madre / moglie ha smesso di lavorare fuori casa, o anticipato il pensionamento, per fronteggiare il carico assistenziale	5,0	7,1	8,7	5,8
Il padre / marito ha ridotto il suo lavoro, o ha smesso di lavorare o ha anticipato il pensionamento, per fronteggiare il carico assistenziale	0,3	0,0	2,9	0,8
La figlia o il figlio hanno ritardato la loro uscita da casa per fornire assistenza	2,3	1,4	6,8	3,0
Il familiare che si occupa dell'assistenza è stato affiancato da un aiuto a pagamento	2,9	4,3	30,1	8,0
Nessuna di queste	48,3	34,3	28,2	43,5

Fonte: Indagine Censis - Uniscol 2011



Medicina di genere

Piccoli e grandi passi avanti

di **Flavia Franconi**

Professore di Farmacologia Cellulare e molecolare, Università di Sassari, Presidente di GISEG

Il problema

La prestigiosa rivista Nature, nell'editoriale del 10 giugno del 2010, sollecita a prendere in considerazione il determinante genere. Sottolineando che, all'alba del terzo millennio, alle donne si continua ad applicare una medicina meno basata sull'evidenza rispetto a quella applicata agli uomini. Storicamente, la ricerca preclinica e clinica, con l'eccezione dei processi sesso e genere specifici, è stata prevalentemente condotta su soggetti di sesso maschile. In particolare, i trial per i grandi farmaci del sistema cardiovascolare hanno arruolato solo il 30% di donne ed alcuni non ne hanno arruolato nessuna eppure le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morte anche per le donne.

Per millenni le donne sono state considerate dei "piccoli uomini", pertanto il corpo maschile era la norma venendosi così a creare una medicina androcentrica, conseguentemente il genere era ed è stato trascurato nei curricula degli studi e nei libri di testo, eppure non si fa che parlare di medicina personalizzata. Ciò ha generalmente prodotto svantaggi alle donne, lo svantaggio è invece maschile nelle malattie a netta prevalenza femminile (depressione, osteoporosi ecc); perciò non considerare le differenze danneggia ambedue i generi.

Alla base delle differenze risiedono:

- differenze biologiche, oramai è certo che esiste un cuore, un cervello, un polmone, ecc. che si contrappongono a quello maschile;
- variabili determinate dall'ambiente, dal tipo di società, dall'educazione, dalla cultura e dalla psicologia dell'individuo.

La scarsa conoscenza delle differenze biologiche e delle influenze indotte dall'ambiente hanno condotto al cosiddetto "paradosso donna" e vale a dire: le donne vivono più a lungo degli uomini, ma si ammalano di più, usano di più i servizi sanitari e hanno un maggior numero

Promuovere l'educazione e l'informazione tra gli operatori sanitari e la popolazione generale. Dedicare una quota dei fondi pubblici e privati alla ricerca biomedica che enfatizza il determinante genere. Incentivare l'industria farmaceutica a fare ricerca di "genere". Queste le premesse per attuare un circolo virtuoso che porti alla messa in atto dei principi della medicina e della terapia di genere



d'anni di vita in cattiva salute. Ovviamente, se sono più malate, le donne consumano più farmaci e fanno più politerapia per

Per saperne di più

Franconi F et al (2007) *Pharmacol Res*; 55: 81-95

Franconi F, Montilla S, Vella S (a cura di) *Farmacologia di Genere* Seed Torino, 2010

Medical Research Council of Canada <http://www.csuaberta.ca/~wfb/ethics/ethics-e.pdf> (ultimo accesso giugno 2010)

Pirmohamed M et al (2004). *Brit Med J*; 329: 15-9

Editorial (2010) *Nature* 465, 665

Risberg G, Johansson EE, Hamberg K (2009).. *Int J Equity Health*; 8: 28

Wizemann TM, Pardue ML (a cura di) (2001): *National Academy Press*; pp.

117-72

tanto sono soggette più spesso ad effetti avversi (ADE) che spesso sono più gravi di quelle degli uomini. Alcune ricerche internazionali hanno, infatti, evidenziato che nelle donne le ADE sono circa 1,5- 1,7 volte più frequenti rispetto agli uomini e sono anche più severe, avendosi anche maggiori ricoveri ospedalieri. Quindi il genere femminile sembra costituire un potenziale fattore di rischio per le ADE ai farmaci e queste sono importanti fattori di morbilità e mortalità. Ciò in parte dipende anche dalla loro esclusione dagli studi clinici. Esclusione dovuta:

- a motivi etici nati dalla paura di danneggiare il feto. Ciò non risolve gli eventuali problemi di sicurezza, ma semplicemente ritarda la loro soluzione al periodo successivo all'introduzione del farmaco sul mercato. Infatti, come ha

sostenuto il Medical Research Council del Canada nel 1998, l'estrapolazione alle donne dei risultati della ricerca condotta sugli uomini minimizza l'utilità della ricerca stessa;

- a motivi economici, infatti, la maggiore variabilità di risposta farmacologica delle donne porta ad aumentare ed ampliare i gruppi sperimentali aumentando i tempi e i costi della ricerca. La cosiddetta "variabilità femminile" è invece l'espressione della complessità della realtà clinica, che dipende dalle variazioni ormonali fisiologiche ed esse non sono eliminabili in alcun modo. Tale variabilità è aumentata dall'uso delle associazioni estroprogestiniche che producono altre categorie di donne sia dal punto di vista farmacodinamico che farmacocinetico;

- a reticenza a partecipare agli studi clinici, reticenza che nasce dal timore di ledere la propria capacità riproduttiva e dalla mancanza di tempo per il ruolo di caregiver.

La situazione negli ultimi 10 anni è migliorata per quanto riguarda soprattutto gli studi in fase 3, ma è ancora molto carente l'analisi di genere.

Cosa fare

Il pregiudizio di genere deve essere corretto per arrivare ad una medicina basata sull'evidenza anche per le donne attraverso una serie d'iniziative per attuare un circolo virtuoso che porti alla messa in atto dei principi della medicina e della terapia di genere, ed esattamente:

1. Educazione ed informazione

2. Dedicare una quota dei fondi pubblici (Ministero salute, Ministero dell'istruzione, Regioni ecc) e dei fondi privati (fondazioni bancarie ecc) alla ricerca biomedica che enfatizza il determinante genere.
3. Incentivare l'industria farmaceutica a fare ricerca di "genere".

Iniziative Italiane

In questi ultimi anni sono state intraprese una serie d'iniziative positive che evidenziano come la tematica inizi a prendere piede nel nostro paese. Fra queste ricordiamo che nel 2011, il Parlamento Italiano ha costituito un gruppo interparlamentare di genere dove confluiscono circa 80 tra deputati e senatori, coordinato dall'onorevole Sabrina de Camillis, a sottolineare la valenza sociale e politica della tematica. Sempre nel 2011, l'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa) ha insediato un gruppo di lavoro "Farmaci e genere", un passo fondamentale per superare il pregiudizio di genere nella terapia. Inoltre, l'Agenas ha istituito gruppi di lavoro per le linee guida di genere per le malattie cardiovascolari e respiratorie e sulla fibromialgia. Mentre l'Università di Sassari ha istituito uno specifico dottorato di Farmacologia di Genere, e la Summer School in Gender Medicine in collaborazione con 5 università europee. Infine, la Regione Puglia ha costituito una commissione di genere.

Sono state fondate riviste di genere come Gender, sono stati pubblicati numeri monografici sulla medicina di genere da parte di Monitor, dal Giornale della Società di Medicina Generale, dai Quaderni della SIF, e libri di testo come: *Farmacologia di Genere* (Seed, Torino, 2010), *La salute della donna, un approccio di genere* (Franco-Angeli editore, 2010)

su iniziativa dell'Osservatorio Nazionale della Salute della Donna; *Medicina di Genere, la nuova frontiera della Medicina* (Hippocrates-Edizioni Medico-Scientifiche, 2011).

Accanto a queste iniziative di tipo educativo sono state prese anche molte iniziative di divulgazione come "Gender Attention" promossa dal Gruppo Italiano Salute e Genere (GISEG) con il contributo educativo di Novartis. Sono stati organizzati tanti altri eventi che per ragioni di spazio non possono essere ricordati. ■





Oltre le pari opportunità

di Valeria Dubini
Vicepresidente Aogoi

Non c'è dubbio che le Pari Opportunità costituiscono e hanno costituito anche nel nostro Paese un passaggio indispensabile tra il riconoscimento della "differenza" e la sua affermazione.

È nella fase dell'affermazione della differenza che ci si accorge che diventa inevitabile andare "oltre", oltre le pari opportunità, oltre l'obiettivo di avere le stesse occasioni, per puntare a qualcosa di più ambizioso come portare nuovi valori, cambiare strutturalmente le regole, ridisegnare gli equilibri e in definitiva coinvolgere la società tutta. Bello dunque puntare oltre... ma dobbiamo innanzitutto domandarci se davvero quel primo obiettivo è stato raggiunto. Non sembra, se si sfoglia la pubblicazione del 2010 del World Economic Forum (The Global Gender Gap Report) che valuta periodicamente i vari Paesi da un punto di vista delle discriminazioni uomo-donna, e che ci vede soltanto al 74° posto. Lo studio infatti rileva che mentre l'86% dei Paesi considerati hanno messo in atto azioni per ridurre la forbice discriminatoria di genere, nel 14% degli altri Stati si osserva invece una controtendenza e purtroppo, tra questi, vi è anche l'Italia, che scende dal 72° posto ottenuto nel 2008 al 74° del 2010.

I punti deboli evidenziati riguardano le discriminazioni salariali, il tasso di occupazione e di disoccupazione femminile nonché la presenza delle donne nelle sedi decisionali, ovvero in politica e nei ruoli dirigenziali. Il mondo sanitario ne è un esem-

“ La nostra associazione ha avuto l'ambizione di contribuire a far crescere dei "medici delle donne" ed è in questa direzione che è andata, giorno dopo giorno, seppure con fatica. Proseguiamo su questa strada ed è su questa strada che aspettiamo le istituzioni e soprattutto le donne: tutte le donne, operatrici e assistite



pio lampante: le donne rappresentano il 70% del personale del comparto sanitario, ma solo nell'11% dei casi rivestono ruoli dirigenziali.

Viene da pensare che fino a quando non ci sarà la possibilità di far pesare la questione della differenza, là dove si decide, sarà sempre difficile arrivare a delle autentiche trasformazioni che ruotino su di essa. Peccato!

Peccato perché rappresenta un dispendio di risorse (è per questo che se ne occupa un organismo eminentemente economi-

co) e anche perché alcune trasformazioni già in atto nella Società trarrebbero enorme vantaggio dalla presenza femminile: si pensi soltanto a quello che sta accadendo in ambito medico, dove la medicina sta perdendo i suoi connotati paternalistici e attraverso l'introduzione di modalità condivise tra medici e pazienti sta faticosamente cercando di costruire un rapporto più paritetico tra i professionisti e i nostri assistiti.

È indubbio che l'approccio femminile è facilitato in questo per-

corso e può proporre modalità diverse da quelle fino a qui consolidate: per attitudine e per storia sociale la donna è più portata a considerare l'opinione dell'altro, tende ad ascoltare di più e a farsi carico di dubbi e problemi, e tutto questo può essere di grande utilità quando l'approccio medico smette di essere quello paternalistico di un tempo, quando si poteva dire al paziente "decido io perché so io quello che è meglio per te".

Peccato anche perché tutto questo costa molto alla società ma costa soprattutto alle donne. Se fino ad ora, le strutture, gli orari di lavoro, l'organizzazione dei servizi e il supporto alle famiglie è e rimane quello pensato "al maschile", non ci sono dubbi che a farne le spese sono le donne che vorrebbero realizzarsi nel lavoro ma anche portare avanti il proprio legittimo desiderio di realizzarsi in una relazione di coppia e in un progetto riproduttivo. È a loro che si chiede troppo spesso di rinunciare a qualcosa: che si tratti del lavoro, in un momento in cui la crisi riduce i posti per tutti, o che si tratti della maternità, sovente rimandata e magari resa impossibile da ritmi biologici che sono pur sempre gli stessi.

La maternità in età materne avanzate non rappresenta il successo dell'autodeterminazione e

magari delle tecniche che noi siamo in grado di offrire, ma piuttosto l'insuccesso di una società che non ha saputo trovare soluzioni e finisce per costringere le donne a fare meno figli di quanti vorrebbero.

Eppure non si possono disconoscere i passi avanti che si sono fatti: ovunque si sta affermando l'idea che la medicina presenta degli aspetti legati al genere che non possono essere trascurati, né quando andiamo a porre una diagnosi né quando si parla di risposta alle terapie, e non è un caso che la nostra associazione da tempo vada promuovendo iniziative per valorizzare la cosiddetta "medicina di genere".

E ancora, la consapevolezza che la violenza sulle donne rappresenta una realtà anche nel nostro Paese ed ha conseguenze sulla salute che nessun professionista sanitario può ignorare, è ormai parte della nostra cultura e non fa più notizia che una sessione del congresso nazionale sia dedicata a questo.

In tutto ciò credo che abbiamo lavorato molto e abbiamo lavorato bene per creare cultura, consapevolezza e occasioni di confronto: la nostra associazione ha avuto l'ambizione di contribuire a far crescere dei "medici delle donne" ed è in questa direzione che è andata, giorno dopo giorno, seppure con fatica. Noi proseguiamo su questa strada ed è su questa strada che aspettiamo le istituzioni e soprattutto le donne: tutte le donne, operatrici e assistite, perché solo così si può pensare di avere la possibilità di costruire qualcosa di nuovo e conquistare appieno le pari opportunità e magari di andare davvero...oltre! 



Prevenzione e benessere riproduttivo: il contributo della ginecologia territoriale

di **Giovanni Fattorini**
Presidente AGITE

Il congresso nazionale di Palermo è il primo Congresso dopo la ricomposizione delle diverse anime della Ginecologia italiana avvenuta a Milano nel 2010. Probabilmente è ancora troppo presto per valutare pienamente le conseguenze del chiarimento avvenuto a Milano e sarà solo dopo l'appuntamento del mondiale di Roma 2012 che sarà possibile trarre un bilancio di questa tormentata fase che, credo sia nell'augurio di tutti, dovrebbe lasciare il posto a un rilancio del ruolo e dell'immagine della nostra disciplina e della nostra categoria sottoposta come poche altre a una rapidissima trasformazione in questi ultimi anni.

Molti di noi si sono soffermati in più di una occasione sulle caratteristiche di questa trasformazione, che non è solo la fisiologica evoluzione delle conoscenze, delle tecniche e delle tecnologie di tutte le branche della medicina, che ha visto anche per la nostra uno straordinario progresso negli ultimi anni, ma nel nostro caso anche molto di più. E il Congresso di Palermo sarà, ne siamo certi, una occasione propizia per proseguire questa riflessione oltre che per approfondire i temi più strettamente scientifici.

Già il titolo "Donne oltre le pari opportunità sociali, professionali...biologiche" ne costituisce una premessa e una promessa. Come detto nella presentazione del Congresso, i "vantaggi" legati all'emancipazione, peraltro contraddittoria e non conclusa, delle ultime generazioni rischiano per le donne del nostro tempo di trasformarsi in svantaggi non solo sul piano biologico, ma anche sul piano affettivo e relazionale, non limitandosi tra l'altro a interferire solo con la sfera del "privato".

Un esempio per tutti: la primiparità tardiva con tutte le complicazioni legate a questo fenomeno, compreso l'insuccesso procreativo connesso all'età, è un problema che riguarda sia la singola donna, la singola coppia, ma riguarda anche la sfera so-

"La vocazione della ginecologia territoriale rimane per storia e cultura una vocazione accomunata alla prevenzione. Una prevenzione non separata dall'attenzione anche clinica al singolo soggetto, alla sua storia e alla sua complessità. E questa vocazione e i risultati dell'impegno dei tanti colleghi che operano nelle strutture pubbliche, ma anche di quelli che lavorano nelle strutture private, vorremmo diventasse il nostro contributo al successo del nostro appuntamento annuale"



ciale e tende a diventare un problema collettivo cioè politico. La contrazione della natalità, fenomeno che per molti aspetti è correlato al precedente, riguarda per definizione non solo i singoli ma tutta la società e ha ancora una volta conseguenze più generali. L'impatto di scelte individuali che si trasformano in comportamenti collettivi non è una novità della storia recente. Quello che è nuovo, ed è perciò che ci riguarda da vicino, è il peso, l'influenza che la medicina e i suoi operatori hanno oggi sugli atteggiamenti dei singoli, in particolare rispetto alle scelte

procreative, al tema della promozione o in modo complementare, al controllo della fertilità, e al tema ancora più impegnativo del valore o della "relatività" del generare.

Questo percorso di riflessione, che apparentemente riguarda o dovrebbe riguardare poco gli addetti alla salute "fisica" del corpo femminile, ci tocca invece direttamente come professionisti e cittadini di questa comunità, non solo per un'"influenza" più spiccata del passato della medicina – universo di riferimento, oggi ritenuto più autorevole dei precedenti grandi "sistemi di va-

lori" – ma anche perché, e questa ne è una conseguenza, la figura del medico, promosso o condannato apparentemente a ruoli di sempre maggiore tecnicità viene invece sempre più spesso delegato (magari senza che la donna o la coppia se ne rendano conto) ad assumere decisioni o a prestare suggerimenti (che sono spesso decisioni dissimulate) che non riguardano solo la sfera specificamente clinica.

Quale ruolo quindi per chi si confronta quotidianamente con le "perplexità" di donne e coppie di fronte alle questioni della salute sessuale e riproduttiva che hanno individuato nella figura del "ginecologo medico preventivo", come piace definirci, una delle figure di riferimento insieme al medico di medicina generale o al loro specialista di fiducia?

Per tentare una risposta bisogna forse prima di tutto condividere una affermazione. Di fronte al progressivo accentuarsi della inconciliabilità tra "emancipazione" e realizzazione del sacrosanto diritto ad avere figli i medici dovrebbero, sostenendo le donne e le coppie a praticare i loro legittimi desideri, supportare anche l'idea che la conciliabilità non solo è possibile ma è una sfida che riguarda tutti e che solo nella misura in cui questo diritto si affermerà, nei fatti, a goderne e a guadagnarci non sarà solo la singola donna o la singola coppia ma la società tutta.

L'idea che il benessere riproduttivo sia un bene comune e che questo benessere dipenda anche dalla attenzione e dalla cura che una società decide di destinare a questo aspetto (sotto forma di servizi, risorse, competenze, impegno comune di professionisti e istituzioni) non



è ancora un'idea sufficientemente condivisa benché i risultati, dove le politiche sanitarie sono state lungimiranti, sono già quantificabili. Alcuni esempi: gli screening di popolazione e la vaccinazione di massa contro l'Hpv hanno dimostrato, dove sono stati realizzati con razionalità, che la riduzione delle patologie oncologiche è possibile. La rete di assistenza alle donne immigrate, consultori pubblici e volontariato, anche in questo caso dove le condizioni lo hanno consentito, si sta dimostrando un importante strumento di integrazione e di coesione sociale.

L'impegno sul versante della prevenzione del ricorso all'Ivg, che occupa quotidianamente operatori sanitari e sociali, ha favorito la progressiva riduzione del fenomeno tra le italiane e un iniziale contenimento anche tra le donne straniere.

Nell'affermare tutto questo siamo perfettamente consapevoli che i limiti sono ancora molti, troppi, e che le ultime vicende che riguardano il futuro del nostro sistema sanitario non inducono all'ottimismo, anzi. Così come siamo convinti che moltissimi sono i fattori che dovrebbero concorrere per ottenere risultati soddisfacenti in questo campo, ma non vi è dubbio, e alcune esperienze internazionali ce lo insegnano, che dove questi sforzi non sono stati fatti o dove non esistevano le condizioni per farli i risultati in termini di benessere per le donne e per la popolazione in generale sono molto negativi. Basti citare i tassi di gravidanza indesiderate e la frequenza del ricorso all'aborto volontario, soprattutto tra le minori, dati strettamente correlati all'incidenza delle malattie trasmesse sessualmente in molti paesi e non solo tra quelli in via di sviluppo, per non parlare della tragedia dell'aborto "unsafe".

La vocazione della ginecologia territoriale rimane per storia e cultura una vocazione accomunata alla prevenzione, ma una

Tutela legale, ruolo professionale, sviluppo di carriera sono tra i temi più sentiti da tutti i colleghi e a questi e a tanti altri problemi tenderemo di dare risposte

prevenzione non separata dall'attenzione anche clinica al singolo soggetto, alla sua storia e alla sua complessità. E questa vocazione e i risultati dell'impegno dei tanti colleghi che operano nelle strutture pubbliche, ma anche di quelli che legittimamente lavorano nelle strutture private, vorremmo diventasse il nostro contributo al successo del nostro appuntamento annuale. Agite sarà presente all'interno del Congresso con due iniziative: una dedicata ad un tema emergente di grande impatto sociale, ma anche sanitario culturale ed etico quale è quello della tutela della adolescente immigrata, che intreccia due filoni di impegno e ricerca della nostra associazione e cioè la salute della donna immigrata e la salute sessuale e riproduttiva dei più giovani.

Il secondo spazio sarà dedicato ad approfondire una volta di più gli aspetti della professione, delle prospettive future di una categoria, quella del ginecologo territoriale, dall'inquadramento normativo e sindacale ancora molto incerto, diviso tra coloro che intrattengono un rapporto di convenzione con il Ssn e una

fetta, sempre più rappresentata, composta da personale dipendente che usufruisce dello stesso contratto del personale ospedaliero ma che opera in un contesto molto diverso.

Tutela legale, ruolo professionale, sviluppo di carriera sono tra i temi più sentiti da tutti i colleghi e a questi e a tanti altri problemi tenderemo di dare risposte. Alle due iniziative parteciperanno esperti delle due problematiche e nella seconda in particolare, oltre ai rappresentanti di Agite e di importanti sigle sindacali, anche i vertici della Sigo e di Aogoi.

Non è retorica, e non corre l'obbligo, ma è sincera gratitudine riconoscere ai presidenti del Congresso e a tutto il team organizzativo una attenta considerazione per le proposte che abbiamo avanzato e concordato

con loro.

Li ringraziamo per la pazienza e la sollecitudine con la quale hanno seguito l'allestimento del Programma che comprende in molte sessioni la presenza di colleghi che operano da anni nelle realtà territoriali di tutto il paese, a dimostrazione della sempre più stretta integrazione tra le realtà dove si assiste, si interviene, si opera a vantaggio delle donne, delle coppie, delle famiglie. Non posso infine non ricordare a tutti che dal 24 al 26 novembre Agite e Smic celebreranno il loro secondo Congresso (il primo nella Capitale) dal titolo "La ginecologia e l'ostetricia nel territorio: prevenzione, clinica, integrazione".

Un'occasione anche questa per approfondire i temi della professione e i temi scientifici e culturali che da alcuni anni abbiamo posto al centro del nostro operare e al centro della riflessione non solo nostra ma di tutti gli operatori legati alla nostra specialità, medici territoriali e ospedalieri, ostetriche, infermiere.

Un'occasione per ribadire l'unità di intenti con Aogoi e per affermare la piena cittadinanza della nostra associazione nell'unica Società scientifica dei ginecologi italiani: la Sigo. **Y**

► Segue da pagina 19

Le "quattro erre" del rinnovamento di Massimo Russo

- con trend positivo
- disattivazione dei punti nascita con numero di parti inferiore a 500/anno, con l'eccezione di quelli individuati come punti nascita in zona disagiata di cui al punto seguente
- mantenimento dei punti nascita pur con meno di 500 parti/anno che rispondono alle caratteristiche di zone montane e disagiate distanti dal p.o. di riferimento e dalla possibilità di attivazione dell'organizzazione di Sten e Stam
- l'accorpamento delle unità operative sedi di punti nascita ancorché con numero di parti di 500 o più annui se vicini da realizzarsi nella struttura che presenta le migliori condizioni di sicurezza (Utin, rianimazione etc)
- acquisizione degli standard operativi di sicurezza e tecnologici necessari per la riorganizzazione su due livelli delle U.O. di ostetricia e ginecologia, Utin e pediatria/neonatologia per l'accreditamento di ogni punto nascita
- riorganizzazione del "percorso nascita", per offrire alle mamme e ai neonati una migliore qualità dell'assi-

stenza e della presa in carico completa dal concepimento fino al periodo immediatamente precedente al parto

- localizzazione di una struttura in una logica di efficienza complessiva
- identificare diversi livelli di attività e garantire eccellenza di ogni punto della rete ai fini della garanzia della rete stessa
- autonomia all'interno del territorio provinciale per la maggior parte dei servizi
- integrazione fra i punti della rete con il territorio e con il privato
- costituzione di punti di riferimento anche sovraprovinciali
- integrazione con rete dei consultori

Fermo restando che in questa fase programmatoria, per la quale si terrà conto dei parametri e criteri sopra indicati, verrà fissato tuttavia il numero di almeno 1000 parti/anno quale parametro standard a cui tendere progressivamente nel triennio.

Di particolare importanza per la realizzazione del progetto la formazione e l'aggiornamento degli operatori, l'informazione e la formazione degli utenti nonché l'attività di monitoraggio e verifica delle attività svolte, anche al fine di valutare la performance delle strutture pubbliche e private accreditate, specifico audit clinico. **Y**



Lavanda Vaginale

Eutrofico
Igienizzante Intimo

ALIS®

GININTIMO

Eutrofico - Multifunzionale il primo probiotico - antiossidante a difesa dell'ecosistema vaginale

► Segue da pagina 16

La prevenzione. Chiave delle politiche del Terzo millennio

di Antonio Tomassini

zione di criticità specifiche circa la tutela della salute della donna e del feto e sulle modalità di esercizio dell'autodeterminazione della donna nella scelta tra parto cesareo o naturale. "Nascere sicuri". In qualità di relatore dell'indagine conoscitiva vorrei illustrarvi il programma di massima, soffermandomi in particolare sulla situazione che concerne i punti nascita in Italia. I recenti fatti di cronaca hanno ingenerato una serie di dubbi sulla sussistenza concreta delle caratteristiche essenziali dei punti nascita, con particolare riguardo all'esistenza di attrezzature idonee per gli interventi ordinari e di emergenza, nonché alla presenza di personale specializzato e qualificato per il parto. Alla luce di tali avvenimenti, ho ritenuto necessario avviare un attento studio sulla funzionalità ed efficienza dei punti nascita e degli operatori di settore, nella prospettiva di risalire alle cause della fenomenologia negativa riscontrata negli ultimi tempi.

A tal fine, ritengo opportuno

svolgere una valutazione sulle modalità di assistenza al parto e sui percorsi della nascita e della tutela della salute della madre e del bambino nella prospettiva di accertare l'effettiva funzionalità delle strutture che si occupano di nascita, anche al fine di arginare il fenomeno di "psicosi da parto" che si è diffusa negli ultimi tempi. In Italia, inoltre, il tasso di natalità è pari a 1,33 figli per donna in età fertile, e in termini percentuali prossimo allo zero, in quanto per anno il numero dei nati è quasi uguale a quello dei deceduti senza considerare che l'Italia è un paese a elevato tasso di invecchiamento. È fondamentale pertanto che venga garantito il diritto di partorire in sicurezza, nella prospettiva di impedire che disservizi sanitari o falsi allarmismi si vadano ad aggiungere alle altre cause economiche e sociali che disincentivano le giovani coppie dal mettere al mondo dei figli.

L'indagine conoscitiva terrà inoltre conto dei lavori delle altre Commissioni parlamentari che stanno approfondendo tale problematica, nonché della documentazione acquisita dalla Commissione sull'argomento a partire dalla XIV legislatura. Concludo il mio messaggio

sottolineando che si renda auspicabile, che le politiche del terzo millennio siano orientate ad un obiettivo socio-sanitario di prevenzione, diagnosi e trattamento precoce, elementi attraverso i quali si diminuiscono i costi totali di tutte le malattie, andando ad incidere sul QALYs (Quality Adjusted Life Years), overosia sul numero di anni recuperati in buona salute, e sulla quality, e il grado di disabilità (Disability Adjusted Life Years - DALYs), gli anni di vita al netto della disabilità. Tutto questo nella prospettiva di mutare lo scenario relativo all'assistenza sanitaria verso un progressivo welfare state della popolazione e del singolo cittadino, in base al principio di uguaglianza sostanziale e in coerenza con la definizione di salute dettata dall'Oms, intesa quale "completo benessere fisico, mentale e sociale" e non quale semplice assenza di malattie o infermità. Ovviamente è solo con la sinergia tra le istituzioni, che ci vedono sempre più presenti e attivi nelle sedi strategiche per il decision making sanitario, e la collaborazione scientifica sempre più stretta con le società nazionali e internazionali che potremmo dare una svolta alla questione Salute. **Y**

► Segue da pagina 21

Donne enorme potenziale sociale sottoutilizzato

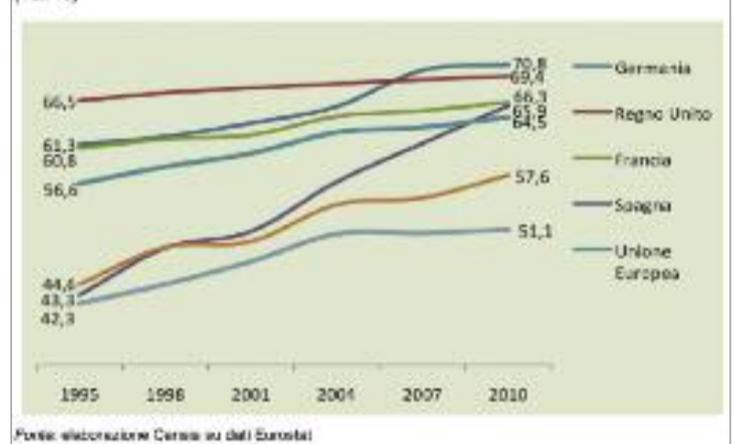
di Giuseppe De Rita

contro un altro aspetto strutturale: la configurazione del welfare, o meglio dei bisogni sociali e della loro concreta "copertura". Abbiamo una spesa sociale elevata eppure abbiamo delle scoperture che solo le famiglie (e le loro donne) possono fronteggiare. Possiamo anche gloriarci di un buon welfare familiare ma nei fatti (si veda la tab. 2) nel mondo familiare ci sono bisogni anche gravi che alla fine gravano prevalentemente se non totalmente a carico delle donne, che fatalmente riducono o eliminano il lavoro fuori casa per fronteggiare le esigenze di welfare familiare.

Chi mi ha letto fin qua avrà capito che per me la questione femminile è molto più complicata e complessa di quanto farebbero pensare i termini di "pa-

ri opportunità" su cui molti si sono andati ad arenare e su cui si rischia di dover fare non lotta e competizione sociale, ma piuttosto ricorsi a sentenze dei tribunali amministrativi. Io ritengo che le donne rappresentano un enorme potenziale sociale sottoutilizzato. Per farle uscire dalla marginalità in cui, nonostante gli innegabili miglioramenti della condizione femminile, ancora vivono è fondamentale attivare un intervento su più fronti. Non bastano gli incentivi ad assumere le donne, le politiche a favore dell'imprenditoria al femminile, le politiche familiari o quelle di conciliazione. Serve anche un cambiamento culturale che investa il rapporto uomo-donna, che ha a che vedere, ad esempio, con la divisione dei compiti di cura all'interno della famiglia e con il riconoscimento della responsabilità sociale della maternità e della paternità. **Y**

Figura 2. Il tasso di attività femminile nei principali Paesi europei (1995-2010) (val. %)



Lestronette

levonorgestrel/etinilestradiolo

0,10 mg + 0,02 mg

*Fidati
di un gold standard*

Classe C - RR
Prezzo € 9,50



AIC n. 039759016/M

TEVA

THERAMEX



Dall'alleanza all'unità

di Antonella Marchi
Presidente Aio

Dopo lunghi anni di indu-
gi abbiamo definito l'al-
leanza con i Ginecologi
italiani e ciò rappresenta un pas-
so in avanti verso l'unità, in di-
rezione del Collegio Italiano di
Ostetricia e Ginecologia.

“Essere insieme” non significa
aver ceduto qualcosa di noi al-
l'altro, semmai significa perse-
guire un cammino di partner-
ship e collaborazione in cui im-
pareremo ad educarci a vicenda,
nel rispetto delle specifiche com-
petenze, fermandoci per “ascol-
tare” le esigenze e le opinioni
dell'altro. È una responsabilità
etica che abbiamo verso noi ste-
ssi e nei confronti del mondo pro-
fessionale che lasceremo alle gio-
vani ostetriche ma anche ai gio-
vani ginecologi. È una grande sfi-
da, quindi impareremo molto!
Avere la stessa rappresentanza
aiuta a gestire le relazioni con il
Governo, il Parlamento, la Co-
munità Europea e le forze so-
ciali; in un momento storico di
dispersione della rappresentanza,
ciò che è avvenuto con l'alleanza,
supera le frammentazioni e si
qualifica come un valore che
pagherà nel tempo.

Anche a chi di noi sembra di
aver ceduto qualcosa, ricordo
che talvolta “meno” vuol dire di
“più”.

Siamo consapevoli che tutto ciò
si basa sul rafforzamento della
capacità professionale e la con-
ferma del nostro sistema di va-

**“Il percorso unitario che abbiamo iniziato ci permetterà di andare
“oltre” questo momento di instabilità. Per creare un futuro in cui ci sia
equità tra le Ostetriche e tra noi e le altre Professioni. Per partecipare alle
scelte politiche e definire gli strumenti di una democrazia partecipata**



lori senza i quali non c'è futuro
per la tutela dei posti di lavoro,
per lo sviluppo di carriera, per
la valorizzazione del merito che
diventi un esempio da seguire,
quindi lavoro, innovazione, qua-
lità, competenza e solidarietà con
tutto il mondo delle Ostetriche
Italiane che sono sempre state di-
vide da piccole lotte interne che
ci hanno viste perdenti in ogni
ambito della vita professionale e
nella relazione con le altre figu-
re del mondo sanitario.

Il percorso unitario che abbiamo
iniziato aiuterà sicuramente tut-
ti a corrispondere a ciò, negli an-
ni a venire. Bisogna credere nel-
la possibilità di essere diverse!

Nell'ambito del Simposio A.I.O.
al Congresso di Palermo pre-
senteremo una sessione intensa
e forte: Pensare oltre le pari op-
portunità...poiché il nostro obiet-
tivo è quello di andare “oltre”
questo momento di instabilità e
creare un futuro in cui ci sia
equità tra le Ostetriche e tra noi
e le altre professioni, per partici-
pare alle scelte politiche e de-
finire gli strumenti di una de-
mocrazia partecipata.

Affronteremo il nostro futuro,
unite nell'Aio “come i chicchi
nel melograno” come amava scri-
vere il Vate D'Annunzio, nono-
stante un sistema dal “pensiero
debole” che matura i contrasti.
Ci presentiamo al Sigo 2011 con
mille iscritti all'Associazione, un
successo sperato agli albori del-
la nostra costituzione, ma segno
che abbiamo colto la stanchezza
e la delusione per il vecchio mo-
do di vivere la professione in un
clima di incertezza e confusione
in cui prevale un'atmosfera di
gestione provvisoria che si è ri-
flessa sulle scelte compiute. In
tale situazione, è chiaro, come
opinioni e posizioni politiche di-
verse non abbiano trovato drit-
to di rappresentanza con la con-
sequente paralisi culturale e l'im-
pedimento della dialettica in-
terna.

Al Nazionale perciò proporremo

un programma in cui rifletteremo
e discuteremo delle criticità
che vive oggi la formazione di base,
del coordinamento e della di-
rigenza con le varie possibilità di
progressione di carriera; del-
l'azione sindacale e dell'associa-
zionismo contro la fragilità dei
rapporti di lavoro che vedono le
ostetriche precarie da anni o le
giovani ostetriche sfruttate, poi-
ché c'è un'attitudine alla
svendita del nostro pa-
trimonio umano e
culturale in lotta
per difendere la
propria profes-
sione minac-
ciata da figu-
re “non ri-
conosciute”
sul terri-
torio ita-
liano e di
altre che
mettono
in perico-
lo i nostri
spazi pro-
fessionali.
Dibatteremo
su come orga-
nizzarci nella
libera profes-
sione affiné
diventi
una opportu-
nità di svi-
luppo e della ca-
pacità per le
ostetriche di fare

“impresa”; dell'autonomia pro-
fessionale “vera” e della capaci-
tà di agire in modo positivo pro-
fessionalmente, secondo evi-
denza, per fare la differenza tra
chi è una Professionista e si con-
fronta con il mondo medico e
chi resta una “figura ausiliaria”
ormai fuori dal contesto del mer-
cato economico. E per la prima
volta, le Ostetriche partecipano
al lancio di un nuovo ecografo
che porta il nome A.I.O. Per-
tanto, pari opportunità di inizio
per tutte, insieme ed unite con
il mondo medico, ma “oltre” con
il proprio sapere, pensare ed agi-
re che farà la differenza: il no-
stro impegno è mosso da un
“pensiero forte”, quello di crea-
re delle Professioniste che non
sfuggono le proprie responsabi-
lità. **Y**



► Segue da pagina 13

Dalle pari opportunità
alle buone opportunità
di Giuseppe Ettore

- sulla gestione del rischio clinico per la sicurezza degli utenti e degli operatori sanitari
- sugli utenti sempre più informati/disinformati e agguerriti;
- sui mass media sempre pronti a delegittimare l'operato dei sanitari.

Quali sono quindi oggi le “buone opportunità” che la ginecologia italiana deve attenzionare per una governance dei punti critici?

- Governare una forte leadership contrattuale con le istituzioni e la politica attraverso

una forte coesione di tutte le componenti dell'area ginecologica (ospedaliera, universitaria, del territorio e privata) e far prevalere il “gioco di squadra”. In tutto ciò il difficile lavoro svolto in questi anni dai vertici di Aogoi e Sigo ha reso possibile a Bari e Milano e adesso a Palermo notevoli risultati con il coinvolgimento e il riconoscimento delle Società Scientifiche Europee e della Figo e va portato avanti ancora con lucidità e responsabilità.

- Governare la tutela della professionalità dai processi formativi alla carriera (adeguare i percorsi formativi di base, i programmi di aggiornamento e puntare agli Ospedali di insegnamento in rete con l'Università)
- Governare i principali obiet-

tivi di salute della donna attraverso il miglioramento e la verifica dei piani di assistenza tra evidence, innovazione tecnologica, etica e costi; le ristrettezze economiche attuali non garantiscono spesso livelli essenziali di assistenza in aree strategiche come la nascita, la prevenzione dei tumori femminili, la cura delle patologie croniche invalidanti (endometriosi, incontinenza urinaria ecc).

Le esigenze di innovazione scientifica e di ridefinizione dei processi di sanità pubblica muovono da una oggettiva condizione di problematicità della salute femminile. Uno degli obiettivi della medicina del Terzo Millennio è infatti la cura personalizzata, che necessariamente deve considerare le categorie di Pazienti, prima di arrivare alla sin-

gola persona. Dal 2002 l'Organizzazione Mondiale della Sanità chiede che l'integrazione delle considerazioni di genere nelle politiche sanitarie diventi pratica standard in tutti i suoi programmi.

Sarà dunque necessario governare lo sviluppo di modelli assistenziali in rete per il coinvolgimento razionale e appropriato di tutte le figure sanitarie coinvolte (territorio-ospedale; interdisciplinarietà; team di assistenza).

Governare lo sviluppo di modelli assistenziali per la piena integrazione e rispetto della diversità culturale ed etnica.

Governare l'azione politica e sindacale in ambito nazionale e territoriale ed orientare le istituzioni e la giurisprudenza in tema di responsabilità professionale sulla “distribuzione sociale

del rischio” e non ad esclusivo carico degli operatori sanitari. Da Palermo e dalla Sicilia intera, terra dalle mille criticità, si sviluppa da anni un laboratorio di idee, progetti e processi di cambiamento che vede la ginecologia regionale presente, protagonista e forte di insegnamenti e stimoli che hanno già segnato la storia della ginecologia italiana. A Palermo, se da una parte non sarà semplice raggiungere le “pari opportunità” a tutto campo per la variegata potenzialità di stupire ogni ospite attraverso i colori, i sapori, le voci e gli scenari, sarà certo il successo e le “buone opportunità” che stimoleranno e porteranno tutta la ginecologia italiana a partecipare con elevati contenuti scientifici e valori professionali al Sigo 2011, al Figo Roma 2012 e... oltre. **Y**

Spunta una nuova tassa regionale sulle visite mediche in libera professione

Attacco alla Libera professione dei medici

di **Carmine Gigli**
Presidente FESMED

Com'è noto, la "Manovra correttiva" del 15 luglio (L. 111/2011) ha reintrodotta i ticket che erano stati abrogati nel 2008 (L. 133/2008), i quali prevedono 10 euro per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e 25 euro per le prestazioni erogate in regime di pronto soccorso. Nello stesso tempo ha confermato la potestà delle Regioni di adottare misure alternative di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, in sostituzione della quota fissa di 10 euro sulla ricetta. La Regione Toscana ha contrabbandato come misura alternativa

Per la prima volta in Italia, la Toscana ha fissato una tassa regionale sulle visite mediche in libera professione, che va da un minimo di 10 sino a 30 euro. La FESMED ha protestato in maniera vibrata contro la delibera della Giunta regionale della Toscana ed ha chiesto al Ministro della salute, al Ministro dell'Economia e delle Finanze ed al Ministro per i Rapporti con le Regioni di bloccare questa delibera

una tassa sulle visite mediche in libera professione, definendola: "misure di partecipazione ai costi fissi sostenuti dal Sistema sanitario regionale per la funzionalità della libera professione in regime intramoenia, in proporzione alle tariffe già applicate". Prescindendo da ogni valutazione di carattere politico, c'è da chiedersi se la decisione della Regione Toscana sia giuridicamente corretta. Per la FESMED, questa delibera viola la normativa legi-



slativa e contrattuale che regola l'attività libero professionale dei medici e deve essere rimossa, anche perché costituirebbe un pericoloso precedente. Le legge attuale infatti prevede che dalle tariffe per le prestazioni in libera professione l'Azienda trattenga una quota per la copertura di tutti i costi, direttamente e indirettamente correlati alla gestione dell'attività libero-professionale, ivi compresi quelli sostenuti per la prenotazione e la riscossione

degli onorari. Per questo motivo, in tutte le Aziende sanitarie e ospedaliere sono stati stilati i regolamenti sulla libera professione nei quali, oltre a dettare le regole, si analizzano e quantificano i costi sostenuti dall'Azienda per la gestione dell'attività libero-professionale intramuraria.

Risulta evidente che la decisione della Giunta regionale della Toscana non trova una giustificazione valida, poiché prescinde dai costi effettivamente sopportati e che sono stati determinati in accordo con i professionisti. Quindi, costituisce una vera e propria tassa.

Trattandosi di libera professione non si può neanche ipotizzare che la Giunta regionale della Toscana abbia inteso imporre un ticket, al pari di quello previsto dalla "Manovra correttiva" per le prestazioni erogate dal Ssn, perché non ne avrebbe la potestà. Inoltre, è una tassa iniqua, perché penalizza i medici a rapporto esclusivo, discriminandoli ingiustamente rispetto ai medici a rapporto di lavoro non esclusivo, per i quali non è prevista alcuna tassazione.

È la prima volta che si introduce in maniera diretta un vulnus all'esercizio della libera attività professionale per i medici del servizio sanitario nazionale e la FESMED si batterà affinché questa ferita venga sanata. **Y**

La normativa sulla libera professione dei medici del Ssn

L'esercizio della libera attività professionale per i medici dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale è stata introdotta dalla Legge Mariotti (132/1968). La legge istitutiva del Ssn (833/1978) impegna il Governo a "garantire con criteri uniformi il diritto all'esercizio della libera attività professionale per i medici e veterinari dipendenti dalle unità sanitarie locali, degli istituti universitari e dei policlinici convenzionati e degli istituti scientifici di ricovero e cura". Il Dpr 761/1979 riconosce che "l'attività libero-professionale, all'interno o all'esterno delle strutture e dei servizi dell'unità sanitaria locale, è intesa a favorire esperienze di pratica professionale, contatti con i problemi della prevenzione, cura e riabilitazione e aggiornamento tecnico-scientifico e professionale nell'interesse degli utenti e della collettività". Il Dpcm del 27 marzo 2000 consente la pratica della libera professione intramoenia allargata agli studi professionali, autorizzando "il personale della dirigenza sanitaria a rapporto esclusivo ad utilizzare, senza oneri aggiuntivi a carico dell'azienda sanitaria, studi professionali per lo svolgimento di tale attività". Il Contratto di lavoro, dell'8 giugno 2000, detta le linee di indirizzo per l'organizzazione nelle Aziende dell'attività libero professionale intramuraria e per la fissazione delle tariffe.

La legge 120/2007, detta le disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria. Garantisce l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria e all'articolo 1, comma 4, stabilisce che le Aziende "gestiscano, con integrale responsabilità propria, l'attività libero-professionale intramuraria", al fine di assicurarne il corretto esercizio, in particolare attraverso la "determinazione, in accordo con i professionisti, di un tariffario idoneo ad assicurare l'integrale copertura di tutti i costi direttamente e indirettamente correlati alla gestione dell'attività libero-professionale intramuraria, ivi compresi quelli connessi alle attività di prenotazione e di riscossione degli onorari".

A SETTEMBRE IN LIBRERIA

Miriam Guana
Rosalia Caprioglio
Anna Maria Di Paolo
Marta Gianna Pifferini
Marta Domercq Piga
Marta Vicenti

LA DISCIPLINA OSTETRICA
TEORIA, PRATICA E ORGANIZZAZIONE DELLA PROFESSIONE

ISBN: 978883863694-3
F.to 195x260 - Pagg. 904
€ 73,00

25 Italia
www.ateneonline.it

AOGOI NETWORK

Il Network Professionale dedicato alla Ginecologia Italiana

È un progetto 

LA COMUNITÀ DEI GINECOLOGI ITALIANI SBARCA ANCHE SUL WEB

Aogoi Network la prima piattaforma di Social Network in ginecologia

“Interazione professionale” è la parola d'ordine con cui Aogoi lancia la prima community online della ginecologia italiana

È con enorme piacere ed entusiasmo che vi presento **AOGOINETWORK**, uno dei progetti più innovativi della ginecologia italiana, che verrà illustrato in occasione del Congresso Nazionale di Palermo.

La nuova piattaforma web, fortemente voluta da Aogoi, nasce con l'intento di rafforzare la collaborazione professionale e le discussioni scientifiche all'interno della grande comunità dei ginecologi ospedalieri, del territorio e dei liberi professionisti.

È un progetto realizzato con il contributo incondizionato di 

WWW.AOGOINETWORK.IT

Attraverso questa piattaforma gli specialisti possono: creare un proprio profilo; aprire discussioni scientifiche su temi specifici; organizzare gruppi basati su specifiche competenze professionali, su distribuzione geografica o collegati a un determinato evento di specialità; inviare inviti a eventi e/o incontri scientifici sul territorio. In questo spazio di interazione sarà possibile caricare e condividere presentazioni, immagini, video, poster e altro materiale scientifico.

La piattaforma sarà anche un importante spazio per lo scambio di opportunità di lavoro o per cercare competenze sul territorio.

AOGOINETWORK è per tutti noi una nuova opportunità professionale per essere in contatto con i nostri colleghi di specialità e per aggiornarci costantemente.

Ti invito a iscriverti subito: www.aogoinetwork.it
Non mancare!

Carlo Maria Stigliano

Primo appuntamento su AOGOINETWORK Discussione sulle linee guida in collaborazione con la Fondazione Confalonieri Ragonese

Nel corso del Congresso Nazionale Sigo-Aogoi-Agui di Palermo, verranno presentate le nuove linee guida su “La sorveglianza del

benessere fetale in travaglio” e su “Il parto nella donna con precedente cesareo”, unitamente agli aggiornamenti delle linee guida su “Macrosomia fetale” e su “Gravidanza protratta” (questi ultimi già consultabili dal link della Fondazione Confalonieri Ragonese nel sito www.aogoi.it).

■ La discussione che si aprirà in sede congressuale proseguirà nel

forum sulla piattaforma **AOGOINETWORK**. E questo è solo il primo di una lunga serie di appuntamenti online! Le linee guida sono strumenti sistematicamente sviluppati per assistere i medici nell'assunzione di decisioni relative alle cure più appropriate in determinate circostanze. La loro finalità è migliorare e uniformare le

prestazioni sanitarie ma anche indicare agli amministratori una più razionale allocazione delle risorse; esprimono raccomandazioni e non hanno carattere impositivo anche se, chi opera in contrasto di quanto in esse riportato, deve tenere conto del rischio di implicazioni medicolegali. Se elaborate con diligenza e se esaminate con pari diligenza,

rappresentano anche uno strumento di promozione culturale. La Fondazione Confalonieri Ragonese, su mandato dell'Aogoi, ha prodotto e continua a produrre linee guida per le nostre realtà ospedaliere.

■ Segui la discussione su www.aogoinetwork.it

Giampaolo Mandruzzato
e Maurizio Silvestri

DALLE AZIENDE



GEDEON RICHTER COMPIE 110 ANNI E ARRIVA A MILANO

La Gedeon Richter, multinazionale farmaceutica ungherese che produce principi attivi soprattutto nel campo della ginecologia e del sistema nervoso centrale, fondata nel lontano 1901 quando il signor Richter aprì la sua farmacia a Budapest, nello stesso sito dove oggi c'è la sede centrale, dall'aprile di quest'anno è presente anche in Italia con una sede a Milano.

Nel 2010, il gruppo ha acquisito il 100% della svizzera PregLem e la gamma di anticoncezionali della tedesca Grünenthal e ha investito in ricerca e sviluppo il 10% del fatturato, che nel 2010 è stato di 998,2 milioni di euro.

Gli obiettivi dell'Azienda vertono sulla medicina preventiva della donna per trattare malattie come il fibroma uterino (mioma), l'endometriosi, la sterilità, le aderenze addominali post-chirurgiche e le malformazioni ginecologiche benigne. La pipeline include Esmya, un farmaco studiato per il trattamento del mioma uterino, che ha completato test clinici di fase III nel giugno 2010, e altri quattro progetti nello sviluppo clinico e pre-clinico nel campo ginecologico. In Italia Gedeon Richter è presente sul mercato con la pillola anticoncezionale Belara e conta di arrivare presto sul mercato con molteplici nuovi anticoncezionali, nello sforzo costante di proteggere la salute della donna e il mantenimento della sua qualità di vita a lungo termine.

Oggi il gruppo è presente in oltre 30 nazioni con 5 siti produttivi, 31 uffici di rappresentanza, 14 filiali commerciali e una forza lavoro di oltre 10mila dipendenti.

La ricerca di molecole originali e la continua innovazione sono da sempre la base della strategia dell'azienda.

Negli ultimi due anni inoltre parallelamente alla produzione di farmaci, è stato posto un forte accento sullo sviluppo del ramo delle biotecnologie.

► Segue da pagina 5

Da Palermo un'ulteriore conferma della svolta della ginecologia italiana di Vito Trojano

di direzione delle Unità operative della medicina della riproduzione affidata (come già avvenuto in alcuni casi, in contrasto con le norme in vigore) a professionisti non ginecologi. La risposta positiva al chiarimento richiesto ci è pervenuta tramite il Sottosegretario per la Salute Eugenia Roccella.

Se oggi forse andiamo in controtendenza rispetto al Paese dobbiamo essere grati anche a chi negli anni scorsi ha saputo guardare avanti con lungimiranza, per primo il nostro Segretario Nazionale Antonio Chiantera. La visione di un grande collegio che riunisse tutte le anime della ginecologia italiana, la capacità di programmare il futuro – investendo sulla formazione dei giovani e sul migliore aggiornamento continuo degli iscritti, sulla ricerca, non disgiunta ma fusa con la clinica e la didattica, sull'integrazione con il territorio, sulla valorizzazione del ruolo delle ostetriche, sulla multidisciplinarietà, sulla tutela assicurativa e medico legale – è un qualcosa che non s'improvvisa perché ha radici profonde.

È questo bagaglio di esperienze e competenze, che come ogni presidente cerco via via di arricchire, che ci permette oggi di essere propositivi, di avere le idee chiare su come articolare le risposte alle necessità - formative, clinico-assistenziali, di riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale – di essere in grado di compiere scelte anche difficili se la posta in gioco è il futuro della ginecologia italiana.

Certo il momento è delicato e le risorse sono limitate, ma le ristrettezze di budget non possono essere sempre un paravento o un ostacolo che ci immobilizza, essere la sola chiave di lettura di tutte le scelte importanti. Penso ad esempio alla riorganizzazione della rete ospedaliera in generale, ed in particolare agli accorpamenti, riconversioni e chiusure dei piccoli punti nascita. Si tratta di una necessità che prima ancora di essere imposta da esigenze economiche, di riduzione di sprechi e inefficienze, è un'esigenza di qualità assistenziale, di sicurezza della maternità e dei suoi operatori, di valorizzazione delle competenze di tutti i professionisti coinvolti nell'evento nascita.

Promuovere la creazione e diffusione dei poli di eccellenza su tutto il territorio italiano, che si chiamino ospedali d'insegnamento o modelli integrati di assistenza clinica-ricerca-didattica, è un punto all'apice della nostra agenda.

Puntare sull'eccellenza, diffondendo i più elevati standard qualitativi in ogni ambito della nostra specialità nell'unicum Ospedale-Territorio è sempre al centro della mission Aogoi. Di qui la grande alleanza con le società affiliate: la Fondazione Confalonieri Ragonese, Agite, Sigite, Sios, Smic, Gilt, la neo costituita Aio, l'Associazione italiana delle ostetriche, e la sinergia con il nostro braccio sindacale: la Fesmed.

Di qui la nostra presenza in associazioni come il Collegio italiano dei chirurghi (Cic), con la nuova vicepresidenza affidata a Carlo Sbiroli. Di qui i nostri progetti scientifici, il nostro impegno per un'efficace e sicura organizzazione della raccolta del sangue cordonale, in par-



ticolare per quanto attiene la scelta autologa dei genitori, oggi non protetta dal punto di vista normativo. E ancora le iniziative formative per i giovani, come la nostra proposta di rendere disponibile in ogni regione l'utilizzo di simulatori, la remunerazione a favore dei medici specializzandi o le 20 borse di studio che ultimamente abbiamo offerto ai giovani colleghi come valide opportunità di aggiornamento. A fianco dell'Aogoi, in questo caso, è stato l'Istituto nazionale tumori Regina Elena di Roma, una delle tante eccellenze presenti sul territorio nazionale. E infine la candidatura alla presidenza italiana dell'European Board and College of Obstetricians and Gynaecologist (Ebcog) con la professoressa Chiara Benedetto, sostenuta unitamente dalla Sigo, dall'Aogoi e dall'Agui.

Megafono delle esigenze sul territorio e veicolo per le risposte più adeguate a questi bisogni sono i nostri segretari regionali, cui affidiamo anche il compito di sostenere i nostri migliori giovani per garantire un ricambio generazionale altamente qualificante.

La cooperazione con i paesi più colpiti dal dramma della mortalità materna e neonatale è un altro tema cui l'Aogoi è particolarmente sensibile.

Le parole del presidente della Figo, di cui siamo onorati di ospitare qui l'intervento, ci danno la portata di questo dramma evitabile nelle sue proporzioni. Sì "evitabile" se tutti noi – istituzioni nazionali, organismi internazionali e società scientifiche – ci unissimo nell'"eccezionale sforzo di imprimere quell'accelerazione necessaria a raggiungere il quinto obiettivo del

Millennio", che è quello che più ci riguarda da vicino. "Ogni iniziativa è una candela luminosa che rischiara l'irta e buia strada verso una maternità globale sicura" ha scritto il presidente Serour. Di questo siamo convinti ed è perciò che sosteniamo progetti di cooperazione come quello avviato di recente in Guinea Bissau, incentrato sulla formazione e l'aggiornamento di personale sanitario sia in loco sia nei nostri ospedali italiani, e cerchiamo di accogliere, entro le nostre possibilità, ogni richiesta che ci proviene dal mondo delle associazioni no profit e del volontariato.

Perdonerete se in questo spazio non mi sono soffermato sui contenuti del programma scientifico di questo congresso, che prevede sessioni molto interessanti e presenze altamente qualificate. Ci accingiamo ad esplorarli in prima persona e avremo modo di illustrarli anche sulle pagine del nostro giornale. Il mio ringraziamento per il lavoro svolto dai tre presidenti del Congresso non è per nulla formale, so bene, per averlo vissuto da vicino, quanto impegno richieda l'organizzazione di un evento nazionale. Grazie, dunque, a Luigi Alio, Antonio Perino e Massimo Petronio per la vostra grande e qualificata disponibilità!

Il Congresso di Palermo è l'ultima grande tappa di avvicinamento al Congresso mondiale di Roma del 2012. Mettere a punto la macchina del Mondiale Figo di Roma non è semplice, soprattutto sotto il profilo organizzativo. Con i colleghi della Sigo e dell'Agui ci stiamo impegnando per dare all'evento l'accoglienza che merita. Vi invito perciò a partecipare numerosi alla sessione "Roma 2012: globalizzazione e pari opportunità" che ci darà modo anche di entrare più nel vivo di questa grande occasione per la ginecologia italiana.

Per concludere, il messaggio che vorrei lanciare da Palermo non è un messaggio di speranza, ma di vitalità, concretezza e operatività. La ritrovata compattezza delle nostre società è anch'essa un presupposto solido per guardare con positività al futuro della ginecologia italiana. ■

Vi invito a partecipare numerosi alla sessione "Roma 2012: globalizzazione e pari opportunità" che ci darà modo di entrare più nel vivo di questa grande occasione per la ginecologia italiana

GYNECO
AOGOI

NUMERO 7 - 2011
ANNO XXII

ORGANO UFFICIALE
DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI
GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

Presidente
Vito Trojano
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
Edizioni Health Communication srl
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: settembre 2011
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



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario



promensil®

CONTRO I DISTURBI DELLA MENOPAUSA

- Quattro differenti isoflavoni
- 45 volte più efficace degli isoflavoni di soia
- Massima biodisponibilità grazie alla forma agliconica degli isoflavoni
- Una sola compressa al giorno
- Alta compliance: azione efficace per l'intera giornata
- Protezione osteo-articolare
- Azione anti-invecchiamento per pelle e mucose
- Tre differenti formulazioni per rispondere ad ogni tipo di esigenza
- Efficacia e sicurezza documentate da oltre 30 pubblicazioni scientifiche internazionali

Riduce i disagi
Protegge dall'invecchiamento
Integra le carenze



promessa di benessere



Promensil®, integratore a base di Trifoglio rosso, la fonte naturale più ricca, pregiata e sicura di isoflavoni.

Numero Verde
800-900064 promensil.it



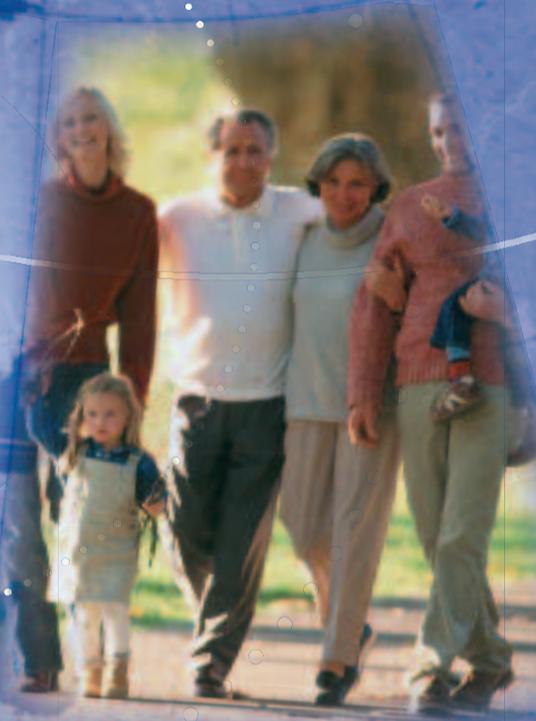


GEDEON RICHTER



Più di 100 anni
di esperienza
in Ricerca e
Sviluppo

Un'azienda
leader nel
settore della
Salute della
Donna



Terapie
all'avanguardia in
più di 100
paesi nel mondo



Terapie di qualità da diverse generazioni

www.gedeonrichter.it