

SPECIALE

RESPONSABILITÀ MEDICA
& ASSICURAZIONI

S.O.S.
ASSICURAZIONI
PRIMA PUNTATA

Indagine parlamentare Punti nascita: da chiudere un presidio su quattro

Fanno solo 336 parti l'anno.
Tutti i risultati dell'indagine della
Commissione sugli errori sanitari.
Svelati per la prima volta
i veri dati sulla malasanità in sala parto

■ Consultori

La tavola rotonda Agite Smic.
Dibattito a 360° sugli aspetti
della professione ginecologica
territoriale, tra presente e futuro

■ FIGO 2012

"Attiviamoci tutti!" Il presidente e il
segretario nazionale Aogoi invitano a
richiedere le necessarie autorizzazioni
per la partecipazione al Mondiale

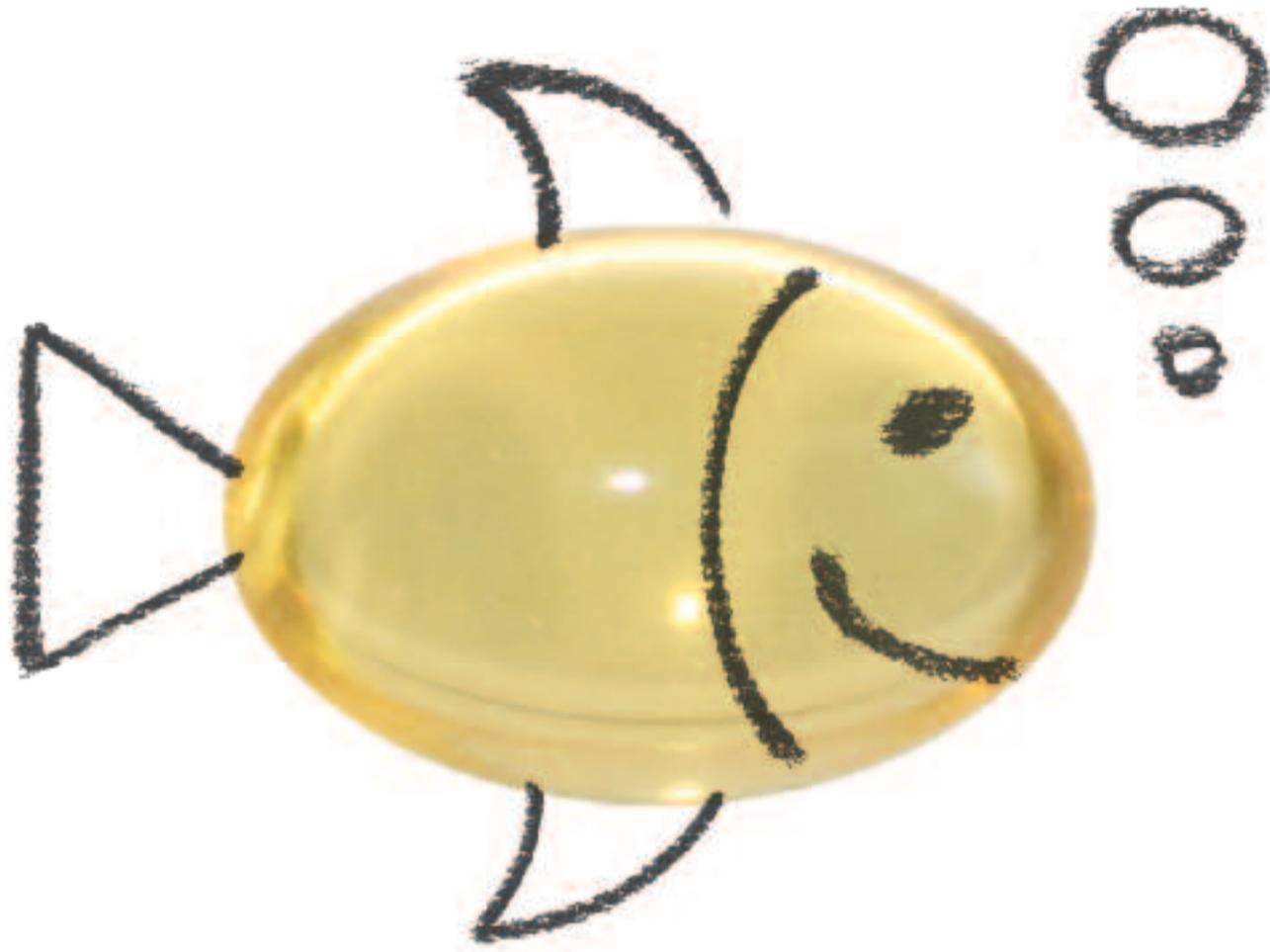
■ Ginecologia oncologica

Una risoluzione parlamentare per
garantire percorsi formativi
istituzionalizzati per gli specialisti in
ginecologia oncologica

9/10
2011

NUOVO MULTICENTRUM MATERNA DHA

LA COMPLETEZZA E LA QUALITÀ DI SEMPRE
(con qualcosa in più)



LA LINEA DI INTEGRATORI MULTICENTRUM MATERNA SI ARRICCHISCE DI UN NUOVO PRODOTTO

Multicentrum Materna DHA contiene tutte le vitamine e i principali minerali con l'aggiunta di DHA, un nutriente importante per il benessere della mamma e del bambino.

IL NOSTRO DHA

L'olio di pesce contenuto nella formulazione di Multicentrum Materna DHA è stato scelto per la sua elevata concentrazione di DHA e la sua purezza, requisiti essenziali per l'integrazione in gravidanza e allattamento.

FONTE DICHIARATA

(DHA da olio di pesce)

DHA IN FORMA FISIOLGICAMENTE ATTIVA

(esteri di trigliceridi)

TRATTATO PER EVITARE IL REFLUSSO

(raffinato/deodorizzato)

QUALITÀ E PUREZZA ELEVATE

(trattato per eliminare i contaminanti ambientali)

RAPPORTO OTTIMALE EPA:DHA 1:5

(simile al latte materno)

200 MG AL GIORNO

(come raccomandato dalla Comunità Europea)



5

Vito Trojano

“Finalmente abbiamo il quadro dettagliato della situazione dei punti nascita italiani”



10

Ufficio legale nazionale Aogoi:

le ragioni di una scelta improcrastinabile



21

Linee guida

Il significato delle Linee guida nella valutazione della colpa medica

- 4** **A rischio chiusura un Punto nascita su quattro**
I risultati dell'indagine della Commissione parlamentare sugli errori sanitari
- 8** Roma 2012: “Attiviamoci tutti per il Mondiale”
- 10** Il contenzioso avanza, le assicurazioni fanno dietrofront
- 10** Ufficio legale nazionale Aogoi: le ragioni di una scelta improcrastinabile
Vania Cirese
- 11** **Il Punto** Perché siamo incazzati
Carlo Sbiroli
- 12** 13 domande al socio Aogoi
- 14** **Consultori: il futuro incomincia oggi**
- 17** La formazione per gli specialisti in ginecologia oncologica
- 17** Counselling sulla diagnosi prenatale per donne cinesi
Sonia Baldi, E. Periti
- SIGITE**
19 Fitoestrogeni: evidenze di efficacia o anche rischi potenziali?
Francesca Fiorillo
- 19** Come trattare la sintomatologia climaterica nelle pazienti oncologiche ormonosensibili
Lino Del Pup
- 20** Sessualità femminile: opinioni a confronto
Angelamaria Becorpi, Costante Donati Sarti, Salvo Caruso, Vincenzo Orlando
- 21** Il significato delle Linee guida nella valutazione della colpa medica
Giuseppe Losappio
- AIO**
23 La Casa Maternità: l'esperienza de “La Via Lattea” di Milano
Paola Olivieri
- 26** ONAOSI: è iniziato il rinnovamento
Maurizio Silvestri
- RUBRICHE**
27 Meditazioni
Giuseppe Gragnaniello
- 27** Libri
- 29** Fatti & disfatti
Carlo Maria Stigliano
- 29** FAD - Formazione a distanza Aogoi - www.aogoi.it
- 30** Convegni

8

Figo 2012

Il messaggio del presidente Figo Serour e l'invito del presidente e del segretario nazionale Aogoi ai soci a partecipare numerosi



14

Consultori

Il futuro incomincia oggi



12

13 domande al socio Aogoi

Partecipando a questo sondaggio aiuterai la nostra associazione a trovare le risposte più efficaci alle problematiche medico-legali e assicurative dei soci



Indagine della Commissione "Orlando" sui Punti nascita e il contenzioso medico-paziente

A rischio chiusura un Punto nascita su quattro

Fanno solo 336 parti l'anno

L'indagine sui Punti nascita della Commissione parlamentare presieduta da Leoluca Orlando ha preso in esame 344 strutture su un totale di 570 punti nascita operanti in Italia. In media, i punti nascita italiani effettuano circa 90 parti al mese e quindi oltre 1.000 l'anno. Ma in 86 strutture il numero di parti mensili si ferma a 28, pari a soli 336 parti l'anno, ben al di sotto della quota "500" indicata dal piano nazionale punti nascita come livello minimo accettabile.

In generale, tuttavia, la situazione dei punti nascita appare molto difforme oltre che per il numero di parti, anche per numero di letti e personale in organico. **La Commissione ha diviso infatti le strutture in tre classi (cluster):**

A, a sua volta suddivisa in A1 (<500 parti anni), A2 (fino a 1.000) e A3 (oltre 1.000), che comprende 249 unità più piccole dove si effettuano in media 56 parti al mese, con 19 posti letto accreditati, 9 medici e 10 ostetrici in organico;

B, con 74 unità di medio/grandi dimensioni, con in media 136 parti/mese, 39 letti, 18 ginecologi e 23 ostetrici in organico;

C, con i 18 presidi maggiori, che effettuano in media 288 parti/mese, con 65 posti letto, 23 medici e 52 ostetrici in organico;

"Fuori classe", si segnalano poi 3 strutture: Il Sant'Anna di Torino, il Fatebenefratelli di Milano e gli Ospedali civili di Brescia che presentano livelli di attività, di strutture e organico molto superiori alla media.

L'indagine della Commissione,

coordinata da Benedetto Fucci, muove i passi dai ripetuti casi di cronaca che negli ultimi anni hanno descritto una situazione dei punti nascita in Italia fortemente critica, tanto da portare, nel 2010, l'allora ministro della Salute Ferruccio Fazio ad avviare un Piano di riordino del settore, approvato in Stato Regioni, che prevedeva, anzitutto, la chiusura dei punti nascita che effettuavano meno di 500 parti all'anno. Si tratterebbe per l'appunto di 86 presidi tra quelli presi in esame dall'inchiesta. Ma occorre tenere conto che i punti nascita valutati dall'indagine sono stati 344 distribuiti su 16 regioni (il periodo di riferimento preso in esame va dal 1° gennaio 2009 al 31 agosto 2010) e che i punti nascita in Italia sono in totale 570. Il numero di presidi che effettuano meno di 500

parti potrebbe dunque essere ben oltre gli 86 rilevati dalla Commissione di inchiesta. L'indagine, comunque, rappresenta un'importante base per un'analisi delle condizioni dei punti nascita in Italia e del percorso nascita in Italia. La maggior parte delle strutture, infatti, secondo la Commissione è inadeguata. Il 72,4% (cioè 249 unità della classe A) come abbiamo visto sono "piccole" per caratteristiche generali.

Queste strutture sono, in particolare, presenti in Campania (dove rappresentano il 43,8% dei punti nascita), Sicilia (46,8%) e Trentino Alto Adige (53,8%). Ed hanno numeri ben distanti dai presidi maggiori (solo 18, pari al 5,2%, nell'insieme dei 344 punti nascita valutati) che hanno in media 288 parti per mese, 65 posti letto accredi-

tati, 23 medici e 52 ostetrici in organico. La maggiore presenza, in questo caso, è nelle Marche (50% delle strutture), in Emilia Romagna e nel Lazio (entrambe al 174,4%).

I tagli cesarei seguono un andamento simile, tenendo conto che nelle strutture piccole la percentuale di Tc è, in genere, maggiore. Varia dalla media del 44% nei punti nascita della classe A1 al 32,8% nei presidi della classe C, che sono anche quelli che concentrano patologia materna preesistente alla gravidanza, patologia insorta in gravidanza, maggiori percentuali di gravidanze di pazienti immigrate, età materna più elevata, maggiore carico di lavoro per i medici e le ostetriche, disponibilità di partoanalgesia, di neonatologia/terapia intensiva neonatale. La quota di parti cesarei è mol-

Uno strumento indispensabile per rendere sempre più sicuro il percorso-nascita

di Vito Trojano

L'indagine conoscitiva realizzata dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo sanitario, presieduta dall'on. Leoluca Orlando, è uno strumento indispensabile per individuare le soluzioni più efficaci per riorganizzare e ottimizzare la rete dei punti nascita, nell'ottica, soprattutto, di rendere sempre più sicuro il percorso-nascita in ogni regione italiana. Grazie ai risultati di questa indagine, coordinata dal nostro collega parlamentare, l'onorevole Benedetto Fucci, ora abbiamo una mappatura puntuale dei punti nascita che ci consente di fotografare le criticità riscontrabili sul territorio. Auspichiamo quindi che possa venir

“Dopo quasi due anni di lavoro abbiamo finalmente il quadro dettagliato della situazione dei punti nascita italiani” ha affermato il presidente Aogoi esprimendo “grande soddisfazione per questa fruttuosa collaborazione tra società scientifiche e istituzioni”

presto applicato in tutte le regioni italiane quanto previsto dall'accordo raggiunto in Conferenza Stato Regioni nel 2010 che riforma il settore materno infantile e punta al riordino dei punti nascita. Per quanto riguarda i contenziosi giudiziari, i dati raccolti dalle Procure della Repubblica di tutta Italia hanno rilevato, negli ultimi anni, una crescita significativa, dei procedimenti penali per lesioni e omicidio colposo per casi di malasanità, presunta o meno, legati alla gravidanza e al parto, con un'alta concentrazione nel Mezzogiorno e scarsissima incidenza di condanne di personale sanitario. L'alto numero di archiviazioni riferibili all'attività medico-chirurgica è senz'altro uno dei dati più confortanti: il 98,8% dei procedimenti per lesioni colpose che sono arrivati a conclusione, sono stati archiviati. Ed anche il 98,8% di quelli per omicidio colposo che risultano conclusi sono stati archiviati. Rimane però la forte preoccupazione per il fenomeno della medicina difensiva che, da quanto emerge nella relazione, porta i medici ad attuare una 'strategia' utile a scongiurare la possibilità di mettere a ri-

► Segue a pagina 7



PUNTI NASCITA

to più elevata nelle strutture private, indipendentemente dalla dimensione. In particolare, nelle strutture private la quota di cesarei è del 50,5% (con quote che vanno dal 52,9% nelle strutture più piccole al 45% in quelle più grandi), mentre nelle strutture pubbliche la media si attesta al 36,9% con una variazione tra il 38,8% e il 31,1%.

Accreditamento regionale/nazionale dei punti nascita. In media, sono accreditate circa 85 strutture su 100, ma nella classe A1 quasi 3 su 10 non risultano accreditate.

Numero di posti letto accreditati (ostetricia e ginecologia). In media, il numero di posti letto accreditati per punto nascita è di 27,3, con una variazione che va dai 13,7 posti letto accreditati nelle strutture più piccole contro i 38,9 delle struttu-

re intermedie e 64,8 delle strutture maggiori. **Numero di medici e ostetriche/i in organico.** Varia in media da 7,3 a 22,8. In pratica, in una struttura minore che effettua circa 30 parti al mese vi sono circa 8 medici, in una struttura maggiore meno di 25. Quest'ultima struttura, in pratica, effettua circa 10 volte il numero di parti a fronte di un organico che viene raddoppiato o poco più. Le ostetriche seguono un andamento simile, anche se il numero di ostetriche è maggiore rispetto a quello dei medici variando da un minimo di 8,2 nelle strutture più piccole a un massimo di 52,1 nei punti nascita maggiori.

Disponibilità della doppia guardia di medici ginecologi e di ostetriche durante le 24 ore. La doppia guardia, ricorda la

Malasanità “bluff”. Solo 2 condanne su 357 procedimenti penali conclusi contro sanitari

Lo rilevano i dati di 90 Procure italiane sui procedimenti per lesioni colpose e omicidio colposo ascrivibili a personale sanitario

L'indagine, nata come risposta al clamore suscitato dai ripetuti casi di denunce in sala parto, oltre all'analisi attenta della situazione dei punti nascita italiani, ha analizzato per la prima volta i dati sui procedimenti per lesioni colpose e omicidio colposo ascrivibili a personale sanitario in circa 90 Procure che hanno risposto al questionario inviato dalla Commissione.

L'analisi ha tenuto conto anche dello stato di avanzamento delle indagini di tutti i procedimenti che vedono indagate figure professionali sanitarie. E i risultati sono clamorosi. Per quanto riguarda le lesioni colpose si registrano 901 casi riguardanti personale sanitario (pari all'1,64% del totale dei procedimenti per questo reato), di questi 85 riguardano la gravidanza. Ebbene, sul complesso di questi procedimenti il 40% viene archiviato subito e per quelli che risultano conclusi, pari a 240 casi, si registrano solo 2 condanne, una assoluzione e il 98,8% di archiviazioni.

Per l'omicidio colposo i casi ascrivibili a personale sanitario sono 736 (pari all'11,18%

del totale). In questo caso vengono archiviati prima del processo il 35% dei casi. Per i 117 procedimenti giunti a conclusione si rilevano invece una assoluzione, nessuna condanna e il 99,1% di archiviazioni.

Ma ecco il paragrafo integrale dell'indagine della Commissione parlamentare dedicato ai dati delle Procure sui presunti casi di malasanità.

Lesioni colpose I singoli distretti sono rappresentati da un campione di procure e solo per Caltanissetta e Campobasso si dispone dei dati cumulativi della totalità delle procure del distretto. Per Milano presenti i dati riferiti “ad alcune procure” mentre di tutti gli altri distretti sono stati forniti campioni più o meno consistenti. Non tutti i distretti, peraltro, sono rappresentati: mancano Ancona e Reggio Calabria. Le procure della Repubblica valutate sono circa ottanta e il numero complessivo di procedimenti per lesioni colpose è 53.741, di cui 901 a carico di personale sanitario (1,68%, intervallo di confidenza al 95% = 1,57-1,79%) e 85 in particolare per episodi relativi alla gravidan-

za/parto (0,16%, %, CI95% = 0,13-0,20%). L'intervallo di variazione della prima statistica calcolata per distretto va da 0,17% (Trento) a 5,07% (Torino), quello della seconda va da 0,00% a 0,96% (Salerno). L'analisi per fase di avanzamento è svolta su 54 procure e 35.681 procedimenti per lesioni colpose, di cui 586 (1,64%) a carico di personale sanitario, chiusi in numero di 240 (240/586 = 41,0%), per la quasi totalità archiviati (237/240 = 98,8%) e in 2 casi soltanto risolti con una condanna.

Omicidio colposo Le procure della Repubblica valutate sono circa novanta e il numero complessivo di procedimenti per omicidio colposo è 6.586, di cui 736 a carico di personale sanitario (11,18%, CI95% = 10,38-12,01%) e 75 in particolare per episodi registrati durante la gravidanza (1,14%, CI95% = 0,90-1,43%). Il range di variazione della prima statistica è molto ampio, da 1,31% (Bari) a 36,11% (Reggio Calabria), quello della seconda va da 0,00% a 11,11% (Reggio Calabria). L'analisi della fase di avanzamento (53 procure valutate) considera 2.958 procedi-

► Segue a pagina 6

commissione, è ritenuta indispensabile per garantire la sicurezza assistenziale: permette, tra l'altro, di effettuare un taglio cesareo in tempi rapidi, di gestire le situazioni complesse, di assistere parti che avvengono contemporaneamente. I risultati del questionario sono particolarmente significativi: in media, la doppia guardia medica è disponibile nel 40% dei punti nascita italiani e la doppia guardia dell'ostetrica è disponibile nel 48,3%.

Nei presidi minori la percentuale media di disponibilità di doppia guardia è del 23,3%, cresce al 54,1% nei punti nascita intermedi fino a raggiungere il 94,4% nei punti nascita maggiori. Per quanto riguarda le ostetriche la percentuale media di doppia guardia varia dal 16,3 nei

piccoli ospedali fino al 100% dei grandi.

Parto analgesia: disponibilità senza ticket e percentuale effettuata per i parti naturali. La disponibilità di parto analgesia senza ticket è in media del 25,6% per i punti nascita di dimensioni inferiori e sale fino al 77,8% per le strutture maggiori. Parallelamente la percentuale media di reale effettuazione di parto analgesia parte da 9,7% nelle piccole strutture fino a 34,6% per i punti nascita maggiori. In media in Italia la parto analgesia per i parti naturali viene effettuata nel 15,3% dei casi.

Terapia intensiva neonatale, neonatologia/pediatria dedicata, Sten e Stam. Dall'analisi emerge che la terapia intensiva neonatale è presente, in media, nel 27,6% dei punti nascita italiani. È presente nel 9,3% delle

strutture inferiori e nel 54,1% di quelle intermedie. Il 100% delle strutture maggiori è dotata di terapia intensiva neonatale. In media, però, nel 19,2% dei punti nascita non vi sono strutture dedicate di neonatologia/pediatria (43% nelle strutture piccole e 2,7% in quelle intermedie). Il trasporto postnatale in culla o prenatale in utero (Sten/Stam) non è disponibile in una percentuale media variabile da 31% (Sten) a 39,5% (Stam).

Corso di preparazione al parto. In Italia, in media, nell'82,6% dei punti nascita vi è la disponibilità di corsi di preparazione al parto, con una variazione che passa dal 62,8% nelle piccole strutture all'88,9% nelle grandi. **Età media delle madri e delle madri alla prima gravidanza**

► Segue a pagina 6

► **Segue da pagina 5**

Un quarto dei Punti nascita è sotto la soglia dei "500"

za. I dati confermano l'aumento di età media delle madri (31,4 anni), anche se ricorrono alle strutture maggiori soprattutto donne di età maggiore (32,4). L'età media al primo figlio è di 29,1 anni. **Assistenza durante la gravidanza:** ginecologo, ostetrica/o e consultorio. Ostetrica e ginecologo sono presenti nella quasi totalità dell'assistenza alla gravidanza (80,2% e 95,6% rispettivamente). Nel 77% dei casi la paziente è assistita anche presso il consultorio, con una variazione che passa dall'80,2% nel caso dei punti nascita più piccoli al 55,6% per le strutture maggiori. In queste ultime strutture ad utilizzare il consultorio è poco più del 50% delle pazienti, "verosimilmente perché - osserva la relazione della commissione - il punto nascita offre i servizi richiesti dalla paziente. **Patologia insorta in gravidanza e patologia preesistente al-**

la gravidanza. La percentuale media di patologie preesistenti alla gravidanza è del 6,5%. Si tratta di condizioni in cui la paziente, consapevole di essere affetta da patologia prima della gravidanza, si rivolge o dovrebbe essere indirizzata alla struttura con assistenza più completa. La percentuale di pazienti affette da patologie preesistenti che si

rivolgono ai punti nascita maggiori è del 13,4%, il doppio della percentuale che afferra ai punti nascita più piccoli 6,2%. Nel caso della patologia insorta in gravidanza, le percentuali seguono un andamento simile: la presenza nei punti nascita più piccoli è dell'11,5% e nei punti nascita più grandi del 24%. "Anche le strutture più piccole so-

no allora chiamate a trattare una percentuale sensibile di patologia insorta in gravidanza e quindi - osserva la commissione - anche nel punto nascita più piccolo l'organizzazione assistenziale deve prevedere assistenza adeguata per circa il 10% di gravidanze/parti patologici".

Posti letto accreditati per ginecologo/ostetrico, **parti/mese** per ginecologo/ostetrico. Per la commissione si tratta di uno dei risultati più interessanti emersi perché permette di "comprendere la distribuzione dell'esperienza e dell'assistenza nei punti nascita italiani" I letti (media) accreditati/ginecologo variano da 2,4 per i punti nascita inferiori a 3 per i punti nascita maggiori, ma la media del numero di parti mese/ginecologo passa rispettivamente da 4,7 a 14. Nei punti nascita inferiori un ginecologo effettua circa 1 parto alla settimana. Il suo collega che lavora nei punti nascita maggiori assiste quasi 4 parti. Una situazione simile si registra anche per le ostetriche.



PUNTI NASCITA

le caratteristiche dei punti nascita potenzialmente afferenti al distretto di Napoli: si tratta tuttavia della maggioranza dei presidi della regione Campania, un insieme estremamente eterogeneo formato da strutture pubbliche di tutte le dimensioni (30 nelle province di Napoli, Avellino, Benevento e Caserta) e diverse cliniche private. Osserviamo per inciso che il contributo maggiore alla statistica calcolata a livello distrettuale è portato dal tribunale di Benevento (8 procedimenti a carico di personale sanitario per eventi verificatisi durante la gravidanza o il parto su 62 procedimenti avviati).

Salerno: 5 su 234 Il distretto di Salerno consiste di 4 tribunali circondariali, tutti valutati, per un totale di 5 procedimenti a carico di personale sanitario per eventi verificatisi durante la gravidanza o il parto (di 234 procedimenti complessivamente avviati). I punti nascita pubblici della provincia di Salerno sono 12 (dati del Ministero) e i questionari ricevuti sono 11 (relativi tutti a strutture pubbliche), di cui 10 valutati. I presidi che riportano più di 1000 parti anno sono 2 (uno del cluster B, l'altro escluso dall'analisi) mentre 5 presidi non superano i 500 parti/anno. Una sola struttura è di terzo livello, 3 sono di primo livello e 6 in fase di accreditamento (del presidio non valutato non è noto il livello). Tre ospedali dispongono della terapia intensiva neonatale, i due relativamente più grandi e uno medio-piccolo (cluster A2). Otto presidi dispongono di una struttura di neonatologia dedicata, otto hanno lo STEN e solo due lo STAM. Soltanto i due ospedali più grandi dispongono di 2 ostetriche di guardia nelle 24 ore tutta la settimana.

Medicina difensiva Troppi esami e ricoveri inutili

La paura delle denunce fa scattare comportamenti di medicina difensiva e così l'82,8% dei medici dichiara di avere inserito in cartella clinica annotazioni evitabili. Di questi, il 69,8% afferma di aver proposto il ricovero di un paziente in ospedale, nonostante fosse gestibile ambulatorialmente. Mentre sei medici su dieci (il 61,3%) dichiarano di aver prescritto un numero maggiore di esami diagnostici rispetto a quello necessario. E ancora, il 58,6% afferma di aver fatto ricorso alla consultazione non necessaria di altri specialisti, mentre il 51,5% di aver prescritto farmaci non necessari. Il 26,2% ha escluso pazienti "a rischio" da alcuni trattamenti, oltre le normali



regole di prudenza. È quanto si legge nella relazione sui punti nascita della Commissione parlamentare, che, richiamando i dati di un'indagine condotta dal Centro Studi "Federico Stella" sulla Giustizia Penale e la Politica Criminale, sulla base di un questionario strutturato a cui hanno risposto 307 medici appartenenti alla Società Italiana di Chirurgia, ha scattato anche una fotografia delle misure messe in atto dai medici per mettersi al riparo da possibili contenziosi. "Le numerose accuse dei pazienti che si ritengono danneggiati inducono - rileva l'indagine - diversi medici ad attuare una 'strategia' utile a scongiurare la possibilità di mettere a rischio la propria professione". Sulle motivazioni di tali comportamenti i camici bianchi non hanno avuto dubbi: otto medici su dieci rispondono per "timore di un contenzioso medico-legale". Il 65,7% invece risente l'influenza di precedenti esperienze di contenziosi a carico dei propri colleghi e il 59,8% ha timore di ricevere una richiesta di risarcimenti. Mentre circa cinque su dieci (il 51,8%) è influenzato da precedenti esperienze personali di contenzioso. E il 43,5% attua comportamenti difensivi per paura di ricevere una pubblicità negativa da parte dei mass media.

► **Segue da pagina 5**

Boom di denunce, ma la "malasanità" fa flop

menti avviati per omicidio colposo, di cui 332 a carico di personale sanitario (11,22%): di questi, soltanto 117 risultano conclusi (35,2%) e quasi tutti con decreto di archiviazione (116/117=99,1%).

Analisi territoriale di alcuni distretti sui procedimenti giudiziari riguardanti l'evento nascita

Reggio Calabria: 4 su 36 Il distretto consiste di 3 tribunali circondariali. L'unico valutabile è quello di Palmi che riferisce 4 procedimenti a carico di personale sanitario per eventi verificatisi durante la gravidanza o il parto (di 36 procedimenti complessivamente avviati): l'intervallo di confidenza al 95% è molto ampio (3.03-28.45) e tuttavia conferma il carattere eccezionale del dato (11,11%). Purtroppo non abbiamo ricevuto i questionari dei punti nascita della regione Calabria.

Catanzaro: 4 su 181

4 procedimenti su 181 a carico di personale sanitario per eventi legati a gravidanza o parto. Il distretto consiste di 8 tribunali circondariali. Quelli valutati sono 3 (Cosenza, Rossano e Vibo Valentia), per un numero totale di procedimenti a carico di personale sanitario per eventi verificatisi durante la gravidanza o il parto pari a 4 (di 181 procedimenti complessivamente avviati). D'altra parte, come già accennato, non sono pervenuti i questionari dei punti nascita della regione Calabria.

Campobasso: 2 su 53

Il distretto consiste di 3 tribunali circondariali e i dati relativi all'unico questionario pervenuto

Un ringraziamento "per il contributo di particolare rilevanza" offerto nella stesura della relazione conclusiva sui punti nascita è stato espresso dalla Commissione al presidente Aogoi, prof. Vito Trojano e agli altri componenti il team di consulenti: prof. Claudio Giorlandino, dott.ssa Francesca Incardona, avv. prof. Giuseppe Losappio, avv. Gelsomina Maisto, prof. Giorgio Vittori

sono "dati riassuntivi del distretto". Il numero di procedimenti a carico di personale sanitario per eventi verificatisi durante la gravidanza o il parto sono 2 (di 53 complessivamente avviati). I punti nascita pubblici della regione Molise sono 5 (dati Ministero della Salute); i questionari pervenuti e valutati sono 4 (tutti di ospedali pubblici, manca solo quello di Larino), 3 relativi a presidi di primo livello (2 in classe A1 e uno in classe A2) e uno relativo al P.O. di Campobasso (II livello e classe A3), l'unico con terapia intensiva neonatale. Nessuno dei presidi valutati disporrebbe di 2 medici né di 2 ostetriche di guardia 24 h tutta la settimana, nessuno riferisce la disponibilità dello STEN (sistema di trasporto di emergenza neonatale).

Palermo: 6 su 183

Il distretto consiste di 6 tribunali circondariali. Quelli valutati sono 4 (Trapani, Marsala, Agrigento e Sciacca), per un numero totale di procedimenti a carico di personale sanitario per eventi verificatisi durante la gravidanza o il parto pari a 6 (di 183 procedimenti complessivamente

te avviati). Nell'insieme dei 14 questionari relativi ai punti nascita pervenuti, un solo presidio registra più di 1000 parti anno: è l'unica struttura che riferisce la disponibilità della terapia intensiva neonatale e la presenza 24 h su 24 di almeno due medici e almeno due ostetriche di guardia. Lo stesso ospedale, tuttavia, non pubblica i dati della struttura e non dispone del sistema di trasporto di emergenza neonatale (STEN) né del servizio di trasporto assistito materno (STAM).

Napoli: 13 su 234 Il distretto consiste di 9 tribunali circondariali. I questionari inviati, tuttavia, sono 15: alcuni di questi sono probabilmente questionari relativi alle sezioni distaccate ma purtroppo non è stato possibile identificare il Comune di 8 tribunali. I questionari valutati sono 9 per un totale di 13 procedimenti a carico di personale sanitario per eventi verificatisi durante la gravidanza o il parto (di 234 procedimenti complessivamente avviati). L'intervallo di confidenza della statistica stimata (2.96-9.50) consiglierebbe una valutazione del-

“Orlando: Garantire diritto alla salute e diritto alla professionalità del medico”

Al termine della presentazione della Relazione conclusiva sui punti nascita abbiamo chiesto al presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori medici e i disavanzi sanitari, Leoluca Orlando, un breve commento generale sui dati. Eccolo

Da quando la Commissione da me presieduta si è insediata abbiamo esaminato 500 casi di presunta malasanità. Di questi poco più di un quinto (104) riguardano il percorso nascita. Con i dati presentati oggi rileviamo che il numero di sentenze di condanna è molto basso: solo 2, considerando tutti i procedimenti penali per lesioni e omicidio colposo che riguardano operatori sanitari. Tuttavia questo significa che non si sono riscontrati gli elementi di responsabilità soggettiva di dolo e di colpa. Ma non significa che non ci sono responsabilità funzionali e organizzative. Del resto questa è la prima volta nella storia

del Parlamento italiano che si fa un'indagine del genere. Perché l'abbiamo fatta? Perché vogliamo garantire il diritto alla salute dei cittadini, delle mamme e dei nati ma anche il diritto alla professionalità dei medici che spesso vengono mortificati nello svolgimento della loro professione da deficienze delle strutture sanitarie in cui operano. In ogni caso abbiamo certamente troppi punti nascita, troppi nel Mezzogiorno, con presunti casi di malasanità più evidenti e proprio in quelle stesse regioni sottoposte ai piani di rientro. Il che vuol dire che spesso si spende di più per dare un servizio peggiore”.



► Segue da pagina 5

schio la propria professione. Sono convinto che l'interesse dei dati e delle considerazioni contenute in questa indagine, la prima nel suo genere, saranno, così come nelle intenzioni della Commissione, motivo di riflessione e ausilio per interventi finalizzati a rendere sempre più sicuro il percorso-nascita, sia per gli addetti al settore sia per le istituzioni di tutti i livelli. In qualità di presidente dell'Aogoi, e come consulente della Commissione parlamentare d'inchiesta, non posso che esprimere la mia grande soddisfazione per questa fruttuosa collaborazione: è la prima volta che una società scientifica e istituzioni realizzano uno studio così atteso su

tutto il territorio. Certo superare le criticità che l'indagine ha ben focalizzato non sarà un'impresa facile né indolore. Uno dei primi obiettivi che ci si pongono è quello di indirizzare le risorse recuperate dalla necessaria, graduale chiusura e/o accorpamento dei tanti piccoli punti nascita presenti sul nostro territorio (sprov-



visti dei necessari standard assistenziali) nella creazione di realtà territoriali ben attrezzate, in grado di garantire la miglior assistenza alla gravidanza fisiologica e parimenti nel potenziamento dei centri di secondo e terzo livello che, opportunamente attrezzati, siano in grado di far fronte a imprevisti e complicanze.

So che ci aspettano mesi di grande impegno, ma ho fiducia nell'ascolto e nel supporto che la politica saprà dare alle nostre istanze. Questa fiducia risiede nella nuova, fattiva collaborazione che l'Aogoi ha stretto con le istituzioni e che in questi mesi di lavoro congiunto sui molteplici aspetti legati alla qualità del percorso nascita si è ulteriormente rafforzata.

“Balduzzi: Passare dalla norma, alla pratica, alla valutazione”

Lo ha affermato il ministro della Salute intervenendo alla presentazione dell'indagine sui Punti nascita. Il piano nazionale sui punti nascita approvato in Stato Regioni, ha ricordato Balduzzi, ha ora bisogno di essere applicato e monitorato

“Il ruolo di queste commissioni d'inchiesta è importante - ha sottolineato Balduzzi - tanto più in un settore come quello di cui ci stiamo occupando oggi, errori e disavanzi, che sono enfatizzati e messi costantemente sotto i riflettori”. “Il fulcro è la nozione di appropriatezza - ha detto - e l'inchiesta mette a fuoco una realtà dove questa è meno praticata. Vorrei sottolineare tre dati. Il primo: i cesarei aumentano in numero lineare, la percentuale più elevata è costantemente registrata nel privato e nel privato accreditato e non nel pubblico. Secondo. Lo scarto ingiustificato nei cesarei, che nel centro sud è più elevato rispetto al nord, e questo è un dato intollerabile. Se si approfondisce, inoltre, si vede anche la variabilità dei dati tra strutture della stessa regione. Ultimo dato. Il ricorso al cesareo è relativo al miglioramento degli esiti degli eventi? Sembra di no. I dati dicono il contrario: dove ci sono più cesarei, ovvero al Sud, è più alta la percentuale di morte della madre e del nascituro”. “Il settore nascita - ha proseguito - è un campo in cui tutto viene ad annodarsi e cioè la medicina difensiva sia attiva che passiva, i comportamenti opportunistici, l'integrazione tra pubblico e privato spesso poco virtuosa ed emerge con forza la disomogeneità dei livelli sanitari nelle varie regioni”.

“Cosa è stato fatto in questi anni?”, si chiede il ministro, ricordando il piano nazionale sui punti nascita approvato in Stato Regioni che ora ha però bisogno di essere applicato e monitorato. “Occorre passare - ha sottolineato Balduzzi - dal normativamente sancito all'effettivamente praticato e continuamente valutato e rivalutato. Dalla norma, alla pratica, alla valutazione. Solo così - ha aggiunto - si può essere virtuosi”.

Un ultimo passaggio sui Lea: “Non è che quelli prima di me non abbiano fatto niente - ha detto - ma ci muoviamo in un campo dove le risorse sono effettivamente limitate e quindi stiamo cercando di capire cosa si può produrre effettivamente con i nuovi Lea”.



Il commento E adesso basta con i “mostri in camice bianco”

di Cesare Fassari

Non so quanta enfasi daranno i media ai risultati dell'indagine della Commissione presieduta da Leoluca Orlando. Spero molta (ma ne dubito), almeno quanta ne è stata data in tutti questi anni alla malasanità. Sia chiaro che anche un solo caso di condanna per reati contro la persona ascrivibile a un operatore sanitario è giusto che faccia notizia. Ma

certamente scoprire che su un totale di oltre 1.600 procedimenti penali per lesioni o omicidio colposi a danni di sanitari, siano state finora commutate solo 2 condanne, a fronte dell'archiviazione immediata del 40% dei casi di lesione e del 35% di omicidio, per salire rispettivamente al 98,8 e al 99,1% di archiviazioni nei casi andati a processo, c'è da concludere che la colpevolizzazione crescente di

medici e sanitari sia veramente vergognosa. Ma, come per altri comparti, anche per la sanità, la macchina dell'informazione va al massimo nelle prime tappe del percorso giudiziario per poi rallentare fino al silenzio assoluto, quando quei casi di denuncia arrivano a processo e a sentenza. Del resto la notizia è sempre quella “brutta”, quella che fa scandalo, non quella che ridà senso e dignità a una persona

o a una struttura coinvolte in uno scandalo giudiziario. Ma questa volta i dati parlano chiaro. E non provengono da qualche associazione di tutela dei medici ma dal Parlamento e dalle Procure della Repubblica. Quindi dati certi. Inconfutabili. Che dovrebbero far ragionare cronisti e direttori responsabili di stampa e Tv, che non esitano mai a sbattere il “mostro in camice bianco” in prima pagina.





XX FIGO WORLD CONGRESS OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS

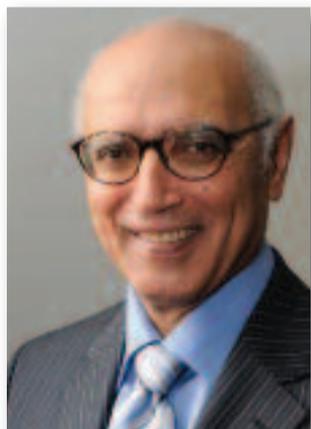
7-12 OCTOBER 2012



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

Do not miss the opportunity

Dear Colleagues and Friends



It is my privilege and enormous pleasure to invite you to the XX FIGO World Congress to be held in the Eternal city of Rome. Please think positively about coming to Rome during the period October 7th-12th 2012 and block the dates in your diaries for this event.

It is a unique opportunity to meet together and enjoy the charm of Rome as the ancient capital of the Roman Empire and the contemporary exchange of knowledge and discussion forum of all aspects of women's health in the 21st century.

With Prof. William Dunlop, the Chairman of International Scientific Committee, and Prof. Giovanni Monni, the Chair of the Local Scientific Committee we can guarantee that the Congress will be a rewarding scientific exchange in many aspects of women's health from the basics to the cutting edge science. The programme is broad and varied in content with subspecialty societies, regional federations and member societies sessions to meet the needs of all levels of expertise around the Globe.

In addition to the traditional FIGO Reproductive and sexual health pre-Congress workshop there will be a number of pre-Congress courses and hands on workshops organised by FIGO Committee for Capacity Building in Education and Training chaired by Prof. Luis Cabero offering a wide range of educational activity.

Rome, a major world centre for Renaissance, will witness Renaissance in women's and newborn's health with this unique gathering of International experts, finest scientists and speakers sharing leading edge knowledge on technology, innovation, preventive measures in all aspects of women's health.

This Congress also attracts leaders from partnership and UN organisations and Policy and decision makers. The scientific and industrial exhibits will present the latest information within our specialty.

With Prof. Jacques Milliez the Chairman of the Congress Organising Committee (FIGO) and Prof. Giovanni Scambia who followed

Prof. Giorgio Vittori as the Chairman of Local Organising Committee (SIGO) we can guarantee great socialising and opportunities to be inspired by centuries of culture and pioneering history of the ancient city of Rome with its Museums, Heritages, Art and elegance.

Accompanying persons will enjoy visiting the famous fashion Maisons and be updated on latest developments in the elegant city of Rome. Arrangements will be made for a Papal audience on Wednesday October 10th 2012 for participants who wish to meet His Sanctity the Pope, an event which cannot be missed by many of us regardless of our faith or culture.

The very rich and the attractive social programme is being prepared to give us all the unique opportunity to meet together to enjoy the charm of Rome, renew old acquaintances, make new friends, meet senior renowned scientists and networking. FIGO in collaboration with SIGO and all our Italian Colleagues are determined to make this XX FIGO Congress, which is held in Europe every fifteen years, a memorable event scientifically, socially and culturally. Please do not miss the opportunity and I do look forward to welcoming you all in Rome 2012.

Gamal Serour
President of FIGO

FIGO NUMBERS

- EVERY 3 YEARS IN THE WORLD
- EVERY 15 YEARS IN EUROPE
- 124 MEMBER SOCIETIES
- 6700 PARTICIPANTS FROM ALL OVER THE WORLD
 - 2500 FROM EUROPE
 - 1200 FROM AMERICAS
 - 1600 FROM ASIA
 - 1000 FROM AFRICA
 - 400 FROM OCEANIA
- 40 FELLOWSHIPS
- 250 EXHIBITORS

XX FIGO WORLD CONGRESS

Roma 7 - 12 ottobre 2012
Nuova Fiera di Roma

Sul sito ww.aogoi.it è disponibile il secondo annuncio del Congresso dove troverete i contenuti del programma scientifico e tutte le informazioni utili, compreso il programma culturale e le escursioni pre e post congressuali.

FIGO in collaboration with SIGO and all our Italian Colleagues are determined to make this XX FIGO Congress a memorable event scientifically, socially and culturally



Attiviamoci tutti per il Mondiale!

Il presidente e il segretario nazionale Aogoi invitano tutti i soci a richiedere "immediatamente" le necessarie autorizzazioni per la partecipazione al Figo 2012. Il Congresso Mondiale di Roma rappresenta un evento storico per la ginecologia italiana: non dimentichiamo che la sua realizzazione è il frutto di uno straordinario impegno pluriennale della squadra Aogoi...impossibile mancare!

"Carissimi soci"

il Congresso Mondiale richiede la partecipazione numerosa di tutti i ginecologi italiani, siano essi universitari, ospedalieri, territoriali o consultoriali.

Per questo è necessario attivarsi immediatamente, rivolgendosi ai propri ospedali e/o Asl per avere le autorizzazioni necessarie per la partecipazione al Congresso, o rivolgendosi alle moltissime aziende farmaceutiche che vi partecipano come sponsor. La presenza di relatori italiani qualificati sarà consistente e pertanto la vostra numerosa partecipazione darà senz'altro un importante contributo scientifico alla discussione nelle varie sessioni.

Ci sono voluti sessant'anni di impegno per poter ottenere in Italia la realizzazione di un Congresso Mondiale e forse ce ne vorranno tanti altri per poterlo riavere! La sua realizzazione ci impegna con orgoglio ad essere tutti uniti e presenti per dimostrare scientificamente la qualificata formazione e preparazione della ginecologia italiana che voi tutti rappresentate.

Un arrivederci a tutti a Roma.



Vito Trojano



Antonio Chiantera

PROGRAMME AT A GLANCE

Plenary Session Topics

PRE-CONGRESS COURSES

- Course 1: Basic course on ultrasound
- Course 2: Diabetes and pregnancy in low-resource countries
- Course 3: Postpartum haemorrhage
- Course 4: Basic course on endoscopy
- Course 5: Basic course on colposcopy

FIGO - PLENARY SESSIONS

- Millennium Development Goals
- President's session: Role of professional societies in achieving MDGs
- LOGIC session
- FIGO initiative
- Save mothers project
- Fistula project
- Maternal mortality
- Perinatal mortality
- Ethics

SPECIAL AND SPONSORED SESSIONS

- Misoprostol for managing postpartum haemorrhage in low resource settings

OTHER TOPICS

- Sexual and reproductive rights
- Demography of fertility
- World Report 2012

GYNAECOLOGICAL ONCOLOGY - PLENARY SESSIONS

- Cancer and Infection
- New cancer markers
- Cervical cancer
- FIGO staging
- Epidemiology
- Site specific cancers
- Management
- Follow up
- Trophoblastic disease

SPECIAL AND SPONSORED SESSIONS

- IGCS - How to organise cervical cancer services in the developing world

OTHER TOPICS

- Imaging techniques
- Lymphadenectomy
- Specific surgical techniques
- Premalignant conditions

LOW RESOURCE COUNTRIES - PLENARY SESSIONS

- Women's health in LRC
- Safe motherhood 1 - Safe motherhood 2
- Training in low resource countries
- Capacity building
- HIV/AIDS 1 - HIV/AIDS 2
- Gynaecological cancers
- Infertility management

OTHER TOPICS

- Environmental issues in low resource settings
- Tropical infections and women's health

MATERNAL FETAL MEDICINE - PLENARY SESSIONS

- Caesarean section
- Organisation of maternity services
- Maternal diseases
- Maternal diabetes
- Pre-eclampsia
- Infection in obstetrics
- Fetal screening
- Fetal growth disorders
- Labour and birth
- Safety in obstetrics
- Maternal obesity

SPECIAL AND SPONSORED SESSIONS

- INTERGROWTH 21st Study - Fetal growth
- Global Network for Perinatal & Reproductive Health - Tobacco exposure in pregnancy

OTHER TOPICS

- Genetics
- Geographical perspectives on infection
- Imaging
- Trophoblast
- Fetal monitoring
- Multiple pregnancy
- Maternal physiology

- Fetal conditions
- General obstetrics

REPRODUCTIVE MEDICINE - PLENARY SESSIONS

- Endometriosis
- Infertility
- Assisted Reproductive Technology
- Polycystic Ovary Syndrome
- Reproductive endocrinology
- Abnormal uterine bleeding
- Hormonal therapy
- Menopause: pathophysiology
- Menopause: management

SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH - PLENARY SESSIONS

- Sexually transmitted diseases
- Population planning
- Termination of pregnancy
- Contraceptive techniques
- Training in contraception
- Childhood and adolescence
- Sexuality
- Miscarriage

SPECIAL AND SPONSORED SESSIONS

- ISPOG symposium - Psychosomatic issues in gynaecological practice
- SURGERY - PLENARY SESSIONS
- Surgical principles
- Endoscopy
- Surgical training
- Safety in surgery

- Breast diseases
- Breast cancer
- Robotics
- Fibroids
- Hysterectomy

OTHER TOPICS

- Transplant

UROGYNAECOLOGY - PLENARY SESSIONS

- Aetiology of incontinence and prolapse
- Pelvic floor dysfunction: Classification - FIGO Task Force session
- Educational programme on pelvic floor medicine - FIGO Task Force session
- Neurophysiology and pelvic pain - FIGO Task Force session
- Overactive bladder syndrome: Future treatment - IUGA panel discussion
- Midurethral slings: Appropriate selection - IUGA panel discussion
- Adjuvant grafts in reconstructive pelvic surgery - IUGA panel discussion
- Anal sphincter injuries
- Complications of pelvic surgery - IUGA panel discussion

SPECIAL SESSIONS BY NATIONAL SOCIETIES

Il contenzioso avanza le assicurazioni fanno dietrofront

La curva del contenzioso in ambito medico è in continua ascesa. Tra il 2008 e il 2009 è salita del 15 per cento e nel 2009, secondo i dati dell'Ania, l'associazione degli assicuratori, le denunce dei cittadini per danni subiti in ospedale e negli studi medici hanno toccato quota 34 mila. Il clima che si respira dietro queste cifre è desolante: sfiducia nella sanità e sentimento di rivalsa nei confronti della struttura sanitaria o del singolo operatore da parte dei cittadini. Frustrazione e umiliazione professionale da parte dei medici, su cui si abbatte un danno insieme economico, morale e di immagine che lo condiziona pesantemente anche nella sua pratica professionale.

Poi ci sono gli esorbitanti premi assicurativi, in particolare per le specializzazioni più rischiose dal punto di vista della responsabilità professionale, come la chirurgia, la ginecologia, l'ostetricia, l'ortopedia, l'anestesia. Cifre ormai insostenibili per tanti colleghi, soprattutto

per i più giovani: un problema che la recente normativa sulla Rc obbligatoria rende ancor più urgente affrontare. Dall'altra parte le compagnie assicuratrici dichiarano perdite elevatissime nel ramo sanità: i costi delle polizze basterebbero a coprire in media solo la metà dei risarcimenti per i danni da presunti casi di malasanità. E così fuggono dal settore. Una fuga che rischia di mandare in tilt anche il nostro Ssn, con sempre più Asl alle prese con problemi di assicurabilità. Questo quadro, anche nei suoi contorni più allarmanti, non coglie di sorpresa la nostra associazione. Fin dai suoi esordi, l'Aogoi ha lanciato l'allarme sulle molteplici negative conseguenze del contenzioso medico legale sulla nostra professione, prevedendone con grande lucidità la grave escalation. Attraverso convegni, giornate di studio, corsi e seminari di informazione e formazione l'Aogoi è stata tra le prime società scientifiche a dare vita a un ampio dibattito su queste problematiche, coinvolgendo

istituzioni, giuristi, studiosi italiani e stranieri ed esperti del settore. Un dibattito che negli anni si è concretizzato in una serie ben articolata di iniziative sul fronte della responsabilità professionale, della gestione del rischio, dell'innalzamento degli standard di qualità dell'assistenza e soprattutto della creazione di strumenti di forte tutela degli iscritti in campo assicurativo e legale. Le pagine di questo giornale sono state un po' lo specchio di questo percorso e hanno raccolto, in ogni numero, tutte le riflessioni, le proposte e le iniziative che l'Aogoi ha messo in campo per tutelare al meglio i suoi soci in campo legale e assicurativo. *Gyneco* continuerà in questo solco ampliando lo spazio riservato all'approfondimento di questi temi. A partire dal confronto con i soci, che potranno far sentire la loro voce anche attraverso un forum aperto sul sito www.aogoi.it. Perché, come afferma Carlo Sbiroli nel suo Punto, è importante "non stare alla finestra, affacciati sul cortile dei

problemi di difficile soluzione". L'Aogoi certamente non intende "stare alla finestra". I problemi legali e assicurativi indotti dall'aumento esponenziale del contenzioso richiedono risposte urgenti e ancor più efficaci. Per questo, forte dell'esperienza che ha maturato in questi anni, la nostra associazione vuol far decollare al più presto un'importante iniziativa. Si tratta di un Ufficio legale nazionale, sua diretta emanazione, composto da un pool di avvocati esperti in materia di responsabilità professionale medica, con particolari competenze nell'area ostetrico ginecologica. La mission del nuovo Ufficio legale nazionale e le ragioni di questa scelta "improcrastinabile" sono qui di seguito illustrate dall'avvocata Vania Cirese.

Ufficio legale nazionale Aogoi: le ragioni di una scelta improcrastinabile

IL QUADRO

Il convergere dell'incremento continuo delle richieste risarcitorie e del loro effettivo riconoscimento in sedi giudiziali ha provocato la crescente difficoltà - riscontrata dalle Aziende Ulss, ospedali, cliniche e singoli operatori sanitari, specialmente nell'area specialistica di ostetricia ginecologia - nel reperire coperture assicurative adeguate al rischio da allocare, espressive di una concorrenza effettiva tra soggetti privati.

I dati emergenti dalle varie realtà locali hanno fotografato un preoccupante fenomeno, costante e uniforme, di progressiva chiusura del mercato assicurativo, che spunta condizioni contrattuali sempre più onerose in termini di costi e di minori estensioni delle garanzie delle coperture proposte, cui fa riscontro un'accettazione forzata imposta agli assicurati, che devono loro malgrado aderire a condizioni insoddisfacenti e svan-

La progressiva chiusura del mercato assicurativo nell'area della tutela legale e le condizioni contrattuali sempre più onerose stanno costringendo molte società scientifiche a dotarsi di un proprio ufficio legale con avvocati esperti nei vari specifici settori per assicurare indirizzi giurisprudenziali più omogenei e garantisti. E abbattere i costi

taggiose per carenza di offerte alternative più valide. A tali negative evidenze vanno inoltre aggiunti i numerosi casi di disdetta intimata dalle compagnie assicurative prima dell'effettiva scadenza contrattuale, seguiti da nuove negoziazioni a condizioni estremamente gravose per le Aziende sanitarie e per i singoli professionisti sotto il profilo economico-normativo; ciò a fronte non solo di comunicazioni di citazioni o imputazioni a carico del professionista ma anche per mera apertura di indagini prelimi-

nari (fase pre processuale destinata a non pregiudicare l'indagato perché può chiudersi con un'archiviazione), o addirittura di mera lettera di richiesta di risarcimento danni avanzata del legale del paziente asseritamente lesa, molto spesso del tutto infondata. Del pari insoddisfacente è la difesa giudiziale fornita dagli avvocati delle compagnie assicuratrici, la cui posizione si appalesa spesso conflittuale, sacrificando la tutela del medico agli interessi della compagnia ovvero fornendo una gestione del "sinistro"

troppo burocratica e non legale-specialistica, in relazione ai complessi aspetti in materia di responsabilità medica.

LA MEDIAZIONE: PERCHÉ NON CONVINCE

La procedura conciliativa non costituisce al momento una soluzione soddisfacente, innanzitutto per le fondate riserve sull'effettiva praticabilità dell'istituto alla luce del sopravvenuto D.lgs 28/2010 che introduce la mediazione obbligatoria anche in riferimento alla responsabilità medica, quale condizione di procedibilità della successiva domanda giudiziale civile.

Le modalità operative del citato D.lgs pongono molti dubbi per la scarsa tra-



IL PUNTO DI CARLO SBIROLI

Perché siamo incazzati

Lo sapevo. Me lo aspettavo. Ogni giorno poteva essere quello buono. È arrivata la richiesta di risarcimento danni da parte di una paziente. La lettera raccomandata di uno dei tanti studi legali-avvocati associati mi informa che nel 2003 ho eseguito un intervento radicale per cervicocarcinoma su una paziente che successivamente ha notato una incontinenza urinaria da sforzo. E precisa che "... a causa della condotta negligente e imperita dei sanitari ginecologi, la signora ha subito gravissime lesioni psico-fisiche che le hanno causato degli ingenti danni patrimoniali e non patrimoniali". E non è finita qui. Anche il marito "a causa delle suddette gravi lesioni psicofisiche riportate dalla moglie ha subito a sua volta un grave danno morale non patrimoniale riflesso". Non ricordo il caso clinico. Sono passati 8 anni dall'intervento. Devo controllare la cartella clinica nell'archivio dell'Istituto Tumori. Naturalmente mi sento innocente. Sono incensurato. Tutto questo non serve. Immagino che inizierà ora una lunga trafila legale che mi costringerà per mesi, se non per anni, a vivere in ansia. Sarò costretto a preparare relazioni per convincere i giudici che quanto richiesto dai legali della signora è fuori dalla logica comune. Mi dicono di non preoccuparmi, "tanto c'è l'assicurazione". Sono ferito nel mio orgoglio, nella mia professionalità. Ho l'impressione che lo scrupoloso lavoro di una vita professionale sia andato improvvisamente in frantumi. La mia autostima è messa a dura prova. I prossimi mesi, e forse i prossimi 3-4 anni (vista la lentezza della giustizia), saranno ritmati da incontri con i miei avvocati e con il tribunale. So già che passerò giornate intere alla ricerca di bibliografia, di dati statistici, di riscontri a favore delle mie tesi difensive. Molte delle cose che mi sembrano inconfutabili saranno messe in discussione. Discuterò certamente con colleghi (Ctu), pagati poche lire dallo Stato, che avranno da ridire sul mio operato. Così come discuterò, credo animosamente, con i colleghi che difenderanno la controparte. Insomma mi

scontrerò con persone conosciute e sconosciute che certamente esporranno tesi diverse dalle mie. Credo che sarà dura convincerli, roba da riunione di condominio sulla riparazione dell'impianto idraulico. Nei miei soliloqui mattutini (mi sveglio sempre molto presto come quando andavo in Istituto) penso spesso che soltanto se mi arruolassi nella Legione Straniera potrei evitare questo scontro che percepisco come un linciaggio. Ma non ho l'età, sono troppo anziano per andare a far la guerra. Sono però abbastanza grande (anziano), riflessivo e calmo di natura per sembrare saggio. Devo quindi comportarmi come tale. Penso anche che in fondo non sono un bracciante agricolo, dunque la mia famiglia non farà la fame nell'eventualità di una condanna. Non sono particolarmente acciaccato, e qualche doloretto articolare e la calvizie non bastano per squalificarmi. Non nutro sentimenti di superiorità, né di inferiorità. Sembro abbastanza istruito (il giudice non sa che fui rimandato in greco e matematica al secondo liceo), per cui in Tribunale farò certamente una impressione positiva. Questo mi aiuterà a farla franca? Né mi consola il fatto che altri colleghi siano stati pescati (*fishing* è il termine anglo-sassone) dagli studi legali-avvocati associati nel lago della malpratica sanitaria. Basti pensare che in Italia ogni anno vi sono 34 mila denunce per danni subiti in ospedale o negli studi medici. I contenziosi tra pazienti e medici nell'ultimo decennio sono cresciuti del 145%, arrivando a costare alle casse delle aziende ospedaliere 500 milioni di euro per anno, e il maggior numero di cause legali si registra nei settori di ostetricia e ginecologia. Di pari passo crescono i premi assicurativi dei medici. Hanno raggiunto livelli non più sostenibili. Aumenta sempre più la paura di incorrere in qualche contenzioso. Anche perché si è ricattati dall'infame bombardamento pubblicitario televisivo degli studi legali-avvocati associati che stimolano i presunti malati italiani a iniziare procedure legali contro i medici. E non è finita qui. Perché va registrato anche il continuo abbandono delle

assicurazioni in questo settore. E l'attuale crisi economica peggiora la situazione. Siamo ormai al calor bianco. In questa situazione l'Aogoi appare sempre più "nave in gran tempesta". Per fortuna ha dei buoni "nocchieri" (leggi dirigenza Aogoi) che cercano con ostinazione di mantenere una salda rotta nel mare burrascoso del contenzioso medico-legale. Da una parte vi è la drastica riduzione delle sponsorizzazioni delle case farmaceutiche per la crisi economica in atto, dall'altra si registra l'incremento, ormai insostenibile, dei premi assicurativi e la fuga delle assicurazioni da questo settore. Tutto questo sta mettendo seriamente in pericolo i privilegi assicurativi che l'Aogoi ha elargito finora e che le altre società scientifiche ci hanno sempre invidiato. *GynecoAogoi* inizia con questo numero un reportage sui maggiori problemi aperti nel settore del contenzioso medico-legale. Proporrà rimedi. Inviterà esperti a suggerire nuove soluzioni. Coinvolgerà il mondo politico. Ma soprattutto vuole coinvolgere voi - soci Aogoi - nella discussione, perché siete i diretti interessati. Cercate, almeno questa volta, di non stare alla finestra, affacciati sul cortile dei problemi di difficile soluzione. **Esprimete le vostre opinioni, proposte e dissensi attraverso il forum aperto sul sito www.Aogoi.it o attraverso mail indirizzate a redazione@hcom.it. Rispondete almeno alle 13 domande proposte in queste pagine e che troverete sul sito Aogoi. E speriamo di farcela.**

sparenza e sicurezza della procedura. I soggetti che devono mediare non sono giudici, né avvocati, né enti pubblici, possono essere privati, a scopo di lucro o totalmente digiuni di una materia così complessa come la responsabilità medica. Non c'è alcuna garanzia d'indipendenza, imparzialità e competenza, occorrerebbe una preparazione specifica sul versante giuridico e medico legale. Inoltre, alla luce delle attuali previsioni, l'aggravio di costi e di tempi, causerà una prevedibile "fuga" delle domande di risarcimento in sede penale, evenienza che, lungi da risolvere il problema, comporterà ulteriori complicazioni in materia. Sin da ora si constata che molte convocazioni delle p.o. vanno deserte perché le strutture non sono inclini nemmeno all'esborso della procedura iniziale.

MONITORAGGIO E GESTIONE DEL RISCHIO

Per far fronte razionalmente alle gravi problematiche del contenzioso medico-legale in sanità, che mina il rapporto fiduciario medico-paziente, lede l'immagine del servizio sanitario a livello nazionale, regionale e locale, e comporta un grave dispendio economico, non v'è dubbio che vadano stimolati gli interventi legislativi e i provvedimenti ministeriali più opportuni per l'introduzione di un efficace sistema di monitoraggio e gestione del rischio clinico, perché solo identificando le cause e le ragioni di reiterazione degli eventi avversi e predisponendo misure preventive, di controllo e di contrasto, si avranno conseguenti possibili deflattivi del contenzioso.

LE NOSTRE PROPOSTE

- Nell'obiettivo di valorizzare le professionalità occorre innanzitutto mettere a disposizione degli ostetrici-ginecologi dell'Aogoi:
1. legali specializzati nel settore della responsabilità medica, con particolare riferimento alla specialistica di ostetricia-ginecologia
 2. consulenti tecnici che vantino oltre le competenze specialistiche anche esperienze di contenzioso e difesa in aula
 3. copertura assicurativa più soddisfacente per danni e per la tutela legale.

UN UFFICIO LEGALE NAZIONALE

Gli orientamenti giurisprudenziali prevalenti nel corso degli anni risultano sempre più inclini a riconoscere ampie liquidazioni in dipendenza dei sinistri in sanità, amplificando progressivamente i titoli di danno riconosciuti, cui fa riscontro, in parallelo, un aumento sempre più cospicuo e insostenibile dei premi assicurativi che le Aziende sanitarie sono chiamate a versare per la copertura dei rischi. I precipitati orientamenti risultano modi-

ficati in favore dei medici, e degli ostetrici ginecologi in particolare, solo a fronte dell'impegno di avvocati specialisti nel settore, che sono riusciti a far affermare indirizzi di maggior tutela. Alla luce delle attuali tendenze appare assolutamente indispensabile che l'Aogoi, in un campo così delicato e specifico come la responsabilità professionale, si doti di un proprio ufficio legale, sua diretta emanazione, con avvocati esperti da anni in materia di responsabilità professionale medica, che abbiano da tempo optato per tale specializzazione con particolare riferimento all'area ostetrico-ginecologica per assicurare indirizzi giurisprudenziali più omogenei e garantisti, e abbattere i costi. In Gran Bretagna la *medical malpractice* è una branca specialistica degli avvocati, in Italia lo è per pochissimi penalisti e civilisti.

UN NETWORK PER LA TUTELA MEDICO LEGALE

L'ufficio legale Aogoi rappresenta la migliore e concreta risposta a tutte le complesse problematiche di settore che richiedono di essere prontamente e seriamente risolte. Sarebbe auspicabile istituire l'ufficio legale (a livello centrale), formato da un numero limitato di legali, condizione indispensabile per assicurare una linea strategica uniforme e una spedita collaborazione tra avvocati e vertici Aogoi (con incontri periodici, scambio di esperienze e documentazione). Inizialmente non più di un penalista e un civilista per area. Il suggerimento è di nominare nell'ufficio legale **un penalista e un civilista per il Nord** (Lombardia, Veneto, Piemonte, ½ Emilia Romagna, Friuli, Trentino); un penalista e un civilista **per il Centro** (Lazio, Toscana, Emilia Romagna, Marche, Umbria, Abruzzo, Molise); un penalista e un civilista **per il Sud** (Campania, Puglia, Calabria, Basilicata, Sicilia, Sardegna). Detti legali successivamente potrebbero diventare i responsabili di area, prevedendo in seguito una rete di legali con un penalista e un civilista in ogni regione, da affiancare o delegare sul posto, dopo adeguata formazione specifica a cura di Aogoi.

Le cifre del contenzioso

Assicurazioni in fuga. Rischio Asl senza polizza

L'aumento esponenziale di richieste danni per presunti casi di malasanità sta facendo scappare le Asl dalle assicurazioni, e viceversa. Le prime si trovano a pagare polizze sempre più care e difficilmente sostenibili, le seconde spuntano contratti troppo poco vantaggiosi, così li disdicono o non si presentano alle gare. Inizia a concretizzarsi



il rischio che qualche Asl possa trovarsi senza assicurazione. Concreto anche il rischio che qualche compagnia assicurativa fallisca lasciando le Asl in difficoltà (come già accaduto nel caso della Faro)

Formula fai-da-te: l'autoassicurazione

Sempre più Regioni stanno pensando di autoassicurarsi. Lo fanno già la Toscana, il Piemonte e da pochissimo la Liguria. In Toscana l'idea parte dal caso Careggi, quando vennero trapiantati per sbaglio tre organi di un donatore malato di Hiv e l'assicurazione, costretta a un risarcimento milionario, lo stesso anno ha

disdetto la polizza. Nel 2009 la Toscana spendeva 45 milioni di euro di polizze assicurative per le Asl, con cui copriva circa 1.500 denunce di danno all'anno. Nel 2010 ha rimborsato da sola ben il 50% dei danni da errori medici per un valore di 5 milioni di euro. Nella restante metà ci sono sicuramente danni più importanti, ma difficilmente serviranno altri 40 milioni per risarcirli. In più i soldi sono stati dati prima ai cittadini.

Le denunce

Nella sua relazione annuale, l'Ania segnala un netto aumento di litigiosità in questo settore. Sarebbero ben 34mila all'anno le denunce dei cittadini per danni subiti in ospedale o negli studi dei medici. Con un aumento del 15% dal 2008 al 2009 (il dato contenuto nella relazione 2010/2011 dell'Associazione degli assicuratori). Ma il lavoro tiene conto solo delle compagnie italiane o con sede in Italia e sul mercato ce ne sono anche molte straniere, quindi le denunce sono di più.

Il costo dei risarcimenti

Considerando che un risarcimento medio vale tra i 25 mila e i 40 mila euro, la malasanità costa una cifra enorme, compresa tra 850 milioni di euro e 1 miliardo e 400 milioni all'anno. La forbice è dovuta alla velocità di liquidazione: più il tempo passa, più cresce il valore del danno. Tra l'altro appena il 10% dei casi viene rimborsato in 12

mesi.

Secondo Roberto Manzato, direttore del ramo "vita e danni non auto" di Ania, il valore dei risarcimenti è in aumento e per le assicurazioni questo settore non è vantaggioso: si paga in media il 50% in più di quanto si incassa dalle polizze. Arrivare in fondo a un contenzioso poi non è facile. Quando si segnala alla Asl un errore medico questa avverte l'assicurazione che può provare a conciliare con il paziente, sempre che il dottore sia d'accordo. Molto spesso si finisce a processo e i tempi lievitano.

Il costo delle polizze

Asl e medici pagano ogni anno alle assicurazioni una cifra intorno ai 485 milioni di euro.

Il valore del danno

Sul totale dei danni da errori sanitari, quelli fino a 5 mila euro coprono un 50 per cento. Del restante 50 per cento dei danni oltre i 5 mila euro, quelli oltre i 100 mila euro sono il 5 per cento.

Le morti per malasanità

Registrate dalla Commissione d'inchiesta sugli errori sanitari, dall'aprile 2009 al settembre 2011, sono 329, di cui 223 sarebbero direttamente collegate a un errore medico.

Fonte: Repubblica, 31 ottobre 2011. "Boom di errori medici assicurazioni in fuga" di Michele Bocci. Dati: Ania, Regione Toscana, Commissione parlamentare d'inchiesta errori sanitari

13 DOMANDE AL SOCIO AOGOI

Ti invitiamo a rispondere a queste 13 domande: potrai farlo, in forma anonima e nel pieno rispetto della privacy, dalla home page del sito www.aogoi.it Partecipando a questo sondaggio aiuterai la nostra associazione a trovare le risposte più efficaci alle problematiche medico-legali e assicurative dei soci. **Collegati al sito!**

1. Ti è mai capitato di essere coinvolto in un contenzioso medico-legale?
 SI NO

2. Se sì, hai dovuto affrontare un processo?
 SI NO

3. E quanto è durato? Complessivamente, nei vari gradi di giudizio:
 più di 3 anni meno di 3 anni

4. Il timore di essere accusato di malpractice ti ha mai indotto ad assumere comportamenti riconducibili alla cosiddetta medicina difensiva?
 SI NO

5. Hai una polizza assicurativa privata?
 SI NO

6. Ritieni che gli elevati premi assicurativi siano giustificati in rapporto alla rischiosità della nostra specialità?
 SI NO

7. La copertura assicurativa e l'assistenza legale offerta dallo "scudo giudiziario" Aogoi ti fa sentire più tutelato?
 SI NO

8. Ritieni che l'eventuale istituzione di un Ufficio Legale-Aogoi con avvocati specializzati nell'area ostetrico-ginecologica possa tutelarti maggiormente?
 SI NO

9. Ritieni necessaria la Rc obbligatoria introdotta dal decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138 che fa obbligo alle Aziende Sanitarie di tutelarci?
 SI NO

10. L'Azienda sanitaria per cui lavori ha attivato questa polizza?
 SI NO

11. Secondo te ha una copertura valida?
 SI NO

12. Ritieni inevitabile in futuro per il ginecologo in Italia la scelta di non effettuare attività di assistenza al parto?
 SI NO

13. Quali proposte e istanze dovrebbero portare avanti le società scientifiche per migliorare la situazione sotto il profilo assicurativo e di tutela medico legale?
 a. Fissare e applicare una tabella di valutazione medico-legale del danno
 b. Creare un elenco nazionale di periti specialisti a disposizione dei colleghi
 c. Lasciare le assicurazioni affidandosi alle Regioni (modello Toscana)



Sul prossimo numero di

G Y N E C O
AOGOI

La seconda puntata del Focus su Responsabilità medica & Assicurazioni

I TEMI TRATTATI:

- **“La conciliazione nel contenzioso medico legale in ginecologia e ostetricia”**. Il professor **Carlo Pilia**, docente presso l'Università di Cagliari, ci illustrerà i capisaldi di questa innovativa disciplina che, pur salutata con favore da molti, specie tra coloro che invocano da tempo strumenti moderni ed efficienti di tutela civile, ha anche suscitato molte critiche e resistenze.
- **“Disposizioni sui consulenti tecnici del giudice in campo medico”**: la proposta di legge presentata dall'Onorevole **Benedetto Fucci** è volta a definire la figura del consulente dei tribunali nelle cause di natura medica, intervenendo su alcune criticità riguardanti sia le modalità di iscrizione all'albo dei Ctu sia le modalità alla base della scelta del consulente da parte del presidente del Tribunale nel delicatissimo settore della sanità.
- **Chiusura del mercato assicurativo: le conseguenze**
- **Tutela legale delle compagnie assicuratrici. Perché è carente**
- **Il processo**
- **La mediazione obbligatoria**
- **La figura del consulente tecnico del giudice**
- **Monitoraggio e gestione del rischio clinico**
- **La normativa e le proposte di legge in materia di responsabilità professionale del personale sanitario, Ctu e Rc obbligatoria**
- **I “professionisti del risarcimento”**
- **Il difficile incontro tra responsabilità sanitaria e assicurazioni: il punto di vista delle compagnie assicuratrici**



Lavanda Vaginale

Eutrofico
Igienizzante Intimo



ALIS[®]
GININTIMO

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

Tavola rotonda Agite Smic: il riordino dei consultori e dei servizi per la salute della donna

Consultori: il futuro incomincia oggi

Un dibattito a 360 gradi per discutere, a distanza di 36 anni dalla promulgazione della legge 405/1975 che istituiva i Consultori familiari, gli aspetti della professione ginecologica territoriale, il ruolo dei Consultori e degli ambulatori pubblici e privati, la necessità di una formazione specifica accompagnata da uniformità di azione ed organizzazione.

Oggetto dell'incontro, moderato da **Sandro Viglino**, vicepresidente di Aogoi e di Agite, il riordino dei diversi Servizi socio-sanitari, che svolgono un ruolo importante per la salute riproduttiva e la prevenzione oncologica della donna, oltre al ruolo dei Consultori, che scontano nelle diverse Regioni una disomogenea dirigenza nei Servizi, poca uniformità gestionale, scarsa comunicazione tra strutture territoriali e ospedaliere, e sono stati di recente oggetto di attacchi socio-economici, organizzativi e legislativi attraverso proposte di leggi regionali controverse, come avvenuto in Lazio e Piemonte.

L'interesse del tema al centro della tavola rotonda, una delle sfide più urgenti che la nostra sanità dovrà affrontare nel breve periodo, la partecipata presenza di importanti politici - medici parlamentari, come **Ignazio Marino**, **Benedetto Fucci** e **Claudio Gustavino**, questi ultimi due ginecologi - insieme a quella dei più qualificati addetti ai lavori della ginecologia Ospedaliera e del Territorio avrebbero meritato senz'altro una maggiore eco mediatica. L'integrazione ospedale-territorio, il rilancio dei consultori e l'organizzazione dei servizi territoriali sono infatti i punti centrali nell'agenda della sanità pubblica, l'agenda di oggi, non di domani. Perché il problema degli accorpamenti e delle riconversioni, della chiusura delle piccole strutture e della caren-

Per l'apertura del loro secondo congresso nazionale Agite e Smic hanno scelto di coinvolgere esponenti del mondo medico e politico, oltre ad operatrici e operatori, giornalisti e rappresentanti della società civile in un confronto mirato sul tema de "Il riordino dei consultori e dei servizi per la salute della donna". Al centro della tavola rotonda gli aspetti della professione ginecologica territoriale, il ruolo dei Consultori e degli ambulatori pubblici e privati, la necessità di una formazione specifica accompagnata da uniformità di azione ed organizzazione

za di personale, del turnover bloccato e via dicendo impongono un'urgente, ancorché ragionata, "riorganizzazione dell'assistenza sanitaria incentrata sul trasferimento di risorse verso il territorio".

Più risorse al Territorio. Lo hanno sottolineato tutti gli intervenuti. Il senatore Marino ha detto di averne fatto "un mantra che vado ripetendo in ogni incontro pubblico". Ma altrettanto necessaria, hanno ribadito i medici parlamentari, e in particolare l'onorevole Fucci, "una maggiore comunicazione tra società scientifiche, mondo delle professioni e istituzioni", e la promulgazione di strumenti normativi che tengano conto delle necessità evidenziate dagli esperti ed in particolare dagli operatori sanitari.

"Riorganizzazione".

Il vocabolo, che di questi tempi lascia in bocca l'amaro della crisi e delle draconiane misure economico-ragionieristiche, qui ha un altro sapore: sa piuttosto di "buon uso delle risorse", di "qualità e di sicurezza delle cure". Tutto ciò muove però da una premessa, che è la nuova visione dell'Ospedale e del Territorio non come di entità distinte, dicotomiche (o tricotomiche, se vi aggiungiamo una terza, l'Università), ma di un *unicum* assistenziale. Una visione coerente con il "sogno" del lungimirante segretario

nazionale Aogoi, **Antonio Chiantera**, di un Collegio italiano di ostetricia e ginecologia che riunisca sotto lo stesso tetto e con pari dignità tutte le componenti della ginecologia italiana. Le fondamenta di questa casa comune per tutti i ginecologi, ospedalieri ed extraospedalieri, ora aperta anche alle più preziose alleate del ginecologo, le ostetriche, sono state gettate già da tempo. Uno dei suoi pilastri è il Territorio, ovvero Agite, "parte integrante, più che società affiliata dell'Aogoi" ha affermato Chiantera. D'altronde, come è stato più volte ricordato: "l'ospedale è un momento del Territorio". Già oggi nei servizi territoriali si registra una discreta presenza di personale di estrazione ospedaliera (sono gli esuberanti della riorganizzazione) e questo "mix" è destinato in futuro a diventare sempre più consistente, ha sottolineato Sandro Viglino.

"L'ospedale non può fare tutto". È una delle affermazioni più ripetute nel corso del dibattito.

L'ospedale

deve puntare sulla specializzazione, rafforzando la sua vocazione in campo oncologico piuttosto che cardiovascolare o della cura e assistenza alla gravidanza... Le piccole strutture vanno chiuse (seppur in modo ragionato) perché insicure e troppo costose e al Territorio andranno trasferite tutta una serie di attività meno complesse (ma non per questo meno importanti) che potranno essere gestite con minor costi e più efficienza. Si pensi solo ai codici bianchi e verdi che oggi intasano i nostri Pronto soccorso o alle attività legate alla Prevenzione, oggi "Cenerentola del nostro Ssn" e che invece rappresenta il "miglior piano di rientro possibile", come ha affermato il senatore Gustavino.

Le proposte concrete per l'aggiornamento della missione dei consultori e il loro aggiornamento sono pronte. Sono articolate in 5 punti e sono state illustrate dal presidente Agite **Giovanni Fattorini** che insieme al segretario Aogoi Antonio Chiantera le ha già presentate al Senato (vedi box a fianco).

Comunicazione e formazione. "Territorio e ospedale sono due vasi comunicanti ma si parlano poco o per nulla. Nel decalogo Fazio si parla di integrazione, ma nei fatti ancora non c'è". Così il Presidente Sigo **Nicola Surico** nel suo intervento ha evidenziato la necessità di dare vita a "strumenti di comu-



Sul prossimo numero

i presidenti di Agite e Smic, Giovanni Fattorini ed Emilio Arisi, illustreranno le principali novità emerse dai lavori congressuali

nicazione tra strutture ospedaliere e territorio”, soffermandosi anche su un’altra urgenza: quella di inserire nel percorso formativo dei ginecologi specializzandi, accanto ad universitari e ospedalieri, anche i medici ginecologi del territorio, sia dei Consultori sia degli ambulatori specialistici. Surico ha poi portato ad esempio pratico la sua regione, il Piemonte, dove questo già avviene.

Dello stesso avviso anche il presidente Aogoi Vito Trojano, che ha invitato ad “andare oltre le nostre associazioni per dialogare efficacemente con le istituzioni”, alle quali “chiediamo indirizzi programmatici omogenei e validi per tutte le Regioni”. Il segretario nazionale Aogoi Antonio Chiantera ha poi sottolineato il valore aggiunto di questo secondo appuntamento nazionale del Territorio: “è il congresso dell’affermazione e della chiarezza” ha detto ringraziando i due presidenti di Agite e Smic Giovanni Fattorini ed Emilio Arisi. “L’Aogoi è qui per testimoniare che

esistete – ha aggiunto - e per ricordare che deve essere fatto quel cammino completo che pur scritto anni non è stato ancora realizzato”.

Tra i numerosi intervenuti quello di Giuseppe Nielfi, sindacalista dei Ginecologi convenzionati Sumai, che ha rimarcato la differenza tra poliambulatori e Consultori, e la necessità di una corretta gestione di entrambi. Sulla proposta di utilizzare una cartella ginecologica e ostetrica comune in tutta Italia, con la conseguente libertà di movimento inter-regionale per le pazienti, si è invece soffermato il presidente Fesmed Carmine Gigli, sottolineando le difficoltà di contrattazione con 21 diversi sistemi regionali.

Rosella Giangrazi, in rappresentanza dell’Assemblea permanente delle donne di Roma, nata in

seguito alla proposta di legge Tarsia per la riforma dei Consultori familiari, ha posto l’accento sulle pericolose ripercussioni che l’approvazione di questa legge avrebbe, tanto sulla qualità della vita delle donne e dei loro diritti sessuali e riproduttivi, quanto sulla composizione stessa del personale presente all’interno dei Consultori. Sullo stesso tema è intervenuta anche Elena Ribet, giornalista della testata Noi Donne. La Consigliera di parità della Provincia di Latina, Stefania Pascucci, ha ribadito la scarsa presenza di relazioni femminili, sottolineando come la si-

non è neppure del tutto conclusa. Perché, come ha affermato Chiantera, “permane ancora una certa difficoltà di convivere tra le varie anime della ginecologia”. Però i risultati oggi sono arrivati, merito della vision di Aogoi, del suo supporto e del grande impegno di Agite.

Naturalmente “non ci sono ginecologi di serie A, di serie B o C”, ma riaffermarlo qui oggi serve a denunciare l’abbandono e l’oblio in cui per anni, per prima la politica, ha lasciato i consultori e i servizi per la salute della donna e degli adolescenti: “un tempo fiore all’occhiello del nostro welfare ed esempio pressoché unico, così come concepito dal legislatore nel 1975, nel panorama europeo” come ha ricordato il presidente di Agite Fattorini.

La piena realizzazione della 405, la legge che 36 anni fa, in un periodo di forti luci e ombre, istituiva i consultori è una grande promessa mancata. Una ferita per tutti coloro che non hanno mai smesso di credere nell’impegno anche sociale della ginecologia e ostetricia.

I dati del Rapporto sui consultori familiari in Italia del resto parlano chiaro, li ha snocciolati Giovan Battista Ascone, direttore dell’Ufficio Salute della donna e dell’età evolutiva del ministero della Salute, e si riassumono così: i consultori in Italia sono poco più di 2.000, circa 0,7 ogni 20.000 abitanti, mentre dovrebbero essere almeno 1 ogni 20.000. Ora di consultori e servizi territoriali si ricomincia a parlare. Di nuovo e questa volta sul serio. Ora che la grande crisi sta mettendo in ginocchio la nostra sanità pubblica tutti sembrano accorgersi di quanto siano indispensabili, per mille ragioni, non ultima la razionalizzazione della spesa. L’Aogoi ne era consapevole da molto tempo. Comunque, era ora. ■

SINTESI DELL’INTERVENTO DEL PRESIDENTE AOGOI VITO TROJANO AL CONGRESSO AGITE SMIC

Il nostro percorso di unificazione

■ “Da alcuni anni l’Aogoi sta tracciando un percorso diverso, teso all’unificazione di tutte le componenti della ginecologia – da quella ospedaliera, a quella territoriale e a quella universitaria, comprese le ostetriche che fanno parte integrante del nostro ambito – che le porti a viaggiare su un unico binario. Per questo da tempo abbiamo cominciato a parlare di un Collegio italiano di ostetricia e ginecologia” ha affermato il presidente Aogoi Vito Trojano nel suo intervento al congresso nazionale Agite-Smic.

Per Trojano questo binario unico deve permettere un’integrazione che parte dal territorio e arriva in ospedale ma che dall’ospedale poi ritorni al territorio: “Non si tratta di confezionare un viaggio di sola andata ma di realizzare un circuito virtuoso fondato su un vero dialogo tra territorio e centri di riferimento di secondo o di terzo livello. Nella mia regione, la Puglia, lo stiamo già facendo per quanto riguarda la prevenzione del cervico carcinoma”. Il sistema in cui tutti noi operiamo, ha precisato Trojano, deve però saper dialogare anche con le istituzioni. “Se il dialogo restasse confinato nell’ambito delle nostre associazioni o dei nostri ambiti professionali tutte le nostre problematiche e le nostre istanze rischierebbero di restare lettera morta”.

“Per questo l’Aogoi ha puntato molto sul rafforzamento dei rapporti con le istituzioni approdando a risultati concreti, dalla Riforma dei Punti nascita, concertata con il ministro Fazio, alla più recente istanza parlamentare per la definizione dei punti di eccellenza. Riguardo a questi ultimi, siamo partiti dall’oncologia – ha affermato Trojano – ma presto arriveremo all’individuazione di centri di riferimento per quanto riguarda le problematiche dell’endometriosi, delle gravidanze a rischio e dei punti nascita”. Centri di eccellenza che in una riorganizzata rete ospedaliera dovranno decollare insieme al Territorio. È questo per il presidente Aogoi “il team di qualità e di formazione a cui dobbiamo tendere, un team che deve avviare un nuovo dialogo tra i due vasi comunicanti Territorio e Ospedale che, come ha sottolineato il presidente Sigo Nicola Surico ‘si parlano poco o per nulla’”.

Il nostro obiettivo – ha concluso – è quello di essere vicini a tutta la ginecologia italiana, a tutte le sue peculiarità, utilizzando tutti i mezzi e le possibilità di ciascuno di noi, a livello nazionale e regionale, ma soprattutto valorizzando tutte le professionalità nell’ambito ostetrico e ginecologico. Un obiettivo che è anche la premessa del cammino comune intrapreso da Aogoi e da Agite”.

I punti in agenda

“Abbiamo un percorso lungo da fare insieme, ora siamo agli inizi. Sono tanti i punti in agenda, a

Chiantera: “È il congresso dell’affermazione e della chiarezza”

Il segretario nazionale Aogoi Antonio Chiantera ha voluto ringraziare i due presidenti di Agite e Smic, Giovanni Fattorini ed Emilio Arisi, “per questo congresso difficile, di affermazione”. “L’Aogoi è qui – ha detto – per testimoniare che il Territorio esiste e per ricordare che deve essere fatto quel cammino completo che pur scritto da anni non è stato ancora realizzato”.

tuazione nel Lazio sconti gravi carenze organizzative. Vitadonna, portale molto conosciuto ed utilizzato dalle donne italiane, che conta circa 600mila contatti al mese, ha parlato con la voce di Gabriella Pacini, che ha fatto rilevare la necessità di coinvolgere le ostetriche in tutto quello che riguarda la riproduzione femminile e l’organizzazione dei servizi territoriali.

Se non ora, quando? Il Territorio, nella polifonia delle sue professionalità, rivendica un ruolo da co-protagonista nel Ssn. Un ruolo che i ginecologi territoriali hanno dovuto conquistarsi faticosamente anche all’interno della categoria per vedersi riconosciuto quel ruolo di “ginecologo di serie A”. La stessa battaglia che gli ospedalieri hanno combattuto trent’anni fa contro l’Aventino universitario. Non è stata una battaglia facile, forse

UNA PIATTAFORMA IN 5 PUNTI

Tra le molte proposte concrete lanciate nel corso del dibattito, la piattaforma programmatica per l’aggiornamento della missione dei consultori e il loro riordino, presentata dal presidente Agite Giovanni Fattorini.

I cinque punti in cui è articolata la piattaforma, di cui vi parleremo più diffusamente sul prossimo numero, prevedono:

- la caratterizzazione della rete consultoriale all’interno delle Ausl come Unità Operative Complesse, dirette da figure dirigenti di II livello del

- comparto sanitario
- la creazione di Centri di Ginecologia preventiva capaci di erogare prestazioni ginecologiche più complesse e attività di pronto soccorso
- la revisione del tempario previsto per le prestazioni di specialistica ginecologica
- il riconoscimento e l’estensione della funzione didattica, formativa e di tutoraggio delle strutture territoriali, accanto ad Università e Ospedali di Insegnamento

- la richiesta di aggiornamento permanente del P.O.M.I. (Progetto Obiettivo Materno Infantile) per omogeneizzare l’erogazione di servizi, anche attraverso l’istituzione presso il Ministero della Salute di una Consulta Nazionale sulla salute della donna e l’applicazione nei territori (Consultori e pediatria di libera scelta) dei 10 punti di azione proposti dall’ex ministro Fazio e firmati come accordo tra Stato e 21 Regioni.

Probiotici e Cranberry per uso topico nelle infezioni del basso tratto urogenitale



Lactoflorene Gyn®

10 CAPSULE VAGINALI

- Cranberry (*Vaccinium macrocarpon*, mirtillo rosso) succo disidratato titolato al 4% in proantocianidine (PAC)
- *Lactobacillus acidophilus* Vis K8, 1.2 miliardi UFC
- Acido Lattico 60%
- Calendula (*Calendula officinalis*) estratto secco, titolato 1% in flavonoidi
- Acido poliacrilico (*Policarbophil*)

Cosmetic Technology, 2/2011
Estratto dello studio

Achille Tolino, Gianfranco Borruto Caracciolo
Dipartimento Clinico di Emergenza Ostetrica e Ginecologica e Medicina della Riproduzione, Urologia
Università degli Studi di Napoli "Federico II"

L'aggiunta di un derivato estrattivo ottenuto dal mirtillo rosso Cranberry per uso topico a preparati a base di lattobacilli ha dimostrato di completare efficacemente l'attività per la capacità di impedire l'adesione batterica alla mucosa vaginale.

Il lavoro clinico è stato sviluppato arruolando 60 donne affette da infezioni urogenitali e dividendole in due gruppi A e B.

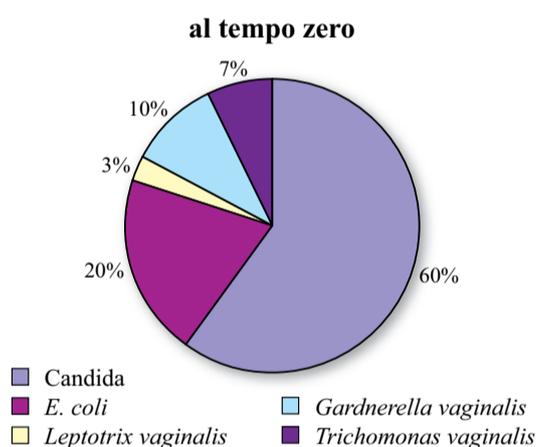
Alle donne del gruppo A sono stati somministrati probiotici per via orale per 10 gg (Lacto 5® due capsule/die).

Il gruppo B è stato invece trattato solo per via topica (1 capsula vaginale/die per 10 gg) con Lactoflorene Gyn®, dispositivo medico in capsule vaginali.

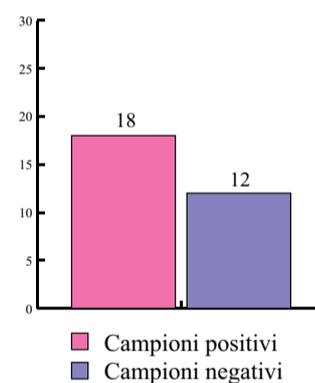
Ad entrambi i gruppi è stato effettuato un tampone al tempo zero, al 10° giorno di terapia (T1) e dopo 1 mese dalla prima visita (T2).

RISULTATI

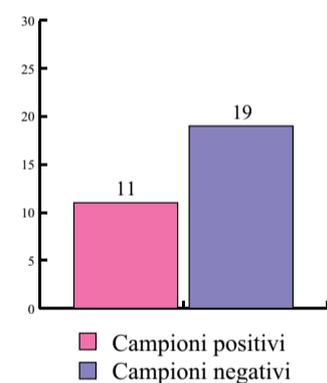
GRUPPO A Per os



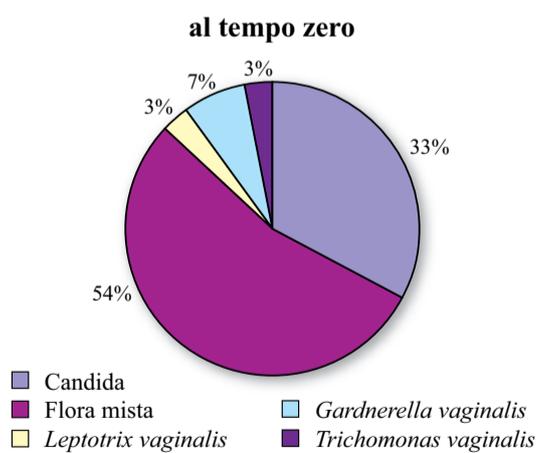
a 10 giorni



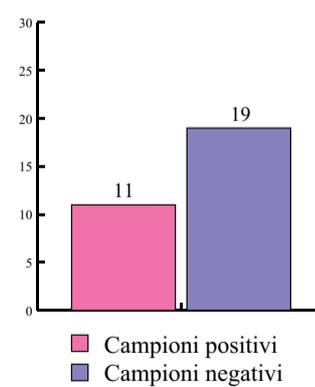
a 30 giorni



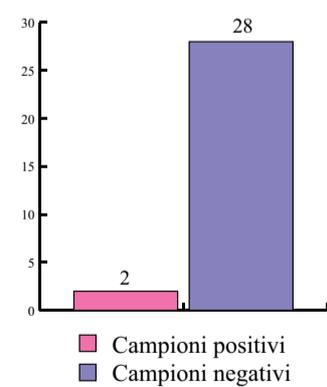
GRUPPO B Topico



a 10 giorni



a 30 giorni



Gruppo A

a 10 gg presentava
a 30 gg presentava

18 casi positivi 12 negativi (40%)
11 casi positivi 19 negativi (63%)

Gruppo B

a 10 gg presentava
a 30 gg presentava

11 casi positivi 19 negativi (63%)
2 casi positivi 28 negativi (93%)

Pur avendo ottenuto risultati positivi anche con la somministrazione di probiotici per via orale, è apparso importante riportare velocemente il pH vaginale entro limiti fisiologici tramite l'acido lattico e ripristinare la normale flora acidificante che antagonizza la proliferazione dei patogeni urinari e vaginali. La presenza del

derivato estrattivo di Cranberry aiuta il processo di risoluzione dell'infezione contrastando l'adesione alla mucosa soprattutto nel caso di batteri patogeni fimbriati. La Calendula ha un'azione idratante, trofica e lenitiva ed il Policarbophil, muco adesivo, prolunga la presenza in loco degli attivi.

Il testo della risoluzione parlamentare

Percorsi formativi istituzionalizzati per gli specialisti in ginecologia oncologica

La XII Commissione, premesso che:

La ginecologia oncologica, ai sensi del decreto ministeriale del 29 gennaio 1992, è inserita nell'«elenco delle alte specialità mediche»;

in virtù di tali premesse la ginecologia medica fa riferimento (al fianco di altri importantissimi e delicati settori come quelli della cardiologia medico-chirurgica, dei trapianti d'organo e delle malattie vascolari) a una serie di criteri e standard organizzativi e gestionali del massimo livello;

premessa al citato decreto ministeriale è la legge n. 595 del 1985 tuttora in vigore che definisce all'articolo 5 le cosiddette «alte specialità» come: «Le attività di diagnosi, cura e riabilitazione che richiedono particolare impegno di qualificazione, mezzi, attrezzature e personale specificatamente formato». Questa definizione è tanto breve quanto pregnante nell'evidenziare la delicatezza e l'importanza della ginecologia oncologica;

■ **Oggi in Italia non esiste un percorso definito per la formazione del ginecologo oncologo nell'ambito della formazione universitaria istituzionalizzata, nonostante questa importante e delicata branca della medicina sia da tempo inserita nell'«elenco delle alte specialità mediche». Per questo, la recente risoluzione presentata dall'onorevole Fucci in Commissione Affari sociali, anche su sollecitazione e con la collaborazione dell'Aogoi, intende impegnare il governo «ad attuare tutte le iniziative di competenza per garantire, come già avviene da tempo negli Stati Uniti e in altri Paesi europei, percorsi formativi istituzionalizzati per gli specialisti in ginecologia oncologica». Ecco il testo**



Benedetto Fucci
Componente della XII Commissione della Camera

a fronte dell'apparato di norme sopra ricordate, nella realtà pratica oggi in Italia non esiste un percorso definito per la formazione del ginecologo oncologo. Né, a differenza di quanto avviene per esempio negli Stati Uniti o in altri Paesi europei, esiste uno specifico percorso formativo successivo alla specializzazione al cui termine il medico ottenga una vera e autentica certificazione in relazione alla ginecologia oncologica; il risultato è che molti giovani medici appassionati di questa importante e delicata branca della medicina si impegnano nel seguire percorsi individua-

li ad esempio iscrivendosi a corsi privati certamente di qualità e autorevolezza scientifica. Tuttavia questi percorsi individuali non possono essere la sola forma obbligatoria di formazione a



In assenza di una formazione universitaria istituzionalizzata, molti giovani medici che intendono dedicarsi alla ginecologia oncologica sono costretti a seguire percorsi formativi individuali, con un esborso economico personale spesso non indifferente

causa della sostanziale mancanza di alternative, nell'ambito della formazione universitaria istituzionalizzata, in una parte consistente del Paese; oltretutto, aspetto nella pratica non secondario, il seguire questi percorsi individuali comporta spesso un esborso economico personale che può essere non indifferente vista la soglia ormai sempre più elevata di ingresso nella professione dopo il compimento della specializzazione (ormai si parla stabilmente di una forbice tra 30 e a volte perfino 35 anni) e vista l'impossibilità di avere un reddito adeguato essendo oggi vietato esercitare la professione già durante la specializzazione, **impegna il Governo:**

ad effettuare un attento monitoraggio sull'effettiva applicazione, sull'intero territorio nazionale, di quei criteri di eccellenza che in teoria, in base alle norme richiamate in premessa, dovrebbero contraddistinguere la formazione e l'esercizio della professione nella specialità medica della ginecologia oncologica; con specifico riferimento al tema della formazione e a quello ad esso collegata della ricerca, ad attuare tutte le iniziative di competenza per garantire, come già avviene da tempo negli Stati Uniti e in altri Paesi europei, percorsi formativi istituzionalizzati per gli specialisti in ginecologia oncologica.

Risoluzione 7-00727 - Fucci, Barani, Binetti, D'Incecco, Grassi, Scallera, Stagno D'Alcontres

Un modello di integrazione territorio-ospedale

Counselling sulla diagnosi prenatale per donne cinesi

Sonia Baldi* E. Periti*

*Consigliere Sigite

Ginecologa, Consultorio ginecologico di San Donnino per donne cinesi - Azienda Sanitaria Firenze

*Centro Unico Diagnosi Prenatale - Azienda Sanitaria Firenze

Negli ultimi anni la diagnosi prenatale ha conosciuto un'evoluzione rapida che ha contribuito a renderla una materia sempre più complessa e al tempo stesso fondamentale nel contesto di un appropriato counselling in gravidanza.

Con questa consapevolezza l'Azienda sanitaria Firenze (Asf) ha cominciato a porre un'attenzione crescente a questo argo-

■ **Grazie a semplici mezzi integrati alla mediazione e l'integrazione dei percorsi tra territorio e struttura ospedaliera è possibile superare le barriere linguistiche e culturali che spesso impediscono alle coppie straniere l'accesso e la fruibilità di servizi sanitari importanti. L'iniziativa avviata dalla Azienda Sanitaria Firenze propone un modello facilmente riproducibile in altre realtà regionali**

mento, individuando le risorse necessarie per dar vita a un percorso in cui l'approccio alla diagnosi prenatale fosse basato su una scelta libera e consapevole da parte della coppia.

La ricerca di realizzare un modello di percorso che fosse univoco, che ottimizzasse le competenze aziendali disponibili e soprattutto fosse facilmente fruibile per gli utenti, ha richiesto

un notevole impegno da parte del personale medico e ostetrico che, nel corso di questi anni, si è molto adoperato per analizzare e superare le criticità nelle varie fasi di questo progetto. Questo lavoro si è sicuramente tradotto in un miglioramento della qualità e fruibilità del servizio, grazie anche ad una ottimale integrazione fra territorio-ospedale.

Dall'aprile del 2009 l'Azienda Sanitaria Firenze è in grado di offrire un servizio di diagnosi prenatale in un centro unico, collocato in un presidio territoriale che ha uniformato le procedure, i protocolli e le modalità di lavoro, con una possibilità di confronto tra operatori che consente di affrontare le situazioni più complesse.

La donna in gravidanza che si rivolge alla Asf trova un percorso univoco e facilmente fruibile che inizia già nel consultorio con la consegna del libretto di gravidanza (libretto-ricettario previsto dal Consiglio sanitario regionale). A tale momento corrisponde un colloquio approfondito da parte del personale ostetrico che comprende anche rilascio di materiale informativo cartaceo, riguardante l'offerta, il significato, gli obiettivi e i limiti della diagnosi prenatale. Valutate le possibilità di scelta, la donna viene poi indirizzata al centro di diagnosi prenatale con appuntamenti prenotati direttamente dall'ostetrica, attraverso il Cup, secondo

un modello di integrazione con le attività consultoriali, senza ulteriori passaggi burocratici.

Nell'ambito di una ergonomizzazione delle risorse nei confronti della scelta di adesione al test combinato viene proposta una consulenza prenatale di gruppo nel presidio unico. A tale momento la donna, preferibilmente accompagnata dal partner, arriva già debitamente informata, con la documentazione anamnestica opportunamente compilata e con i risultati relativi agli esami ematici (gruppo Rh ed emocromo) necessari e indispensabili a completare il primo inquadramento della paziente.

Sicuramente questo modello, facilmente riproducibile in altre realtà regionali, ha portato ad una maggiore adesione al test combinato, ma al contempo ha fatto emergere alcune criticità, in particolare le difficoltà che una parte consistente della popolazione femminile incontra nell'utilizzare i servizi sanitari a causa delle barriere linguistiche

► **Segue a pagina 22**

Il 50% delle donne prova a concepire un bambino nel momento sbagliato: aiutale a trovare quello giusto

È piuttosto naturale credere che una gravidanza avvenga con facilità e in fretta. In realtà, per molte donne può occorrere molto più tempo di quanto si pensi: quasi il 20% delle donne non rimane incinta dopo 6 mesi di tentativi (1).

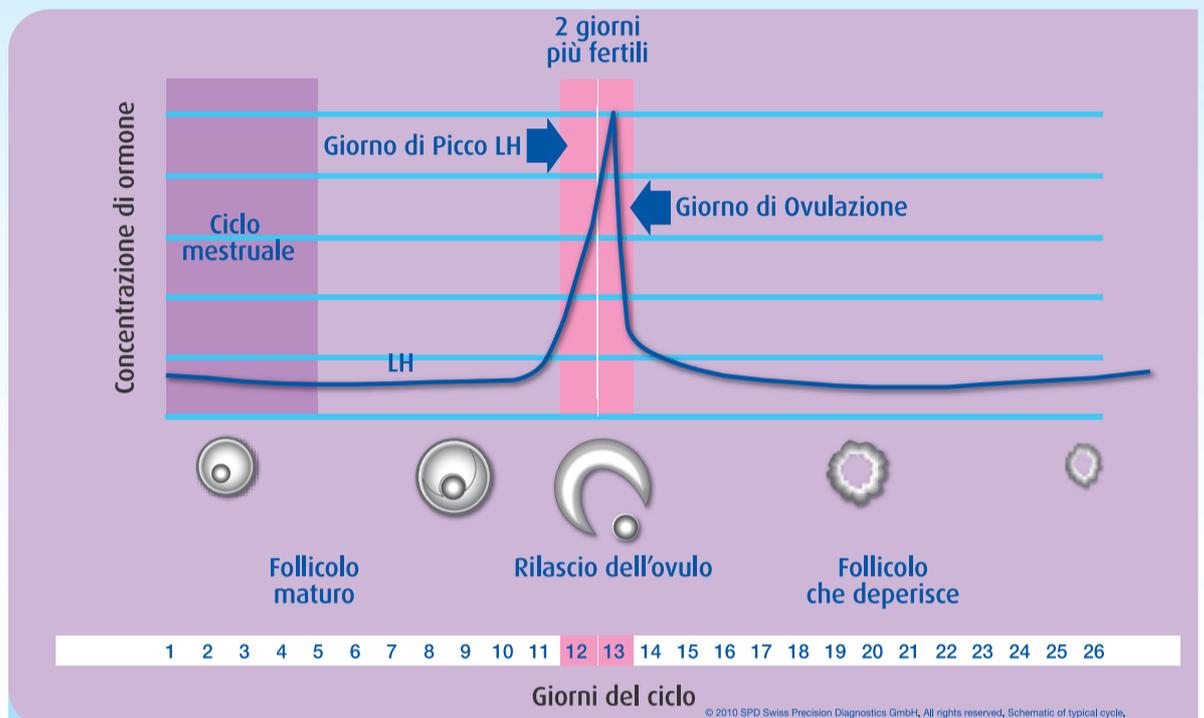
Molti sono i fattori che portano a questi ritardi nel concepimento, ma il momento in cui si hanno rapporti sessuali è il fattore determinante.

Infatti, una coppia su due prova a concepire un bambino nel momento sbagliato del ciclo (2) e molte donne non sanno che ci sono solo alcuni giorni fertili durante il ciclo mestruale.

Molte donne decidono di diventare mamme più tardi quando la loro fertilità diminuisce: molte aspettano di aver prima avviato la carriera per avere una stabilità economica.

Quando una gravidanza non avviene nei tempi desiderati, una donna può sentirsi ansiosa e delusa, per questo **il tuo aiuto può risultare fondamentale** per sfruttare al massimo le sue possibilità di concepire senza perdere tempo prezioso.

Una donna che conosce il suo periodo fertile ha più possibilità di concepire un bambino nel momento desiderato.



Con l'avvicinarsi dell'ovulazione c'è un improvviso aumento dei livelli di LH, l'ormone luteinizzante. Questo è l'ormone che provoca l'ovulazione e può essere misurato nelle urine. L'ovulazione avviene quando l'ovocita viene rilasciato nelle Tube di Falloppio, in genere tra il 12° e il 16° giorno del ciclo. Il follicolo quindi si sfalda e viene espulso. I giorni del picco dell'ormone LH e il giorno successivo sono quelli più fertili del ciclo. I test di ovulazione individuano nell'urina i due giorni più fertili indicando quando sta per avvenire il picco dell'ormone LH. Trattandosi di test delle urine da svolgersi in pochi minuti, sono inoltre assolutamente naturali e non invasivi.

Clearblue, il marchio più venduto al mondo di test per uso domestico, ha sviluppato il primo test di ovulazione digitale.

Affidabile oltre il 99% nella individuazione del "picco" dell'ormone LH, è stato valutato come il test che le donne usano con più affidabilità, aiutandole ad identificare i due giorni del ciclo in cui è possibile concepire.

La ricerca ha dimostrato che 1 donna su 4 può sbagliare a interpretare la "linea" tradizionale dei test di ovulazione (3), non c'è dunque da sorprendersi se 9 donne su 10 preferiscono il test di ovulazione Clearblue ad altri marchi.



Nessuna linea difficile da interpretare, solo un chiaro risultato digitale con Clearblue



clearblue

clearblue, ottimizza le possibilità di concepire naturalmente

Per maggiori informazioni visita il sito: www.clearblue.com/it

(1) Gnoth, C. et al. Time to pregnancy: results of the German prospective study and impact on the management of infertility. Human Reproduction (2003) 18(9): 1959-1966'

(2) Data on file. 'How Knowledgeable Are Women About Their Menstrual Cycle'. A survey of 463 women, 18 to 45 years of age. (GfK Roper Public Affairs)

(3) Data on file. In a study of 72 women reading Ovulation Tests typical of normal cycle results, more women obtained the same result as a laboratory professional when reading Clearblue Digital Ovulation Test than when reading other Ovulation Tests



La cura della menopausa nella paziente con precedenti oncologici

Fitoestrogeni: evidenze di efficacia o anche rischi potenziali?

I risultati degli studi clinici riportano dati disomogenei, non corrispondenti alle evidenze epidemiologiche. L'assunzione dei fitoestrogeni è pertanto sconsigliata in pazienti ipotiroidei e in pazienti con cancro della mammella e in terapia con tamoxifene

Francesca Fiorillo
Vice Presidente Sigite

I fitoestrogeni sono sostanze vegetali che legano i recettori estrogenici α e β , si comportano come modulatori selettivi del recettore estrogenico (SERM) ed esercitano una debole azione estrogenica agonista e/o antagonista, inibiscono inoltre gli enzimi coinvolti nel metabolismo e nella biosintesi degli estrogeni endogeni e possiedono un'azione antiproliferativa ed antiossidante.

Si dividono in flavonoidi e non flavonoidi. Tra i flavonoidi, gli isoflavoni - rappresentati principalmente dalla genisteina e daidzeina - sono presenti principalmente nei legumi come soia, fagioli, lenticchie e dalla biocanina A e formononetina presenti nel trifoglio rosso.

Vi sono evidenze epidemiologiche che una dieta ricca di soia riduca la sintomatologia neurovegetativa della menopausa (infatti solo il 20-25% delle donne asia-

tiche soffre di vampate), riduca l'incidenza del tumore della mammella e dell'endometrio (infatti in Asia il tumore della mammella è 10 volte inferiore rispetto all'America del Nord e il tumore dell'endometrio in Giappone interessa solo 2 donne su 100.000 mentre in Usa 25 donne su 100.000) ed infine riduca il rischio cardiovascolare e osteoporotico. **I risultati degli studi clinici** riportano però dati disomogenei, non corrispondenti alle evidenze epidemiologiche, sia perché i fitoestrogeni assunti come integratori alimentari non possiedono un'azione equipollente alla dieta a base di soia sia perché i diversi tipi di fitoestrogeni, titolati anche in maniera diversa, possiedono attività biologiche differenti. Attualmente le raccomandazioni della North American Menopause Society (NAMS (2011), avalorate da numerose metanalisi e trial clinici controllati e randomizzati, concordano nel riportare che solo gli isoflavoni sono efficaci nel ri-



ridurre i sintomi vasomotori, pertanto possono essere consigliati alle donne con tale sintomatologia alla dose di 50 mg/die per 12 settimane. Se dopo tale periodo la paziente non risponde al trattamento si deve cambiare terapia. Una supplementazione contenente equolo può essere ipotizzata nelle non risponder. Un moderato consumo alimentare di soia protegge la popola-

zione dal cancro della mammella e il timing di esposizione è di vitale importanza nel determinismo della riduzione del rischio, ad esempio un consumo di soia nell'adolescenza riduce maggiormente il rischio di cancro della mammella. **L'utilizzo di isoflavoni** in modelli cellulari di cancro al seno e studi in vivo su animali determina, al contrario delle aspettative, proliferazione delle cellule della mammella. Sembra però poco probabile che il loro utilizzo promuova il cancro al seno nelle donne sane, ma, essendo pochi e poco significativi gli studi in pazienti con cancro della mammella, al momento si sconsiglia l'uso di isoflavoni in tali pazienti. **Il consumo alimentare di soia** è associato con un basso rischio di carcinoma endometriale (Xy WH 2004), ma studi clinici (Unfer 2004) condotti con supplementazione di isoflavoni della soia in postmenopausa per oltre 5 anni hanno dimostrato un aumento del rischio di iperplasia endometriale pari al 3.8%. La sostituzione nella dieta delle proteine animali con le proteine di soia riduce il rischio cardiovascolare, ma sono necessari altri studi per individuare i benefici dei fitoestrogeni sul rischio vascolare. Il consumo di soia alimentare riduce il rischio di fratture (Xianglan Zhang, MD 2005). Le metanalisi e gli studi clinici controllati e randomizzati non confermano l'efficacia degli isoflavoni sull'osso pertanto si consiglia di condurre nuovi studi, della durata di almeno 24 mesi, con isoflavoni identificando i produttori di

equolo. La sicurezza degli isoflavoni a tutt'oggi non è stata ancora dimostrata sia perché i fitoestrogeni sono integratori alimentari non soggetti a controlli di qualità, efficacia e tollerabilità sia perché molti prodotti non sono standardizzati con significative differenze tra prodotto e prodotto non sempre infine la coltivazione della pianta e la produzione dei preparati commerciali avviene secondo le "good manufacturing practices". I fitoestrogeni interagiscono con farmaci ad attività estrogenica e quindi dovrebbero essere assunti con cautela da pazienti in terapia con estrogeni, possono infatti modulare selettivamente l'espressione dei recettori per gli estrogeni e per questo devono essere utilizzati con cautela da donne che assumono SERMS (raloxifene, tamoxifene). Inoltre possono inibire la 5-alfa reductasi di tipo II potendo, da un lato, ridurre l'attivazione ormonale fisiologica, dall'altro causare un effetto additivo con altri inibitori della 5-alfa reductasi (dutasteride e finasteride). Gli isoflavoni possono ridurre l'assorbimento orale degli ormoni tiroidei e possano influenzare la produzione ormonale, possono ridurre l'assorbimento di zinco, ferro e calcio, pertanto dovrebbero essere assunti a distanza di almeno due ore dal pasto. In conclusione, i dati clinici attuali sull'uso dei fitoestrogeni in menopausa non danno una chiara dimostrazione di efficacia e sicurezza, se ne sconsiglia pertanto l'uso prolungato, superiore ai 5 anni, l'uso in pazienti ipotiroidei e in pazienti con cancro della mammella e in terapia con tamoxifene. **Y**

Come trattare la sintomatologia climaterica nelle pazienti ormonosensibili

Rispetto alle donne senza precedenti oncologici, queste pazienti hanno una probabilità 5.3 volte maggiore di soffrire di sintomi climaterici e ricorrono 7.4 volte di più a terapie "alternative" di non dimostrata efficacia, relativamente costose e a volte potenzialmente rischiose

Lino Del Pup
Ambulatorio Endocrino-oncologico
Ginecologico
SOC Ginecologia Oncologica, Istituto Nazionale Tumori, CRO, Aviano

La esigenza di rispondere alle problematiche menopausali delle pazienti oncologiche è sempre più forte. Grazie alla diagnosi precoce e alla migliorata efficienza dei trattamenti, il numero di donne che sopravvivono al cancro è in aumento ed esse sono sempre meno imbarazzate a chiedere aiuto

per disturbi menopausali prima ritenuti trascurabili rispetto alla neoplasia. A questo si aggiunge la maggiore consapevolezza delle problematiche climateriche e della possibilità di trattarle. L'impatto sulla qualità di vita delle pazienti oncologiche è rilevante per diversi fattori variamente combinati: età, spesso giovane, inizio brusco dei sintomi, effetti accentuati dalle terapie antiestrogeniche e impatto psicologico concomitante alla consapevolezza della prognosi, della mutata immagine corporea, dei tratta-

menti oncologici e della menopausa. Queste pazienti, rispetto alle donne senza precedenti oncologici, hanno una probabilità 5.3 volte maggiore di soffrire di sintomi climaterici e ricorrono, 7.4 volte di più, a terapie "alternative" di non dimostrata efficacia, relativamente costose e a volte potenzialmente rischiose.

I farmaci di prima scelta. Nelle donne affette da neoplasie ormonosensibili la venlafaxina è un farmaco di prima scelta, in quanto è stato maggiormente valutato con studi randomizzati che ne confermano l'efficacia e una parte rilevante delle pazienti neoplastiche ha anche necessità di trattare la depressione, che spesso è presente ed è latente. I rischi sembrano trascurabi-

li e la tollerabilità buona. L'efficacia si può già rilevare dopo una o due settimane. Inizialmente è meglio partire con 37.5 mg die, successivamente la dose di 75 mg die è quella che in generale raggiunge il miglior compromesso tra efficacia e tollerabilità. L'unico limite rilevante, condiviso con tutti gli altri farmaci, non ormonali, è che le valutazioni di efficacia e sicurezza sono fatte su studi a breve termine, dell'ordine delle settimane e su donne con cancro mammario. Gli altri antidepressivi, come la paroxetina, sono un'alternativa valida quando la venlafaxina non è efficace o non è tollerata. La risposta è soggettiva. Bisogna però ricordare che vi sono interazioni tra paroxetina e tamoxifene. Alle donne ipertese affette da cancro mammario in terapia con tamoxifene o a coloro che non tollerano o non accettano gli antidepressivi, si può proporre la clonidina iniziando con la dose di 75 mcg/die la sera (mezza cp) e poi passando anche alla dose analoga al mattino. La formulazione transdermica è un'alternativa che ha il vantaggio di una dismissione più costante e dell'applicazione settimanale, iniziando con la dose di 2.5 mg

(TTS1) e poi raddoppiando se necessario. La pressione sanguigna va monitorizzata. La gabapentina può essere considerata come terza scelta in quanto è più efficace, ma se ne ha minore esperienza ed è più difficile giustificarne l'uso. La dose migliore è di 300 mg per tre volte al di e ci si deve arrivare gradualmente usando inizialmente le cps da 100mg. Questi primi tre farmaci hanno il grosso limite di non avere la sindrome climaterica tra le indicazioni approvate, ma il problema è aggirabile in

► Segue a pagina 22



Sessualità femminile: opinioni a confronto

Angelamaria Becorpi °,
Costante Donati Sarti °,
Salvo Caruso *,
Vincenzo Orlando §

° Società Italiana
di Ginecologia della Terza Età
* Federazione Italiana
di Sessuologia Scientifica
§ Sanità Militare dell'Esercito

Il titolo del corso "Sessualità femminile: opinioni a confronto" riflette ciò che da tempo era negli animi delle nostre due Società: la necessità di interfacciare figure professionali diverse, operatori provenienti da aree di competenza e di intervento differenti che si relazionano quotidianamente con un problema comune. E proprio con questo intento si sono confrontati rappresentanti della componente Ospedaliera, Universitaria, Territoriale e della Medicina Generale lo scorso settembre a Firenze, nella bellissima cornice del Chiostro del Maglio,

Il 1° Corso annuale di aggiornamento in tema di sessualità femminile organizzato dalla Società Italiana di Ginecologia della Terza Età in collaborazione con la Federazione Italiana di Sessuologia Scientifica



Da sinistra Costante Donati Sarti, Angelamaria Becorpi, Vito Trojano, Vincenzo Orlando e Salvo Caruso

a due passi dalla Cupola di Santa Maria del Fiore, in quella che è stata per anni la sede storica fiorentina della Scuola di Sanità Militare dell'Esercito. Insieme a figure storiche della Sessuologia italiana (tra le quali Iole Balduino Verde, Rossella Nappi e Ro-

berta Giommi) ci siamo avventurati nel confronto, spesso molto animato, tra ginecologi, psicologi, sessuologi, psichiatri, andrologi, urologi e medici di medicina generale. Sono state affrontate le problematiche della sessualità nella donna in meno-

L'OBIETTIVO DEL CORSO, rivolto ai medici di famiglia, ai ginecologi e alle ostetriche, è di promuovere una cultura della sessualità della donna e della coppia durante tutto l'arco della propria vita, con particolare riguardo a quello della menopausa e post menopausa.

Il crescente divario tra età anagrafica/biologica e psichica ha portato un numero crescente di donne a desiderare una vita sessuale attiva e soddisfacente anche dopo la menopausa e nella terza età. È dunque cresciuta la domanda di un aiuto medico e psicosessuale su questo fronte e pertanto al ginecologo è richiesto di sviluppare nuove competenze e una formazione adeguata

pausa, con particolare attenzione alla menopausa indotta precocemente da terapie antitumorali e da farmaci quali gli inibitori dell'aromatasi, per gli effetti non solo centrali ma anche periferici sulla sfera sessuale, oltre alle pesanti implicazioni psicologiche. In una seconda sessione è stato preso in esame il problema della qualità di vita nella donna in età fertile in condizioni cliniche particolari, come l'endometriosi e la vulvodinia.

Un altro aspetto affrontato è la sessualità nell'adolescente, un tema di importanza emergente e che vede un sempre maggiore e capillare impegno delle Società scientifiche. Nella sessione relativa si sono confrontati in modo animato e partecipato ginecologi esperti del settore, psicologi, psichiatri e pediatri di base. Tra le altre tematiche discusse, l'infertilità di coppia e le problematiche maschili, affrontate con andrologi e urologi. A concludere il corso, un incontro-dibattito con la popolazione femminile fiorentina cui hanno preso parte donne medico, psicoterapeute, sessuologhe, coordinate dalla giornalista Geraldina Fietcher, che si sono confrontate sulla tematica della sessualità femminile nelle varie fasi della vita della donna in un vivace e accorato intrecciarsi di testimonianze. Al termine, sotto le logge dello splendido Chiostro del Maglio, un'orchestra di archi e fiati, anch'essa tutta al femminile, ha eseguito musiche di Mozart per salutare le intervenute. **Y**

MyrtiMax[®]

Estratto di Cranberry

per la prevenzione e il trattamento delle infezioni delle vie urinarie



Contiene il CranMax[®], un estratto brevettato di Cranberry

- Ottenuto usando tutti i componenti del frutto di mirtillo (*Vaccinium Macrocarpon*): particolarmente ricco in proantocianidine (PACs), le molecole biologicamente attive contro i patogeni delle infezioni urinarie
- Protetto con la tecnologia Bio-Shield: assicura che le PACs raggiungano integre il tratto intestinale
- Testato clinicamente



30 compresse masticabili con zucchero ed edulcorante.

Si consiglia l'assunzione di due compresse masticabili al giorno.

Prezzo al pubblico € 17,90

INFORMAZIONI NUTRIZIONALI

Per dose giornaliera	Per dose giornaliera	RDA
Cranberry (<i>Vaccinium macrocarpon</i> , CranMax [®])	500,00 mg	
pari a PaCs	36,00 mg	
Vitamina C	20,00 mg	25,00 %
Vitamina A	200,00 mcg	25,00 %



GEDEON RICHTER

MyrtiMax

Giuseppe Losappio

Avvocato, professore associato di diritto penale presso l'Università di Bari. Consulente della Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario

Una recente sentenza della Corte di Cassazione (1873/2010) ha elaborato due inediti (e problematici) principi sul significato delle linee guida nella valutazione della colpa professionale del medico.

La motivazione muove dalla consolidata premessa che "Nel praticare la professione ... il medico deve, con scienza e coscienza, perseguire un unico fine: la cura del malato utilizzando i presidi diagnostici e terapeutici di cui al tempo dispone la scienza medica, senza farsi condizionare da esigenze di diversa natura, da disposizioni, considerazioni, valutazioni, direttive che non siano pertinenti rispetto ai compiti affidatigli dalla legge ed alle conseguenti relative responsabilità".

Ciò posto, secondo la Cassazione, "Se le linee guida ... adottate dall'imputato ... dovessero rispondere solo a logiche mercantili, il rispetto delle stesse a scapito dell'ammalato non potrebbe costituire per il medico una sorta di salvacondotto, capace di metterlo al riparo da qualsiasi responsabilità, penale o civile, o anche solo morale"; la valutazione della condotta professionale - insiste il collegio - non può essere effettuata solo alla luce delle "linee guida" e men che meno della "prassi" ma deve tenere conto della "complessiva condizione del paziente" e del relativo diritto di ricevere le migliori cure di cui la scienza medica del tempo dispone.

La prima massima, in realtà, dove non è del tutto ovvia, detta un criterio, assai povero dal punto di vista deontico/euristico, in parte, intrinsecamente contraddittorio. È scontato che nella cura del paziente il medico non deve assecondare "solo logiche mercantili", né in positivo e nemmeno in negativo; del resto, prescrizioni comportamentali forgiate soltanto dall'obiettivo di realizzare maggiori profitti non sarebbero nemmeno linee guida, perché non standardizzerebbero le *best practice* di specifiche situazioni (anche) in funzione dell'equilibrio tra efficienza ed efficacia del trattamento diagnostico e terapeutico (id est, secondo la definizione corrente, guideline). Occorrerebbe, tuttavia, evitare di confondere (confusione da cui la sentenza non sembra essere del tutto immune) le "logiche mercantili" (da bandire, senz'altro) con qualunque considerazione di carattere "economico". "Il criterio del bilanciamento costi-benefici - si legge nella sentenza Cass. pen., IV sez., 9926/2011 - è ineliminabile anche nell'attività medico chirurgica che spesso si caratterizza proprio per la necessità di operare una scelta tra il rischio e gli effetti negativi deri-

Il significato delle Linee guida nella valutazione della colpa medica

Il cuore del problema, come accenna la motivazione di una recente sentenza della Cassazione qui esaminata, risiede nella valutazione di attendibilità delle linee guida e la corrispondenza tra la situazione affrontata dal medico nella vicenda in esame e quella standard, cui le linee guida riferiscono l'indicazione nomologica



vanti da una scelta terapeutica rispetto ad un'altra".

Il professionista non deve "fare" tutto ciò che è possibile, ma "solo" ciò che - anche alla luce delle linee guida - può essere utile per il paziente senza trascurare le esigenze di funzionamento del servizio sanitario nel suo complesso. Nel bilanciamento tra efficienza ed efficacia, il professionista - quello di una struttura pubblica, in particolare - deve orientare la condotta diagnostico-terapeutica in modo da garantire che la risorsa sanità - sempre più scarsa - sia fruibile anche per i pazienti potenziali. È appena il caso di osservare che l'esame non necessario prescrit-

to ed eseguito nei confronti di Caio, è l'esame necessario che potrebbe non essere effettuato tempestivamente nei confronti di Tizio (che pure ha lo stesso "diritto" di venire curato); il posto letto occupato dal degente che potrebbe essere dimesso è il posto letto sottratto al malato che dovrebbe essere ricoverato (idem) ecc..

L'apprezzamento dell'economicità della condotta medica, dunque, per quanto problematico (e sempre che non sia vilmente mercantile), non può essere considerato di per sé estraneo all'orizzonte di valori, interessi, criteri in relazione al quale il medico deve definire la propria

condotta. Il problema, piuttosto, come accenna la stessa motivazione della sentenza 1873, è la valutazione di attendibilità delle linee guida (alla stregua di parametri come la fonte, il livello di evidenza, quantità e natura degli studi ecc.) e la corrispondenza tra la situazione affrontata dal medico nella vicenda in esame e quella standard cui le linee guida riferiscono l'indicazione nomologica. La colpa professionale infatti, è sempre "in astratto" e sempre "in concreto".

La colpa professionale è "in astratto" per due ragioni:

- perché altrimenti l'evento verificatosi sarebbe sempre prevedibile ed evitabile;
- perché il parametro di comportamento, che costituisce la diligenza oggettiva, non è commisurato all'agente concreto (altrimenti l'evento non sarebbe mai prevedibile ed evitabile) ma all'"agente modello" (il c.d. homo eiusdem professionis et conditionis), "un modello standard di agente", indispensabile nella valutazione dell'attività medico-chirurgica, in cui "difettano regole cautelari codificate anche se vanno sempre più diffondendosi linee guida e protocolli terapeutici" (Cass. pen. sez. IV, sent. 20047/2010).

La colpa professionale è "in concreto" perché il parametro comportamentale dell'agente modello deve essere calato nella situazione in cui il medico si è effettivamente trovato ad operare, come insegna la stessa giurisprudenza di legittimità sin dal 1929 quando sancì che la colpa si valuta "in relazione alle circostanze tutte del fatto e alle condizioni personali e soggettive dell'agente" (Cass. pen., 12 aprile 1929). Non per nulla il documento "Il taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole", elaborato dal Sistema nazionale per le linee guida (Snlg) dell'Istituto Superiore di Sanità, esordisce avvertendo che "Spetta... alla competenza e all'esperienza del singolo professionista decidere in che misura i com-

portamenti raccomandati, pur rispondendo a standard qualitativi definiti sulla base delle più aggiornate prove scientifiche, si applichino al caso clinico particolare". Sotto entrambi i profili è corretta l'affermazione della sentenza in esame secondo cui non basta ad escludere la responsabilità per colpa professionale "il generico riferimento alle "linee guida" ed al rispetto delle stesse da parte dell'imputato"; non basta ad escluderla, non basta ad affermarla, ma non si può prescindere se il primo tratto dell'indagine abbia condotto alla conclusione che il protocollo comportamentale era valido. Verificata la "qualità" delle prescrizioni di comportamento, bisogna sindacare la coerenza con la situazione oggetto del giudizio. È pressoché ovvio che un quadro clinico di acuta gravità non può essere affrontato adottando il protocollo comportamentale di un medesimo stato patologico ma in un quadro di "normale" criticità (Cass. pen., sez. IV, sent. 10454/2010). È un giudizio dal quale va bandito ogni automatismo. Le linee guida "non possono rappresentare un universale percorso obbligatorio d'indagine diagnostica, ma, al limite, una mera raccomandazione, apprezzabile caso per caso dal medico" (Cass. pen., sez. IV, sent. 35659/2009); ciò non toglie che le linee guida offrano la descrizione di "uno schema comportamentale diagnostico terapeutico con sequenze ben definite" di fondamentale rilievo nella ricostruzione dell'agente modello (Trib. Reggio Calabria sez. XIII, sent. 658/2009). Sulla base di queste premesse lo stesso giudice reggino ha affermato la responsabilità penale per il reato di interruzione di gravidanza colposa di due medici che avevano ritardato l'esecuzione di un taglio cesareo nei confronti di una paziente affetta da epatosi, nonostante i segnali di sospetta ipossia evincibili dal tracciato cardiocografico indebitamente (leggi, in contrasto con le linee guida) interrotto prima di avere chiarito il significato del registrato rallentamento del battito cardiaco (1).

Nota

Trovano conferma, anche in questa vicenda, i risultati preliminari dei lavori svolti dal Gruppo punti nascita (coordinato dall'onorevole Benedetto Fucci), in seno alla Commissione parlamentare di inchiesta sulle cause degli errori in campo sanitario, nell'ambito dei quali è stata registrata una strettissima correlazione tra esito sfavorevole del giudizio di responsabilità penale a carico del medico ed errori nell'esecuzione/lettura del tracciato cardiocografico. Per un primo resoconto si rinvia a Losappio G., Il taglio cesareo tra medicina difensiva e diritto penale, *GynecoAogoi* n. 1/2011, p. 19. Vedi anche di V. Cirese La Medicina basata sull'evidenza e aspetti medico-legali in *GynecoAogoi* n. 3/2011 p. 20

► **Segue da pagina 17**

Counselling sulla diagnosi prenatale per donne cinesi

co/culturali. Nel counselling dedicato alle donne cinesi, gli operatori del consultorio della Asf si sono resi conto della necessità di superare molti difficoltà, sia culturali: concezione fatalistica riguardo alla gravidanza, scarsa scolarizzazione, difficoltà di comprensione linguistica sia socio-economiche: la condizione di sfruttamento lavorativo infatti contribuisce ad un isolamento che ostacola le informazioni provenienti dal mondo esterno. Il confronto tra operatori ha portato ad identificare come primo passo per la soluzione delle problematiche emerse la realizzazione di materiale informativo sulla diagnosi prenatale tradotto in lingua cinese, che potesse essere di ausilio anche alla intermediazione culturale. Data la complessità dell'argomento trattato, disporre di una brochure informativa nella propria lingua consente di poter avere un momento di riflessione nell'ambito familiare successivo

all'accoglienza ostetrica e di poter poi operare una scelta più consapevole. Il servizio di intermediazione culturale della nostra azienda ha così provveduto, concordando le modalità con il centro di diagnosi prenatale, alla traduzione in lingua cinese del materiale informativo e della modulistica di consenso informato relativa alle tecniche di diagnosi prenatale. La integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri ha portato poi alla identificazione di uno spazio dedicato alle pazienti di lingua straniera per l'effettuazione della consulenza prenatale di gruppo, effettuata nell'ambito del servizio di diagnosi prenatale della azienda su indicazione da parte dell'operatore territoriale. In una ottica di ottimizzazione delle risorse e di razionalizzazione dei livelli assistenziali si è così provveduto a concentrare le diverse utenti di lingua cinese per operare una consulenza di gruppo alla presenza del mediatore culturale. A livello consultoriale, se la donna sceglie di fare la consulenza, viene inviato un fax richiesta al centro di diagnosi prenatale che a sua volta provvederà a

contattarla telefonicamente per fornire un appuntamento per una consulenza di gruppo dedicata. Questo percorso ha portato ad un rapido miglioramento della qualità del servizio di accoglienza e si è tradotto in un aumento delle pazienti cinesi che scelgono di sottoporsi al test combinato. Un modello di questo tipo evidenzia come l'accoglienza in consultorio sia un momento fondamentale affinché la paziente possa acquisire quegli elementi utili ad orientare la propria scelta. Soprattutto dimostra come sia possibile rendere l'accoglienza qualitativamente migliore, grazie a semplici mezzi integrati alla mediazione che rimuovono quelle barriere linguistico-culturali che rendono spesso complicata quando addirittura impossibile la comunicazione. Un altro aspetto fondamentale emerso da questa esperienza è l'integrazione dei percorsi tra territorio e struttura ospedaliera in uno spirito di piena collaborazione, con il duplice vantaggio di un percorso facilitato per l'utenza e di un uso ottimale delle risorse. **Y**

► **Segue da pagina 19**

Come trattare la sintomatologia climaterica nelle pazienti

presenza di depressione, per gli inibitori del reuptake delle serotonina/ adrenalina, oppure di ipertensione, per la clonidina. **La terapia estrogenica vaginale** è utilizzabile nelle pazienti oncologiche con importanti sintomi come secchezza vaginale e dispareunia. In queste pazienti, nella nostra esperienza, il promestriene è efficace e sicuro in quanto non modifica il pool estrogenico sistemico, misurando i livelli di E1S con metodiche ultrasensibili come la spettrometria di massa. Per quanto concerne la **terapia** **estrogenica sistemica** il rapporto benefici/rischi può essere favorevole in determinate pazienti selezionate molto sintomatiche, ma il principale limite all'uso è il rischio medico legale: molte pazienti sono destinate ad avere comunque recidive "spontanee" neoplastiche e non è agevole dimostrare che il trattamento ormonale non ne è stato responsabile o non le ha almeno anticipate. **La sicurezza dei fitoestrogeni** o fitoterapici in generale nelle neoplasie estrogeno sensibili è controversa. Essi vengono comunemente considerati innocui in quanto "naturali" ma, considerato che la loro efficacia è in molti studi troppo simile all'effetto placebo, il teorico minimo effetto estrogenico promotore sulle cellule neoplastiche residue non è accettabile.

Non vi sono studi adeguati che confermano l'efficacia e la sicurezza delle terapie cosiddette "alternative". I costi sono rilevanti e l'efficacia non è stata finora mai dimostrata. L'unica giustificazione alla prescrizione potrebbe essere l'uso strategico dell'effetto placebo, ma va ricordato che il migliore placebo è il medico stesso, se sa ascoltare, capire empaticamente e rassicurare la paziente che soffre di disturbi climaterici. **Conclusioni.** Nelle pazienti oncologiche affette da neoplasie ormonosensibili, come il cancro mammario ed endometriale, vi sono terapie non ormonali che rendono tollerabile la sintomatologia climaterica. La terapia estrogenica vaginale sembra sicura, usando molecole con scarso assorbimento come il promestriene. La terapia ormonale sostitutiva può essere usata in casi selezionati, nell'ambito di studi clinici in centri che si dedicano in modo specifico alla menopausa nelle pazienti oncologiche. Questo ha il duplice scopo di tutelare maggiormente dal punto di vista legale e di permettere un follow-up e la raccolta di dati che aiutino a gestire sempre meglio le pazienti oncologiche sintomatiche. **Y**

Per saperne di più
 Del Pup L, Maggino T. Non hormonal treatment of vasomotor symptoms in gynecological cancer patients. *European J Oncology*. 2010; 31(3):299-303
 Del Pup L. Vaginal estrogen therapy with promestriene in oncology patients. *NAMS 2011*: 48



Lestronette
 levonorgestrel/etinilestradiolo
 0,10 mg + 0,02 mg

*Fidati
 di un gold standard*

Classe C - RR
 Prezzo € 9,50



AIC n. 039759016/M



La Casa Maternità: l'esperienza de "La Via Lattea" di Milano

di Paola Olivieri, ostetrica

Storia e obiettivi

“Si intende per Casa Maternità una struttura extraospedaliera, non medicalizzata, con le caratteristiche abitative di una casa, che offre un ambiente accogliente e familiare per l'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio fisiologici, la cui conduzione è in generale affidata ad ostetriche, figure professionali deputate per definizione all'assistenza della gravidanza, parto e puerperio fisiologici.” Ed ancora: “La Casa Maternità deve garantire le norme di sicurezza e gli standard igienico-sanitari di un'abitazione e deve essere composta almeno da: locale parto, locale per visite ostetriche, locale per corsi pre-parto, zona cucina, due servizi igienici, locale (guardaroba, lavanderia-stireria, ripostiglio), area ufficio, ingresso/sala d'attesa e prevedere gli spazi necessari per accogliere il nucleo familiare.”

Con queste semplici e chiare parole la Regione Lombardia, nel 2001, pubblicò le “Linee guida di assistenza al travaglio e parto fisiologico a domicilio e in Casa di Maternità, in attuazione della legge del 1987 sulla tutela della partoriente e del bambino”: una delle leggi più complete ed innovative sul parto extraospedaliero in Italia, ma che a tutt'oggi non prevede finanziamenti per le strutture né per le coppie che scelgono questa modalità assistenziale.

La Casa Maternità di Milano

“La Via Lattea” è la prima Casa Maternità nata in Italia nel 1990 e una delle quattro esistenti attualmente nel territorio nazionale. È una struttura totalmente privata, situata all'interno di un condominio di via Morgantini 14. La sua storia risale agli anni '50, al Villaggio della Madre e del Fanciullo, una istituzione per ragazze madri nata per volere di Elda Scarzella, benefattrice con un obiettivo ambizioso: favorire e proteggere con ogni mezzo la relazione madre-bambino in gravidanza, parto e primi anni di vita del bambino.

Delle Case Maternità esistenti, quella di Milano è l'unica che consolida una ricchissima esperienza, costruita e verificata nei decenni precedenti, per la presa in carico della donna in gravidanza in un luogo familiare da parte di persone di riferimento che avrebbero accompagnato la donna/coppia nel percorso nascita, favorendo lo sviluppo della capacità genitoriale e della relazione con il neonato.

L'esperienza del Villaggio continuava oltre i primi mesi di vita dopo il parto; il gruppo delle edu-

■ Pur affondando le sue radici nel passato, la casa maternità rappresenta una realtà innovativa, con tutte le potenzialità per offrire una ottimale continuità assistenziale nella gravidanza, parto e post-parto fisiologici. È un modello di sodalizio tra equipe ostetrica e operatrici della prima infanzia che promuove un'assistenza globale alla maternità



“Questo per noi è un modello all'avanguardia. Un modello che si modifica negli anni con il cambiare delle donne e delle loro esigenze, ma con un punto che resta saldo nel tempo: la continuità assistenziale da parte delle Ostetriche che garantisce il mantenimento della fisiologia e permette quindi la scelta di un parto naturale

catrici veniva formato con specificità molto innovative per l'epoca e proiettate al sostegno ai genitori, partendo dalla centralità del bambino.

Questi sono gli elementi fondamentali per comprendere cosa c'è dietro la Casa Maternità di oggi. Un sodalizio storico tra l'equipe ostetrica e il gruppo delle educatrici per il raggiungimento dei nostri obiettivi:

1. Rispondere ai bisogni e alle richieste delle donne e delle loro famiglie di vivere la nascita e la maternità come eventi naturali della vita, dal punto di vista sociale, culturale e sanitario.
2. Incoraggiare le donne a scegliere il tipo di assistenza, valutando i servizi offerti e le modalità con cui vengono proposti.
3. Dare continuità assistenziale a gravidanza, parto e post-parto fisiologici, individuando nelle ostetriche le professioniste che possono favorire un approccio globale alla salute della donna e del bambino.
4. Dimostrare che la pratica ostetrica, sopra esposta, favorisce l'integrazione del nuovo nato nella famiglia e l'adattamento dei genitori al loro ruolo.
5. Offrire un luogo sociale a gravide, partorienti e mamme con bimbi piccoli.
6. Essere luogo di applicazione dei principi della cultura del-

la nascita.

7. Essere luogo di formazione teorica/pratica per ostetriche e operatori della prima infanzia nel promuovere un sostegno ed un'assistenza globale alla maternità.
8. Essere luogo di promozione di incontri, corsi, seminari rivolti al pubblico e agli operatori per la diffusione di una nuova cultura della nascita.
9. Essere modello di riferimento per altre strutture analoghe che possono sorgere in Regione e in Italia.
10. Mantenere l'autonomia dalla struttura ospedaliera per preservare la sua specificità nell'ambito sociale.
11. Sviluppare rapporti di collaborazione con la struttura ospedaliera, nel rispetto delle autonomie e competenze specifiche, attuando uno scambio proficuo a vantaggio di operatori e utenza.
12. Dimostrare come una Casa Maternità, radicata nel contesto sociale, con attività di prevenzione, di sostegno, di aggregazione, produca sul piano economico - a medio e lungo termine - una riduzione dei costi per il Servizio sanitario nazionale, oltre ad avere un sicuro beneficio sul piano culturale e di qualità della vita.

Un impegno a 360° che, nonostante l'enorme investimento pro-

fessionale ed emotivo, viene ignorato da gran parte delle istituzioni ufficiali e degli operatori sanitari; solamente negli ultimi anni abbiamo ricevuto, dalle università, richieste di stage per la formazione delle ostetriche, in quanto realtà unica nel suo genere.

Come è organizzata

La forma giuridica della Casa Maternità è quella di Cooperativa Sociale, i cui soci lavoratori sono i componenti dell'equipe al completo, attualmente formata da 4 ostetriche, 3 educatrici, una segretaria e una collaboratrice domestica.

Le attività proposte all'interno della struttura sono per il 90% condotte dall'equipe, il restante 10% riguarda delle attività affini agli obiettivi della Casa, ma offerti e gestiti da esterni con collaborazione continuativa come l'Arterterapia, la musica in fasce.

Le donne arrivano alla Casa Maternità prevalentemente attraverso il passaparola di amiche o attraverso internet (sito, blog, facebook oppure attraverso racconti e condivisioni in siti e forum di settore); successivamente al primo contatto viene proposto il colloquio informativo in sede, che servirà per visitare la struttura e per ricevere tutte le informazioni dettagliate sulle attività e sul tariffario; un nuovo contatto dopo il colloquio avverrà se la donna/coppia decide di iniziare una delle attività proposte. Generalmente viene richiesto un percorso nascita rispettoso dei propri tempi e di quelli del bambino, insieme alla garanzia di professionalità e sicurezza secondo gli standard ufficiali. Le donne che arrivano a noi dopo il parto con il proprio bambino, chiedono sostegno all'allattamento, condivisione con altre donne ed inoltre di poter esprimere le reali fatiche senza essere giudicate. Iniziamo i corsi in gravidanza dal 4° mese e per il parto la coppia può scegliere tra il parto in sede, nella propria casa oppure può iniziare il travaglio a casa ed essere accompagnata per il parto in ospedale. Sin dalle prime settimane la mamma e il neonato possono frequentare gruppi di sostegno dopo-parto condotti da una ostetrica fino alla fine del 3° mese e poi, dal 4° mese all'anno di vita, sono condotti da una educatrice. La presenza di un Nido famiglia accoglie 5 bimbi da uno a tre anni. La Casa Maternità è aperta tutto il giorno da lunedì al venerdì e prosegue le attività anche in estate. Il gruppo ostetrico lavora secondo le linee guida regionali, quelle nazionali e quelle più specifiche del “Coordinamento Nazionale assistenza a domicilio e Case Maternità”; il gruppo educativo e il Nido lavorano con le proposte teorico/pratiche di Elinor Goldshmid, educatrice inglese che ha lavorato molti anni in Italia e al Villaggio della Madre e del Fanciullo.

Nella settimana le due equipe si incontrano separatamente per discutere rispettivamente i casi ostetrici e i casi educativi, è previsto inoltre un incontro settimanale dell'equipe al completo per l'or-

ganizzazione delle attività.

Da tanti anni l'equipe è supportata da una supervisione di tipo misto con una psicologa sia per le dinamiche interne alle operatrici che per la discussione dei casi clinici. Abbiamo attivato, su nostra iniziativa, degli accordi con le Aziende ospedaliere per le situazioni che sono routine in ospedale, ma che non lo sono in ambito extraospedaliero e non vengono citate nelle “linee guida”, come la determinazione del gruppo neonatale per donne RH negative e la prescrizione delle immunoglobuline, la sterilizzazione o la fornitura di ossitocina.

Assistiamo circa 40 nascite all'anno distribuite tra Casa Maternità e domicilio della donna, di cui la metà circa è costituita da primigravide. Per quanto riguarda i trasferimenti in corso di travaglio sono da 2 a 4 donne l'anno essenzialmente per PROM non seguite da travaglio spontaneo o per distocie dinamico/meccaniche con arresto della dilatazione cervicale. Non si sono verificati trasferimenti urgenti in travaglio, grazie all'accurata selezione in base al rischio che viene attuata dalle ostetriche che assistono la gravidanza. Nell'arco dei venti anni ci sono stati 4 trasferimenti in urgenza per emorragia da mancato secondamento sul totale delle 600 nascite. L'esito dei trasferimenti urgenti è stato positivo. Gli indici di Apgar dei neonati sono per la quasi totalità tra 8 e 10 per il 1° e il 10° minuto, con nessun neonato trasferito dopo la nascita. L'accuratezza della selezione e le modalità assistenziali proposte in gravidanza e durante il parto permettono alle donne di partorire in sicurezza e poter esprimere appieno le proprie capacità materne. Dai genitori della Casa è nata una Associazione che sostiene il lavoro delle operatrici e collabora attivamente nell'organizzare eventi culturali annuali e incontri su tematiche educative. Le testimonianze di padri e madri sulla esperienza vissuta durante la nascita dei loro figli viene messa in condivisione attraverso il periodico semestrale “L'Uovo”. Lo scorso anno abbiamo festeggiato i venti anni di attività ricordando le 600 nascite dal 1990; non sono mancati i momenti difficili superati grazie alla forte motivazione e al sostegno di tutte le famiglie che restano nel tempo legate alla Casa Maternità di Milano. Questo per noi è un modello all'avanguardia, un modello che si modifica negli anni con il cambiare delle donne e delle loro esigenze, ma con un punto che resta saldo nel tempo: la continuità assistenziale da parte delle Ostetriche che garantisce il mantenimento della fisiologia e permette quindi la scelta di un parto naturale (*).

info@casamaternita.it

Per saperne di più

Janssen PA et al. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ* 2009;181:6-7;377-383 [Medline]

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 accidenti 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 accidenti 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 specificamente 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 poichè 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 =

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. PROPRIETÀ 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. È 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 Il 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

FESMED: notizie dalla Fondazione ONAOSI

È iniziato il rinnovamento

di **Maurizio Silvestri**
Delegato FESMED

Sono entrato nel Comitato di indirizzo in rappresentanza della FESMED e ho partecipato ai primi adempimenti statutari, compresa l'approvazione del bilancio preventivo e delle delibere collegate. Ricordo che l'Onaosi è costituita come fondazione senza scopi di lucro e viene governata dal Consiglio di amministrazione. Il patrimonio è solido e il bilancio si basa soprattutto sulle trattenute obbligatorie, prelevate dalla busta paga di noi medici dipendenti pubblici e sui cosiddetti contributi volontari, versati dai sanitari che hanno deciso di aderire alla Fondazione. L'attività dell'Onaosi ha come scopo primario il sostegno, l'educazione, l'istruzione e la formazione, entro i limiti di bilancio, degli orfani, siano essi figli legittimi, adottivi o naturali riconosciuti... di medici chirurghi, odontoiatri, medici veteri-

Lo scorso marzo 2011 è stato rinnovato il Comitato d'indirizzo della Fondazione Opera Nazionale Assistenza Orfani Sanitari Italiani (Onaosi) e per la prima volta i sindacati dei medici ospedalieri hanno potuto inserire i propri rappresentanti nel comitato e dare inizio a quello che si preannuncia come un complesso percorso di rinnovamento per questo organismo benemerito che tutela gli orfani dei medici e che, nel corso degli anni, aveva deviato un po' dalle finalità dei fondatori

nari e farmacisti, contribuenti obbligatori o volontari, per consentire loro di conseguire un titolo di studio e di accedere all'esercizio di una professione o

di un'arte (art. 2 dello statuto). Sotto certi aspetti l'Onaosi può essere paragonata ad una sorta di polizza assicurativa obbligatoria per noi medici del Ssn, attra-

verso la quale garantiamo ai nostri figli la possibilità di conseguire un titolo di studio e di accedere all'esercizio di una professione o di un'arte nella malaugura-

ONAOSI in controtendenza

A pochi mesi dall'insediamento dei nuovi Organi, la Fondazione Onaosi, guidata dal presidente Serafino Zucchelli, ha già assunto alcune decisioni fondamentali per il rilancio dell'Ente.

Prioritari, dopo 13 anni di stallo, sono stati, da una parte l'incremento quantitativo delle prestazioni tradizionali dell'Ente a favore degli orfani; dall'altra lo stanziamento di fondi a favore delle fragilità dei soggetti che svolgono professioni sanitarie, come previsto dal D.L. 159/2007.

Grazie ad una razionalizzazione delle spese il Piano Assistenziale 2011-2012 ha previsto lo stanziamento di 1 milione e 150 mila euro in più rispetto a quello dell'anno precedente per migliorare la qualità delle prestazioni a favore dei giovani assistiti.



Maurizio Silvestri

ta evenienza che un genitore venisse a mancare e a tal fine ci viene praticata la "trattenuta Onaosi", che compare sul cedolino della nostra busta paga.

Le prestazioni che l'Onaosi fornisce ai giovani assistiti vanno dall'ammissione completamente gratuita nelle strutture residenziali di proprietà della Fondazione (Bologna, Messina, Padova, Pavia, Perugia e Torino), sino a contributi in denaro (opzione maggiormente preferita negli ultimi anni).

I nuovi organi di governo della Fondazione Onaosi, attraverso una razionalizzazione delle spese, hanno programmato di aumentare l'entità economica dei servizi erogati. Infatti, il Piano Assistenziale 2011-2012 prevede lo stanziamento di 1 milione e 150 mila euro in più, rispetto a quello dell'anno precedente, per migliorare la qualità delle prestazioni a favore dei giovani assistiti. Insieme agli altri rappresentanti delle organizzazioni sindacali della dirigenza medica è nostra intenzione governare la Fondazione nell'ottica della trasparenza e affinché i soci possano essere informati su tutte le iniziative. Vi invito a visitare il sito www.onaosi.it, dove potrete prendere visione dello statuto e di tutte le prestazioni offerte, delle quali mi sono limitato a riportare solo la principale.

I soci FESMED che desiderano ricevere informazioni sulla Fondazione ONAOSI e sulle sue attività possono contattarmi all'indirizzo e-mail: segreteria@fesmed.it o silvestrimaurizio@yahoo.it.

Utile per migliorare la qualità dello sperma

PROXEED® NF
INTEGRATORE ALIMENTARE

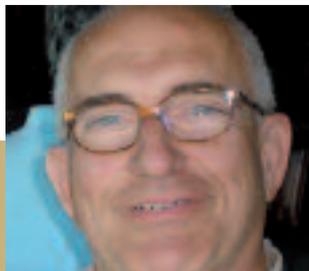
a base di L-carnitina,
Acetil-L-carnitina,
Fruttosio, Acido citrico,
Coenzima Q₁₀,
Vitamine ed
Antiossidanti



in caso di infertilità maschile

Meditazioni

di Giuseppe Gragnaniello



Dall'eccellenza all'insufficienza

Va dato merito al Presidente Vito Trojano di essere riuscito ad organizzare un maxi convegno regionale in Puglia (Bari, 11-12 novembre 2011), con la partecipazione di molti illustri colleghi, a partire dall'intramontabile professor Antonio Chiantera. Ciò malgrado la crisi che ci attanaglia, da tempo evidente nei nostri appuntamenti, basti guardare i sempre meno numerosi stand espositivi congressuali, con banchi sempre più vuoti, ormai pieni solo di carta straccia. Non sono mancati alcuni spunti di novità, anche se, come un po' in tutti i campi della medicina, pure nella nostra specialità molto spesso è un arrampicarsi sugli specchi, in cerca dell'idea

meravigliosa che chissà quando verrà. Ma il progresso della scienza significa anche nuove terapie, come i farmaci biologici, e nuove tecniche, come le robotiche, dai costi piuttosto proibitivi e sempre meno sostenibili, in un sistema sempre più in deficit economico che va speditamente verso una rivisitazione dello stesso concetto di welfare. In questa situazione tenderà ad approfondirsi inevitabilmente il divario mai colmato tra ospedali ricchi ed ospedali poveri, con una diversa offerta di opportunità per gli operatori, al di là di quanto possano garantire in termini di efficienza ed efficacia. Com'è sempre stato, che a distanza di pochi chilometri si potessero fare cose che altrove erano soltanto



Il divario, mai colmato, tra ospedali ricchi ed ospedali poveri tenderà ad approfondirsi inevitabilmente... Allora, come ora, occorre essere non solo preparati ma anche fortunati per dove si finisce a lavorare...

un sogno. Allora come ora occorre pertanto essere non solo preparati ma anche fortunati per dove si finisce a lavorare. Ricordo che nell'ospedale di

provincia dove ho trascorso la maggior parte della mia vita lavorativa, ero riuscito a garantire per un periodo abbastanza lungo, pur tra mille difficoltà, non ultime le gelosie del circondario, il trattamento chemioterapico di pazienti operate altrove, nell'ambito di un' apprezzata collaborazione con un centro universitario. Poi, in contemporanea con

l'introduzione nella farmacopea di antitumorali ad alto costo come i tassani, giunse il tempo di cominciare a fare i conti con la progressiva diminuzione dei finanziamenti, per cui fui costretto a fermarmi, mettendo così fine ad un'esperienza molto positiva. Perciò non meraviglia il dato recente che, malgrado la sopravvivenza dei malati di tumore continui ad aumentare in Italia, essa al Sud è di 4-10 punti percentuali più bassa che al Centro-Nord, non solo per ritardi nelle procedure diagnostiche ma anche per disparità nei percorsi terapeutici. Ecco perché non è uguale per chi si ammalava rivolgersi ad un centro o ad un altro. Realtà ben percepita dalla gente che dà spiegazione di tutti i viaggi della speranza, ancora molto frequenti, che condizionano pesantemente i bilanci regionali. Continuando così le cose la stessa prevenzione, già oggi cenerentola, ne patirà le conseguenze e sarà ancor più sacrificata, con effetti devastanti.

Libri



Diagnosi prenatale: un viaggio nella responsabilità professionale del ginecologo

Dico subito che se questa "Diagnosi Prenatale" di Francesco Tropea e Domenico Corea non fosse scritta com'è scritta, con concetti precisi, con linguaggio appropriato, con numerose sfaccettature sui diversi argomenti, e se non avesse la ricchezza di risvolti, di sfumature etico-psicologiche che ha, rischierebbe di essere l'ennesima, generica opera in questo settore dell'ostetricia. L'ennesima arida ripetizione di concetti, spesso già superati dalla medicina dell'evidenza, che finiscono col suscitare scarso interesse. Il sottotitolo del volume "Problematiche etiche e medico-legali" chiarisce lo scopo e il disegno dell'opera. C'è inizialmente un'ampia disamina sulla responsabilità civile e penale del medico, sul rapporto medico-paziente, ma poi la discussione si fa più interessante, più serrata.

"Un volume che affronta questi argomenti o naufraga entro le prime 10 pagine o diventa interessante, perché sono tematiche che per lo più vengono rifiutate istintivamente dal medico. E allora è necessario che chi espone questa materia sia tanto accattivante da attrarre l'attenzione e l'interesse del lettore. Tropea e Corea hanno decisamente vinto la scommessa"

Penetra negli aspetti più particolareggiati della responsabilità professionale del ginecologo nella pratica della diagnosi prenatale. Il centro, il fulcro della discussione gira intorno al problema etico, oltre



Pier Francesco Tropea, Domenico Corea
DIAGNOSI PRENATALE
Problematiche etiche e medico-legali

www.gruppocic.com
Pagine: 208
Euro 35.00 - Online: euro 29.75

che al contenzioso giudiziario, definito nei suoi termini più crudi. Gli autori si sono resi conto che all'interno del mondo medico, e della ginecologia in particolare, il dibattito su questi argomenti è notevolmente aumentato. Il contenzioso giudiziario registra continuamente un notevole incremento. E in questo ambito l'errore diagnostico ecografico, che comporta anche la mancata scoperta di malformazioni fetali, è sicuramente tra gli eventi più segnalati e più coinvolgenti per il ginecologo. Nella presentazione del volume,

Salvatore Mancuso scrive: "In un'epoca in cui prevale il disimpegno e la fuga da ogni responsabilità, il più delle volte frutto di limitata conoscenza e di atteggiamenti difensivi, fa testo e si distingue questa trattazione esaustiva e ricca di richiami oltre che medici, anche giuridici, deontologici e di considerazioni etiche". Senza dubbio sono argomenti particolarmente difficili da compattare e poi srotolare su un libro in forma facilmente comprensibile. Gli Autori si muovono su un terreno particolarmente scivoloso dove si

districano con perizia tra dati clinici e sentenze di tribunali, interpretando gli uni e gli altri alla stessa maniera e nella stessa misura. Questo presuppone una buona preparazione sia clinica che giuridica. Un'opera che affronta questi argomenti o naufraga entro le prime 10 pagine o diventa interessante, perché sono tematiche che per lo più vengono rifiutate istintivamente dal medico. Sono situazioni che creano ansia, in cui nessuno vorrebbe trovarsi. Il fatto stesso che vengano proposte all'attenzione crea una certa sensazione di fastidio. E allora è necessario che chi espone questa materia sia tanto accattivante da attrarre l'attenzione e l'interesse del lettore. Tropea e Corea hanno decisamente vinto la scommessa, perché hanno trovato un linguaggio appropriato e soprattutto sono riusciti a disegnare un'opera in modo estremamente pratico. In altri termini sono riusciti a trasmettere in modo elegante e piacevole tutto il loro sapere in questo particolare settore dell'ostetricia.

Carlo Sbiroli

promessa di benessere



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*



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



800-900064 promensil.it



Fatti & Disfatti

di Carlo Maria Stigliano



Fermate, vi prego: voglio scendere!

Oltre al danno anche la beffa: vuoi vedere che se la Sanità non funziona, se si devono tagliare prestazioni e servizi, alla fine la colpa è ("soprattutto"?) dei medici, avidi e spendaccioni, e del loro scarso interesse per il "bene prezioso della salute"?

L'ho detto e lo ripeto: fare il medico oggi in Italia è diventato alquanto difficile ma essere addirittura oggetto di una continua, sottile pressione psicologica da parte dell'opinione pubblica e dei mass media è davvero insopportabile. Se a questo stato di disagio si aggiunge anche la costante colpevolizzazione del medico per le più svariate ragioni, il quadro è proprio da ribellione.

Innanzitutto riflettiamo sul fatto che i nostri predecessori, fino a poco più di trent'anni fa erano considerati dei signori professionisti, dediti ad un'attività dai risvolti umanitari e con un intrinseco valore aggiunto che ne caratterizzava decoro e rispetto da parte di tutti. Chi (come molti della mia generazione) è cresciuto leggendo i fumetti ispirati all'epopea del FarWest ricorda bene quanto fosse rispettato e tutelato il 'doc' anche nel mezzo di una guerra o di una sparatoria. Sul medico, insomma, come sul pianista, non si sparava: l'uomo della medicina, anche tra le tribù dei Pellerossa – per restare in tema – era l'uomo guidato dal Grande Spirito che portava (quando poteva!) la guarigione dalla malattia e dunque veniva considerato al di sopra delle parti e stimato da tutti anche per la sua saggezza.

Ed anche nel nostro Paese, fino a pochi decenni fa il medico, specialmente il ginecologo, era una figura carismatica, da tenere in grande rispetto e da tutelare comunque e sempre: verosimilmente anche allora si commettevano inevitabili errori medici ma non vi era un sentimento di diffidenza se non addirittura di astio preconcepito per qualunque atto medico, per come invece frequentemente avviene oggi. In realtà le cose si stanno purtroppo complicando anche sotto altri aspetti. La stretta finanziaria infatti ha



Chi (come molti della mia generazione) è cresciuto leggendo i fumetti ispirati all'epopea del FarWest ricorda bene quanto fosse rispettato e tutelato il 'doc' anche nel mezzo di una guerra o di una sparatoria. Sul medico, insomma, come sul pianista, non si sparava

generato situazioni di forte disagio per molti cittadini, dopo che per quasi un cinquantennio tutti erano

stati educati ai principi del welfare più ampio possibile: oggi ci si accorge che la coperta è divenuta corta e inevitabilmente si rischia di lasciare fuori una parte di prestazioni che il servizio sanitario non è più in grado di fornire. Ebbene con chi si scarica la rabbia dei cittadini-utenti? Ma con i medici, coloro i quali cioè sembrano negare le prestazioni prima liberamente concesse probabilmente perché in tal modo essi le renderanno in privato e comunque a pagamento! Non è forse una situazione abbastanza diffusa? I politici naturalmente, per coprire le loro malefatte, fanno di tutto per alimentare questo

sentimento di antipatia, se non di ostilità, nei confronti della classe medica (ricordate le faccine di Brunetta per valutare l'operato anche dei medici?). E se le cose non vanno bene in Sanità, tutto sommato non è "anche" ("soprattutto"?) colpa dei medici, del loro scarso interesse per il 'bene prezioso della salute', espressione con cui si manda tranquillamente alla gogna mediatica (fortunatamente la ghigliottina è in disuso!) qualunque malcapitato collega che si ritrovi in qualche situazione critica...?

E ancora: dopo una giornata di duro lavoro, finalmente si torna a casa e all'ora di cena si spera di liberarsi delle 'tossine' accumulate quotidianamente magari aiutandosi con il calore della propria famiglia e con il piacere di una buona cena. Non sia mai! Buttando l'occhio al telegiornale, particolarmente di uno dei canali di stato, si è pervasi da un'angoscia terribile: i bambini in Africa muoiono di fame, con il ventre gonfio, gli occhioni pieni di lacrime e le mosche che si posano sulle faccine smunte? È indubbiamente terribile, ma non è certo colpa nostra anche se dal tono del giornalista di turno è come se lo fosse! E continuando: i bravissimi ed eroici nostri colleghi che curano questi piccoli sfortunati attraverso le organizzazioni umanitarie, loro sì che sono buoni medici, altro che io che me ne sto tranquillamente seduto nel mio soggiorno di casa magari a magnà e beve! E non vi

viene un groppo alla gola, non vi sentite dei mentecatti, traditori del giuramento d'Ippocrate? La voglia di cenare passa di certo, dopo un messaggio mica tanto subliminare di accusa alla classe medica "normale" che praticamente viene tacciata di non far nulla per una tragedia come quella mostrata dai nostri inefabili giornalisti! (Per inciso: ma i nostri caritatevoli giornalisti, sempre pronti a crocifiggerci – la salute è un diritto ed un bene prezioso e non ha prezzo, è il ritornello – loro che cosa fanno per la fame nel mondo, oltre che scriverne attribuendone la responsabilità al mondo intero, loro esclusi, naturalmente?). Sui giornali poi è un continuo: da un lato pochi, pochissimi medici che realizzano operazioni difficilissime e dagli esiti sempre perfetti e meravigliosi per il progresso ed il bene dell'umanità intera; dall'altra la massa, noi, i medici del quotidiano, sempre pronti a tradire Esculapio per il vil compenso e senza grandiosi ancorché irripetibili risultati! E non pensate che la gente faccia il paragone e che alla fine si aspetti sempre (sì, sempre) il risultato perfetto e quindi s'indigni e s'infuri quando il miracolo della guarigione impossibile non si compie o – peggio – quando qualche volta le cose non vanno per il verso giusto, come è nella dura legge dei grandi numeri? E quindi dagli addosso al medico, reo di mancare del dono della perfezione nel suo lavoro! Ma si può? E poi si stupiscono che molti colleghi si siano stufati e disamorati nei confronti di una professione che avevano abbracciato con passione ed entusiasmo? Fermate, vi prego: voglio scendere!

WWW.AOGOI.IT



FAD Formazione a distanza Aogoi

Vai nella homepage e clicca sulla sezione formazione: qui potrai accedere ai corsi FAD di Office Ecografia e Violenza sulle donne





Corso di chirurgia radicale addomino-pelvica in diretta "live surgery" Un'offerta formativa di eccellenza

Anche quest'anno la S.O.C. di Oncologia Chirurgica Ginecologica del Centro di Riferimento Oncologico (CRO) di Aviano ospiterà i "Corsi di chirurgia radicale addomino-pelvica": un'opportunità di eccellenza formativa per il ginecologo che si avvicina alla chirurgia oncologica che viene proposta in due sessioni, primaverile e autunnale

Questi corsi, coordinati da Elio Campagnutta, direttore della Struttura, e dal condirettore Giorgio Giorda, da anni permettono ai ginecologi italiani di confrontarsi con la chirurgia radicale nel trattamento dei tumori ginecologici, in particolare con le forme avanzate del cancro della portio e dell'ovaio. I casi non pretrattati di carcinoma ovarico al 3°-4° stadio, come anche le recidive platino sensibili sono i casi più studiati e trattati durante questi corsi. Infatti l'interessamento endoperitoneale pluriviscerale di tale neoplasia richiede l'esecuzione di una chirurgia aggressiva "totale", non solo a livello degli organi genitali interni, ma, soprattutto, a livello intestinale, dell'alto addome e delle vie urinarie. I partecipanti del corso hanno quindi la possibilità di confrontarsi

con una chirurgia multidisciplinare che affronta complicanze chirurgiche spesso inusuali per un chirurgo ginecologo. L'obiettivo del raggiungimento del residuo zero o microscopico, a fine intervento, richiede sforzi chirurgici inusuali e a volte gravati da complicanze, che possono incidere su un rapido recupero della paziente, che deve essere sottoposta, quanto prima, a cicli chemioterapici. La discussione dei pro e dei contro, ad addome aperto, comporta decisioni rapide e convinte. L'utilizzazione di tecniche non usuali, quali la chemioipertermia intraoperatoria permette un'ampio confronto clinico-procedurale sui vantaggi e limiti di scelte terapeutiche non sempre codificate e spesso imprevedibili per la loro complessità. Altri argomenti che vengono



trattati sono la chirurgia "nerve sparing", nei casi di carcinoma del collo uterino ai primi stadi e la chirurgia aggressiva demolitiva nei carcinomi cervicali localmente avanzati, precedentemente sottoposti a trattamento radio-chemioterapico. In alcuni casi viene eseguita la radioterapia intraoperatoria. Tale tecnica comporta problemi perlopiù nel periodo post operatorio e quindi

diventa motivo di dibattito tra i partecipanti sugli ipotetici vantaggi di tale tecnica. Il ginecologo, che si avvicina alla chirurgia oncologica, deve conoscere, oltre alla chirurgia pelvica, le problematiche dell'alto addome ed acquisire competenze che lo rendano autonomo nella resezione chirurgica anche delle masse interessanti gli organi addominali alti. La fattibilità delle linfadenectomie lombo-aortiche, in presenza di grosse masse linfonodali, magari "a colata", va studiata e valutata per la frequente difficoltà, a volte ai limiti con la impossibilità, di resezioni linfonodali complete. La presenza, a turno, dei partecipanti in sala operatoria favorisce la visione concreta dei casi; contemporaneamente gli altri partecipanti seguono in diretta con un "tutor" i vari interventi con la possibilità di interagire passo per passo. Il pomeriggio, durante gli incontri sulle patologie oncologiche ginecologiche, vengono confrontate le varie esperienze di ogni ginecologo partecipante; in tal modo le conoscenze si integrano e si discutono. Nei quattro giorni di "full immersion" tanti preconcetti vengono chiariti; si apprendono

tecniche e "filosofie" di trattamenti integrati che possano anche essere diversificate, ma che devono comunque sottostare all'imperativo della "radicalità", dell'efficacia e dei risultati. Nel post corso spesso vengono mantenuti contatti tra i colleghi del Cro ed i corsisti: vengono scambiate esperienze e consigli che consentono di continuare, anche nei rispettivi istituti di lavoro, una collaborazione di stimoli e suggerimenti interattivi che possono essere preziosi nella propria esperienza nella sede ospedaliera di appartenenza. A conferma di tale collaborazione, durante l'anno, alcuni medici ginecologi che hanno partecipato a corsi precedenti frequentano le nostre sale operatorie. La S.O.C. di Oncologia Chirurgica Ginecologica del CRO di Aviano, continuando una tradizione chirurgica iniziata con intuizione e innovazione già dal 1990 da Carlo Scarabelli, recentemente scomparso, anche per l'anno 2012 riproporrà tale offerta formativa in due sessioni, una primaverile ed una autunnale. **INF@** I colleghi ginecologi, interessati a tale proposta possono contattare la segreteria organizzativa (Maria D'Andrea 0434.659888 mariadandrea@cro.it).



Scuola Multidisciplinare di Formazione Aggiornamento e Qualificazione in Fisiopatologia del Tratto Genitale e Malattie a Trasmissione Sessuale

Riconosciuta dalla I.U.S.T.I - EUROPE

International Union Against Sexually Transmitted Infections

Riconosciuta dalla AOGOI - Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani quale Polo Culturale di Eccellenza per le attività didattiche e scientifiche promosse



CORSO DI FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO IN FISIOPATOLOGIA CERVICO-VAGINALE E VULVARE, COLPOSCOPIA E MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE

Ascoli Piceno, 26 - 29 Marzo 2012

Sede prevista dell'Insegnamento :

Centro Congressi - Complesso Fieristico della Camera di Commercio

COORDINATORE DELL'INSEGNAMENTO: **DOTT. MARIO PERONI**

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:

ETRUSCA CONVENTIONS

Via Bonciario, 6d - 06123 PERUGIA

tel./fax: 075/5722232

e-mail: info@etruscaconventions.com



NUMERO 9/10 - 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
Edizioni Health Communication srl
via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma
Tel. 06 594461
Fax 06 59446228

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.

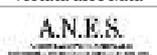
L. 46/04) Art. 1, Comma 1
Roma/Aut. n. 48/2008

Finito di stampare: dicembre 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

LOETTE®

20 mcg EE/100 mcg LNG



Depositato presso AIFA in data 13/07/2011



PER NOI
OGNI DONNA
È UNICA.

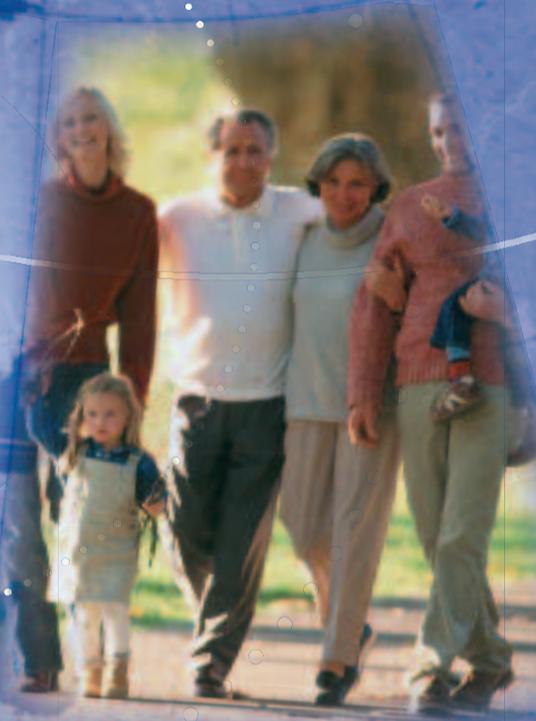


GEDEON RICHTER



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