G Y N E C O

ORGANO UFFICIALE DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

AOGOI

SPECIALE CONGRESSO NAZIONALE 86° SIGO-51°AOGOI

Identità donna: essere e benessere

Nuove sfide in ginecologia

LA PAROLA AI GINECOLOGI

In Primo piano le nostre azioni per guidare la riforma dei punti nascita. L'incontro con il ministro Fazio e alcuni flash sulla conferenza stampa Sigo-Aogoi-Fesmed

GINECOLOGIA E ISTITUZIONI

Intervengono, nell'ordine: Giovanni Monni, Giorgio Vittori, Nicola Natale, Antonio Chiantera, Carlo Sbiroli, Giuseppe Palumbo, Antonio Tomassini, Benedetto Fucci, Letizia Moratti e Roberto Formigoni

LE NUOVE SFIDE PER LA PROFESSIONE

Focus on dei presidenti del Congresso: Mauro Buscaglia, Alessandra Graziottin e Nicola Natale e contributi di: Angela Citernesi, Claudio Crescini, Mauro Costa, Davide De Vita, Valeria Dubini, Francesca Fiorillo, Ciro Guarino, Mario Meroni, Carlo Maria Stigliano, Pier Francesco Tropea, Giovanni Scambia, Costante Donati Sarti, Francesca Nocera, Angelamaria Becorpi, Mario Campogrande, Felice Repetti, Giovanni Fattorini, Sandro Viglino e Maurizio Orlandella

9
2010

MENSILE ANNO XXI N. 9 - 2010 - POSTE ITALIANE SPA - SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE D.L. 353/03 (CONV. L. 46/04) ART. 1, COMMA 1, ROMA/AUT. N. 48/2008 CONTIENE I.P.

Sensilube

RITROVA LA TUA FEMMINILITÀ

E' un dispositivo medico CE. Leggere attentamente le avvertenze e le istruzioni d'uso. Autorizzazione del 5 agosto 2009

RISPOSTA INNOVATIVA PER LA PREVENZIONE E IL TRATTAMENTO DELLA SECCHEZZA VAGINALE

Una formula che previene ed aiuta ad eliminare i disagi causati dalla secchezza vaginale perché:

- favorisce il ripristino del trofismo della mucosa vaginale
- agisce come umettante e lubrificante delle mucose vaginali
- crea un ambiente favorevole per ristabilire la naturale secrezione vaginale
- aiuta a ristabilire l'integrità della mucosa vaginale.

Testato da:

AOGOI

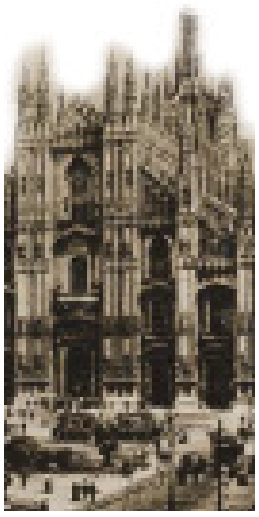
durex®

Editoriale

A tutti, grazie

Eccoci alle soglie di un nuovo Congresso.
Dopo Bari, la porta del Mediterraneo, che ci ha ospitato le scorso anno questa volta è Milano la sede prescelta. La porta dell'Europa, ma anche una città da sempre attenta alla salute dei suoi cittadini e a quella femminile in particolare. Proiettata al futuro con centri di ricerca all'avanguardia ma ben salda nell'offrire un'assistenza quotidiana di qualità.
Come ogni anno, questo numero di *GynecoAogoi*, grazie al contributo di numerosi e illustri ospiti, offre un'anteprima dei temi che animeranno i dibattiti in sede congressuale: argomenti di forte valenza scientifica, certo. Ma anche sociale, culturale ed etica.
Tuttavia, abbiamo scelto di aprire il nostro organo di stampa con un argomento che, partendo dalla stringente attualità, mette sul tavolo il futuro della nostra professione.
Dopo gli eventi e la bagarre mediatica che hanno animato la fine dell'estate e che hanno messo sotto accusa la ginecologia italiana e i suoi professionisti, Aogoi non è rimasta a guardare. Sono state messe in atto numerose iniziative culminate in un incontro con il ministro Fazio, a cui abbiamo offerto il nostro patrimonio di conoscenze per un rilancio della ginecologia che sappia coniugare sostenibilità, sicurezza per le pazienti e rispetto della professionalità degli operatori.
Il Congresso che sta per aprirsi sarà l'occasione per il rinnovo dei vertici Aogoi.
Permettetemi, dunque, di approfittare di questo spazio (per l'ultima volta da presidente Aogoi) per rinnovare il mio ringraziamento al nostro segretario nazionale Antonio Chiantera, a tutto il Direttivo Aogoi e alle "tre colonne della segreteria nazionale": Alessia, Elsa e Laura, per il paziente e prezioso lavoro svolto. E ancora, un ringraziamento speciale a Carlo Sbiroli, per aver prestato le sue brillanti capacità di uomo di scienza al settore comunicazione Aogoi. In particolare per il suo impegno in questo giornale, sempre più ricco nei contenuti e accattivante nella veste grafica, a Cesare Fassari, Arianna Alberti e a tutta la redazione di *GynecoAogoi*.
A tutti loro e a tutti voi il mio sincero grazie!

Giovanni Monni
Presidente AOGOI



AOGOI
I ginecologi italiani per le adolescenti
www.teen.aogoi.it

Hanno collaborato a questo numero:
Lucia Conti, Antonino Michienzi, Lorena Giudici, Ester Maragò, Stefano Simoni

Le immagini sono tratte dalle opere di:
Orlan (cover Between, Venus - Orlan), Andy Warhol, Felice Casorati, Fulvio Bifarini, Vera Greiner, Pablo Picasso, Filppo Mastrocinque

Indice numero 9-2010

Primo Piano
La parola ai ginecologi

4 **Le nostre azioni per guidare la riforma dei punti nascita**
di Carmine Gigli

6 **La proposta dei ginecologi per il riordino dei punti nascita**
Flash sulla conferenza stampa Sigo-Aogoi-Fesmed del 12 ottobre 2010

"Anteprima" Congresso Sigo-Aogoi 2010

Donna oggi: essere e benessere
Identità donna: nuove sfide in ginecologia

8-14 **Interventi di**: **Giovanni Monni**, presidente Aogoi; **Giorgio Vittori**, presidente Sigo; **Nicola Natale**, co-presidente del congresso nazionale Sigo-Aogoi; **Antonio Chiantera**, segretario nazionale Aogoi; **Carlo Sbiroli**, past president Aogoi

La politica e la nostra professione

16-19 **Interventi di**: **Giuseppe Palumbo**, presidente della XII Commissione Affari Sociali della Camera; **Antonio Tomassini**, presidente della XII Commissione Igiene e Sanità del Senato; **Benedetto Fucci**, componente della XII Commissione Affari Sociali della Camera; il saluto del sindaco di Milano **Letizia Moratti** e del presidente della Regione Lombardia **Roberto Formigoni**

Identità donna: nuove sfide in ginecologia

20-32 **Focus on** dei presidenti del Congresso **Mauro Buscaglia**, **Alesandra Graziottin** e **Nicola Natale**.
Interventi di: **Angela Citernesi** ■ Ginecologia e immigrazione; **Claudio Crescini**, Congresso regionale Aogoi Lombardia su urgenze/emergenze in sala parto; **Mauro Costa** ■ La nuova cornice normativa: cosa cambia per i centri di Pma; **Davide De Vita** ■ Uroginecologia: una visione unitaria delle funzioni degli organi pelvici; **Valeria Dubini** ■ Violenza contro le donne/I chiaroscuri dell'essere donna oggi; **Francesca Fiorillo** ■ Progetto Aogoi-Fondazione Lorenzini; **Ciro Guarino** ■ Il parto in acqua e il Progetto Acqua Aogoi; **Mario Meroni e Alessandra Graziottin** ■ Chirurgia "Body sparing" e "cost saving" al servizio della donna; **Carlo Maria Stigliano** ■ Adenocarcinoma e vaccino anti-Hpv; **Pier Francesco Tropea** ■ responsabilità professionale; **Giovanni Scambia** ■ La figura del ginecologo oncologo oggi; **Costante Donati Sarti** ■ Sigite: Ginecologia e Terza età; **Francesca Nocera** ■ Società e invecchiamento; **Angelamaria Becorpi** ■ Invecchiamento: aspetti genetici e antropologici; **Mario Campogrande** ■ Gli screening in ostetricia; **Felice Repetti** ■ La donazione del sangue cordonale.

AGITE: La nostra presenza al Congresso

33 **Interventi di**: **Giovanni Fattorini; Sandro M. Viglino; Maurizio Orlandella**

Aggiornamenti

39 **Dai supplementi di nuova generazione un aiuto alla fertilità**
di Mauro Costa

40 **Lattoferrina nella prevenzione della ipoferremia e anemia da carenza di ferro in gravidanza**
di Giuseppe Ettore e Gabriella Abbadessa

43 **Stipsi: più fibre in dolce attesa**
Studio Aogoi

Rubriche

45 **Fatti & Disfatti** di C. M. Stigliano / 46 **Meditazioni** di G. Gragnaniello / 46 **Libri**

GYNECO AOGOI

NUMERO 9 - 2010
ANNO XXI

ORGANO UFFICIALE DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

Presidente
Giovanni Monni
Direttore Scientifico
Felice Repetti

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

Editore
Health Communication
via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma
Tel. 06 594461 - Fax 06 59446228
Progetto grafico
Giancarlo D'Orsi
Ufficio grafico
Daniele Lucia, Barbara Rizzuti
Stampa
Union Printing
Viterbo
Abbonamenti
Annuo: 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: ottobre 2010
Tiratura 8.000 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
AOGOI
ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

Testata associata
A.N.I.S.

Editore
Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

LA PAROLA AI GINECOLOGI

Non si spengono i riflettori sui punti nascita dopo i casi di "malasanità" che hanno scatenato un caos mediatico contro la ginecologia e i suoi professionisti. Per far fronte alla situazione, i ginecologi hanno messo in campo una serie di azioni, culminate in un incontro con il ministro della Salute Fazio, a cui hanno chiesto un forte sostegno per il loro piano di rilancio della maternità in Italia

Le nostre azioni per guidare la riforma dei punti nascita

di Carmine Gigli
Presidente FESMED

La pesante campagna mediatica condotta contro gli operatori dei punti nascita ha creato sconforto tra i medici ed un preoccupante disorientamento nelle donne in gravidanza. Tutto è iniziato il 27 agosto scorso, quando, durante un parto presso la Clinica Ostetrica e Ginecologica del Policlinico Universitario di Messina, una donna e il suo bambino hanno subìto dei danni alla salute mentre dei medici tenevano un comportamento riprovevole da un punto di vista civile e deontologico, azzuffandosi in sala parto. Da questa vicenda di cronaca è scaturita una campagna mediatica che ha portato sul tavolo degli accusati l'intera categoria degli specialisti ostetrici ginecologi italiani ed è culminata con l'aggresione fisica di un collega, avvenuta a metà settembre nella stessa Messina, da parte del marito di una partoriente.
Una reazione ingiustificata, ma forse da mettere in relazione alla sovraesposizione mediatica basata su titoli di giornali e trasmissioni tv che dipingono le sale parto come "stanze degli orrori", innescando nelle persone paure ingiustificate e reazioni inconsulte.

Attacco ai medici

Le accuse hanno spaziato dall'eccessivo numero dei tagli cesarei che si eseguono in Italia, in particolare in alcune Regioni del Sud, alla scarsa attitudine degli ostetrici ad utilizzare gli strumenti propri della professione (forcipe e ventosa), sino all'immancabile riferimento alla libera professione. L'attacco nei nostri confronti è stato condotto in maniera massiccia e soprattutto da ogni fronte mediatico: quotidiani, periodici, radio e televisione. Ha visto impegnati oltre ai giornalisti, anche politici, sociologi, commentatori ect. È stata una campagna che per circa tre settimane ha coperto quotidianamente la cronaca degli eventi avversi che si verificavano nelle sale parto e li analizzava nelle trasmissioni di approfondimento e persino in quelle di intrattenimento. Dobbiamo riconoscere che la nostra categoria non era preparata ad un simile attacco, in un primo momento non lo ha compreso ed ha stentato a trovare i giusti interlocutori. Ma, abbiamo reagito!

La difesa

Il 29 agosto il presidente Aogoi, Giovanni Monni, ricordava, su *la Repubblica*, il grande stress al quale sono sottoposti i medici in sala parto. Il primo settembre un comunicato stampa a firma del segretario Aogoi della Sicilia, Giuseppe Ettore, e del sottoscritto per la Fesmed, esprimeva viva solidarietà alla famiglia di Messina e chiedeva alle autorità politiche e sanitarie una maggiore attenzione all'area materno infantile. Seguivano le prese di posizione del segretario nazionale Aogoi, Antonio Chiantera, il quale controbatteva alle affermazioni dei maggiori quotidiani e contestava puntualmente i contenuti della trasmissione "Morire di parto", andata in onda il 19 settembre nel programma "Domenica 5", ricordando che ai pochi casi ormai abitualmente definiti di "malasanità", purtroppo ricorrenti, si affianca, soprattutto nel nostro settore, una medicina di eccellenza che però non fa cronaca né produce audience.

Le nostre azioni

Il 20 settembre, visto il perdurare di questa situazione, la Fesmed ha chiesto un incontro urgente al ministro della Salute prof. Ferruccio Fazio, per manifestargli la preoccupazione della categoria e proporgli delle possibili azioni per ridurre lo stato di apprensione delle donne in gravidanza e delle loro famiglie, nonché per restituire serenità ai medici ed a tutti i professionisti che operano nei punti

LA LETTERA DELLA FESMED AL MINISTRO DELLA SALUTE DEL 30 SETTEMBRE 2010

Ill.mo sig.
Ministro della Salute
Prof. Ferruccio Fazio

Lo stato di tensione che si è venuto a determinare nei punti nascita italiani ha origini profonde e necessita di interventi che, per essere individuati, richiedono un'analisi puntuale ed approfondita, capace di andare al di là della facile tentazione di spiegare tutto in chiave economica.
Da molti anni l'Università italiana attraversa un periodo di crisi, con la conseguenza che la formazione dei medici specialisti non è adeguata alle attese e non risponde ai requisiti richiesti dalla Comunità Europea, la cui normativa viene spesso disattesa o aggirata.
La mancanza di piante organiche certe, nelle aziende sanitarie e ospedaliere, ha portato ad una pratica crescente delle assunzioni a tempo determinato, anche per periodi molto brevi, creando una generazione di medici precari. Per costoro è problematico compiere un percorso di formazione professionale, specialmente se nei reparti di cura non si applicano sistematicamente delle linee guida, che siano uniformi almeno a livello regionale. La formazione sul campo, un tempo orgoglio dei reparti ospedalieri, non è più una prassi consolidata a causa della mancanza di continuità nel servizio dei medici precari.
Da circa quindici anni i responsabili delle strutture operative complesse vengono nominati dalla politica e non sono più il frutto di una selezione operata da una commissione di loro pari. Questo toglie autorevolezza al loro ruolo, non solo nei rapporti con i medici dell'equipe, ma anche nei confronti degli amministratori aziendali. Ne risulta che è meno efficace la vigilanza ed il controllo: sulle dotazioni organiche, su quelle strumentali, sul rispetto degli orari e delle pause; con quello che ne consegue nella gestione del rischio clinico.
Converrà, signor Ministro, che in questa situazione può essere utopistico pensare di risolvere tutti i problemi dei punti nascita italiani agendo solo sulla chiusura delle sale parto con poche nascite, tralasciando la questione più importante. È necessario riconoscere che non si può partorire con sicurezza senza che il punto nascita sia dotato di determinati standard di qualità:
- guardia ostetrica attiva 24/24 ore, con medici in numero adeguato per affrontare le urgenze;
- assistenza ai neonati 24/24 ore;
- analgesia epidurale 24/24 ore;
- diagnostica per immagini, laboratorio d'urgenza ed emotrasfusionale 24/24 ore;
- trasporto d'emergenza per i trasferimenti delle gravide e dei neonati alle strutture di livello superiore.

Indipendentemente dal numero dei parti che vengono assistiti, la mancanza di queste dotazioni crea nel punto nascita le condizioni perché l'errore sanitario sia in agguato. I medici lo sanno, ne temono le conseguenze in termini professionali, di sanzio-

nascita e nei consultori. Il 30 settembre, alla richiesta ha fatto seguito una lettera sempre della Fesmed allo stesso Ministro Fazio (alla pagina a fianco).
Intanto il vento cominciava a cambiare, l'argomento interessava meno il pubblico ed i politici iniziavano a rendersi conto che le critiche non avrebbero portato a nulla. Era piuttosto opportuno un piano per correggere e migliorare i punti deboli del settore materno-infantile.
Ci siamo resi conto della nuova tendenza in occasione della Conferenza stampa organizzata dall'Aogoi a Roma il 12 ottobre, alla quale sono intervenuti i massimi esponenti della politica sanitaria, fra gli altri gli onorevoli Leoluca Orlando, Ignazio Marino, Giuseppe Palumbo, Benedetto Fucci e il senatore Cesare Cursi. Tutti hanno mostrato una grande attenzione ai problemi della categoria. Anche i giornalisti presenti si sono mostrati più interessati alle soluzioni che venivano proposte, che a ricercare l'aspetto scandalistico dei problemi (vedi articolo alle pagine 6 e 7). Finalmente, il 19 ottobre, è avvenuto l'atteso incontro del presidente Fesmed, Carmine Gigli, e del segretario nazionale Aogoi, Antonio Chiantera, con il ministro della Salute Ferruccio Fazio (vedi riquadro a fianco). Gli abbiamo manifestato la preoccupazione degli specialisti ostetrici-ginecologi, per la pesante campagna mediatica che era stata condotta contro gli operatori dei punti nascita.
Abbiamo ricordato al Ministro che la maggior parte degli specialisti ostetrici-ginecologi si trova ad operare in situazioni di carenze organizzative e strutturali, alle quali le Aziende spesso non pongono rimedio. E nonostante questo, in Italia vengono conseguiti dei risultati che non sono inferiori a quelli fatti registrare dagli altri Paesi europei.

La Fesmed ha chiesto al ministro di farsi interprete con urgenza presso le Regioni, affinché tutti i punti nascita siano conformi ai requisiti necessari a garantire la qualità delle prestazioni. L'Aogoi ha offerto a Fazio il suo patrimonio di conoscenze e la totale collaborazione alla stesura di linee guida sulle principali patologie ostetriche. Inoltre, ha informato il Ministro che, in occasione del congresso nazionale Sigo-Aogoi che si aprirà il 14 novembre a Milano, e al quale il Ministro Fazio ha confermato la sua presenza, l'Aogoi presenterà le proprie raccomandazioni per la corretta indicazione al taglio cesareo.

Gli impegni del Ministro

Il ministro Ferruccio Fazio ci ha comunicato di essere pronto per portare alla Conferenza permanente Stato-Regioni un documento che contiene fra l'altro i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per la riorganizzazione dei punti nascita e delle unità operative di pediatria/neonatologia e TIN, affermando di essere fiducioso sul suo accoglimento. Fazio ha proseguito dichiarando che è sua intenzione raccomandare alle Regioni di adeguare gli organici dei punti nascita alle dotazioni previste nel documento. Relativamente alla seconda parte delle linee guida sul taglio cesareo, previste per marzo 2011, il ministro ci ha informati circa la possibilità che vengano pubblicate entro la fine dell'anno.
L'incontro si è concluso con un sostanziale accordo sull'opportunità di prevedere l'utilizzo degli ospedali del Servizio sanitario nazionale per la formazione degli specializzandi in ostetricia e ginecologia.

Opportunità da cogliere

È per noi motivo di conforto il fatto che Il Ministro abbia preparato un documento, che impegna il Governo e le Regioni a sviluppare un Programma nazionale per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo. Ed è motivo di orgoglio il fatto che a detto documento abbiano collaborato anche due componenti il consiglio direttivo dell'Aogoi, i colleghi Giuseppe Ettore e Sergio Schettini. La nostra speranza è che le ragioni della politica e dell'economia non portino il Ministro Fazio a modificare in maniera significativa la bozza di detto documento, limitandone gli effetti migliorativi sulla sicurezza e la qualità dei servizi offerti dai punti nascita. Un'impresa non semplice, perché richiederà una costante attenzione sull'azione dei gestori regionali e aziendali della sanità, i quali per varie ragioni negli ultimi anni hanno spesso trascurato nei loro programmi il settore materno-infantile. Da parte nostra non faremo mancare al Ministro la nostra leale collaborazione.

ni penali ed economiche e si rifugiano nella medicina difensiva, che vede come intervento principe il Taglio Cesareo.
Dobbiamo anche riconoscere che, nonostante questo, i nostri medici continuano ad impegnarsi e ad offrire un buon servizio. I risultati lo dimostrano. Infatti, ci viene dato atto che la salute delle nostre partorienti e dei nostri bambini non è inferiore a quella degli altri paesi europei.
Adesso stiamo chiedendo agli specialisti ostetrici-ginecologi di ridurre drasticamente il numero dei Tagli Cesarei senza metterli nelle condizioni più idonee e senza prepararli adeguatamente.
Sappiamo che ogni cambiamento comporta delle resistenze e genera dei rischi. Non possiamo chiedere ai nostri medici che dall'oggi al domani facciano qualcosa di diverso da quello hanno fatto sino ad ora, senza fornire loro le risorse necessarie e senza che abbiano compreso le ragioni del cambiamento ed assimilato le nuove procedure.
Nel momento in cui si promuove questo cambiamento è necessario anche farsi carico di comunicare alle donne e alle loro famiglie che, nell'immediato, il cambiamento potrebbe non essere privo di conseguenze. Senza uno sforzo congiunto che, a nostro avviso, deve vedere coinvolte anche le società scientifiche, riteniamo che non si possa sperare di raggiungere un obiettivo così ambizioso.

Il Presidente FESMED
Dr. Carmine Gigli

Fazio incontra l'Aogoi e la Fesmed

Non esiste un'"epidemia sala parto". Ma allo stato dell'arte è urgente intervenire per riportare serenità tra i professionisti e tra i cittadini. Nella consapevolezza, comunque, che i punti nascita possono e devono essere migliorati, a garanzia della tutela delle donne e dei medici stessi, costretti a lavorare in condizioni che hanno raggiunto il livello minimo di adeguatezza.
Partendo da queste considerazioni il ministro della Salute, Ferruccio Fazio, ha incontrato lo scorso 19 ottobre, il presidente Fesmed, Carmine Gigli, e il segretario nazionale Aogoi, Antonio Chiantera.
Scopo dell'incontro: raccogliere le proposte degli esperti della ginecologia per rilanciare l'evento nascita e far fronte all'attuale stato di crisi.
È stato anzitutto ricordato al ministro che le condizioni nelle quali operano la maggior parte degli specialisti ostetrici-ginecologi sono al di sotto degli standard organizzativi e strutturali necessari ad assicurare la qualità delle prestazioni. Criticità a cui, tuttavia, le Aziende non pongono rimedio. Questo accade non solo nelle Regioni meridionali, ma anche in Lombardia, dove si registrano punti nascita in situazioni di grave carenza organica, persino con soli tre medici oltre il responsabile.
Tra i molti punti affrontati, il problema dell'alto ricorso al cesareo, in conseguenza anche dell'età sempre più elevata alla gravidanza: quella media al primo parto è 34 anni. E i Drg ginecologici "sono sottostimati – hanno spiegato Gigli e Chiantera – un parto spontaneo vale meno di un'appendicectomia non complicata".
"Non vogliamo cercare alibi: chi sbaglia in corsia va sottoposto ad un procedimento di verifica e, se del caso, sanzionato. Ma non si può compromettere per singoli episodi isolati la credibilità di un sistema di eccellenza che funziona, pur nella carenza di risorse e investimenti. Il nostro obiettivo è ripartire da qui per ridare dignità e valore alle prestazioni che attengono alla salute della madre e del bambino, quindi al futuro stesso della nostra nazione. E ridare fiducia ai milioni di donne che ogni giorno si recano nei nostri reparti".
Il colloquio con il ministro Fazio è avvenuto anche in considerazione di un possibile ulteriore peggioramento della situazione, con l'entrata in vigore dei provvedimenti – e gli ulteriori tagli alle Regioni – contenuti nella manovra economica di luglio. I ginecologi hanno chiesto garanzie. Condizioni di lavoro adeguate, che permettano il massimo livello di assistenza a mamme e neonati, 24 ore su 24 ore, in tutto il Paese.
Il presidente della Fesmed Gigli e il segretario nazionale Aogoi Chiantera hanno quindi chiesto al ministro della Salute di farsi interprete con urgenza presso le Regioni "affinché garantiscano presso tutti i punti nascita, 24 ore su 24, guardia ostetrica attiva, con supporto di pronta disponibilità integrativa, assistenza a neonati, analgesia epidurale, l'utilizzo di Rx, di laboratorio d'urgenza ed emotrasfusioni, la rete del trasporto d'emergenza per i trasferimenti delle gravide e dei neonati a rischio dalle strutture di livello inferiore". Questi i punti principali del piano per il rilancio dell'evento nascita messo a punto da Aogoi, Sigo e Fesmed, presentato anche nel corso di una conferenza stampa appositamente indetta a Roma il 12 ottobre (vedi articolo pag. 6).
I professionisti, da parte loro, saranno chiamati a compiere un salto in avanti, anche sulla base di nuove raccomandazioni sul cesareo che verranno presentate al Congresso Nazionale della Sigo in programma il 14 novembre, a Milano.
Il ministro Ferruccio Fazio, che ha partecipato all'incontro insieme al direttore generale Filippo Palumbo, ha espresso, tra le altre cose, il personale impegno per la presentazione ed approvazione in Conferenza Stato-Regioni del documento sui requisiti organici, strutturali e strumentali che le Regioni saranno chiamate ad adottare in ogni punto e unità operativa di pediatria/neonatologia e Tin.

Conferenza stampa Sigo-Aogoi-Fesmed

La proposta dei ginecologi per il riordino dei punti nascita

Partorire in Italia è sicuro. Questo il primo messaggio che i ginecologi italiani hanno rivolto all'opinione pubblica: il nostro Paese ha un tasso di natimortalità e mortalità materna tra i più bassi del mondo. "Non c'è una recrudenza di morti materne e gli eventi tragici che si sono concentrati in questo periodo non devono fare gridare alla malasanità". Queste le parole con cui il presidente dell'Associazione italiana dei ginecologi ospedalieri (Aogoi) Giovanni Monni, ha aperto il 12 ottobre la conferenza stampa promossa insieme al segretario nazionale Aogoi, Antonio Chiantera, al presidente Sigo Giorgio Vittori, al presidente Fesmed Carmine Gigli. Nomi illustri della ginecologia italiana, riuniti intorno a un tavolo per presentare la loro proposta di riordino del settore materno-infantile. Un piano in 5 punti fatto pervenire anche al ministro della Salute, Ferruccio Fazio (vedi riquadro a pag. 4).
Ad ascoltarli, anche alcuni rappresentanti parlamentari: Giuseppe Palumbo, presidente della Commissione Affari Sociali della Camera, Leoluca Orlando e Benedetto Fucci, rispettivamente presidente e componente della Commissione d'inchiesta sugli errori sanitari, Ignazio Marino, presidente della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Ssn, e il senatore Cesare Cursi che da anni si occupa di sanità.
Il sistema è di eccellenza, hanno ribadito i ginecologi, sottolineando, però, che il messaggio rassicurante non deve far sottacere le criticità che percorrono il settore materno infantile e in particolare i punti nascita italiani. Criticità che peraltro Sigo e Aogoi denunciano da anni. "La rete ostetrico-ginecologica italiana è stata concepita negli anni '60 quando le nascite erano un milione duecentomila, oggi sono meno della metà: nel 2009 sono state 568.857 (7.802 in meno rispetto al 2008, -1,4%). Ma è aumentata la complessità, a causa soprattutto dell'età sempre più elevata alla gravidanza: quella media al primo parto è 34 anni" hanno ricordato Monni e Vittori, invitando a trasformare questo momento critico (e mediaticamente caldo) in un'opportunità unica per il riordino del materno infantile.
La proposta per ridisegnare una nuova mappa del parto in Italia, come accennato, verte intorno a 5 punti che sono gli standard di qualità che dovrebbe avere ogni punto nascita per garantire un parto sicuro:
- guardia ostetrica attiva 24/24 ore, con medici in numero adeguato per affrontare le urgenze;
- assistenza ai neonati 24/24 ore;
- analgesia epidurale 24/24 ore;
- diagnostica per immagini, laboratorio d'urgenza ed emotrasfusionale 24/24 ore;
- trasporto d'emergenza per i trasferimenti delle gravide e dei neonati alle strutture di livello superiore.

L'indagine avviata dalla Commissione d'inchiesta sugli errori sanitari consentirà innanzitutto una mappatura dei punti nascita, una prima base di partenza indispensabile per una seria riorganizzazione dell'intera rete su tutto il territorio. Sarà necessario però anche un impegno da parte di tutti per operare un cambio di mentalità attraverso il dialogo con i cittadini e i politici locali.
Il messaggio anche questa volta è chiaro: per partorire in sicurezza, sono necessari standard di qualità in ogni punto nascita.

Hanno detto

Le principali dichiarazioni rilasciate nel corso della conferenza stampa promossa dall'Aogoi, dalla Sigo e dalla Fesmed il 12 ottobre scorso per lanciare la proposta dei ginecologi per il riordino dei punti nascita

Giovanni Monni
"Nel tritatacarne mediatico finisce di tutto. Non c'é stata nessuna 'epidemia sala parto'. Così si porta alle stelle lo stress dei ginecologi".

Antonio Chiantera
Dopo questo fuoco di fila, per la prima volta, dopo 40 anni, ho avuto paura.
È necessario ci sia fiducia tra medico e partoriente per affrontare un travaglio di parto".

Giorgio Vittori
"Il vero obiettivo è riportare all'attenzione delle istituzioni il valore dell'evento nascita e, più in generale, della maternità".

Carmine Gigli/1
"Come medici ci siamo sentiti colpiti e offesi. Le responsabilità sono di tipo organizzativo e strutturale. Sono da ricercare anche nel mancato 'ascolto' del Progetto Obiettivo materno infantile del 2000".

Carmine Gigli/2
"Il caso Messina è diventato un pretesto. Serve un'analisi della situazione e delle proposte. Starà al Ministro prenderle in considerazione".

Giovanni Scambia/1
"Una buona ostetricia non si può fare con strutture inadeguate. Non dovrebbe nemmeno esistere una neonatologia senza questi standard".

Giovanni Scambia/2
Bisogna affrontare il problema dei medici in formazione. Dove si fa formazione si può fare una medicina migliore. Anche per questo si deve cambiare mentalità".

Giuseppe Palumbo/1
"Il disegno di legge di cui sono firmatario ripropone gli stessi standard per i punti nascita. Lo abbiamo riportato all'ordine del giorno".

Giuseppe Palumbo/2
"Va rivalutato anche il ruolo delle ostetriche sia nell'evento nascita sia, soprattutto, dopo la nascita. La donna, oggi dimessa precocemente, non deve sentirsi sola una volta a casa."

Leoluca Orlando/1:
"Bisogna far crescere la fiducia nel Ssn. Quanto alle responsabilità, più che il 'chi' dovrebbe interessarci il 'perché'. Quasi mai il "chi" coincide con il perché".

Leoluca Orlando/2
"Vorrei che qualche volta le responsabilità venissero date non solo a qualche medico ma anche a qualche manager o politico".

Benedetto Fucci
"L'inchiesta sui Punti nascita avviata dalla Commissione errori sanitari è una base essenziale per avere una visione chiara della rete neonatale su tutto il territorio. Poi, in stretta collaborazione anche con la Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Ssn presieduta da Ignazio Marino, elaboreremo delle proposte".

Ignazio Marino/1
"Ci troviamo a parlare di cose dette e scritte 10 anni fa. Intanto applichiamo quanto previsto dal POMI".

Ignazio Marino/2
"Mi preoccupa che vi siano dei Punti nascita senza anestesisti. Questo è un problema che la nostra Commissione deve sanare. *Scuole di specializzazione*: se non hanno una sala parto vanno chiuse. *Drg*: il sistema è calcolato con metodi 'primitivi', ha ragione Vittori. *La politica*: non deve avere l'arroganza né di nominare primari né di trovare soluzioni, ma deve dare subito strumenti e risorse. La soluzione migliore la devono trovare i medici".

Cesare Cursi/1
"Sono qui, insieme a Leoluca Orlando, l'unico politico a non essere medico, ma segue da oltre 10 anni la sanità. La politica deve assumersi le sue responsabilità, ma deve farlo anche la classe medica. Non è solo un problema di risorse. La mia domanda è: cosa hanno fatto gli Ordini in questi ultimi anni per richiamare i medici alle loro responsabilità?"

Cesare Cursi/2
Sanità e governo.
"Vi ricordo che in virtù del titolo V della Costituzione, oggi sono le Regioni che gestiscono la sanità e sono alle prese con difficili Piani di rientro."

Hanno scritto

ANSA.it — Sigo: cesareo +245% in 30 anni
Meno al Nord e in strutture pubbliche, più al Sud e nel privato

Apcom — Un ginecologo 24 ore su 24. Insieme con un anestesista. Italia è paese tra i migliori al mondo in tutela mamme e bimbi

quotidianosanità.it — I ginecologi presentano a Fazio la loro proposta di riordino dei punti nascita

DoctorNews33 — I ginecologi chiedono più investimenti e personale

Corriere della Sera — Riforma dei punti nascita italiani, le cinque proposte dei ginecologi

IGN ITALYGLOBALNATION — Sanità: ginecologi, per parto sicuro meno strutture più organizzate

l'Unità — Sanità: Sigo, taglio cesareo cresciuto del 245% in 30 anni

Stato-oggi AGI — Sanità: ginecologi, 5 step per riforma dei punti nascita

© Serenella Loreti

Ministero della Salute: partorire in Italia è sicuro. Lo dimostrano i dati

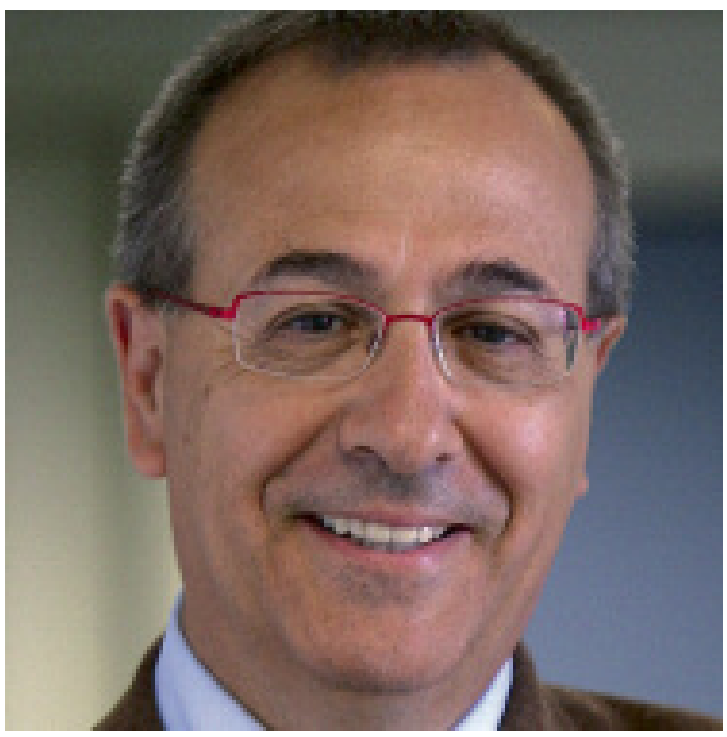
■ Su 3 milioni di parti sono 61 gli eventi sentinella materni/neonatali. "I dati dimostrano che non c'è alcun motivo di preoccupazione". A ribadirlo è il ministro della Salute, Ferruccio Fazio, che a conferma delle sue parole ha illustrato i più recenti risultati delle rilevazioni sui punti nascita.
La mortalità infantile è un dramma sempre meno diffuso nel nostro Paese: si è scesi infatti da un valore di 4,9 decessi per 1.000 nati vivi nel 2001 a 4,1 nel 2006 per i maschi e da 4,2 a 3,2 decessi per 1.000 nati vivi, per le femmine, rispettivamente dal 2001 al 2006. Analoga situazione si rileva per la mortalità neonatale che è pari al 2,3 per mille. Su 559.102 parti registrati dalle Schede di Dimissione Ospedaliera nell'anno 2008, la proporzione complessiva di parti cesarei è di 38,3%; tra le 474.468 donne senza pregresso cesareo, la proporzione nazionale scende a 29,0%. La proporzione a livello regionale di parti cesarei totali varia da un massimo di 61,9% in Campania (62% in più rispetto alla media nazionale) ad un minimo di 21,3% in FVG (circa la metà della media nazionale). Nel periodo compreso tra settembre 2005 ed agosto 2010, sono stati segnalati 40 casi di eventi sentinella relativi a mortalità neonatale e 21 eventi sentinella relativi alla morte materna al parto, a fronte di circa 2 milioni e 800.000 parti nello stesso periodo di tempo. "Questi dati, pertanto, questi dati consentono di dare una risposta di assoluta tranquillità in termini di sicurezza sia per la madre che per il neonato", sottolinea il ministro. Il ministero ricorda quindi che la possibilità che, anche nel migliore dei sistemi, con medici e personale competenti, possa comunque verificarsi un errore, non è umanamente evitabile. Tuttavia i dati italiani sull'attività chirurgica parlano di 119 eventi sentinella nel quinquennio 2005-2010, a fronte di oltre 23 milioni di prestazioni chirurgiche erogate. Sulla base di questi risultati, il ministero della Salute ha quindi invitato i cittadini ad avere fiducia nel Ssn, assicurando che gruppi di lavoro congiunti Ministero-Regioni-Aziende sanitarie, con la partecipazione di esperti del settore, continueranno "un'intensa attività di ispezioni ed analisi degli eventi sentinella nelle strutture sanitarie dove essi si verificano" allo scopo di rilevarne le cause e rendere le prestazioni sempre più sicure.

Donna oggi: essere e benessere
Identità donna: nuove sfide in ginecologia"
Speciale Congresso nazionale 86° Sigo-51°Aogoi

Vi affido una Aogoi più forte e influente

di Giovani Monni

Il Congresso Aogoi e Sigo che sta per iniziare ha per me una valenza particolare. Coincide infatti – dopo quattro anni – con la fine del mio mandato di presidente Aogoi.
Nella quattro giorni milanese rivivrò, in modo diverso ma non meno intenso, l'emozione provata al congresso di Roma quando sono stato eletto il più giovane presidente Aogoi. E poi al congresso di Torino quando sono stato riconfermato alla guida dell'associazione, derogando per la prima volta allo statuto, per portare avanti, nel segno della continuità, il processo di riappacificazione con la componente universitaria.
Quelli passati alla guida di questa associazione scientifica e sindacale sono stati quattro anni che mi hanno arricchito umanamente e professionalmente.
Sapevo che il compito sarebbe stato difficile e la responsabilità grande. E mi sono sforzato di fare quanto fosse nelle mie capacità e nelle mie forze per tenere dritto il timone in un mare che non raramente è stato in tempesta. Forse talvolta sbagliando, ma mai in malafede o per mancanza di zelo.
I quattro anni che mi lascio – e che ci lasciamo – alle spalle sono stati tra i più intensi della ginecologia e della sanità italiana nell'ultimo trentennio. E se siamo riusciti a conseguire dei risultati, gran parte del merito è anche vostro e di tutti i membri del Consiglio Direttivo.
È stato un cammino che sembra essere passato in un attimo, ma rivivendolo, tappa per tappa, ci si rende conto che i successi e le bocciature, le amarezze e le gioie sono state innumerevoli. Solo quattro anni, ma quanti i cambiamenti nella nostra professione e nel mondo che ci circonda, sempre più rapido.
Penso alla mia elezione, ai primi di ottobre del 2006, che cadeva in un periodo febbrile per la vittoria della squadra italiana "Sigo for Figo 2012" al congresso mondiale di Kuala Lumpur. Un periodo di grande entusiasmo e coesione che presto però ha ceduto il passo a un lungo intervallo di divergenze e fratture in seno alla nostra Federazione, per fortuna oggi in via di ricomposizione.
Penso ai progressi, grandi e piccoli, ma quasi quotidiani compiuti nel campo clinico e della ricerca, cui hanno fatto da contraltare i problemi vecchi e nuovi di una sanità afflitta da criticità irrisolte. E, intanto, fuori dal nostro stagno, una società resa più fragile dagli scossoni di una crisi globale. Una società che ha dovuto misurarsi con flussi migratori che hanno ridisegnato il profilo della popolazione italiana, con i cambiamenti della sensibilità e del ruolo della donna, con i conti dello Stato sempre più a rischio e con il tramonto di garanzie ormai date per acquisite.



Giovanni Monni

Insomma, abbiamo dovuto imparare a rispondere alle tante domande che una società sempre più complessa ci ha imposto. Cucendo rapporti, sforzandoci di aprire gli occhi su criticità che non eravamo abituati a considerare come nostre, cercando di guardare oltre il quotidiano per consegnare a noi tutti strumenti che facessero della nostra professione una dimora con solide fondamenta, ma in grado di adattarsi a un mondo in rapido cambiamento. Stabile e flessibile allo stesso tempo.
Uno sforzo notevole, non sempre ben compreso dai mezzi di comunicazione di massa che hanno sempre più intensamente puntato i loro riflettori su un'area – quella della salute materno-infantile – il cui forte valore simbolico ed emotivo rende facile preda di semplificazioni.
Voltandoci indietro, con obiettività, è innegabile che non tutto di quello che ci eravamo prefissi è stato raggiunto. La ricomposizione della ginecologia italiana – coesa in tutte le sue componenti – non è stata ancora del tutto completata. Ma è pur vero che abbiamo raggiunto importanti risultati in ambito associativo, nel segno di una sinergia sempre più stretta con le società affiliate, di una collaborazione sempre più proficua con le società scientifiche internazionali, di un dialogo con le istituzioni che i "nostri" medici e ginecologi in Parlamento hanno contribuito a rendere più fluido. Tutto ciò entra a far parte di quell'eredità Aogoi che, arricchita, affidiamo di volta in volta a chi verrà dopo di noi.
Basta sfogliare i numeri del nostro mensile *GynecoAogoi*, che sempre più si è trasformato nella nostra memoria storica, per rendersene conto.

Intervista a Giorgio Vittori, pagina 11. Intervento di Nicola Natale, pagina 12.
Intervista ad Antonio Chiantera, pagina 13. Intervento di Carlo Sbiroli, pagina 14.
Interventi di Giuseppe Palumbo, Antonio Tomassini e Benedetto Fucci pagine 16 e 17.
Il saluto del sindaco di Milano Letizia Moratti
e del presidente della Regione Lombardia Roberto Formigoni pagina 19.

La convenzione Aogoi-Lloyd's, nei primi mesi del 2007, ha consentito di rispondere a una delle più pressanti richieste della nostra categoria: una ulteriore copertura assicurativa di responsabilità civile che sopperisse all'insufficiente tutela da parte di troppe Aziende sanitarie.
È uno strumento che – garantendo una copertura fino a un milione di euro – negli ultimi anni ci ha consentito una maggiore "serenità operativa". È la punta di diamante di un ventaglio di tutele messe in campo dalla nostra associazione per restituirci serenità, per permetterci di continuare a "fare i medici", in scienza e coscienza, nonostante i venti provenienti dall'esterno ci spingessero ad assumere atteggiamenti sempre più difensivisti e cauti.
Questa iniziativa, di grande impegno anche economico, infatti è andata a saldarsi con i servizi per la difesa legale e l'assistenza ai colleghi coinvolti in un contenzioso medico-legale messi in campo da M.A.M.M.A. AOGOI.
La tutela della nostra pratica, lo sperimentiamo ogni giorno, è una garanzia non solo per noi ma anche e soprattutto per il benessere delle nostre pazienti, che si fonda anche su un approccio medico non inquinato da timori di sorta.
Questi strumenti offrono uno scudo, ma non sciolgono il nodo principale, quello della responsabilità civile del medico. Che rimane tra le questioni aperte su cui la nostra associazione dovrà ancora battersi. Come aperti rimangono molti temi su cui noi, ginecologi, dobbiamo tener alto il profilo del confronto e del dibattito interno ed esterno alla categoria.

Sono temi che meritano una riflessione deontologica pacata e di ampio respiro e che troppo spesso invece suscitano polemiche e vivaci reazioni nel mondo medico, come nella società e nella politica. A volte per il loro intrinseco valore etico e deontologico, altre per un inveterato e nefasto attaccamento a schemi ideologici ormai privi di senso, altre ancora solo per l'ignavia che ostacola ogni cambiamento culturale.
È così per l'interruzione volontaria di gravidanza, il cui dibattito è stato esteso all'aborto farmacologico, o per la procreazione medicalmente assistita, sempre di scottante attualità e non solo per le incongruenze della Legge 40, come dimostrano le polemiche seguite all'assegnazione del premio Nobel per la Medicina a Robert Edwards. Ma è così anche per altri temi "meno cocenti", che riguardano le scelte sessuali e riproduttive, la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, soprattutto tra i giovanissimi, cui va dedicata un'attenzione particolare in termini di comunicazione e informazione. È così per la medicina e la ricerca di genere. In questi ambiti dobbiamo fare ancora un grandissimo sforzo per metterci in linea con i paesi europei più avanzati. E l'Aogoi lo sta facendo, il Progetto Aogoi-Fondazione Lorenzini è emblematico in questo senso. Ma molti altri sono i fronti tenuti aperti anche grazie al patrimonio di competenze delle società affiliate come la Sios-Società italiana ospedaliera per la sterilità, la Smic-Società medica italiana per la contraccezione, l'Aiug-Associazione Italiana di Urologia Ginecologica e del Pavimento Pelvico, la Sigite-Società Italiana di Ginecologia della Terza Età e Agite-Associazione Ginecologi Territoriali. Società scientifiche che, non a caso, si situano in linee di faglia decisive per la sanità e la società italiana. E che ci ricordano il nostro ruolo fondamentale nel dibattito pubblico. Il nuovo rapporto ospedale-territorio, per esempio, che vede Aogoi e Agite in stretta sinergia, è una dimostrazione ulteriore della vitalità della ginecologia italiana e della sua capacità – o

Quattro anni di presidenza Monni, in otto copertine di Gyneco Aogoi

almeno del suo sforzo – di voler stare al passo coi tempi. Si tratta forse della principale sfida per la sanità del domani che porterà a ridisegnare l'offerta di servizi in una maniera ancora tutta da immaginare.
E proprio il bisogno di stare al passo coi tempi è la chiave per comprendere lo sforzo della nostra associazione anche nel campo dell'aggiornamento professionale, permanente e quanto più possibile di livello, ai sui soci. I continui progressi della medicina e della ricerca, le nuove realtà della professione non possono essere ignorate.
È in questo solco che si inseriscono le iniziative di aggiornamento e formazione, dai corsi sul risk management alle giornate di Villasimius, dedicate alla medicina embrio-fetale e perinatale, ai corsi della Scuola di perfezionamento post-universitaria in Chirurgia pelvica Aogoi, ai corsi pratico-teorici di Aviano, dedicati alla chirurgia radicale e ultraradicale in ginecologia oncologica, alle linee guida elaborate dalle Fondazione Confalonieri Ragonese su microsomia fetale, gravidanza protetta, menopausa e ruolo dei folati, prodotti in questi anni.
Non possiamo delegare ad altri l'aggiornamento delle nostre competenze professionali. E sarà compito della nuova dirigenza Aogoi continuare ad alimentare la spinta in questa direzione. Rafforzandola, se possibile.
Questi ultimi sono stati anni particolarmente difficili per noi ginecologi e per tutta la società italiana. Da tempo osserviamo lentamente cambiare le nostre pazienti. E acuirsi le contraddizioni. Aspiranti mamme sempre più mature, informate e consapevoli a fianco di giovani donne, dalle provenienze più diverse e spesso all'oscuro, non soltanto di elementi di anatomia per noi banali, ma anche dei loro diritti. Donne talvolta agguerrite nel rivendicare il loro diritto alla salute, talaltra indifese. Donne divise tra aspirazioni professionali e bisogno di maternità. Donne con una nuova coscienza del proprio corpo e della propria sessualità. Donne inserite in contesti sociali disagiati, la cui richiesta di salute non si esaurisce in una semplice visita medica ma richiede un forte sforzo comunicativo ed empatico. A tutte loro dobbiamo una risposta.
E la dobbiamo anche ai media, che spesso sono semplicistici. Che talvolta fanno di tutta l'erba un fascio, che non raramente urlano sentenze senza conoscere del tutto i fatti. Che spesso crocifiggono un professionista per avere un titolo su nove colonne. Nonostante questo, dobbiamo una risposta anche a loro, perché sono gli occhi e le orecchie della società in cui viviamo e operiamo. Perché anche attraverso loro viene costruita la conoscenza della nostra attività e la fiducia nella nostra professione.

L'Aogoi che affido al mio successore e al nuovo Direttivo è una associazione che si dovrà confrontare con una sanità in pieno mutamento

Negli ultimi anni abbiamo visto spesso deformata la nostra immagine. In questo scorcio di fine estate le nostre sale parto sono state rappresentate come dei ring per incontri di boxe o come catene di montaggio in cui operatori più interessati alla gestione del loro tempo libero che ai bisogni delle donne sfornavano bambini con parti cesarei. O ancora, disattendendo le richieste delle donne, imponevano lunghi travagli sfociati in tragedia.
Senza mai coprirci gli occhi, senza accampare scuse, ci siamo sforzati di mettere in luce la realtà. Di far emergere la complessità e le lacune con cui – nostro malgrado – siamo costretti quotidianamente a misurarci. Come dimostra, per esempio, la riflessione che da tempo abbiamo avviato sull'eccessiva medicalizzazione del parto, che vede un troppo elevato ricorso al cesareo nel nostro paese, e il nostro impegno a promuovere il parto fisiologico e a rendere più consapevoli e informate le scelte delle donne, per costruire, in un'ottica più ampia, una cultura più amica della maternità.
Siamo riusciti spesso, ribaltando le carte in tavola, a mostrare come più che responsabili siamo vittime di un sistema imperfetto. Ma questa è una battaglia che non si vince una volta per tutte, e il nostro impegno deve essere quotidiano.
È difficile ripercorrere in poche righe i punti salienti delle nostre battaglie per tutelare e promuovere la salute femminile. La riqualificazione del Percorso nascita, la promozione della salute e dei diritti delle partorienti e dei nati, le azioni in favore delle adolescenti, delle donne immigrate e delle donne che subiscono violenza sono state in cima alla nostra agenda.
L'Aogoi che affido al mio successore e al nuovo Direttivo è una associazione che si dovrà confrontare con una sanità in pieno mutamento. Toccherà a loro esssere protagonisti di questa partita che si preannuncia storica per la sanità italiana. Il riordino della rete dei punti nascita, il federalismo e lo spostamento di maggiori risorse sul territorio, il governo clinico, ma anche la gestione dei professionisti attivi nella sanità sono solo alcuni tra i temi più caldi.

La più intensa crisi economica che ci abbia colpito da quasi un secolo ha costretto tutti noi a rivedere sotto una nuova luce il rapporto tra sostenibilità economica e sanità. Ci ha indotto a maturare la consapevolezza che un nuovo modello di organizzazione della sanità è necessario. Che il rapporto pubblico-privato sia da ottimizzare. Che la spesa debba essere razionalizzata. Perché a rischio è la tenuta stessa del sistema.
Tutto ciò, però, non può avvenire a scapito della salute dei cittadini. Né può avvenire con la marginalizzazione e l'umiliazione dei professionisti sanitari.
Il peso politico dell'Associazione negli ultimi anni è cresciuto: l'Aogoi si è conquistata un ruolo nei più importanti tavoli istituzionali. Prima con il ministro Turco, poi Sacconi, infine Fazio. Un ruolo che dobbiamo mantenere e anzi rafforzare, con la maggiore decisione possibile, per essere protagonisti della salute femminile del domani.
Questi risultati non sarebbero stati possibili senza la fiducia che tutti voi avete accordato a me e al Consiglio direttivo in questi quattro anni, senza la collaborazione dei segretari regionali, della Fesmed e delle Società affiliate Aogoi.
A loro e a voi tutti va il mio grazie per avermi sostenuto, per aver reso più unita, più forte e influente la nostra Associazione.
Concludo questa nota ringraziando di cuore Nicola Natale, Alessandra Graziottin e Mauro Buscaglia. L'impegno che hanno profuso nella organizzazione di questo congresso nazionale, la loro capacità e il loro entusiasmo sono la migliore garanzia per il suo successo. Un augurio di buon congresso a tutti voi.

A colloquio con il presidente Sigo Giorgio Vittori

Orgogliosi di essere ginecologi

Professor Vittori, il congresso nazionale cade in un momento molto delicato. L'ostetricia ginecologia per oltre due mesi è stata sotto riflettori dei media che hanno restituito un'immagine di una categoria litigiosa, quasi disattenta di fronte alle istanze della donna, della coppia. La Sigo, insieme ad Aogoi e Fesmed, è riuscita però a trasformare questa sovraesposizione mediatica in un momento positivo, per porre al centro dell'attenzione delle istituzioni il valore del materno infantile. Non si è trincerata dietro una mera difesa della categoria, pur necessaria, ma ha denunciato le criticità del sistema e rilanciato le sue proposte. Come pensa che riuscirete a rendere concreta questa "opportunità unica per il riordino del materno infantile".

Perseguendo tre obiettivi. Il primo, e se vogliamo il più importante, è quello di uscire dalle secche nelle quali la ginecologia corre il rischio di rimanere impantanata. Oggi ancora più di ieri, dobbiamo far sì che venga riconosciuto l'alto valore umano intrinseco alla nostra professione. Un valore legato a doppio filo alla tutela della donna e del bambino, al ruolo determinante che il mondo femminile svolge nella società. In sostanza dobbiamo contrastare il tentativo di devalorizzare il settore materno infantile, è una questione non solo di dignità professionale, ma soprattutto di civiltà. Disconoscere il valore della maternità significa, infatti, svilire l'inestimabile servizio che la donna offre alla collettività portando in grembo, poi dando alla luce e infine accudendo un figlio. Il secondo obiettivo cui puntare è invece di natura più squisitamente organizzativa: dobbiamo entrate in una logica di multidisciplinarietà. Questo significa lavorare in squadra assieme a neonatologi, anestesisti, ostetriche. Infine, dobbiamo reagire in modo moderno e imprenditoriale all'invecchiamento dei punti nascita. La rete osterico-ginecologica italiana è stata concepita negli anni '60, quando le nascite superavano il milione. Oggi sono meno della metà, ma è aumentata la complessità, per l'innalzamento dell'età alla gravidanza. Servono quindi meno strutture, ma meglio attrezzate. Occorre una disponibilità 24 ore su 24 con guardia ostetrica, neonatologo e un'anestesista per usufruire dell'analgesia epidurale. Sul territorio non mancano esperienze virtuose in tal senso. Quindi, prendiamole come modello di riferimento per compiere una decisa inversione di rotta.

Insomma, invocate un cambiamento culturale radicale, che implica anche un grande investimento di risorse. Considerando che stiamo vivendo un'epoca di "vacche magre", non starete chiedendo "la luna"?

Il riconoscimento del valore umano intrinseco alla ginecologia e il problema delle risorse economiche marciano di pari passo. Per una società civile, investire sull'area materno-infantile è doveroso. Poi è essenziale anche risolvere il problema dei costi intervenendo sui rimborsi destinati agli ospedali per i parti. Il Drg per un'artroscopia vale circa 2.500 euro, quello di un parto normale varia dai 1.200 ai 2.000 euro. Tradotto: un menisco o un legamento oggi vale più di un bimbo e la sua mamma. Per non parlare del fatto che tutto questo penalizza pesantemente le "casse" degli ospedali. Di conseguenza se le prestazioni che riguardano l'ostetricia e la ginecologia, l'assistenza neonatale non vengono rivalutate, per far quadrare i conti ci si troverà costretti a limitarle controllandone la quantità e diminuendo la qualità. Questo, e non mi stancherò mai di sottolinearlo, è un problema clinico, etico, deontologico su cui occorre intervenire. Devo aggiungere altro?

Il congresso nazionale è sicuramente un'occasione per aprire un dibattito interno sulle problematiche del settore, ma è anche occasione per veicolare all'esterno le proposte e le istanze della categoria. Se dovesse riassumere i suoi "desiderata" in un "take home message" rivolto alla ginecologia italiana, alle istituzioni e all'opinione pubblica, cosa direbbe?

Ai ginecologi direi, riprendete in mano la vostra professione con orgoglio e con passione. Se vogliamo essere un'importante istituzione che si occupa di materno infantile, ovvero del presente e del futuro del nostro Paese, dobbiamo metterci nelle condizioni di poter presentare le istanze della professione e del mondo che appunto rappresentiamo. Quindi non dobbiamo subire le decisioni di altri che sono meno esperti di noi e non conoscono fino in fondo le problematiche del nostro lavoro. Alle istituzioni ricorderei che il tasso di fecondità è di importanza strategica per la nazione, paragonabile alla più ardita manovra economica: nell'intero panorama delle istituzioni non ve ne è nessuna che tuteli gli enormi valori collegati alla maternità e alla salute donna. Alla società e in particolare all'universo femminile ricorderei che noi siamo i loro alleati. Siamo i portavoce delle richieste e delle esigenze delle donne e della famiglia. Ci battiamo affinché la tutela della salute femminile e del bambino riceva da parte delle istituzioni, centrali e locali, il giusto riconoscimento attraverso il miglioramento continuo dell'offerta di servizi di qualità.

Questo congresso ha puntato molto su un'offerta di formazione e aggiornamento di alto profilo. Quali sono i punti di forza di questo articolato programma scientifico?

Il livello scientifico e clinico del programma scientifico è senz'altro molto elevato, dai corsi di formazione sui temi essenziali per la nostra specialità alla chirurgia indiretta, alle sessioni innovative, come quelle relative allo sviluppo delle tecniche chirurgiche mininvasive, Verranno inoltre affrontati temi in genere poco approfonditi dalla nostra specialità, come il dolore e la depressione. Un'attenzione particolare inoltre è stata posta sulla medicina di genere, una delle nuove sfide per la nostra professione.

Infine, molto utile, sia ai fini organizzativi sia per la ottimale fruizione di un programma così ricco e articolato, è stata l'opzione "scegli il tuo congresso" sul sito www.sigo2010.it, che ha offerto ai partecipanti la possibilità di potersi costruire prima dell'inizio dei lavori congressuali un percorso personalizzato, esprimendo "con un clic" la scelta per le sessioni di maggior interesse.

Quest'anno ci sarà il rinnovo dei vertici Sigo. La sua presidenza ha avuto un'impronta particolare, innovativa; tra i suoi meriti quello di aver saputo dare "visibilità" a questa importante società scientifica. Cosa le hanno dato, professionalmente e umanamente, questi anni alla guida della Sigo e con quale spirito si prepara a lasciare il testimone?

Ho avuto modo di pensare a questo straordinario triennio come a un "master" unico e irripetibile. Un'esperienza professionale e umana che mi ha permesso di verificare che la distanza tra la Sigo, e quindi i ginecologi che la compongono, e le istituzioni che decidono può essere molto piccola: dipende dalla credibili-

ANTEPRIMA CONGRESSO **SIGO-AOGOI**

tà che si riesce a guadagnare. Il mestiere di "portavoce" dei ginecologi è stimolante, ma molto impegnativo. Sono molti gli ambiti che ci vedono impegnati in prima linea: dalla legge 194 alla 40, dalla mortalità perinatale a quella materna, dalla contraccezione ai Drg. Ma se si crede con determinazione nel proprio lavoro, e nella mission che ogni giorno portiamo avanti, gli obiettivi si possono raggiungere. Il futuro nazionale e internazionale della Sigo dipende quindi dai ginecologi italiani: siamo ad un passo da eventi, come l'imminente rinnovo delle cariche e quindi la scelta degli uomini che guideranno la ginecologia, che ci daranno la possibilità di trasformare il nostro disagio di oggi in una grande opportunità, professionale e umana, per domani. Quali saranno poi le ulteriori strategie da mettere in atto per il prossimo triennio, questo è un compito che riguarderà il prossimo Presidente!

Il congresso mondiale Figo 2012 è alle porte. Lei si è molto speso per la buona riuscita di questo importantissimo evento, la cui organizzazione presenta aspetti anche molto complicati. A che punto siete con i preparativi?

Nonostante manchino due anni dall'inizio del congresso, il tempo che abbiamo a disposizione è appena sufficiente per organizzare un evento di importanza globale. Per questo sono state già state avviate le prime attività preparatorie.

La parte più semplice è la definizione del programma scientifico, la più delicata quella che riguarda l'individuazione degli obiettivi generali, mentre è sicuramente più complessa la parte che riguarda l'organizzazione logistica. Ma siamo in mani esperte e valide, grazie alla presidenza del Professor Gamal Serour, uomo dotato di grande carisma personale e di straordinaria capacità professionali e umana, riusciremo a tenere ben saldo il timone. Sono sicuro che già nelle prossime settimane si vedranno i primi risultati. Sono poi particolarmente orgoglioso del fatto che Roma, non solo possa ospitare il congresso mondiale della Figo, ma soprattutto sia il palcoscenico di un grande evento sociale e scientifico dedicato alla nascita, alla bioetica, alla salute della donna. Il luogo deputato al confronto tra partecipanti di oltre 100 nazioni. Per questo il nostro obiettivo sarà quello di svegliare Roma dal suo torpore chiedendole di impegnarsi a sostenere il ruolo di "caput mundi" e quindi di capitale che ospita i potenti della terra. Di città capace di affascinare. E le qualità ci sono tutte. Y

È il momento di un messaggio positivo e propositivo

di Nicola Natale
Co-presidente del Congresso
Sigo-Aogoi 2010

Mai come negli ultimi mesi noi, ostetrici e ginecologi italiani, siamo stati sottoposti ad un fuoco di fila incrociato di scandali, illazioni, accuse di cattivo comportamento nei confronti dei nostri pazienti (il binomio inscindibile madre-figlio). Proprio in questo momento cade questo 86° Congresso Nazionale Sigo-51° Congresso Nazionale Aogoi. Al di là di ogni valutazione su un sistema mass-mediatico che si nutre di scandalismo e sensazionalismo, spesso sovralimentato, quando non addirittura creato ad arte, resta il fatto che la nostra categoria si trova nell'occhio del ciclone. Bene, il momento è quanto mai propizio per lanciare all'Italia un messaggio positivo e propositivo da parte nostra. Ci incontriamo per comunicarci quella che oggi rappresenta la *best practice* in Ostetricia e Ginecologia. Lo facciamo ben consci che le ricerche e la clinica italiana sono in grado di confrontarsi alla pari con le conoscenze che ci vengono trasmesse da altre nazioni che vengono citate quali esempi da imitare. La presenza di oltre 60 relatori stranieri, tra cui possiamo annoverare il Presidente Figo Gamal Serour, il presidente della Federazione degli Ostetrici e Ginecologi del Mediterraneo Issam Lebbi, il Presidente dell'European Board of Obstetrics and Gynecology Hornnes e numerosi presidenti di società nazionali o transnazionali (ad esempio il presidente della Società europea di ecografia), costituiscono la garanzia dell'attenzione che il mondo presta alla ginecologia italiana.

Il livello scientifico e clinico si presenta quindi molto elevato e ci propone uno scambio di conoscenze oltremodo interessante: sta a noi ascoltarlo, comprenderlo, discuterlo e farne tesoro nella nostra attività a seguire. Argomenti vecchi sono riproposti per una verifica alla luce di nuove conoscenze, argomenti nuovi sono proposti per una valutazione ed una eventuale implementazione nel sistema diagnostico-terapeutico quotidiano. Alcune linee guida verranno proposte alla discussione ed accettazione come esito di lunga meditazione e rivalutazione dei dati della letteratura: non lasciamoceli sfuggire, ne abbiamo bisogno per aiutarci nella pratica quotidiana.

Quest'ultimo punto ci introduce ad un secondo livello, non meno importante del primo, rappresentato dall'invito alle nuove generazioni cui vengono offerti Corsi pre-congressuali e corsi congressuali finalizzati alla comunicazione di informazioni articolate dedicate a specifici argomenti di rilevante interesse attuale.

In questo Congresso si è cercato inoltre di rafforzare il concetto che la ginecologia non può considerarsi un momento diagnostico-curativo sganciato dalla considerazione del restante complesso psichico e fisico della donna. Il medico della donna non può non tener presenti le problematiche che altre specialità approfondiscono e non può non tenere conto della "Medicina di genere" che sottolinea le caratteristiche della condizione psico-fisica della donna. I radiologi, i cardiologi, gli pneumologi, i chirurghi e colleghi di altre specialità saranno presenti per affrontare alcuni degli aspetti che ci trovano fianco a fianco nella diagnosi e nella cura delle nostre pazienti.

Tutti ci auguriamo che finalmente si raggiunga l'accordo necessario per eleggere un Direttivo Sigo di qualità scientifica e organizzativa tale da partecipare all'evento più importante che la ginecologia italiana si trova ad affrontare

Questo aspetto della collaborazione lo conosciamo e continuiamo a ripeterci che la multidisciplinarietà è un punto da tener presente e vivo, ma sta sorgendo un nuovo aspetto della medicina che ci deve trovare attenti e attori: la medicina di genere. Stanno emergendo con sempre maggior forza elementi della sfera fisica e psichica che danno ragione delle diversità tra uomo e donna. La diversa aspettativa di vita (gap che si sta riducendo), la diversa frequenza delle patologie (con variazioni nel tempo), il diverso metabolismo dei farmaci (tanto per citare alcuni aspetti della diversità) ci richiamano, non tanto a costruire una specialità a sé stante, quanto una integrazione trasversale tra le specialità e competenze mediche diverse.

L'obiettivo è quello di aiutare a formare nelle specialità mediche (e quindi anche nella nostra) una cultura ed un approccio alla persona tenendo presenti le differenze di genere. Non si deve pensare a costruire esperti di genere, ma una interdisciplinarietà che aiuti a ridurre diseguaglianze di approccio e di risultato clinico tra uomo e donna fino a raggiungere un livello sempre maggiore di medicina personalizzata. Le proposte e le richieste di dettagliare ricerche ed argomenti di alto interesse sono state molte: nel corso della organizzazione abbiamo dovuto procedere all'utilizzo di una sala in più di quanto originariamente stabilito, poi ad eliminare i *coffee breaks* sostituendoli con *coffee points* aperti durante tutta la giornata.

Anche negli intervalli del pranzo vi sarà la possibilità di partecipare a relazioni, se possibile definirle così, meno gravose ed intellettualmente meno impegnative, pur essendo di notevole interesse. È anche un momento favorevole per confronti diretti, per riallacciare amicizie e per programmare ricerche multicentriche per uno sviluppo sempre maggiore della specialità. Non meno importante è il tempo da dedicare alle assemblee delle Società. È giunto il momento della conclusione della lunga querelle tra Aogoi e Agui. Tutti ci auguriamo che finalmente si raggiunga l'accordo necessario per eleggere un Direttivo Sigo di qualità scientifica e organizzativa tale da partecipare all'evento più importante che la ginecologia italiana si trova ad affrontare. Per la prima volta della ginecologia il congresso mondiale della Figo si tiene a Roma. La Sigo aveva già tentato di vincere la concorrenza delle altre società nell'ottenere l'assegnazione del congresso ma senza successo, ora finalmente attraverso due congressi mondiali (Kuala Lumpur 2006 e Città del Capo 2009) le delegazioni italiane sono state capaci di convincere i colleghi ad affidare a Roma il congresso del 2012.

L'impegno è grande e richiede compattezza e impegno anche personale. Non si potrà arrivare a risultati di prestigio se ci muoviamo divisi e conflittuali. Dal 16 novembre 2010 le asce dovranno essere sotterrate e il calumet fumato. Le previsioni dal 14 al 21 novembre prevedono "tempo frequentemente instabile con piogge diffuse… sono possibili anche nevicate sulle Alpi". Ma questo non deve spaventarci, il calore della nostra compagnia prevarrà sulle condizioni meteorologiche minacciateci! Y

Intervista al segretario nazionale Aogoi **Antonio Chiantera**

Oggi più che mai la ginecologia mondiale ci sta osservando

Professor Chiantera, l'obiettivo di garantire al ginecologo la necessaria tranquillità in ambito professionale è un punto prioritario nell'agenda Aogoi. Anche nella recente conferenza stampa congiunta Sigo-Aogoi-Fesmed per presentare la vostra proposta per il riordino del materno infantile lei ha voluto sottolineare, con un esempio personale, quanto sia indispensabile lavorare in serenità e quanto nuoccia il fattore "paura" alla buona pratica medica.

Antonio Chiantera

È evidente che la serenità del ginecologo è la migliore garanzia a tutela del benessere della mamma e del bambino. Un ginecologo sotto tensione, che ha paura, non è nella condizione di poter svolgere bene il proprio compito. La paura è un fattore intrinseco di una situazione potenzialmente pericolosa. È per questo che la nostra Associazione ha dedicato impegno e risorse per offrire ai suoi soci una rete di forte tutela legale e assicurativa e si è spesa moltissimo, e continua a farlo, per sensibilizzare le istituzioni in tema di responsabilità professionale. Lo Scudo giudiziario Aogoi, con la sua formula assicurativa studiata ad hoc per gli iscritti, che garantisce una copertura assicurativa per un massimale annuo di 1 milione di euro – la prima in Italia offerta ai soci di una società scientifica, senza costi aggiuntivi sulla quota associativa – , i tanti convegni – cito su tutti il Forum sulla responsabilità professionale medica in Europa, un grande evento che ha coinvolto i nostri politici ed esperti internazionali, i corsi sul risk management avviati in molte regioni insieme ai momenti di riflessione e dibattito da noi promossi per costruire una cultura amica della maternità, a partire dall'umanizzazione delle strutture e dell'evento parto, sono tutti esempi che danno il quadro del grande impegno, anche economico, che l'Aogoi ha fatto in questa direzione.

L'isteria mediatica che si è scatenata nel mese di settembre ha creato sconforto fra i medici e un preoccupante disorientamento nelle donne in gravidanza. La pesante campagna contro gli operatori dei punti nascita ha rischiato di minare alle basi l'alleanza terapeutica medico-paziente e più in generale la fiducia dei cittadini nel loro Ssn, che, come ci dicono i dati, è comunque molto amato dagli italiani. I media dovrebbero essere più responsabili e non cavalcare con troppa disinvoltura la "malasanità", per vendere più copie o fare audience.

La vera notizia, come abbiamo ribadito in conferenza stampa, è che la ginecologia italiana ha, ormai da tempo, delle proposte concrete per avviare una seria riorganizzazione del materno infantile, a partire dalle misure per far fronte a tutta una serie di carenze di sistema, organizzative e strutturali, per la messa in sicurezza dei punti nascita. Ora è il momento che il Governo, tutte le istituzioni ci supportino con i necessari strumenti e ci diano più risorse. La nostra voce, e questo ci conforta, è affidata anche ai tanti colleghi medici e ginecologi oggi in Parlamento e al ministro Fazio naturalmente. Nell'incontro del 19 ottobre scorso, che abbiamo avuto insieme con il presidente Fesmed Carmine Gigli, il ministro ci ha promesso un forte impegno e si è detto pronto ad avviare una serie di azioni che accolgono alcuni punti cardine delle nostre proposte. Abbiamo fiducia nel suo operato.

Veniamo al congresso di Milano. Una delle sessioni ha un titolo molto suggestivo: "I chiaroscuri dell'essere donna oggi". Quali sono secondo lei quelli del mondo femminile e quali quelli del ginecologo oggi?

I chiaroscuri dell'essere donna oggi sono essenzialmente legati alla nuova identità femminile come è andata delineandosi negli ultimi cinquant'anni. Un profilo dai mille volti, forgiato da importanti conquiste ma anche da lotte, sofferenza e fatica nel cammino verso quella la parità con l'universo maschile ancora lontana dall'essere raggiunta, sia sul piano sociale, e familiare, sia in ambito medico. E le tappe che hanno segnato il cammino della donna verso l'emancipazione hanno rappresentato altrettante sfide per noi ginecologi. Non ultima quella della maternità tardiva. Una sfida complessa per le mamme, o aspiranti tali, alle prese con la difficile mediazione tra "tempi biologici" e "tempi sociali", e anche per noi ginecologi.

Quanto ai chiaroscuri del ginecologo, a volte sono speculari a quelli della donna che a lui si rivolge e alla quale egli deve dare una risposta in termine di salute e benessere, dall'adolescenza alla terza età.

Queste riflessioni che richiamano anche ad un altro tema importante, quello della medicina di genere.

Certamente, la medicina di genere è in cima all'agenda Aogoi tant'è che nell'ambito del congresso sarà promosso un ampio dibattito proprio su questo tema. Sull'argomento dobbiamo recuperare dei grandi ritardi rispetto ai paesi più avanzati dell'Occidente. E il Progetto Aogoi-Lorenzini va in questa direzione. È il primo progetto nazionale interdisciplinare di medicina di genere, decollato due anni fa, con un grande obiettivo: la formazione interdisciplinare del ginecologo sulle malattie croniche non comunicabili. È un progetto di ampio respiro, ambizioso, ma è un serbatoio di tali e tante competenze che può essere in grado di produrre risultati importanti per la formazione dei ginecologi e per la salute della donna.

Passiamo al programma scientifico congressuale, quali sono i punti di forza?

Le sessioni di chirurgia in diretta hanno senz'altro un altissimo profilo scientifico. Particolarmente interessante sarà poi il dibattito su due importanti temi: dell'oncologia ginecologica e dell'eccessiva medicalizzazione del parto. Una riflessione quest'ultima che affronta, con grande coraggio, anche le nostre responsabilità nel complesso quadro di un ricorso eccessivo al taglio cesareo.

Inoltre i congressi nazionali sono un importante momento di aggiornamento e di formazione. Non dimentichiamolo, la formazione è una parte integrante della mission dell'Aogoi. È la sua vocazione, fin dagli esordi. La nostra spinta propulsiva verso un'offerta formativa sempre più articolata e di qualità non verrà mai meno. Così come porteremo avanti con impegno un importante obiettivo: quello di promuovere un modello integrato d'insegnamento clinico, di ricerca medica e di assistenza nel luogo più idoneo, ossia l'ospedale. È qui, infatti, che si può realizzare la vera sinergia tra preparazione teorica e pratica clinica. Gli ospedali d'insegnamento possono davvero giocare un ruolo fondamentale nella formazione medica post laurea. Sappiamo bene che il modello formativo moderno non può più esaurirsi in quello tradizionale delle facoltà.

Il Sigo 2010 riveste un'importanza particolare per la vita associativa, coincide infatti con le elezioni dei presidenti Sigo e Aogoi. Una coincidenza che non si verifica frequentemente. Ovviamente non le chiedo "previsioni", ma solo "auspici". Che clima si aspetta? Soprattutto, cosa si sente di dire alle new entries?

Mi auguro naturalmente che la votazione, che avverrà a scrutinio segreto, prima per la presidenza dell'Aogoi e, tre ore più tardi, per quella della Sigo, premi le migliori personalità. Colleghi che siano in grado di restituire alla ginecologia italiana quella serenità e armonia venute meno negli ultimi tempi. La conflittualità fino a oggi vissuta ha sicuramente indebolito la nostra immagine, soprattutto a livello internazionale. Il mio grande auspicio è dunque che i nuovi presidenti sappiano innanzitutto ricostruire quel clima di armonia e fattiva collaborazione che abbiamo respirato nel passato. Riguardo al clima elettorale, abbiamo fatto il possibile, almeno per evitare lo stress delle lunghe attese: ora con il nuovo sistema di votazione elettronica, che permette di scrutinare oltre 2.400 schede in un'ora, conosceremo presto i nomi dei nuovi presidenti.

E invece cosa si sente di dire al presidente uscente Giovanni Monni?

Giovanni Monni, è stato il primo presidente che l'Aogoi ha riconfermato nel suo mandato. Basterebbe questo ad esprimere tutto l'affetto, l'ammirazione e la stima che il popolo dell'Aogoi gli ha riservato in questi anni.

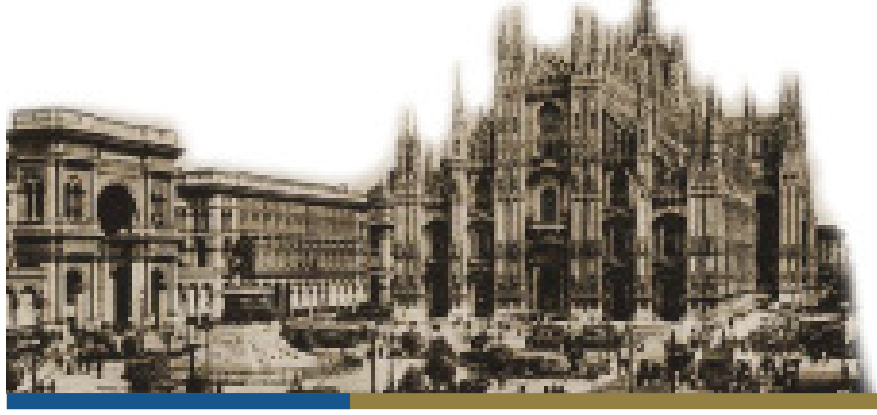
Il mondiale di Roma rappresenta uno straordinario riconoscimento per la ginecologia italiana. Questa vittoria è stata frutto di un gran lavoro di squadra, capitanata da lei e il presidente Sigo Vittori. Ora il Figo 2012 è alle porte, qual è l'ingrediente più importante per la sua buona riuscita?

L'annuncio della vittoria del team "Sigo for Figo 2012" durante il congresso mondiale di Kuala Lumpur nel 2006 arrivava dopo due anni di lavoro intenso, di continui contatti con i rappresentati delle società scientifiche di ginecologia degli altri Paesi, allo scopo di far conoscere meglio a livello internazionale la ginecologia italiana e soprattutto le potenziali capacità organizzative di Roma. Insomma dietro questo evento c'è stato un lavoro ciclopico. Il risultato, di forte marca ospedaliera, è arrivato soprattutto grazie alla forte coesione del team Sigo-Aogoi. Ebbene, questo lavoro è parte dell'eredità che io e Giovanni Monni consegniamo al nuovo presidente.

Oggi, come allora, la coesione di tutte le componenti della ginecologia italiana è indispensabile. Ed è anche l'ingrediente base per la buona riuscita del congresso mondiale.

Con gli amici universitari abbiamo vissuto 20 anni vita insieme. Una piccola, brevissima frattura, quale c'è stata al congresso di Napoli, non può e non deve avere nessuna ripercussione sul nostro cammino insieme. Quanto è accaduto, pur non dipeso dalla nostra volontà, è stato pagato da entrambi. Sia gli ospedalieri che gli universitari ne hanno patito le conseguenze in questi ultimi tre anni.

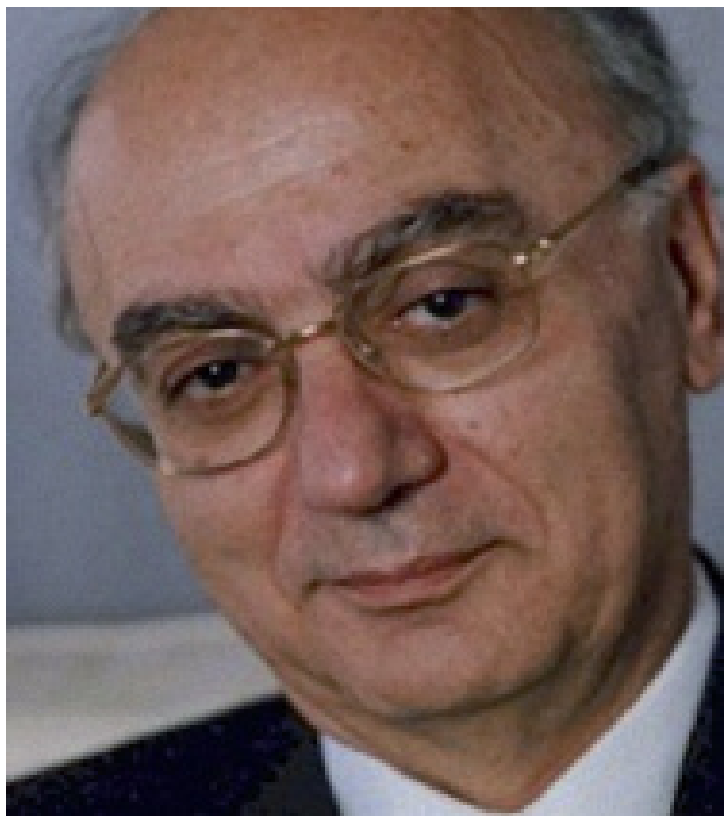
Ora è davvero il momento di mettere la parola fine a conflittualità e particolarismi. Dobbiamo riprendere il cammino comune e non sprecare il lavoro fatto. Oggi più che mai la ginecologia mondiale ci sta osservando.



di Carlo Sbiroli
Past-president Aogoi

Elezioni milanesi

Una nuova stagione e una grande eredità



Al prossimo congresso di Milano ci saranno le elezioni dei presidenti Sigo ed Aogoi. Una coincidenza che si verifica non frequentemente e che ha portato quasi sempre una ventata nuova nelle acque per lo più stagnanti della ginecologia italiana. Questa volta però le elezioni societarie per vari motivi avvengono in un clima diverso ed in un momento di estrema difficoltà. Anzitutto la non completa riappacificazione tra l'anima universitaria ed ospedaliera della Sigo, che ha costituito il tormentone degli ultimi tre anni. Ancor oggi le polemiche non sono del tutto sopite e quasi certamente alimenteranno per qualche tempo ancora le discussioni all'interno delle società.

In secondo luogo, l'esistenza nel pianeta Sigo di "anime" diverse: una ospedaliera, una universitaria, una consultoriale ed ambulatoriale, con opinioni completamente diverse. Ci sono poi i ginecologi dell'ospedalità privata, la cui voce, anche se ancora non gridata, comincia a farsi strada. Ma l'aspetto più inquietante di questa diversità di opinioni non risiede nel fatto che queste offrano l'immagine di una Sigo divisa in tanti spezzoni discordanti tra loro – è un dato normale in una federazione di società, anzi addirittura positivo –, l'aspetto inquietante consiste invece nel degrado di queste stesse opinioni in una miriade di convincimenti personali, di gruppo e di società affiliate. È come uno specchio rotto che riflette in ogni suo frammento una figura e un interesse particolare. La visione del bene comune in queste condizioni diventa spesso ipocrisia. Si pensa e si agisce per sé, per gli amici e per la propria parrocchia. Negli ultimi anni c'è voluta tutta l'abilità della dirigenza Sigo e Aogoi per contenere in qualche modo questa situazione.

Vi è poi un terzo motivo che va preso in considerazione e che non deve essere sottovalutato: i presidenti eletti a Milano, e i nuovi direttivi, gestiranno il Mondiale di Roma del 2012 che, nel bene e nel male, costituisce l'appuntamento di maggior importanza e visibilità delle nostre società scientifiche sin dalla loro fondazione. Tre anni fa a Napoli tra il "comic book" e il melodramma fu eletto presidente Sigo Giorgio Vittori. In Aogoi c'è stata negli ultimi quattro anni la presidenza di Gianni Monni. Entrambi, pur con personalità diverse e tra mille difficoltà, sono stati protagonisti del cambiamento che si è verificato nella gestione delle due società scientifiche. Hanno saputo, soprattutto, adeguare la nostra specializzazione alle trasformazioni che negli ultimi anni sono avvenuti nella società italiana e nel mondo della sanità.

Si deve ammettere che oggi la ginecologia italiana ha una maggiore e migliore visibilità. Ci sono state importanti attestazioni di consenso per il lavoro svolto, sia a livello nazionale che internazionale.

Vi è però intorno a questi due protagonisti il solito pulviscolo orbitante degli "usual suspects" che fanno tristezza, e da cui i nuovi gestori delle due società scientifiche devono subito prendere le distanze.

I dromi di tutto ciò si possono facilmente rintracciare nella cronaca societaria degli ultimi tre anni. Se srotoliamo il film di questo periodo ci accorgiamo che inizialmente ci fu il "il tempo dei moniti paternalistici" lanciati dai tutori aguiani, confluiti nella Fiog, con l'obiettivo di sfasciare tutto: bisognava distruggere la Sigo perché era marcatamente sostenuta dalla sola Aogoi. Ci fu poi il "tempo dell'angoscia", per le accuse e la frequentazione dei tribunali. E successivamente il "tempo dello stupore", per i secessionisti da commedia dell'arte con i buoni propositi di far nascere una "nuova stella". Ci fu anche "il tempo dello sbalordimento" per un'Agui che in pochi mesi finse di rifondare la Sigo. E infine è arrivato questo 2010. I tempi brutti sembrano passati, anche se persiste una certa diffidenza per questa elezione, che avverrà a scrutinio segreto anziché con applauso dell'assemblea come usava una volta. Anche questo è segno dei tempi. Sintomo di una persistente mancanza di fiducia tra le parti. Tutto ciò è incomprensibile, ma in fondo è perfettamente paradigmatico di una società scientifica che non riesce a sbarazzarsi completamente delle vecchie logiche di potere.

Oggi la ginecologia italiana ha una maggiore e migliore visibilità. Ci sono state importanti attestazioni di consenso per il lavoro svolto, sia a livello nazionale che internazionale

Vi è anche un altro aspetto che mi preme sottolineare. Le elezioni milanesi avvengono in un momento di particolare attenzione dei mass-media verso il mondo ginecologico per i noti episodi di sospetta malasanità avvenuti negli ultimi mesi nelle sale parto del nostro Paese. Va subito detto, senza ombra di dubbio, che in questa occasione la ginecologia italiana, grazie al grande lavoro e alla stretta collaborazione Aogoi-Sigo, ha affrontato con coraggio la situazione: "…senza reticenze, ma con la consapevolezza e l'orgoglio di voler riaffermare il primato di una disciplina che ci ha sempre visto all'avanguardia nel mondo". Anzi. si può affermare che, grazie al giuoco di squadra Aogoi-Sigo, è stato possibile trasformare avvenimenti in apparenza negativi in positivi. Si è saputo "approfittare" infatti di questi episodi per rendere partecipe il mondo politico della situazione disastrosa in cui versa la maggior parte delle sala parto italiane. Nello stesso tempo sono state stigmatizzate vivacemente quelle testate giornalistiche o trasmissioni radiotelevisive che hanno fatto di ogni erba un fascio, trattando tutto con approssimazione e mettendo spesso in discussione la stima, la fiducia, la credibilità di noi ginecologi. La collaborazione, che si è realizzata in questa fase difficile della storia della ginecologia italiana, deve costituire un esempio per le dirigenze Aogoi e Sigo che saranno elette a Milano.

Ora spero che il lavoro di questi anni non vada disperso. Ma non solo, bisogna fare di più su più fronti. Gli appuntamenti del mondiale 2012 non devono trovarci impreparati. Occorre più impegno nel contrastare la volontà di sfasciare, più impegno nelle campagne di stampa che ci riguardano, più impegno soprattutto nel recuperare i ritardi della ginecologia italiana. Ritardi che non sono certo di tipo scientifico o clinico – anzi, in questi campi le nostre Scuole hanno ottenuto ottimi risultati, collocandosi ai primi posti a livello mondiale –, bensì ritardi nell'indicare alle generazioni più giovani vie nuove per essere componenti attive di un miglioramento della qualità di vita e della cultura umana in senso antropologico.

Vi è infine un ultimo aspetto che mi sta particolarmente a cuore: l'aggiornamento permanente. Come tutte le altre componenti mediche del Paese, anche i ginecologi sono chiamati a confrontarsi con le nuove realtà della professione e ad agganciarsi costantemente ai continui progressi della medicina e della ricerca. La nuova dirigenza Aogoi deve spingere in questa direzione. Non deve mai considerare chiusa la stagione della formazione e dell'aggiornamento professionale. Deve esigere una formazione di alta qualità. Deve rivendicarla come diritto nei confronti di chi istituzionalmente deve rendercela disponibile e di facile accesso. Si deve però sempre tener presente che questa benedetta formazione deve essere intesa, prioritariamente e in ogni caso, come dovere professionale ed etico verso chi affida a noi e alle nostre competenze la sua salute e il suo benessere.

Sono convinto che alcuni degli episodi della nostra *aestas horribilis* potevano essere evitati con una maggiore attenzione e una migliore cultura degli operatori. Si deve riconoscere che ai due presidenti (Sigo e Aogoi), che saranno eletti a Milano, spetta un compito gravoso. Sono costretti a raggiungere obiettivi difficili e ambiziosi. A loro va l'augurio di buon lavoro. Ai presidenti uscenti – Giorgio Vittori e Gianni Monni – va il ringraziamento più sentito per questi anni di sfide e di fatiche vissute insieme.

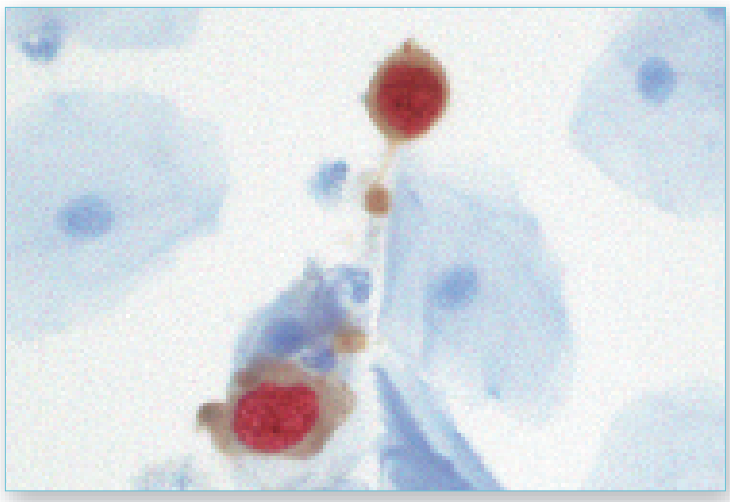
SCREENING DEL CANCRO CERVICALE:

Combinazione perfetta.

Ora disponibile

ALTA SENSIBILITÀ
+ ALTA SPECIFICITÀ
= CINtec PLUS

CINtec® PLUS
CLARITY AND CONFIDENCE



Combinazione di biomarcatori all'avanguardia per la rilevazione precoce di lesioni cervicali di alto grado

Ora disponibile
p16 *PLUS* Ki-67 in un singolo test

Ora dimostrato
in tre grandi studi clinici su più di 30.000 donne

mtm

www.cintec.info

mtm laboratories Italia S.r.l
Via Torri Bianche 7m • 20059 Vimercate (Milano)

Giuseppe Palumbo, Presidente della XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati

Riorganizzare le strutture e umanizzare l'assistenza. Prima e dopo la nascita

La riorganizzazione del lavoro negli ospedali, a partire dai ruoli, è un altro aspetto importante. Con il passare del tempo, nelle nostre strutture, non solo nei reparti di ostetricia, si è perso molto il concetto di gerarchia

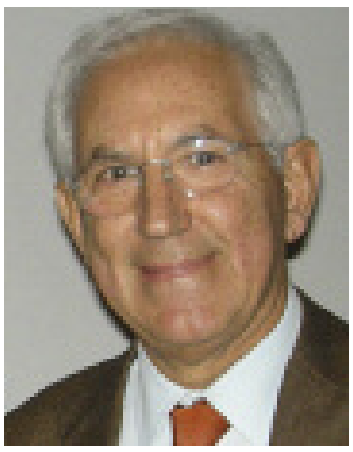
Questo che stiamo vivendo è un momento molto particolare per la ginecologia. Il nostro Paese, se consideriamo la globalità dell'assistenza ostetrico-ginecologica offerta, presenta un indice che è tra i migliori al mondo: la mortalità infantile è infatti del 3,3 per mille, mentre quella neonatale è del 2,35 per mille. Su quella neonatale negli ultimi cinque anni, sono stati segnalati in Italia 40 casi e 21 sono stati quelli relativi alla morte materna al parto, a fronte di circa 2 milioni e 800.000 nati. Dati, dunque, più che confortanti che però non devono rallentare la nostra spinta al miglioramento, comunque e sempre necessario, e alla risoluzione di alcune criticità di sistema, messe in luce anche dai recenti episodi che si sono succeduti quest'estate, peraltro in un lasso di tempo molto breve.

Organizzazione del lavoro

Dopo un'estate "particolare" dal punto di vista della cronaca per i reparti maternità della sanità pubblica, si è fatta sempre più strada la consapevolezza che è necessario riorganizzare complessivamente la rete dei punti nascita. E noi tutti dobbiamo cogliere l'opportunità offerta da questo momento di particolare attenzione e sensibilità per il materno infantile, attuando una riforma della rete e riorganizzando il lavoro negli ospedali, a partire dai ruoli. Questo non è un tema secondario. Purtroppo, con il passare del tempo, nelle nostre strutture, non solo nei reparti di ostetricia, si è perso molto il concetto di gerarchia a seguito della riforma dell'allora ministro della Sanità Rosy Bindi, la legge 229/99. Si tratta di un elemento da non sottovalutare perchè la gerarchia è importante in quanto si traduce anche in responsabilità conseguenti.
Prima c'erano gli assistenti, gli aiuti, il primario e via dicendo. Oggi, in virtù della modifica introdotta dal ministro Bindi, sono tutti considerati dirigenti con responsabilità paritarie, e questo naturalmente non va perché le decisioni devono essere prese in base a criteri gerarchici, che tengano conto delle responsabilità e delle capacità professionali che ognuno di noi ha acquisito.

Organizzazione delle strutture

Un altro punto importante che vorrei sottoporre alla vostra attenzione è l'organizzazione delle strutture. Spesso si dà genericamente la colpa ai medici per eventuali inefficienze. Io non nego che ci siano colleghi con colpe o responsabilità, ma occorre anche considerare come sono organizzati gli ospedali, che tipo di servizio offrono, che tipo di strutture e macchinari mettono a disposizione dei professionisti.
Andiamo a vedere come funzionano al loro interno questi punti nascita, se meritano di restare aperti o piuttosto di essere chiusi. E per fare questo tipo di valutazione non limitiamoci semplicemente ad osservare il numero dei parti che vengono fatti in un anno in una struttura, perché il numero non può più rappresentare l'unico criterio di valutazione.
Vorrei soffermarmi anche sulla localizzazione delle strutture. Perchè in un paesino sperduto, lontano diversi chilometri da qualunque grosso centro, un ospedale che ha un centro nascita non può essere chiuso, dobbiamo tenerlo aperto.
Sui punti nascita occorre inoltre sgombrare il campo da ogni equivoco: punto nascita significa pronto soccorso ostetrico e ginecologico, significa una struttura in grado di prendere in carico e gestire per intero il percorso.



Giuseppe Palumbo

L'importanza del percorso post nascita

Occorre infine rivalutare la figura dell'ostetrica perché è una figura centrale in due momenti fondamentali: il primo nell'aiuto e nell'assistenza al parto, il secondo nel percorso post-nascita essendo di supporto alla neomamma, alleviando le famiglie e le donne che in questo modo non si troverebbero più sole dopo il parto e a rischio di depressione. Un tempo per la donna, tornata a casa, c'era una famiglia ad aspettarla, una mamma, una zia. Spesso invece queste donne, quando tornano a casa, non trovano nessuno in grado di aiutarle, per cui si trovano da sole con il loro bambino senza che abbiano le adeguate conoscenze, e così spesso capita che cadano in depressione. Viceversa, con l'aiuto di una persona competente come un'ostetrica tutto questo può essere evitato.

Disegno di legge

La mia proposta di legge "Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato" intende garantire i seguenti obiettivi: la promozione di un'adeguata assistenza alla nascita nel rispetto dei diritti e della libera scelta della gestante; la tutela della salute materna, il benessere del nascituro e delle famiglie coinvolte. Questo come premessa. Poi occorre individuare gli adeguati livelli di assistenza ospedaliera, incentivare il parto fisiologico e l'appropriatezza degli interventi. C'è infine attenzione alla diffusione delle conoscenze relative alle modalità di assistenza e alle pratiche sanitarie in uso, comprese le tecniche di controllo del dolore del parto, la riduzione del rischio di morbilità e mortalità materna e perinatale e l'adozione di tutte le misure atte a garantire al neonato un corretto rapporto relazionale e psico-affettivo con la madre.

Benedetto Fucci Componente Commissione Affari Sociali, Commissone par

Parlamento e società scientifiche: un impegno comune

La politica, per non correre il rischio di essere autoreferenziale e soprattutto di varare provvedimenti inutili o tecnicamente sbagliati, deve coltivare il continuo confronto con gli addetti ai lavori

L'imminente apertura del congresso annuale della Sigo è l'occasione di ribadire l'importanza della collaborazione tra le Istituzioni e il mondo delle società scientifiche. È evidente che la politica, per non correre il rischio di essere autoreferenziale e soprattutto di varare provvedimenti inutili o tecnicamente sbagliati, debba coltivare il continuo confronto con gli addetti ai lavori.
Di quanto ciò sia necessario sono testimone io stesso in veste di coordinatore, nella Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo medico e sulle accuse dei disavanzi sanitari regionali, del filone d'indagine sulla dimensione dei punti nascita in Italia e sulla qualità delle prestazioni in essi erogate. I recenti casi di cronaca avvenuti in alcune sale parto – su cui pure è bene essere cauti e respingere i "processi di piazza" su televisione e giornali aspettando al contrario, con rispetto e toni non urlati, l'esito dei procedimenti giudiziari avviati – pongono certo il problema, pur nell'ambito di un sistema sanitario complessivamente tra i migliori del mondo come certificato dagli organismi internazionali, dell'eccessivo numero di punti nascita con personale non sufficientemente preparato non tanto per proprie carenze professionali quanto, piuttosto, perché privo di mezzi tecnologici adeguati e soprattutto perché chiamato in azione troppo di rado. Mi rife-

ANTEPRIMA CONGRESSO SIGO-AOGOI

Antonio Tomassini, Presidente della XII Commissione Igiene e sanità del Senato

L'assistenza materna in Italia è la migliore al mondo

Antonio Tomassini

Il Congresso di quest'anno è di importanza cruciale perché prodromico al Congresso Mondiale del 2012 e perché suggella una sinergica riunificazione delle varie anime dell'ostetricia e della ginecologia. In questo senso il titolo mi pare ben rappresentativo del percorso al femminile di questa fase storica: una continua ascesa nelle pari opportunità, una confluenza di salute e benessere, e nuove sfide da affrontare soprattutto in virtù di tutte le asimmetrie della fisiologia che devono essere risolte. È da tempo che evidenzio come la amplificazione mediatica ben poco rispecchi la realtà e molto la rappresenti in superficialità e demagogia. I fatti, che come diceva Bernard Shaw sono argomenti testardi, certificano che l'assistenza materna in Italia è la migliore al mondo e quella materno - infantile, o perinatale, tra le prime quattro. Questo non significa che non si possa fare molto per migliorare, soprattutto assicurando uguale accesso e uguali diritti di assistenza a tutte le donne in tutte le Regioni. Parlando di miglioramenti vorrei fare un breve cenno agli episodi di cronaca che hanno avuto come protagonisti i ginecologi. Per rimediare agli errori di pochi, basterebbe attenersi a quanto espresso nel disegno di legge nazionale a tutela dell'area materno - infantile determinata con legge nel 2000; ma, ribadendo per punti, bisogna che:

L'amplificazione mediatica ben poco rappresenta la realtà. I fatti certificano che l'assistenza materna in Italia è la migliore al mondo e quella materno - infantile, o perinatale, tra le prime quattro

a) Vi sia una concentrazione dei punti nascita in modo che siano l'espressione del massimo livello ottenibile dal punto di vista strutturale, strumentale della qualità e dell'offerta professionale. Sostanzialmente, tranne poche e motivate eccezioni, non dovrebbero esistere punti nascita con meno di mille parti.
b) Si stabiliscano con chiarezza le gerarchie della catena decisionale all'interno delle strutture.
c) Si faccia di più e meglio per salvaguardare il rapporto fiduciario medico-paziente.
d) Si garantisca e diffonda un più elevato tasso di disponibilità delle pratiche analgesiche.
e) Si ridimensioni l'eccessivo ricorso al parto cesareo in alcune zone, analizzandone però con precisione e cura le motivazioni.
f) Si formuli al più presto una legge di revisione della responsabilità professionale.

Prevenzione e predittività

Per quanto riguarda la mia riconferma alla guida della XII Commissione Igiene e sanità del Senato è mia intenzione continuare alacremente nel percorso delle indagini conoscitive, sia quelle che riguardano le patologie degenerative al femminile (tumore al seno, artrite, HIV) sia quelle sui percorsi di nascita e assistenza al parto. È, inoltre, ad un punto avanzato dell'iter il disegno di legge di revisione delle norme in materia di responsabilità professionale.
La prevenzione, ma ancor di più la predittività, è una delle sfide importanti per poter migliorare l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie ed il controllo della spesa.
La vaccinazione e la diagnosi precoce del cervico-carcinoma sono elementi insopprimibili e meritano un ulteriore sforzo per diffonderli, visto che da qualche tempo sembrano ristagnare senza espansione dei dati. Il lavoro effettuato con l'Associazione Parlamentare per la Tutela e la Promozione del Diritto alla Prevenzione, che ho l'onore di presiedere e che conta oltre 150 parlamentari di tutti gli schieramenti, ci ha permesso di effettuare un grande lavoro di informazione e sensibilizzazione a fianco di quello della Commissione legislativa ordinaria. Il feedback è stato gratificante e l'interesse suscitato è stato una soddisfazione importante. L'indagine conoscitiva, che peraltro ho già citato, sta procedendo alacremente in tutte le sue braccia, ma particolarmente in quella dei tumori femminili, e ha avuto anche il pregio di promuovere la scintilla da cui è stato rifondato il gruppo delle parlamentari che aderiscono a Europa Donna, associazione nata proprio per portare avanti, in Italia e nella Comunità Europea, il massimo di impulso per la diffusione della ricerca e delle cure di questa terribile patologia. Y

rlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario

Benedetto Fucci

risco, in quest'ultimo caso, alla necessità di avviare un grande piano di razionalizzazione dei punti nascita per rispettare, su tutto il territorio nazionale, gli standard internazionali secondo cui è bene che in ognuno di essi vi siano almeno 800 parti circa all'anno.
Nell'indagine sui punti nascita – ecco perché mi soffermo su di essa – già da molti mesi è in atto una bellissima collaborazione tra la Commissione parlamentare e gli addetti ai lavori. Penso all'audizione dello scorso 2 marzo che ha avviato l'indagine con l'intervento di vari rappresentanti delle più importanti società scientifiche. Così come penso al lavoro in sinergia che, sotto il mio coordinamento, i parlamentari della Commissione stanno svolgendo con gli esperti e il cui primo frutto è stata la messa a punto di una serie di questionari medico-scientifici sulle condizioni attuali dei punti nascita di tutta Italia. Tali questionari sono già stati inviati ai vari enti locali e alle Procure giudiziarie. Il loro contenuto è stato reso pubblico in occasione di una conferenza stampa alla Camera dei Deputati, lo scorso 22 settembre, cui ho preso parte insieme al presidente della Commissione, Leoluca Orlando, e nel corso della quale è stato ribadito il ruolo da protagonista delle società scientifiche.
Mi piace inoltre rilevare come, in questo periodo, i temi riguardanti la ginecologia e l'ostetricia siano anche al centro dei lavori della Commissione Affari Sociali della Camera di cui faccio parte. Basti pensare all'esame in corso di alcune proposte di legge (tra cui la n. 1513 del presidente della Commissione, Giuseppe Palumbo) per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato. A tal proposito la Commissione Affari Sociali ha deliberato l'avvio di un'ampia indagine conoscitiva che prevede le audizioni, a partire dalla SIGO, di tutte le società scientifiche del settore.
Quella della collaborazione tra Istituzioni e società scientifiche è insomma, oggi più che mai, la strada da perseguire nell'impegno in favore di una sanità sempre più efficiente e in grado di garantire la salute dei pazienti e la professionalità del personale.
Per parte mia, come parlamentare e come medico, sia nella Commissione d'inchiesta che in quella Affari Sociali, assicuro il massimo impegno per far sì che questa collaborazione rimanga (e ove possibile possa addirittura diventarlo ancor di più) stretta e convinta, così da poter in futuro ricordare questi anni come una tappa importante nel progresso e nella crescita della ginecologia e dell'ostetricia. Y

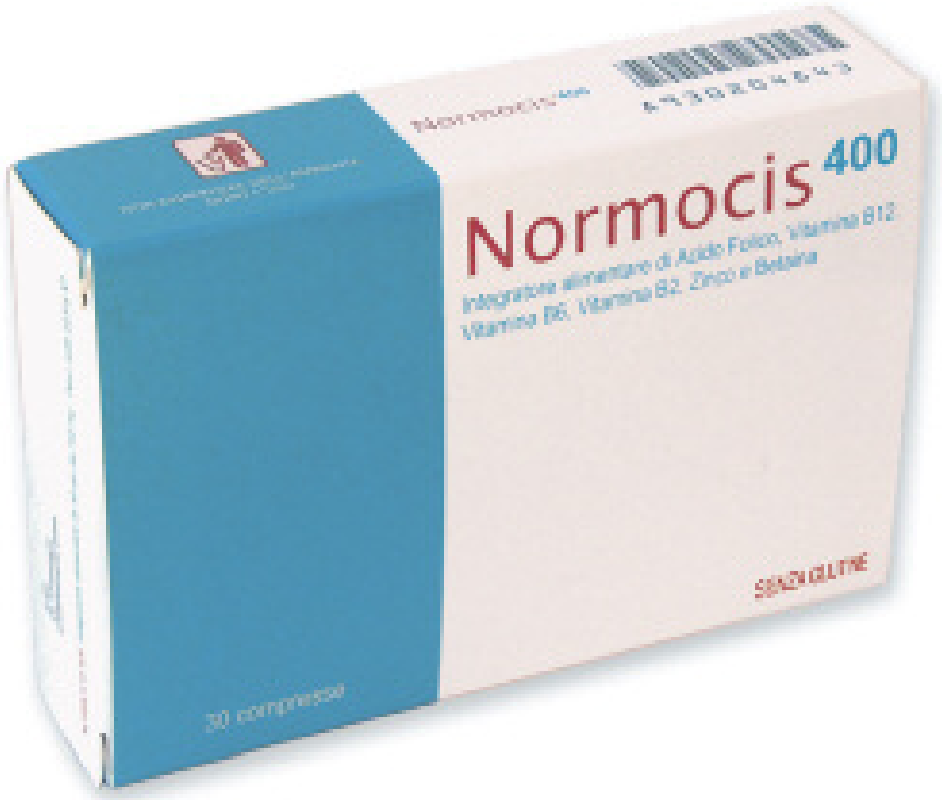
Normocis® 400

In una compressa

ACIDO FOLICO - 400 mcg

Vitamine B2, B6, B12

Zinco e Betaina



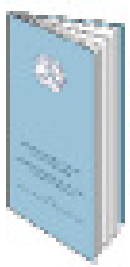
L'INTEGRAZIONE PIÙ COMPLETA PER RIDURRE IL RISCHIO DI PATOLOGIE DOVUTE A CARENZE DI ACIDO FOLICO E A IPEROMOCISTEINEMIA

InPha DUEMILA

NUTRACEUTICI AD ALTO RAZIONALE SCIENTIFICO

www.inpha2000.it

Registrandosi al sito www.inpha2000.it è possibile richiedere per le proprie pazienti l'opuscolo "*L'ALIMENTAZIONE IN GRAVIDANZA*" curato dall'Università degli Studi di Milano, Dipartimento di Scienze Cliniche "Luigi Sacco", Responsabile Scientifico Prof.ssa Irene Cetin.



50 COPIE GRATUITE

Il saluto del Sindaco di Milano

Milano è il luogo giusto per questo importante momento di confronto

Letizia Moratti

Milano è una città dove la salute di tutti i cittadini e delle donne in particolare è una priorità assoluta.
La nostra Città offre un sistema sanitario di altissimo livello, in linea con le migliori esperienze europee. Nell'ambito del sistema regionale le strutture milanesi si distinguono per dimensioni ma soprattutto per qualità.
Milano è la prima grande città italiana ad avere istituito un Assessorato alla Salute, che si occupa di prevenzione e di educazione sanitaria con iniziative che vanno dalle campagne anti anoressia agli incontri di sostegno psicologico alle neo mamme, dalla prevenzione dell'osteoporosi a quella del tumore al seno.
Una tradizione che nel corso degli anni si è rafforzata e potenziata grazie soprattutto allo stretto rapporto con il mondo della ricerca e delle Università. E Milano è un centro internazionale di primissimo piano nel campo della ricerca, con 8 università, decine di istituti di ricerca, migliaia di ricercatori.
Coniugare ricerca, didattica e assistenza ospedaliera ha avuto a Milano una storia di successi e di esperienze avanzatissime, che proprio nel ramo ostetrico-ginecologico hanno dato i risultati migliori.

La salute della donna è sempre stata un punto irrinunciabile per una città moderna e proiettata verso il futuro come Milano

L'attenzione verso questa branca della scienza medica ha accomunato uomini di scienza e amministratori che hanno visto nella salute della donna un punto irrinunciabile per una città moderna e proiettata verso il futuro come Milano.
È emblematico che sia stato un sindaco di Milano, Luigi Mangiagalli, a promuovere la nascita della clinica a lui intitolata. Una Istituzione che da più di un secolo rappresenta una delle realtà più avanzate a livello italiano ed europeo.
Una struttura che garantisce servizi all'avanguardia, che si prendono cura delle donne in ogni momento della loro vita come, ad esempio, il servizio di Soccorso Violenza Sessuale che da più di dieci anni assicura supporto medico e psicologico alle donne vittime di violenze.
Si tratta della conferma di una costante attenzione della politica e degli amministratori verso questo ramo della medicina che oggi vogliamo ribadire e sottolineare in occasione del 86° Convegno Nazionale della Società italiana di Ginecologia e Ostetricia che si tiene in questi giorni a Milano.
La presenza nella nostra Città di questo importante momento di confronto si inserisce nel solco di questa tradizione secolare. Un appuntamento scientifico e formativo di grande rilievo per l'indiscussa eccellenza che la ginecologia e l'ostetricia italiane hanno a livello internazionale.
Una occasione unica per l'aggiornamento sulle più importanti tematiche legate ai temi della ginecologia e dell'ostetricia: dalle più recenti prospettive nel campo della fertilità, così importanti in un Paese a basso tasso di natalità come il nostro, alle problematiche derivanti dalla presenza sempre più diffusa di donne con culture e tradizioni diverse dalle nostre.
Una ginecologia e un'ostetricia che puntano ad un coinvolgimento sempre più consapevole delle donne in tutte le circostanze, con una attenzione sempre maggiore alle loro aspettative e alle loro esigenze specifiche.
Milano segue con grande interesse i lavori del Congresso, una tappa essenziale verso il Congresso Mondiale che si terrà in Italia nel 2012. Un evento che rappresenta una concreta occasione di progresso per la salute e il benessere delle donne e dei bambini e, quindi, di tutta la società. Il contribuito dei ginecologi e degli ostetrici italiani per una medicina che metta al centro il paziente, la persona nella sua interezza.
Milano è il luogo giusto per promuovere e diffondere questa idea, non solo in Italia ma nel Mondo. Y

Il saluto del Presidente della Regione Lombardia

L'universo femminile al centro della nostra sanità "rosa"

Roberto Formigoni

Sono particolarmente lieto che il convegno Sigo-Aogoi 2010 "Donna oggi: essere e benessere - Identità donna: nuove sfide in ginecologia" si svolga a Milano.
In un contesto come quello attuale, ritengo che i medici curanti e tutti gli operatori coinvolti si trovino a dover affrontare una duplice e appassionante sfida: da un lato quella relativa alla propria formazione professionale, che impone un costante e puntuale aggiornamento rispetto ai continui progressi della ricerca nel settore, dall'altro, quella di riuscire sempre a garantire – anche in un contesto di maggiore efficienza e razionalizzazione delle risorse umane e finanziarie – un soddisfacente rapporto medico-paziente. Il confronto e la condivisione delle conoscenze costituiscono la ragione profonda di questo Congresso, e insieme la motivata speranza per un possibile, significativo e confortante passo verso l'innalzamento degli standard qualitativi offerti dai nostri percorsi di cura.
Nella "sanità rosa" la Lombardia fa la parte del leone: sono della nostra regione ben 42 ospedali sui 122 che quest'anno hanno ottenuto il "bollino rosa" da parte dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna e si tratta del più importante riconoscimento dato in Italia alla presenza e alla qualità delle strutture di assistenza e cura specifiche per le donne. La Lombardia, rispetto allo scorso anno, ha addirittura raddoppiato il numero degli ospedali premiati, passando da 21 ospedali nel 2009 (3 con il triplo bollino, 12 con due bollini e 6 con un bollino) ai 42 nel 2010 (17 con il triplo bollino, 17 con due bollini e 8 con 1). La centralità della persona e l'attenzione per la donna e la famiglia sono da sempre le basi del nostro sistema sanitario e i risultati di quest'anno confermano, ancora una volta, come questi principi vengano concretamente realizzati nelle nostre politiche.

Nella "sanità rosa" la Lombardia fa la parte del leone: sono della nostra regione ben 42 ospedali sui 122 che quest'anno hanno ottenuto il "bollino rosa"

Sono fermamente convinto che il passo ulteriore che potremo e dovremo fare in questo senso, verso la promozione della qualità e della appropriatezza delle attività sanitarie, non potrà che essere fatto con la collaborazione dei professionisti.
Sono certo dunque che queste giornate di studio e lavoro saranno utili e proficue, in grado di rilanciare con passione e professionalità il Vostro impegno quotidiano di cura ed assistenza. Y

IDENTITÀ NUOVE SFIDE IN

Apriamo una finestra sui lavori congressuali con alcuni autorevoli ospiti, relatori all'86° Congresso nazionale Sigo-51° Aogoi, che ringraziamo per il loro contributo.
Introducono questa anteprima del Congresso i tre presidenti Mauro Buscaglia, Alessandra Graziottin e Nicola Natale, con un *focus on* dedicato a tre aree tematiche di forte impatto sociale, culturale ed etico che rappresentano una

ANTEPRIMA CONGRESSO SIGO-AOGOI

IVG e salute della donna immigrata

Investire di più nella medicina transculturale

di Mauro Buscaglia co-presidente congresso nazionale 86° Sigo-51° Aogoi

Nel corso dei lavori del Congresso saranno affrontati praticamente tutti i problemi inerenti la salute della donna, dall'adolescenza alla senilità. Vorrei qui sottolineare, in modo particolare, due tematiche il cui affronto comporta non solo l'analisi di dati clinici e scientifici, ma anche la valutazione di aspetti politici e culturali, come tali più difficili da risolvere in modo costruttivo. Mi riferisco al problema dell'interruzione volontaria di gravidanza e della salute delle donne immigrate affrontati nelle due sessioni "**Interruzione volontaria di gravidanza: cosa succede?**" e "**Nascere stranieri 10 anni dopo**".
Il ricorso alle Ivg, come è ampiamente riportato nell'ultima relazione presentata al Parlamento dal Ministro della Salute e relativa all'anno 2009, è in costante diminuzione dall'entrata in vigore della Legge 194/78 più di 30 anni fa: nel 2009 sono state effettuate 116.933 Ivg con un decremento di oltre il 50% rispetto al 1982 (234.801casi), il tasso di abortività è risultato pari all'8,3 per mille, con un decremento sempre di oltre 50% rispetto al 1982 (17,2 per mille).
Nonostante la positività di questi dati resta ancora molto da fare, soprattutto in termini di prevenzione, in particolare per quanto riguarda le pazienti immigrate che negli ultimi anni sono arrivate a rappresentare oltre un terzo delle Ivg effettuate in Italia.
È evidente che per queste pazienti la prevenzione passa anche attraverso misure culturali, sociali e politiche che non possono essere affrontate unicamente dagli operatori sanitari.
L'altra tematica emergente riguarda la salute delle donne immigrate, che nei Paesi europei ammontano ormai a diversi milioni. Anche in Italia nel giro di pochi anni la loro presenza è aumentata notevolmente, comportando per i servizi di ostetricia e ginecologia un nuovo aspetto, spesso affrontato senza sufficienti risorse organizzative e adeguata preparazione.
Dai dati Istat e di alcune ricerche dell'Istituto Superiore di Sanità emerge un profilo di salute peggiore relativo agli esiti perinatali per la popolazione immigrata.
Di fronte a queste tematiche è importante che, oltre ad interventi più complessi di integrazione e coesione sociale spettanti alla politica, si investa sulla formazione clinica e transculturale degli operatori e si favorisca una sempre maggior presenza nei punti nascita e nei consultori familiari della figura del mediatore/mediatrice linguistico culturale.
Spero quindi che su questi problemi possa essere sviluppato un confronto approfondito e sereno per arrivare a salvaguardare sempre più la salute delle donne italiane e straniere di qualunque origine etnica culturale o religiosa che accedono ai nostri servizi.

Mauro Buscaglia

Dolore e sessualità

Due zone d'ombra poco esplorate dalla nostra specialità

di Alessandra Graziottin co-presidente congresso nazionale 86° Sigo-51° Aogoi

Una delle proposte più interessanti nel percorso formativo e di aggiornamento di questo programma scientifico riguarda il tema del dolore, sia in forma di dolore pelvico cronico (CPP) sia di vulvodinìa. Si tratta di un fronte ancora trascurato, su cui è necessario migliorare la capacità diagnostica e terapeutica dei ginecologi per evitare omissioni diagnostiche o diagnosi superficiali di tipo psicogeno ("Il dolore è tutto nella sua testa, signora"). Omissioni ed errori hanno forti ripercussioni sia sull'evoluzione del dolore stesso – che, non diagnosticato e curato, tende a peggiorare e a coinvolgere organi vicini, con importanti comorbilità – sia sulla qualità della vita della donna e della sua famiglia. Una donna che sta sempre male diventa infatti un fattore di vulnerabilità anche per l'equilibrio psicoemotivo dei figli – fatto a cui non si pensa mai - soprattutto se il partner, stanco di diagnosi "psicogene", diventa aggressivo e violento con lei e con i figli.
D'altra parte, il dolore pelvico cronico è uno scacchista impegnativo, un'importante sfida diagnostica e terapeutica per il medico ed è anche un problema di forte di rilevanza sociale per gli alti costi, quantizzabili e non quantizzabili, che comporta. Sempre in tema di dolore, ampio spazio didattico è dedicato a un altro Corso intracongressuale, essenziale per il ginecologo clinico, quello sulla Vulvodinia, che approfondisce la

A DONNA: N GINECOLOGIA

sfida diagnostico-terapeutica complessa, da raccogliere anche "oltre gli stretti confini della professione". Intervengono: Angela Citernesi, Claudio Crescini, Mauro Costa, Davide De Vita, Valeria Dubini, Francesca Fiorillo, Ciro Guarino, Mario Meroni, Carlo Maria Stigliano, Pier Francesco Tropea, Giovanni Scambia, Costante Donati Sarti, Francesca Nocera, Angelamaria Becorpi, Mario Campogrande e Felice Repetti

fisiopatologia del dolore vulvare, per disegnare poi razionali strategie terapeutiche multimodali mirate a modificare i fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento.
Obiettivo finale di questi due **Corsi Sigo sul dolore pelvico cronico e sulla vulvodinia** è di sviluppare e valorizzare un atteggiamento diagnostico attento, rigoroso ed empatico del ginecologo nei confronti del dolore femminile, che gli consenta di mettere in atto una efficace terapia multimodale con una disponibilità proattiva alla valutazione rapida e rigorosa del dolore ginecologico e delle sue comorbilità. Ne verrà aumentata la sua soddisfazione di medico, che si sentirà protagonista di una diagnosi e di una terapia che possono decisamente cambiare in meglio la salute e l'intera vita della donna.
Il terzo Corso intracongressuale è dedicato a un altro tema poco esplorato dalla nostra specialità: **Sessualità femminile: "quello che il ginecologo deve sapere"**. La sessualità è parte integrante della vita e della sua qualità e sono molteplici le condizioni che possono alterare la percezione dell'identità sessuale, della funzione sessuale e della relazione di coppia. Il ginecologo è il medico che, in assoluto, ha più elementi conoscitivi per fare una diagnosi di tipo biologico o psicodinamico, rinviando la paziente, se del caso, ai colleghi di altre specialità. Obiettivo finale del corso, rivolto a tutti i ginecologi che lavorano nei consultori familiari e a livello ambulatoriale, ospedaliero e territoriale, pubblico e privato, è arricchire il bagaglio di competenze cliniche per poter affrontare a livello ambulatoriale le basi biologiche delle principali disfunzioni sessuali femminili.
Nell'augurare a tutti voi un buon Congresso, vi invito a partecipare attivamente a questi tre momenti di aggiornamento, le cui tematiche – di cocente attualità – sono state finora confinate ai margini dalla nostra specialità.

Alessandra Graziottin

La ginecologia nel dibattito sul "gender mainstreaming"

Un nuova chiave di lettura per la nostra professione

di Nicola Natale
co-presidente congresso nazionale 86° Sigo-51° Aogoi

Tra i molteplici e interessanti argomenti che verranno discussi nella nostra quattro giorni milanese, vorrei soffermarmi sui contenuti della tavola rotonda "**I chiaroscuri dell'essere donna oggi**", posta all'inizio del Congresso e aperta a un'audience non solo medica. Al centro del dibattito infatti vi è un tema particolarmente importante per la nostra formazione di nuovi "medici della donna", cioè quello delle trasformazioni che investono l'identità femminile e l'essere donna oggi. Un dibattito che, se da un lato si rivolge a un pubblico ginecologico per la necessità del ginecologo di comprendere gli aspetti non solo medici della donna che a lui si affida, vuole aprirsi anche a un'audience non medica proprio per la valenza culturale che queste problematiche rivestono. Da alcuni decenni ormai il tema dell'essere donna è al centro del dibattito culturale nonché politico, non solo del nostro Paese, ma anche dell'Europa e del mondo. In particolare, si è costruito socialmente uno spazio specifico di espressione e di difesa del genere femminile, inteso nelle sue molte sfaccettature: essere donna, madre, lavoratrice fino a identificare un'etica della cura e delle relazioni "al femminile". Nei percorsi di crescita e di cambiamento delle diverse generazioni, il divenire donna e madre ha assunto significati differenti e ha visto la nascita di diverse possibilità di conciliazione della vita familiare e della vita lavorativa, includendo in anni recenti anche la rinegoziazione dei compiti e dei ruoli con il genere maschile. All'interno di queste sfide, che hanno solo in parte trovato una risposta efficace nelle politiche familiari e sociali, le donne si sono reinventate, hanno rinegoziato la loro identità, anche nel confronto, non sempre efficace, con gli uomini (fallimenti della relazione di coppia, violenza sulle donne…), inserendosi nella scia del dibattito europeo sul *gender mainstreaming* che dagli anni '90 pone il tema della differenza di genere come chiave interpretativa di tutti i processi sociali. A partire da queste molteplici considerazioni, che evidenziano anche potenziali situazioni rischiose e di fragilità, il dibattito mira a porre e riproporre alcune questioni rilevanti in vista di possibili nuove modalità di interpretazione delle risorse disponibili e delle sfide attuali e future. In questo e altri momenti congressuali vogliamo aprire una riflessione sugli aspetti culturali, etici e deontologici della nostra professione, che ci permetterà di mettere meglio a fuoco la nostra identità di ginecologi oggi, medici della donna *tout court*. La vostra partecipazione attiva a questo dibattito sarà senz'altro il valore aggiunto di questo Congresso nazionale.

Nicola Natale

Ginecologia e immigrazione

Le emergenze ostetriche nelle pazienti immigrate

di Angela Citernesi
U.O. di Ostetricia e Ginecologia, USL 4, Prato

È un dato conosciuto e diffuso quello della presenza di diseguaglianze sanitarie tra le diverse popolazioni etniche nei paesi sviluppati. Per quanto riguarda la morbilità correlata alla gravidanza, le popolazioni immigrate presentano quasi sempre un'incidenza di indicatori di rischio più elevata rispetto a quella della popolazione generale. I motivi di tale disparità, quando il sistema sanitario è di tipo universalistico come il nostro, potrebbero ritrovarsi in differenze genetiche, in comportamenti socioculturali peculiari, nell'ambiente fisico e sociale nonché nella maggiore difficoltà da parte dell'utenza immigrata ad avvicinarsi ai servizi sanitari in generale o a quelli di maggiore qualità.

In considerazione del fatto che nella realtà italiana strutture ed équipe assistenziali sono comuni alle varie popolazioni quando l'emergenza viene affrontata in sede ospedaliera, il riscontro in questa sede di una maggiore morbilità in un particolare gruppo etnico sollecita un approfondimento delle sue cause, al fine di ridurne l'incidenza e prevenirne gravi conseguenze sanitarie.

A causa di emorragie post-partum gravi, seguite da isterectomia in numero superiore a quello atteso, in donne cinesi che hanno partorito presso l'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia della Asl di Prato, si è deciso di studiare con molta attenzione il fenomeno dell'emorragia postpartum in tutta la popolazione ostetrica durante un periodo di due anni e mezzo, tra gennaio 2007 e giugno 2009, per un totale di 7091 parti valutati.

Grazie all'archiviazione elettronica delle informazioni relative alla perdita di sangue al momento del parto, è stato possibile distribuire nei tre diversi gruppi di popolazioni, italiana, cinese, e altre donne straniere, i casi di emorragia postpartum, intesa come perdita ematica maggiore di 500 ml, oppure maggiore di 1000 ml e i casi di isterectomia eseguita a seguito di emorragia massiva.

L'analisi dell'incidenza dell'emorragia postpartum e dell'isterectomia nei tre gruppi, rispettivamente in 3657, 2287 e 1147 parti, permette alcune considerazioni.

L'incidenza di emorragia postpartum, cioè di perdita ematica al parto superiore di 500 ml, è lievemente diversa nei differenti gruppi etnici (italiane, cinesi ed altre straniere): 10% nelle italiane, 12% nelle cinesi, 16% nelle altre donne non italiane. L'incidenza di isterectomie a seguito di emorragie gravi nella popolazione cinese è significativamente maggiore rispetto a quella della popolazione italiana: 0,5 per mille tra le donne italiane, 3 per mille tra quelle cinesi, 1,7 per mille tra le altre straniere.

La valutazione delle cause di emorragia per i casi che sono andati incontro a isterectomia ha evidenziato come l'ipotonia uterina sia una causa ugualmente distribuita tra le differenti etnie, mentre la rottura dell'utero e la placenta accreta sono state causa di emorragia soprattutto tra la popolazione cinese.

Dalla disamina della letteratura, l'incidenza dell'isterectomia postpartum a seguito di emorragia grave non si discosta da quella rilevata nella popolazione italiana della nostra casistica (0,5 per mille) e risulta inferiore a quella riscontrata nella popolazione cinese (3 per mille).

Le cause di isterectomia riportate in letteratura sono le stesse di quelle riscontrate nei nostri 11 casi. L'incidenza dell'emorragia postpartum nella popolazione cinese è riferita in letteratura superiore alla media. Nel 2009 il Royal College of Obsetricians and Gynaecologists attribuisce all'etnia asiatica un'odds ratio per emorragia postpartum del valore di 2.

Il dato della maggiore incidenza dell'emorragia postpartum tra le donne di etnia asiatica è solo parzialmente confermato dall'analisi dei nostri 7091 parti. Infatti l'incidenza dell'emorragia postpartum nelle popolazioni etniche, italiana e cinese, è rispettivamente di 10,6 e 12,4 per cento, quando si considera l'emorragia postpartum come perdita ematica superiore a 500 ml, e di 1,7 e 2 per cento rispettivamente, quando si considera la perdita di sangue di entità superiore a 1000 ml.

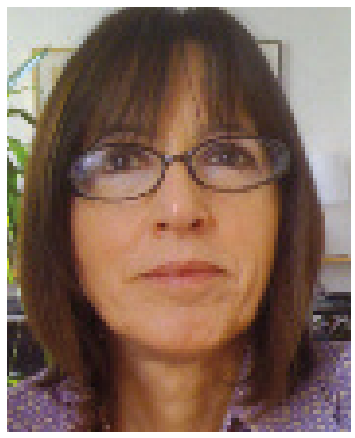
Le isterectomie, a seguito di emorragia massiva, si presentano invece con maggiore frequenza tra le donne cinesi (3 per mille), mentre tra le donne italiane (0,5 per mille) il dato è quello atteso secondo la letteratura.

La maggiore incidenza di casi di rottura d'utero e di placenta accreta nell'etnia cinese potrebbe avere le sue radici in differenze genetiche, in comportamenti sociosanitari peculiari, nonché nell'accesso solo tardivo alle cure sanitarie. Si può ipotizzare che la rottura di utero sia attribuibile a una maggiore suscettibilità alla tachisistolia da parte del muscolo uterino. L'aumentata suscettibilità potrebbe dipendere dall'assunzione di sostanze tossiche come pure da una sconosciuta predisposizione genetica.

La maggiore incidenza di placenta accreta, inoltre, potrebbe essere riconducibile alla poliabortività, spesso volontaria, a cui la popolazione cinese, come è noto, ricorre con una maggiore frequenza.

Abbiamo appreso da un'indagine che le donne cinesi assumono in gravidanza erbe di natura imprecisata e, prima del parto, assumono una tisana che favorirebbe le contrazioni uterine prevenendo le emorragie. La composizione della tisana, tuttora poco definita, consiste di cristalli associati a materiale corneo, forse appartenente alle corna di cervo, che conterrebbero un precursore del testosterone. È noto inoltre che lavorano a ritmi estenuanti fino al momento del parto, che hanno spesso un'alimentazione inadeguata, che presentano livelli di emoglobina bassi, tutte condizioni che le espongono a maggiori rischi per la salute.

Dai dati di letteratura non risulta che l'emorragia, che non è



Angela Citernesi

malattia ma sindrome ed è assolutamente multifattoriale, abbia un'incidenza diversa in base alla razza, mentre non si può escludere che l'alimentazione possa giocare un ruolo, che comunque è da considerare modesto. Si riporta che gli asiatici abbiano meno trombosi ma anche questo potrebbe essere legato a stile di vita e alimentazione perché se vivono come gli occidentali tutto si allinea.

Alla luce di questi dati e di quanto affermato in precedenza, si ritiene opportuna l'adozione di alcune misure di contenimento del rischio emorragico nelle donne gravide di etnia cinese ed in generale delle donne immigrate. Il maggior rischio di complicazioni gravi o emergenze emorragiche delle popolazioni immigrate, più che a rischi genetici, appare attribuibile a fattori sociali, culturali nonché sanitari. Per le donne di etnia cinese abbiamo individuato fattori comportamentali associati a fattori sanitari e ambientali, come determinanti per la gravità della complicanza emorragica postpartum.

Una sintesi di buone pratiche da suggerire in presenza di donna di etnia asiatica, con un quadro importante di emorragia postpartum, è la seguente:

1) effettuare un'anamnesi dettagliata sul possibile uso di sostanze tossiche, presenti in infusi o altro e assunte in prossimità o durante il travaglio;
2) porre particolare attenzione alla condizione di tachisistolia uterina durante il travaglio;
3) migliorare la diagnosi di placenta accreta prima del parto, verificando ogni rischio antenatale;
4) valutare con cura le condizioni generali della donna ed in modo particolare la presenza di anemia;
5) adottare le terapie per la correzione delle patologie ematologiche;
6) garantire una immediata disponibilità di sangue ed emoderivati in caso di emorragia postpartum grave.

Aogoi Lombardia

Da Bergamo a Milano: il nostro congresso regionale al Sigo 2010

di Claudio Crescini
segretario regionale Aogoi per la Lombardia

Il consueto appuntamento di novembre a Bergamo per il Congresso regionale Aogoi Lombardia, che si svolge annualmente dal 2000, quest'anno non ci sarà.
La concomitanza del Nazionale Sigo a Milano ci ha suggerito di trasferirlo a Milano nei locali della Fiera facendolo diventare parte integrante del Congresso nazionale. Quindi anche quest'anno Aogoi Lombardia aspetta i colleghi, che da tutta Italia partecipano alle sue iniziative scientifiche e didattiche, con un intenso e variegato programma.
Domenica 14 novembre verrà riproposto il corso di Aogoi Lombardia sulle urgenze/emergenze in sala parto che si tiene trimestralmente a Bergamo e che in questa occasione sarà focalizzato sul trattamento delle emergenze emorragiche. Verranno trattati in modo pratico tutti gli aspetti delle procedure finalizzate ad arrestare la metrorragia del postpartum, dalle terapie farmacologiche a quelle chirurgiche demolitive passando attraverso i metodi di tamponamento uterino e di chirurgia conservativa. Verranno presentati gli algoritmi di intervento per correggere lo shock ipovolemico con la gestione appropriata dei liquidi infusionali, la successione degli interventi emostatici fino all'embolizzazione delle arterie uterine.

Claudio Crescini

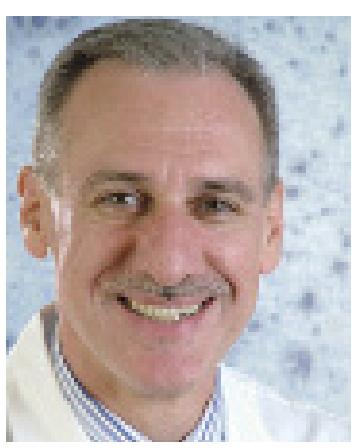
Sempre Domenica, come corso precongressuale, verrà allestito per un numero limitato di partecipanti un laboratorio di esercitazioni simulate su manichino per apprendere la successione delle manovre per risolvere la distocia di spalle; sarà quindi possibile eseguire praticamente – e in modo assolutamente realistico – le manovre di Mc Roberts, di Rubin, di Jacquemier e di Zavanelli.
In una seconda postazione sarà possibile esercitarsi nel parto operativo vaginale mediante applicazione di ventosa ostetrica. Il manichino utilizzato consente inoltre di esercitarsi nella semeiotica ostetrica per la valutazione della stazione della parte presentata e dell'indice di presentazione. In particolare si apprenderà l'utilizzo della ventosa come strumento per facilitare la flessione della testa fetale e con essa la spontanea rotazione dell'occipite sotto la sinfisi pubica.
Lunedì 15 novembre in sala gialla 3, dalle ore 10 alle 11.30, la sessione Aogoi Lombardia farà il punto sul problema della encefalopatia neonatale, le possibilità di prevenirla e soprattutto le modalità per differenziare la paralisi cerebrale da causa strettamente ostetrica legata ad una anossia intrapartum da quelle che riconoscono una eziologia di danno placentare in corso di gravidanza, e quindi non imputabili alle modalità del parto o alla sua assistenza.
Dalle ore 11.30 alle 13 sessione monotematica sui difetti di crescita intrauterina negli aspetti eziopatogenetici, diagnostici e di timing del parto.
Tutto il pomeriggio di Lunedì 15 novembre sarà dedicato alla sessione sull'anatomia chirurgica. Abbiamo invitato un numero considerevole di colleghi che da anni si dedicano alla chirurgia ginecologica tradizionale ed endoscopica nel campo della patologia benigna e maligna e abbiamo chiesto loro di illustrarci con una ricca documentazione iconografica statica e video gli aspetti anatomici nei diversi interventi chirurgici di pertinenza della nostra specialità.
Tutto ciò è stato reso possibile dalla disponibilità di Aogoi nazionale e Sigo che hanno favorito e promosso la partecipazione della sezione lombarda.
Speriamo così di aver dato il nostro contributo al successo del Congresso nazionale Sigo e di ritrovarci numerosi nelle sessioni promosse da Aogoi Lombardia.

La nuova cornice normativa: cosa cambia per i centri di PMA

Il recepimento delle nuove norme comunitarie: due aspetti critici in tema di qualità e sicurezza

di Mauro Costa
S.S. Fisiopatologia preconcezionale e prenatale
E.O. Ospedali Galliera Genova

Il Decreto legislativo 191 del 2007 e il Decreto legislativo N. 16 del 2010, sulla definizione di norme di qualità e di sicurezza per la donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani, hanno trasposto nella legislazione italiana l'insieme di nuove norme europee note come "Direttiva dei Tessuti".
Queste normative includono tra i cosiddetti "Istituti dei tessuti" anche i centri di Procreazione Medicalmente Assistita, in quanto utilizzano cellule umane da applicare su esseri umani a scopo terapeutico. Questa interpretazione del termine "applicazione" è ovviamente estensiva, non trattandosi certo, nel caso della Pma, di un trapianto.
La normativa alza di molto il livello di qualità e sicurezza richiesto a chi pratica queste terapie e impegna i centri di Pma in grandi cambiamenti organizzativi e strutturali. La normativa copre le attività di Pma dal momento del prelievo, alla lavorazione ed eventuale conservazione fino al momento del transfer. L'applicazione clinica è esclusa (fatto salvo il follow-up per la vigilanza).
Per un responsabile di struttura Pma affrontare la materia implica valutazione organizzative e operative che mobilitano risorse umane, infrastrutturali ed economiche.
Due sono gli aspetti critici fondamentali della normativa: la necessità di adeguamento dei centri a uno standard strutturale di alto livello e la necessità di implementare un sistema di gestione della qualità e sicurezza.



Mauro Costa

Il laboratorio Pma dovrà garantire una qualità dell'aria di fondo almeno grado D (secondo le Norme comunitarie di Buona Fabbricazione (GMP) e le fasi cruciali della manipolazione dei gameti ed embrioni dovranno avvenire sotto cappa, con aria grado A. Quando questo non fosse tecnicamente possibile (ad esempio la manipolazione dei gameti durante la ICSI) sarà necessario dimostrare che l'ambiente prescelto mantenga i massimi requisiti di sicurezza e la prassi dovrà essere validata. Bisogna cioè dimostrare con i dati, con le linee guida internazionali e con la letteratura scientifica, che la procedura è efficace e sicura. Se si aggiungono queste nuove norme ai precedenti requisiti minimi strutturali dei centri, definiti dalle normative regionali sulla base del documento della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome dell'11 novembre 2004, risulta chiaro che l'adeguamento strutturale dei centri è ormai obbligatorio e sarà certo gravato da costi rilevanti sia per chi opera nel pubblico che per i centri privati.
I responsabili del centro Pma dovranno acquisire le conoscenze necessarie alla progettazione di un sistema di Gestione della qualità e sicurezza (SGQS). Questa conoscenza non è comunque eludibile, neppure nel caso si intenda affidarsi ad una consulenza esterna; peraltro, un approccio consapevole alla stesura della documentazione permette un risparmio economico e una maggiore credibilità della propria struttura. Il SGQS richiesto dal Dlg. 191/07 deve essere documentato così come indicato nel Capo IV Art. 16.
Obiettivo accessorio è anche quello di affrontare con serenità le ispezioni di controllo. Un SGQS trova formalizzazione nella sua documentazione, definita Sistema Documentale del Sistema Qualità (SDSQ). Tuttavia, l'aspetto funzionale (non solo formale), è molto più esteso e comporta la produzione e la redazione di evidenze cartacee tracciate. In sostanza, si deve dimostrare che quanto avviene nelle attività è aderente e congruo con le politiche mediche e le prassi operative condotte ordinariamente dalle figure professionali del sistema (procedure operative standard, POS).
Parte rilevante di questo repertorio cartaceo è certamente il manuale operativo, tuttavia quello che rende formale e attuato il sistema è la completa e aggiornata disponibilità di procedure operative standard (POS) e di registrazioni (verbali, log-book ecc). Di fatto un SDQS è legato al sito geografico, al proprio sviluppo planimetrico, alle infrastrutture e all'organigramma. La molteplicità di situazioni possibili implica l'impossibilità di avere un manuale "ciclostilato" che soddisfi qualunque paradigma.
Per riassumere, gli elementi irrinunciabili dell'SDQS di un

centro Pma, dovrebbero essere un indice/sommario (tabellare, conciso con riferimenti di legge applicabili ad ogni documento), un manuale operativo (compatto non prolisso, riassuntivo di tutto il flusso delle attività), un verbale di riesame (audit documentato periodico del sistema di gestione qualità), un Log-Book (sistema per le calibrazioni/pulizie e controlli periodici della strumentazione), POS e linee guida (le procedure documentate, tracciabili e versionate relative ai passi di controllo indicati nel manuale operativo dal quale riportano riferimenti incrociati), allegati a corredo (Planimetrie, mappe, documenti di delega della struttura e nomine ruoli, curricula, contrattualistica).

È diffusa l'opinione che per un Centro Pma sviluppare un sistema di qualità e sicurezza, e quindi l'acquisire conformità con i requisiti di legge, significhi avere un sistema di certificazione ISO9001. In merito è opportuno sgombrare il campo da malintesi ed equivoci. La legge non richiede alcuna certificazione, poiché per definizione la certificazione è una attività volontaria, bensì richiede un sistema di gestione della qualità per molti aspetti analogo a quello degli schemi certificativi più recenti e d'altra parte la certificazione non copre altri requisiti della legge, basti pensare agli obblighi rispetto alle norme sulla privacy (D.Lgs 196/2003) e sulla sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro (D.Lgs 81/2008 - ex 626/94), ben presenti nella nuova normativa. Con un impegno di tutto il centro, che avrà comunque ricadute virtuose sulla qualità del lavoro, e con l'aiuto delle autorità competenti sarà possibile per ogni team acquisire le competenze necessarie a strutturare un sistema di gestione qualità e sicurezza il più possibile personalizzato sul centro stesso. Questo SGQS, se non sarà generato in totale autonomia, dovrà almeno essere condiviso profondamente da tutto il personale del centro.

In questo senso i progetti del CNT di formazione degli ispettori regionali e di formazione del personale dei centri stessi porteranno in un tempo minimo, da calcolarsi in almeno due anni, a una cultura condivisa e diffusa, che è l'unica garanzia perché il salto di qualità dei centri italiani sia reale e non soltanto formale. A questo contribuirà certamente un chiarimento su alcuni punti della normativa, ancora controversi o di non uniforme interpretazione, che la Federazione delle Società Scientifiche Italiane della Riproduzione ha richiesto al Ministro della Salute in una lettera (pubblicata sul sito www.aogoi.it). Al tema dell'Infertilità sarà dedicata una sessione nel giornata di *mercoledì 17 novembre.*

Uroginecologia

Una nuova visione unitaria delle funzioni degli organi pelvici nel rispetto dell'integrità femminile

di Davide De Vita
Dirigente Medico U.O
Ginecologia-Ostetricia P.O.
S. Francesco D'Assisi,
Oliveto Citra (Sa)

L'uroginecologia avrà un ruolo rilevante nell'ambito del programma del Congresso Sigo Aogoi 2010 di Milano (Uroginecologia: interventi preordinati). Il titolo dello stesso "Donna oggi: essere e benessere, la medicina al servizio della donna", anticipa i contenuti del programma scientifico uro-ginecologico: "nel profondo rispetto dell'integrità femminile, mettendo in risalto la salute della donna, la sua vita ginecologica, ostetrica, sociale, affettiva e sessuale e rapportandola al suo perineo a cui è strettamente legata".

Infatti, alle soglie del 2010, la popolazione mondiale ha raggiunto aspettative elevate rispetto al forte miglioramento della qualità di vita, registrando però al contempo un esponenziale aumento della prevalenza dei disordini del pavimento pelvico e ponendo dunque la complessa disciplina uroginecologica in crescente considerazione.

Nell'ambito del vasto e completo programma scientifico di Milano verranno trattati i diversi disordini pelvi perineali e una serie ampia di condizioni cliniche che includono l'incontinenza urinaria, il prolasso degli organi pelvici (Pop), le disfunzioni sessuali, il dolore pelvico cronico, le cistiti ricorrenti ed interstiziali e la vescica iperattiva.

Il programma scientifico prevede "un corso avanzato di perfezionamento di semeiotica uroginecologica e del pavimento pelvico", con aggiornamenti in tema di epidemiologia, eziopatogenesi, classificazione, diagnostica e terapia delle disfunzioni pelviperineali, organizzato dall'Agite e dall'Aogoi, che già da tempo stanno unendo le loro forze per diffondere e perfezionare la formazione pelvi perineale tra i ginecologi ospedalieri, territoriali e libero-professionisti. Sappiamo come il parto vaginale distocico sia il fattore maggiormente responsabile in quanto può determinare un danno notevole sia del tessuto muscolare sia di quello nervoso e come la gravidanza stessa, per mezzo di modificazioni meccaniche della statica pelvica e di cambiamenti nell'assetto ormonale, può essere un significativo fattore di rischio per le patologie della statica pelvica.

L'obiettivo del corso sarà di riuscire a formare figure professionali atte a ridurre al minimo i danni pelvi-perineali che la gravidanza e il parto, spesso, determinano oltre che ad intervenire terapeuticamente qualora se ne riscontrino le condizioni.

Davide De Vita

Un largo spazio avrà la terapia chirurgica dei disordini del pavimento pelvico, che includono il trattamento mininvasivo dell'incontinenza urinaria da sforzo (Ius) e del prolasso degli organi pelvici (Pop). Per ciò che riguarda il trattamento della Ius, verranno esaminati i risultati riguardo l'efficacia e la tollerabilità delle sling ad incisione unica (mini-sling), nate nel tentativo di ridurre al minimo il trauma chirurgico, che dovranno essere confrontate con i risultati fortemente positivi e consolidati nel tempo, della Tvt e della Tot.

Si tratterà, inoltre, dell'evoluzione della chirurgia pelvica, che rappresenta un tema molto affascinante. Infatti, nel corso degli anni diverse teorie e pratiche chirurgiche si sono avvicendate con l'introduzione di idee, materiali e strumenti nuovi, passati di generazione in generazione e via via arricchite, modificate o innovate fino ai giorni nostri. Alla luce degli insegnamenti del passato, l'impegno attuale sarà volto al miglioramento, all'innovazione continua, al progresso nella ricerca scientifica, fino ad arrivare a confrontare e a problematizzare anche l'atteggiamento demolitivo del trattamento del Pop, finora effettuato ignorando la concezione dell'importanza dell'utero e delle sue strutture di sostegno nei meccanismi di supporto pelvico.

Non vi è ancora un definitivo *gold standard* sul trattamento del prolasso uterino e possiamo dichiarare che l'isterectomia nell'isterocele è la complicanza legata all'operazione stessa, che mutila fisiologicamente la paziente e che molto spesso viene eseguita perché è l'unica opzione chirugica in possesso di quel ginecologo che la attua. In particolare, verrà enfatizzata l'importanza dell'anello pericervicale, che rappresenta la chiave di volta della architettura della statica pelvica. Tradizionalmente, la conservazione dell'utero viene considerata valida solo nelle donne in cui l'attività riproduttiva è ancora presente: recentemente molte pazienti richiedono la conservazione dell'utero, per diverse ragioni soprattutto psicologiche ed identitarie. Recenti studi mostrano come la conservazione dell'utero può essere considerata un' opzione valida in donne selezionate, anche se è consenso unanime che l'opzione ottimale del trattamento del prolasso uterino deve tenere conto dei seguenti fattori: del o dei specifici difetti presenti, dell'età della paziente, delle comorbilità, del desiderio di prole, della storia di chirurgia per prolasso in altri compartimenti, della preferenza della paziente e di quella del chirurgo in relazione alle sue attitudini chirurgiche.

Dunque, lo slogan della disciplina uroginecologica del Congresso sarà quello di promuovere una visione non più unilaterale e frammentata, ma integrata, dove confluiscono diversi saperi e competenze, proiettata cioè verso un orientamento multidisciplinare. Ne deriva che tra gli obiettivi prioritari vi siano la ricerca di un linguaggio comune, il confronto di esperienze, formazioni, specializzazioni ed aggiornamenti, "con una nuova visione unitaria delle funzioni degli organi pelvici", presupposto per ottenere migliori risultati clinici e scientifici. La visione unitaria delle funzioni degli organi pelvici crea dunque una sorta di superspecialità che deve aprire nuovi spazi alla ricerca e assicurare ai pazienti delle soluzioni più razionali e che tengano conto della complessità del territorio in cui ci si muove.

I chiaroscuri dell'essere donna oggi

Violenza sulle donne: al ginecologo il compito di cogliere i segnali e offrire un'opportunità

di Valeria Dubini
Vicepresidente Aogoi

Niente è più in tema con "i chiaroscuri dell'essere donna oggi" delle problematiche connesse alla violenza sulle donne.

La "violenza come degenerazione di un rapporto" può solo in parte spiegare come anche nella nostra civile società sia possibile assistere a tanta sopraffazione sul corpo delle donne.

Lo vediamo purtroppo tutti i giorni sfogliando le pagine dei

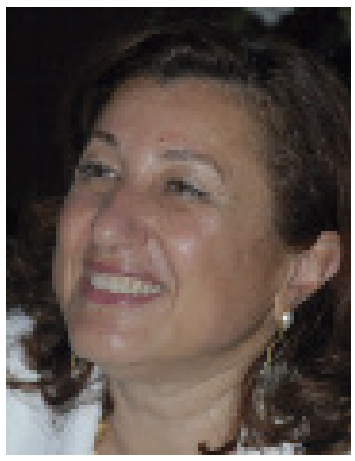
quotidiani.
Ma forse si deve partire dal rilevare come sia ancora troppo basso il nostro livello di attenzione e troppo distratta la nostra società sui percorsi che portano poi a queste drammatiche evenienze: troppo distratta su una cultura circolante incentrata sulla " fruibilita" del corpo femminile e sulla perpetuazione dei tanti stereotipi che sono tipici di una società che vuole tenere il genere femminile in un rapporto subalterno.
Ed è all'interno di questi contesti, fatti di azioni piccole e grandi, che si alimenta la permissibilità di un rapporto "asimmetrico". Per far capire a che punto siamo nel nostro percorso citiamo soltanto la sentenza della Corte di Cassazione del luglio 2010, che cancella la condanna di un uomo per maltrattamenti contro la moglie perché "lei aveva carattere e non era intimorita" dagli insulti, dalle ingiurie, dalle umiliazioni e dai maltrattamenti fisici.
Certo c'è poi lo squilibrio di una relazione.
Quello che ci scandalizza quando leggiamo i fatti di cronaca eclatanti, ma che passa poi sotto silenzio nell'invisibile quotidiano.
L'asimmetria di una relazione passa attraverso un presunto amore che diviene "possesso", una presunta passione che diventa "ossessione", un presunto desiderio che diviene "pretesa". Cose di tutti i giorni, che possiamo facilmente vedere intorno a noi, ma che trovano poi una deriva violenta quando si rompe un equilibrio, che in ogni coppia è difficile stabilire a priori.
Il punto comune tra tutti questi comportamenti è dato dall'incapacità di tenere conto dell'altra e dall'impossibilità di entrare in una relazione "rispettosa" dei suoi desideri, delle aspettative e dei tempi. Ed esiste quindi uno spazio per "educare" al rispetto e alla relazione iniziando già dalle giovanissime generazioni.
Mai come nelle relazioni asimettriche la sessualità si trasforma in una terribile arma di controllo e di possesso, di sopraffazione e di possibile umiliazione.
Ed è qui che come sanitari dobbiamo sentirci coinvolti e dobbiamo conoscere il nostro terreno di intervento.
Ogni volta che assistiamo, ad esempio, al reiterato fallimento di un'autoprotezione riproduttiva, come nelle IVG ripetute, o quando assistiamo a sintomi troppo spesso sottovalutati nella nostra professione, come il dolore pelvico cronico. O, ancora, quando assistiamo gravidanze nelle quali ci vengono riportati sintomi sfumati oppure ripetuti accessi ai nostri servizi per algie, attività contrattile, perdite ematiche.Ogni volta che incontriamo partner troppo assillanti e svalorizzanti e donne troppo insicure.
Cogliere i segnali e avere una finestra di opportunità da aprire vuol dire svolgere il nostro ruolo di sanitari fino in fondo, in un approccio veramente olistico nei confronti della salute delle nostre assistite.
Ma certo vuole innanzitutto dire avere creato dei percorsi formativi, culturali e dei percorsi di azione che ci permettano di aprire quella finestra per offrire qualcosa. Quella rete che solidamente deve avere i suoi anelli nel territorio a cui facciamo riferimento.
Certo, quindi, la violenza può nascere come degenerazione di un rapporto e ben rappresentare i chiaroscuri del femminile, perché l'amore come è stato insegnato a generazioni di giovani donne è oblativo, giustificativo e, nella cultura "familistica" che ancora contraddistingue la nostra società, tende a contenere i problemi nelle mura domestiche. Ma non dimentichiamo la violenza intesa come degenerazione di un rapporto tra generi – e in generale tra individui – nella società, perché è là che si richiede il nostro essere presenti e attenti ed è là che anche il nostro ruolo come sanitari può esprimersi completamente.

Valeria Dubini

Diseguaglianze di genere e sostenibilità economica

La salute della donna: la sfida delle malattie croniche non comunicabili

di Francesca Fiorillo
Vicepresidente SIGITE, membro direttivo AGITE



Francesca Fiorillo

L'Aogoi-Sigo e la Fondazione G. Lorenzini hanno presentato, durante il Congresso Sigo-Aogoi del 2009, l'inizio dei lavori del progetto interdisciplinare "Protezione della salute della donna nei confronti delle malattie croniche non comunicabili". Il suo obiettivo è tutelare la salute della donna oltre la salute riproduttiva, partendo dalla considerazione che un ginecologo attento ha la possibilità di intervenire efficacemente per realizzare un'attenta prevenzione delle malattie croniche non comunicabili, ossia delle malattie cronico-degenerative che impattano la salute della donna nella terza età, anche con tutto il loro peso sociale in termini di emarginazione, disabilità e impegno economico.
Come è noto infatti le malattie croniche non comunicabili costituiscono un peso insopportabile anche per le società più evolute come la nostra. Più del 90% della mortalità e del 70% della disabilità sono secondarie alla loro presenza e i costi sanitari diretti e sociali indiretti sono elevatissimi.
La prevenzione di tali patologie per essere veramente efficace deve essere correttamente condotta con strategie integrate e globali che tengano conto sia degli elementi comuni sia delle differenze – prima fra tutte quella di genere. Deve considerare non solo le differenze biologiche ma anche le differenze socio-culturali e ambientali come, per esempio, la differente risposta del sistema sanitario alla richiesta di salute.
Tali differenze vanno evidenziate, divulgate e, dove necessario, corrette per ridurre le diseguaglianze, ottenere un'adeguata protezione della salute della donne e garantire stabilità sociale ed economica al nostro paese. La salute della donna ha quindi implicazioni strategiche e politiche di estrema rilevanza ed entra a pieno titolo nell'agenda di ogni politico.
Pertanto l'Aogoi-Sigo e la Fondazione G. Lorenzini hanno richiesto al Ministro delle Pari Opportunità, Mara Carfagna, un confronto per analizzare alcune proposte d'intervento al fine di ridurre tali diseguaglianze, promuovendo un'azione politica capace di sensibilizzare sia la popolazione sia gli operatori sanitari, primi fra tutti i ginecologi, da sempre medici della donna.
Durante l'86° Congresso Sigo a Milano, il 15 novembre alle 8.30, l'Aogoi-Sigo e la Fondazione G. Lorenzini condurranno una tavola rotonda "La protezione della salute della donna: un investimento economico per la società", durante la quale si terrà un dibattito-confronto sul carico che le diseguaglianze di genere esercitano sulla salute e sull'economia della nostra società, ipotizzando nuovi modelli di sviluppo e d'investimento proprio sulla salute delle donne, per giungere preparati all'appuntamento mondiale in cui la donna e la sua salute costituiranno il focus di ogni dibattito e di scelta politica internazionale.

Parto fisiologico

Il parto in acqua e il progetto Acqua Aogoi

di Ciro Guarino
Direttore della Struttura Complessa dell'U.O. di Ostetricia e Ginecologica del P.O. S. Leonardo, C.Mare di Stabia (NA)

La richiesta da parte delle istituzioni e delle donne del "recupero" di un approccio più "umanizzato" all'evento nascita è sempre più attuale e pressante, dal momento che negli ultimi decenni l'attività ostetrica ha subito profondi mutamenti, diventando sempre più attenta agli aspetti tecnologici della gravidanza e del parto, trascurando, invece, quelli emotivi a essa correlati.
Dal punto di vista pratico, "umanizzazione" significa essenzialmente "rispetto". Rispetto della fisiologia, rispetto della donna, rispetto del nascituro.
E proprio in quest'ottica il parto in acqua rappresenta un'opportunità da valorizzare perché consente di recuperare quell'aspetto di naturalità dell'evento nascita, grazie al rispetto della fisiologia, lasciando la futura madre padrona di gestire in maniera attiva e autonoma il suo travaglio e il suo parto, accompagnata dalla presenza del ma-

Ciro Guarino

rito, in un ambiente confortevole, che ricordi possibilmente quello domestico. Sulla scena del parto i professionisti addetti all'assistenza sono discreti, ma attenti.
Inoltre, l'assistenza al parto in acqua, in cui il rispetto dei tempi "naturali" dell'evento nascita rappresenta un elemento irrinunciabile e in cui le interferenze esterne sono necessariamente meno frequenti, consente anche di educare gli operatori sanitari all'attesa, promuovendo in tal modo una migliore comprensione della fisiologia della nascita e dei bisogni basilari delle donne in travaglio.
L'esperienza dell'immersione in acqua durante il travaglio e il parto ha origini lontane, già nel 1803 è riportato in Francia l'espletamento di un parto in acqua.
Negli anni '60 diventano più numerosi i casi di parto in acqua, benché inizialmente essi avvengano in circostanze per lo più casuali, ma è solo negli anni '70-'80 che in Europa si inizia a valutare in modo scientifico l'opportunità di immergere le donne in acqua durante il travaglio e, successivamente, di espletare anche il parto in acqua, grazie, soprattutto, al lavoro dell'equipe di Michel Odent in Francia e di Gerd Eldering in Germania.
Oggi il parto in acqua è una pratica consolidata in molti ospedali europei e anche in Italia tale modalità di parto si sta capillarmente diffondendo grazie all'esperienza realizzata in questi ultimi dieci anni.
Tuttavia, nonostante il vasto e consolidato successo del travaglio e del parto in acqua tra le donne che lo sperimentano, nonostante le sempre più numerose richieste, a oggi, le evidenze scientifiche di sicurezza ed efficacia di tale modalità di parto sono scarse e ciò contribuisce anche alla diffidenza che molti specialisti nutrono verso questa pratica ostetrica.
E dunque, partendo dalla convinzione che per agire in sicurezza per sé stessi e per la donna è necessario basare la propria attività sempre su solide basi scientifiche, è nata l'idea del Progetto Acqua Aogoi, uno studio osservazionale multicentrico, con lo scopo di arricchire la letteratura attualmente a disposizione sulla valutazione degli effetti materni e fetali dell'immersione e del parto in acqua.
E proprio al parto in acqua e al Progetto Acqua Aogoi sarà dedicata una sessione del Congresso Sigo 2010 in cui si ripercorrerà la storia di questa modalità di assistenza ostetrica, attraverso l'analisi della letteratura internazionale, dalle vecchie alle nuove evidenze scientifiche fino alla presentazione dei risultati - illustrati da Fabio Parazzini – del primo anno di vita del Progetto Acqua Aogoi, che ha visto la partecipazione entusiastica di ben 42 centri nazionali.
La sessione sarà un'analisi a 360° di questa modalità di parto di cui saranno illustrati rischi e benefici, prevenzione e gestione delle possibili complicanze materne, nonché impatti neonatali presentati dall'ottica del ginecologo, del neonatologo e dell'ostetrica.
La prestigiosa occasione offerta dalla Sigo al gruppo del Progetto Acqua Aogoi è la testimonianza concreta dell'alto valore scientifico del progetto, che ha il compito di supportare e promuovere in Italia questa modalità di parto, fornendo agli operatori quel necessario ausilio di conoscenze tecniche e scientifiche, che oggi è ancora carente.
Tutto questo per restituire alla donna la giusta centralità nel momento più importante della sua vita, centralità che con il parto in acqua si realizza in pieno, anzi si esalta, in una materializzazione assolutamente evidente.
Alla sessione parteciperanno Albin Thoeni, Roberto Fraioli, Enzo Esposito, che da anni propongono questa procedura nell'assistenza al travaglio e al parto. Interverranno inoltre le ostetriche Olivadoti e Castagneti e la neonatologa Luisa Calabrò.
La sessione sarà seguita dalla lezione magistrale di Michel Odent sull'impatto della modalità del parto sulle generazioni future, che sarà un importante spunto di discussione e di riflessione sul futuro dell'assistenza ostetrica e sulla grande responsabilità che noi ginecologi abbiamo nell'assicurare il benessere materno a breve e a lungo termine.

Chirurgia conservativa

Chirurgia "Body sparing" e "cost saving", al servizio della donna

di Mario G. Meroni* e Alessandra Graziottin**
*Direttore della Struttura complessa Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Niguarda Ca' Granda – Milano
**Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica, Ospedale S. Raffaele Resnati – Milano

Negli Usa ogni anno si effettuano 600 mila isterectomie (M. Baggish 2005), in Australia una donna su 5 in età perimenopausale viene sottoposta ad isterectomia per patologia benigna (M. Craham 2008).
Sono dati che devono far riflettere sulla necessità di tanta chirurgia demolitiva sull'apparato genitale femminile. Quante volte l'indicazione è discutibile o francamente errata? Per esempio, basti pensare che uno studio su oltre 800 mila donne operate ha dimostrato che quelle con colon irritabile vengono sottoposte al doppio delle isterectomie rispetto alle donne senza sintomi gastrointestinali. Quindi quante isterectomie vengono effettuate senza un adeguato inquadramento della paziente e un adeguato ricorso alla terapia medica o alla terapia chirurgica conservativa? Quante laparoscopie per algie pelviche di natura da determinarsi, con quadro addominale negativo, potrebbero essere evitate con una migliore raccolta dell'anamnesi e un ricorso ad una semeiologia più adeguata? Quanti interventi per sospetta endometriosi potrebbero essere evitati? Sempre per endometriosi, quante indicazioni chirurgiche potrebbero essere evitate con una migliore conoscenza della storia naturale della malattia e un ricorso più razionale alla terapia medica? Quanti interventi non risolutivi e incompleti per patologia endometriosica sono effettuati senza alcun miglioramento sintomatologico della paziente?
Quali costi, quantizzabili e non quantizzabili, questi interventi comportano per la donna e per la società? Con quali criteri possiamo scegliere un approccio conservativo davvero "body sparing" e "cost saving" che con maggiore gradualità, prima medica e poi chirurgica, esplori in modo rigoroso e pragmatico le diverse opzioni terapeutiche per ogni singola storia clinica? Come integrare le diverse conoscenze sulla storia naturale delle malattie per pianificare una chirurgia che rispetti globalmente il bisogno espresso dalla paziente? Questo deve comportare una conoscenza delle diverse tecniche chirurgiche e la loro integrazione. Come affrontare per esempio una paziente che ha un quadro annessiale sospetto e un prolasso genitale associato? Occorre una rigorosa conoscenza dell'approccio vaginale e laparoscopico integrati o della laparoscopia demolitiva e ricostruttiva del pavimento pelvico. Quanti centri sono in grado di dare una risposta adeguata al problema? Nella chirurgia oncologica, come si possono preservare le diverse funzioni pelviche con un oculato approccio *nerve sparing*? Oppure, quanto è importante la conservazione dell'utero e delle ovaie per la donna? Per esempio: "Mi hanno svuotata come una gallina dal macellaio", è il vissuto violento riferito da una donna di campagna dopo un'isteroannessiectomia laparotomica che, forse, poteva essere evitata o quantomeno resa meno invasiva.
All'interno di questo dibattito, che ha degli aspetti prettamente tecnici e scientifici, che cosa vorrebbero le donne? Come vengono ascoltate, come vengono preparate a un intervento su un apparato che rappresenta un aspetto del loro sentirsi donna?
Il simposio sulla chirurgia "body sparing" e "cost saving" è stato pensato per dare una risposta alle domande che abbiamo provocatoriamente formulato.
In particolare, la sessione è stata impostata sulla conservazione dell'utero a partire dal punto di vista femminile per concludersi sullo stesso tema dal punto di vista dello specialista attraverso una disamina dei diversi aspetti tecnologici e chirurgici.
Verrà affrontato il problema dal punto di vista dell'isteroscopista attraverso una valutazione delle alternative alla chirurgia maggiore. In particolare di come sia possibile ottenere un benessere conservando il viscere uterino e

Mario G. Meroni

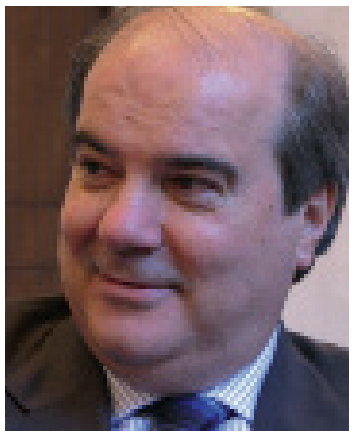
la funzione mestruale.
La laparoscopia si pone oggi come via di accesso preferenziale alla chirurgia dell'utero. Si tratti di patologia benigna o maligna, la laparoscopia può affrontare la chirurgia conservativa o demolitiva in percentuali vicine al 100%. Con una adeguata esperienza, si possono affrontare miomectomie anche multiple e anche di miomi di grosse dimensioni con una prognosi ottima sia per quanto riguarda la chirurgia in quanto tale, sia per la prognosi delle gravidanze successive. Si vedrà come anche per gli uteri di grandi dimensioni, una tecnica adeguata possa ottenere dei risultati idonei in grande sicurezza. Si parlerà di conservazione dell'utero nel prolasso genitale e dei criteri che devono guidare tale scelta. Si vedrà inoltre come l'utilizzo della chirurgia robotica possa dare un contributo a tale opzione. La sessione continuerà affrontando il problema del *nerve sparing* da due punti di vista. Il chirurgo lo affronterà dal punto di vista anatomico e delle accortezze tecniche che consentono di individuare e rispettare l'innervazione della pelvi nel suo complesso. Il neurofisiologo ci aiuterà a comprendere come gli esiti di una chirurgia non rispettosa, possano provocare gravi problemi alla donne e di come la qualità della vita ne possa essere negativamente influenzata. Vi sono quindi tutti gli ingredienti per un affronto razionale della chirurgia pelvica degli anni 2000. Una chirurgia poco invasiva, razionale, rispettosa dell'anatomia, da praticarsi solo quando necessaria. In sintesi: attenta alla donna in tutti gli aspetti.

Cancro cervicale

Adenocarcinoma e vaccino anti-Hpv

di Carlo Maria Stigliano
Ginecologia Preventiva
Asp Cosenza

L'esperienza clinica evidenzia la costante diminuzione dei cervicocarcinomi a cellule squamose che negli anni 1998-2002 hanno rappresentato il 66% del totale dei casi con conferma istologica afferenti ai Registri Tumori. Stanno invece aumentando in proporzione gli adenocarcinomi, che originano dall'epitelio del canale cervicale e hanno minori probabilità di essere identificati precocemente con il Pap-test. Negli anni 1998-2002, gli adenocarcinomi hanno costituito il 12% dei tumori maligni del-



Carlo Maria Stigliano

la cervice. Si tratta di forme della neoplasia particolarmente insidiose perché risultano più difficilmente diagnosticabili, in quanto situate nella parte interna del canale e non tendenti a desquamare: i ceppi di papillomavirus 16, 18, 45 sono responsabili di circa il 90% degli adenocarcinomi endocervicali.
Pertanto, considerando il peso che tali ceppi hanno nel determinismo dell'ADK cervicale, i dati di cross protezione, derivati dai recenti studi di Fase III, consentono di ipotizzare che sia possibile ritenere almeno uno dei vaccini più protettivo verso il cancro cervicale di un 11-16% oltre e in più rispetto alla protezione assicurata verso HPV 16/18.
La possibilità quindi di poter disporre di un vaccino capace di ridurre il rischio di tali forme tumorali è certamente un elemento di grande rilevanza nella prevenzione primaria di una lesione spesso tardivamente identificata e non sempre facilmente e radicalmente trattabile, stante il numero di recidive possibili anche in relazione alla multifocalità dell'insorgenza.
È tuttavia necessario trattare gli argomenti connessi a questa patologia in maniera pratica e dialogante: come il clinico pratico deve gestire i Pap test con esito AGC? Come e quando effettuare sicuri accertamenti sul canale cervicale in caso di Pap test alterati e in assenza di lesioni colposcopicamente evidenti sull'esocervice?
Qual è il ruolo dell'endoscopia e in particolare quanto è utile la cervicoscopia?
A queste e ad altre domande si cercherà di rispondere nella sessione "Prevenzione del cancro cervicale, dal PAP test al vaccino: qual è il punto di vista del ginecologo?", dal momento che appare dunque evidente la necessità di riservare una maggiore attenzione a questo tipo di neoplasia e di affinare le tecniche di diagnostica precoce delle lesioni a rischio all'interno del canale cervicale.

Contenzioso medico-legale

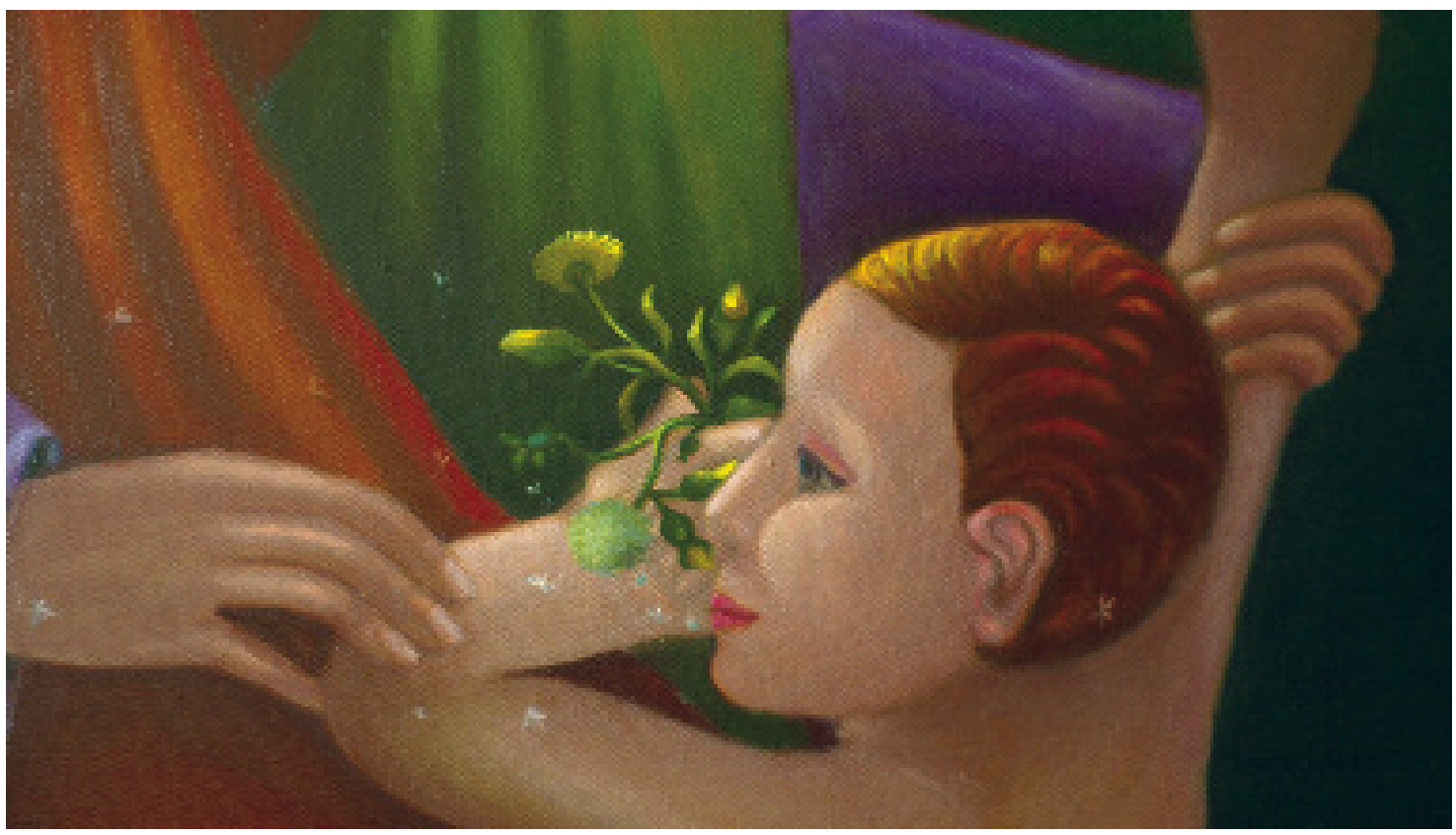
Responsabilità professionale e formazione del ginecologo

di Pier Francesco Tropea
Ginecologo, esperto di ginecologia forense

L'incremento del contenzioso medico-paziente che riguarda in modo specifico l'ostetrico-ginecologo, destinatario privilegiato delle de-

Pier Francesco Tropea

nunce giudiziarie in ambito professionale, impone un'attenta analisi, non soltanto dell'organizzazione delle strutture sanitarie chiamate a erogate la prestazione medica (tema finalmente pervenuto all'attenzione degli Organi ministeriali), ma anche degli strumenti didattici che vengono impiegati attualmente per la formazione dello specialista in Ostetricia e Ginecologia. Forse nessuna disciplina medica ha subìto negli ultimi decenni una profonda trasformazione come quella registrata nell'ambito ostetrico-ginecologico e ciò per l'enorme sviluppo di alcuni settori della specialità (come la Medicina perinatale, la diagnostica ecografica, la ginecologia oncologica, l'addoscopia ginecologica ecc.) che ha condotto al riconoscimento ufficiale di competenze settoriali e si è consacrato nella creazione di vere e proprie superspecializzazioni codificate anche a livello europeo. Ne viene di conseguenza che lo specialista ginecologo, divenuto super-esperto nel suo settore, non può abbracciare con eguale competenza tutti gli ambiti della propria disciplina, il cui esercizio globale viene di fatto trascurato dal predetto professionista. L'affermarsi di una superspecializzazione, se da un lato garantisce il paziente dell'esistenza di una specifica competenza settoriale, comporta d'altro canto il rischio della perdita dell'unitarietà della disciplina specialistica, allontanando progressivamente lo specialista stesso dalle basi della disciplina, rappresentate dall'evento parto e dai meccanismi fisiopatologici ad esso inerenti.
In sostanza, va tenuto conto del fatto che l'ostetrico di recente formazione, divenuto padrone dei tecnicismi chirurgici, può essere portato a prediligere l'espletamento del parto per via addominale, avendo contemporaneamente trascurato di acquisire una buona formazione professionale in sala da parto. Si può affermare che, più che a censurabili interessi economici – peraltro sospettabili in teoria soltanto nella pratica professiona-



le privata – la crescente tendenza al ricorso al taglio cesareo può talvolta essere posta in relazione con l'insufficiente formazione tecnica di carattere ostetrico che caratterizza lo specialista della presente generazione.
Tutto ciò, pur volendo tenere nel debito conto anche le altre motivazioni che sono alla base del progressivo incremento dei tagli cesarei: l'età avanzata della donna alla prima gravidanza, il rigoroso controllo delle nascite con la conseguente "preziosità" dell'unico figlio programmato della coppia, il sempre più diffuso ricorso alle pratiche di fecondazione assistita (il cui successo terapeutico non può essere in alcun modo vanificato da alcun potenziale fattore di rischio), il desiderio della gestante di partorire senza dolore (il che non è sempre possibile in relazione all'attuale impossibilità di garantire a tutte le gestanti ricoverate nelle strutture pubbliche l'anestesia epidurale in corso di travaglio) ed infine l'atteggiamento autodifensivo del ginecologo nei confronti del rischio di dover rispondere in sede giudiziaria di un eventuale insuccesso di un parto condotto per via vaginale.
Relativamente al versante ostetrico della nostra specialità, l'altro aspetto che ha stretta relazione con le implicazioni medico-legali concerne la diagnostica prenatale, con particolare riguardo alla mancata definizione ecografica e/o laboratoristica di uno stato malformativo del feto.
In tale ambito, un eventuale errore diagnostico dell'operatore sanitario, comportando il mancato ricorso da parte della gestante a una interruzione legale della gravidanza, può determinare pesanti conseguenze giudiziarie per il ginecologo cui spetta l'onere di un cospicuo risarcimento del danno.
In ambito ginecologico, si è assistito a un sempre più diffuso ricorso alla tecnica laparoscopica, oggi utilizzata in campo chirurgico anche per gli interventi demolitivi e radicali dell'apparato genitale (alla chirurgia laparoscopica sarà dedicata la sessione "Laparoscopia: se e quando farla, quando evitarla" nella giornata di *lunedì 15 novembre*).
Come è chiaramente espresso nella Relazione che verrà presentata al Congresso Sigo-Aogoi del novembre 2010 in Milano, precisi profili di responsabilità professionale possono nascere in capo al ginecologo ove il ricorso a tale tecnicismo non tenga conto della precisa indicazione a questo tipo di intervento. Particolare riguardo, in tal caso, è da destinare alle alternative terapeutiche (mediche o chirurgiche) rispetto alla laparoscopia programmata, dovendo essere tali possibilità prospettate alla paziente e con quest'ultima discusse prima dell'acquisizione di un consapevole consenso da parte dell'operanda. Sotto questo profilo, vanno chiariti alla paziente, non soltanto gli indubbi vantaggi medico-funzionali ed estetici che la laparoscopia possiede in confronto con la chirurgia tradizionale, ma anche i rischi specifici che questa tecnica può presentare, soprattutto sotto forma di incidenti intraoperatori (embolia, lesioni vascolari ecc.).
Alla luce di quanto sopra esposto, appare evidente che la disciplina ostetrico-ginecologica necessita di una profonda revisione degli aspetti formativi della specialità, in quanto il tirocinio previsto attualmente per gli specializzandi non è generalmente (salvo rare eccezioni pertinenti ad alcune Scuole) sufficiente a garantire al singolo medico in formazione l'acquisizione di un bagaglio tecnico-culturale specialistico in linea con gli standard richiesti a livello europeo per gli specialisti della disciplina ostetrico-ginecologica.
Dato che l'alto numero di specializzandi non consente ad alcune Scuole Universitarie di adempiere compiutamente alla formazione tecnico-professionale di questi medici, è sempre attuale la proposta di conferire a quei reparti ospedalieri forniti dei requisiti tecnico-scientifici richiesti, obiettivamente rilevati, il compito di affiancare gli istituti universitari nella formazione pratica dei giovani medici, senza voler togliere alle Università stesse le prerogative a esse conferite dalla normativa vigente.

Ginecologia oncologica

La figura del ginecologo oncologo oggi

di Giovanni Scambia
Direttore Dipartimento per la Tutela della Salute della Donna e della Vita Nascente, Università Cattolica del Sacro Cuore

È evidente oramai come, nell'ambito di ogni disciplina medica, si configurino sempre più delle super specialità che, vista la rapida evoluzione delle conoscenze e la sempre crescente richiesta di qualità della cura, sono indispensabili per garantire una ottimale gestione della paziente.
Nell'ambito della nostra specialità è oggi evidente come, oltre alla classica distinzione fra i cultori dell'ostetricia e della ginecologia, si vadano delineando delle figure professionali caratterizzate da un impegno scientifico e clinico molto specifico. Tra queste figure si colloca oggi sicuramente il ginecologo oncologo, alla cui definizione ha notevolmente contribuito in Italia la presenza di Ircss oncologici, nonché di divisioni universitarie e ospedaliere di ginecologia oncologica.
Il ginecologo oncologo può oggi essere considerata quella figura professionale che, avendo una specifica conoscenza della biologia e della storia naturale delle neoplasie ginecologiche, è in condizione di guidare al meglio il percorso diagnostico e terapeutico di una paziente affetta da un tumore dell'apparato genitale. Il ginecologo oncologo infatti si caratterizza per la sua particolare esperienza di chirurgia pelvica, e più recentemente anche di chirurgia dell'alto addome, nonché per le sue specifiche conoscenze di oncologia

Giovanni Scambia

medica, anatomia patologica e biologia dei tumori ginecologici. È molto evidente inoltre come oggi anche tra i cultori dell'oncologia ginecologica esistano alcuni dediti prevalentemente agli aspetti chirurgici e altri agli aspetti medici della disciplina. Pur tuttavia, la comune matrice culturale ginecologica e il confronto continuo intraistituzionale e nei convegni rende molto omogenea l'impostazione culturale della ginecologia

oncologica italiana.
Delineata in questo modo la figura del ginecologo oncologo, e vista l'apparente distanza culturale da altre branche della nostra specialità, ci si potrebbe chiedere se una figura di questo tipo debba necessariamente provenire dalla ginecologia e ostetricia o per esempio da altre specialità chirurgiche o addirittura, nel caso di ginecologi oncologi dediti alle terapie mediche, dalla oncologia medica.
Da questo punto di vista ritengo che una conoscenza globale della salute della donna sia la base migliore se non addirittura necessaria per il corretto inquadramento anche della patologia neoplastica.
Solo cosi il ginecologo oncologo può essere la guida culturale di un team composto, anche a seconda delle situazioni nelle diverse istituzioni, da oncologi medici, patologi, radioterapisti, terapisti del dolore.
È pertanto evidente come il percorso formativo di un ginecologo oncologo debba a mio giudizio prevedere il conseguimento di una specialità in ginecologia e ostetricia e proseguire in istituzioni universitarie, ospedaliere o Irccs dove, per l'alto numero e la qualità delle cure e per la presenza di tutti i servizi necessari. come ad esempio la radioterapia, gli sia consentito di acquisire la formazione specifica necessaria.
È importante che le istituzioni che si faranno carico di questo percorso formativo si mettano in rete per garantire un'uniformità didattica, con scambio di esperienze e condivisione di protocolli clinici comuni nonché periodiche riunioni scientifiche di aggiornamento.
Su quest'ultimo punto, soprattutto, le riunioni della Società Italiana di Oncologia Ginecologica potrebbero essere un importante momento di condivisione e scambio di esperienze.
Credo che oggi in Italia e nel mondo la figura del ginecologo oncologo, anche se non ancora in maniera formalizzata, si vada sempre più delineando nei fatti come il punto nodale di riferimento per il trattamento della patologia neoplastica femminile.
Questo anche alla luce delle ripetute dimostrazioni scientifiche comprovanti che l'outcome clinico delle pazienti con neoplasie ginecologiche è migliore dove l'iter terapeutico è condotto da specialisti del settore.
Questo concetto è particolarmente vero nel caso del carcinoma ovarico dove solo il possesso di una cultura oncologica specifica può guidare l'esatta integrazione fra terapia chirurgica e chemioterapia.
Rimane un ultimo punto che mi piace citare anche se, per la sua complessità, non è il caso di affrontare in questa sede e cioè il ruolo che il ginecologo, e in particolare il ginecologo oncologo, debba avere nel trattamento del carcinoma mammario. Il mio parere è che il carcinoma mammario per la sua biologia e storia naturale debba rientrare in pieno nel concetto di oncologia femminile e che pertanto il ginecologo, e soprattutto il ginecologo oncologo con specifica formazione chirurgica, debba trovare un posto di rilievo nelle unità di trattamento del carcinoma mammario.
A questo proposito credo che l'insegnamento della senologia debba trovare più spazio nelle scuole di specializzazione in ginecologia e ostetricia e che le varie società scientifiche ginecologiche debbano sempre più promuovere corsi e convegni in questo settore.

A lezione di "dolore"

Il Corso sul Dolore Pelvico Cronico (CPP) è stato previsto all'interno del Congresso, nella giornata di **lunedì 15 novembre**, per dare ai Colleghi la massima possibilità di partecipazione, data la centralità del tema nella valutazione clinica delle pazienti ambulatoriali.
L'obiettivo del corso è pragmatico, volto a migliorare la capacità diagnostica di ogni partecipante nel:

1) conoscere la fisiopatologia del CPP, con particolare riguardo al ruolo del mastocita nella progressione dell'infiammazione e del dolore da nocicettivo a neuropatico a livello intestinale, viscero/peritoneale, vescicale e vulvovestibolare; alle modificazioni del sistema del dolore indotte dalle neurotrofine quali il Nerve Growth Factor, al coinvolgimento muscolare, in particolare dei muscoli pelvici con possibili coinvolgimenti sistemici fino alla Fibromialgia, alla depressione e all'ansia come fattori di potenziamento della percezione algica, nonché ai fattori neurologici coinvolti;
2) conoscere i punti chiave semeiologici: a) anamnestici, per l'inquadramento delle comorbilità intestinali, vescicali, muscolari e psichiatriche, oltre che ginecologiche. Per questo nel programma didattico sono inclusi anche il gastroenterologo, l'urologo, la neurologa, lo psichiatra, scelti tra i più autorevoli specialisti italiani sul tema di CPP; b) clinici, per un corretto esame obiettivo;
3) conoscere i principi essenziali di terapia per poterli mettere in pratica nel lavoro ambulatoriale quotidiano.

Il Corso intracongressuale sulla vulvodinia approfondirà la fisiopatologia del dolore vulvare, per disegnare poi razionali strategie terapeutiche multimodali mirate a modificare i fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento. I fattori predisponenti includono le infezioni vaginali recidivanti da candida nonché tutte le altre condizioni infiammatorie (infettive e non) del vestibolo vulvare; l'ipertono del muscolo elevatore, che può essere "miogeno", ossia espressione di un alterato tono di base congenito o acquisito in risposta a infiammazione vestibolare cronica e/o a dolore, oppure associato a fobia del coito (in tal caso tipico della condizione nota come vaginismo): tutti questi fattori predispongono anzitutto alla vestibolite vulvare. Tra i fattori predisponenti vi possono essere condizioni di patologia cutanea vulvare quali il lichen sclerosus e dermatiti. Tra i fattori precipitanti, il più frequente e rilevante è il rapporto sessuale: quando causa dolore, si parla di dispareunia. Sono inoltre rilevanti i fattori iatrogeni, tra cui l'episiotomia/rrafia, la colpoplastica, specie se posteriore, il laser vulvare, alcuni trattamenti farmacologici vulvari, la radioterapia genitale, vescicale o anale. Tra i fattori di mantenimento, il più frequente è purtroppo l'omissione diagnostica.
Infine, affinché il Corso sia sostenuto da un valido strumento di approfondimento, la Fondazione Graziottin, che organizza il Corso stesso, offrirà in omaggio a ciascuno dei partecipanti il libro "Vulvodinia: strategie di cura", di Alessandra Graziottin & Filippo Murina (Sperling ed. 2010), che uscirà proprio in coincidenza del Congresso Sigo.

Sessualità femminile: per saperne di più

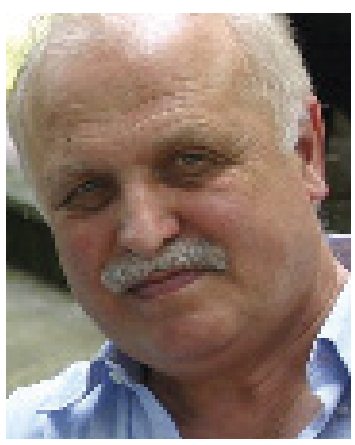
Il terzo Corso intracongressuale, previsto nella giornata di **martedì 16 novembre**, è dedicato ad un altro tema poco esplorato dalla nostra specialità: Sessualità femminile: "quello che il ginecologo deve sapere".
La sessualità è parte integrante della vita e della sua qualità e sono molteplici le condizioni che possono alterare la percezione dell'identità sessuale, della funzione sessuale e della relazione di coppia. Il ginecologo è il medico che, in assoluto, ha più elementi conoscitivi per fare una diagnosi di tipo biologico o psicodinamico, rinviando la paziente, se del caso, ai colleghi di altre specialità. Gli obiettivi di apprendimento includono le caratteristiche etiologiche e fisiopatologiche delle principali disfunzioni sessuali femminili; la semeiologia essenziale (anamnesi ed esame obiettivo) per imparare a riconoscere sintomi e segni peculiari che orientano la diagnosi e la terapia di primo livello sulle basi biologiche delle disfunzioni sessuali femminili (Dsf).
Particolare attenzione è dedicata alla semeiologia dei fattori genitali che, attivando feed-back negativi, possono ridurre il desiderio e l'eccitazione mentale e fisica. Tali fattori, di quasi esclusiva pertinenza ginecologica, possono essere essenziali per risolvere disturbi altrimenti non curabili sul solo piano psicodinamico. Infine, data l'alta prevalenza di violenze e abusi nella nostra popolazione, uno spazio di apprendimento è dedicato alla semeiologia dell'abuso e delle comorbilità psicodinamiche (ansia, depressione), essenziali per cogliere quei fattori che minano alla base la sessualità della donna, e per integrare a livello biologico e psicodinamico la diagnosi e la terapia delle Dsf, con approccio multimodale. Obiettivo finale del corso, rivolto a tutti i ginecologi che lavorano nei consultori familiari e a livello ambulatoriale, ospedaliero e territoriale, pubblico e privato, è arricchire il bagaglio di competenze cliniche per poter affrontare a livello ambulatoriale le basi biologiche delle principali disfunzioni sessuali femminili.

Ginecologia & Terza Età / 1

La SIGITE promuove "l'invecchiamento con successo"

Costante Donati Sarti
Presidente SIGITE
Francesca Fiorillo
Vicepresidente SIGITE

Il genere è la variabile più importante quando si parla di invecchiamento e longevità. Sappiamo che vengono concepiti più maschi che femmine, (120-130 M/100 F) ma i maschi, anche se più robusti, muoiono di più e prima, infatti durante l'età adulta il rapporto si inverte(97 M/100 F) e aumenta progressivamente con l'età, a 60 anni abbiamo 68 U ogni 100 F e a 80 anni 50 U ogni 100 F.
Le donne quindi hanno alla nascita un'aspettativa di vita maggiore dell'uomo, 84 anni contro 79, ma paradossalmente, pur vivendo di più, le donne sono più fragili e sopportano un maggiore carico di patologia e disabilità. Dopo la menopausa, con la perdita della protezione ormonale iniziano i processi degenerativi che determinano l'invecchiamento. Però si può scegliere come invecchiare contrastando l'invecchiamento patologico caratterizzato dalla presenza di malattia e disabilità e perseguendo "l'invecchiamento con successo", che si identifica con un'aspettativa di vita superiore alla media per qualità e durata.
È vero molto dipende dalla genetica, anche se oggi si ritiene che non esistono geni responsabili della senescenza, bensì geni che assicurano la longevità, come alcuni geni che controllano le funzioni riparative cellulari (secondarie a danno ossidativo da radicali liberi) o il *remodelling*, ossia le funzioni adattative di compenso (il sistema insulina/IGF1 si modifica al fine di permettere aggiustamenti energetici ed allungare la vita)
Molto però dipende anche dall'epigenetica, definita come lo studio dei cambiamenti ereditabili dell'espressione genica non causati da cambiamenti delle sequenze del DNA. L'espressione di alcuni geni infatti può essere influenzata da eventi epigenetici quali l'imprinting genomico e l'inattivazione del cromosoma X, processi in cui la metilazione del DNA, il rimodellamento della cromatina tramite la modificazione degli istoni, comporta la soppressione (silencing) dell'espressione del gene. L'assetto epigenotipico non è confinato però alle prime fasi della vita, ma si modifica con l'età, influenzato dall'ambiente e dallo stile di vita.
E appunto un corretto stile di vita, la dieta mediterranea, la restrizione calorica, l'attività fisica rappresentano elementi determinanti per contrastare l'insorgenza del declino funzionale, mantenendo un basso BMI, bassi livelli di trigliceridi, limitando lo stress ossidativo e preservando l'attività insulinica così come i livelli di IGF-1, prevenendo così la comparsa di alcune patologie quali il diabete, la sindrome metabolica e le malattie cardiovascolari che più di altre compromettono la qualità di vita e conducono alla perdita dell'autosufficienza ed alla morte.
Pertanto, se è vero che la genetica ha offerto alle donne una protezione maggiore, avendole fornite di un network riparativo molecolare e cellulare più efficiente e di una notevole capacità adattativa neuroendocrino-immunologica è anche vero che le condizioni ambientali e sociali, fattori di stress esogeno ed endogeno, sottopongono tali sistemi ad un lavoro incessante per contrastare il declino funzionale e/o patologico.
Quindi per promuovere l'invecchiamento con successo andrebbero innanzitutto promossi degli studi di medicina di genere atti a fornire maggiori chiarimenti sui meccanismi che lo determinano diversificati per genere, andrebbe realizzata una maggiore sorveglianza delle condizioni socio-ambientali per ridurre i fattori di stress esogeno ed endogeno e andrebbero corretti gli stili di vita sin dall'infanzia per prevenire nella terza età la comparsa delle malattie degenerative.
Sono proprio queste considerazioni che hanno spinto la Società Italiana di Ginecologia Terza Età (Sigite), in collaborazione con le società scientifiche impegnate a promuovere la salute della donna, a realizzare studi sulla medicina di genere ed interventi educativi atti a prevenire il decadimento funzionale dopo la menopausa.



Costante Donati Sarti

Ginecologia & Terza Età / 2

Società e invecchiamento

Francesca Nocera
Direttivo Società Italiana Ginecologia della Terza Età (Catania)

Il 21° secolo sarà ricordato come il secolo dell'*ageing* ovvero dell'invecchiamento della popolazione a livello mondiale. È difficile in realtà tradurre nella nostra lingua questo concetto che porta in sé differenti e contrastanti chiavi di lettura; se da un lato l'aumento delle aspettative di vita alla nascita è frutto dei grandi progressi della medicina, delle biotecnologie, delle migliorate condizioni di vita quanto meno nelle aree privilegiate del pianeta, dall'altro l'invecchiamento della popolazione è uno dei più maggiori problemi che ci si trovi ad affrontare a livello planetario, per le enormi ricadute sociali ed economiche.
Secondo stime delle Nazioni Unite l'età media nel 2050 a livello mondiale sarà di 38 anni contro i 26 del 1990. In Europa invece la popolazione rispetto alle stime della fine degli anni '90 sarà solo di poco aumentata ma certamente molto più anziana. L'Europa detiene il primato di età media più alta, mentre l'Africa è destinata a restare ancora a lungo il continente "più giovane". Le altre macroaree del Pianeta si collocano in fasce intermedie. In particolare nel nostro Paese abbiamo il record assoluto della popolazione residente con più di 65 anni: 1 su 4 ha più di 65 anni, 1 su 30 ha più di 80 anni, 1 su 4000 è ultracentenario. Da circa 30 anni nel nostro Paese non si ha crescita della popolazione per la concomitanza di riduzione del tasso di natalità e allungamento della vita media ed è noto che, dal punto di vista demografico, la vitalità di una popolazione si misura dalla sua capacità di rinnovarsi.
Il noto concetto del " nido vuoto" è destinato ad essere sostituito da quello della "culla vuota".
Tralasciando i risvolti economici ed occupazionali, l'invecchiamento della popolazione comporta dei costi elevatissima alla voce "spesa sanitaria" su cui incide non l'età in sé ma le condizioni di salute della popolazione e con l'età aumentano le disabilità e le patologie croniche.
In un paese in crisi economica come il nostro, l'anziano rappresenta ancora più una frangia debole e l'ospedale, che è ancora la prima struttura di riferimento anche per il difficile inserimento del soggetto non autosufficiente nella fragile realtà della famiglia di oggi, non è strutturato né dal punto di vista architettonico, né organizzativo, per accoglierlo.
L'assistenza all'anziano, oggi fortemente basata sul " badantato", pone sia in campo medico che sociale la necessità di una formazione a forte impronta gerontologica.

Ginecologia & Terza Età / 3

Aspetti genetici, antropologici

Angelamaria Becorpi
Direttivo Società Italiana Ginecologia della Terza Età (Firenze)

È noto come la maggiore capacità di sopravvivenza della donna rispetto all'uomo sia dovuta a vari fattori: genetici, antropologici, ambientali, immunitari, e soprattutto endocrini, fattori che sottendono in modo diverso, inembricandosi fra loro, al processo di invecchiamento della donna.
Durante l'intero arco dell'esistenza femminile, gli steroidi go-

Depressione post partum. Non lasciamole sole

La depressione post partum colpisce, secondo la letteratura scientifica, circa il 10% delle donne, da 50.000 a 75.000 neomamme l'anno nel nostro Paese, con un costo sociale valutato in circa 500 milioni di euro in 12 mesi. Nonostante questi dati il rischio di sviluppare depressione viene valutato di routine solo dal 30% dai ginecologi durante gli incontri preparto. Dopo, solo nel 45% delle strutture è previsto un monitoraggio delle mamme 'a rischio'. E il tempo dedicato all'informazione prima della dimissione è inadeguato per il 72% dei ginecologi. Tra i campanelli d'allarme al primo posto si trovano episodi di ansia o depressione durante la gravidanza o una storia personale o familiare di depressione (81%). A seguire, precedenti casi di depressione post partum (78%), isolamento o condizioni socioeconomiche svantaggiate (63%) e problemi con il partner (58%).
I casi che richiederebbero un provvedimento di Tso extraospedaliero possono essere valutati in circa 1.000 interventi per anno.
Il ginecologo si afferma come prima figura di riferimento (molto importante per il 63%), rivestono un ruolo chiave anche lo psicologo (59%), l'ostetrica (52%), il medico di famiglia (30%) e il pediatra (24%).
Sono i dati che la Sigo ha raccolto nel corso di un'indagine promossa fra i propri soci e su questa base, ha attivato, già nel 2008, "Non lasciamole sole", una campagna nazionale con l'obiettivo di costruire una rete di protezione per tutelare soprattutto le donne più fragili.
Al tema della Prevenzione e trattamento della depressione in gravidanza e post partum il congresso nazionale ha dedicato un'intera sessione, nella giornata di lunedì 15 novembre, che approfondirà gli aspetti clinici della depressione in gravidanza e nel postpartum, gli interventi farmacologici e psicologici, con una riflessione sulla responsabilità del medico e dello psichiatra nonché sul ruolo della ostetrica nella identificazione della depressione.

nadici giocano indubbiamente un ruolo fondamentale su numerosi e complessi effetti a livello dei vari organi e apparati, condizionando la risposta a meccanismi patogenetici diversi nelle diverse fasi della vita riproduttiva e in particolare nella postmenopausa, con ripercussioni sull'estrinsecarsi di sindromi e patologie degenerative.
D'altra parte è dimostrato come l'esistenza di regioni geneticamente importanti nel determinismo dell'insorgenza di patologie di rilievo nella fase postmenopausale e nella senescenza, quali l'ipertensione arteriosa, l'infarto, gli stati depressivi giochi un ruolo fondamentale nella risposta a stati quali l'ipoestrogenismo. Sappiamo inoltre come la componente genetica correli in maniera significativa con fattori di rischio cardiovascolare: numerosi studi evidenziano come, in media, i geni possono spiegare quasi il 50% della variabilità di parametri quali il livello del colesterolo HDL, oltre il 50% della variabilità di misure antropometriche, quali l'altezza, il peso e la circonferenza della vita, circa il 20% di altri parametri cardiovascolari, parimenti alle variazioni di tratti della personalità. E riguardo all'esistenza di differenze tra i sessi nella componente genetica, mentre le differenze dei parametri fisici, come altezza e peso, tra uomo e donna possono essere considerate quasi scontate, non lo è altrettanto per le differenze nel comportamento e la personalità, influenzate dalle caratteristiche genetiche al 30% per le donne, ma soltanto al 20% per gli uomini.
Indubbiamente l'identificazione dei geni che regolano condizioni patologiche, quali ad esempio l'obesità, può essere considerata elemento di fondamentale interesse nell'approccio della prevenzione nella postmenopausa della patologia cardiovascolare parimenti a quelli che regolano la risposta alle interferenze sul sistema nervoso centrale che la deprivazione estrogenica e i fenomeni di ageing possono determinare.

Gli screening in ostetricia

Come (non) turbare i sogni delle mamme

di Mario Campogrande
Past president Aogoi

"Che bello, c'è proprio!". La prima visita ostetrica, la prima ecografia. "Certo signora, complimenti, la gravidanza è confermata!". "Allora, tutto bene, vero?". "Sì, sì, per ora tutto bene". "Perché per ora?". "Perché sarà necessario effettuare esami, ecografie, controlli, screening…".
Non tutti i colloqui sono certo così in occasione della prima visita, un giorno importante e da moltissime donne considerato bello e felice fino a quel colloquio. Ma, spesso, è così: un "per ora", un "però è necessario…" verbalizzati dal medico con la consuetudine al lavoro in ambulatorio, con freddezza professionale, rappresentano una conclusione dell'incontro non propriamente felice.
Non è forse inutile ricordare che in Italia, sebbene la spesa pubblica per la sanità non raggiunga i livelli di altri Paesi Europei o degli Usa, molte risorse sono diffusamente impiegate, particolarmente in Ostetricia, ma anche in Ginecologia, per l'esecuzione di esami ematologici (morfologici, immunologici, biochimici, infettivologici, ecc.) e strumentali (ecografici, cardiotocografici, ECG, RX, ecc.) orientati verso un generico "controllo" dello stato di salute di madre e feto, o della donna per i problemi ginecologici.
Spesso senza una razionale indicazione si prescrivono ripetuti accertamenti a tutte le donne in gravidanza, confondendo gli elenchi di esami gratuiti, o, meglio, pagati dalla collettività attraverso le Regioni, con il contenuto di Linee Guida o con protocolli studiati e valutati dalla comunità scientifica.
In questo modo sono state estese a tutta la popolazione ostetrica pratiche diagnostiche che erano state introdotte con specifico orientamento clinico, confondendo così il significato ed il valore di importanti mezzi diagnostici con quello degli strumenti e delle metodiche dei programmi di screening.
Si è così avviata, spesso neppure esplicitamente dichiarata, una pratica di screening verso obiettivi non sempre scelti su basi epidemiologiche, con mezzi, test sierologici o esami strumentali, di cui non si conosceva o non si conosce tuttora pienamente il vero significato in termini di sensibilità, specificità, valori predittivi.

Mario Campogrande

Tutto ciò si realizza introducendo, oltre ad una non corretta allocazione delle risorse, elementi di ansia, se non anche di vero e proprio rischio iatrogeno, senza giovamento per la salute pubblica o per la serenità dei medici, che tra l'altro non sono affatto, con questa pratica, meglio protetti dall'incremento di contenzioso giudiziario: una pratica medica non basata sull'evidenza è oggi sempre meno accettata ed accettabile.
È ben noto che il successo di un programma, di un percorso di screening dipende una serie di caratteristiche essenziali: la condizione obiettivo dello screening è un problema sanitario importante, il test di screening è accettabile per la popolazione, il test è valido e affidabile, al risultato positivo può seguire un valido test diagnostico, esistono provvedimenti terapeutici se la diagnosi risulterà positiva, gli obiettivi del programma di screening giustificano i costi.
Sono oltre una trentina gli screening di condizioni patologiche, o di gruppi di condizioni patologiche (gruppo di malattie infettive ad esempio) che vengono proposti alle donne in gravidanza, alla ricerca di malattia in assenza di sintomi, molti orientati alla valutazione delle condizioni del feto. Ed è proprio su questi ultimi, ma non soltanto su questi, che nella odierna pratica ostetrica abbiamo accettato di proporre ed effettuare screening che presentano sensibilità e specificità che in altri settori degli screening non sarebbero accettati facilmente. Specificità a volte basse, *detection rate* non altissime, valori predittivi positivi bassi per la bassa prevalenza della malattia, sono fattori co-

muni nel nostro lavoro quotidiano. E così ci troviamo a proporre, ad esempio, lo screening di anomalie fetali, cromosomiche o strutturali, informando che avremo la possibilità di arrivare poi ad una diagnosi soltanto nel 50%, nel 80-90% dei casi di feti affetti, e ciò, come nello screening delle anomalie cromosomiche, con valori di screening falsi positivi del 5-10%. Significa cioè in questi casi che offriremo poi la diagnosi prenatale invasiva a questa percentuale di donne, è pur vero spiegando loro che soltanto una su 20, una su 60 avrà poi la diagnosi di feto affetto. Abbiamo tuttavia allarmato il 5-10% di tutte le donne gravide! E dobbiamo sommare a queste tutte quelle positive ad altri screening per patologie indipendenti tra loro e tra loro compatibili (ad esempio Toxoplasmosi, Diabete, Emoglobinopatie ecc.), ottenendo, con un calcolo statistico un po' complesso, un 15-20% di future mamme, una su cinque, con un test di screening positivo.

"Ma allora... screening positivo...". "Si tranquillizzi, via. La maggior parte delle donne con screening positivo avrà poi una diagnosi rassicurante!". "Ma io non dormivo, o dormivo malissimo già il giorno prima del test, poi questi giorni in attesa della risposta, e adesso poi!".

L'ansia pre- test, l'ansia in attesa del risultato, l'ansia da test positivo, l'ansia da attesa per i rischi dell'esame prenatale invasivo, l'ansia post esame invasivo, l'attesa del risultato della biopsia coriale o dell'amniocentesi: anche nei casi ad esito buono, con assenza di patologia fetale, sono ben documentati da numerose ricerche psicologiche, e dalla nostra esperienza quotidiana, le ripercussioni negative sulla serenità della mamma che le nostre proposte e le nostre pratiche inducono. E altrettanto documentati sono i dati che ci dicono che anche le migliori delle informazioni fornite non contribuiscono molto a prevenire e ridurre gli stati ansiosi.

"Ma insomma, stiamo soltanto proponendo un controllo periodico alle donne negative alla prima ricerca di anticorpi antitoxoplasma!" Già, ma stiamo proponendo altre notti insonni "Sarò ancora negativa?". E ancora suggeriamo altre indagini, altri turbamenti in un periodo che la futura mamma aveva sognato bellissimo!

Siamo certi che tutte le nostre proposte siano motivate da forti basi scientifiche? Altrove, in Europa e in altri Paesi si comportano tutti così? È giunto probabilmente il momento per una rivisitazione delle nostre proposte di screening.

Sogni d'oro alle mamme!

La donazione del sangue cordonale

Esperienza e crescita dell'attività all'Ospedale Galliera di Genova

Donare il cordone ombelicale: perché? Il cordone ombelicale e il sangue in esso contenuto sono normalmente eliminati dopo il parto. Il prelievo di sangue dal cordone non danneggia né la madre né il neonato in quanto è prelevato quando il cordone è già stato reciso. Il cordone ombelicale è ricco di cellule staminali in grado di riprodursi, qualora trapiantate in un organismo, e di contribuire a curare alcune malattie in particolare del sistema ematopoietico (ad esempio leucemie). Le cellule staminali contenute nel cordone ombelicale possono essere congelate e conservate a scopo trapianto per quei soggetti che non abbiano donatori fra i familiari. Al presente in Italia non è permessa l'istituzione di Banche per la raccolta e conservazione di sangue cordonale dedicato, a scopo preventivo, al donatore stesso (conservazione autologa). È invece è consentita la donazione autologa "dedicata" (cioè donazione per il neonato stesso o per un suo familiare) in caso di evidente indicazione clinica (se ad esempio in famiglia vi è un soggetto affetto da malattia oncoematologica). La ricerca in questo campo è in continua evoluzione, sono già oggi numerose le occasioni di utilizzo di cellule staminali provenienti da donazioni altruistiche.

Pertanto presso il nostro Ospedale, pur effettuando la raccolta per la conservazione autologa, per chi lo richiede, dopo accordi presi con Istituti privati con sede all'estero, caldeggiamo la donazione del sangue cordonale.

La Possibilità di raccolta del sangue cordonale prevede la donazione altruistica, la donazione autologa "dedicata" e la conservazione autologa.

Come donare il cordone ombelicale. La madre che intende aderire al programma deve recarsi presso il Servizio Trasfusionale a partire dalla 34° settimana di gestazione, dove avrà un colloquio con un medico che le sottoporrà i moduli da compilare e si renderà disponibile a qualsiasi chiarimento possa essere necessario.

Il consenso sarà inoltrato alla S.C. di Ostetricia che provvederà a inserirla nella lista delle potenziali donatrici di cordone.

La raccolta viene effettuata al momento del parto (anche se cesareo) se le condizioni cliniche ed organizzative del momento lo consentono. Le condizioni che non consentono il prelievo sono: PROM minore delle 12 ore; febbre il giorno prima, durante o dopo il parto (T uguale o maggiore 38 °).

Felice Repetti

La madre che aderisce al programma accetta di eseguire i test virologici: HIV, HbS Ag, HCV per l'idoneità trasfusionale del cordone al momento del parto e sei mesi dopo in seguito a chiamata. In caso contrario il sangue cordonale non potrà essere utilizzato a scopo trapianto. Dall'audit dell'attività svolta dopo il primo anno di attività abbiamo rilevato i seguenti problemi che hanno limitato il numero di unità effettivamente congelate e idonee alla donazione:

- scarsa informazione circa la possibilità di donare
- prelievi inadeguati
- basso numero di donazioni nella popolazione straniera afferente al punto nascita (20%)

per cui l'attività si è concentrata sull'informazione attraverso opuscoli multilingue distribuiti in più momenti di contatto con le donne nell'ambito del percorso nascita; la partecipazione dei medici del servizio trasfusionale a un incontro del corso di accompagnamento alla nascita allo scopo di sensibilizzare le donne; formazione del personale ostetrico circa le modalità di prelievo e le finalità della donazione.

Dal 1° gennaio 2010 ad oggi sono state inviate alla Liguria Cord Blood Bank 150 unità e sono state criopreservate 31 unità. Con un sensibile aumento rispetto all'anno passato delle unità criopreservate.

Uno spazio dedicato alle novità in tema di bellezza e salute

Ginecologi e ginecologhe attenti alla cura del corpo, alla bellezza come epifenomeno di salute, alle crescenti richieste delle donne sul fronte beauty & antiage saranno sicuramente attratti da questo spazio, collocato ogni giorno tra le 13 e le 14.

I temi sono di sicuro interesse, per cultura personale, per arricchire la riflessione clinica anche su scelte di bellezza attuali e future (le ginecologhe ne saranno entusiaste) oltre che per offrire alle pazienti suggerimenti, consigli e idee che potrebbero essere il fiore all'occhiello di una consulenza ginecologica di alto profilo, attenta non solo a rimuovere patologie ma ad accrescere il benessere psicofisico della donna.

Questo il programma: lunedì 15 novembre, Sala Blu 1, h.13-14: **Ringiovanire il volto: indicazioni e limiti del chirurgo estetico**: quante volte la donna ci chiede un consiglio sull'opportunità di fare o meno una blefaroplastica o un "ritocchino"? Fiorella Donati (Milano), con un'iconografia straordinaria, ci aiuterà a cogliere il limite sottile tra un intervento di qualità, che toglie anni al volto, e le insidie di interventi che hanno perso di vista il rispetto dell'identità e dell'unicità individuale. Quante volte vediamo donne disperate per i drammatici esiti cosmetici di chemioterapie peraltro necessarie? Quanto sarebbe utile poter dar loro dei consigli efficaci per ridurre la devastazione di pelle, mucose e capelli e per migliorare la percezione di sé! In questo ci aiuterà E. Piazza (Milano): **Cosmesi durante la chemioterapia: la bellezza che cura**.

Ugualmente utile sarà la terza relazione su: **Capelli e unghie in bellezza e salute: i segni da decifrare, gli errori da evitare** A. M. Tosti (Bologna). Pragmatica, ci aiuterà a dare risposte si qualità alle moltissime donne che, dall'adolescenza alla vecchiaia, ci chiedono aiuto per problemi di alopecia, capelli sottili o unghie fragili o ammalate da una Candida apparentemente inguaribile.

Martedì 16 novembre, Sala Blu 1, h.13-14, altro appuntamento di interesse, per saperne di più su: **Tattoo e piercing: motivazioni e rischi in ostetricia e ginecologia**. Santo Mercuri (Milano) ci aiuterà a conoscere le molte insidie mediche che piercing e tattoo possono implicare per le nostre pazienti. Innovativo, per i ginecologi, l'orizzonte che si apre sulle possibilità di creare patologia, o di curare, attraverso il tessuti che noi utilizziamo. Nella relazione su **Il tessuto che cura: orizzonti da scrutare,** A. D'Antuono (Bologna) presenterà i dati nella terapia del lichen sclerosus e della Candida grazie a biancheria a base di seta naturale trattata con ammonio quaternario. Questo tessuto è già stato incluso nelle linee guida europee per il trattamento della dermatite atopica, è rimborsato dal servizio sanitario di diversi Paesi europei (tra cui UK e Olanda) per i bambini atopici, ma è ancora (quasi) sconosciuto ai ginecologi italiani, ai quali potrebbe offrire un ulteriore aiuto nella terapia multimodale della Candida, del lichen, ma anche delle intertrigini inguinali e sottomammarie nelle donne anziane e/o obese. Naturalmente, parlando di salute e bellezza, non poteva mancare Riccarda Serri (Milano) che ci aiuterà a leggere il mondo della cosmesi dal punto di vista medico-biologico, con **Cosmesi: i segreti per scegliere il meglio per la bellezza e la salute**. Per la terza giornata di breaking news, (mercoledì 17 novembre, Sala Blu 1, h.13-14) infine, l'orizzonte cambia, per dedicarci ad un'altra area essenziale di benessere per mamma e bambino, con approfondimenti sul fronte dell'allattamento naturale e artificiale, ma anche sugli appassionanti e innovativi orizzonti terapeutici che il colostro può offrire sul fronte della salute. Speaker di alto profilo apriranno per noi una finestra culturale stimolante e adeguata ad un Congresso davvero attento al benessere della donna, a 360°.

Non perdete queste sessioni!

Alessandra Graziottin

AGITE AL CONGRESSO SIGO-AOGOI

AGITE al SIGO 2010

Dalla collaborazione all'integrazione: un fronte unico per una meta comune

di Giovanni Fattorini
Presidente AGITE

La costruzione di percorsi di integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali è la migliore delle offerte che il Ssn può assicurare ai suoi assistiti. Ed è anche la migliore garanzia che i professionisti "della nascita" hanno il diritto di reclamare

L'86° Congresso Sigo-51° Aogoi cade in un momento particolarmente delicato per le sorti della ginecologia italiana. Le recenti polemiche su alcuni casi di cronaca che hanno visto tra i protagonisti medici, ginecologi in particolare, e personale del comparto sanitario e che hanno riguardato alcuni recenti drammatici esiti clinici e ostetrici hanno riproposto alcuni temi di fondo dei rapporti tra la medicina e la società, in particolare sulle caratteristiche e le contraddizioni dell'assistenza ostetrica nel nostro paese.
Tra queste ultime si evidenziano, da una parte, l'eccessivo ricorso alla tecnologia – vedi le percentuali di parti cesarei che caratterizzano ancora il nostro sistema, ma prima ancora l'eccessivo ricorso ad accertamenti non sempre appropriati riconosciuti da tutti come una deriva non opportuna oltre che dispendiosa, e da alcuni addirittura come un rischio potenziale per la salute materno-fetale – dall'altra, esiti ostetrici generali considerati invece da più parti, oltre che da autorevoli sedi scientifiche, come assolutamente buoni. E se è fin troppo facile ribadire che la sfida dei prossimi anni sarà quella di mantenere, e vieppiù migliorare, gli outcome fetali e gli indici di mortalità perinatale e materna, riducendo di pari passo aggressività chirurgica e onnipotenza tecnologica, non è ancora assolutamente chiaro quale dovrà essere la strategia per ottenere questa sintesi.
Nel frattempo nessuno, a partire dalle donne e dall'opinione pubblica, è disposta a rinunciare ai vantaggi contraddittori, ma reali, di una ostetricia così medicalizzata.
È proprio questo l'obiettivo che si pone a tutti noi: consolidare i risultati raggiunti, implementarli, svilupparli in termini nuovi (più comfort e libertà, più consapevolezza e dignità per le donne, più chance per la salute dei bambini), stabilendo nel frattempo una nuovo patto tra medici e pazienti, tra i curanti e le donne, le coppie, le famiglie.
Se questa è la meta comune, alcune cose si possono fare subito. Innanzi tutto contribuire a ridurre la sfiducia nel sistema sanitario pubblico in quanto universo di regole, patrimonio di scienza ed esperienza accumulata, organo in grado di evolversi migliorando le sue perfomance.
In secondo luogo, contribuire a ridurre la sfiducia nei confronti del singolo operatore sanitario, medico, ostetrica o infermiere che sia, a scapito di una esagerata e irrazionale fiducia nella tecnologia medica considerata di per sé onnipotente e quindi in grado di risolvere sempre tutto sempre che sia sapientemente applicata.
In terzo luogo, mettere tutti in guardia dal pericoloso emergere, non di un sacrosanto diritto di coinvolgimento e informazione da parte degli utenti, ma di irresponsabili pretese che vorrebbero sostituirsi alla libera e complessa dialettica della relazione tra il medico e il paziente.
Per cominciare ad ottenere questi risultati vanno perseguiti alcuni obiettivi che ci auguriamo possano essere messi al centro dell'attenzione del Congresso che, insieme al raggiungimento di risultati scientifici importanti, non può sottrarsi al compito di svolgere in questo momento anche un ruolo di orientamento culturale, scientifico ed etico per tutti i ginecologi italiani.
Tra questi obiettivi vi è sicuramente il necessario superamento delle permanenti difficoltà a raccogliere in un fronte unico tutti gli operatori, che possono anche avere orientamenti diversi nell'affrontare temi così complessi, ma che dovrebbero avere unanimità di parere e di comportamento su questioni che riguardano l'etica personale e la deontologia professionale.

La nostra presenza al Congresso

L'Agite si presenta a questo appuntamento, innanzitutto, con la piena coscienza di fare parte della comunità scientifica della ginecologia italiana e di avere le carte in regola per dare un contributo alla risoluzione dei problemi che abbiamo segnalato.
Per quanto riguarda l'aspetto più strettamente scientifico, Agite, in collaborazione con la società italiana di Uroginecologia, presenterà uno dei Corsi Precongressuali dedicati alle problematiche legate alla valutazione e al trattamento delle disfunzioni proprie del pavimento pelvico: "Dalla Semeiotica alla riabilitazione del pavimento pelvico", dedicato a tutti gli operatori che ritengono fondamentale una valutazione appropriata di questa che non può più essere considerata una semplice struttura anatomica.
Nella sessione a cura della Smic inoltre verrà presentata la versione definitiva della "Cartella dedicata agli adolescenti" frutto di un gruppo di lavoro composto da operatori appartenenti ad Agite-Smic-Sigia e che le tre Società propongono come strumento di lavoro a tutti i Consultori Familiari dedicati agli adolescenti. La presentazione sarà sicuramente un occasione di dibattito per tutti coloro che si interessano di problematiche legate alla condizione giovanile nel nostro paese.
Saremo poi presenti in una sessione congiunta con i colleghi di Aogoi, che affronterà il tema dei rapporti tra le strutture territoriali e quelle ospedaliere e che opportunamente abbiamo chiamato "Dalla diffidenza alla collaborazione e dalla collaborazione all'integrazione", proprio a significare che costruire percorsi di integrazione tra operatori e culture in parte differenti, ma convergenti verso gli stessi obiettivi, possa dare un contributo importante a migliorare la qualità dell'assistenza, a ridurre l'interventismo senza mettere a discapito la salute della madre e del bambino.
Non è del tutto casuale che nelle realtà dove questo si è non solo predicato, ma si è cominciato realmente a praticare, la qualità complessiva risulta più elevata e l'intreccio (ci riferiamo a quello non trasparente tra doveri pubblici e comportamenti privati) risulta meno pervasivo.
Una buona assistenza nel corso della gravidanza svolta nei presidi territoriali (attività clinica ambulatoriale associata ai corsi di accompagnamento alla nascita e ad altri interventi volti a promuovere consapevolezza ed *empowerment* tra le donne), insieme alla esaltazione di valori che possono essere trasmessi da personale ancora appassionato al proprio lavoro – medici, ostetriche, personale infermieristico – può favorire insieme al miglioramento degli outcome ostetrici, come alcuni lavori hanno già dimostrato, anche un miglioramento del clima nei rapporti tra personale sanitario, le donne, le istituzioni sanitarie nel loro complesso.
Una integrazione feconda tra strutture ospedaliere e territoriali non riduce di per sé il numero dei cesarei, che non dovrebbe costituire peraltro l'obiettivo fondamentale di un buon modello assistenziale bensì solo una sua conseguenza naturale, ma contribuisce sicuramente a rendere più rassicurante, meno solitaria l'esperienza della gravidanza oltre ad incrementare fiducia e cooperazione terapeutica tra tutti i protagonisti dell'evento, aumentando la probabilità di esiti più fausti per la mamma e per il bambino.
Questo forse non siamo ancora in grado di poterlo provare con assoluta certezza, ma se questa impostazione dovesse, come ci auguriamo, svilupparsi in tutte le regioni italiane i risultati, ne siamo certi, non dovrebbero mancare. Credo che avere a disposizione un modello che prevede ruoli chiari, procedure condivise, responsabilità certe, sia nella fase che precede il parto, sia nel momento del travaglio, del parto, sia nel puerperio e allattamento, costituisca la migliore delle offerte che il Ssn possa assicurare ai suoi assistiti ed insieme la migliore garanzia professionale e anche legale che i professionisti "della nascita" hanno il diritto di reclamare.
Il tema del rapporto tra le attività ospedaliere e quelle territoriali non si ferma al tema della nascita, ma coinvolge altri grandi temi che riguardano la salute della donna, si pensi, tra gli altri, a quelle patologie anche importanti che richiedono un approccio chirurgico "minore" e a quelle che richiedono un iter diagnostico, complesso e pluridisciplinare. Anche per queste, appropriatezza, qualità assistenziale ed efficienza possono essere principi non antitetici e concorrere, se virtuosamente applicati, ad incrementare l'efficacia dell'intervento sanitario, la soddisfazione della paziente, le gratificazioni e le garanzie del sanitario.
Percorsi condivisi tra reparti ospedalieri, rete consultoriale, strutture ambulatoriali specialistiche che prevedano un approccio razionale al tema del dolore pelvico cronico, alle patologie della statica pelvica, alla patologia preneoplastica, alla sterilità (gli esempi potrebbero continuare…), non dovrebbero costituire l'eccezione, ma la regola. Alla diagnosi e al trattamento di quelle patologie che possono già oggi essere trattate in strutture in cui non sia previsto il ricovero ordinario è dedicata una seconda sessione che la nostra Associazione ha organizzato nel corso del Congresso: "Ginecologia preventiva extraospedaliera: diagnostica strumentale e chirurgia ambulatoriale", che vedrà impegnati operatori ed esperienze già attive nella realtà italiana da molti anni.
Infine la presenza di molti relatori iscritti alla associazione in altri importanti momenti del Congresso costituisce un'ulteriore riprova della autorevolezza che la nostra Associazione si è conquistata a soli tre anni dalla sua costituzione.
A conclusione, un sincero ringraziamento alla Presidenza del Congresso, in particolare al Professor Nicola Natale, e un augurio a tutti per il miglior successo del Congresso.

La ginecologia tra Ospedale e Territorio: il progetto Agite/Aogoi

Ripensare il nostro ruolo, nella prospettiva di un profondo cambiamento

di Sandro M. Viglino
Vice Presidente AOGOI, Vice Presidente AGITE

Ripensare il nostro ruolo, anche, e soprattutto, nella prospettiva di quello che potremmo essere chiamati a svolgere. È questo lo spirito del nostro progetto di riorganizzazione della Ginecologia territoriale. Un progetto che interessa non solo chi lavora sul territorio ma tutta la nostra categoria

A volte i momenti di crisi hanno il vantaggio di spingere la società che ne è afflitta a riflessioni e ad analisi da cui ripartire e ripensare l'organizzazione di sistemi e strutture. Questa considerazione di base può essere applicata a quanto sta avvenendo da un po' di tempo nel sistema sanitario italiano che, dopo più di trent'anni dall'approvazione della legge 833 di Riforma sanitaria, appare affaticato e appesantito da troppi sprechi, da troppa burocrazia e dalla mancanza di una reale volontà di controllo e di rigore che i Governi che si sono succeduti non hanno saputo o voluto esercitare. Sta di fatto che, complice la grave crisi economica internazionale, ci troviamo tutti, operatori e cittadini, a fare i conti con risorse sempre più risicate per tenere in piedi uno dei servizi sanitari migliori al mondo. Ovviamente anche il settore materno-infantile sta adattandosi, tra proteste e rassegnazioni, ad un cambiamento profondo del modo di guardare al proprio lavoro anche e soprattutto in prospettiva.

La necessità di tagliare unità operative di Ginecologia e Ostetricia accorpandole o addirittura sopprimendole al fine di ridurre i costi impone a tutti noi di ripensare il nostro ruolo anche in funzione di quello che potremmo essere chiamati a svolgere. Eliminare reparti, accorpare unità operative, tagliare organici, ridurre il turn over del personale, trasferire risorse materiali sul Territorio significa dover ripensare l'organizzazione della Ginecologia tutta e di quella territoriale in particolare. Per questi motivi, già da un po' di tempo Agite (e, in particolare, il sottoscritto e Gianni Fattorini sempre sostenuti dalla lungimiranza di Antonio Chiàntera) sta lavorando ad un Progetto di riorganizzazione della Ginecologia territoriale che a tutta prima sembra coinvolgere soltanto chi lavora sul territorio ma, a ben guardare, finisce per interessare tutta la nostra categoria. Abbiamo già presentato dettagliatamente questo Progetto nel n. 4 di *GynecoAogoi* di quest'anno ma mi sembra utile riprenderlo nei punti salienti, così come è stato presentato lo scorso 20 luglio al presidente della Commissione Sanità del Senato sen. Antonio Tomassini. In quell'occasione, e successivamente per iscritto, abbiamo ottenuto un serio impegno a prendere in considerazione la nostra proposta al fine di individuare le modalità migliori per concretizzarla. Al di là degli aspetti meramente organizzativi, mi pare utile sottolineare come nel progetto venga ribadita la necessità che anche le UU.OO. di Ginecologia territoriale siano autonome (Ginecologia Preventiva) o per lo meno entrino a far parte del Dipartimento materno-infantile diretto dal primario dell'U.O. ospedaliera e che anche quelle consultoriali abbiano alla direzione dirigenti medici (ginecologi o pediatri).

Lo scarso interesse che i ginecologi ospedalieri hanno sempre mostrato nei confronti della Ginecologia territoriale è uno dei motivi per cui spesso la direzione di queste ultime UU.OO. è stata affidata ad altre figure professionali (psicologi, igienisti, ecc.). Anche per questo, per indurre gli amministratori ad un diverso comportamento nell'affidare la gestione e la direzione di strutture dove operano ginecologi territoriali, Aogoi deve essere presente e vicina a questi ultimi.

I 6 punti del nostro progetto

Questi di seguito riportati sono in estrema sintesi i punti nei quali si articola il nostro Progetto:

1. Uniformare sul territorio nazionale l'organizzazione delle attività consultoriali che dovrebbero essere strutturate come Unità Operative Complesse, dirette da una figura Dirigente del comparto sanitario (Medico con specializzazione attinente alle attività consultoriali).
2. Integrazione armonica tra le funzioni svolte dai Distretti sanitari e le UU.OO. Attività consultoriali circa la gestione del personale e le attività più specificamente ambulatoriali da parte del personale laureato (medico e non).
3. Istituire UU.OO. complesse di Ginecologia Preventiva che, a livello sovra e interdistrettuale, coordinino le attività ginecologiche territoriali (consultori e piastre poliambulatoriali) raccordando le funzioni svolte dal Territorio con quelle dell'Ospedale e creando un circuito virtuoso Territorio/Ospedale per quel che attiene alle prestazioni diagnostico-terapeutiche di II e III livello.
4. Tutto ciò (specie nelle Asl di maggiori dimensioni) dovrà essere comunque concepito nell'ambito del Dipartimento materno-infantile, affidato a personale medico apicale (II livello dirigenziale).
5. A questo proposito si dovranno potenziare tutte quelle funzioni e prestazioni di II livello (pacchetti di prestazioni ambulatoriali complesse o PAC, attività di day surgery o di day service, ecc.) che possono essere trasferite e svolte in modo appropriato sul Territorio.
6. Si rende altresì necessaria una revisione ed un aggiornamento costante dell'attuale POMI (aprile 2000 relativo al Piano sanitario nazionale triennio 1998-2000) contestualmente ai diversi Psn che verranno via via concepiti.

Oltre a tutto ciò occorre sensibilizzare i decisori anche in relazione a:

- *Revisione del "tempario" per l'ambulatorio ginecologico*
  Nonostante l'orientamento della medicina moderna sia in direzione di una sempre maggiore umanizzazione del rapporto medico paziente, in alcune realtà regionali la visita ostetrico-ginecologica ambulatoriale è regolata secondo criteri che non tengono conto della specificità di questo tipo di consultazione specialistica. Questo comporta nessuna possibilità di realizzare un effettivo rapporto empatico con la donna nell'ambito di una visita emotivamente importante e l'impossibilità di indagare l'eventuale disagio che spesso è alla base di patologie della sfera genitale a causa di un'indagine anamnestica necessariamente frettolosa. Pertanto si valuta che il tempo da dedicare a questo tipo di consulenza sia da individuare, uniformandolo, in 30'.
- *Riconoscimento ed estensione della funzione didattica, formativa e di tutoraggio a parte delle strutture ospedaliere e territoriali.*

Trasferire competenze didattiche e formative alle strutture ospedaliere e a quelle ambulatoriali del territorio (secondo criteri strettamente selettivi basati sulle funzioni cliniche specificamente svolte e sulla produzione scientifica) consentirebbe di riconoscere dignità formativa anche a quelle realtà ospedaliere e territoriali dove vengono realizzate esperienze lavorative e speculative utili alla preparazione dei futuri specialisti (e anche dei medici di medicina generale).

Se Agite, in sintonia e con il fondamentale aiuto di Aogoi, riuscirà a raggiungere anche solo in parte questi suoi obiettivi realizzerà, per la prima volta nella storia del nostro sistema sanitario, un percorso che non sarebbe esagerato definire rivoluzionario. Auguriamoci tutti buona fortuna!

AGITE AL CONGRESSO SIGO-AOGOI

Convenzione assicurativa per gli iscritti AGITE

La nuova convenzione è pronta. Finalmente ci siamo!

Dopo anni di lavoro associativo per avere un ventaglio di polizze mirate alle esigenze del ginecologo che eserciti la professione sul territorio, finalmente ci siamo!
Annunciamo la Convenzione per gli iscritti AGITE con il broker F&C per una copertura asicurativa che contempli le varie attività, luoghi e contratti del ginecologo territoriale

Normalmente le polizze per ginecologi mirano a garanzie per le condizioni tipiche dell'alto rischio, che nel nostro settore sono legate al parto e agli interventi chirurgici maggiori o per oncologia. Tutte le compagnie assicurative, nazionali e internazionali, non distinguono le diverse responsabilità tra un ginecologo ospedaliero o ambulatoriale; è la classe professionale che viene considerata ad alto rischio. Noi abbiamo individuato due livelli di rischio, che escludendo anche la copertura del parto e degli interventi, se prese in considerazione esprimono un rischio inferiore e necessariamente premi più bassi. Ancora di più se, come in queste polizze, si distingue tra attività non invasive e/o invasive, anch'esse corrispondenti a rischi e premi che abbiamo differenziato. In terzo luogo, fornire, compresa integralmente nel premio per colpa lieve anche la colpa grave, equivale a un risparmio netto di 575 euro. Ricordo che le Asl coprono tutti i medici con una polizza di colpa lieve, potendosi rivalere nei confronti del professionista nel malaugurato caso di colpa grave.

Un ventaglio di nuove soluzioni

Non è compito di questo articolo dettagliare il premio collegato ai diversi massimali e alle diverse polizze, ma è opportuno fare di conto almeno per la tipologia assicurativa che non c'era, quella per il ginecologo consultoriale o ambulatoriale pubblico che abbia anche un'attività privata, magari (per esempio) con attività di ecografia ginecologica e ostetrica (ma sono comprese altre attività diagnostiche e terapeutiche definite come non invasive – vedi sito di Agite).
Per un massimale di € 1.000.0000 il premio annuale (rateabile in 10 mesi) è di € 1.440 che, comprendendo la quota di colpa grave (€ 575), fa pagare la colpa lieve solo € 875. Il premio è inferiore di 2-3 volte alla maggior parte di molte polizze pagate da molti di noi. La nuova convenzione è appena stata firmata e sul nostro sito ancora risulta il premio della precedente convenzione che, sempre per un massimale di € 1.000.000 solo per colpa lieve, comportava un premio di € 1.950. Un premio che, non comprendendo la copertura della colpa grave e non differenziando i diversi rischi, costava annualmente ben € 1.075 in più per il caso preso ad esempio.
Si tratta veramente di un ottimo risultato, frutto di 3 mesi di differenziazioni tecniche e contrattazioni con i broker F&C, che però vede altre polizze di estremo interesse, anche quando non altrettanto vantaggiose dal punto di vista economico. Per esempio la polizza solo per colpa grave per € 576 ha un massimale di 2.500.000, ma fornisce contemporaneamente le spese peritali e legali e la garanzia illimitata sia postuma che pregressa. È ovvio che queste polizze si riferiscono alle potenzialità della nostra categoria professionale ma richiederanno di essere sostenute, per essere confermate nel tempo, dalla adesione di una grossa massa critica di colleghi, anche se sparsi sulle 5 polizze piuttosto che su una sola.

AGITE si rinnova

Dopo solo 3 anni di vita l'Associazione Ginecologi Territoriali si rinnova e si radica nel territorio con responsabili regionali.
Nell'assemblea tenuta a Napoli all'interno di Castel dell'Ovo, il 16 aprile 2010, il Consiglio di presidenza si è così modificato: il presidente dell'Associazione è ora Giovanni Fattorini (Bologna), Sandro Viglino è il vicepresidente (Genova), ad affiancarli nella guida dell'Associazione sarà il past president Maurizio Orlandella. Il nuovo segretario Agite è Marina Toschi (Perugia) e le new entries nel CdP sono: Lucia Bagnoli (Arezzo), Rita Corina (Matera) e Rosanna Palmiotto (Udine). Carlo Maria Stigliano è tesoriere.
Sono colleghe e i colleghi che lavorano sia nei Consultori e nei poliambulatori sia nel privato, a coprire tutte le diverse facce del lavoro nel territorio e con una equa distribuzione di genere. Siamo infatti al 50% della rappresentanza tra uomini e donne. Questo anche tra i rappresentati regionali che sono:

Piemonte	Claudia De Agatone	(Alessandria)
Liguria	Renzo Contin	(Savona)
Lombardia	Maurizio Orlandella	(Milano)
Emilia Romagna	M Dirce Vezzani	(Modena)
Toscana	Barbara Del bravo	(Pisa)
Marche	A.M. Caporaletti	(Urbino)
Umbria	M.T. Urbani	(Orvieto)
Lazio	M. Paola Sprecavisciole	(Roma)
Campania	M Gabriella De Silvio	(Salerno)
Molise	Ignazia Roccu	(Campobasso)
Basilicata	Antonio Amorosi	(Potenza)
Calabria	Rosa Barretta	(Cosenza)
Puglia	Annunziata Marra	(Lecce)
Sicilia	Francesca Cappello	(Palermo)

Troverete i loro ulteriori riferimenti nel sito www.agite.eu, anche questo con nuovi contenuti.

WWW.AGITE.EU

A breve, sui prossimi numeri di *GynecoAogoi*, vi illustreremo le diverse polizze, le cui schede sono già reperibili sul sito di Agite www.agite.eu nella home page.
Il sito riporterà a breve un glossario che entri nelle complessità dei termini assicurativi, con i riferimenti di posta elettronica e telefonici per suggerimenti sulle polizze più adatte e informazioni sulle modalità di disdetta dei precedenti contratti.
Al Congresso Sigo troverete personale informato sulla Convenzione Agite al banco della segreteria Aogoi.
Il nostro sforzo é l'"aggregazione": solo con i numeri determinati dall'unione in lobby positiva sarà possibile difendere gli interessi comuni dei ginecologi territoriali. Dal punto di vista economico, normativo e assicurativo.

La salute in tavola

PROGETTO DI VALORIZZAZIONE DELLA DIETA MEDITERRANEA E DELLO STILE ALIMENTARE ITALIANO

Mediterranean style: *più sani, più a lungo*

Il progetto, voluto dal Ministero delle Politiche Agricole Alimentari e Forestali, è promosso da Federsanità Anci con Buonitalia per valorizzare la dieta mediterranea e lo stile alimentare italiano, da sostener sul territorio nazionale e da diffondere sul mercato Usa

La tradizione alimentare italiana, con le sue molteplici declinazioni regionali e attraverso la sapiente ed equilibrata miscela di diversi ingredienti e modalità di preparazione, è ormai riconosciuta universalmente quale dieta di riferimento per coloro che desiderano coniugare buon gusto e salute a tavola. La dieta mediterranea è così diventata uno stile alimentare ideale, consigliato da tutti i nutrizionisti e per questo candidato a diventare patrimonio immateriale dell'Umanità su indicazione dell'Unesco. Ulteriore caratteristica della dieta mediterranea è la tipicità dei prodotti agroalimentari "made in Italy", legati indissolubilmente alle caratteristiche del territorio. Da un punto di vista epidemiologico, la dieta mediterranea è un efficace strumento di riduzione delle patologie metaboliche, il cui danno sociale per la diffusione della loro incidenza è statisticamente dimostrato. Infatti, secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità l'86% dei decessi, il 77% della perdita di anni di vita in buona salute e il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia sono causate da alcune patologie (malattie cardiovascolari, diabete mellito, malattie respiratorie croniche) che hanno in comune fattori modificabili, come l'obesità e il sovrappeso, l'abuso di alcol, lo scarso consumo di alimenti quali frutta e verdura, la sedentarietà, l'eccesso di grassi nel sangue e l'ipertensione arteriosa.

Ma cosa sanno gli italiani della dieta mediterranea? Esiste un paradosso, per cui se da un lato l'Italia è il paese con una percentuale tra le più alte di speranza di vita (82 anni) – e questo lo si deve oltre che al nostro servizio sanitario nazionale anche ad un'alimentazione che si è dimostrata uno dei pilastri fondamentali per la prevenzione di patologie dismetaboliche – dall'altro c'è una scarsa consapevolezza da parte dei cittadini dei risultati raggiunti in questi ultimi trent'anni in termine di benessere e qualità della vita. Per questo Federsanità ha ritenuto importante proporre un progetto che puntasse a promuovere e divulgare gli elementi che sono alla base della dieta mediterranea in Italia e all'estero, dove è vista come un modello di educazione ad una corretta alimentazione per la prevenzione di patologie che in molti paesi – specie nel Nord America – rappresentano la prima causa di mortalità.

Federsanità Anci

Associazione Nazionale Comuni Italiani, organizza Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere e le Conferenze dei Sindaci, agisce come strumento istituzionale sul piano della rappresentanza per i Comuni per assicurare i percorsi di integrazione sociosanitaria e socio assistenziale; opera come centro di elaborazione culturale di politiche della salute sui territori. I principali obiettivi sono: attivare i rapporti necessari con gli organi dello Stato, delle Regioni e con le istituzioni per concorrere allo sviluppo della qualità ed efficacia delle politiche sanitarie e di welfare; assicurare la rappresentanza degli operatori della sanità al fine di concorrere alle decisioni pubbliche in materia sanitaria e sociale; individuare linee di indirizzo e di coordinamento delle attività degli enti associati; promuovere iniziative culturali, di studio e di proposta e attivare organismi di assistenza tecnico-giuridica agli associati. Le finalità che persegue Federsanità Anci sono una serie di progetti in collaborazione con i Comuni volti alla diffusione di temi legati alla prevenzione, alla cultura del benessere, degli stili di vita corretti, ecc. i cui destinatari sono gli "orientatori comportamentali", ovvero professionisti che per la loro attività possono influenzare il comportamento del cittadino consumatore: Comunità medico scientifiche, Enti locali ed Operatori informazione.

Ma definiamo meglio cosa è la dieta mediterranea. Pane, pasta, legumi, olio extravergine di oliva, verdure, pesce azzurro, frutta e vino, sono gli alimenti base, prodotti nel nostro paese, del nostro regime alimentare tradizionale che notoriamente, grazie alla rigida legislazione ed ai controlli, è tra i più sicuri al mondo e dove i marchi DOP e IGP garantiscono qualità e sapori tipicamente *italian style*. Questo vuol dire che sostenendo la dieta mediterranea si sostiene anche quel ricco patrimonio delle tipicità agroalimentari che costituiscono una costellazione di valori e offerte rivolte al consumo unica al mondo. "Non c'è investimento economico, per quanto ingente, che possa dare frutti senza un'educazione alla responsabilizzazione del cittadino in termini di corretti stili di vita". Con queste parole **Angelo Lino Del Favero**, presidente di Federsanità Anci, spiega il progetto: "Riteniamo fondamentale promuovere iniziative che puntino a divulgare i vantaggi, in termini di tutela della salute, degli elementi che sono alla base di una corretta alimentazione. In questa direzione va il nostro progetto al fine di promuovere questo modello alimentare sul territorio nazionale e, allo stesso tempo, diffonderlo sui mercati internazionali, in particolare su quello nord americano, dove alcune patologie legate ad uno sbagliato stile di vita rappresentano la prima causa di mortalità".

Per ulteriori informazioni consultare il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto

Depositato presso l'AIFA in data 08/07/2010

Falvin® T 1000 mg

fenticonazolo nitrato

Azione ad ampio spettro

Falvin T 1000 mg è efficace nelle candidiasi vaginali, nelle tricomoniasi vaginali e nelle infezioni miste da **T**richomonas vaginalis e da **C**andida albicans.
Un ovulo da 1000 mg seguito, se necessario, da una seconda somministrazione.

Ovuli da 1000 mg, astuccio da 2 ovuli
Prezzo €14,50 soggetto a possibili variazioni
Medicinale soggetto a prescrizione medica

CLASSE C

RECORDATI

Falvin®T

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. Denominazione del medicinale
FALVIN T.

2. Composizione qualitativa e quantitativa
Principio attivo: fenticonazolo nitrato 1000 mg.

3. Forma farmaceutica
Ovuli.

4. Informazioni cliniche

4.1 Indicazioni terapeutiche Terapia della tricomoniasi vaginale. Infezioni vaginali sostenute in forma mista da *Trichomonas vaginalis* e *Candida albicans*. Candidosi delle mucose genitali (vulvovaginiti, colpiti, fluor infettivo).

4.2 Posologia e modo di somministrazione Nelle infezioni vaginali da *Trichomonas* ed in quelle miste (*Trichomonas* + *Candida*) si consiglia di applicare 1 ovulo da 1000 mg seguito da una seconda applicazione dopo 24 ore, se necessario. Nelle infezioni da *Candida*: 1 ovulo da 1000 mg la sera in unica somministrazione. In caso di persistenza della sintomatologia, può essere ripetuta dopo 3 giorni una seconda somministrazione. Gli ovuli vanno introdotti profondamente in vagina, fino a livello dei fornici.

4.3 Controindicazioni Ipersensibilità accertata verso il prodotto. Gravidanza.

4.4 Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso Al momento dell'introduzione endovaginale si può riscontrare una modesta sensazione di bruciore che scompare rapidamente.

4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme d'interazione Nessuna conosciuta.

4.6 Gravidanza e allattamento Benché l'assorbimento vaginale di fenticonazolo sia piuttosto scarso, il preparato non deve essere usato in gravidanza.

4.7 Effetti sulla capacità di guidare e di usare macchinari Nulla da segnalare.

4.8 Effetti indesiderati Il FALVIN-T è generalmente ben tollerato sulle mucose. Solo eccezionalmente sono state segnalate lievi e transitorie reazioni eritematose. In caso di reazioni da ipersensibilità o di sviluppo di microorganismi resistenti occorre interrompere il trattamento. Il FALVIN-T nelle condizioni d'impiego consigliate viene solo scarsamente assorbito, per cui possono escludersi ripercussioni di carattere sistemico.

4.9 Sovradosaggio Nulla da segnalare.

5. Proprietà farmacologiche

5.1 Proprietà farmacodinamiche FALVIN-T è un antimicotico ad ampio spettro. - *In vitro:* elevata attività fungistatica e fungicida sui dermatofiti (tutte le specie di *Trichophyton*, *Microsporum, Epidermophyton*), sulla *Candida albicans* e sugli altri agenti delle infezioni micotiche della pelle e delle mucose; - *in vivo:* guarigione in 7 giorni delle micosi cutanee da dermatofiti e da Candida nella cavia. FALVIN-T ha inoltre azione antibatterica su microorganismi Gram-positivi. Il fenticonazolo si è inoltre dimostrato attivo, sia *in vivo* che *in vitro*, sul Trichomonas vaginalis. Meccanismo d'azione presunto: blocco di enzimi ossidanti con accumulo di perossidi e necrosi della cellula fungina; azione diretta sulla membrana.

5.2 Proprietà farmacocinetiche Dalle prove di farmacocinetica è risultato un assorbimento del tutto trascurabile per via transcutanea, sia nell'animale che nell'uomo.

5.3 Dati preclinici di sicurezza Tossicità acuta DL50 topo: os > 3000 mg/Kg; i.p. 1276 mg/Kg (M), 1265 mg/Kg (F); DL50 ratto: os > 3000 mg/Kg; s.c. > 750 mg/Kg; i.p. 440 mg/Kg (M), 309 mg/Kg (F). Tossicità cronica: 40-80-160 mg/Kg/die os per 6 mesi nel ratto e nel cane sono stati ben tollerati, salvo manifestazioni di tossicità generale di grado lieve o moderato (nel ratto un aumento del peso del fegato alla dose di 160 mg/Kg comunque senza alterazioni istopatologiche e nel cane un transitorio aumento di SGPT alle dosi di 80 e 160 mg/Kg associato ad un aumento del peso del fegato). FALVIN-T non interferisce con le funzioni degli organi sessuali femminili e maschili nè possiede effetti sulle prime fasi della riproduzione. Dagli studi di tossicità riproduttiva è risultato, così come per altri imidazolici, un effetto embrioletale che si manifesta soltanto ad alte dosi per os (> 20 mg/Kg), 20-60 volte superiori alla dose assorbita per via vaginale nella donna. FALVIN-T non ha mostrato proprietà teratogene nei ratti e nei conigli. FALVIN-T non è risultato mutageno in 6 test di mutagenesi. La tollerabilità di FALVIN-T è stata soddisfacente nelle cavie e nei conigli. I risultati ottenuti nel maiale nano, la cui cute è morfologicamente e funzionalmente simile a quella umana e generalmente mostra una marcata sensibilità a diversi agenti irritanti, sono apparsi eccellenti. FALVIN-T non ha mostrato alcuna evidenza di sensibilizzazione, fototossicità e fotoallergia.

6. Informazioni farmaceutiche

6.1 Lista degli eccipienti Paraffina liquida, vaselina bianca, lecitina di soia, gelatina, glicerina, titanio diossido, sodio etile idrossibenzoato, sodio propile idrossibenzoato.

6.2 Incompatibilità Nessuna.

6.3 Validità 36 mesi.

6.4 Speciali precauzioni per la conservazione
Non conservare al di sopra di 25°C.

6.5 Natura e capacità del contenitore Blister di PVC/PVDC e alluminio. Ovuli da 1000 mg, astuccio da 2.

6.6 Istruzioni per l'uso Vedi punto 4.2 Posologia e modo di somministrazione

7. Titolare dell'Autorizzazione all'Immissione in Commercio
Recordati Industria Chimica e Farmaceutica S.p.A. - Via M. Civitali, 1 – 20148 Milano.

8. Numero dell'Autorizzazione all'Immissione in Commercio
A.I.C. n. 025982202.

9. Data di prima autorizzazione/rinnovo dell'autorizzazione
01.07.1992/01.06.2005

10. Data di (parziale) revisione del testo
Giugno 2007

RECORDATI

Antiossidanti e precursori energetici per migliorare la qualità dello sperma

Dai supplementi di nuova generazione un aiuto alla fertilità

di Mauro Costa

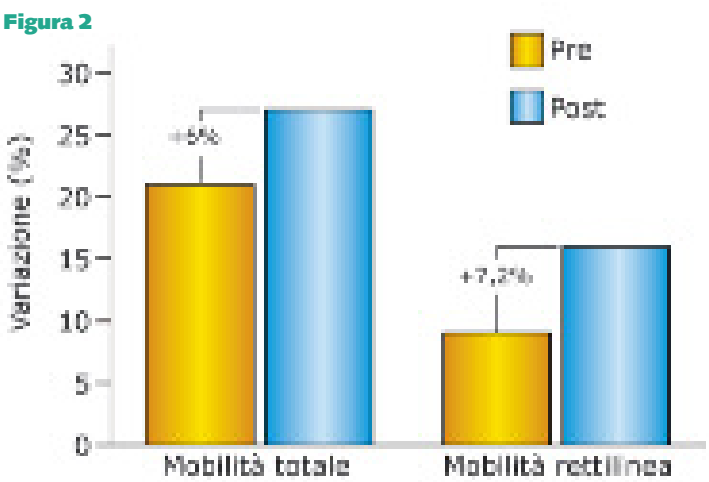
L'infertilità maschile resta un campo vasto e in parte inesplorato del sapere medico, ma, con l'aumento delle conoscenze sulla fisiopatologia spermatica e la disponibilità di efficaci preparazioni "nutriceutiche", possiamo contare su una arma in più per aumentare la chance di ottenere il concepimento. Che è l'end point primario della nostra azione

La riduzione delle nascite, che da oltre mezzo secolo affligge tutte le società ad economia avanzata, vede la sua origine in fattori sociali e culturali, in particolare la possibilità di controllare la fertilità e la scelta di pianificare la prima maternità in età più avanzata che in passato. Su tali fattori di contrazione della fecondità si innestano anche fattori più propriamente patologici di diminuzione della fertilità, un tempo inesistenti nel panorama della eziopatogenesi dell'infertilità (errori alimentari, droghe ricreative, esposizione a sostanze tossiche ambientali e professionali ecc). La risultante di questo amalgama di fattori di rischio è che, superati i 30-35 anni di età, la donna vede ridurre il proprio potenziale procreativo di 1.5 volte rispetto alla decade precedente, mentre l'uomo a partire dai 30 anni va incontro al progressivo, seppur lento, peggioramento della qualità dello sperma. Stime prudenti suggeriscono che circa il 20% delle coppie in cui la donna è nella fascia di età 25-40 anni abbia manifestato o presenti problemi di fertilità. In realtà, le cause di ipofertilità sono equamente distribuite fra i due partner. Queste coppie iniziano un lungo percorso diagnostico e terapeutico, che in molti casi, dopo aver percorso le dovute alternative, si concluderà con il ricorso ad una procedura PMA: in Italia nel 2008 sono stati effettuati 31.000 cicli di trattamento di I livello (inseminazione) e 44.000 cicli di trattamento di II livello (Fivet ed ICSI).

Sperma, stress ossidativo e metabolismo energetico

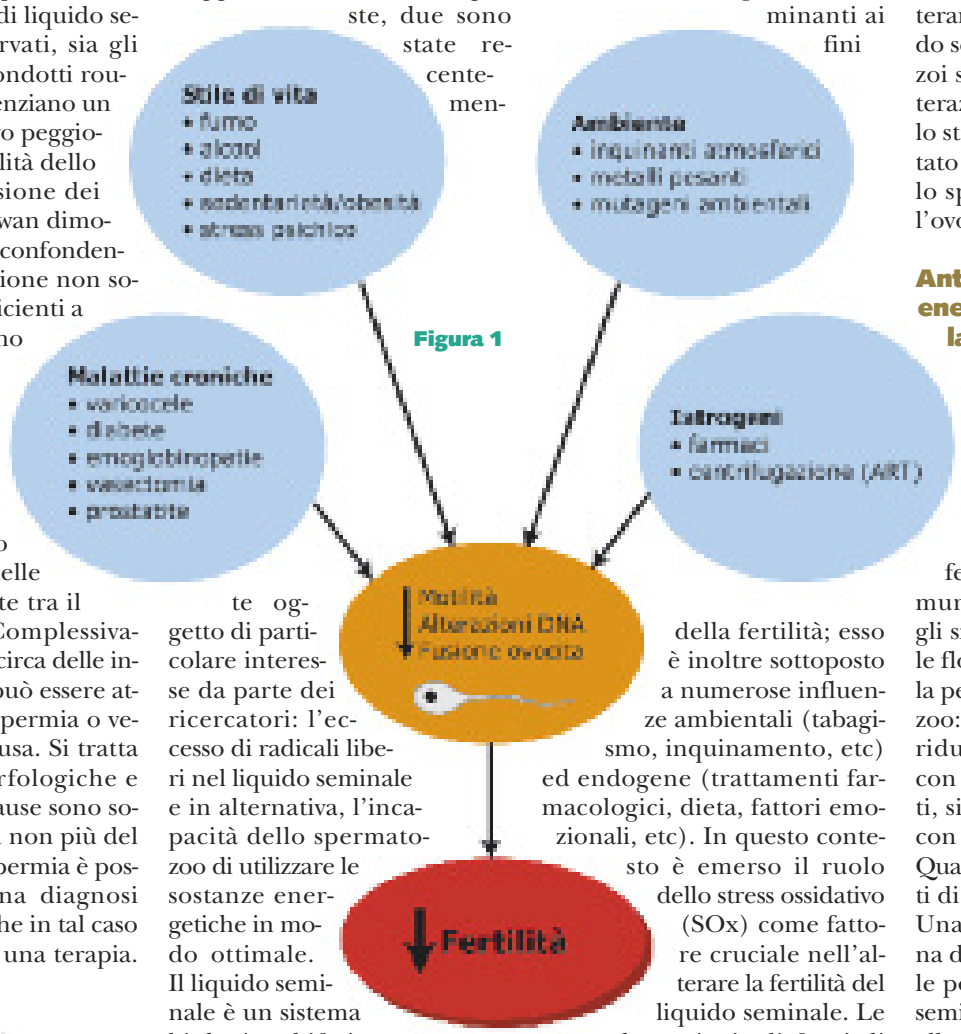
L'uomo é divenuto negli ultimi anni una pedina fondamentale nella coppia sub-fertile. Sia i rilevamenti di lungo periodo condotti su campioni di liquido seminale crioconservati, sia gli spermiogrammi condotti routinariamente, evidenziano un subdolo progressivo peggioramento della qualità dello sperma. Una revisione dei dati condotta da Swan dimostra che le variabili confondenti ed i bias di selezione non sono comunque sufficienti a giustificare il declino osservato nella produzione seminale. Il dato più interessante é l'emergere di differenze quantitative regionali dello stesso ordine di quelle temporali osservate tra il 1938 ed il 1990. Complessivamente oggi il 50% circa delle infertilità di coppia può essere attribuita ad una dispermia o vederla come concausa. Si tratta di alterazioni morfologiche e funzionali le cui cause sono solo in parte note: in non più del 50% dei casi di dispermia è possibile ottenere una diagnosi eziologica, ma anche in tal caso non sempre esiste una terapia.

Figura 2



Esistono però alcune caratteristiche fisiopatologiche che accomunano i vari quadri dispermici, siano essi idiopatici, flogistici o secondari a patologia d'apparato o sistemica; fra queste, due sono state recentemente oggetto di particolare interesse da parte dei ricercatori: l'eccesso di radicali liberi nel liquido seminale e in alternativa, l'incapacità dello spermatozoo di utilizzare le sostanze energetiche in modo ottimale.

Figura 1



Il liquido seminale è un sistema biologico bifasico, costituito da una componente corpuscolata, spermatozoi e "cellule di contorno" (leucociti, cellule epiteliali, etc), e da una componente plasmatica con prevalente funzione nutritizia, il plasma seminale (PS). Negli ultimi anni l'importanza della componente plasmatica è aumentata e variazioni anche modeste di alcuni parametri biologici e chimico-fisici del PS sembrano oggi giocare un ruolo rilevante nella fertilità. In particolare, il PS consente la realizzazione di processi metabolici complessi innescati sia dagli spermatozoi che dai leucociti, presenti ed attivati in quantità anomala nelle flogosi, e determinanti ai fini della fertilità; esso è inoltre sottoposto a numerose influenze ambientali (tabagismo, inquinamento, etc) ed endogene (trattamenti farmacologici, dieta, fattori emozionali, etc). In questo contesto è emerso il ruolo dello stress ossidativo (SOx) come fattore cruciale nell'alterare la fertilità del liquido seminale. Le due principali fonti di stress ossidativo nel LS sono gli spermatozoi, soprattutto immaturi, ed i leucociti. L'attivazione leucocitaria è correlata ai processi infettivi e/o infiammatori del tratto urogenitale e ciò spiega la riduzione della fertilità, sia nel maschio sia nella femmina, quando siano presenti tali condizioni. Alla constatazione che i leucociti seminali sono produttori di specie reattive dell'Ossigeno (ROS) e quindi fonte di esaltato stress ossidativo per lo spermatozoo, si deve aggiungere che il gamete maschile è insolitamente sensibile, molto più di altre cellule del corpo umano, all'insulto di queste sostanze, divenendo la vittima sacrificale primaria dello stress ossidativo. L'altra fonte di ROS sono gli spermatozoi, soprattutto immaturi. Tuttavia, la conseguenza più pericolosa di questo meccanismo è l'instaurarsi di un circolo vizioso attraverso il quale lo stress ossidativo causato dai gameti immaturi altera le caratteristiche anche degli spermatozoi sani e maturi, che sono quindi allo stesso tempo fonte (accessoria) e target indesiderato dei ROS. Si può ipotizzare quindi una serie di eventi a cascata, dove pochi leucociti rilasciano grandi quantità di ROS, che a loro volta alterano le fasi finali della spermioistogenesi, inducendo l'abnorme maturazione di una (piccola) quota di spermatozoi rilasciati troppo precocemente che, a loro volta rinforzano lo stress ossidativo alterando le proprietà sia del fluido seminale sia degli spermatozoi sani. L'esito finale delle alterazioni metaboliche legate allo stress ossidativo è rappresentato dalla minore capacità dello spermatozoo di fertilizzare l'ovocita (figura 1)

Antiossidanti e precursori energetici per migliorare la qualità dello sperma

Nel maschio con alterazioni della concentrazione, mobilità e morfologia degli spermatozoi, quando la diagnosi e la conseguente terapia eziologica non abbiano restaurato la fertilità naturale, devono comunque essere compiuti tutti gli sforzi per ridurre l'eventuale flogosi seminale e migliorare la performance dello spermatozoo: ciò può essere ottenuto sia riducendo lo stress ossidativo con la fornitura di antiossidanti, sia aumentando la mobilità con substrati energetici.

Quali devono essere gli elementi di una supplementazione?

Una supplementazione esogena dovrebbe rispondere a tutte le possibili carenze del liquido seminale, da quelle energetiche alle alterazioni dei processi di ossidoriduzione. Deve quindi contenere sostanze antiossidanti, atte quindi a proteggere gli spermatozoi dallo stress ossidativo (citrato, selenio, coenzima Q10, vitamina C, acido folico, zinco e vitamina B12) e "sostanze combustibili", come il fruttosio, oppure componenti di sistemi atti ad ottimizzare l'estrazione di energia dai substrati energetici, come il sistema delle car-

▶ Segue a pagina 42

Lattoferrina nella prevenzione della ipoferremia e anemia da carenza di ferro in gravidanza

Una valida alternativa alla classica terapia marziale

di Giuseppe Ettore e Gabriella Abbadessa
Dipartimento Materno-Infantile - U.O.C. Ginecologia e Ostetricia, ARNAS Garibaldi Catania (Direttore Prof. G. Ettore)

Diverse esperienze hanno ormai dimostrato la validità terapeutica della lattoferrina nell'ambito dell'anemia sideropenica in gravidanza. L'obiettivo del nostro studio è stato quello di indagarne, per la prima volta, l'effetto "preventivo". Con un duplice intento: evitare le note situazioni di rischio per la madre e il neonato offrendo una reale alternativa a terapie scarsamente tollerate, come quelle marziali, spesso interrotte proprio per la scarsa compliance da parte della paziente

La carenza di ferro rappresenta una problematica estremamente rilevante, basti pensare che è uno dei dieci maggiori fattori di rischio per malattie e morte nel mondo e che tutt'oggi due miliardi di persone ne sono affette. In particolare, la carenza di ferro diventa un serio problema in gravidanza, in quanto contribuisce ad incrementare i rischi sia per la madre (parto prematuro e mortalità), che per il neonato (basso peso alla nascita, ritardo mentale e rischio di sviluppare carenza di ferro dopo i primi 4 mesi di vita) (Valenti et al., 2008). Com'è noto, l'anemia in gravidanza, definita da livelli di emoglobina <10 g/dl, è molto frequente, sia come conseguenza della fisiologica emodiluizione, sia per le aumentate richieste metaboliche dello stato gravidico. Di conseguenza, qualunque paziente che all'inizio della gravidanza presentasse livelli di emoglobina <11-11,5 g/dl dovrebbe essere trattata come anemica, in previsione di una fisiologica aumentata richiesta (Costantino et al., 2009).
La terapia classica per il trattamento della carenza di ferro e dell'anemia da carenza di ferro in gravidanza a base di solfato ferroso suscita ancora oggi molteplici dubbi, a causa sia della efficacia non sempre comprovata sia dei numerosi e ben noti effetti collaterali, soprattutto a livello gastrointestinale, quali crampi, nausea, vomito, costipazione e diarrea (Valenti et al., 2008). Ideale sarebbe dunque riuscire a mantenere valori di emoglobina tali per i quali si possano evitare trattamenti poco tollerati.

IL FERRO NEL METABOLISMO UMANO

Il ferro è uno dei microelementi più importanti del metabolismo umano: per la sua capacità di acquisire e cedere elettroni, è infatti un componente essenziale di molti enzimi e molecole, tra cui l'emoglobina.
Il metabolismo del ferro nell'uomo è un sistema altamente regolato. Il ferro assunto con la dieta viene assorbito a livello del lume intestinale, dove specifiche proteine transmembrana sono in grado di trasportarlo, in modo attivo, all'interno degli enterociti. Successivamente, il ferro viene rilasciato nel circolo ematico e, tramite la sua interazione con la transferrina, raggiunge tutti i distretti tissutali. Non vi sono specifici meccanismi di escrezione del ferro, e quindi l'acquisizione tramite la dieta, come pure la sua omeostasi sistemica, sono soggetti a fini meccanismi di regolazione. È noto ad esempio come l'ipossia o il rallentamento della eritropoiesi determini un aumento del suo assorbimento, mentre l'assunzione di dosi elevate di ferro conduca ad uno stato di refrattarietà della mucosa intestinale e quindi a una riduzione della sua captazione (De Domenico et al., 2008; Frazer et al., 2003).
È importante notare che, ad oggi, è conosciuta un'unica proteina, ubiquitaria in tutti i tessuti interessati, in grado di regolare il passaggio del ferro dalle cellule al sangue: la ferroportina. È stato recentemente dimostrato che l'attività della ferroportina è modulata dalla epcidina, un piccolo peptide sintetizzato a livello epatico, che legandosi alla ferroportina è in grado di determinarne l'internalizzazione cellulare e quindi la sua inattivazione. A sua volta, la sintesi dell'epcidina, viene promossa da diversi stimoli, quali lo stato infiammatorio, in particolare alti livelli di IL-6, e il sovraccarico di ferro cellulare, o repressa da stati di ipossia o ipoferremia.
Risulta quindi evidente che una qualsiasi interferenza in questo complesso meccanismo di omeostasi sistemica possa determinare una riduzione della disponibilità del ferro a livello ematico e conseguentemente la manifestazione di stati carenziali.

LATTOFERRINA: L'EFFETTO "PREVENTIVO"

Recenti studi clinici hanno dimostrato come la somministrazione orale di lattoferrina - una glicoproteina naturale prodotta dalle ghiandole esocrine e dai neutrofili - conduca ad un veloce ripristino dei parametri ematici indicativi di stati di carenza di ferro e anemia sideropenica attraverso un meccanismo di regolazione dell'omeostasi sistemica del ferro (Brock, 2002; Valenti et al., 2008). In particolare è stato ipotizzato che la lattoferrina sia in grado di modulare i livelli di epcidina tramite il controllo dei valori ematici di IL-6 (figura 1) (Paesano et al., 2009).
I dati evidenziati dagli studi confermano sia l'efficacia che la eccellente tollerabilità della lattoferrina, somministrata, per via orale alla posologia di 100 mg, 1 capsula due volte al giorno, in donne gravide affette da anemia sideropenica a differenti stadi di gestazione (Paesano et al., 2006; Paesano et al., 2008).
Appurata l'efficacia della lattoferrina nel trattamento della carenza di ferro e dell'anemia sideropenica in gravidanza, e nell'ottica di contribuire a verificare l'effetto favorevole esercitato dalla lattoferrina sul metabolismo del ferro, il presente studio si è prefisso l'obiettivo di indagare l'effetto "preventivo" della lattoferrina nei confronti dell'anemia sideropenica in gravidanza, somministrando lattoferrina a donne gravide con valori basali di emoglobina nella norma (Hb≥12 g/dl). Contestualmente si è voluto indagare la tollerabilità della lattoferrina nel trattamento prolungato, dall'inizio della gravidanza sino al parto.

IL NOSTRO STUDIO

È stato disegnato uno studio osservazionale di prevenzione, in aperto, controllato verso la normale pratica clinica, condotto nel 2009 nell'ambulatorio di Gravidanza fisiologica della nostra struttura. Lo studio è stato condotto in accordo ai principi delle Good Clinical Practice, come indicato dalle linee guida della Comunità Europea (ICH Topic, 1997).
Lo studio ha previsto l'arruolamento di donne gravide, entro la 12^ settimana, con valori di emoglobina ≥ 12 g/dl. Sono state escluse le gravidanze patologiche e/o a rischio,le gemellari e le donne che assumevano già terapia marziale, compresi integratori contenenti ferro.
Tutte le pazienti entrate nello studio sono state controllate per tutta la durata della gravidanza fino al parto, con l'esclusione delle gravide che, nel corso dell'osservazione, presentavano valori di Hb < 11 g/dl.
Le donne arruolate sono state suddivise in due gruppi: il primo gruppo ha assunto lattoferrina (100 mg x 2 volte/die, 1 capsula al mattino ed 1 alla sera, lontano dai pasti – LATTOGLOBINA®); il secondo gruppo comprendeva donne che non assumevano prodotti contenenti ferro (gruppo controllo).
Nel corso dello studio non era permessa l'assunzione di altri integratori o preparati farmaceutici contenenti ferro o lattoferrina, la cui assunzione avrebbe determinato l'esclusione della paziente dalla osservazione.
Prima di iniziare lo studio il medico ha informato in modo adeguato ciascuna paziente sulla natura e scopo dello studio, sulle caratteristiche del prodotto eventualmente utilizzato, sulla sua facoltà di interrompere in ogni momento lo studio senza dover giustificare il motivo della sua scelta. Ogni paziente, prima dell'inclusione, ha dato in forma scritta il suo libero consenso a partecipare allo studio.
La sequenza delle procedure attuate nello studio prevedeva la raccolta delle informazioni in occasioni distinte, che riflettevano le normali visite di routine previste durante la gravidanza: una visita basale di arruolamento (V_1), una visita intermedia di controllo (V_2) pianificata dopo circa 8 settimane (come da prassi clinica della struttura), ed una visita di fine studio (V_3), pianificata dopo circa 16 settimane o in caso di interruzione anticipata dello studio.
In occasione delle visite, la paziente si è sottoposta al prelievo ematico di routine per la valutazione della ferremia (sideremia, ferritina) e dei parametri indicanti un eventuale stato anemico (emoglobina e globuli rossi). In caso di valori di Hb<11 g/dl, la paziente veniva esclusa dallo studio.
End-point e parametri di valutazione. È stato posto come end-point primario la percentuale delle pazienti i cui valori di Hb scendevano sotto gli 11 g/dl durante il periodo di osservazione. End-point secondari erano lo stato della ferremia e dei parametri correlati al metabolismo del ferro (sideremia, ferritina), oltre al numero dei globuli rossi, l'outcome della gravidanza e la tollerabilità alla lattoferrina.
L'outcome della gravidanza è stato valutato mediante la registrazione della settimana di gestazione, del peso del nascituro e dell'indice di Apgar, mentre la tollerabilità attraverso il monitoraggio degli eventi avversi.
Analisi statistica. La dimensione del campione è stata calcolata considerando di osservare nel gruppo trattato con Lattoferrina, una percentuale del 10% di

TABELLA 1. Caratteristiche demografiche delle donne incluse nell'osservazione: media±DS (min-max)

	Casistica totale	Gruppo Lattoferrina	Gruppo Controllo	P
Età (anni)	30.3±5.7 (19-37)	28.1±5.4 (19-37)	30.3±6.0 (19-37)	NS
Età gestazionale (settimane)	9.6±1.5 (7-10)	9.5±2.1 (7-10)	9.7±1.0 (7-10)	NS
Parità (n.)	0.81±0.77 (0-3)	0.90±0.95 (0-3)	0.81±0.74 (0-3)	NS

Test t di Student per dati indipendenti

TABELLA 2. Valori emotochimici al basale: media±DS (min-max)

	Casistica totale	Gruppo Lattoferrina	Gruppo Controllo	P
Emoglobina (g/dl)	12.7±0.69 (10.9-15.1)	12.5±0.58 (10.9-13.9)	12.9±0.79 (10.1-15.1)	n.s.
Globuli rossi (10^6/ml)	4530±380 (3870-5200)	4304±325 (3870-4800)	4807±260 (3890-5200)	<0.01
MCV (µg/dl)	92.1±6.8 (78-107)	76.4±7.9 (63-108)	107.8±6.4 (98-107)	<0.01
Ferritina (ng/mL)	49.1±24.2 (22.1-107.3)	58.1±26.2 (22.1-107.3)	41.5±18.0 (17.3-107.3)	<0.01

Test t di Student per dati indipendenti

TABELLA 3. Caratteristiche al parto (valori media±DS)

	N (% donne al parto)	Settimana di gestazione (range)	Indice Apgar	Peso del neonato
Lattoferrina	31 (100)	39.3 (38-41)	9.71±0.45	3.190±185
Controllo	31 (79.8)	39.3 (38-41)	9.79±0.45	3.206±151

pazienti con Hb<11 g/dl, contro una percentuale del 40% nel gruppo controllo. Scelto α=0.05 ad una coda e β=0.20 (una potenza dunque dell'80%), risulta necessario arruolare 31 pazienti per gruppo per poter evidenziare, come statisticamente significativa, la differenza tra le due percentuali ipotizzate (test esatto di Fisher).

Nel piano di analisi statistica, oltre al test esatto di Fisher per la valutazione della frequenza di pazienti con Hb<11 g/dl, era prevista una valutazione delle settimane entro le quali l'emoglobina scende sotto il livello di 11 g/dl, per mezzo del test di Mantel-Cox, (analisi della sopravvivenza).

Inoltre, per la valutazione della variazione dei valori di emoglobina durante il periodo di osservazione, è stata pianificata una analisi della covarianza (ANCOVA). In questa analisi le misure ripetute, variabili dipendenti, saranno rappresentate dai valori di Hb rilevati alla Visita 2 e alla Visita 3, mentre le covariate saranno rappresentate dal numero di settimane di gestazione alle quali è avvenuto l'arruolamento (V_1), dai valori di Hb rilevati alla Visita1, dal numero di settimane trascorse tra la Visita 2 e la Visita 1 e tra la Visita 3 e la Visita1.

Le altre variabili di tipo parametrico saranno analizzate mediante test t di Student per dati indipendenti o per mezzo dell'analisi della varianza (ANOVA). Le variabili non distribuite in maniera normale saranno analizzate mediante test non parametrici, e le variabili di tipo discreto o nominale per mezzo del test del χ^2, apportando la correzione di Yates nel caso di tabelle 2x2.

I RISULTATI

Complessivamente sono state arruolate 62 pazienti (età media 28, range 18 – 37), in gravidanza tra la 7^ e la 12^ settimana gestazionale (due pazienti, una per gruppo, sono state arruolate alla 13^ ed alla 16^ settimana gestazionale, ma sono comunque rimaste nell'osservazione perché giudicata come violazione minore del protocollo). Le donne sono state suddivise nei due gruppi di osservazione, 31 delle quali trattate con lattoferrina e 31 come gruppo di controllo. Un riassunto delle caratteristiche demografiche è riportato in **tabella 1**. La **tabella 2** riporta i valori medi dei parametri ematochimici – emoglobina, globuli rossi, sideremia, ferritina – rilevati in condizioni basali, espressi per l'intera casistica e per gruppo di trattamento.

Come si può notare, il quadro ematochimico al basale risulta disomogeneo tra i due gruppi, con valori medi inferiori nel gruppo lattoferrina ed una differenza significativa rilevata per ciascun parametro. Tale dato è comunque in linea con la struttura osservazionale dello studio e quindi con la pratica clinica, in quanto il trattamento preventivo con lattoferrina nelle donne che presentavano valori inferiori di emoglobina è stato volontariamente indirizzato all'utilizzo di lattoferrina.

La proporzione di soggetti che a fine osservazione hanno raggiunto l'end-point primario (Hb<11 g/dl) è stata del 74,2% (n=23 donne su 31) nel gruppo controllo e dello 0% nel gruppo lattoferrina, ovvero nessuna donna trattata preventivamente con lattoferrina ha riportato, nel corso dell'osservazione, valori di emoglobina inferiori al valore soglia. L'andamento dei valori di emoglobina di ogni paziente rilevato nel corso delle settimane di gestazione nei due gruppi è mostrato in **figura 2**.

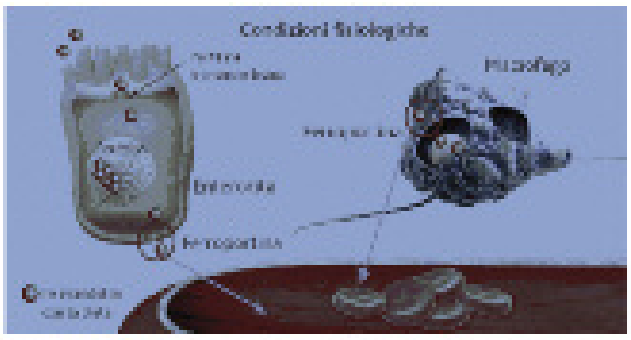
In particolare, al primo controllo ematochimico dopo il basale (visita 2) – 8 settimane circa dopo l'arruolamento, range gestazionale 15-20^ settimana – 2 donne (6.45%) appartenenti al gruppo controllo sono uscite dall'osservazione per raggiungimento dell'end-point primario, con un valore medio di emoglobina pari a 9.7 g/dl.

Successivamente, al secondo controllo ematochimico dopo il basale (visita 3) – 16 settimane circa dopo l'arruolamento, range gestazionale 23-38ª settimana – altre 21 donne sulle 29 rimaste nell'osservazione (72.4%), appartenenti al gruppo controllo, hanno raggiunto il valore soglia dell'emoglobina e sono uscite dallo studio, con un valore medio di emoglobina di 10.7 g/dl.

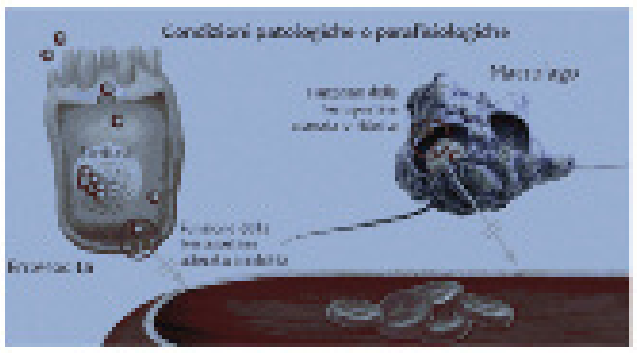
L'analisi di sopravvivenza condotta sulla popolazione che raggiunge l'end-point lungo le settimane di gestazione indica come, a fine gravidanza, vi sia una probabilità pari all'89% che la gestante non trattata riporti un valore di emoglobina inferiore a 11 g/dl, diversamente dalle donne trattate preventivamente con lattoferrina, per le quali la medesima probabilità risulta pari a zero (**figura 3**).

L'andamento dei parametri ematochimici nei due gruppi nel corso dello studio è rappresentato nelle figure 4 (a, b, c, d, rispettivamente per emoglobina, globuli rossi, ferro serico totale, ferritina). Data la variabilità all'interno dell'intera popolazione e tra gruppi, in particolare i valori basali e la settimana gestazionale in cui sono stati eseguiti i prelie-

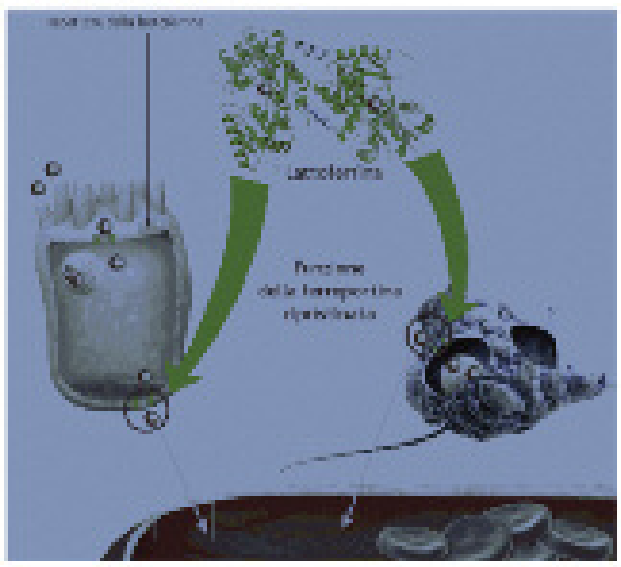
FIGURA 1. Rappresentazione schematica del meccanismo d'azione di lattoferrina



L'assorbimento del ferro dai lipidi è mediato dalla lactoferrina, la cui funzionalità è garantita da bassi livelli di epcidina.

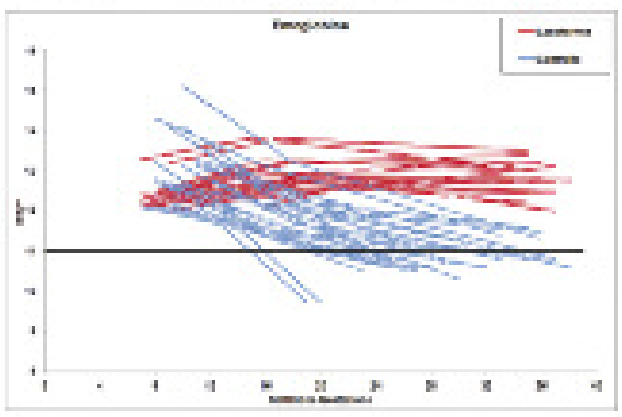


In condizioni pato/parafisiologiche (↑ IL-6, infiammazioni) i livelli di epcidina aumentano, con conseguente blocco della lactoferrina.



Agendo sui livelli di epcidina (↓ IL-6), la lattoferrina ripristina l'attività della ferroportina con conseguente normalizzazione dei valori serici di ferro.

FIGURA 3. Valori di emoglobina delle singole pazienti lungo le settimane di gestazione, rispetto all'end-point (Hb<11 g/dL)



Per saperne di più

- De Domenico et al. Regulation of iron acquisition and storge: consequences for iron-linked disorders. Nat Rev Mol Cell Biol 9(1): 72-81, 2008
- Frazer et al. A rapid decrease in the expression of DMT1 and Dcytb but not Ireg1 or hephaestin explains the mucosal block phenomenon of iron absorption. Gut 52(3):340-6, 2003
- Valenti P et al. La lattoferrina per os, un'importante alternativa priva di effetti indesiderati, nella prevenzione e trattamento dell'ipoferremia ed anemia da carenza di ferro in gravidanza. Riv It Ost Gin 17:783-790, 2008
- Costantino D e Guaraldi C. Anemia sideropenica in gravidanza: lattoferrina vs ferro in varie formulazioni e idrolizzato di cartilagine di pesce marino. Il Ginecologo, 4(1), marzo 2009.
- Brock JH. The physiology of lactoferrin. Biochem Cell Biol 80(1):1-6, 2002
- Paesano R et al. Oral admninistration of lactoferrin increases hemoglobin and total serum iron in pregnant women. Biochem Cell Biol 84:377-380, 2006
- Paesano R et al. Ipoferremia e anemia da carenza di ferro in gravidanza: evidenze cliniche della maggiore efficacia della lattoferrina, somministrata per os, rispetto al solfato ferroso. Il Ginecologo, 3(1), marzo 2008
- Paesano R et al. The influence of lactoferrin, orally administered, on systemic iron homeostasis in pregnant women suffering of iron deficiency and iron deficiency anaemia. Biochemie, 91:44-51, 2009

vi, è stata condotta l'analisi della covarianza sull'emoglobina, al fine di annullare le differenze di partenza (ANCOVA per misure ripetute con un raggruppamento). Tale analisi conferma una differenza significativa tra i gruppi relativamente all'andamento di tale parametro (figura 5).
L'osservazione si è dunque protratta fino al parto per tutte le donne che hanno assunto lattoferrina nel corso dello studio (n=31, 100%) e per 8 donne (25.8%) del gruppo controllo, che non necessitavano di trattamento in quanto presentavano livelli di emoglobina al di sopra del valore soglia. I dati raccolti al parto (medie) – settimana di gestazione, peso del nascituro e indice di Apgar – sono riassunti nella tabella 3.
Per quanto riguarda la tollerabilità di lattoferrina, non si sono registrati effetti collaterali nel corso dell'intera osservazione.

IN CONCLUSIONE

Diverse esperienze hanno ormai confermato la validità di lattoferrina nell'ambito dell'anemia sideropenica in gravidanza, grazie al suo peculiare meccanismo d'azione che si esplica in determinate situazioni di "blocco" del metabolismo del ferro e a fronte di un'ottima tollerabilità (Paesano et al., 2009). Ciò ha portato la molecola a diventare una reale alternativa terapeutica alla classica terapia marziale.
Questo studio si è prefisso di indagare, per la prima volta, l'effetto "preventivo" della lattoferrina, nel medesimo campo d'indagine, ovvero l'anemia sideropenica in gravidanza. Il razionale che ci ha spinti a valutare un possibile effetto preventivo di lattoferrina, piuttosto che terapeutico, poggia sulla necessità non solo di evitare quanto più possibile le note situazioni di rischio per la madre ed il neonato legate alla anemia sideropenica, ma anche di evitare terapie scarsamente tollerate, quali quelle marziali, che sono spesso associate ad una scarsa compliance da parte della paziente e dunque alla interruzione della terapia marziale.
Seppur disegnato con criteri osservazionali, e quindi non altamente selettivi, il presente studio conferma che la donna gravida, se non adeguatamente trattata, è predisposta a manifestare stati carenziali di ferro e quindi anche anemia sideropenica. Al contrario, un trattamento profilattico a base di lattoferrina sembra condurre ad una stabilizzazione del quadro ematologico, in particolare per quanto riguarda i parametri legati alla carenza di ferro. I risultati dello studio indicano infatti che nessuna delle donne trattate con lattoferrina durante tutto il corso della gravidanza è risultata sideropenica, al contrario delle donne non trattate, i cui livelli di emoglobina sono scesi, fisiologicamente e come era lecito aspettarsi, al di sotto del valore soglia (<11 g/dl). Tali risultati, considerata anche l'ottima tollerabilità dimostrata nell'uso prolungato del prodotto, costituiscono il razionale per l'utilizzo di lattoferrina nella prevenzione degli stati di carenza di ferro, e quindi dell'anemia sideropenica in gravidanza. Y

FIGURA 3. Probabilità di osservare pazienti con Hb<11 g/dL alle varie settimane di gestazione

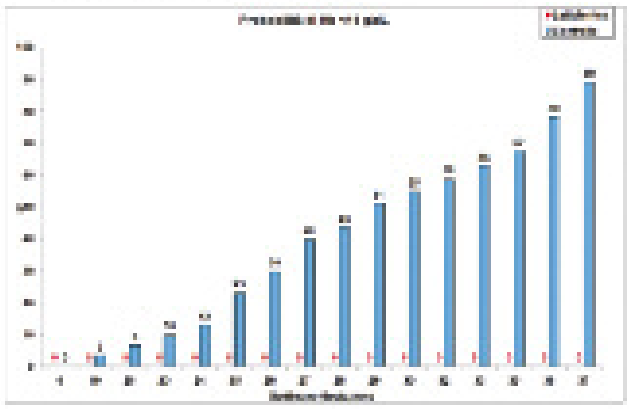
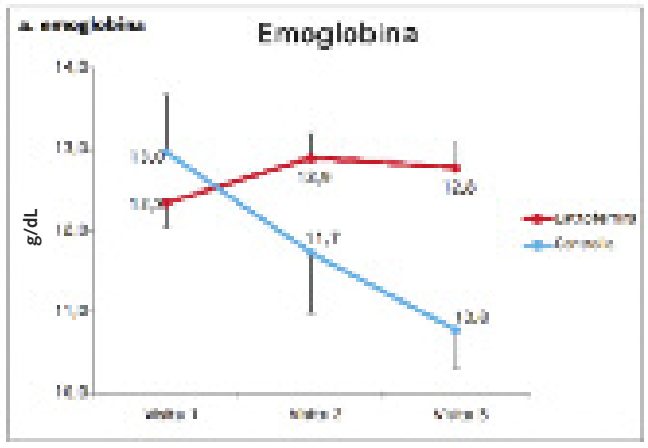
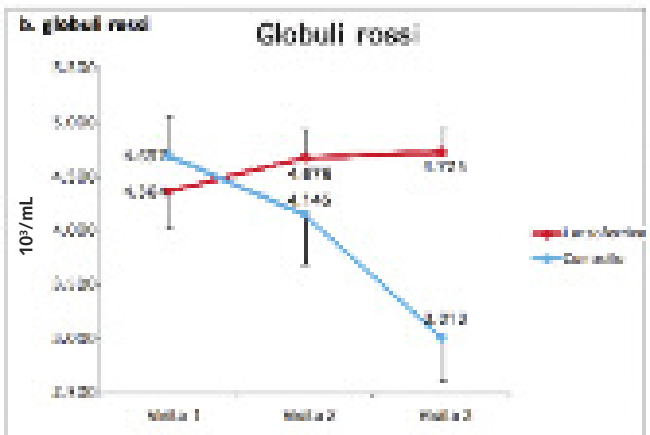
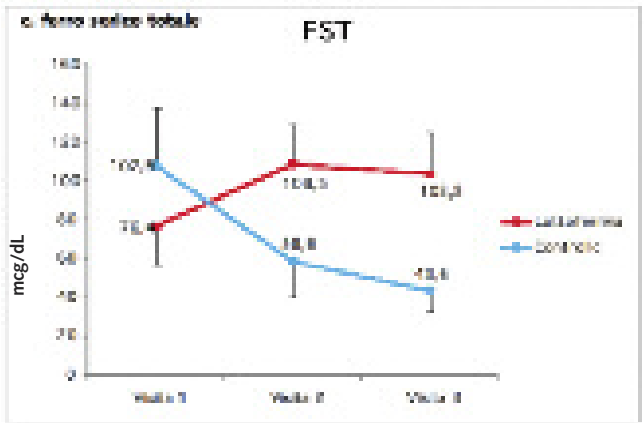


FIGURA 4. Andamento dei parametri emotochimici (a.emoglobina, b.globuli rossi, c.ferro sierico totale, d.ferritina) alle diverse visite (valori medi±DS)







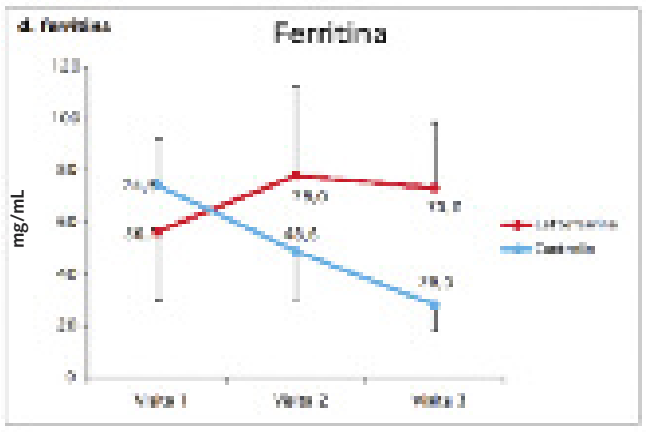
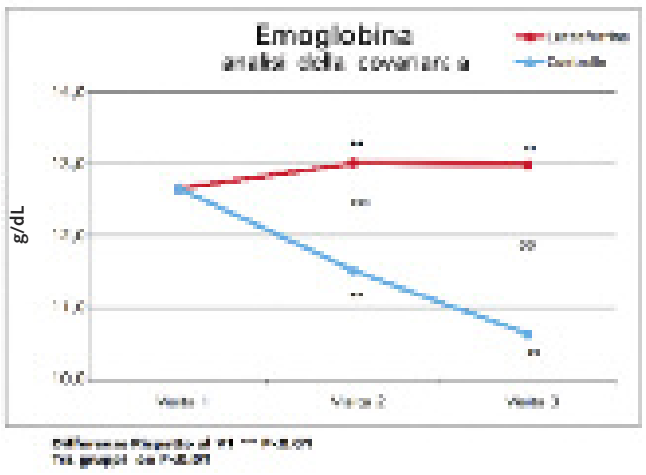


FIGURA 5. Andamento dell'emoglobina (valori medi), nei due gruppi, nelle settimane di gestazione, secondo l'analisi della covarianza.



▶ Segue da pagina 39

nitine (L-carnitina più acetil-L-carnitina), essenziale per il rifornimento del ciclo di Krebs. Una combinazione di tutte queste sostanze, razionale sotto il profilo fisiopatologico, risponde quindi a tutti i possibili deficit presenti in un liquido seminale subfertile: da una parte abbatte i radicali liberi e riduce lo stress ossidativo, dall'altra ripristina le scorte di fruttosio, il principale metabolita energetico dello spermatozoo; infine, nel caso in cui il deficit dovesse risiedere nell'incapacità di utilizzare le risorse energetiche disponbili, fornisce carnitina come booster per la produzione di ATP.
In uno studio clinico a 3 mesi condotto da Lombardo su soggetti con ridotta qualità del liquido seminale, l'utilizzo di un supplemento con queste componenti ha migliorato sia la mobilità spermatica totale che quella rettilinea (figura 2).

Supplementazione nella PMA

Tutte le procedure di procreazione medicalmente assistita (Pma) prevedono un'estesa manipolazione di entrambi i gameti e la necessità di separare gli spermatozoi dal plasma ed eventualmente concentrarne il numero, in modo da avere campioni ad alta densità: ciò significa privare lo spermatozoo del suo ambiente naturale, il plasma seminale (in cui è presente il diffuso sistema antiossidante e di sostanze nutritive) e sottoporlo a concentrazioni di ROS molto più elevate di quelle fisiologiche, il tutto in carenza di nutrienti oltre quelli eventualmente accumulati prima della centrifugazione. Appare plausibile in questo contesto l'utilità di preparare adeguatamente il liquido seminale in generale e lo spermatozoo in particolare, prima di qualunque procedura di separazione, in modo da ottenere gameti in condizioni di massima efficienza metabolica. Potrebbe quindi risultare utile la somministrazione di un supplemento in tutti i maschi prima della donazione gametica per ottenere un liquido seminale di elevata qualità e meno esposto allo stress ossidativo inevitabilmente associato alle manipolazioni della PMA. Una interessante dimostrazione dell'efficacia della supplementazione del maschio nella PMA viene da un recente studio italiano di Greco et al : una popolazione di 70 maschi è stata randomizzata in due gruppi prima di una IVF/ICSI: un gruppo è stato supplementato con un composto multicomponente mentre un gruppo riceveva placebo. Il tasso di impianto embrionario ed il numero di gravidanze ongoing alla 13° settimana è risultato significativamente più elevato nei supplementati rispetto ai controlli. In conclusione l'infertilità maschile resta un campo vasto ed in parte inesplorato del sapere medico, spesso fonte di frustrazione, a causa della scarsità di armi terapeutiche efficaci che ci consentano una cura con restituzio ad integrum, ma, con l'aumento delle conoscenze sulla fisiopatologia spermatica e la disponibilità di efficaci preparazioni "nutriceutiche", possiamo contare su una arma in più nel difficile compito di migliorare la qualità dei parametri seminali in vivo ed in vitro, aumentando la chance di ottenere il concepimento, che resta l'end point primario della nostra azione. Y

Studio clinico controllato randomizzato sul trattamento della stipsi in gravidanza con Kellogg's All Bran

S.O.S. stitichezza: più fibre in dolce attesa

La stitichezza è uno dei disturbi più comuni in gravidanza: si stima che ne soffrano oltre la metà delle future mamme, soprattutto nelle ultime settimane di gestazione. Uno dei rimedi più efficaci per la stipsi della gestante è l'utilizzo di fibra alimentare associata ad un elevato apporto idrico. Obiettivo di questo studio Aogoi è di valutare l'efficacia di due prodotti di un noto marchio a base di fibre, avena e miele

L'obiettivo che si è posto lo studio è di valutare in una coorte di donne gravide con stipsi l'efficacia di un trattamento con Kellogg's All-Bran.
Lo studio clinico controllato ha reclutato 121 donne gravide con stipsi, osservate presso gli Ospedali Fatebenefratelli e seguite complessivamente per 45 gg.
La pazienti eleggibili sono state trattate in modo casuale con Kellog's All Bran e Kellog's Special K Avena integrale e miele.
I criteri di elegibilità previsti dallo studio sono stati: età > 18 anni; gravidanza alla 12-32 settimana di gestazione con presenza di stipsi; capacità di comprendere le modalità dello studio; accettazione di partecipare allo studio mediante rilascio di consenso informato scritto; garanzia di un adeguato follow-up.
Non sono stati previsti criteri di ineleggibilità se si eccettuano controindicazioni all'assunzione di miele e dei preparati oggetto di studio.
Una volta verificati i criteri di eleggibilità, la natura dello studio è stata illustrata a tutte le potenziali partecipanti. Le pazienti hanno firmato il modulo di consenso informato dopo aver ricevuto dal medico le informazioni riguardanti lo studio.
Ottenuto il consenso informato scritto alla partecipazione alla ricerca, la donna è stata intervistata utilizzando una scheda predisposta per lo studio. È stata inoltre istruita in relazione ad indicazioni dietetiche di carattere generale relative al trattamento della stitichezza.
La donna è stata quindi invitata a ripresentarsi per il controllo dopo 15 giorni ed è stata quindi nuovamente intervistata in relazione all'andamento delle problematiche cliniche relative alla stitichezza. In tale occasione le pazienti in studio sono state divise in due gruppi con modalità di assegnazione casuale:
Gruppo A: proseguire con le linee guida di una corretta alimentazione ed introduzione a colazione 30gr di Special K Avena integrale e Miele (3% di fibra, circa 1gr per porzione) per un mese.
Gruppo B: proseguire con le linee guida di una corretta alimentazione ed introduzione a colazione 40gr di All-Bran (27% di fibra, circa 11 gr per porzione) per un mese.
La donna è stata infine invitata a tornare per la visita di controllo finale (V2) dopo un mese e in questa occasione è stato indagato l'andamento della stipsi nel periodo compreso tra la V1 e V2 e l'occorrenza di eventi avversi.
La valutazione della stipsi è stata effettuata utilizzando il questionario presentato nella *figura 1*.

Figura 1

Paziente "Cyd"	Settimana 1	Settimana 2	Media (TX)
N° defecazioni			
CONSISTENZA			
Facilità di evacuazione			
Senso di svuotamento			
Prurito, bruciore, dolore durante/dopo l'evacuazione			

Legenda per la compilazione:
- Consistenza feci: +++ liquide, ++ solide, + dure
- Facilità di evacuazione: +++ ottima, ++ sufficiente, + difficile
- Senso di svuotamento: +++ completo, ++ sufficiente, + incompleto
- Prurito, bruciore, dolore durante/dopo l'evacuazione: +++, ++, +

Tabella 1. Caratteristiche alla visita di ingresso in studio

	Special K Avena integrale e miele N=62	All Bran N=59	P*
Età media, SD	31,6 (5,3)	32,7 (5,2)	NS†
Parità			
0	36 (58,1)	25 (42,4)	
1	22 (35,5)	22 (37,3)	
≥2	16 (26,8)	12 (20,3)	NS
Settimana gestazionale (media)	18,1 (8,0)	17,8 (5,9)	NS†
Consistenza			
Liquide	0	0	
Solide	27 (43,6)	17 (28,8)	
Dure	35 (56,5)	42 (71,2)	NS
Numero defecazioni settimana (media)	2,6 (1,5)	2,7 (1,2)	NS†
Facilità evacuazione			
Ottima	0	0	
Sufficiente	19 (30,6)	8 (13,6)	
Difficile	43 (69,4)	51 (86,4)	<0,05
Senso di svuotamento			
Completo	0	1 (1,7)	
Sufficiente	25 (41,0)	18 (30,5)	
Incompleto	36 (58,1)	40 (67,8)	NS
Prurito, bruciore, dolore durante/dopo l'evacuazione			
SI	35 (56,5)	20 (34,5)	
NO	27 (43,5)	38 (65,5)	<0,05

*Chi quadro eterogeneità
†T test

Analisi statistica

Le differenze nelle caratteristiche di base dei due gruppi e al termine dello studio sono state confrontate utilizzando il test del chi quadrato o del t di Student come appropriato.

Risultati

Complessivamente sono entrate in studio 121 donne, di cui 62 sono state trattate con Kellogg's Special K Avena Integrale e Miele e 59 con Kellogg's All-Bran.
La *tabella 1* presenta le caratteristiche delle donne in studio in accordo al braccio di trattamento: non si sono osservate differenze statisticamente significative tra i due gruppi nelle caratteristiche all'ingresso in studio, se si eccettua la facilità all'evacuazione e la presenza di prurito,bruciore, dolore durante/dopo l'evacuazione. Tutte le donne reclutate hanno effettuato le visita di follow up.
La *tabella 2* illustra le informazioni relative alla visita finale dello studio e la *tabella 3* i risultati principali.
Il giudizio finale della donna è infine riassunto nella *tabella 4:* esso esprime una valutazione positiva dei due prodotti "Kellogg's Special K Avena integrale e Miele" e "Kellogg's All-Bran" nell'alleviare e ridurre i sintomi della stitichezza, maggiore tuttavia per "Kellogg's All-Bran".
Non si sono osservati eventi avversi legati all'assunzione di Kellogs Special K Avena Integrale e Miele e Kellogg's All-Bran.

Tabella 2. Caratteristiche a fine studio

	Special K Avena integrale e miele N=62	All Bran N=59	P*
Giorni trascorsi da visita 1 (media)	83,6 (19,1)	29,0 (13,0)	NS†
Problemi in corso di gravidanza			
SI	2 (3,2)	2 (3,4)	
NO	60 (96,8)	57 (96,6)	NS
Assunzione farmaci			
SI	8 (12,9)	11 (18,6)	
NO	54 (87,1)	48 (81,4)	NS
Assunzione di farmaci per la stipsi			
SI	1 (1,6)	1 (1,7)	
NO	61 (98,4)	58 (98,3)	NS
Tra quelli consigliati riferiti			
In modo completo	30 (48,4)	36 (61,0)	
Parzialmente	22 (37,1)	21 (35,6)	
NO	9 (14,5)	2 (3,4)	NS
La signora ha cambiato il bollamento?			
In modo regolare	53 (85,5)	47 (81,0)	
In modo irregolare	9 (14,5)	11 (19,0)	
Saltuariamente			
Mai			NS
Numero defecazioni settimana (media)	3,7 (1,2)	4,3 (1,7)	NS†
Consistenza			
Liquide	17 (27,4)	17 (28,8)	<0,05
Solide	34 (54,8)	42 (71,2)	
Dure	11 (17,7)	0	
Facilità evacuazione			
Ottima	8 (12,9)	3 (5,1)	0,05
Sufficiente	45 (72,6)	53 (89,8)	
Difficile	9 (14,5)	3 (5,1)	
Senso di svuotamento			
Completo	12 (19,4)	14 (23,7)	<0,05
Sufficiente	35 (56,5)	42 (71,2)	
Incompleto	15 (24,2)	3 (5,1)	
Prurito, bruciore, dolore durante/dopo l'evacuazione			
SI	8 (13,1)	12 (21,1)	
NO	53 (86,9)	45 (78,9)	NS

*Chi quadro eterogeneità
†T test

Tabella 3. Risultati principali

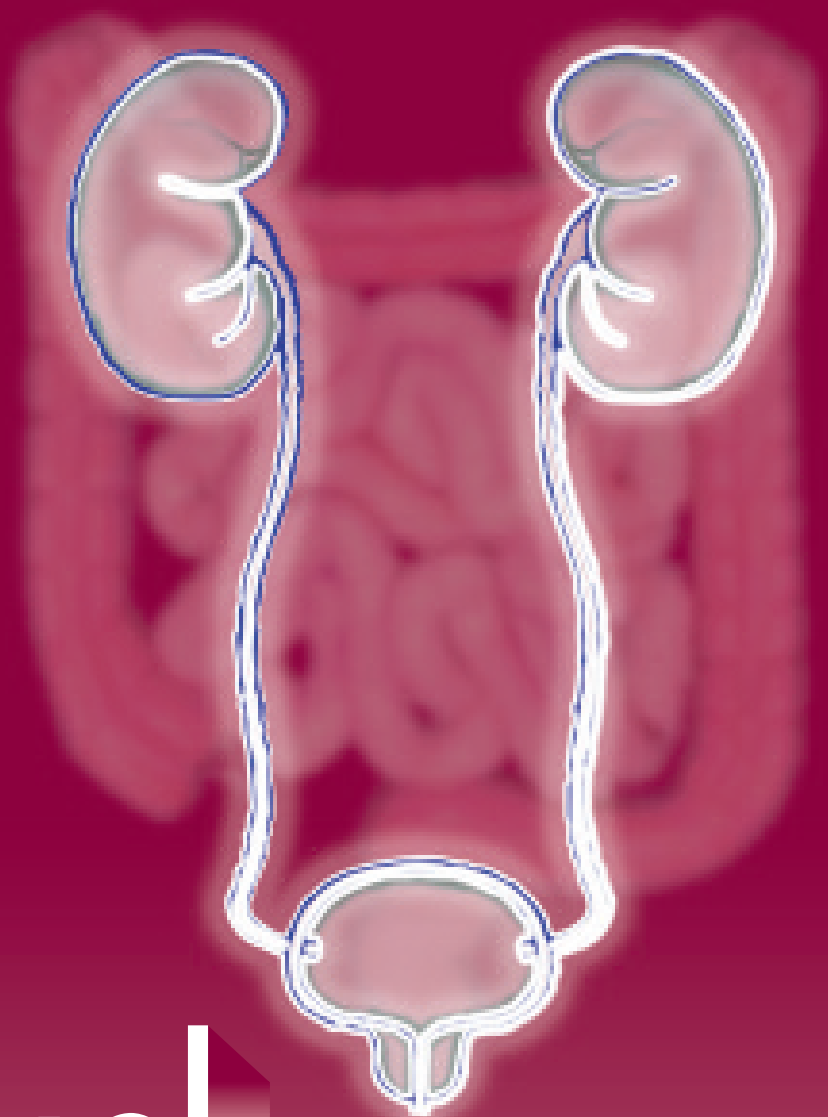
	Special K Avena integrale e miele N=62	All Bran N=59	P*
Differenza n° defecazioni V2-V1 (media)	1,0 (0,7)	1,2 (0,5)	<0,05
Consistenza			
Peggiorata	1 (1,6)	0	
Invariata	32 (51,6)	18 (30,5)	
Migliorata	29 (46,8)	41 (69,5)	<0,05
Facilità evacuazione			
Peggiorata	1 (1,6)	0	
Invariata	22 (35,5)	23 (39,0)	
Migliorata	39 (62,9)	36 (61,0)	NS
Senso di svuotamento			
Peggiorato	2 (3,2)	2 (3,4)	
Invariato	25 (40,3)	18 (30,5)	
Migliorato	35 (56,5)	39 (66,1)	NS
Prurito/bruciore, dolore durante/dopo l'evacuazione			
Peggiorato	0	2(3,4)	
Invariato	37 (59,7)	49 (83,1)	
Migliorato	25 (40,3)	8 (13,6)	<0,05

*Chi quadro eterogeneità

Tabella 4. Giudizio finale della paziente sul preparato

	Special K Avena integrale e miele	40gr di All Bran	P Chi quadro eterogeneità (2,3)
Ottimo	24 (38,7)	9 (15,3)	
Buono	21 (33,9)	39 (66,1)	
Sufficiente	6 (9,7)	10 (17,0)	
Scarso	11 (17,7)	1 (1,7)	<0,05

Integratore alimentare combinato, il naturale aiuto per mantenere sano il sistema urinario



Florberry®

Integratore alimentare

Estratto di cranberry e *Lactobacillus paracasei B21060* (Brevetto Bracco)

36 mg di proantocianidine per bustina

18 mg di proantocianidine per bustina

ADULTI

Confezioni da 10 bustine

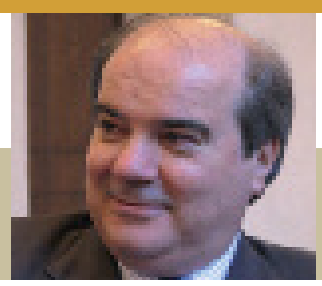
JUNIOR

Bracco s.p.a.
via Egidio Folli 50
20134 Milano
www.bracco.com

Prodotto da: Probiotical S.p.A.
Via E. Mattei 3 - Novara

BRACCO
LIFE FROM INSIDE

Fatti & Disfatti



di Carlo Maria Stigliano

Il parto via Web

Un'opinione pubblica caricata negativamente da mass media che per fare audience hanno bisogno di storie ad effetto reclama la perfezione da parte dei ginecologi. Ma i poveri 'umani' perfetti naturalmente non possono essere e qualche volta (anche loro) possono sbagliare.
Ecco quindi la svolta: il robot !

Grande entusiasmo ha suscitato il primo intervento al cuore effettuato recentemente nel nostro Paese attraverso internet; un operatore seduto alla consolle situata a centinaia di chilometri dalla sala operatoria dove si trovava il paziente (in questo caso una donna) ha guidato la delicata azione di due robot (uno "chirurgo" e l'altro "ferrista") che hanno brillantemente portato a termine l'intervento in maniera altrettanto perfetta (forse anche di più) rispetto a mani umane.
Ci dobbiamo preoccupare?
Si aprirà una voragine occupazionale per i medici, abituali attori delle sale operatorie della Penisola?
Faremo la fine degli operai soppiantati dai robot alla Fiat?
E nelle nostre sale parto verremo sostituiti da abili e perfetti ostetrici in acciaio inossidabile, sempre pronti, sempre bravi, mai una sbavatura né un errore?
Finiremo come gli operai d'inizio '800 che tentavano di distruggere le macchine, simbolo della moderna industrializzazione, perché portavano via il lavoro manuale?
È assai verosimile che i miracoli della tecnologia e l'affermarsi di connessioni internet sempre più veloci possano arrivare a sostituire le mani dell'ostetrica e del ginecologo nelle delicate e difficili manovre di disimpegno delle parti fetali al momento della nascita; certo, è possibile guidare a distanza dei robot 'intelligenti' che, come quelli capaci di effettuare cateterismi su vasi piccoli e fragili come una coronaria ostruita, lavorino come e forse meglio delle mani del chirurgo umano.
In effetti, a sentire i soliti "esperti" che discettano su riviste e in trasmissioni radiotelevisive, per assistere un parto che ci vuole: è mai possibile che per un "banale parto" (testuale e ripetuto fino alla noia) si possa sbagliare?
Ora, a parte che questi presunti "esperti" nella stragrande maggioranza dei casi sono tali soltanto nella loro auto-consacrazione, il fatto che il parto sia il 'comune' modo di nascere non significa che esso costituisca un evento "comune" e ancor meno "banale"!
I ginecologi, in qualità di "specialisti del nascere", hanno ben presenti le difficoltà e i rischi che sono comunque insiti anche in un evento così "comune" ma mai "banale": la prova di quanto non sia affatto scontato il buon esito di un parto è data dalle statistiche relative ai Paesi in cui sono meno evoluti i servizi di assistenza alla gestante e al parto. Il miglioramento della qualità di tale assistenza e il livello della preparazione dei ginecologi italiani hanno prodotto nel volgere di pochi decenni un decisivo risultato in termini di riduzione della mortalità e morbilità per parto sia materna che neonatale.
Evidentemente ciò non basta: un'opinione pubblica, caricata negativamente da mass media che per fare audience hanno bisogno di storie ad effetto, reclama la perfezione da parte dei ginecologi i quali, essendo poveri 'umani', perfetti naturalmente non possono essere e qualche volta anche loro possono sbagliare.
Ecco quindi la svolta: il robot!
Sostituiamo i medici e le ostetriche in sala parto con dei perfetti ominidi tecnologici che pur guidati (per il momento, in futuro si vedrà) da esperti tecnologi al computer, espleteranno brillantemente i parti, anche quelli più difficili e complicati e se necessario effettueranno i (certamente 'pochi', data le perfezione dei meccanismi) cesarei indispensabili!
Qualche piccolo problema potrebbe porsi: per esempio, nel'ipotetico caso di insuccesso, su chi ricadrà la responsabilità: sul robot inefficace o sull'operatore al computer magari distante qualche centinaio di chilometri? Con chi se la prenderanno stampa e televisioni, chi sarà considerato "assassino" di povere puerpere o di inermi neonati?
Una cosa appare certa: i risparmi sarebbero notevoli (qualche kilowatt di corrente e pedalare, mai uno sciopero, mai un poco di stanchezza o malattia, sempre pronti ed obbedienti al minimo 'clic' del mouse).
Certo, un tempo in sala parto si levava gioioso e stentoreo il grido: "è un maschio!" (o una femmina, a seconda dei desideri e delle aspettative dei neogenitori!); l'avvento dell'ecografia ha evidentemente cancellato questa attesa relativa al sesso del neonato, ma ancora oggi le madri chiedono trepidanti al ginecologo (nonostante le ecografie rassicuranti): "è sano, dottore?" Ora, con l'avvento del parto teleguidato via web e assistito dal robot, la cosa sarebbe un poco complicata… e difficile sul piano dell'empatia; altro che umanizzazione del parto qui si tratta di robotizzazione della nascita!
Tant'è, occorre farsene una ragione: pochi ginecologi tecnocrati guideranno molti parti stando in grandi sale controllo attraverso internet; errori ce ne saranno finalmente pochi, i ginecologi di prima linea scompariranno e finalmente l'opinione pubblica sarà tranquilla e serena.
In fondo prima eravamo gli eroi del forcipe (quando andava tutto bene, sennò ti mandavano i carabinieri…), poi i grandi del taglio cesareo d'urgenza (se salvavi madre e figlio), oggi ahimè… si tratta 'solo' di un "banale parto"!
E che ci vuole? Già: che ci vuole a fare il ginecologo oggi in Italia?

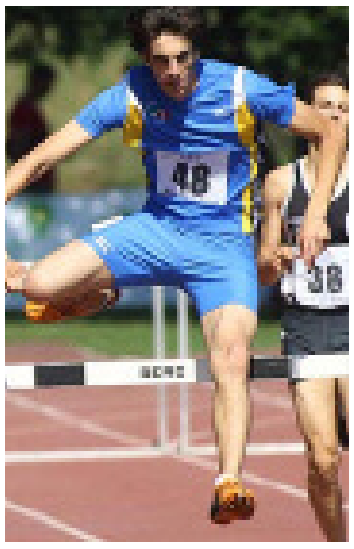
Ci vuole tanto coraggio, innanzitutto; poi tanta pazienza a sentire tante stupidaggini ammantate di grande pseudo scientificità; ci vuole tanto sacrificio e spirito di servizio.
Per la verità servono anche altre cose nel bagaglio del ginecologo italiano, almeno fino a quando non ci sostituiranno con i robot.
Ci vuole molta fortuna, innanzitutto, poi forza (a furia di aizzarci contro la gente qualcuno comincia a menare le mani sui ginecologi), fede (almeno nella scienza medica, ma non solo) e soprattutto un buon legale e una valida assicurazione: ormai, al di là degli eventi avversi legati a pochi casi sfortunati, spesso i contenziosi nascono su istigazione di avvocaticchi senza scrupoli in cerca di clientela o per inconfessabili fini di rilevanti risarcimenti. Il resto lo fanno giornali e televisioni!
In questo clima, M.A.M.M.A. Aogoi rappresenta per fortuna un sicuro e fattivo punto di riferimento per tutti.
Ma i robot al posto dei ginecologi in carne ed ossa saranno la panacea dei presunti errori sanitari, della 'malasanità'?
Ne dubito, ma varrebbe la pena di provare, magari per poco tempo, giusto per vedere l'effetto che fa! Un poco di respiro per gli uomini e le donne che ogni giorno (e ogni notte) danno una strizza alle loro coronarie, cercano di alleviare le sofferenze e le difficoltà delle partorienti, si industriano con i meravigliosi strumenti della scienza e con gli imperfetti strumenti rappresentati dalle loro menti e dalle loro mani per cercare di portare a termine il loro lavoro nel migliore dei modi.
E non sono dei robot, e non sono sempre "perfetti", qualche volta si distraggono magari per stanchezza o per i loro problemi; qualche altra sbagliano, perché non è semplice decidere ciò che è meglio fare in pochi attimi e magari dinanzi a drammatiche emergenze; qualche altra volta ancora perdono il controllo, perché sono persone 'imperfette' e con i loro limiti umanissimi.
Sbagliamo qualche volta, sì perché siamo uomini e donne e non robot! Ma sbagliamo 'solo' qualche volta e ce ne rammarichiamo molto. Ma 568.857 volte, come nello scorso anno, facciamo bene il nostro lavoro e facciamo venire al mondo il futuro del nostro Paese, con umanità e sollecitudine per le donne che si affidano a noi.
Ma non siamo robot: siamo solo… ginecologi!

Meditazioni

di Giuseppe Gragnaniello

Dove finiremo?

Davvero bravi! Nel giro di pochi giorni abbiamo stracciato tutte le percentuali dei danni materni e fetali da parto. Nel senso sbagliato, purtroppo. E il periodo nero continua, tanto che potremmo raggiungere – ma ci auguriamo di no! – altri record negativi.
Se a questo si sommano episodi non proprio esaltanti di convivenza tra medici di una stessa unità operativa, un po' tutti i giornali hanno vita facile a sbattere i mostri, o presunti tali, in prima pagina.
Segue la solita, lunga serie di interviste e di inutili dibattiti in cui si dice tutto, ma fino ad un certo punto, anche perché ciò non è possibile, sia per riserbo giudiziario ma soprattutto per carità cristiana.
Si dimentica che vi sono leggi e disposizioni ben precise riguardo i requisiti minimi per l'assistenza alla nascita, che non è che non vengano rispettate, quanto sono state sempre sistematicamente ignorate. Come il Progetto Obiettivo Materno Infantile, ormai datato, ma mai o quasi mai applicato per intero in qualunque regione d'Italia.
Anche se, per certi versi, che ciò non sia avvenuto va pure bene per il nostro tornaconto. Per la difesa, alla maniera di Fort Apache, di non pochi primariati di provincia sparsi qua e là. Tutti quei punti nascita che continuano a fare un numero molto basso di parti all'anno. Ma che comunque dovrebbero avere tutta una serie di garanzie inderogabili, non diverse da quelli che ne fanno molti di più.



Ovviamente, in una sanità sempre più povera, ciò è grandemente antieconomico. Ecco, allora, che alla base di molti incidenti di percorso è l'inadeguatezza delle strutture e non tanto l'inevitabile minor pratica degli operatori a causa dei piccoli numeri.
Che si aggiunge a quanto qualche luminare davvero illuminato ha finalmente il coraggio di ammettere, e cioè che la preparazione fornita dall'università sia ai medici che alle ostetriche non è per nulla all'altezza. Si afferma candidamente che le ultime spesso si diplomano senza aver assistito un parto! Come ci si può aspettare, allora, che si riduca il troppo alto numero di tagli cesarei?
Eppure c'è qualcuno, e non solo il parente, sconfortato e incompetente, che pensa e, quel che è più grave, dice che il parto chirurgico sia la panacea, in grado di risolvere tutti i problemi e garantire sempre un buon esito. Ma chi ha un po' di cervello in zucca sa che non è così. In quanto è risaputo che parecchie patologie che si osservano alla nascita trovano la loro origine molto tempo prima. Alcune con un po' di intelligenza e una discreta fortuna sono pure riconoscibili, sebbene spesso non vi si possa porre rimedio. Ne scaturisce una volta di più l'importanza di una particolare attenzione per i controlli in gravidanza, a partire da quelli più elementari come peso e pressione, spesso trascurati pure nel talvolta esoso privato.
Logico, poi, doverne piangere le conseguenze.
E ricordiamoci che, anche quando avremo fatto tutto secondo regola e staremo in pace con la coscienza, si potrà sempre verificare l'imprevedibile, l'imponderabile, l'infausto. Per cui non si può non essere d'accordo col collega al quale il cronista, in merito ad uno dei casi in questione, chiedeva: "Tornando indietro, c'è qualcosa che non farebbe?", che ha risposto, senza pensarci nemmeno un attimo: "Il ginecologo". Conclusione amara, ma è proprio così.

Libri

La paziente di Mogadiscio

La paziente di Mogadiscio di Velibor Baljozovic (presentato il 19 ottobre scorso nella sala del Carroccio, in Campidoglio a Roma) è un libro anomalo. Lo è perché scritto da un medico, un ginecologo, uno straniero che vive in Italia e ce la rappresenta da un'altra ottica a noi sconosciuta. Non solo. Anche la stesura del libro è anomala: brevi, brevissimi episodi, scorci, ritrattino, quasi sempre, come si dice, vita vissuta, percepita, messa in parole.
Ne viene una immediatezza che prende il lettore. La peculiarità consiste nel vederci come gli altri ci vedono, o lo "straniero" Baljozovic, ci vede. E come ci vede lo "straniero" Baljozovic? Fuggito dalla Serbia con due figlioletti, si imbarca fortunosamente con l'ultimo traghetto per l'Italia. Qui gli rubano la macchina, non conosce nessuno, non ha lavoro, cerca sull'elenco del telefono cognomi serbi, viene aiutato dalla Caritas, dall'Esercito della salvezza, divorzia, non ha più figli, cerca di esercitare la sua professione, vive lo struggimento dell'essere straniero e voler essere italiano, voler essere italiano ma non dimenticare di essere nato serbo. La situazione è tragica e umoristica: voler essere del tutto italiani, legalmente italiani, presto italiani e tuttavia conservare l'odore della nazionalità di origine. Baljozovic scopre un enigma che taluni non sanno o non vogliono capire: che si può essere contemporaneamente, poniamo, serbi e italiani, che il legame con l'origine non è ostilità alla nuova patria. E quando il figlio di Baljozovic urla di voler restare serbo, non si tratta di ostilità alla nuova patria, nazione o stato ma solo della volontà di non essere sradicati. È conciliabile la duplice nazionalità? Assolutamente si. Tutto il volume è sottomesso a questo deserto di umanità che può travolgere gli uomini e lasciarli una solitudine derelitta. C'è una insistenza non appariscente ma costante nel libro: la volontà di regolarizzare, accogliere, fare degli stranieri dei cittadini, sia pur senza il tentativo di aprire indiscriminatamente le frontiere. La lungaggine della cittadinanza, dei permessi di soggiorno sono traumi per lo straniero. E noi spesso non ce ne rendiamo conto. Ma leggendo ciò che gli stranieri rivelano, la loro vita pencola in una sospensione ansimante che il minimo tocco può schiantare. Davvero, non ci rendiamo conto di quanta crudeltà vi sia nel nostro non considerare l'altrui paura, miseria, difficoltà. Anche per questo è da leggere, questo libro. Allarga il concetto di umanità. L'umanità è fatta di neri, gialli, bianchi, ebrei, cattolici, protestanti, laici, atei, musulmani, e chi più ne sa ne aggiunga. Inutile sognare città depurate dagli stranieri. Occorrerebbe una violenza che ci farebbe perdere l'umanità. Non è, dunque, un caso che il Dottor Baljozovic sia promotore di un progetto per favorire le nascite, da dove vengono, vengono. L'ultima sezione del testo è un vero inno alla protezione della maternità. Viva la vita! Infine, prima di lasciare il lettore alla lettura de "La paziente di Mogadiscio", è doverosa una breve aggiunta. La prefazione al testo è di Milisav Savic, che ebbe funzione di addetto culturale a Roma al tempo in cui fu ambasciatore Darko Tanaskovic. Due personalità da cui ebbi e ai quali diedi amicizia, uomini di cultura, europei assoluti. È inconcepibile che dello "straniero", solo perché immigrato, si abbia una visione degradata. Invece di sognare "pulizie" occorre alzare il livello, esigere. Da noi e da loro.

(Recensione di Antonio Saccà, "Il Secolo d'Italia" 19 ottobre 2010)

Velibor Baljozovic, socio Aogoi, è al suo secondo romanzo. Nel 2005 ha pubblicato "Roma piccola grande città"

VELIBOR BALJOZOVIC

La paziente di Mogadiscio

Editore Fileks
Pagine 150, euro 12
Libreria "La Fenice"
via Emanuele Filiberto 15
00185, Roma

Info: velibore@yahoo.it

Oltre 200.000 visite al mese*

*Fonte: Google Analytics

Il primo quotidiano *on line* interamente dedicato al mondo della sanità

quotidianosanità.it

Scienza, medicina, farmaci, politica nazionale e regionale, economia e legislazione.

Notizie, interviste, dibattiti, documenti, analisi e commenti dal mondo della sanità.

Ogni giorno, dal lunedì al venerdì, per essere sempre aggiornati e informati.
www.quotidianosanita.it

OGNI GIORNO SUL WEB TUTTA LA SANITÀ CHE CONTA

UN'INIZIATIVA **Health Communication** *editore*

1 sola *compressa al giorno*

Formulato, studiato e prodotto con criteri di elevata qualità

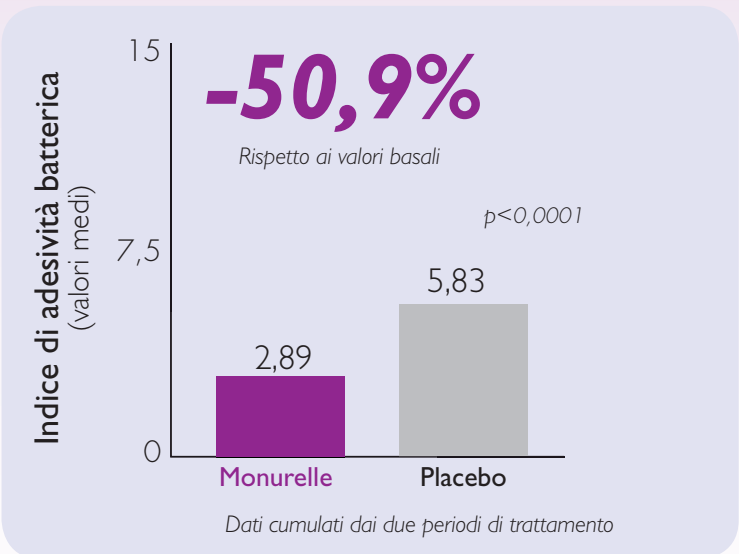
MONURELLE È UN INTEGRATORE ALIMENTARE

- **FORMULATO** con 120 mg di Cranberry, titolato al 30% in **Proantocianidine** (pari a **36 mg di PAC**) e con **60 mg di Vitamina C** (75% della RDA)
- **STUDIATO** in un trial clinico *ex-vivo*, randomizzato, in doppio cieco, cross-over, controllato verso placebo: le urine delle donne trattate hanno mostrato di possedere un'attività antiadesiva batterica[1]
- **PRODOTTO** con criteri di elevata qualità che garantiscono la **stabilità del prodotto per 30 mesi.**

Monurelle non contiene OGM né suoi derivati. Senza glutine e lattosio.

1. G. Tempera et al. Int J Immunopathol Pharmacol. 2010 Apr-June;23(2):611-8.

Significativa riduzione dell'indice di adesività batterica nella popolazione totale: valori medi[1]



Zambon

Leggere attentamente le avvertenze riportate sul foglietto illustrativo. Gli integratori alimentari non vanno intesi come sostituti di una dieta variata e di uno stile di vita sano.