



Presentato a Roma l'European Perinatal Health Report

Ecco i nuovi europei

Ancora troppe le differenze nella salute materno-infantile nel vecchio continente. Degli 8 milioni di bambini nati vivi ogni anno, 4 su mille muoiono nel primo anno di vita. E anche la piaga della mortalità materna non è cancellata. Questi i principali risultati di quattro importanti progetti finanziati dalla Commissione Europea

■ Sanità 2009

Le principali sfide da affrontare, indicate da Maggioranza e Opposizione

■ Medicina di genere

Nasce un piano strategico per la salute della donna, capitanato dall'Iss

■ Salute immigrati

Al via un progetto ministeriale per l'impiego di mediatori linguistico-culturali nelle Asl

■ Infertilità

I costi sociali delle terapie di procreazione medicalmente assistita

elevit

Aiuta la mamma, protegge il bambino.



**Novità
da Bayer**

Elevit,

il nuovo farmaco OTC,

multivitaminico e multiminerale,

specificamente formulato per la gravidanza e l'allattamento,

contribuisce allo sviluppo di un bambino sano

- ☞ riducendo il rischio di **malformazioni congenite** (quali la spina bifida)¹
- ☞ fornendo alla mamma l'adeguato apporto di vitamine e minerali per soddisfarne l'**umentato fabbisogno** durante la gravidanza e l'allattamento².

L'efficacia e la tollerabilità di Elevit sono dimostrate da un importante studio clinico¹ e dall'utilizzo da parte di milioni di donne nel mondo.

1. Czeizel AE. Prevention of congenital abnormalities by periconceptional multivitamin supplementation. Br Med J 1993; 306:1645-8

2. Livelli di Assunzione giornaliera Raccomandati di Nutrienti per la popolazione italiana



Bayer HealthCare

Editoriale di Giovanni Monni

Riflessi del cambiamento

Più che rivolgere un saluto in occasione del nuovo anno, ho la sensazione di dovermi affacciare insieme con voi su una nuova era. Con il 2009, sembra che i semi del cambiamento che sono andati maturando nel corso degli ultimi mesi stiano cominciando a dare i primi segnali di una nuova vitalità. Tutti noi conosciamo la gravità degli eventi che sconvolgono il pianeta: la crisi finanziaria, iniziata da qualche mese, promette di essere la colonna sonora non solo dell'anno appena iniziato ma anche di quello che lo seguirà e, probabilmente, di un altro anno ancora. Quali effetti possa produrre sui nostri modelli di vita una situazione così pesante che si protragga per un così lungo periodo di tempo, nessuno può prevederlo. Di certo, questi cambiamenti non lasceranno indifferente l'ambito sanitario e di conseguenza impongono delle riflessioni profonde alla nostra coscienza professionale così come alle nostre dinamiche associative. Proviamo allora a leggere i segnali che questa crisi mette sotto i nostri occhi. Basta sfogliare le pagine di questo numero di *GynecoAogoi* per averne una percezione netta: i temi che dominano sono tutti sotto l'insegna del superamento delle differenze. Differenze di etnia, che impongono di rinnovare i nostri atteggiamenti professionali per rispondere alla domanda di salute che i sempre più numerosi cittadini di origine straniera ci rivolgono. Differenze di reddito e di capacità di gestione sanitaria, che costringono i pazienti di alcune regioni a ricevere un'assistenza ben inferiore di quelli di altre aree del nostro paese. E le differenze di genere, alle quali la nostra anima di "medici della donna" ci rende particolarmente sensibili: sono loro, le donne, ad imporsi come protagoniste dei cambiamenti in atto, chiedendo da un lato un'attenzione maggiore alle loro peculiarità come pazienti, dall'altro facendosi promotrici di rinnovamento come professioniste sempre più numerose, capaci e attive. Ecco, quindi, solo tre dei tanti temi che la nuovissima situazione internazionale, nazionale e anche associativa che si sta delineando sottopone all'attenzione nostra e dei decisori politici chiamati a gestire la sanità. La salute del cittadino straniero, il superamento delle differenze regionali in tema di prestazioni sanitarie, la valorizzazione della presenza femminile. Sul primo tema, è noto l'impegno della nostra associazione in difesa del diritto di tutti gli individui, anche di coloro che sono entrati illegalmente nel territorio nazionale, a ricevere assistenza sanitaria senza per questo essere segnalati all'autorità giudiziaria: l'emendamento che vorrebbe eliminare il divieto di segnalazione attualmente previsto dalla normativa è in discussione al Senato proprio nei giorni in cui mandiamo in stampa questo numero della rivista e ci auguriamo di cuore che la sua bocciatura continui a permettere a medici, infermieri e ostetriche di esercitare la loro professione senza essere coinvolti in un sistema di "sorveglianza" che non spetta a loro. Anche l'uniformità del servizio sanitario su tutto il territorio nazionale è un tema particolarmente caro ai ginecologi e alle ostetriche, soprattutto da quando un federalismo acerbo ha lasciato la porta aperta a divari troppo sensibili. Come emerge dall'inchiesta con cui si aprono le pagine di approfondimento di questo numero di *GynecoAogoi*, tutti sono d'accordo sul fatto che il sistema sanitario deve essere "nazionale". Ma sul come giungere a questo risultato, i disaccordi sono ancora tanti. Dal canto nostro abbiamo sempre sottolineato le ingiuste differenze che devono subire i cittadini delle aree in cui i servizi sanitari sono meno soddisfacenti, ma anche le difficoltà dei ginecologi così come degli altri professionisti della salute che, a seconda della zona in cui operano, vivono condizioni più o meno svantaggiate sia nell'esercizio quotidiano del loro lavoro che dal punto di vista dell'avanzamento professionale. Infine, l'attenzione verso l'universo femminile che non può che essere al centro delle preoccupazioni di chi cura la salute delle donne. Nelle pagine che seguono potrete leggere le considerazioni sulla medicina di genere, i risultati del Rapporto dedicato alla salute materno-infantile in Europa e alcune riflessioni sui costi sociali delle terapie dell'infertilità nel nostro paese. A me permettete di esprimere l'augurio che proprio le donne riescano a far sentire sempre più la loro influenza in questo delicato momento di cambiamento. Una cosa è certa: noi saremo sempre al loro fianco.

Giovanni Monni
Presidente AOGOI

Indice numero 1-2009



Pagina 21
SCUDO GIUDIZIARIO AOGOI
Avviso importante

Gynecoletter
AOGOI

GYNECOLETTER AOGOI
Per ricevere la newsletter elettronica potete inviare una mail dal vostro indirizzo di posta a gynecoletter@hcom.it specificando nell'oggetto "GYNECOLETTER SÌ"

In evidenza	
4	Auguri di un buon 2009 Il Corsivo di Carlo Sbiroli
	Dal collasso del sistema forse una speranza di Romano Forleo
Primo piano	
5	LE INTERVISTE E tutti concordano: il Servizio sanitario deve restare "nazionale" Interviste ad Antonio Tomassini, Serafino Zucchelli, Domenico Zinzi, Nerina Dirindin e Claudio Montaldo
6	Gli italiani giudicano il Ssn I risultati dell'indagine promossa dall'Anaa Assomed
7	ERRORI MEDICI "Superiamo l'automatismo verso il penale" Intervista di Ester Maragò a Giuseppe Palumbo
8	Medicina di genere, una storia recente di Giulio Maria Corbelli
10	Nascere in Europa di Antonino Michienzi
12	Una sanità più vicina agli stranieri di Giulio Maria Corbelli
	Aids: fermiamo la disattenzione
13	L'OPINIONE Subito al lavoro dopo il parto di Valeria Dubini
Professione	
14	I costi sociali delle terapie di procreazione medicalmente assistita di Ernesto Falcidia e Mauro Costa
16	Il lungo cammino verso una piena (e reale) parità di diritti di L. Francesco Meloni
18	VIOLENZA DI GENERE Costruire percorsi formativi e modelli di intervento specifici di Valeria Dubini
19	Interventi chirurgici in videolaparoscopia e uso delle immagini di Pier Francesco Tropea
20	Bando di concorso Borsa di studio "Ugo Tropea"
21	Pensionamento...e cattiva informazione di Carmine Gigli
23	Primo Congresso nazionale AGITE di Maurizio Orlandella
Aggiornamenti	
24	Integrazione dietetica alla terapia del dolore pelvico cronico e l'endometriosi di Renato De Stefano et al.
26	Hpv: una comunicazione difficile di Anna Iossa e Carla Cogo
Rubriche	
27 Fatti & Disfatti 28 Libri 29 Lettere 30 Congressi	



NUMERO 1 - 2009
ANNO XX

ORGANO UFFICIALE
DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI
GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

Presidente
Giovanni Monni
Direttore Scientifico
Felice Repetti

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

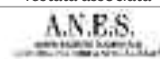
Editore
Health Communication
via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma
Tel. 06 594461 - Fax 06 59446228
Progetto grafico
Giancarlo D'Orsi
Ufficio grafico
Daniele Lucia, Barbara Rizzuti
Stampa
Union Printing
Viterbo
Abbonamenti
Anno: Euro 26. Prezzo singola copia: Euro 4
Reg. Trib. di Milano del 22.01.1991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

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

Organo ufficiale



Testata associata



Editore



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

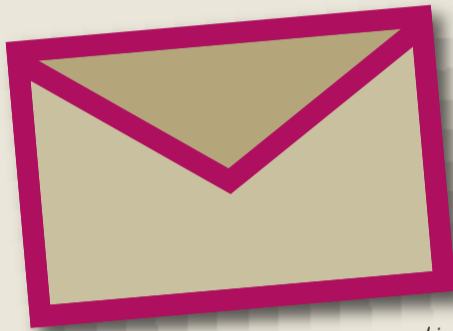
IL CORSIVO

di Carlo Sbiroli



Auguri di un buon 2009

È prassi consolidata inviare gli auguri per il nuovo anno a tutti i lettori di GynecoAogoi. Quest'anno però, venendo meno a questo rito, vorrei fare gli auguri solo a chi ne ha più bisogno: a quei ginecologi indecisi che, forse affascinati da nuove sigle o per non scontentare nessuno, hanno pensato bene di militare in tutte le associazioni che via via si stanno formando in seno alla ginecologia italiana. Questo "stare dappertutto" non mi permette di spedire gli auguri ad un indirizzo preciso, mi autorizza però a fare alcune considerazioni. Premesso che le diaspore creano sempre situazioni di disagio. Premesso che ognuno è padrone di iscriversi a qualsiasi associazione (a meno che non sia sovversiva) e di partecipare contemporaneamente a gruppi diversi, va però detto che in questo particolare momento della vita associativa della ginecologia italiana è importante che vengano rispettati sia gli



aspetti formali che sostanziali. Il perché non è così complicato da capire. Partecipare, e quindi sostenere contemporaneamente più associazioni, che in definitiva hanno gli stessi scopi, le stesse finalità, vuol dire creare dei cortocircuiti, dei falsi. Perché è solo attraverso il proselitismo che queste associazioni possono vantare dei crediti. Ne consegue che la distribuzione delle stesse persone nelle varie associazioni gonfia artificiosamente il numero delle iscrizioni, stimola la vocazione maggioritaria e finisce col creare delle illusorie situazioni di forza. A questo si

deve aggiungere che il ricorso al neo-associacionismo, che lo stupidario (ginecologico) dell'anno appena terminato ha lasciato in eredità, è venuto a complicare ancor più la situazione, perché è stato utilizzato come spauracchio: voi litigate ed io mi faccio una nuova associazione (leggi Cigo). Quasi una sorta di babau o di nuovo espediente per rimuovere i veri problemi ai quali non si riesce a dare una soluzione. Tutto questo ha finito col creare anche un cicalaccio di bassa lega, ripetitivo, alimentato da narcisi che controllano piccole botteghe, ma che credono sia sufficiente per assumere ruoli di una qualche visibilità. La confusione tra "chi siamo" e "con chi stiamo" genera anche degli equivoci. I colleghi iscritti all'Aogoi (come del resto anche quelli iscritti ad altre associazioni) lo sono per

legittima scelta e con pieno diritto. Questa iscrizione, oltre ad identificare l'appartenenza ad un determinato gruppo, porta anche dei vantaggi (tanto per citarne alcuni: la tutela legale, le facilitazioni legate all'aggiornamento, l'impegno costante nella difesa della categoria a tutti i livelli, ecc.) che - bisogna riconoscere - sono estremamente importanti nella quotidiana vita professionale. Vantaggi che presentano un costo economico elevato per l'Aogoi, e quindi per i soci. E mi sembra formalmente non corretto godere di queste agevolazioni e nello stesso tempo "stare" (dal punto di vista associativo) con chi non apprezza quella politica societaria che con grande fatica e negli anni ha prodotto questi privilegi. Ora io credo che se c'è un solo vizio nel comportamento di questi colleghi ubiquitari che riesce ad essere più ridicolo e irritante del formalmente corretto è il formalmente

scorretto. Costoro, nella loro scorrettezza, nella loro smania riparatrice, raggiungono capolavori di incongruenza comportamentale e perfino di illogicità spicciola. E dunque, in mancanza di un preciso indirizzo, approfitto di questo spazio che mi viene concesso da GynecoAogoi per spedire i miei migliori auguri a questi colleghi, antesignani della globalizzazione ginecologica. Anche se in numero esiguo, confusi, dispersi nelle varie sigle associative, auguro loro un 2009 decisamente favorevole. Che diventino perfino simpatici, anche quando assumono cariche nel board delle nuove associazioni o si impancano in "dibattiti" dalla struttura molto precaria. Così come ci sono i rimbalzi tecnici in Borsa, chissà che il 2009 non registri un rimbalzo di segno positivo in seno alla ginecologia italiana, se non altro per il fatto che peggio di così è difficile che vada...

LETTERA DI FINE ANNO

Dal collasso di un sistema forse una speranza

di Romano Forleo

Da tempo sostengo che alla fine del comunismo, che ha segnato anche la caduta dell'utopia socialista, sarebbe seguita la fine del capitalismo, e con essa il tramonto della utopia liberale di Stuart Mill. La recessione economica in cui stiamo rapidamente rotolando sembra segnare infatti il crollo di un sistema che senza dubbio comporterà, oltre al malessere di una vasta area della popolazione anche nel Nord del mondo, un senso di sempre più profonda incertezza sul futuro e grandi problematiche anche di ordine organizzativo-sanitario. Vi saranno notevoli resistenze da parte di chi monopolizza denaro e potere, non prive di spargimento di sangue, e probabilmente all'urlo di dolore di popoli oppressi dalla miseria si unirà una ribellione diffusa, il che comunque non renderà meno inevitabile l'abbandono dell'attuale economia, basata sulla corsa ai consumi e ai guadagni, sui gio-

Stiamo assistendo forse alla fine di un'era. L'agonia del sistema capitalistico ci consegna un mondo pieno di disuguaglianze, fame e guerre. Ma anche la speranza che da queste "macerie", come spesso è avvenuto in epoche di grande transizione, si possa costruire un nuovo modello di vita, più sobrio ed essenziale ma soprattutto più equo. È questa la sfida che Romano Forleo in questa "lettera di fine anno" ci invita a raccogliere, a livello umano e professionale. A partire da una ritrovata creatività e voglia di camminare insieme



chi finanziari fatti sulle spalle di chi fa impresa e di chi lavora. Non so quale nuova teoria e prassi economica ci riserverà il

domani (dopo la fine del periodo di recessione prevista dopo il 2011) e quale sarà la sintesi nuova tra il mercato, con le sue du-

re leggi di competitività globale, e la giustizia sociale. È indubbio però che il sistema attuale, che genera aree sempre più vaste di fame, povertà, corruzione e guerra, non possa più andare avanti. C'è però la speranza che dal bagno di austerità, o di "sobrietà" come oggi si usa dire, che volenti o nolenti saremo costretti a fare, possano riemergere il gusto per le cose semplici, per l'essenziale e, soprattutto, una rinnovata attenzione alle istanze dei troppi che soffrono. Forse mai come quest'anno il Natale dovrebbe condurci a una riscoperta dello spirito di povertà e a un passaggio, anche nell'ambito delle nostre famiglie, dall'Eros all'Agape, dall'amore narcisistico all'amore oblativo. Ritengo sarebbe utile e necessario per tutti noi avviare una riflessione e un confronto sui danni che il consumismo produce anche nel mondo medico. A partire da quel carrierismo improntato soprattutto sul possesso di beni spesso inutili, che ci ha costretti a correre, a "smarchetta-

re", a tutto danno della nostra crescita di uomini e medici disposti a prendersi cura della persona. E che ha permesso che le amministrazioni degli ospedali e delle case di cura in cui operiamo (eccessivamente allarmate dalla crescita dei costi della sanità e dall'insolvenza dello Stato) accantonassero l'aspetto dell'umanizzazione, puntando piuttosto sulla moltiplicazione di visite e ricoveri. Ed ecco allora rimaterializzarsi in molte strutture gli incubi del passato, come l'uso delle barelle nel post-partum o i contratti a termine senza copertura assicurativa, che troncano la voglia di crescere ai nostri migliori trentenni. La stessa libera professione, fondamentale per la valorizzazione del rapporto medico paziente, per un legame empatico con chi si affida alle nostre cure, in realtà serve a compensare la scarsa valorizzazione al talento e alla creatività di ciascuno da parte delle direzioni economiche degli

► Segue a pagina 13

La rassegna delle sfide da affrontare secondo alcuni rappresentanti politici della sanità italiana

E tutti concordano: il Servizio sanitario deve restare "nazionale"

Le urgenze da affrontare sono tante. Ma anche se i punti di vista cambiano in base allo schieramento politico o all'ambito nazionale o regionale di competenza, dagli interventi raccolti emerge un punto di incontro: il Servizio sanitario è unico e universale

Antonio Tomassini
Presidente Commissione Igiene e Sanità del Senato

L'equilibrio dei bilanci regionali è condizione necessaria per migliorare la qualità dei servizi

“Se da un lato è consuetudine unire agli auguri di un buon anno una lista di priorità e di impegni per i prossimi mesi, dall'altro l'agenda politica segue un altro ritmo che normalmente va dal settembre al luglio successivo, e ciò soprattutto in un anno che ha visto dopo le elezioni il mutamento del quadro politico ed importanti ristrutturazioni nazionali proprio nelle deleghe ministeriali e nell'azione di Governo. Rimangono sicuramente validi i tre obiettivi di fondo che avevano caratterizzato il nostro programma elettorale: garantire un reale accesso ai cittadini



Antonio Tomassini



alle prestazioni in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale; estendere le prestazioni sanitarie ad alcuni bisogni non riconosciuti e particolarmente collegati alla cronicità ed alle malattie dell'invecchiamento; distribuire incarichi secondo meriti e controllare adeguatamente. È evidente che quanto è stato già iniziato da giugno 2008 va ora proseguito: la ridefinizione ed il rilancio dell'Aifa, la diversa collocazione dell'Agenzia sanitaria per i servizi regionali che viene tramutata in Agenzia di Controllo e Agenzia per l'Aggiornamento, ed infine una concreta attuazione ed avvio per i fondi integrativi.

Il 2008 ha lasciato tante questioni in sospeso: dall'attuazione del federalismo fiscale alla denuncia di tagli dei fondi da parte delle Regioni, dal testo legislativo sul governo clinico alla firma del nuovo Patto per la Salute tra Stato e Regioni

Per quanto riguarda la Commissione Igiene e Sanità del Senato, che ho l'onore di presiedere, i disegni di legge che sono già in corso di esame e che devono al più presto essere conclu-

si riguardano la responsabilità professionale del personale sanitario, le malattie rare e il problema di urgente attualità delle dichiarazioni anticipate di trattamento.

Da ultimo, però, mi pare opportuno sottolineare quella che a mio avviso sarà la sfida più importante: nella tragica situazio-

ne economica internazionale in cui vediamo saltare molti sistemi di tutela sanitaria e sociale di Paesi sulla carta più robusti e strutturati del nostro, il primo principale risultato da ottenere

sarà quello di mantenere l'attuale investimento in tutela della salute. Per fare questo sarà elemento cruciale ed irrinunciabile ottenere

un miglioramento dei conti nelle Regioni in rosso e soprattutto in quelle commissariate: è evidente che in queste Regioni non si potrà pensare di raggiungere solamente un pareggio dei conti, ma bisognerà avere la forza di riuscire a renderne concreti i diritti di salute che già le altre Regioni offrono”.

Serafino Zucchelli
coordinatore della Consulta sanitaria nazionale del Pd

Interrompere la politica dei tagli alla sanità pubblica

“Ci sono molti motivi di preoccupazione per le cose dette in materia di sanità dagli esponenti dell'attuale Governo, a partire dal ministro Sacconi e dal presidente del Consiglio, e ancor più per gli atti compiuti.

Innanzitutto Sacconi, nel Libro Verde, ha fatto un'affermazione grave, sostenendo che, mancando le risorse, occorre restringere l'area delle prestazioni sanitarie garantite ai cittadini e far crescere la partecipazione delle famiglie e dei singoli alla spesa attraverso forme di assicurazione. Berlusconi ha poi rincarato, sostenendo la necessità di una maggiore presenza del privato in sanità e parlando di “privatizzazione degli ospedali”.

E alle parole sono seguiti i fatti, con una riduzione del finanziamento per la sanità a partire dal 2010 e la sparizione, già per il 2009, dei fondi ex art. 20 (circa 1 mld e 200 mln) e con una forte riduzione degli stanziamenti per le strutture.

Anche l'originaria proposta del sottosegretario Fazio sui Lea, fermata per ora dalla decisa opposizione delle Regioni, comportava un forte ridimensionamento delle prestazioni di diagnostica, in particolare Rm e Tac, tanto che era stato previsto un risparmio di 2 miliardi di Euro.

Insomma la linea complessiva del Governo mira ad una riduzione della sanità pubblica, mentre noi siamo convinti che proprio in questa fase di crisi è necessario accrescere le tutele of-



Serafino Zucchelli

ferte ai cittadini e non solo perché ciò è giusto ed equo, ma anche perché le risorse spese nella sanità sono un volano di sviluppo, che producono occupazione e ricchezza del Paese”.

Domenico Zinzi

Capogruppo Udc alla
Commissione Politiche Ue
della Camera

Affidare maggiore ruolo gestionale alle Asl

“La centralità del cittadino, con il paziente che deve essere posto concretamente nelle condizioni di scegliere liberamente il luogo di cura: è questo, a mio parere, l’obiettivo che – anche, ma non solo, ovviamente – per il 2009 deve essere in cima alla scala delle priorità del nostro sistema sanitario.

Per riuscirci, l’organizzazione deve innanzitutto vedere lo Stato e le Regioni sempre più orientate a programmare e a controllare senza gestire, attribuendo alle Asl un ruolo di effettiva terzietà per premiare i servizi migliori in termini di costi economici e di benefici per la collettività.

Risulta quindi indispensabile una corretta programmazione – oggi non esercitata – con due principali obiettivi: 1) realizzazione di una rete ospedaliera efficiente che ottimizzi le risorse economiche e umane presenti

sia nel pubblico che nel privato, eliminando le strutture superflue e riducendo i posti letto per favorire contestualmente i modelli day-hospital; 2) contenimento della spesa mediante un’acorta politica delle tariffe. È poi indispensabile tenere fuori la politica dalle scelte di carriera dei medici e, per i Direttori generali, prevedere un concorso nazionale con graduatoria unica cui attingere per le nomine regionali.

Tutto questo in un contesto di riaffermazione del Ssn con le sue caratteristiche originarie di universalità e solidarietà, pur valorizzando il carattere misto degli erogatori delle prestazioni, sia pubbliche che private”.

Nerina Dirindin

Assessore alla Sanità
Regione Sardegna

Ribadire l’unicità e l’universalità del Ssn

“Le problematiche da affrontare sono numerose, ma vanno anzitutto ribaditi i principi, cioè che il Servizio sanitario è uno, nazionale e pubblico. Pur con tutte le sue diramazioni regionali e l’apporto del privato. Negli ultimi mesi abbiamo assistito a troppi attacchi a questo principio, sia con le preoccupazioni che hanno investito la discussione sul federalismo, sia con le ipotesi lanciate dal Governo di potenziare fortemente la componente pri-



Domenico Zinzi

vata della sanità. Questa è la priorità assoluta: ribadire l’unicità e l’universalità del Ssn. Anche in vista del federalismo, che per essere attuato nel migliore dei modi deve anzitutto essere definito chiaramente, e questo significa anche non mettere in discussione la nazionalità del sistema sanitario.

Al più presto, inoltre, dovrà essere sciolto il nodo dei Lea, che non possono essere semplicemente tagliati, ma devono essere modificati e ridotti in relazione a quelli che sono i bisogni di salute. L’auspicio, poi, è il ripristino del ministero della Salute, che io ho sempre sostenuto, soprattutto nel suo passaggio dal concetto di “sanità” a quello più ampio di “salute”. La salute è un bene prezioso e la sanità è un sistema impegnativo, non può essere amministrato come appendice di altri dicasteri. Non può, inoltre, essere sottomesso al ministero dell’Economia, perché se è vero che i vincoli economici esistono e vanno rispettati, è anche vero che la salute è un diritto fondamentale dell’uomo e una condizione necessaria per il buon funzionamento di un Paese. Per questo la sanità deve essere vista come un investimento e non co-



Nerina Dirindin

me una spesa. Certo, le risorse devono essere ben amministrate, ma non si possono sacrificare prestazioni importanti e fondamentali in nome dei tetti economici”.

Claudio Montaldo

Assessore alla Sanità
Regione Liguria

Patto per la Salute e definizione dei criteri di riparto

“Il sistema sanitario ha bisogno di una progettualità in grado di rispondere ai nuovi bisogni di salute, ma condizione necessaria per ogni nuovo investimento è la firma del nuovo Patto per la Salute e la definizione dei criteri per il riparto delle risorse. Senza questo, è impossibile fare progetti di miglioramento.

Per quanto riguarda il Patto, il primo nodo da sciogliere è quello dei Lea, che vanno ridefiniti ma nella logica di modularli secondo i bisogni e non riducendoli. Credo, ad esempio, che sia essenziale introdurre nei Lea le prestazioni per le malattie rare,



Claudio Montaldo

che ora non sono comprese e che invece si stanno rivelando una priorità e un’urgenza per molte famiglie.

Rispetto ai criteri di riparto delle risorse, consideriamo non praticabile la strada dei costi standard stabiliti sulle Regioni virtuose o senza tener conto dell’età media della popolazione. La Liguria ha un alto tasso di popolazione anziana e se lo “standard” fosse sulla base di un’età media bassa, la Liguria non potrebbe che ricevere risorse insufficienti a coprire i costi che l’assistenza agli anziani comporta. Vi è inoltre la necessità di fare investimenti, riorganizzare la rete ospedaliera, potenziare il territorio, ma si tratta di progetti che non possono essere realizzati senza risorse appropriate. E dal momento che abbiamo assistito a un dimezzamento dei finanziamenti, è davvero difficile prospettare nuovi investimenti. L’auspicio, in generale, è che nel 2009 il Governo rilanci la politica sanitaria, che un po’ per l’acorpamento dei ministeri, un po’ per le altre urgenze che è stato necessario affrontare o per altre ragioni, è rimasta piuttosto silente in questi primi mesi di Legislatura”.

I risultati di un’indagine promossa dall’Anaa Assomed e realizzata dalla Swg

Gli italiani giudicano il Ssn

Il Ssn compie trent’anni e può essere (almeno in parte) soddisfatto: il 54% degli italiani ripone in questo servizio una fiducia senza ombre, mentre solo il 30 per cento dichiara di preferire la sanità privata. Ma, a ben vedere, l’Italia della salute sembra spaccata in due: una al Nord promossa a pieni voti e una al Centro-Sud, dove disfunzioni e carenze, in particolar modo organizzative e strutturali, fanno scendere il gradimento e la fiducia sotto la soglia del 50%.

Sono questi i risultati principali dell’indagine promossa dall’Anaa Assomed e realizzata dalla Swg di Trieste su un campione rappresentativo di mille soggetti di età superiore ai 25 anni.

Una disparità di giudizi, quella

Solo tre su dieci preferiscono il privato. È questo il dato più significativo emerso dall’indagine promossa dall’Anaa Assomed e realizzata dalla Swg di Trieste, che ha anche confermato il giudizio positivo sui medici e la preoccupazione sulla qualità delle strutture, soprattutto al Sud



tra nord e resto d’Italia, che sembra però annullarsi quando ci si rivolge a persone che hanno avuto un’esperienza diretta recente con i servizi sanitari. È questo il caso degli ospedali pubblici la cui qualità di prestazioni e servizi viene promossa in tutto il Paese da parte di cittadini che ne hanno usufruito direttamente o per i loro cari.

Dall’indagine l’ospedale pubblico risulta infatti come punto di riferimento principale per l’assistito e sembra resistere come presidio di qualità cui gli italiani continuano a rivolgersi con soddisfazione, anche al Centro e al Sud del Paese.

La qualità delle cure e delle prestazioni ospedaliere è infatti giudicata soddisfacente dal 72% degli intervistati. Una media che comprende la soddisfazione del

Nord (82%) ma anche quella del Centro (68%) e del Sud (57%). Giudizi quasi analoghi sul personale medico e sanitario, che risulta promosso dal 70% degli italiani (80% Nord, 63% Centro e 60% Sud).

Gli ospedali del Sud sono invece penalizzati per la gestione, con giudizi che scendono sotto la soglia del 50% quando si parla di comfort, vitto, organizzazione, servizi di informazione e igiene.

Complessivamente, quindi, più della metà della popolazione interpellata dichiara di avere fiducia nel sistema sanitario nazionale, fiducia che tocca oltre il 66% al Nord e cala di 20 punti percentuali nelle regioni del Centro (46%) e ulteriormente al Sud (41%).

Il disagio dell’utenza meridionale

Circa la metà degli intervistati giudica positivamente la sanità della sua Regione e il servizio ospedaliero della sua città. I dati disaggregati evidenziano il di-

Intervista a **Giuseppe Palumbo**, presidente della commissione Affari Sociali

Errori medici: "Superiamo l'automatismo verso il penale"

di Ester Maragò

Realizzare un sistema equilibrato, efficiente ed efficace nella risoluzione dei contenziosi relativi alla responsabilità professionale del personale sanitario. È questo l'obiettivo della norma per depenalizzare l'errore medico inserita nel provvedimento che vede come primi firmatari Iole Santelli, vicepresidente commissione Affari Costituzionali e Giuseppe Palumbo, presidente della commissione Affari Sociali, entrambi del Pdl.

Il progetto di legge "Modifiche al codice penale, in materia di responsabilità nell'esercizio dell'attività medico-chirurgica e di consenso informato del paziente, nonché al codice di procedura civile e al codice di procedura penale, in materia di nomina dei periti nei relativi procedimenti" (C. 1884) non è ancora all'ordine del giorno, ma secondo il presidente della commissione Affari Sociali potrebbe iniziare il suo iter già agli inizi del 2009.

Abbiamo chiesto a Giuseppe Palumbo quali sono i punti cardine

Modifiche al codice penale in materia di responsabilità nell'attività medico-chirurgica e di consenso informato: i punti cardine del progetto di legge illustrati dal presidente della Commissione Affari Sociali

del progetto di legge.

Onorevole Palumbo, l'attenzione sui contenziosi in sanità è particolarmente alta. In dieci anni il numero delle denunce è aumentato di oltre il 180 per cento, con il conseguente boom del costo delle polizze assicurative per i medici e con un crescente disagio delle condizioni di lavoro tra i professionisti della sanità. Come pensate di intervenire?

Innanzitutto, la grande novità è che per la prima volta si comincia a discutere in maniera incisiva di questo problema. Una questione ormai diventata una peculiarità del nostro Paese, uno dei pochi dove l'errore medico si configura ancora come reato penale. Chiariamo però che con la proposta inserita nel Pdl non vogliamo depenalizzare tutti i comportamenti medici, non sarebbe giusto. Una cosa sono imperizia e negligenza che continueranno ad essere punite e re-

steranno nell'ambito penale. Diverso è il caso degli errori che non derivano da omissioni o superficialità tecnico scientifica: in questo caso la causa deve avere natura civilistica. Quello che vo-



stre proposte, il magistrato dovrà prima valutare preventivamente tutta una serie di elementi. E solo dopo, a valutazione avvenuta, si deciderà quale dovrà essere la via da seguire. Ora la giurisprudenza non dà margini di certezza, i tribunali decidono in modo discrezionale, non c'è uniformità e i cittadini possono fare causa contro tutti e tutto. Questo vuol dire che anche il consenso informato deve diventare ancora più vincolante. Nonostante sia ormai prassi consolidata non ha ancora una valenza fondamentale. Infatti, anche se si espongono al malato i rischi ai quali si potrebbe andare incontro sottoponendosi ad un intervento o una terapia e questo va male, nul-

la vieta comunque al paziente di rivalersi anche penalmente sul medico.

Non solo, bisogna riuscire ad inserire regole più precise sul funzionamento dell'assistenza sanitaria: spesso gli incidenti avvengono anche per un insieme di disfunzioni organizzative. È fondamentale, a questo proposito, che vengano costituite in tutti gli ospedali italiani delle Unità di *risk management* per monitorare gli eventi avversi.

Quanto dovranno aspettare ancora i medici per vedere realizzato questo progetto?

Tutto il mondo civile, non solo quello medico, sente la necessità di portare avanti questa legge per avere delle regole chiare e più stringenti su una questione così delicata. Non dimentichiamo che in questo momento ci sono una quantità di contenziosi che non si riesce a portare avanti. Inoltre tutto questo ha generato il pericolosissimo fenomeno della medicina difensiva, la quale produce solo un incremento di spesa e crea una sfiducia nel rapporto medico paziente. Se la norma che stiamo proponendo andrà avanti, come spero fortemente, inciderà anche nell'ambito del *risk management* in quanto il rapporto in campo assicurativo inevitabilmente dovrà cambiare: oggi è frequentissimo trovare, in particolare per alcune specialità, compagnie assicurative che offrono coperture se non a prezzi particolarmente elevati.

Comunque, dalla risonanza che abbiamo avuto, credo che con il nuovo anno la nostra proposta possa iniziare ad essere discussa e convertita in legge. Certo, non nego che abbiamo avuto anche delle resistenze. Non tutti sono d'accordo, ma questo perché non hanno letto con attenzione la parte tecnica della nostra proposta di legge.

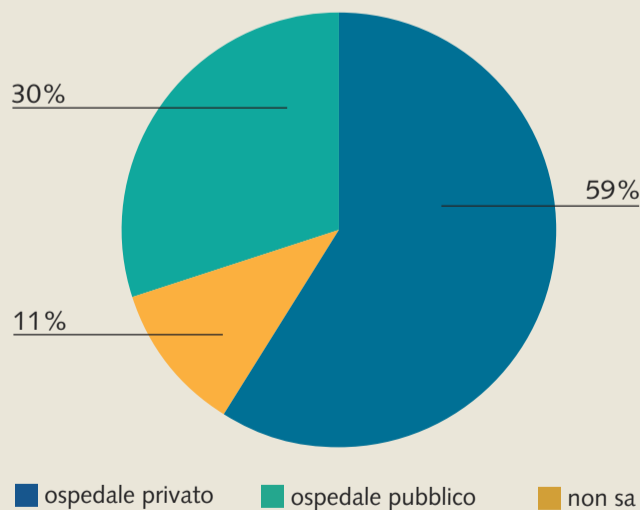
In generale giudica la qualità dei servizi sanitari nella sua Regione...

	Dato medio	Nord	Centro	Sud e Isole
del tutto soddisfacente	8	12	5	3
soddisfacente	43	62	36	20
Σ soddisfazione	51	74	41	23
poco soddisfacente	35	24	44	46
del tutto insoddisfacente	14	2	15	31

In generale sente di avere più fiducia in un ospedale pubblico o in uno privato?

	Dato medio	Nord	Centro	Sud e Isole
ospedale privato	30	25	34	34
ospedale pubblico	59	62	62	54
non sa	11	13	4	12

In generale sente di avere più fiducia in un ospedale pubblico o in uno privato?



saggio dell'utenza meridionale. Si passa infatti, da una valutazione positiva pari al 74% dei residenti nelle regioni del Nord ad una pari al 23% (che significa 77% di insoddisfazione) di chi sta al Sud. Ciò che colpisce sono le risposte fornite da quanti risiedono nelle regioni del Cen-

tro che si avvicinano più al dato del Sud che a quello del Nord, segnalando anch'essi un diffuso stato di insoddisfazione. C'è da ritenere che le vicende della "sanitopoli abruzzese" e le vicende della Sanità laziale influiscano pesantemente sulle valutazioni dei cittadini.

Medici e strutture, promosso il pubblico

E infine il dato forse più sorprendente dell'indagine, quello sul privato. Nel confronto la sanità pubblica esce decisamente vincente, sia per quanto riguarda le strutture (70% italiani preferisce quelle pubbliche)

che per la preparazione dei medici. La valutazione sulla buona preparazione dei medici ospedalieri pubblici appare addirittura trasversale alle differenze geografiche e anche nelle zone più critiche del meridione, dove la sanità ha messo in evidenza più ombre che luci, la diffe-

renza con le risposte di chi vive al Nord appare limitata (72% contro 80% di risposte positive); leggermente più basso è invece il dato che si registra tra coloro che risiedono nelle regioni del centro che scende anche al di sotto di quello meridionale (68%).

Iss/Sif: Terzo Seminario nazionale sulla Salute della donna

Medicina di genere, una storia recente

di Giulio Maria Corbelli

La notizia è che l'Agenzia italiana del farmaco ha annunciato la creazione di un gruppo di lavoro dedicato all'approfondimento delle criticità legate al genere nell'ambito farmacologico. Così anche la massima istituzione nazionale riconosce l'importanza di interrogarsi su come agiscono i farmaci nella popolazione femminile. Eppure sono solo pochi anni che i professionisti sanitari italiani hanno cominciato a interessarsi della "medicina di genere". Fino a meno di dieci anni fa, la donna era considerata dai ricercatori così come da alcuni specialisti un "piccolo uomo": nella prescrizione dei farmaci, ad esempio, bastava proporzionare la dose al peso della paziente, mentre non ci si poneva neanche il problema che l'assenza di donne nei protocolli di sperimentazione dei farmaci potesse in qualche modo rappresentare un rischio da non sottovalutare. Ma l'impegno di alcuni medici, soprattutto di alcune donne medico, ha permesso al nostro paese di compiere passi in avanti anche in questo settore. Tra questi pionieri c'è senz'altro **Flavia Franconi**, professore di Farmacologia cellulare all'Università di

"In Italia la dimensione 'genere' non è ancora completamente accettata come strumento per la programmazione sanitaria e persistono ancora pregiudizi sia nel mondo della ricerca biomedica che nella società civile"



Sassari, dove coordina dal 2006 anche il dottorato di ricerca in Farmacologia di genere. **Professoressa Franconi, come è nato l'interesse per la medici-**

na di genere nel nostro paese? La medicina di genere nasce in Italia intorno all'anno 2000 per merito di persone operanti all'interno di alcune società scien-

tifiche come la Società di cardiologia, la Società di neurologia, la Società italiana di farmacologia e, più tardi, quella di diabetologia. Grazie agli sforzi

di queste persone negli ultimi due anni sono nate due società espressamente impegnate negli studi sulla medicina di genere; si tratta della Società di psicopatologia di genere e della Società italiana per la salute e la medicina di genere.

In qualità di coordinatrice del gruppo di lavoro della Sif sulla farmacologia gender-oriented, lei ha promosso diverse iniziative su queste tematiche...

Negli ultimi anni abbiamo organizzato eventi per portare queste tematiche a più persone possibili, sia realizzando incontri specifici su farmaci e donne sia nell'ambito del congresso nazionale della Sif. A partire dal gennaio 2004, ad esempio, abbiamo realizzato i Seminari nazionali sulla Salute della donna di cui questo ospitato dall'Iss è il terzo. Si tratta di iniziative in cui cerchiamo di coinvolgere tutti gli specialisti e anche i medici di medicina generale per trasferire le informazioni sulla medicina di genere direttamente in clinica.

Quali sono i professionisti sanitari a cui vi rivolgete in parti-

Se la malattia è femmina

■ **Rischio cardiovascolare associato al diabete mellito, sensibilità alle patologie infiammatorie o alle infezioni: sono alcuni dei settori specifici che sono stati approfonditi dai maggiori esperti italiani nel corso del Seminario romano**

Lo chiamano "health-mortality paradox" e mette a confronto il maggior ricorso a farmaci e ricoveri ospedalieri che si registra tra le donne con la loro maggiore longevità. Proprio così: le donne si ammalano di più eppure vivono più a lungo. Comprendere i meccanismi che sono alla base di

questa peculiarità è uno degli obiettivi della ricerca di genere, al centro del terzo Seminario nazionale sulla Salute della donna svoltosi all'Istituto superiore di sanità di Roma. Nel corso del Seminario, **Claudio Franceschi**, professore di Immunologia all'Università di Bologna e coordinatore scientifico del progetto europeo Geha sulla genetica della longevità, ha tenuto una lettura magistrale su "Geni, longevità e genere" in cui ha presentato alcuni risultati ottenuti raccogliendo informazioni sul patrimonio genetico di diversi centenari:

secondo questi dati, se arrivano "in salute" alla terza età, i maschi devono ringraziare i geni, mentre le femmine la capacità di adattamento. Prendendo in esame alcune varianti genetiche funzionali, come ad esempio quelle del Dna mitocondriale, "si riscontrano più di frequente correlazioni tra quelle varianti e la longevità nei maschi. Gli uomini, insomma, si appoggiano ai geni per arrivare ad una età avanzata in salute". Le donne, invece, vanno incontro al paradosso di cui sopra: si ammalano di più, ma di patologie non mortali, che "le fanno diventare più robuste", e

"in tutto il mondo vivono dai 4 fino ai 6-7 anni in più degli uomini". Gli uomini, in sostanza, hanno geni più "forti" mentre le signore "puntano su altri trucchi per sopravvivere di più - aggiunge Franceschi - siccome l'invecchiamento è l'insieme di accumulo di danni e adattamento ad essi", superare piccole malattie in qualche modo "neutralizza i danni e ci rende più forti".

Diabetiche a rischio

Alcune malattie, in effetti, assumono dei connotati più sinistri quando colpiscono le donne: per questo motivo, una lunga sessione pomeridiana del Seminario è stata dedicata al diabete mellito. Come ha sottolineato l'internista

dell'Università di Firenze **Rosanna Abbate**, sono noti da anni i legami tra malattia diabetica e problemi del sistema dell'emostasi collegati con la coagulazione e, soprattutto, la fibrinolisi che portano ad alterazioni protrombotiche. "Tutto questo - ha spiegato Abbate - non sembra essere modulato dal sesso: tuttavia esistono evidenze dagli studi di prevenzione primaria che il sesso femminile possa essere associato di per sé ad una minore efficacia nell'azione degli antiaggreganti". Partendo dalla valutazione del rischio cardiovascolare associato al diabete, l'internista fiorentina ha voluto ricordare che "alcuni studi hanno dimostrato che il sesso

PER DIFFONDERE tra tutti gli operatori una maggiore consapevolezza dell'importanza del genere nello svolgimento della professione sanitaria, la Società italiana di farmacologia (Sif) è impegnata da anni nell'organizzazione di una serie di iniziative formative. Come il Seminario nazionale sulla Salute della donna, giunto alla terza edizione, che si è svolto a Roma in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità il 9 e 10 dicembre scorsi. In questa occasione i responsabili scientifici, Flavia Franconi, Walter Malorni e Stefano Vella, hanno convocato decine di relatori per evidenziare le significative differenze esistenti nell'insorgenza, nello sviluppo, nell'andamento e nella prognosi di diverse patologie

colare? E quale contributo danno i ginecologi?

I ginecologi sono i professionisti che da sempre fanno medicina della donna e in questo il loro ruolo istituzionale è chiaro: quello che ci preme incrementare è la consapevolezza che ci vuole il cardiologo della donna, il neurologo della donna e così via. Sono cioè le altre professionalità, non quella del ginecologo, che vanno stimolate su questo argomento. L'esigenza è di far raggiungere anche negli altri campi la coscienza che i ginecologi hanno già sviluppato ampiamente.

Le iniziative prese sulla medicina di genere dagli organismi internazionali hanno in qualche modo aiutato a promuovere la conoscenza di questo tema anche in Italia?

Avere dei documenti dell'Oms, che ha un Ufficio di genere e ha avviato esperienze importanti in questo campo, è stato fondamentale non per fare medicina di genere ma per andare dai decisori politici e stimolarli a non restare indietro su questo tema. Non è stato quindi determinante ma strumentalizzato per stimolare le istituzioni.

E quali risposte avete avuto dalle istituzioni?

Abbiamo svolto un lavoro mol-

to accurato per cercare di informare i *decision maker* su tutte le problematiche legate alla salute e al genere: nel 2005 abbiamo avviato il Progetto "La salute delle donne" nato da un tavolo tecnico istituito presso la Segreteria dell'allora sottosegretario alla salute Elisabetta Alberti Casellati, al quale hanno partecipato, oltre alla Sif, l'Istituto superiore di sanità, l'Agenzia italiana del farmaco, l'Agenzia per i servizi sanitari regionali e l'Università di Sassari. Purtroppo questo lavoro non ha potuto avere le ripercussioni pratiche che erano previste: io avrei dovuto fare dei modelli sperimentali nella farmacologia di genere, il dipartimento del farmaco dell'Istituto superiore di sanità doveva studiare le nuove patologie di genere e così via. Dopo questa esperienza, Li-



Flavia Franconi, professore di Farmacologia cellulare all'Università di Sassari

via Turco ha istituito la Commissione per la salute della donna che avrebbe dovuto lavorare tre anni e ha potuto lavorare un anno solo per la caduta del Governo: in quest'anno ha prodotto un documento scientifico-politico sullo stato di salute della donna. In questo documento io mi occupavo del settore chiamato "Approccio di genere alla salute" e nel poco tempo avuto abbiamo emanato delle raccomandazioni su come dovrebbero essere fatti gli studi clinici per incrementare la presenza delle donne. Questo ha portato il Comitato nazionale di bioetica ad approvare nella seduta del 28 novembre 2008 il parere "La sperimentazione farmacologica sulle donne", un documento che, a partire dall'analisi dei dati sulla sperimentazione clinica sulle donne, rileva la sottorappresentatività nell'arruolamento e la scarsa elaborazione differenziata dei risultati, con particolare riferimento alle patologie non specificamente femminili. Con questa iniziativa il Comitato ha proposto linee bioetiche per favorire una corretta partecipazione femminile nelle sperimentazioni a partire dalla consapevolezza che una farmacologia "neutrale" rispetto alle differenze sessuali presenta dei chiari pericoli.

Perché è difficile promuovere la presenza femminile negli studi clinici?

In parte perché i soggetti che sponsorizzano gli studi hanno paura dei rischi per la salute che, nel caso delle donne, sono senz'altro maggiori e coinvolgono anche eventuali figli. Ma anche perché le donne hanno difficoltà oggettive legate proprio al genere: la donna, quando deve andare all'ospedale per fare gli esami o la visita, deve anche preoccuparsi che qualcuno porti i bambini a scuola o assolvere tutti gli altri compiti che gravano su di lei. E poi stare in uno studio clinico costa e sappiamo che le donne sono mediamente più povere degli uomini. Queste sono difficoltà di cui gli sponsor degli studi clinici si devono fare carico.

Nasce un piano strategico per la salute della donna

Capitanato dall'Istituto superiore di sanità, coinvolge cinque Regioni e diversi enti universitari per portare su tutto il territorio nazionale la ricerca di genere e sviluppare linee guida specifiche

Il terzo Seminario nazionale sulla Salute della donna organizzato dalla Sif e dall'Iss è stato anche l'occasione per presentare il progetto nazionale "La medicina di genere come obiettivo strategico per la sanità pubblica: l'appropriatezza della cura per la tutela della salute della donna", che ha ricevuto un finanziamento di 2,7 milioni di euro dal ministero del Welfare.

Si tratta di un piano articolato in varie sezioni che mira a superare il concetto di medicina di genere intesa come problematica ginecologica o andrologica, per esaminare la patogenesi di patologie genere-associate come quelle cardiovascolari, (auto)immuni, metaboliche, ecc., valutare l'appropriatezza delle cure, gli strumenti di prevenzione e definire adeguate linee guida. Il progetto, approvato ad ottobre e in via di attivazione, vede l'Istituto superiore di sanità nel ruolo di capofila e coinvolge cinque Regioni e diversi istituti universitari, estendendosi su tutto il territorio nazionale e presentandosi come un'iniziativa trasversale che prende in considerazione diverse emergenze che riguardano la salute della donna. Il programma si pone come obiettivo quello di promuovere indagini in ambiti preclinici, clini-

ci, sociologici ed economici al fine di individuare le basi per una progettazione ed uno sviluppo di sanità che tenga conto delle differenze di genere, protocolli di prevenzione genere-mirati, linee guida specifiche e le influenze dell'ambiente sulla salute. L'iniziativa è articolata in cinque progetti: il primo, capitanato da **Stefano Vella** dell'Iss, riguarda le "Malattie metaboliche e salute della donna: studi patogenetici e approcci terapeutici innovativi"; il secondo sugli "Ormoni sessuali come determinanti di genere nella risposta immune e nello sviluppo di malattie autoimmuni e metaboliche" è coordinato da **Mauro Picardo** dell'Irccs-Ifo; il terzo progetto affronta gli "Interferenti endocrini negli ambienti di lavoro e salute della donna" ed è curato da **Alessandra Pera** dell'Ispe; il quarto, coordinato da **Angelina De Sarro** della Regione Sicilia, analizza le "Malattie iatrogene e reazioni avverse ai farmaci"; infine il quinto progetto riguarda i "Determinanti della salute della donna, medicina preventiva e qualità delle cure" e vede **Flavia Franconi** dell'Università di Sassari come coordinatrice. Nel programma sono coinvolte unità operative con attività e competenze cliniche, altre con attività e competenze essenzialmente sperimentali e altre ancora che prevedono una attività di ricerca di laboratorio affiancata e integrata con partner clinici insieme a sociologi ed economisti.

"Queste diverse componenti – spiega Stefano Vella, coordinatore del Progetto strategico – rappresentano il valore aggiunto del progetto che integra gli aspetti della ricerca di base e clinica con le scienze umane per una analisi completa del rapporto della donna con l'ambiente sociale al fine di fornire strumenti innovativi sia a tutela della salute della donna che utili allo sviluppo di una nuova medicina di genere".

Le donne vivono più a lungo ma si ammalano di più ed usano di più i servizi sanitari

Fruizione dei servizi sanitari (dati Istat, 2007)

	Uomini	Donne
Visite generiche	13,8%	18,2%
Visite specialistiche	12,4%	16,1%
Visite a pagamento 59%	54,9%	59,0%
Accertamenti diagnostici	10,8%	12,8%
Consumo di farmaci	39,5%	50,7%
Ricoveri ospedalieri	Non differente	Non differente
Servizi di riabilitazione	3,1%	4,1%
Vaccinazione antinfluenzale	18,8%	21,5%

femminile è un fattore di rischio significativo per ictus ischemico in corso di fibrillazione atriale e nostri dati dimostrano che il sesso femminile è un fattore di rischio di eventi ischemici in corso di FA in corso di terapia anticoagulante orale ben condotta". Sul tema del "profilo lipidico e rischio vascolare nel diabete e nella sindrome metabolica nella donna" è intervenuto **Cesare Sirtori**, direttore del Centro universitario per le dislipidemie dell'A.O. Niguarda di Milano: "La presenza della malattia diabetica – ha precisato – elimina la protezione conferita dal sesso femminile sul rischio cardiovascolare, che diviene quindi simile a quello del maschio". Particolarmente

interessanti i risultati provenienti dallo studio, svolto presso il Centro diretto da Sirtori, sulle manifestazioni della sindrome metabolica: "Si è notato, fra l'altro, come nelle donne sia frequente una sindrome caratterizzata da normale peso corporeo e *Body mass index* con però una circonferenza addominale oltre i valori normali, cioè superiore agli 88 cm. La presentazione della SM nella donna, specie in età post-menopausa, potrebbe quindi rappresentare una manifestazione tardiva della cosiddetta 'obesità normopeso' riscontrabile in giovane età e caratterizzata da aumento della massa adiposa oltre la soglia del 30%".

Cellule e anticorpi

Durante la seconda giornata i riflettori sono stati puntati su altre patologie che presentano quadri specifici nella popolazione femminile. Nell'ambito dell'esame della malattie infiammatorie e immunitarie, sono stati presentati i risultati di brillanti studi su cellule e sistema immunitario: su quest'ultimo argomento è intervenuta **Angela Santoni** del Dipartimento di medicina sperimentale dell'Università Sapienza di Roma chiedendosi se esista un dimorfismo sessuale nella risposta anticorpale. È infatti noto che le donne hanno una aumentata produzione di anticorpi, soprattutto producono un maggior numero di cellule

CD4+ e questo porta a un incremento del rapporto CD4/CD8. Si registra anche una maggiore produzione di citochine di tipo 2 associate a gravidanze di successo. In generale, le donne risultano essere più resistenti alle infezioni microbiche e ne subiscono effetti meno dannosi. Tuttavia, se è vero che le donne presentano conseguenze meno severe da virus come l'influenza, subiscono invece danni più gravi da altri come l'herpes simplex o l'Epstein-Barr. Scendendo al livello della cellula, **Walter Malorni** del Dipartimento del farmaco dell'Iss ha presentato alcuni risultati della sua indagine sulla morte cellulare, un processo associato a diverse patologie: "Sia l'apoptosi che l'autofagia –

ha spiegato – sono state associate alla patogenesi di malattie degenerative, autoimmuni e infettive nonché all'insorgenza dei tumori". Solo più recentemente questo aspetto è stato affrontato in un'ottica di genere: "È stato osservato che i meccanismi che determinano la sopravvivenza o la morte cellulare sono anche associati al 'sesso' della cellula. Cioè cellule isolate da maschi o da femmine presentano differenti caratteristiche e suscettibilità ai farmaci ed agli agenti pro- o anti-apoptotici". "Queste ricerche – ha concluso Malorni – possono rappresentare un'importante e nuova prospettiva terapeutica nell'ambito della medicina di genere".

European Perinatal Health Report

Il rapporto (disponibile sul sito www.europeristat.com), che ha confrontato una trentina di indicatori della salute materno-infantile 26 Paesi europei, è il frutto della collaborazione di un ampio gruppo internazionale di epidemiologi, biostatistici e clinici, coordinato dall'Institut national de la santé et de la recherche médicale di Parigi (Francia). In Italia, Euro-Peristat è stato coordinato dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma (dove, lo scorso 11 dicembre 2008, è stato presentato) in collaborazione con l'Istat.



con livelli elevati di nascita pretermine, crescita non ottimale del feto e mortalità perinatale. L'aumento del rischio per le giovani madri si ritiene associato soprattutto a fattori sociali e di assistenza sanitaria (per esempio scarse cure prenatali, gravidanza indesiderata o nascosta, nutrizione inadeguata). D'altro canto la gravidanza in età più avanzata porta con sé un'alta prevalenza di complicazioni, incluse anomalie congenite, ipertensione e diabete. Essa è inoltre un significativo fattore di rischio per mortalità e morbidità materna. Infine, la gravidanza in età matura è associata a un più elevato tasso di parto cesareo e gravidanze multiple. Dal rapporto emerge che in Europa è ormai in atto da anni la tendenza ad avere figli sempre più tardi, e ciò può, nel tempo, influenzare gli outcome relativi alla salute perinatale.

Quanto ai dati, concentrandoci sulle classi di età estreme individuate dal rapporto, emerge che la percentuale di ragazze che diventano madri al di sotto dei 20 anni varia dall'1,3% della Danimarca al 9,3 della Lettonia (in Italia è del 2,1%), mentre, sull'estremo opposto, la percentuale di madri in età avanzata (con età maggiore ai 35 anni) varia dal 7,5% della Slovacchia al 24,3% in Irlanda (23,8% il valore dell'Italia).

Quando la prima visita
All'incrocio tra convenzioni so-

Presentato al Bambino Gesù di Roma l'European Perinatal Health Report

Nascere in Europa

di Antonino Michienzi

Di strada se ne è fatta molta da quando il parto era una delle principali cause di morte per le madri e la mortalità infantile un'evenienza comune.

Tuttavia, il primo anno di vita, e in particolare il primo mese, rappresenta ancora un periodo a rischio per il nascituro. D'altro canto, la gravidanza è divenuta un percorso ricco di sfaccettature mediche e sociali, la cui analisi è un elemento fondamentale per scongiurare complicazioni. È con questo scopo che è stato redatto il rapporto sulla salute materno-infantile (dalla gravidanza al primo anno di vita) in Europa, che riporta i risultati di quattro importanti progetti finanziati dalla Commissione Europea:

- **Euro-Peristat**, che ha sviluppato gli indicatori per il monitoraggio e ha coordinato l'analisi dei dati

- **Euroneostat**, che riguarda i nati pretermine ricoverati in terapia intensiva neonatale

- **Eurocat e SCPE**, che monitorano rispettivamente le malformazioni congenite e le paralisi cerebrali.

Il quadro che emerge è composito. Nessuno dei Paesi analizzati può essere indicato come il migliore su tutti gli indicatori e in ciascuno di essi sono presenti punti di forza e criticità.

Nonostante questa premessa, una tendenza è però riscontrabile: i Paesi scandinavi mostrano i risultati più brillanti, mentre quelli dell'Europa orientale si trovano spesso all'altro estremo.

Quanto all'Italia, la sua posizione è nel complesso buona, in linea con quelle degli altri Paesi occidentali, per la maggior parte degli indicatori analizzati. Peculiarità del nostro Paese sono invece alcuni indicatori di utilizzo dei servizi sanitari. Si riscontra per esempio un tasso piuttosto elevato di episiotomie (52% dei parti vaginali) e il più alto tasso di cesarei in Europa (37,8% nel 2003). Alta anche la percentuale di nascite da donne di 35 anni o più (24%).

La salute feto-neonatale e infantile

Ogni anno in Europa circa 25.000 bambini nascono morti,

Ancora troppe differenze nella salute materno-infantile nel vecchio continente. Degli 8 milioni di bambini nati vivi ogni anno, 4 su mille muoiono nel primo anno di vita. Anche la piaga della mortalità materna non è cancellata: 7 donne muoiono per cause connesse al parto per ogni 100 mila nati vivi



e altri 25.000 muoiono entro i primi 12 mesi; tra quelli che sopravvivono, circa 90.000 presentano malformazioni di origine congenita, e altri 40.000 hanno disabilità gravi. Questi i dati salienti del rapporto in merito alla salute feto-neonatale e infantile. Analizzando più nel dettaglio i singoli indicatori emerge che la mortalità infantile, definita come numero di morti nel primo anno di vita per 1000 nati vivi, varia dal 3 per 1000 di Svezia e Norvegia all'8,1‰ in Lituania e il 9,4‰ in Lettonia. In Italia il valore si attesta al 4 per 1000.

Differenze notevoli si riscontrano anche sul fronte della mortalità neonatale (numero di morti nei primi 28 giorni di vita

per 1000 nati vivi). Ancora una volta sono i paesi scandinavi (Svezia e Norvegia) a presentare gli *outcome* migliori, con una percentuale di circa il 2‰. Poco peggio l'Italia con il 2,8‰. In coda Polonia (4,9‰) e Lettonia (5,7‰).

A confermare le difficoltà insite nella gravidanza sono i dati su mortalità fetale e natimortalità (definite come numero di nati morti per 1000 nati totali). L'analisi dei dati parte, per motivi di confrontabilità, dalle 28 settimane di età gestazionale in avanti, e i valori oscillano dal 2‰ di Slovacchia e Finlandia al 4,9 della Lettonia (in Italia il valore è del 3,7‰).

Uno dei più importanti indicatori della salute del nascituro –

dal momento che può essere associato a nascita pretermine, ritardo di crescita in utero o entrambi – è il peso alla nascita: il rapporto ha quantificato l'incidenza del basso peso (percentuale di nati vivi con un peso alla nascita inferiore a 2500 gr) nei 26 Paesi: i valori variano dal 4% di Svezia, Finlandia ed Estonia al 7,4% in Spagna, l'8,3% in Ungheria, 8,5% in Grecia (6,7% in Italia).

Altro importante dato è quello relativo all'incidenza delle nascite pretermine (definite come percentuale di nati vivi con età gestazionale inferiore a 37 settimane compiute). Assume valori che vanno dal 5,3% della Lituania al 12,2% nella Repubblica Ceca. L'Italia, con il 6,8% si piazza a metà classifica. Infine, tra i diversi indicatori presi in esame dal rapporto, vi è anche l'incidenza della paralisi cerebrale: riguarda circa 2 bambini su 1000 ed è spesso associata a nascita pretermine o eventi perinatali avversi. La variabilità in Europa è tra l'1,04 a 2,5 per 1000 nati vivi.

La salute materna

Numerosi gli indicatori impiegati dal rapporto per valutare la salute materna in Europa e l'utilizzo dei servizi sanitari da parte delle donne in gravidanza. Anche in questo caso, si riscontra una notevole variabilità tra i diversi Paesi europei, associata sia alle caratteristiche dell'offerta sanitaria che alle diverse convenzioni sociali tipiche del Paese.

A che età si diventa mamma

L'età media delle donne in gravidanza è uno degli indicatori che meglio fotografano le differenze sociali esistenti tra i vari Paesi europei. È noto che sia una gravidanza precoce che una tardiva possono essere associate

Come si nasce in Europa

Paese	N. di nati vivi (2003-2004)	Mortalità materna (%) per 100.000 nati vivi (2003-2004)	Mortalità infantile (%) per 1.000 nati vivi
Belgio			
Fiandre	119.167	4,2	3,8
Bruxelles*	32.400	6,2	4,4
Repubblica Ceca	191.349	9,9	3,7
Danimarca	129.466	9,3	4,4
Germania†	692.802	5,3	4,1
Estonia	27.028	29,6	6,3
Irlanda§			4,6
Grecia§	104.355	1,9	3,5
Spagna	896.472	4,6	4
Francia	1.529.280	7	3,9
Italia**	539.066	3,2	4
Cipro§			3,5
Lettonia	41.340	12,1	9,4
Lituania	61.017	9,8	8,1
Lussemburgo†	27.252	7,3	3,5
Ungheria**	190.274	7,4	6,6
Malta	7.923	0	5,9
Olanda	362.012	8,8	4,6
Austria	155.912	6,4	4,1
Polonia	707.203	4,4	6,8
Portogallo	221.945	7,7	3,9
Slovenia**	34.907	11,5	
Repubblica Slovacca§			7
Finlandia	114.018	7,9	3,4
Svezia*	200.316	2	3
Regno Unito	1.411.545	7,7	
Inghilterra e Galles	1.261.190	7,2	4,9
Scozia	106.389	12,2	4,9
Irlanda del Nord	43.786	9,1	4
Norvegia	113.409	3,5	3

* Bruxelles, Italia e Svezia hanno fornito i dati sulla mortalità materna senza il numero di nati vivi (che è stato stimato sul numero di nati vivi dal 2004: 16.200 per Bruxelles, 539.066 per l'Italia e 100.158 per la Svezia)

† I dati sulla mortalità materna per anno sono stati forniti solo da Germania (2004), Grecia (2003) e Italia (2002); quelli del Lussemburgo si riferiscono al quinquennio 2000-2004

‡ I dati sulla mortalità materna forniti dalla Germania si riferiscono al numero di donne (gravidezze) e non al numero di nati vivi

§ Cipro, Irlanda e Slovacchia non hanno fornito dati sulla mortalità materna

** L'Ungheria ha fornito i dati sulla mortalità materna per gli anni 2003 e 2004, ma non ha fornito il numero di nati vivi nel 2003 (la stima è stata fatta sul numero di nati vivi nel 2004)

†† La Slovenia ha fornito i dati sulla mortalità materna per gli anni 2001 e 2002

I tassi più bassi si registrano in Slovenia (14,4%) e Olanda. Belgio, Repubblica Ceca, Estonia, Lettonia, Lituania, Finlandia, Svezia e Norvegia hanno invece tassi inferiori al 20%.

Lo stato del perineo

Tra i vari indicatori analizzati dal rapporto anche lo stato del perineo delle puerpere e la diffusione dell'utilizzo dell'episiotomia. "Il suo uso - ricorda il rapporto - è diventato molto comune nella prima metà del Novecento con lo spostamento dei parti dall'abitazione della partoriente agli ospedali. L'uso di routine dell'episiotomia è stato più volte contestato dalle donne che desiderano un'esperienza del parto più normale. E una Cochrane review che confrontava un uso restrittivo dell'episiotomia con un uso di routine concludeva che i benefici si equivalgono". Quanto ai risultati, i tas-

si di utilizzo dell'episiotomia sono molto variabili: si va dall'80% circa di tutti i parti vaginali nella regione di Valencia e nel Portogallo al 50-60% di Belgio, Repubblica Ceca, Italia e Slovenia, per scendere al 16,4% dell'Inghilterra e al 9,7% in Danimarca. Sul fronte delle lacerazioni vaginali si oscilla dall'1,4% della Finlandia al 3% in Italia e 3,1% in Portogallo, per quanto concerne quelle di secondo grado. Quelle di terzo o quarto grado hanno invece una diffusione che varia dallo 0,2% in Italia, al 3,5% in Danimarca e Norvegia.

Nascite multiple

In confronto alle nascite singole, i bambini nati da gravidanze multiple hanno tassi maggiori di natimortalità, mortalità infantile, nascita pretermine, basso peso alla nascita, e conseguenti problemi di sviluppo. "I tassi di nascite multiple - osserva il rapporto - sono molto variabili tra i vari paesi e nel tempo. Essi risentono dell'influenza di diversi fattori: le differenti proporzioni di donne che danno alla luce bambini in età avanzata, la dif-

fusioni e organizzazione dell'offerta sanitaria si situa invece l'indicatore che mira a valutare il periodo (trimestre) della prima visita. Su quali debbano essere il contenuto e la portata della prima visita prenatale ci sono molte differenze, ma è largamente accettato che essa debba avvenire nel primo trimestre di gravidanza. "Una visita prenatale precoce - si legge nel rapporto - può infatti identificare specifiche condizioni che possono necessitare di attenta sorveglianza nel corso della gravidanza, può riconoscere problemi sociali a causa dei quali la donna può avere bisogno di aiuto da parte dei servizi sociali o mentali al più precoce stadio possibile della gravidanza; può infine informare le donne sui successivi appuntamenti, screening prenatali, su quali siano i maggiori fattori di rischio e i comportamenti più opportuni da tenere in gravidanza". In molti paesi (Repubblica Ceca, Germania, Francia, Italia, Lettonia, Portogallo, Slovenia, Finlandia, Svezia e nella regione di Valencia) più del 90% delle donne si sottopongono alla prima visita durante il primo trimestre. Più bassa la percentuale negli altri: in Estonia è dell'86%, in Lituania del 74%, nella Repubblica Slovacca (80%), in Inghilterra del 66%, in Scozia del 78%.

Dove si nasce

Le dimensioni ottimali dei reparti di maternità sono da tempo oggetto di accessi dibattiti. Secondo alcune indagini "i bassi volumi di parti nelle piccole unità potrebbe portare a livelli di qualità subottimali con complicazioni, d'altra parte reparti molto grandi potrebbero essere macchinosi e impersonali", scrivono gli estensori del rapporto. "La concentrazione di nascite nei grandi reparti - continuano - potrebbe inoltre comportare un più lungo tragitto per le puerpere e la possibilità di un aumento dei parti avvenuti non intenzionalmente fuori dall'ospedale. Per di più, le unità che offrono servizi sanitari a maggiori proporzioni di gravidanze ad alto rischio potrebbero imporre maggiori interventi anche alle donne senza complicazioni".

Infine, "Conoscere il numero di nascite per reparto di maternità è importante per valutare l'impatto che avrebbe la chiusura di alcune unità, una misura adottata da più parti in Europa". Stando ai dati del rapporto, in tutti i Paesi, poche nascite avvengono in reparti con meno di 500 parti l'anno. In dieci paesi, questa percentuale è inferiore al

5%. A Cipro e in Lituania, tuttavia, la percentuale è molto più alta, con più di un quinto di tutte le nascite che avvengono in reparti di queste dimensioni. In Italia la percentuale è del 9,5%. Sull'altro estremo, è osservabile come la chiusura delle piccole unità in alcuni Paesi (paesi nordici, il Portogallo e la Spagna) abbia portato alla concentrazione delle nascite in strutture con più di 2000 parti per anno. L'indicatore costruito dal team di Euro-Peristat comprende inoltre le informazioni sulle nascite in casa, un'eventualità rara in molti paesi europei, ma che sta assumendo valori di rilievo in altri. La maggior parte dei paesi hanno riportato infatti tassi trascurabili (minori all'1%) su questo indicatore. Percentuali leggermente più alte si sono registrate in Inghilterra (2,2%) e Scozia (3,3%).

Anomalo il caso dell'Olanda, dove partorire in casa è un'opzione comune per le donne a basso rischio tanto che il 30% di tutte le nascite avviene in casa.

Come si nasce

L'aumento di parti cesarei nei paesi più sviluppati, a partire dagli anni Settanta, è da tempo argomento di dibattiti. Si tratta di un tema su cui nel 1985 si espresse anche l'Oms che dichiarò: "Avere tassi di parti cesarei più alti del 10-15% non è giustificato in nessuna regione". Sulle ragioni di questa tendenza si interroga il rapporto, secondo cui "Molti fattori hanno contribuito all'aumento, inclusi la paura di cause giudiziarie, la percezione che il cesareo sia una procedura sicura e la contestuale perdita della percezione dei possibili effetti avversi. Anche la richiesta delle donne di partorire con un cesareo sono una probabile causa, tuttavia non è chiaro quanto siano estese queste richieste né su quali informazioni fondino la loro scelta".

Concentrandosi sui dati, l'Italia

Il quadro che emerge è composito. Nessuno dei Paesi analizzati può essere indicato come il migliore su tutti gli indicatori e ciascuno di essi presenta punti di forza e criticità

ha il più alto tasso di parti cesarei tra i paesi analizzati (37,8%), seguita dal Portogallo con il 33,1%. Salvo questi casi, i tassi sono ovunque inferiori al 30%. Germania, Irlanda, Lussemburgo, Ungheria, Malta, Polonia, Galles e Irlanda del Nord rientrano nel range compreso tra il 25 e il 29%.

fusione nell'uso della stimolazione ovarica e della fecondazione assistita, le politiche di prevenzione delle nascite multiple". I valori oscillano dal 12% di Lituania, Polonia e Lettonia a oltre il 20% in Olanda, Danimarca e a Cipro. In Italia l'incidenza dei parti bigemini è dell'11,5%, i trigemini o più dello 0,5%.

Procreazione assistita

Benché la percentuale di gravidanze ottenute con tecniche di procreazione medicalmente assistita sia destinata ad aumentare "in seguito a cambiamenti demografici come l'aumento dell'età del parto e a nuovi sviluppi delle tecniche di procreazione assistita", allo stato attuale, l'incidenza di queste pratiche è piuttosto bassa. Il rapporto prende in considerazione la diffusione di tre tecniche: l'induzione dell'ovulazione, l'inseminazione intrauterina (con o senza induzione dell'ovulazione), la fecondazione in vitro.

Anche in tal caso i valori assumono una grande variabilità: il numero di nati da tecniche di riproduzione assistita rappresenta il 4,9% del totale in Francia, il 4,5% in Belgio (i dati sono disponibili soltanto per le Fiandre). Il 2,6% in Olanda, il 2,5% in Slovenia, il 2,1 in Finlandia e l'1,7% in Italia.

Mortalità materna

La mortalità materna in Europa non è purtroppo un fenomeno confinato al passato.

"Questo indicatore - recita il rapporto - è uno dei maggiori marker delle performance del sistema sanitario in un dato paese. In un paese sviluppato con un'elevata qualità del servizio sanitario e alti livelli di accesso, ogni morte materna è da considerarsi evitabile". Il rapporto definisce la mortalità materna come numero di tutte le morti materne nel periodo che va dal primo trimestre di gravidanza fino al 42° giorno dal parto, per cause ostetriche dirette e indirette, per 100 mila nati vivi. Nell'anno 2004, il numero di morti materne ufficialmente riportato varia da 0 in Slovenia e Malta alle 55 in Francia e Gran Bretagna. In Italia sono state 17 sia nel 2003 che nel 2004, pari a 3,2 madri morte ogni 100 mila bambini nati vivi.

Quanto alle cause di mortalità, sono sconosciute nel 13,4% dei casi. Tra quelle note, è l'emorragia postpartum la singola maggiore causa di morte, con il 13,1% delle morti totali. Tre altre cause sono responsabili del 9-10% ciascuna: il tromboembolismo, complicazioni dell'ipertensione ed embolia da liquido amniotico.

Progetto ministeriale per l'impiego dei mediatori linguistico-culturali

Una sanità più vicina agli stranieri

di Giulio Maria Corbelli

Ogni anno la popolazione straniera regolarmente residente in Italia aumenta di circa mezzo milione di unità. Così, all'inizio del 2008, erano presenti sul territorio nazionale quasi 4 milioni di immigrati regolari, pari al 6,7% della popolazione complessiva, leggermente al di sopra della media Ue che è stata del 6,0% nel 2006. I dati, quindi, confermano che l'Italia è sempre più un paese multietnico. Ma coloro che erogano servizi al cittadino, a partire dagli appartenenti alla classe medica, se ne erano accorti da tempo: più volte i rappresentanti delle categorie hanno denunciato negli ultimi anni le difficoltà che medici di base, pediatri e ginecologi, tra gli altri, sono costretti ad affrontare in completa solitudine per assistere i cittadini stranieri. A sostenerli, c'è solo l'esperienza di alcune strutture,

Ministero e Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti avviano un progetto per formare 80 mediatori linguistico-culturali da impiegare nelle Asl italiane. Un gesto concreto per avvicinare ai servizi socio-sanitari le sempre più numerose persone straniere che vivono in Italia

come l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà (Inmp) di Roma, che da anni offre la sua opera professionale a persone emarginate con un approccio rispettoso e accogliente.

La figura del mediatore

Non poteva che essere quindi lo stesso Inmp a guidare il progetto promosso dal Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche sociali per favorire e potenziare l'interazione delle persone immigrate con i servizi socio-sanitari e gli operatori e rimuovere gli ostacoli all'accesso ai servizi sanitari, tenendo in conto le differenze culturali di provenienza delle

diverse persone. Il "Progetto per la promozione dell'accesso della popolazione immigrata ai servizi sociosanitari e lo sviluppo delle attività di informazione ed orientamento socio-sanitario nelle Asl italiane" è stato presentato a Roma il 20 dicembre scorso alla presenza del Sottosegretario alla Salute Eugenia Roccella, del Direttore Generale dell'Inmp Aldo Morrone e del Direttore Generale della Direzione Immigrazione del Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche sociali Maurizio Giuseppe Silveri. Al centro dell'iniziativa, la promozione della figura del mediatore linguistico-culturale, "al fine di agevolare i rapporti tra le singole amministrazioni e gli stra-

nieri appartenenti ai diversi gruppi etnici, nazionali, linguistici e religiosi". Il progetto, infatti, prevede la formazione di 80 mediatori da impiegare successivamente in 40 Asl italiane che hanno una significativa presenza di popolazione immigrata. "In tal modo - spiegano i promotori dell'iniziativa - riteniamo che si possa concretamente rispondere ad un bisogno formativo specialistico che non trova oggi soddisfazione in alcun percorso formativo definito, pur in presenza di una domanda di utilizzo di mediatori linguistico-culturali che si sta diffondendo nelle strutture socio-sanitarie territoriali ed ospedaliere italiane".

Formare, impiegare

Il percorso formativo sarà basato su un duplice canale: teorico e di stage nell'ambito delle attività di accoglienza, informazione e orientamento presso tutte le strutture delle diverse Asl italiane che offrono tali servizi. L'obiettivo degli organizzatori è di ottenere, da un lato, il risultato di offrire direttamente una concreta occasione di inserimento lavorativo a mediatori linguistico-culturali formati ad hoc, e dall'altro, di preparare figure professionali che potranno trovare collocazione nel mercato del lavoro socio-sanitario nelle Asl sul territorio nazionale.

Servizi specifici per gli immigrati

Nel corso dello stage presso le 10 Asl focal point selezionate, verrà anche promossa un'attività di sostegno psicologico e di educazione sanitaria della popolazione immigrata che accede a tali ser-

No all'obbligo di denuncia

Il Progetto presentato da ministero e Inmp ristabilisce il ruolo delle istituzioni sanitarie dopo le roventi polemiche seguite al tentativo, condotto da alcuni parlamentari leghisti, di introdurre l'obbligo per il medico che visita uno straniero irregolare di denunciarlo alle autorità. Per bloccare l'iniziativa, poi naufragata, erano intervenute varie associazioni tra cui l'Aogoi (vedi Gynecoletter n° 2) lamentando che una simile modifica "vanificherebbe il lavoro fatto negli ultimi 13 anni, lavoro che ha prodotto importanti successi in ambito sanitario tra gli immigrati".

vizi. Questa attività utilizzerà uno staff multidisciplinare per fornire servizi di interpretariato linguistico, mediazione culturale e traduzione di documentazione e per favorire l'identificazione dei bisogni delle persone e delle risposte alle richieste presentate, oltre alla conoscenza e l'uso appropriato dei servizi presenti sul territorio. Infine, è prevista la realizzazione di campagne informative rivolte a promuovere l'educazione sanitaria, la cura e la prevenzione delle patologie attraverso vari strumenti, tra cui anche l'accessibilità su Internet, nel sito web dell'Inmp e in altri disponibili, dei contenuti informativi e formativi per la realizzazione di interventi di formazione permanente rivolti a mediatori linguistico-culturali in ambito socio-sanitario.

Una malattia che non fa più notizia

Aids: fermiamo la disattenzione

C'era un denominatore comune nelle celebrazioni della Giornata mondiale per la lotta contro l'Aids del 1° dicembre 2008 in Italia: la necessità di ricominciare a porre l'Aids al centro dell'attenzione pubblica. Il silenzio degli ultimi anni intorno alla malattia ha infatti creato un livello di disinformazione ben oltre la soglia di allarme, tanto che il numero di nuove infezioni, pari a circa 4.000 l'anno, non accenna affatto a diminuire, anzi è in crescita in varie zone del Paese.

Disattenzioni pericolose

A testimoniare la scarsa percezione del rischio che si registra nella popolazione, il sondaggio realizzato dalla Swg per conto del Network persone sieropositive (Nps) i cui risultati sono stati presentati nel corso del 2° Meeting nazionale dell'associazione svoltosi a Torino dal 29 novembre al 1° dicembre scorsi. Il sondaggio, che traccia una mappa dal 1991 ad oggi delle percezioni e delle paure degli italiani nei confronti

Il silenzio degli ultimi anni intorno all'Aids ha portato a un nuovo aumento nel numero dei contagi. Ecco perché le celebrazioni del 1° dicembre scorso hanno sottolineato l'importanza di tornare a parlare di infezione da Hiv

di questa malattia, rivela che se nel 1991 era il 21% degli italiani a porre l'Aids al primo posto nelle proprie paure, nel 2008 era solo il 4,8%. L'Aids insomma non fa più paura, nonostante si sappia che è una malattia che può condurre alla morte, perché non riguarda più "noi", ma gli altri, gli abitanti dei Paesi in via di sviluppo in primo luogo e poi gli "altri" di casa nostra, gli omosessuali, i drogati, le prostitute e gli immigrati. Ma invece la malattia esiste ancora e colpisce inesorabilmente nonostante sia possibile evitarla a partire da un uso responsabile del preservativo.

Assistenza a macchia di leopardo

Ma esistono problemi anche nell'assistenza, come ha denunciato la presidente di Nps Rosaria Iardino, soprattutto per l'accesso alle cure che purtroppo non sono

garantite in tutte le regioni d'Italia in eguale misura. "Le logiche di budget - ha sottolineato Iardino - stanno prevalendo a discapito del diritto dei pazienti a ricevere tutta l'assistenza possibile. Per cui negli ultimi tre anni stiamo assistendo ad una contrazione delle risorse disponibili per la somministrazione degli antiretrovirali. Riceviamo dai pazienti costanti segnalazioni di disagi in particolare nelle Regioni del Sud del Paese: Sicilia, Puglia, Campania, ma anche dall'Emilia Romagna". "In alcuni ospedali - ha aggiunto - per razionalizzare l'erogazione dei farmaci viene somministrata mezza confezione di pillole. Alcuni Direttori sanitari hanno persino invitato i medici ad aspettare per arruolare i pazienti con l'obiettivo di rinviare le cure dell'Aids a gennaio e far rientrare così le spese nei bilanci del 2009. Ad esempio all'ospedale Cotugno

di Napoli ci sono pazienti costretti ad andare giornalmente in ospedale per capire quanti farmaci riescono ad ottenere".

Giovani e informazione

"Anche per questo bisogna ritornare a parlare dell'Aids e delle malattie sessualmente trasmissibili. Occorre far capire, soprattutto alle nuove generazioni, quali sono i rischi che si corrono. Far capire - ha sottolineato Iardino - che questa è una malattia che si può prevenire usando la testa. Il problema è che l'Aids ormai non fa più notizia. Per questo il nostro obiettivo prioritario nel corso del Meeting è quello di puntare i riflettori sui linguaggi e gli strumenti di comunicazione più idonei per favorire, in particolare tra i giovani, la prevenzione verso il virus. Per far capire alle persone quali sono i comportamenti corretti da assumere. E in questo la comunicazione, dai canali tradizionali al web, gioca un ruolo determinante per comprendere come è cambiata negli ultimi anni, dalla comparsa dell'

Hiv alla messa a punto delle terapie antiretrovirali, la lotta contro l'Aids. Ecco perché - ha concluso Iardino - nell'ambito del meeting abbiamo realizzato qualcosa di nuovo per Nps: abbiamo promosso "HivVideo Spot Award", un grande evento rivolto ai giovani per la premiazione del contest HivVideo, il concorso video rivolto ai ragazzi tra i 16 e i 26 anni per realizzare uno spot sulla prevenzione dell'Aids e delle malattie sessualmente trasmissibili".

La speranza del vaccino

Intanto una speranza sul fronte della cura l'ha lanciata Barbara Ensoli, responsabile del progetto di ricerca sul vaccino anti-Aids in corso presso l'Istituto superiore di sanità: "Il candidato vaccino italiano, che si basa sulla proteina Tat di HIV-1, è ormai entrato pienamente nella seconda fase della sperimentazione" ha spiegato la scienziata che ritiene "possibile" il vaccino terapeutico e preventivo contro l'infezione da Hiv. I lavori del meeting, che hanno visto la partecipazione di oltre 300 persone e decine di relatori qualificati per fare il punto sulle attività di prevenzione, diagnosi e terapia dell'Aids, sono stati seguiti anche on line dal sito www.hivrealife.it.

Subito al lavoro dopo il parto

Esempio di emancipazione? Sì, no, nì...

di Valeria Dubini

Fa discutere la decisione della ministra francese Rachida Dati di tornare al lavoro dopo 5 giorni dal parto avvenuto per via chirurgica. A mio parere è un esempio assolutamente lampante delle pressioni cui viene esposta una donna quando decide di mettersi in corsa per ricoprire ruoli di potere, da sempre declinati al maschile.

Probabilmente ha una parte di ragione Ségolène Royal quando accusa il premier Sarkozy di avere mostrato scarsa sensibilità nel non avvertire la necessità di rimandare l'incontro, anche se sicuramente importantissimo, di qualche giorno.

Ma non c'è dubbio che il gesto della Dati è un messaggio forte rivolto al mondo competitivo nel quale sa di muoversi, che vuole significare: ci sono anche se ho avuto un figlio, e non mollo certo per questo.

Nonostante questo sforzo, però, i risultati non sono certo stati molto soddisfacenti, stando almeno

Sul caso della supermamma Rachida Dati l'opinione pubblica femminile si è spaccata in due, anzi in "in tre". Per molte femministe il ministro della giustizia francese rappresenta un "cattivo esempio" (lo stesso *Le Monde* si è chiesto se d'ora in poi il congedo di maternità diventerà un lusso), per altre donne invece la Guardiasigilli incarna un nuovo modello femminile vincente, in grado di coniugare al meglio maternità e carriera. Per altre ancora si tratta di una scelta personale (ancorché per poche elette), non criticabile perché comunque "rompe un tabù"

alla recente notizia del suo "licenziamento" dalla posizione di ministra (come onorevole via d'uscita le è stato offerto di candidarsi alle europee del 7 giugno).

E allora... ne valeva davvero la pena?

A me non pare un grande esempio di emancipazione quanto piuttosto il necessario adattamento ad un mondo pensato al maschile dove l'assenza è interpretata come cedimento, e la necessità di controllare il proprio "territorio" e il proprio potere passa avanti a tutto. Dispiace che la ministra sia persa una bellissima occasione per approfondire dall'interno le difficoltà in cui le sia pur poche donne impegnate ad alti livelli

dirigenziali ed istituzionali si vengono a trovare dopo la maternità: in effetti portare degli elementi "al femminile" non significa assolutamente scendere di livello o far passare un'idea di minore responsabilità, significa piuttosto inventare dei correttivi (che non per caso non esistono) che permettano di coniugare gli impegni di lavoro con quelli degli affetti, magari introducendo elementi di flessibilità come l'adattamento a situazioni di una realtà che è in continuo movimento.

Avrebbe potuto, ad esempio, inventarsi una videoconferenza dal lettino della clinica o invitare tutti a casa sua. Forse avrebbe dovuto mettere in atto quella gran-



Rachida Dati, ministro francese della Giustizia

dissima (e difficile) capacità dei veri capi: la capacità di delega. Ma è pur vero che i recenti avvenimenti sembrano spiegarci anche perché non lo abbia fatto.

Anche le femministe inglesi quest'estate si sono scontrate sul tema di una tutela "troppo protettiva" della maternità, che può rischiare di tradursi in un'autoclausura. Dopo il parto ricordo

che anch'io riflettevo su quanto avrei desiderato avere delle tutele sostanziali riguardo il mantenimento dei miei compiti, la possibilità di utilizzare il tempo per attività formative, di avere orari compatibili con un neonato, e magari poter lavorare, almeno temporaneamente, in una struttura più vicina a casa. Invece, nonostante la nostra legge sia una delle più avanzate d'Europa, mi pareva di essere di fronte ad una sorta di "tutto o nulla": lungo permesso retribuito per chi se lo può permettere (non le precarie che sono tante), ma nessuna flessibilità se vuoi tornare presto al lavoro. Un po' come se espellerti fosse in realtà più appetibile che averti. Dovrebbe fare riflettere quante donne ricorrono alla possibilità di lavorare anche all'ottavo mese, offerta dalla legge Turco, e quanti pochi uomini usufruiscono del permesso di paternità.

Forse non è solo di tutele che abbiamo bisogno, ma di condivisione e di supporti che ci diano più libertà.

► **Segue da pagina 4**

Dal collasso di un sistema forse una speranza

di Romano Forleo

ospedali. Il clima che si è andato via via creando, con le sue dinamiche di gruppo negli ospedali e nelle università, e oggi anche nelle società e associazioni ginecologiche, lungi dal facilitare la condivisione di progetti, la creatività e la responsabilità di ciascuno creano malcontento e sfiducia nella possibilità di realizzare ciò in cui si crede.

Io, che pur sono un ottimista per natura e metto entusiasmo nel lavoro che svolgo e nei miei innumerevoli hobby, devo riconoscere mio malgrado che il mondo in cui viviamo, e in cui crescono figli e nipoti, non aiuta a vivere bene. Questo sistema non "curato", che si è andato rigenerando solo in superficie senza mai radicalmente cambiare, non ci rende felici. Ma poiché non sempre c'è "il buio oltre la siepe" occorre sprigionare quella voglia di rimboccarsi le maniche per rinnovare, ritro-

vando quello spirito costruttivo che spesso accompagna le grandi transizioni. In questo senso ritengo che la fine del liberismo economico rappresenti per noi tutti, anche in quanto medici, una grande opportunità per cambiare le cose. Una sfida che ciascuno di noi deve saper raccogliere nel proprio ambito lavorativo, sfruttando al meglio le proprie capacità e il proprio ruolo, importante o meno che sia. Per esempio, cominciando da quanto ci riguarda più da vicino, dall'organizzazione dei dipartimenti, delle strutture, pubbliche e private, dove operiamo: è necessario escogitare nuove vie e farci parte attiva nell'elaborazione di proposte organizzative veramente alternative.

In questo contesto la frammentazione della ginecologia italiana in tante, troppe, associazioni gioca un ruolo importante perché si frappone al rinnovamento della nostra professione e a un qualunque processo di reale cambiamento. Gli errori, le prepotenze e i personalismi che scuotono il nostro mondo associativo sono evidenti: l'onore delle armi non basta più e cede il passo a un estenuante braccio di

ferro, senza capo né coda. L'esempio offerto dai partiti non avrebbe dovuto essere una lezione per tutti? Occorre recuperare quell'energia propositiva che ci permetta di riprendere (con convinzione, non *oborto collo*) un cammino insieme, rispettosi delle diversità di ruoli e di competenze. Non è un'impresa facile, ma nemmeno una *mission impossible*.

Per realizzare un vero cambiamento è necessario innanzitutto cambiare se stessi (parlerei di "conversione permanente" prendendo a prestito il linguaggio ecclesiale) e farlo da soli non è possibile: abbiamo bisogno di una "comunità educante" (come lo erano in passato i conventi, le confraternite, la stessa famiglia) poiché, come sosteneva Emmanuel Mounier: "non ci si salva da soli, ma con e attraverso gli altri". Per questo sarebbe opportuno che le amministrazioni rendessero obbligatori (se non altro per i nostri migliori 40-60enni) lunghi corsi di preparazione al management sanitario, liberandolo dal giogo della politica e dagli interessi delle case farmaceutiche.

Quello che manca nell'educazione permanente dei medici in-

fatti non è tanto l'aggiornamento clinico (ancorché talora troppo tecnico) e forse neppure la ricerca (anche se spesso ripetitiva e non innovatrice). Quello che manca è il management, la costruzione di progetti operativi, lo sviluppo di un rapporto empatico, non solo a livello medico-paziente ma anche di équipe... Manca insomma la capacità di coinvolgere, e anche una reale possibilità di essere coinvolti, nelle strategie economiche.

Lo stesso apporto delle università nei reparti ospedalieri non è stato vissuto come uno strumento per migliorare la ricerca, approfondire lo studio, collegarsi con le più qualificate istituzioni italiane e straniere, entrare nel mondo delle "Medical Humanities", apprendere e far proprie le tecniche della "narrative-based-medicine" (da affiancare e non contrapporre alla *evidence-based-medicine*).

Un professore universitario non deve necessariamente avere un ruolo di "Capo del Dipartimento", può benissimo assumere ruoli di "Consultant" o meglio ancora di "Professor", colui che guida gli altri nella ricerca e cura le dinamiche educative (incluso il *tutoring*). Nelle istituzio-

ni più ampie, ove si rende necessario un numero di Capi servizio (Direttori di Unità Operative, "primari") almeno nelle tre branche fondamentali della specialità (Ostetricia-Perinatologia, Ginecologia Chirurgica e Ginecologia Medica) è utile avere un responsabile della ricerca e della formazione a fianco di un Direttore di Dipartimento che tutto coordina (e che è bene non resti in carica tutta la vita).

Mi piacerebbe che di questo e altro ancora discutessimo su questo giornale.

Vorrei concludere con una riflessione: ognuno di noi ha storie personali e professionali diverse, che plasmano il nostro cervello nel corso degli anni, consentendogli di conservare la più grande delle doti dell'uomo, la creatività.

Ebbene, è proprio questa diversità di esperienze, di competenze e di interessi il vero combustibile di un confronto costruttivo, in grado di generare scelte consapevoli e mature, di innescare un radicale cambio di rotta.

Infine un augurio a tutti voi e ai vostri cari di un 2009 ricco di gioco, allegria, avventura. Vi auguro di riuscire a liberare la fantasia, pilastro della creatività.

di **Ernesto Falcidia***
e **Mauro Costa***

Non è operazione facile calcolare il reale costo sociale della infertilità, in quanto le voci che devono essere prese in considerazione sono numerose e spesso difficilmente quantizzabili.

Molti studi infatti non forniscono informazioni dettagliate sui costi, oppure, nel farlo, spesso considerano i "prezzi" al pubblico al posto dei "costi", soprattutto le pubblicazioni statunitensi. Altri, invece, non effettuano le dovute correzioni nel caso in cui costi e benefici si prolunghino nel tempo - costi, invece, che di conseguenza dovrebbero essere "scontati", secondo ben precise procedure utilizzate in economia, per dare maggiore peso alle risorse attuali rispetto a quella future.

Altri studi ancora analizzano solo i costi dei trattamenti ma non quelli delle complicanze, che, in genere, sono di gran lunga superiori. Anzi, sono proprio le sequele a medio e lungo termine, il più spesso conseguenza della maggiore incidenza di prematurità e IUGR, che possono fare lievitare sensibilmente i costi sociali complessivi delle gravidanze ottenute tramite procreazione medicalmente assistita (Pma), come ricoveri Utin, neurosequele transitorie e permanenti, malattia delle membrane ialine, retinopatia, enterocolite necrotizzante, ecc.

È stato infatti ormai dimostrato che morbilità e mortalità neonatale e materna sono significativamente più frequenti nelle gravidanze da Pma, non soltanto in caso di gemellarità e plurigemellarità ma anche nelle gravidanze singole. Cioè, mentre sino a ieri le più pesanti voci di costo erano attribuite al maggiore ricorso alla ospedalizzazione, sia della madre che per i nati, per la più elevata incidenza di patologia ostetrica (tabella 1) (si tratta, il più delle volte, di primipare "attempate") e di gemellarità, oggi sappiamo con certezza che anche alle gravidanze da Pma singole consegue un peggiore impatto socioeconomico. L'Assisted Reproductive Technology Surveillance of the Centers for Disease Control and Prevention (tabella 2), già nel giugno del 2005, nell'eseguire una rigorosa ricognizione di 19.829 nati "singoli" da tecniche di riproduzione, riportava un'incidenza di low birth weight (LBW), very low birth weight (VLBW), preterm, preterm LBW e term LBW

Infertilità

I costi sociali delle terapie di procreazione medicalmente assistita

■ Per quanto la molteplicità di fattori da prendere in considerazione renda difficile calcolare i costi, diretti e indiretti, di una gravidanza da Pma che giunge a termine con successo, le stime indicano che il costo dell'infertilità nel suo complesso è "ragionevole e sostenibile" per i sistemi sanitari dei paesi occidentali. Investire, concretamente e tempestivamente, nella prevenzione dell'infertilità porterebbe però un notevole risparmio. In termini economici ma soprattutto umani per le molte coppie desiderose di avere un figlio

sino a 14 volte più alta rispetto la gravidanza singola con concepimento spontaneo (tabella 3), e ciò sembra avvenire sia con ovociti freschi omologhi che eterologhi.

Le linee guida della Society of

Obstetricians and Gynecologist of Canada riportano, con evidenza II-2A che, sia che la gravidanza singola sia insorta spontaneamente in donne ritenute infertili sia che sia stata ottenuta mediante IUI, FIVET o ICSI, ri-

solterà sempre "at higher risk for perinatal complication...and adverse perinatal outcomes than spontaneous pregnancies" (tabella 4).

Costi indiretti e bias

La maggior parte delle analisi, poi, non include i cosiddetti "costi indiretti" (ad esempio, la perdita di giornate lavorative), che pure potrebbero pesantemente influire sui conteggi finali in quanto la popolazione che trattiamo è, generalmente, giovane e attiva. Pochi, ancora, sono gli studi che utilizzano "l'analisi di sensibilità", che invece sarebbe molto utile per definire la robustezza di una valutazione economica e investigare gli effetti dell'incertezza. Inoltre, andrebbero anche valutati e calcolati con attenzione alcuni bias insiti nella materia in questione, come, ad esempio, quello derivante dal fatto che non vengono pubblicati tutti gli studi sull'infertilità ma, generalmente, quelli con *outcome* migliore ("bias di pubblicazione").

Ed ancora, risulta praticamente impossibile confrontare il "successo terapeutico" di tutti gli studi secondo parametri omogenei, perché il "beneficio" può essere riportato con indici quanto mai diversi a seconda che venga considerata la "gravidanza clinica", il "live birth ra-

te" oppure il "take home baby rate", ed ognuno di questi dati può essere poi valutato per ciclo iniziato, per pick-up o per transfer ("bias di successo terapeutico"), potendone così originare "rates" estremamente variabili e disomogenei.

Una lente diversa, a seconda dell'analisi economica

I tipi di valutazione economica, a seconda di come vengono impostati, possono indurci a "leggere i conti" con lenti diverse, in base a quale tipo di analisi facciamo ricorso: a) analisi costo-efficacia, che converte gli effetti negli stessi termini monetari dei costi e li compara fra loro (es: costo per gravidanza); b) analisi costo-beneficio, che converte gli effetti in termini di salute e descrive i costi per alcuni vantaggi addizionali sulla salute (es: costo per ogni nuovo infarto prevenuto); c) analisi costo-utilità, che converte gli effetti in preferenze personali (utilità) e descrive il costo per alcuni guadagni addizionali in termini di qualità (es: costo per ogni anno addizionale di vita ponderato per la qualità - QALY).

I costi in Europa e negli Usa

Esistono in letteratura delle valutazioni economiche, effettua-

TABELLA 1 Patologia ostetrica che aumenta con l'età

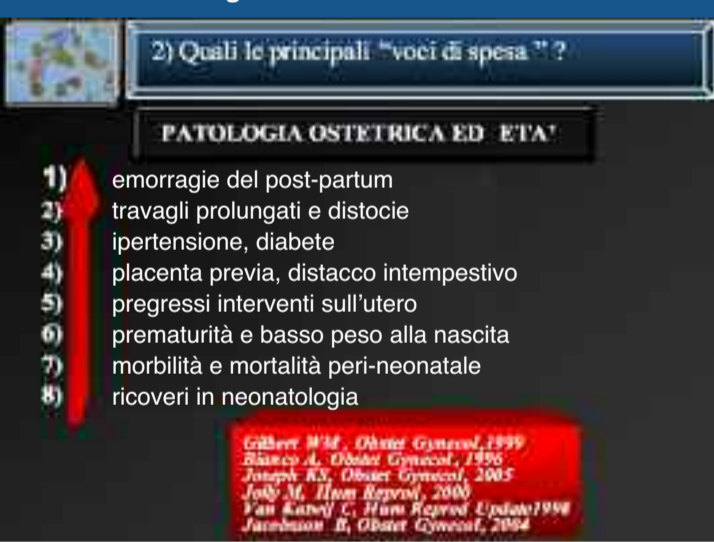


TABELLA 2 "Surveillance Summary" del CDC del 2005 di ricognizione su tutti i centri Usa che effettuano tecniche di Pma

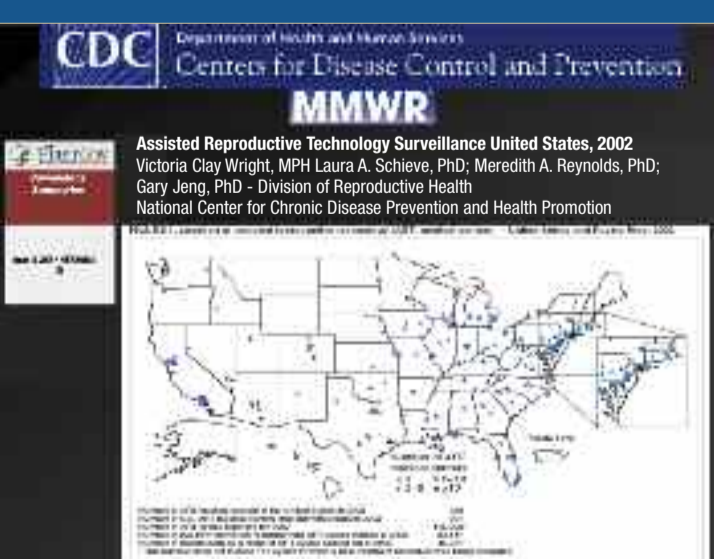
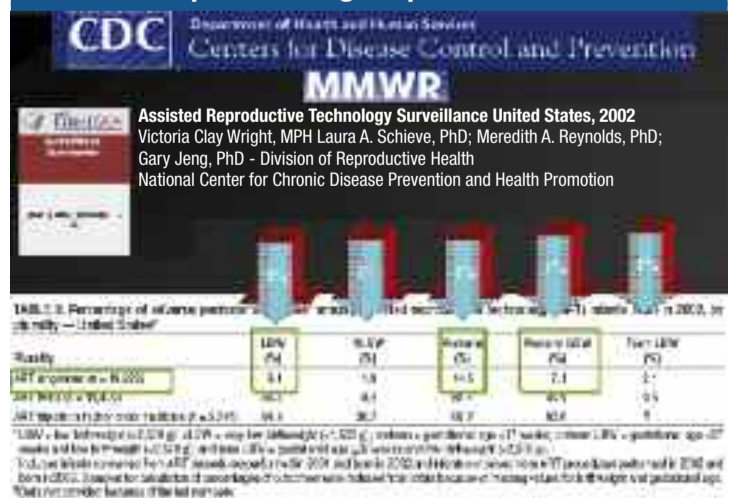


TABELLA 3 "CDC Surveillance Summary": il LBW, il parto pretermine, il pretermine LBW, il VLBW e il LBW a termine sono significativamente più frequenti nelle gravidanze singole Pma rispetto alle singole spontanee



Società Italiana Ospedaliera Sterilità (SIOS) Una società per gli operatori dell'infertilità

Dall'11 al 13 dicembre 2008 la Sios, affiliata Aogoi, ha tenuto a Catania il suo congresso nazionale, il terzo dalla sua nascita dopo quelli di Reggio Emilia del 2004 e Genova del 2006. Al congresso Sigo del 2008 la Sios ha avuto parte rilevante nell'organizzazione delle due importanti sessioni sull'infertilità. Nel 2008 la società si è dotata di un bollettino trimestrale: Sios news (il cui secondo numero è in fase di stampa) e di un sito web: www.siosteril.it, che via via si arricchirà con i contributi dei soci; al momento è in corso di allestimento l'area riservata, dove i soci potranno condividere materiale scientifico, didattico e informativo (es: modelli di consenso informato, relazioni a congressi ecc.) e tenere un forum di discussione.

I ginecologi che sono interessati a pubblicare i loro contributi sulla rivista possono contattare direttamente il presidente attraverso il sito web presidenza@siosteril.it.

Nel corso del 2009 la Sios organizzerà alcuni eventi formativi dedicati ai medici e al personale non medico dei centri di cura della infertilità. Oggi quindi la Sios rappresenta una concreta realtà nel mondo della infertilità, per la quale aspettiamo l'impegno diretto e il sostegno di tutti gli amici dell'Aogoi.

Mauro Costa
Presidente Sios



te in Paesi europei, che portano a risultati abbastanza omogenei: dobbiamo sempre distinguere, però, quantomeno i costi per "ciclo IVF" da quelli per "nato", che saranno senz'altro più elevati perché, considerata un'età delle donne pari a 30 anni, una stimolazione lieve e il trasferimento di un singolo embrione, saranno necessari in media 3,57 tentativi per ottenere un "take home baby". Così i dati dell'ESHRE Advisory Committee del 2005 (tabella 5) individuano i costi per un ciclo FIVET in 3.666 euro e 3.716 euro in caso di, rispettivamente, transfer di embrione singolo (SET) o transfer di due embrioni (DET), cui vanno aggiunti quelli per perdita di produttività e di tempo libero, le "informal care", per raggiungere così un totale, per ciclo, di 4.431 euro nel SET e 4.513 euro nel DET.

Se invece volessimo effettuare, per ulteriore completezza, una vera e propria analisi dei costi di produzione della gravidanza ottenuta con tecniche di fertilizzazione in vitro (IVF) che giunge a termine con successo, oltre a moltiplicare per 3,57 il costo di un singolo ciclo di Pma, dovremmo aggiungere quelli derivati dall'assistenza in gravidanza (2.453 euro) e i costi neonatali (1.826 euro). Si giungerebbe così ad una cifra che si aggira intorno ai 20.000 euro per nato, in Europa, con delle piccole oscillazioni da Paese a Paese (tabella 6).

Anche questa volta non è inutile sottolineare che tale cifra, calcolata per una donna che si sottopone alla tecnica a 30 anni, diverrà via via più elevata man mano che aumenta l'età della donna. Ricalcolato mediante modelli simulati, il costo per ogni nato da donna di 35, 40 e 45 anni, risulterà, infatti, di 27.840 euro, 49.181 euro e 595.588 euro rispettivamente, non tanto per i maggiori costi di ospedalizzazione, che dovranno comunque essere affrontati, quanto perché, in via teorica, saranno necessari 8 tentativi IVF a 40 anni, 40 a 44 anni e ben 167 a 45 anni per ottenere un nato vivo. I principali fattori associati all'incremento dei costi della Pma, oltre l'età che ne è quindi il principale moltiplicatore, sono la durata dell'infertilità e la sterilità maschile grave (Trad 1999; Suchartwatnachai 2000; Von Voorhis 2001). Le ci-

fre cambiano notevolmente se andiamo a considerare, invece, la realtà nordamericana: Collins (2001) riporta il costo di 9.226 dollari per ciclo IVF e di 56.419 per nato. Ma il sistema sanitario americano, fondamentalmente privatistico, non è confrontabile con quello europeo, e i costi Usa, praticamente doppi di quelli europei, ci spiegano come il tasso di ripetizione del ciclo per donna sia poco superiore ad uno, mentre in Europa

può anche superare i 3-4 tentativi. Ed ancora una volta è la copertura assicurativa ad essere chiamata in causa, oltreoceano, da Jain (2007) per motivare l'enorme incremento delle procedure ICSI, passate, negli Usa,

dall'11% del 1995 al 57,5% del 2004, incremento non giustificato da un contestuale aumento dei fattori maschili di infertilità rimasti, invece, stabili.

Un'esperienza dell'Iowa University del 2005 riporta cosa sarebbe venuto a costare a quello Stato prendere in carico, per intero, le prestazioni diagnostiche e terapeutiche inerenti l'infertilità. L'iter diagnostico veniva però limitato a: anamnesi, esame clinico, spermogramma, dosaggio di Progesterone in fase luteale, Isterosalpingografia (ISG), Post coital test (PCT) e Laparoscopia (LPS), così come gli unici 4 momenti terapeutici compendati erano l'induzione della superovulazione con Clomifene o HMG, l'inseminazione intrauterina (AIH), la FIVET (IVF-ET), la ovodonazione (OR). A fronte di nessuna limitazione al numero di trattamenti, venivano poste alcune limitazioni condizionanti, e cioè: 1) non ripetere mai gli esami già eseguiti se non strettamente indispensabili; 2) accesso alla LPS

solo in casi selezionati (ISG positiva o soggetti "a rischio"); 3) ovodonazione sempre per donne di età superiore a 42 anni o con FSH elevato; 4) arresto di qualunque terapia a 50 anni. Gli autori hanno così calcolato che, se si volessero curare tutti gli infertili dello Stato occorrebbero 25.000 dollari in media per paziente, includendo tanto il tempo diagnostico che quello terapeutico.

Nel suo complesso la cifra corrisponde ad appena l'1,3% dei costi totali per l'healthcare (il sistema sanitario statale), con un costo totale per l'infertilità per mese/per membro dell'healthcare di 0,67 dollari. Nei Paesi occidentali, caricando sul sistema sanitario nazionale il compito della diagnosi e terapia dell'infertilità, dovremmo impegnare lo 0,41-0,79% dei fondi totali della sanità, vale a dire che, per

curare tutti gli infertili, spenderemo circa 0,58-1,1 euro al mese pro capite! Un costo, dunque, ragionevole e sostenibile, ma che potrebbe essere sicuramente inferiore se si investisse in maniera concreta e tempestiva in termini di prevenzione. È stato infatti calcolato che, per ogni euro speso per la prevenzione della infertilità, se ne risparmierebbero circa 44 per la diagnostica e la terapia, ma, soprattutto, eviteremo a molte coppie desiderose di riprodursi di sperimentare lunghi e stressanti periodi di impegni e angosce.

*Direttore della Casa di Cura Prof. E. Falcidia, Fertilia-Unità di medicina della riproduzione umana, Catania
**Struttura Semplice di Fisiopatologia Preconcezionale e Prenatale, Ospedale Galliera, Genova; Presidente Sios

La durata dell'infertilità e la sterilità maschile grave, oltre l'età, che ne è il primo moltiplicatore, sono i principali fattori associati all'incremento dei costi della Pma

TABELLA 4 Linee guida della Società Canadese di Ostetricia e Ginecologia in merito all'outcome ostetrico delle gravidanze Pma

Gravidanze e nati IVF hanno maggiore incidenza di complicanze ed outcome peggiori?

S.O.G.C. GUIDELINES
Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada
Evidence Guidelines of Canadian Task Force on the Periodic Health Examination

"Spontaneous pregnancies in untreated infertile women may be at higher risk for obstetrical complication and perinatal mortality than spontaneous pregnancies in fertile women. Further research is required to clarify the contribution of infertility itself..." (II-2 A)

"Pregnancies achieved by ovarian stimulation with gonadotropins and IUI" at higher risk for perinatal complications, and close surveillance during pregnancy should be considered. It remains unclear if these increased risks are attributable to the underlying infertility, characteristics of the infertile couple, or use of ART" (II-2 A)

"Pregnancies achieved by IVF with or without ICSI are at higher risk for obstetrical and perinatal complications than spontaneous pregnancies... Singleton pregnancies achieved by ART are at higher risk than spontaneous pregnancies for adverse perinatal outcomes, including perinatal mortality, preterm delivery, and low birth weight, and close surveillance during pregnancy should be available as needed" (II-2 A)

TABELLA 6 Costo per bimbo "nato" nei Paesi scandinavi dotati di Registro per le tecniche di Pma

2) Quali le principali "voci di spesa"?

Paese	euro
Svezia	15.381
Danimarca	17.717
Norvegia	20.040
Finlandia	16.750
Islanda	11.056

TABELLA 5 ESHRE Advisory Committee, 2005: analisi dei costi di un ciclo IVF con transfer di un singolo embrione (SET) o di due embrioni (DET)

2) Quali le principali "voci di spesa"?

	SET	DET
Cost/Medic	1.298	1.398
Ospedalizzazione	1.022	1.403
Laboratorio	1.189	1.398
Altri	246	203
TOTALE IVF	3.666	3.716
Perdita di produttività *	93	93
Tempo libero	18	18
Informal care	122	122
TOTALE IVF	4.431	4.513

2007 - Society Committee 2007

Dal Convegno “Violenza contro le donne” - Genova 6 giugno 2008

Il lungo cammino verso una piena (e reale) parità di diritti

di **L. Francesco Meloni**
 Procuratore Generale onorario
 Corte di Cassazione

Il tema che affronterò in questo intervento riguarda essenzialmente una forma di violenza non fisica, ma pur sempre violenza, che le donne hanno subito nel corso dei vari periodi storici: la discriminazione. Un aspetto questo generalmente poco presente nei dibattiti sulla violenza contro le donne. Nel mio excursus sugli interventi politici e gli atti normativi, in primo luogo internazionali, via via prodotti nel tempo per rimuovere le discriminazioni di genere, e contro specificamente la violenza sulle donne, vorrei partire da un fatto per lo più sconosciuto. È noto che la rivoluzione francese ha proclamato la fondamentale “Dichiarazione dei diritti dell’uomo e del cittadino”, che costituisce il primo tentativo di democratizzazione della società politica. Molti però non sanno che il genere femminile, non sentendosi ricompreso in questo solenne documento – o meglio, per dirla tutta, sentendosi discriminato, pensò bene di riprodurre uno proprio dal titolo significativo: “Il diritto della donna e della cittadina”. Ebbene, questo documento, pur ispirandosi nella struttura e, in parte, nel contenuto, alla dichiarazione “Gli uomini nascono e vivono liberi e uguali nei diritti” ne sottolineava il carattere maschilista, rivendicava il suffragio universale (da noi ottenuto nel 1946) e anche la revisione del contratto matrimoniale che era improntato alla superiorità dell’uomo rispetto alle donne. Come vedremo in seguito, anche da noi la conquista della vera parità dei coniugi dovrà attendere fino alla riforma del diritto di famiglia, nel 1975. Per trovare un atto solenne che considerasse paritariamente i due sessi, cui ha aderito l’intera comunità internazionale, ancorché non giuridicamente vincolante data la sua natura di Dichiarazione, dobbiamo aspettare fino al 1948, vale a dire la “Dichiarazione dei diritti umani” approvata dalle Nazioni Unite appunto sessant’anni fa. Vale la pena di accennare brevemente

■ Il lungo e impervio cammino verso la parità di diritti non è ancora concluso, anche nelle società cosiddette democratiche. Tra gli ostacoli più difficili da superare una forma meno eclatante di violenza sulle donne: la discriminazione. E proprio su questo tema, generalmente poco affrontato nei dibattiti sulla violenza nei confronti del genere femminile, si concentra l’intervento del magistrato Meloni che offre un interessante quadro degli interventi politici e atti normativi che, a partire dalla Rivoluzione francese, hanno cercato di rimuovere le discriminazioni contro la donna. In nome dei principi di uguaglianza dei diritti e del rispetto della dignità umana



ad alcuni passi di questo documento. Innanzitutto, va notato che il soggetto delle affermazioni in esso contenute non è più l’uomo ma, con espressione più comprendente, l’individuo. Viene poi fatta esplicita dichiarazione di eguaglianza dei diritti per l’uomo e per la donna: si respinge pertanto ogni distinzione tra i due sessi e si precisa altresì, molto significativamente, che uomini e donne “hanno eguali diritti riguardo al matrimonio, durante il matrimonio e all’atto del suo scioglimento”. Ritroviamo questa importante affermazione, testualmente riportata, in un successivo atto, questa volta, data la sua natura, vincolante per i sottoscrittori: è il Patto internazionale sui diritti civili e politici approvato dall’Onu nel 1966 ed entrato in vigore nel 1976. E nel coevo patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali possiamo altresì leggere: “Gli Stati si impegnano a garantire agli uomini e alle donne la parità giuridica nel godimento di tutti i diritti economici, sociali e cultura-

li enunciati nel presente Patto”. Questi sono stati certo principi e insegnamenti significativi per quanto riguarda l’evoluzione della figura della donna e del suo ruolo nella società, ma si av-

“Il ruolo procreativo della donna non deve essere all’origine di discriminazioni”

verti, tuttavia, che essi avevano in sé il difetto della genericità. Ed allora, ad appena tre anni di distanza dall’entrata in vigore dei due Patti internazionali ora richiamati, si è sentita la necessità di dedicare al tema della tutela della donna uno specifico atto, altrettanto solenne e vincolante: la Convenzione sull’eliminazione di ogni forma di discriminazione nei confronti della donna”, adottata dall’Assemblea generale delle Nazioni Unite, appunto il 18 dicembre 1979, della quale – data la loro ricca articolazione e la rilevante estensione della materia considerata

da tutelare – vanno sottolineati numerosi passi del suo Preambolo (1).

L’innegabile enfasi con la quale sono ivi state espresse le affermazioni a difesa del ruolo della donna nella famiglia nella società, e soprattutto l’impegno per il futuro assunto dagli Stati firmatari “ad adottare le misure necessarie a sopprimere la discriminazione in ogni sua forma e in ogni sua manifestazione”, a ben vedere, ci appaiono, però, anche la dimostrazione della persistente consapevolezza che il cammino da percorrere per giungere ad una effettiva parità fra uomo e donna era ancora lungo e, come vedremo in seguito, ad oggi ancora non del tutto compiuto. Basta osservare la drammatica realtà delle condizioni della donna in diverse parti del mondo che ci viene riferita dai mezzi di comunicazione per averne una clamorosa riprova (2). Dobbiamo dunque tristemente convincerci che esiste, ed esisterà sem-

pre, un divario difficilmente colmabile tra le buone (sincere?) intenzioni e la loro realizzazione nella pratica. Se volessimo, infatti, limitarci a fare riferimento a quanto rilevato finora, e cioè ai principi e agli impegni solenni assunti dagli Stati, dovremmo concludere che il nostro mondo, nel terreno dei rapporti fra uomo e donna – e non solo – non ha mai vissuto un tempo migliore e che finalmente i valori per i quali si è sempre combattuto sono stati riconosciuti.

Aveva comunque ragione Norberto Bobbio quando affermava che nel campo dei diritti c’è una grande frattura fra la teoria e la pratica, tra le discussioni degli esperti su cosa sono i diritti umani e ciò che è effettivamente riconosciuto e messo in pratica. Ed aggiungeva: “come ogni altro diritto, i diritti umani riflettono le condizioni sociali per cui sorgono, si sviluppano e vengono realizzati”.

Di sforzi per superare questo divario ne sono stati fatti anche a livello europeo e, più vicino a noi, italiano: le condizioni sociali ora dette hanno certo favorito i tentativi di tale superamento con effetti, in vero, tangibili. Basti ricordare la Carta dei diritti fondamentali dell’Unione Europea (Nizza 1950 – Strasburgo 2007) che all’articolo 23 così recita: “La parità tra uomini e donne deve essere assicurata in tutti i campi”. E, per venire all’Italia, basta richiamare la nostra Costituzione (che risale al 1948), che pure afferma, da un lato, che “tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali davanti alla legge senza distinzione di sesso”, e, dall’altro, che “il matrimonio è ordinato sull’eguaglianza morale e giuridica dei coniugi”. Ma va osservato i detti effetti tangibili, risultano dei principi solamente affermati, e non hanno avuto un’immediata attuazione, ma si sono invece realizzati nel tempo.

A titolo di esempio, mi sembra interessante in proposito illustrare brevemente l’evoluzione normativa e interpretativa riscontrabile nel nostro ordinamento giuridico, avvenuta nel campo dei rapporti uomo-donna e, più particolarmente, marito e moglie. Ecco alcune situazioni particolarmente significative.

Vorrei ricordare la norma (art. 587 c.p.) che prevedeva il cosiddetto delitto d’onore, in vigore fino al 1981, anno della sua abrogazione, in virtù del quale era assicurato un trattamento punitivo attenuato a chiunque cagionava la morte o la lesione personale del coniuge (dati i tempi, leggi la moglie), della figlia o della sorella nell’atto in

nale di Perugia che nel 1960 così affermava: "Va pronunciata separazione personale per colpa della moglie che si intrattenga in un locale distante dalla casa di abitazione con un amico di famiglia, senza renderne preventivamente edotto il marito che,



se preavvertito, non avrebbe dato il suo consenso. Se dal campo civile si passa al campo penale ci si imbatte in qualche sorpresa in più. Nel codice penale è dunque prevista una ipotesi di reato

così definita: "Abuso dei mezzi di correzione e di disciplina ai danni di una persona sottoposta alla sua autorità (art. 57). Nel vigore del summenzionato principio della potestà maritale la giurisprudenza (Cassazione 1943) così decideva: "Il delitto previsto dall'articolo 57 può commettersi anche dal marito nei confronti della moglie, al fine di correggerla, perché al marito spetta una potestà disciplinare sulla moglie".

Uno dei più apprezzati studiosi del diritto penale, Vincenzo Manzini (autore di un famoso trattato) così insegnava: "Nel sistema del nostro diritto non si può dubitare che al marito spetti autorità e quindi potestà correttiva sulla moglie, mentre a questa nessuna simile facoltà compete in relazione al marito. A ciò non si oppone l'art. 29 Costituzione (già richiamato) il quale dichiara bensì l'uguaglianza morale e giuridica dei coniugi, ma con i limiti stabiliti dalle legge a garanzia dell'unità familiare". Si ricorre dunque, anche in questo caso, all'effetto ritenuto svalutativo del principio generale di eguaglianza attribuito all'inciso relativo alla garanzia dell'unità familiare.

Doveva, dunque, intervenire

l'innovativa legge di riforma del diritto di famiglia del 1975 perché l'orientamento nella delicata materia del rapporto fra i coniugi mutasse in piena attuazione del più volte citato art. 29 Costituzione. Per averne conferma basterà leggere, tra gli altri, il nuovo articolo 145 c.c. Secondo questa nuova norma: "Con il matrimonio il marito e la moglie acquistano gli stessi diritti e assumono gli stessi doveri". E ancora: "la moglie aggiunge al proprio cognome quello del marito" ed entrambi "concordano tra loro l'indirizzo della vita familiare la residenza della famiglia secondo le esigenze di entrambi e quelle preminenti della famiglia stessa". A questo punto possiamo con sicurezza affermare che, alme-



"...lo sviluppo completo di un paese, il benessere del mondo intero e la causa della pace esigono la partecipazione totale delle donne, in condizioni di parità con l'uomo in tutti i campi" (Convenzione Onu, 1979)

no nel nostro Paese, l'evoluzione circa il ruolo della donna nella società e nella famiglia ha colto traguardi importanti. Resta però la domanda se il percorso evolutivo possa dirsi compiuto o invece vi siano ancora altri passi importanti da fare. Un esempio attuale può fornirci la risposta. A seguito di una recente sentenza della Corte co-

stituzionale (febbraio 2006), si è affacciato al mondo politico e parlamentare il tema dell'attribuzione ai figli del cognome del padre. In breve, la Corte, investita di tale questione, così ha ritenuto: "La legge (quella appunto sull'attribuzione del cognome dei figli) è frutto di una concezione patriarcale della famiglia che affonda le proprie radici in una tramontata potestà maritale non più coerente con i principi dell'ordinamento e con il valore costituzionale dell'eguaglianza fra uomo e donna". La stessa Corte, però, nonostante questa impegnativa affermazione, non ha potuto pronunciare una sentenza di incostituzionalità delle norme che è stata chiamata a valutare; e ciò perché in tal modo

avrebbe creato un conseguente vuoto legislativo, lasciando senza disciplina la materia. È dunque solo il legislatore che può intervenire con una innovazione legislativa. Ed infatti, è proprio al legislatore che la Corte ha rivolto, in questo senso, il suo invito, che pertanto dovrà essere accolto. Vedremo se e quando.

Come abbiamo visto, l'evoluzione della realtà femminile nelle società democratiche è stata significativa (anche se purtroppo non è stato così in diverse parti del mondo). Certo, non mancheranno di proporsi ulteriori spinte, ma il cammino finora percorso e la maggiore sensibilità oggi riscontrabile (una testimonianza lo è anche questo convegno) nel campo dei diritti della donna fanno bene sperare per il futuro.

1

Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione nei confronti della donna (adottata dall'Assemblea generale dell'Onu il 18 dicembre 1979 ed entrata in vigore il 3 settembre 1981)

Dal Preambolo:
"(...)

Ricordato che la discriminazione nei confronti della donna viola i principi dell'eguaglianza dei diritti e del rispetto della dignità umana, ostacola la partecipazione della donna, alle stesse condizioni dell'uomo, alla vita politica sociale, economica e culturale del suo paese, rende più difficoltosa la crescita del benessere della società e della famiglia e impedisce alle donne di servire il loro paese e l'umanità tutta nella misura delle loro possibilità.

Preoccupati dal fatto che nelle zone di povertà le donne non accedono che in misura minima alla nutrizione, ai servizi medici, all'educazione, alla formazione, alle possibilità di impiego e alla soddisfazione di altre necessità (...)

Convinti che lo sviluppo completo di un paese, il benessere del mondo intero e la causa della pace esigono la partecipazione totale delle donne, in condizioni di parità con l'uomo in tutti i campi
Tenuta presente l'importanza del contributo delle donne al benessere della famiglia e al progresso della società, che finora non è stato pienamente riconosciuto, l'importanza del ruolo sociale della maternità e del ruolo dei genitori nella famiglia e nell'educazione dei figli, e consapevoli del fatto che il ruolo procreativo della donna non deve essere all'origine di discriminazioni e che l'educazione dei fanciulli richiede una suddivisione di responsabilità tre uomini, donne, e società nel suo insieme
Consapevoli che il ruolo tradizionale dell'uomo nella famiglia e nella società deve evolversi insieme a quello della donna se si vuole effettivamente addivenire ad una reale parità fra uomo e donna.

Risoluti a mettere in opera i principi enunciati nella Dichiarazione sull'eliminazione della discriminazione nei confronti della donna e, a questo fine, adottare le misure necessarie a sopprimere tale discriminazione in ogni sua forma in ogni sua manifestazione
Convengono quanto segue (...)"

2

PECHINO 1995 / NEW YORK 2005

Nel 1995, a Pechino, 189 paesi membri delle Nazioni Unite si impegnarono a combattere tutte le forme di discriminazione verso le donne (la Piattaforma d'Azione approvata dalla Conferenza di Pechino è il testo politico più rilevante e tuttora più consultato dalle donne di tutto il mondo).

Nel 2005, a New York, lo stesso Organismo ha inaugurato "Pechino + 10", la conferenza che doveva verificare se le promesse fatte dieci anni prima erano state realizzate.

Le situazioni più gravi, non eliminate, sono state così individuate.

Per Paese

Cile: i beni della sposa diventano di proprietà del marito e sono da lui amministrati.

Tanzania: la poligamia è sancita dalla Costituzione. Il matrimonio

di una donna è permesso a quindici anni. Una donna sposata non può più risposarsi.

Sudan: una legge stabilisce la totale obbedienza agli ordini del marito. Una donna nubile risponde a un "guardiano" che decide a chi andrà in sposa.

Yemen: la donna non può uscire di casa senza il permesso del marito, tranne che per accudire i suoi genitori. Il lavoro domestico è un dovere stabilito dalla legge.

Lesotho: la donna non ha il diritto di proprietà privata. In caso di decesso del marito non ha neanche il diritto all'eredità. I beni vanno ai figli maschi o tornano alla famiglia dell'uomo.

Siria: l'uomo che uccide la moglie o la figlia per atti immorali non è punibile. La violenza domestica non è reato.

Iran: ammenda e prigione per le donne che non vestono gli abiti islamici. Le adultere sono condannate a morte con la lapidazione.

Per Situazioni

Istruzione: il 75% degli analfabeti nel mondo è donna.

Sanità: mezzo milione di donne muore ogni anno per complicazioni curabili durante la gravidanza o il parto. Duecento milioni di donne non hanno accesso ai contraccettivi.

Violenza: una donna su quattro negli Stati Uniti è vittima di violenze carnali nel corso della sua vita. In molti paesi poveri la violenza domestica è accettata da tradizioni e pratiche secolari.

Lavoro: in media le donne guadagnano la metà degli uomini. Il lavoro domestico non è quantificato da quasi nessun governo. Nei paesi poveri le donne curano il 70% della produzione agricola.

Potere: la dichiarazione finale della Conferenza di Pechino stabilisce che la rappresentanza politica femminile dovesse arrivare al 30% del totale. La media mondiale è arrivata solo al 12%.

(Fonte: "La Repubblica")

cui se ne scopriva l'illegittima relazione carnale, ma anche nello stato d'ira determinato dall'offesa arrecata all'onore suo e della famiglia.

Una netta discriminazione era prevista nel delitto di adulterio. La moglie, infatti era punita per il singolo rapporto extraconiugale; la pena aumentava per l'ipotesi di relazione adulterina, mentre il marito era punito solamente se teneva una concubina nella casa coniugale o notoriamente altrove. Entrambe le norme sono state dichiarate incostituzionali rispettivamente nel 1968 e nel 1969.

Più incisiva era la sottomissione della donna nel rapporto coniugale. Abbiamo già visto cosa dispone in proposito la Costituzione: "Il matrimonio è ordinato sull'eguaglianza morale e giuridica dei coniugi", ma aggiunge: "con i limiti stabiliti dalla legge a garanzia dell'unità familiare". Ebbene, nonostante la proclamazione del principio di eguaglianza (che, come sappiamo è del 1948), fino alla riforma del diritto di famiglia del 1975 - grazie al detto inciso relativo alla salvezza dell'unità familiare, sopravviveva nel nostro codice civile la potestà maritale, titolo appunto dell'articolo 145, il quale così disponeva: "Il marito è il capo della famiglia, la moglie segue la condizione civile di lui, ne assume il cognome ed è obbligata ad accompagnarlo ovunque egli crede di fissare la sua residenza".

Tra le sentenze pronunciate in applicazione di tale norma val la pena ricordare quella della Corte di appello di Torino, del 1957, la quale affermava: "Nell'esercizio della potestà maritale il marito può inibire alla moglie di frequentare persone non gradite e di uscire di casa sola o senza la compagnia del coniuge". E più recentemente quella di un altro organo giudiziario, il tribu-

Violenza di genere: il contributo della Regione Toscana

Costruire percorsi formativi e modelli di intervento specifici

di Valeria Dubini

Mentre gli eventi criminali che i media riportano e amplificano con profusione di particolari fanno scalpore, nel quotidiano la violenza sembra divenire invisibile e gli operatori sanitari, che potrebbero aver un ruolo determinante nell'individuare gli indicatori, non sono abbastanza formati e consapevoli del fatto che si tratta di qualcosa che li riguarda in prima persona. Il tema è infatti del tutto assente nei programmi di formazione infermieristica e medica e parimenti non è ancora del tutto chiaro che l'assistenza alle vittime di violenza sessuale e di violenza domestica è parte della professionalità degli operatori sanitari e dunque non può essere prestata su base volontaristica o con interventi estemporanei.

Punto di partenza, anche nel nostro Paese, è la conoscenza di questa realtà: così come ce la fotografa l'indagine Istat del 2004 (aggiornata nel 2007) viene meno l'immagine, che forse alcuni di noi ancora hanno, di un fenomeno lontano che non riguarda un Paese civile.

Il "sommerso" che comprime le cifre

Su un campione di 25mila intervistate, sono ben il 32% le donne che dichiarano di essere state vittime di una qualche forma

■ Negli ultimi dieci anni il fenomeno della violenza sulle donne è uscito dalla sfera del privato per essere universalmente riconosciuto come problema di rilevanza pubblica, ricevendo una sempre maggiore attenzione da parte di importanti organismi internazionali, che ne hanno sottolineato le drammatiche conseguenze sul piano della salute fisica e psichica delle donne

di violenza nel corso della vita, sia essa fisica o sessuale. Va sottolineato come nel 34% dei casi esse dichiarino di non averne parlato con nessuno. Anche gli stupri, quelli che parrebbero essere la punta dell'iceberg, in realtà sono stati denunciati solo dall'8% delle intervistate. Si comprende perciò quanto sia consistente il "sommerso" in questo campo, e quanto potrebbe essere

"critico" il ruolo degli operatori sanitari nel portarlo alla luce. Anche perché quello che spesso emerge di questo fenomeno sono le tante patologie, fisiche o psichiche, che affondano le loro radici nel terreno della violenza di genere, come ci hanno mostrato moltissimi consistenti studi, l'ultimo dei quali pubblicato dall'Organizzazione mondiale della sanità nel 2008 e

comprendente oltre 24.000 donne in tutto il mondo. Si va da patologie dolorose croniche, spesso con sintomi poco definiti (di pertinenza gastroenterologica, urologica o ginecologica), alle lesioni derivate da traumi in acuto, fino a importanti forme psichiatriche come depressioni maggiori, quadri di bulimia nervosa e rischio suicidario. A questo si aggiunge l'aumento di rischio di abusi e dipendenze di vario genere, come consumo di alcol, droghe, psicofarmaci e analgesici. Si tratta insomma di una "richiesta di aiuto" che si presenta sotto molteplici aspetti e che i sanitari dovrebbero imparare



a decodificare, dopo aver identificato le risorse per una successiva presa in carico.

La gravidanza, fattore di rischio

Un'interfaccia particolare è quella che riguarda i ginecologi, non solo per la possibilità di trovarsi di fronte ad episodi di violenza sessuale, magari nel contesto di relazioni di coppia marcate da violenza sia fisica che psicologica, ma anche perché la violenza da parte del partner è un fattore di rischio significativo in gravidanza, condizione nella quale si stima che incida per circa un 8%. Aborti, distacco di placenta, ridotta crescita fetale, parto pretermine, sono le patologie più frequenti in qualche modo correlabili alla violenza. Anche in questo caso gli operatori hanno una grande responsabilità: si pensi che in Inghilterra nel triennio 1996-99 si è osservato che la violenza costituiva la seconda causa di morte per le donne in gravidanza, e che nel 40% dei casi c'era stata una richiesta di aiuto alle strutture sanitarie che non aveva evidentemente ottenuto comprensione e risposta.

Ma anche altri aspetti della salute sessuale e riproduttiva possono essere colpiti a seguito di episodi di violenza: ad esempio si osservano comportamenti meno "protettivi", con maggiore difficoltà all'utilizzo di metodi contraccettivi sicuri, ricorso alle Ivg, soprattutto ripetute, e maggiore esposizione al rischio di malattie sessualmente trasmesse.

Il progetto della Regione Toscana

La riflessione su questi dati è stata il punto di partenza di un progetto di formazione, finanziato dalla Regione Toscana, rivolto al personale dei Dipartimenti di Emergenza dell'Azienda Sanitaria di Firenze e al personale afferente alle U.O. di Ginecologia e Ostetricia.

Nel 2008 si sono tenuti due corsi, un primo a giugno e il secondo a novembre. L'obiettivo era di mettere gli operatori in grado di accogliere le vittime di violenza

► Segue a pagina 20

Investire in formazione

La violenza sulle donne è troppo spesso un problema invisibile e, nelle rare situazioni in cui emerge, è gestito più con la buona volontà che con una competenza "costruita"

M. Dei*, V. Dubini**.

* AOUC Careggi,

Centro Anti -Violenza

** ASF 10- U.O. Ginecologia e Ostetricia- NSGD

Il problema della violenza sulle donne è stato fino ad oggi completamente ignorato dalla formazione del personale sanitario, sia curriculare che

post-laurea. Per molti operatori della salute risulta ancora difficile pensare a questa tematica come a una questione di rilievo clinico e scientifico: generalmente si tende piuttosto a percepirla come un problema marginale, scarsamente presente nelle società evolute come la nostra, e comunque di pertinenza sociale, psicologica o politica piuttosto che medico-ginecologica. Eppure, numerosi studi retrospettivi hanno ormai chiarito che esperienze di violenza fisica e sessuale comportano importanti ricadute sul benessere della donna, incidendo da un punto di vista psicologico (caduta dell'autostima, depressione, rischio di suicidio e tendenza a riproporsi in ruoli di vittima), sociale (riduzione della capacità

lavorativa e della gestione della famiglia e dei figli) e infine fisico, con traumi e lesioni che possono portare fino alla morte, ma anche con strutturazione di sintomi a distanza, quali patologie dolorose croniche o disturbi del comportamento alimentare e maggiori richieste alle strutture sanitarie in genere. Ritenendo dunque importante che gli operatori sanitari prendano coscienza di queste ricadute della violenza sulle donne e che questo tema debba rientrare nel loro bagaglio professionale, la Regione Toscana ha deciso di investire in formazione. Sono così stati organizzati 3 corsi pilota, uno per area vasta, con il duplice obiettivo di preparare gli operatori ad accogliere le vittime

di violenza sessuale (con tutte le ricadute organizzative necessarie) e a un primo approccio alla violenza domestica, con il coinvolgimento dei Dipartimenti di Emergenza e di altre figure chiave, come i medici di medicina generale, ostetriche, infermiere dei reparti di ostetricia e ginecologia. Si tratta di un contributo concreto per promuovere l'approccio a un problema troppo spesso invisibile e che, nelle rare situazioni in cui emerge, è gestito più con la buona volontà che con una competenza "costruita". Secondo le indicazioni dell'Oms infatti è essenziale che l'episodio di violenza o abuso possa essere accolto in un luogo vicino a dove questo è avvenuto, incontrando operatori competenti e in grado

di offrire un'adeguata accoglienza. Il primo obiettivo della formazione è la promozione della capacità di individuare e riconoscere i segnali che possono essere ricondotti ad una condizione di violenza domestica; a questo segue la capacità di aprire una "finestra di opportunità" attraverso la costruzione di una rete multi-professionale attivabile quando vengano alla luce episodi di violenza.

Un iter formativo che coinvolga operatori di strutture ospedaliere, territoriali e del privato sociale rappresenta la base viva per costruire tale rete, adattandosi in modo flessibile alle risorse e alle realtà locali e strutturando percorsi e modelli di intervento specifici.

Responsabilità professionale del chirurgo laparoscopista

Interventi chirurgici in videolaparoscopia e uso delle immagini

di Pier Francesco Tropea

La chirurgia laparoscopica ha assunto oggi un ruolo fondamentale nelle varie discipline specialistiche, tanto da figurare al primo posto in termini statistici nelle modalità di esecuzione di numerose operazioni chirurgiche.

Non è inutile rammentare che, ai grandi vantaggi della laparoscopia, in termini di riduzione del trauma chirurgico e dei tempi di degenza ospedaliera del paziente (cui consegue una pronta ripresa dell'attività lavorativa e sociale del soggetto), fa riscontro una difficoltà di esecuzione tecnica dell'intervento che richiede un non breve training dell'operatore ai fini dell'acquisizione di una padronanza del tecnicismo adoperato. Per tale motivo i numerosi corsi di aggiornamento cui è affidata l'illustrazione delle tecniche di chirurgia laparoscopica utilizzano la proiezione, in diretta o di filmati registrati, di interventi praticati con tale tecnica, nel presupposto che la documentazione iconografica rappresenti il momento didattico migliore (certamente superiore a qualsiasi spiegazione teorica) per l'apprendimento di un tecnicismo così peculiare. Peraltro, la registrazione dell'intervento laparoscopico consente all'operatore di poter disporre di una documentazione del proprio operato, non soltanto per utilizzarla a fini didattici, ma anche per valutarne criticamente il contenuto e dimostrare altresì alla paziente la corretta esecuzione dell'intervento programmato e concordato con la paziente stessa.

Il problema concerne il destino di tali immagini, ove registrate, con particolare riferimento alla legittimità del chirurgo operatore di utilizzarle a fini dimostrativi, adoperando o meno le misure necessarie a garantire il rigoroso anonimato della paziente operata, nel contempo provvedendo all'acquisizione del consenso della predetta alla divulgazione di tale iconografia.

Il quesito nasce dopo l'emanazione del D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 che riguarda la prote-



■ La videoregistrazione di un intervento laparoscopico è ormai prassi comune in sala operatoria. Un aspetto peculiare della responsabilità professionale del chirurgo laparoscopista riguarda proprio l'uso del materiale fotografico e videoregistrato degli interventi, di cui egli è depositario, con particolare riferimento alla legittimità di utilizzarlo a fini dimostrativi, nel rispetto o meno delle misure necessarie a garantire il rigoroso anonimato della paziente operata

zione dei dati personali, così disciplinando il diritto di accesso a tutti i documenti concernenti la persona e la salvaguardia della privacy del singolo cittadino. È ben noto che oggi, contrariamente a quanto avveniva in passato, vi è un'attenzione particolare nei riguardi del rispetto della sfera privata dell'individuo e la legge sopracitata ne costituisce la conferma; per contro, è da rimarcare che tale normativa è ben lontana dall'essere universalmente applicata, nonostante si sia a suo tempo provveduto alla nomina di un Garante per la protezione dei dati personali, cui è assegnato il compito di emanare provvedimenti in questa delicata materia.

Una recente pronuncia di detta Autorità (Provvedimento del Garante per la protezione dei dati personali, 20 settembre 2006) che passiamo ad illustrare più avanti, ci fornisce lo spunto per soffermarci su un aspetto peculiare della responsabilità medica, quello cioè che concerne l'attività del chirurgo laparoscopista. Si è detto dianzi che la registrazione di un intervento lapa-

rosopico è prassi comune in sala operatoria, a ciò facendo seguito la conservazione e l'archiviazione di tale materiale iconografico da parte del chirurgo che se ne ritiene il legittimo depositario, pronto ad adoperarlo a fini dimostrativi nelle circostanze che egli ritenga più opportune. Il problema può porsi nel momento in cui la paziente che ha subito l'intervento chirurgico, oggetto della ripresa televisiva, reclami la consegna di questa documentazione, ritenendo che essa faccia parte dei dati personali ai quali la paziente ha pieno diritto di accesso. Nel caso qui richiamato, a seguito dell'istanza avanzata dalla paziente alla struttura sanitaria nella quale era stato praticato l'intervento, la Casa di cura, pur rendendosi disponibile a consentire la visione delle immagini video-registrate nel corso dell'operazione, ha sostenuto l'illegittimità della richiesta di consegna all'interessata della videocassetta, sul presupposto che quest'ultima comprendeva anche gli interventi eseguiti (e registrati) su altri pazienti, la cui privacy sarebbe stata viola-

ta dalla consegna di questi dati alla richiedente, dovendosi altresì considerare l'impossibilità materiale di estrapolare l'operazione subita dalla ricorrente e videoregistrata rispetto agli altri interventi chirurgici oggetto di ripresa audiovisiva ed inclusi nella stessa videocassetta.

Il Garante per la protezione dei dati personali, nel respingere le argomentazioni sostenute dalla Casa di cura, ha ordinato all'Istituto, ai sensi dell'art. 10 del Codice di protezione dei dati personali, di mettere a disposizione dell'interessata la videocassetta dell'intervento a lei praticato, le cui immagini concernevano in tutta evidenza i dati personali dell'operata, fermo restando l'obbligo della Clinica di oscurare le immagini riferibili a terzi, dei quali doveva in ogni caso es-

sere garantita la privacy.

Poiché la consegna dei dati personali riprodotti in una videocassetta comporta la riproduzione del materiale videoregistrato su uno speciale supporto (operazione tecnica che evidentemente possiede un costo in termini economici), il provvedimento del Garante ha previsto la richiesta alla paziente da parte dell'Ente sanitario di un contributo in denaro nella misura massima di euro 20. Il provvedimento illustrato consente di formulare al-

Il Garante per la protezione dei dati personali ha stabilito l'accessibilità del paziente ai propri dati personali, includendo tra essi anche la videocassetta riguardante l'intervento chirurgico subito dal malato

cune considerazioni di non trascurabile valore medico-legale. Preliminarmente va sottolineato che, nell'ambito dei dati sanitari, al di là della cartella clinica, vanno compresi tutti i dati che contribuiscono ad identificare il paziente, facenti parte come tali della sfera personale di quest'ultimo, ivi compreso il materiale fotografico concernente il

malato e la sua patologia e le immagini derivanti da una videoregistrazione di un intervento chirurgico.

In tal modo, gli elementi iconografici relativi al paziente, pur non inseriti e quindi non facenti parte della cartella clinica, debbono essere considerati adoperando eguali parametri di valutazione sotto il profilo dell'accessibilità del paziente a tali dati.

Circa i dati concernenti le prestazioni chirurgiche, è noto da tempo che la Giurisprudenza della Corte di Cassazione attribuisce al registro operatorio lo stesso valore medico-legale della cartella clinica, della quale il registro suddetto può essere considerato parte integrante.

Orbene, se la registrazione delle immagini in videocassetta riprende le varie fasi dell'intervento chirurgico consentendo la riproduzione fedele dei vari tempi dell'intervento stesso, appare evidente l'analogia tra il registro operatorio, che in forma cartacea riporta le fasi salienti dell'operazione, e la registrazione su videocassetta dell'intervento laparoscopico che fissa in dettaglio nelle immagini lo svolgimento dell'operazione in tutti i suoi tempi. Il provvedimento del Garante che stabilisce l'accessibilità del paziente ai propri dati sanitari, includendo tra essi anche la videocassetta riguardante l'intervento chirurgico subito dal malato, apre la strada all'inclusione nella cartella clinica di tutta la documentazione iconografica atta a definire la natura e il decorso della malattia, nonché i dati diagnostici derivanti dagli esami strumentali praticati e gli atti terapeutici effettuati, questi ultimi registrati in forma cartacea o con l'ausilio di supporti tecnici che ne consentano la riproduzione in videocassetta.

Sotto il profilo della responsabilità, è evidente che il chirurgo operatore che ha ordinato la ripresa televisiva delle immagini relative all'intervento, diventando poi il depositario della videocassetta, risponde di persona dell'uso che ne fa, con particolare riferimento alla mancata assunzione di tutte le misure doverosamente adoperate per garantire l'impossibilità di individuare il soggetto che ha subito l'intervento videoregistrato. La struttura sanitaria presso la quale è stata effettuata l'operazione chirurgica videoregistrata dovrà dal canto suo garantire alla paziente che ne faces-

se richiesta l'accessibilità alle immagini, considerate facenti parte dei dati sanitari del soggetto e la consegna all'operata, assieme alla cartella clinica relativa al ricovero, anche degli elementi conoscitivi che fanno parte integrante della cartella, ivi comprese le immagini videoregistrate dell'intervento chirurgico praticato.

Bando di concorso Borsa di studio "Ugo Tropea"

L'Aogoi bandisce un concorso per l'assegnazione di una borsa di studio intitolata a "Ugo Tropea" da assegnare alle tre migliori comunicazioni che verranno inviate alla Segreteria scientifica del IX Corso di aggiornamento Aogoi, che si terrà a Villasimius dal 27 al 31 maggio 2009. La somma complessiva disponibile di euro 6.000 sarà suddivisa in parti uguali tra le comunicazioni proclamate vincitrici dalla Commissione giudicatrice

I titoli per partecipare al concorso sono i seguenti:

- età dell'autore del lavoro scientifico (primo nome, se in collaborazione) non superiore a quaranta'anni
- specializzazione o iscrizione alla Scuola di specializzazione nella disciplina ginecologica
- cittadinanza italiana.

Nella domanda i concorrenti dovranno indicare: cognome, nome, luogo e data di nascita, indirizzo e numero telefonico.

La domanda dovrà essere corredata da:

- certificato di laurea (in carta semplice o dichiarazione sostitutiva del certificato ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000)
- certificato di specializzazione o di iscrizione alla Scuola di specializzazione in

ginecologia e ostetricia (in carta semplice o dichiarazione sostitutiva del certificato ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000)

- curriculum vitae del primo autore
- testo del lavoro: carattere times new roman, dimensione 12, interlinea singola, testo giustificato, formato word (doc) comprese tabelle, figure (formato jpg, tif) e bibliografia.

Le domande, corredate dai documenti sopra elencati, dovranno pervenire alla Segreteria scientifica del IX Corso Aogoi per e-mail, all'indirizzo: prenatalmonni@tiscali.it, o per posta, su floppy disk, al seguente indirizzo: Servizio di ginecologia e ostetricia, diagnosi prenatale e preimpianto, terapia fetale, Via Jenner s.n., 09121 Cagliari (tel.

070.6095546)
entro il 30 aprile 2009.

La Commissione giudicatrice sarà composta dal Presidente nazionale Aogoi, dal Segretario nazionale Aogoi e dal Prof. Pierfrancesco Tropea.

Il giudizio della Commissione è insindacabile.

La proclamazione dei vincitori della borsa di studio avverrà in occasione del Corso nazionale Aogoi in programma dal 27 al 31 maggio 2009.

I vincitori della borsa di studio avranno inoltre la possibilità di frequentare, a titolo di aggiornamento professionale, previi accordi con il Direttore della struttura, una Divisione o Centro specialistico ginecologico di un Ospedale italiano per un periodo di tempo da concordare con il Direttore della struttura stessa.

► Segue da pagina 18

Costruire percorsi formativi e modelli di intervento specifici

za sessuale, con tutte le ricadute organizzative necessarie, ma anche di renderli sensibili agli indicatori che permettono di individuare situazioni di violenza domestica.

Il corso, "costruito" con la partecipazione di docenti che avevano già esperienze professionali sul tema della violenza di genere, ha riservato ampio spazio alla discussione e al lavoro di gruppo su casi clinici, facendo lavorare insieme varie figure chiave nell'approccio alla violenza domestica, come il personale dei DEA, i medici di medicina gene-

rale, le ostetriche, le infermiere, i medici dei reparti di ostetricia e ginecologia e gli operatori sociali. Se il primo obiettivo formativo era di acquisire la capacità di riconoscere la violenza domestica, a questo seguiva immediatamente quello di riuscire ad aprire una "finestra di opportunità" per la donna vittima di violenza, il che può avvenire solo attraverso la paziente costruzione di una rete multi-professionale attivabile quando vengano alla luce episodi significativi. La riflessione su questo percorso di aiuto - che necessariamente

coinvolge operatori ospedalieri, territoriali e del privato sociale - è tutt'ora in atto e le occasioni formative ne rappresentano la base viva, capace di suggerire le modalità di adattamento flessibile alle risorse e alle realtà locali per strutturare percorsi e modelli di intervento specifici.

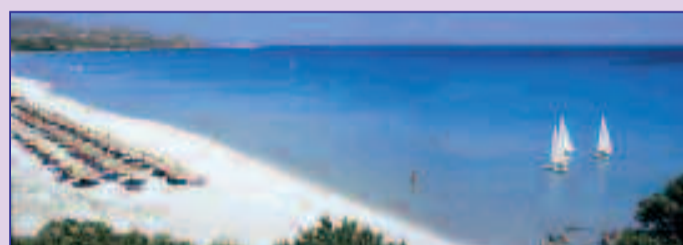
In questa ottica si pongono anche i progetti successivi, sempre promossi dalla Regione Toscana in accordo anche alle indicazioni della Legge Regionale n. 59 del 16 Novembre 2007 "Norme contro la violenza di genere", relative alla formazione di operatori consultoriali capaci di operare in spazi finalizzati all'accoglienza di donne che vivono in situazioni di violenza domestica, per studiare insieme bisogni e possibili vie di uscita.

9° Corso **AOGOI**

di Aggiornamento Teorico Pratico
in Medicina Embrio-Fetale e Perinatale



1° Congresso Nazionale AGITE



27 - 31 Maggio 2009
Villasimius, Cagliari, Atahotel Tanka Village Resort

PATROCINI

WAPM	World Association of Perinatal Medicine
EAPM	European Association of Perinatal Medicine
MED-UOG	Mediterranean Ultrasound Obstetrics and Gynecology
SIEOG	Società Italiana di Ecografia Ostetrica - Ginecologica
SIIMP	Società Italiana di Medicina Perinatale
SIOS	Società Italiana Ospedaliera per la Sterilità
SMIC	Società Medica Italiana per la Contraccezione
AGITE	Associazione Ginecologi Territoriali

INFORMAZIONI

La sede del 9° Corso AOGOI di Aggiornamento Teorico Pratico e del 1° Congresso Nazionale AGITE è l'Atahotel Tanka Village Resort di Villasimius (Cagliari), di proprietà dell'EMPAM. All'inizio del Corso sarà distribuito il libro degli Atti. Al termine del Corso sarà effettuato l'esame obbligatorio per l'ECM (richiesta Crediti in Corso).

ARGOMENTI

Ecografia • Screening Genetici e Ostetrici • Diagnosi Genetica Prenatale e Preimpianto Terapia Fetale • Infezioni Congenite • Aborto • Gravidanza Multipla • Gravidanza Extra • Patologie Materne e Fetali in Gravidanza • Cardiocografia • Parto • Aspetti Neonatali • Contraccezione Fecondazione Assistita • Medicina Perinatale nei Consultori e nei Poliambulatori • Problematiche Medico-Legali e Contrattuali • Insegnamento Ospedaliero.

1° CONGRESSO NAZIONALE AGITE

Il 1° Congresso Nazionale AGITE si terrà Mercoledì pomeriggio, Giovedì e Domenica mattina. Gli altri giorni i gruppi di lavoro AGITE si incontreranno per affrontare le problematiche ostetrico-ginecologiche del territorio.

CORSI PRATICI

- Il Prof. I. Timor Tritsch (New York) terrà un Corso Teorico Pratico Interattivo di Ecografia Fetale.
- I Prof.ri A. Vacca e J. Vacca (Brisbane), C. Crescini e A. Ragusa, terranno esercitazioni pratiche su manichino, a piccoli gruppi, sul momento espulsivo del parto con applicazione della ventosa Kiwi, sulla distocia di spalla e sulla estrazione podalica.
- I Prof.ri A. Di Meglio, D. Paladini, F. Taddei, P. Volpe, M.A. Zoppi, terranno esercitazioni pratiche su donne gravide sull'ecocardiografia, sull'ecografia del cervello fetale, sulla Doppler flussimetria e sulla Nuchal Translucency.

COMUNICAZIONI ORALI "PREMIO U. TROPEA"

Domenica 31 Maggio verranno presentate, da giovani ricercatori, le 3 comunicazioni orali giudicate dall'AOGOI più rilevanti e attinenti al Corso. I 3 vincitori, regolarmente iscritti al Corso, riceveranno un premio di 2.000 euro ciascuno. Tutte le comunicazioni orali dovranno pervenire alla Segreteria Scientifica via e-mail (max 4 pag. in formato Word) entro il 20 Aprile 2009 e verranno pubblicate, previa iscrizione al Corso da parte degli autori, nel volume degli Atti, insieme alle relazioni dei Docenti.

INCONTRO CON I SEGRETARI AOGOI

Una Sessione di lavoro vedrà la presenza di tutti i Segretari Regionali AOGOI.

DOCENTI

Saranno presenti i più qualificati Esperti Italiani in Medicina Embrio-Fetale e Perinatale, nonché i seguenti Docenti Stranieri: B. Ahmed (Qatar), A. Antsaklis (Atene), L. Cabero (Barcellona), F. Chervenak (New York), V. Chiantera (Berlino), W. Dunlop (Newcastle), W. Holzgreve (Basilea), N. Kavak (Istanbul), I. Timor Tritsch (New York), J. Troyano (Tenerife), A. Vacca (Brisbane), J. Vacca (Brisbane), Y. Ville (Parigi), L. Voto (Buenos Aires).

DIRETTORE DEL CORSO: Giovanni Monni
PRESIDENTI DEL CORSO: Antonio Chiantera, Giovanni Monni, Giovanni Urru

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
I.M.C. Europe s.r.l.
Viale Trieste 93 - 09123 Cagliari
Tel. 070.273470 - Fax 070.273306
E-mail: imc.congressi@tin.it
E-mail: agenziaiviaggio.imc@tiscali.it
Internet: www.imc-congressi.it

SEGRETERIA SCIENTIFICA
Servizio di Ginecologia e Ostetricia
Diagnosi Prenatale e Preimpianto, Terapia Fetale
Ospedale Regionale per le Microcitemie
Via Jenner s/n - 09121 Cagliari
Tel. 070.6095546/7 Fax 070.6095514
E-mail: prenatalmonni@tiscali.it

AOGOI
Via G. Abamonti, 1
20129 Milano
Tel: 02.29525380
Fax: 02.29525521
E-mail: aogoi@aogoi.it



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

www.ginecologiaforense.it

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

Anzianità massima contributiva e pensionamento a 70 anni

Pensionamento... e cattiva informazione

di **Carmine Gigli**
Presidente Fesmed

Nei giorni scorsi diversi colleghi hanno maturato la convinzione, infondata, che i direttori di struttura complessa non potessero essere mandati in pensione quando raggiungono i 40 anni di contributi pensionistici, non solo, ma che potessero restare in servizio sino all'età di 70 anni, a loro richiesta.

In realtà le cose non stanno così. È sempre vigente, per tutti i medici dirigenti, la legge 133/2008 (art. 72, c. 11), che stabilisce: "Nel caso di compimento dell'anzianità massima contributiva di 40 anni del personale dipendente, le pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 possono risolvere, fermo restando quanto previsto dalla disciplina vigente in materia di decorrenze dei trattamenti pensionistici, il rapporto lavoro con

■ **Resta senza una spiegazione apparente il fatto che un certo numero di colleghi abbiano maturato la convinzione che delle proposte di legge favorevoli ai direttori di struttura complessa fossero diventate una vera legge dello Stato. Solo cattiva informazione?**

un preavviso di sei mesi (...) Le disposizioni di cui al presente comma non si applicano a magistrati e professori universitari". Lo stesso dicasi per l'età pensionabile. Lo scorso anno, la stessa legge 133/2008 (art. 72, c. 7) è intervenuta sulla possibilità di essere trattenuti in servizio per due anni, dopo il compimento del 65° anno di età, attribuendo alle aziende la facoltà di accogliere la domanda, in base alle proprie esigenze organizzative e funzionali: "All'articolo 16 comma 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 503, e successive modificazioni, dopo il primo periodo sono aggiunti i seguenti: «In tal caso è data facoltà all'amministrazione, in base alle proprie esigenze organizzative e funzio-

nali, di accogliere la richiesta in relazione alla particolare esperienza professionale acquisita dal richiedente in determinati o specifici ambiti ed in funzione dell'efficiente andamento dei servizi. (...)»". Probabilmente l'equivoco è stato generato

La Fesmed chiede che la Camera dei Deputati s'impegni a modificare l'emendamento, estendendo la norma a tutta la dirigenza medica del Ssn

da una cattiva informazione, che ha fatto apparire come una norma vigente e applicabile,

quelle che in realtà sono due distinte proposte di legge, per giunta a diversi livelli dell'iter legislativo.

I fatti sono questi. È stato approvato al Senato, nella sera del 18 dicembre, durante l'esame finale del Ddl delega sul pubblico impiego, un emendamento della maggioranza (primi firmatari Fleres, Cursi e Galioto) che esenta anche i primari ospedalieri, come già previsto per gli universitari, dalle norme della legge 6 agosto 2008, n. 133, che autorizza le amministrazioni pubbliche a risolvere il rapporto di lavoro dei propri dipendenti al compimento dell'anzianità massima contributiva di 40 anni. Questo il testo approvato: «2-bis) Al comma 11 dell'articolo 72 del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, sono aggiunte in fine le seguenti parole: "e ai primari ospedalieri"».

Un'opportunità che riguarda però soli i primari. Infatti, per tutti gli altri medici continuerebbero a valere la normativa prevista attualmente dalla legge. Una disparità rilevata dalla stessa Maggioranza, la quale ha approvato un ordine del giorno, accolto dallo stesso ministro Brunetta, con il quale, proprio alla luce dell'emendamento approvato, si impegna il Governo "a rivedere l'età pensionabile delle categorie di cui al comma 11 dell'articolo 72 della legge 6 agosto 2008, n. 133, uniformando

ne l'età pensionabile alle altre categorie del pubblico impiego". Per quanto riguarda il pen-

sionamento a 70 anni, è stata presentata dai deputati Di Virgilio e Palumbo una proposta di legge (n. 1552) che garantisce al dirigente medico la facoltà di permanere in servizio, a domanda, fino al compimento del settantesimo anno di età. Quindi, si tratta di una proposta di legge il cui iter legislativo è appena agli inizi.

Secondo la Fesmed, l'emendamento che impedisce il pensionamento forzato dei "primari", dopo 40 anni di contributi, oltre ad essere immotivatamente discriminante nei confronti dei dirigenti medici che ricoprono altri incarichi, è anche di difficile applicazione.

Il concorso a "primario ospedaliero" è stato abolito da molto tempo e la dirigenza sanitaria è stata collocata in un unico ruolo e in un unico livello dal d.leg. 502/1992 e successive modificazioni, il quale ha dettato anche le modalità per l'attribuzione dell'incarico di responsabile di struttura complessa, la sua durata e l'obbligo di verifica al termine dell'incarico, facendone un incarico a tempo determinato.

Inoltre, il d.leg. 254/2000 ha stabilito che il responsabile di struttura complessa assuma la denominazione di "direttore", eliminando ogni riferimento alla definizione di "primario". All'interno di questo quadro normativo è difficile individuare chi possa essere il beneficiario dell'emendamento approvato dal Senato.

La Fesmed ritiene ingiustificata una discriminazione all'interno dello stesso ruolo e chiede che la Camera dei Deputati s'impegni a modificare l'emendamento estendendo la norma a tutta la dirigenza medica del Ssn.

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

AVVISO IMPORTANTE

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

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

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

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



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

Ascoli Piceno, 20 – 23 Aprile 2009

Sede dell'Insegnamento:

Salone dei Convegni – Complesso Fieristico della Camera di Commercio

COORDINATORE DELL'INSEGNAMENTO:

DOTT. MARIO PERONI

DOCENTE STRANIERO D'ONORE:

Prof. FRANK GIRARDI - Baden (Austria)

Primario Divisione Ostetricia e Ginecologia Ospedale di Baden (Austria)

Professore all'Università di Graz

“La CIN e l’AIS: attuali conoscenze, diagnostica, trattamenti, risultati, follow up”

PROLUSIONE ALL'INSEGNAMENTO:

Prof. ANNA TERESA PALAMARA

Professore Ordinario di Microbiologia Università “La Sapienza” - Roma

“La ricerca di nuove strategie antivirali per HERPES, HIV, HPV”



SEGRETARIA ORGANIZZATIVA:



Via Ungaretti, 84 - 62100 Macerata

Tel. 0733.33844 (r.a.) - Fax 0733.33811

Numero verde: 800.18.56.44

e-mail: info@grupposinerie.com

Gyno-Canesten®

Riassunto delle caratteristiche del prodotto

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE. GYNO-CANESTEN 2% crema vaginale. GYNO-CANESTEN 100 mg compresse vaginali. **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA.** GYNO-CANESTEN 2% crema vaginale. 5 g di crema vaginale contengono: **Principio attivo:** clotrimazolo 100 mg. GYNO-CANESTEN 100 mg compresse vaginali. Una compressa vaginale contiene: **Principio attivo:** clotrimazolo 100 mg. Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere sezione 6.1. **3. FORMA FARMACEUTICA.** Crema vaginale. Compresse vaginali. **4. INFORMAZIONI CLINICHE.** **4.1. Indicazioni terapeutiche.** Gyno-Canesten crema vaginale e compresse vaginali si usano per il trattamento di: **infezioni vulvo-vaginali sostenute da Candida**, con sintomi localizzati quali: prurito, leucorrea, arrossamento e sensazione di gonfiore della mucosa vaginale, bruciore al passaggio dell'urina. Gyno-Canesten crema si usa anche per: **vulviti e balaniti da Candida**. **4.2. Posologia e modo di somministrazione.** Le compresse o la crema vanno introdotte il più profondamente possibile in vagina ed a tale scopo la paziente dovrà assumere la posizione supina a gambe lievemente piegate. Il trattamento dovrebbe essere opportunamente iniziato e concluso nel periodo intermestruale. **GYNO-CANESTEN 2% crema vaginale.** Salvo diversa prescrizione medica, si somministra giornalmente, e cioè alla sera per 3 giorni consecutivi, introducendo il contenuto di un applicatore (5 g circa) profondamente in vagina. Se necessario può essere effettuato un secondo trattamento di 3 giorni. In caso di vulvite o balanite da Candida, il trattamento dovrebbe protrarsi per 1-2 settimane. Inoltre, si consiglia l'applicazione di Gyno-Canesten crema esternamente, sulla zona perineale sino alla regione anale. Ciò si esegue applicando in loco la crema in strato sottile 2-3 volte al giorno e facendola penetrare con lieve movimento. Allo scopo di evitare una reinfezione, in particolare in presenza di vulvite o balanite da Candida, il partner deve essere contemporaneamente trattato localmente (glande e prepuzio). **GYNO-CANESTEN 100 mg compresse vaginali.** Una compressa la sera per sei giorni consecutivi (vedere sezione 6.6), oppure all'occorrenza si può attuare la posologia di 2 compresse la sera prima di coricarsi, per 3 giorni consecutivi. Nelle forme croniche recidivanti, la posologia giornaliera può essere aumentata a 2 compresse vaginali la sera, per un periodo di 6-12 giorni. Inoltre, si consiglia l'applicazione di Gyno-Canesten crema esternamente, sulla zona perineale sino alla regione anale. Ciò si esegue applicando in loco la crema in strato sottile 2-3 volte al giorno; si consiglia anche, soprattutto in caso di vulvite da Candida, il contemporaneo trattamento locale del partner (glande e prepuzio) con Gyno-Canesten crema. Perché Gyno-Canesten compresse si dissolvano completamente è necessario che la vagina presenti un adeguato grado di umidità. Altrimenti, potrebbe verificarsi la fuoriuscita di frammenti non dissolti della compressa. Per evitare ciò, è importante che il medicinale venga inserito il più profondamente possibile in vagina al momento di coricarsi. Se, nonostante tale precauzione, la compressa dovesse non dissolversi completamente nell'arco di una notte, si dovrà prendere in considerazione l'impiego della crema vaginale. **4.3. Controindicazioni.** Ipersensibilità al principio attivo, all'alcool cetostearilico (Gyno-Canesten crema) o ad uno qualsiasi degli eccipienti. **4.4. Avvertenze speciali e opportune precauzioni d'impiego.** Gyno-Canesten può ridurre l'efficacia e la sicurezza dei prodotti a base di lattice, come preservativi e diaframmi. L'effetto è temporaneo e si verifica solo durante il trattamento. L'impiego, specie se prolungato, di prodotti per uso topico, può dare origine a fenomeni di sensibilizzazione. In tal caso, è necessario interrompere il trattamento e adottare idonee misure terapeutiche. L'alcool cetostearilico contenuto nella crema può provocare reazioni cutanee locali (es. dermatite da contatto). **4.5. Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione.** Nessuna nota. **4.6. Gravidanza ed allattamento.** Sebbene non siano stati effettuati studi clinici controllati nelle donne in gravidanza, le indagini epidemiologiche indicano l'assenza di effetti dannosi del trattamento con Gyno-Canesten sulla madre e sul bambino. Tuttavia, come per tutti i farmaci, nel primo trimestre di gravidanza il prodotto va somministrato solo in caso di effettiva necessità e sotto il diretto controllo del medico. In caso di infezione vaginale da Candida, nelle ultime 4-6 settimane di gestazione va opportunamente eseguito un ciclo di cura, con l'intento di bonificare il canale genitale materno, onde evitare i frequenti casi di candidosi neonatale. In tal caso, si dovrebbe effettuare il trattamento, sotto il diretto controllo medico, con Gyno-Canesten compresse, in quanto utilizzabili senza applicatore. **4.7. Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari.** Non è stato osservato alcun effetto sulla capacità di guidare o di usare macchinari. **4.8. Effetti indesiderati.** Gli effetti indesiderati, classificati per organi ed apparati, sono: organismo nel suo complesso: reazione allergica (sincope, ipotensione, dispnea, disturbi gastrointestinali), dolore. Cute e annessi: prurito, eruzione cutanea. **4.9. Sovradosaggio.** Non sono riscontrabili nella letteratura segnalazioni di effetti tossici del clotrimazolo riferibili ad iperdosaggio. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE.** **5.1 Proprietà farmacodinamiche.** Categoria farmacoterapeutica: antimicotico per uso topico, appartenente al gruppo dei derivati imidazolici. Codice ATC: G01AF02. **Meccanismo d'azione.** Il clotrimazolo agisce contro i funghi mediante inibizione della sintesi dell'ergosterolo. L'inibizione della sintesi dell'ergosterolo provoca una compromissione strutturale e funzionale della membrana citoplasmatica. **Effetti farmacodinamici.** Il clotrimazolo ha un ampio spettro d'azione antimicotica *in vitro* ed *in vivo*, che comprende dermatofiti, lieviti, muffe, ecc. In appropriate condizioni sperimentali, i valori di MIC per questi tipi di funghi sono nell'intervallo inferiore a 0,062-4-8 µg/ml di substrato. Il meccanismo

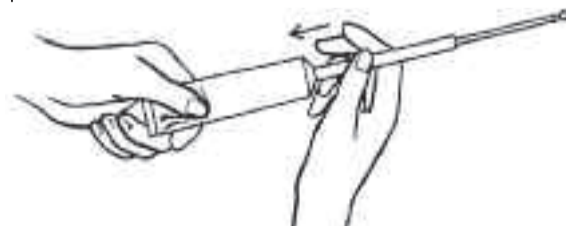
d'azione del clotrimazolo è fungistatico o fungicida in relazione alla sua concentrazione nella sede d'infezione. L'attività *in vitro* è limitata agli elementi fungini proliferanti; le spore fungine sono solo leggermente sensibili. In aggiunta alla sua attività antimicotica, Gyno-Canesten agisce anche su *Trichomonas vaginalis*, microrganismi gram-positivi (*Streptococchi* / *Stafilococchi*) e microrganismi gram-negativi (*Bacteroides* / *Gardnerella vaginalis*). *In vitro*, il clotrimazolo inibisce la moltiplicazione dei *Corynebatteri* e dei *cocchi gram-positivi* - con l'eccezione degli *Enterococchi* - in concentrazioni di 0,5-10 µg/ml di substrato ed esercita un'azione tricomonocida a 100 µg/ml. Le varianti primariamente resistenti di specie fungine sensibili sono molto rare; lo sviluppo di una resistenza secondaria da parte di funghi sensibili è stata finora osservata solo in casi veramente isolati, in condizioni terapeutiche. **5.2. Proprietà farmacocinetiche.** Gli studi farmacocinetici dopo applicazione cutanea e vaginale hanno evidenziato che viene assorbita solo una piccola parte del clotrimazolo (rispettivamente il 3% e dal 3 al 10% della dose). A causa della rapida trasformazione epatica del clotrimazolo assorbito in metaboliti privi di attività farmacologica, le risultanti concentrazioni plasmatiche di picco sono inferiori a 10 ng/ml; a seguito di applicazione intravaginale infatti, il clotrimazolo non dà luogo ad effetti sistemici misurabili o ad effetti indesiderati, se non in casi eccezionali. **5.3. Dati preclinici di sicurezza.** I dati preclinici rivelano assenza di rischi per gli esseri umani sulla base di studi convenzionali di tossicità per somministrazioni singole e ripetute, genotossicità e tossicità riproduttiva. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE.** **6.1. Elenco degli eccipienti.** GYNO-CANESTEN 2% crema vaginale. Sorbitano stearato, polisorbato 60, cetil palmitato, alcool cetostearilico, ottildodecanolo, alcool benzilico, acqua depurata. GYNO-CANESTEN 100 mg compresse vaginali. Lattosio monoidrato, amido di mais, magnesio stearato, silice colloidale anidra, calcio lattato pentaidrato, crosopvidone, acido lattico, ipromellosa, cellulosa microcristallina. **6.2. Incompatibilità.** Non sono segnalati in letteratura fenomeni di incompatibilità del clotrimazolo con altri farmaci. **6.3. Periodo di validità.** GYNO-CANESTEN 2% crema vaginale 3 anni. GYNO-CANESTEN 100 mg compresse vaginali 4 anni. **6.4. Speciali precauzioni per la conservazione.** GYNO-CANESTEN 2% crema vaginale. Nessuna speciale precauzione per la conservazione. GYNO-CANESTEN 100 mg compresse vaginali. Nessuna speciale precauzione per la conservazione. **6.5. Natura e contenuto del contenitore.** GYNO-CANESTEN 2% crema vaginale. Tubo di alluminio internamente profetto con resine epossidiche. Tubo da 30 g di crema vaginale con 6 applicatori monouso. GYNO-CANESTEN 100 mg compresse vaginali. Blister di PVC/Alluminio. 12 compresse. **6.6 Istruzioni per l'uso e la manipolazione.** GYNO-CANESTEN 2% crema vaginale. L'applicatore va usato una sola volta e quindi gettato al fine di evitare possibili reinfezioni.

Crema vaginale

1. Innanzi tutto estrarre il pistone dall'applicatore monouso fino al suo arresto.



2. Aprire il tubo. Inserire l'applicatore monouso in quest'ultimo e tenerlo ben premuto. Riempire l'applicatore esercitando una cauta pressione sul tubo.



3. Sfilare l'applicatore monouso, introdurre lo stesso il più profondamente possibile in vagina (è consigliabile stare sdraiate) e svuotarlo mediante regolare e continua pressione sul pistone.



4. Estrarre l'applicatore e quindi gettarlo.

GYNO-CANESTEN 100 mg compresse vaginali. Dopo aver lavato accuratamente le mani, introdurre la compressa vaginale direttamente con il dito il più profondamente possibile in vagina (il modo migliore è con la paziente sdraiata sul dorso, con le gambe leggermente flesse). **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.** Bayer S.p.A. - V.le Certosa 130 - MILANO. **8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.** Gyno-Canesten 2% crema vaginale: AIC 025833068. Gyno-Canesten 100 mg compresse vaginali: AIC 025833029. **9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE / RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE.** Gyno-Canesten 2% crema vaginale: Giugno 2005. In commercio dal settembre 1982. Gyno-Canesten 100 mg compresse vaginali: Giugno 2005. In commercio dal maggio 1973. **10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO.** Giugno 2007.

Si svolgerà a Villasimius dal 27 al 31 maggio 2009

Primo Congresso nazionale AGITE

di **Maurizio Orlandella**
Presidente AGITE

Ad un anno dallo start up

Lo statuto e il regolamento regionale Agite sono stati completati il 16 novembre 2007, presso la Sala Bianca al Dipartimento delle Pari Opportunità, a Roma in Piazzetta Chigi, ma il primo momento organizzativo, lo "Start up", è stato il "1° seminario Agite", che si è svolto, con la presenza del Consiglio di Presidenza e dei responsabili regionali, il 26 e 27 gennaio 2008 a Roma, alla Casa Internazionale delle Donne. Due luoghi altamente simbolici per i primi due eventi costitutivi di Agite.

A distanza di un anno dallo start up, presentiamo il programma del "1° Congresso Nazionale Agite" convocato a Villasimius (Cagliari) il 27 pomeriggio, il 28 mattina e il 31 mattina maggio 2009, nel contesto del 9° Corso Aogoi di aggiornamento Teorico Pratico in Medicina Embrio Fetale e Perinatale (27-31 maggio 2009). Invitiamo quindi tutti i colleghi del territorio a partecipare, organizzandosi nella programmazione del proprio aggiornamento per il 2009. Al Congresso presenteremo solo i temi che hanno fatto parte di un lavoro di elaborazione condiviso, portato avanti nel 2008 con la costituzione di gruppi di lavoro e la distribuzione progressiva di responsabilità: family planning, condilomatosi e HPV, sterilità, nuovi servizi per la salute riproduttiva, la valorizzazione della visita ginecologica e le prestazioni strumentali ambulatoriali, il pavimento pelvico.

Scopi del Congresso

Alla disillusione di colleghi che hanno dovuto constatare la modesta efficacia dell'attività delle associazioni che si occupano della salute riproduttiva sul territorio, riteniamo si debba rispondere con obiettivi minimi, ma definiti, da raggiungere in un tempo definito, con una direzione certa. Per questo portiamo a Congresso progetti non autoreferenziali, ma sviluppati e condivisi con altre Società scientifiche.

Al Congresso verranno presentati i temi che hanno fatto parte di un lavoro di elaborazione condiviso, portato avanti nel 2008 con la costituzione di gruppi di lavoro e la distribuzione progressiva di responsabilità

Per un consenso sui tempi e compiti della visita ginecologica

La Sigo porta avanti la valorizzazione delle prestazioni ostetrico-ginecologiche ospedaliere e il tempario del Sumai, il principale sindacato degli specialisti ambulatoriali, definisce in 20 minuti il tempo di qualsiasi visita specialistica. Agite deve fornire il supporto tecnico per la defini-

Prefigurare il ginecologo territoriale del nuovo millennio è la mission di Agite e il Congresso, nei suoi limiti, ne è lo specchio

zione dei tempi da dedicare alla prestazione "visita ginecologica" e alle prestazioni strumentali ambulatoriali sia per la valorizzazione (Sigo) sia per il tempario (Sumai). Agite intende contribuire alla definizione dei tempi per specialità, quando si dovrà confrontare con il Sumai nella prossima edizione del tempario per le prestazioni specialistiche. Molti colleghi si lamentano dei tempi e/o del numero di prestazioni. Questo lavoro costituisce un supporto anche per loro.

Counselling contraccettivo

Esistono strumenti per il counselling a cura dell'Oms (scaricabili on line) e strumenti italiani sulle informazioni da fornire in occasione della prescrizione della pillola nonché sui messaggi di

rinforzo per una migliore compliance alla contraccezione. Anche questi strumenti "facilitanti" richiedono tempi più o meno definiti per un buon counselling. Definire i tempi del counselling contraccettivo contribuisce alla definizione del tempario specialistico. Gratuità per la contraccezione ormonale in consultorio almeno per minorenni e migranti (proposta Agite alla Commissione per la Salute Riproduttiva del precedente governo), catalogazione delle resistenze e dei falsi miti della contraccezione (in previsione di materiali da esporre nei consultori), una relazione sullo studio EURAS, che rassicura

sui rischi tromboembolici dei progestinici moderni, sono gli altri argomenti della sessione.

Il counselling sulla vaccinazione Hpv

Lavorare sulla consapevolezza che da una infezione spesso inapparente può derivare un tumore, facilita il ricorso al pap test, rimette al centro dell'attenzione, anche nelle campagne indirizzate alla vaccinazione Hpv, la necessità di controlli preventivi. Madre e figlia si possono incontrare nelle necessità preventive.

Tocchiamo argomenti nuovi: dai diversi target di età per la vaccinazione ad una visione del vaccino dal punto di vista degli operatori, alla modalità del parto in caso di condilomatosi. Il tutto in

linea con un progetto di studio epidemiologico, che dovrà vedere la luce a breve, e di cui parleremo nel prossimo numero di *GynecoAogoi*.

Il Counselling per Fertilità e Sterilità

Counselling sulle capacità riproduttive, linee guida, coordinamento, cartelle e formazione comuni tra territorio e ospedale. Il giugno scorso siamo partiti da un progetto di coordinamento territorio-ospedale, concordato con Giuseppe D'Amato, Luca Schonauer, Antonella Debora Turchetto, Mauro Costa, unendo le competenze - dal bilancio esistenziale riproduttivo all'individuazione delle capacità riproduttive, alla definizione del 1° livello che il ginecologo territoriale deve esercitare, inclusa la presa in carico della donna e un invio concordato, utilizzando lo strumento di una formazione ad hoc. Non disperiamo di vedere il progetto ligure già in piedi per la fine di maggio, con il coinvolgimento di tutti i territoriali. Tutti i partecipanti al progetto saranno presenti al Congresso.

Progetto Pavimento Pelvico

L'assunto è che modesto è lo studio della semeiotica del pavimento pelvico, rimandando alla specialistica della statica o della funzione urinaria. Oltre questi, altri argomenti, sessualità, dispareunia, vestibuliti e cistiti croniche, e altro possono dipendere da disfunzioni del pavimento pelvico. Una corretta diagnosi di disfunzione, la conoscenza del quadro di ipotono o ipertono, un invio alla corretta riabilitazione, richiedono una formazione non demandabile ad altro specialista. È compito del ginecologo nella struttura di 1° livello. Nuovo studio della semeiotica ed emersione dei problemi uroginecologici richiedono formazione e altro tempo per la visita: abbiamo cronometrato i tempi necessari al riconoscimento del quadro di normalità. Inoltre si tratta di un altissimo valore farmaco-economico nel campo uroginecologico: diagnosi anticipata e trattamento sono molto più economici (e benefici!) del non trattamento con un rapporto di 1/5.

Nuovi servizi e modalità operative dai consultori privati ai servizi via internet

Verranno richieste a diverse associazioni i valori aggiunti portati dalle esperienze particolari. Dalla formazione degli operatori, gruppi Balint con analista supervisore in un gruppo di professionisti, alla capacità di risposta a disturbi che pongono urgenze tipiche, a forum di ostetriche e ginecologi, a consulenze via internet su argomenti specifici, reti di medici disponibili alla ricettazione della contraccezione d'emergenza. Un mondo territoriale, un quadro non esaustivo, con capacità particolari, luogo di riflessioni e scambio di documentazione digitale, una ginecologia

"altra" che risponde ad una domanda comunque esistente.

3° Seminario AGITE: obiettivi per il secondo anno di attività

La domenica mattina, come è avvenuto l'anno precedente a Villasimius, si terrà il Seminario Agite. I gruppi di lavoro riferiranno lo stato dei progetti e le sinergie necessarie. Quest'anno i gruppi lavoreranno prima del Corso (da febbraio a maggio), portando lo stato delle iniziative Agite a interlocutori privilegiati, tutti i Segretari regionali Aogoi. È un percorso di conoscenza reciproca ormai avviato a livello centrale, da riportare a tutti i livelli periferici. Di fatto nella ramificazione regionale, la sinergia con Aogoi è ideale per affrontare i diversi sistemi sanitari, e politicamente più presentabile, quando unita nelle componenti territoriali e ospedaliere. La chiusura di un piccolo ospedale deve trasferirsi, in termini di risorse in prestazioni territoriali e viceversa. Comunicare tra territorio e ospedale permetterà l'inserimento dal territorio nelle prestazioni di secondo livello ospedaliere, facilitando il percorso alle donne e garantendo contemporaneamente un idoneo filtro dal territorio. Il ginecologo che non

Programma sintetico del Congresso AGITE

- Strumenti per la procreazione responsabile e il counselling contraccettivo
- Il Counselling sulla Vaccinazione HPV
- Il Counselling per la Fertilità e la Sterilità
- Nuovi servizi e modalità operative dai consultori privati ai servizi via internet
- La visita ginecologica e la promozione della salute
- Progetto Pavimento Pelvico
- Tavola Rotonda con Presentazione dei Gruppi di lavoro del 3° seminario AGITE

lavora in sala operatoria, al contempo, deve allargare le sue competenze almeno al primo livello di tutte le componenti ultra specialistiche, con un considerevole lavoro sull'emersione dei problemi, prevenzione e counselling, concordando con l'ospedale le modalità di invio. Prefigurare il ginecologo territoriale del nuovo millennio è la mission di Agite e il Congresso, nei suoi limiti, ne è lo specchio. Possa l'approssimarsi del Congresso mondiale della Figo a Roma nel 2012 agevolare la presentazione di un sistema materno infantile italiano in grado di utilizzare contemporaneamente l'alta tecnologia e il facile accesso della popolazione, di qualsiasi ceto, ad un sistema integrato e comunicante territorio-ospedale di qualità. AGITE, auguri di buon compleanno!

Integrazione dietetica alla terapia del dolore pelvico cronico e l'endometriosi

Renato De Stefano*,
Giulia Fuschillo**,
Roberto Vigorito*,
Marika Bonifacio*,
Aniello Massimo
Castellano*, **Carlo Rappa***,
Arcangelo Colonna**,
Pietro Iacobelli*

Gli studi sperimentali e la continua evoluzione delle conoscenze nei problemi dell'alimentazione hanno eliminato in pochi decenni vaste lacune nel campo della fitologia della nutrizione, dando spiegazione di fenomeni patologici la cui causa rimaneva avvolta nel mistero e dettando le norme di un'alimentazione equilibrata nel sano, nel malato, nel bambino, nell'adulto e nel vecchio, così come in particolari condizioni quali la gravidanza e l'allattamento. Modificando alcune abitudini di vita 'scorrette' e affidandosi alle indicazioni terapeutiche del medico è possibile mettere in atto una completa ed efficace prevenzione nei riguardi di varie patologie (come ad es. quelle cardiovascolari) nonché alleviare e controllare la sintomatologia di una vasta gamma di patologie.

Il ruolo della dieta

Il ruolo della dieta nello sviluppo di malattie ormono-correlate ha avuto un interesse crescente negli ultimi anni (Ingram et al., 1987; Fentiman et al., 1988). Si è visto che la dieta può avere alcune influenze sulla carcinogenesi e sullo sviluppo di condizioni ginecologiche benigne come la fibrosi e le cisti ovariche nonché sull'endometriosi. L'endometriosi rappresenta una diffusa condizione patologica la cui complessa eziopatogenesi rimane a tutt'oggi non ancora chiarita e viene inquadrata come malattia cronica recidivante caratterizzata da un estremo polimorfismo clinico e da una varietà di localizzazioni anatomiche. La malattia endometriosica può interessare infatti la pelvi, sede più frequente, vari segmenti intestinali, apparato urinario e più raramente pleura, polmoni, ombelico, retti dell'addome, siti di incisioni chirurgiche etc. La prevalenza di tale complessa patologia è stimata intorno al 10%

Non essendoci dati univoci sui meccanismi etiopatogenetici dell'endometriosi e del dolore pelvico ad essa correlato, risulta difficile stabilire una terapia medica e/o chirurgica in grado di risolvere la malattia. Le nuove proposte terapeutiche sottolineano l'importanza di seguire un regime alimentare finalizzato ad ottenere un effetto anti infiammatorio, anti-estrogenico e analgesico

delle donne in età riproduttiva ed è causa spesso di infertilità e dolore pelvico. In realtà, in letteratura viene riportata un'ampia variabilità (20-90%) di prevalenza dell'endometriosi in donne con dolore pelvico e/o sterilità. Tale discordanza può essere spiegata con l'eterogeneità della popolazione studiata e con l'impossibilità di diagnosticare la malattia nella popolazione generale, diagnosi effettuabile solo in corso di intervento chirurgico, laparoscopico o laparotomico. Il corredo sintomatologico più comunemente riportato dalle pazienti affette da endometriosi comprende dismenorrea, astenia, sintomi intestinali, dispareunia, nausea, vomito ed emicrania durante il periodo mestruale. Generalmente, si definisce il dolore pelvico "acuto" quando ha una durata non superiore a 2 o 3 mesi e "cronico" quando persiste per più di 6 mesi; riconosce la causa, in entrambi i casi, può risultare estremamente difficile, potendo esso derivare da un numero elevato di disturbi di diversa origine ovvero ginecologici, riproduttivi, gastrointestinali, urinari, muscolo-scheletrici. Solo il dolore delle strutture cutanee e della fascia, dei muscoli o derivante dal peritoneo parietale ha una precisa localizzazione poiché tali aree sono riccamente innervate da nervi sensitivi; il dolore viscerale derivante da organi interni (utero, intestino, etc.), al contrario, ha una scarsa localizzazione: è profondo, diffuso e si accompagna a risposte algiche di

riflessi autonomici, nausea, apprensione. La dismenorrea, causa più frequente di dolore pelvico, si distingue in primaria, (dolore acuto al basso ventre durante i primi tre giorni del ciclo mestruale causato dalle normali contrazioni uterine indotte dalle prostaglandine), e secondaria, dovuta a cause intrauterine o extra-uterine, quali endometriosi, PID (malattia infiammatoria pelvica), endometrite, gravidanza ectopica, cisti ovariche, fibromi uterini, tumore del collo dell'utero, prolasso genitale, patologie intestinali e del tratto urinario, aderenze, patologie muscolo-scheletriche.

Il dolore pelvico, in particolare cronico, presente nelle pazienti affette da en-

dometriosi, incide negativamente sulla qualità di vita della donna, intesa come concetto multidimensionale che spazia dallo stato di salute generale a salute mentale, funzioni cognitive, stato emozionale, benessere soggettivo, soddisfazione di vita e supporto sociale. La malattia endometriosica può causare dolore attraverso vari meccanismi: infiammazione peritoneale, infiltrazione dei nervi, il danno tessutale, il rilascio di mediatori chimici del dolore, la formazione di aderenze. Non essendoci dati univoci sui meccanismi etiopatogenetici dell'endometriosi e del dolore pelvico ad essa correlato risulta difficile stabilire una terapia medica e/o chirurgica in grado di risolvere la malattia. Le terapie seguite non sempre sono in grado di alleviare la sintomatologia, di ridurre l'estensione dei focolai della malattia e di favorire la fertilità.

Le nuove proposte terapeutiche

Le nuove proposte terapeutiche sottolineano l'importanza di seguire un regime alimentare finalizzato ad ottenere un effetto anti-infiammato-

rio, anti-estrogenico, analgesico. Gli approcci nutrizionali che sembrano possedere proprietà anti-infiammatorie, sono correlati alla produzione delle prostaglandine, sostanze ormono-simili derivate dagli acidi grassi essenziali, acido linoleico e linolenico. Le prostaglandine influenzano importanti eventi fisiologici: dalla coagulazione del sangue al mantenimento del bilancio elettrolitico; dalla protezione delle mucose gastriche all'azione sul meccanismo dell'infiammazione determinando l'ampiezza e la durata della reazione infiammatoria attraverso la regolazione dell'irrorazione sanguigna locale e il controllo della permeabilità vasale. Esse rivestono un ruolo importante nella patogenesi della dismenorrea, dell'emicrania, del dolore pelvico, dal momento che la maggior parte dei farmaci antidolorifici utilizzati nel trattamento di tali sintomi agisce inibendo l'azione delle prostaglandine.

I grassi omega 6 e omega 3

I principali effetti sul piano fisiologico sono prodotti da quelle della serie PGE 1 e PGE 2 che derivano dai grassi omega 6, il cui capostipite è l'acido linoleico, e da quelle della serie PGE 3 che provengono dai grassi omega 3, il cui capostipite è l'acido linolenico. Le PGE1 e Le PGE3 sono vasodilatatrici, regolano la coagulazione, riducono i livelli di LDL, aumentano i livelli HDL, svolgono azione antinfiammatoria. Le PGE2 hanno l'effetto opposto: causano ritenzione idrica, aggregazione piastrinica, infiammazio-



ne, aumento della pressione sanguigna. Esse vengono prodotte a partire dall'acido linoleico che si trasforma in acido gamma-linoleico (GLA) grazie all'attività enzimatica della delta-6-desaturasi e della elongasi.

L'acido gamma linoleico si trasforma a sua volta in acido diomogamma-linoleico (DGLA) grazie ad una elongasi e poi in acido arachidonico (AA) ad opera dell'enzima delta-5-desaturasi. L'acido diomogamma-linoleico si trasforma in PGE1 e l'acido arachidonico in PGE2. In modo analogo dall'acido linoleico, grazie all'elongasi e alla delta-6-desaturasi, si formano l'acido eicoisapentenoico (EPA) che a sua volta, tramite l'enzima delta-5-desaturasi, produce acido docosaesaenoico (DHA). L'acido eicosapentenoico è diretto precursore delle PGE3. Tale meccanismo è ben più articolato e autoregolato. La trasformazione da GLA a DGLA avviene grazie al delta-6-desaturasi.

L'acido linoleico e l'acido linolenico entrano in competizione per l'utilizzazione di questo enzima: l'acido linolenico inibisce la produzione di DGLA e quindi di PGE1; invece la trasformazione da DGLA a AA avviene grazie all'enzima delta-5-desaturasi. L'EPA utilizza quest'ultimo enzima per produrre DHA inibendo la produzione di AA e quindi la produzione di PGE2. L'acido arachidonico produce però anche la PGI2 che agisce in modo simile alla PGE1. L'azione dell'enzima delta-6-desaturasi dipende, a sua volta, dalla presenza di vari co-fattori tra cui vitamina B6, Biotina, Zinco e Magnesio. Anche altre condizioni sembrano incrementare la produzione della PGE2 o interferire con la produzione delle PGE1: diabete, un'alimentazione ricca di colesterolo, eccessivo consumo di

margarina, l'ingestione eccessiva di alcool, lo stress.

Nel controllo della sintomatologia endometriosa è quindi consigliata un'assunzione di acidi grassi omega 3 presenti nell'olio di pesce, olio di lino, olio di arachidi, olio di semi, olio di oliva, tonno, pesce azzurro, salmone. In sinergismo all'assunzione di alimenti che contengono una buona dotazione di EFA è utile l'associazione di cofattori vitaminici e di minerali che agiscono sull'attività enzimatica responsabile della loro trasformazione in GLA e prostaglandine.

Più frutta e verdura

Alcuni autori concordano nell'affermare che la regolazione della produzione di prostaglandine è sotto il controllo insulino, suggerendo alcuni accorgimenti dietetici come la diminuzione dei carboidrati ad alto contenuto glicemico (patate, riso, succhi di frutta, carote, pasta, pane, granturco, barbabietole) (Mathias, Barry Sears, Ph.D.). Al contrario si raccomandano i carboidrati a basso indice glicemico che includono alcuni frutti e vegetali verdi come spinaci

La dieta può avere alcune influenze sulla carcinogenesi e sullo sviluppo di condizioni ginecologiche benigne, come la fibrosi e le cisti ovariche nonché sull'endometriosi

e broccoli. L'alimentazione che si è dimostrata efficace nelle pazienti con endometriosi è essenzialmente vegetariana con l'esclusione dei prodotti di derivazione animale compresi i grassi presenti nei derivati del latte e ovviamente quelli presenti nella carne. (Levi et al., 1993; Chiaffarino et al., 1999; Bosetti et al., 2001).

Frutta e verdura contengono antiossidanti che svolgono importanti funzioni sul sistema immunitario riducendo il danno da radicali liberi che, come dimostrato da un lavoro dell'Emory University, è un problema nelle donne con endometriosi (Mary Lou Ballweg). A tal proposito si consiglia l'assunzione di alimenti ricchi in Vitamine E, A, C. La vitamina E possiede anche un effetto analgesico e antinfiammatorio; alti livelli plasmatici di Vitamina E sembrano essere correlati con una responsività del sistema immunitario (F. Sharar, D. Seifer). Attraverso la riduzione

ne dell'introito di grassi in genere, è possibile anche ottenere un controllo dei livelli di estrogeni. Nel tessuto adiposo, infatti, si ha l'aromatizzazione del testosterone in estradiolo e dell'androstenedione in estro-
ne, per cui la continua esposizione agli estrogeni potrebbe portare ad un ampliamento del picco di LH e presumibilmente della frequenza delle pulsazioni del Gn-RH con aumento della secrezione dell'LH, riduzione dell'FSH e conseguente aumento degli androgeni.

Le vitamine del gruppo B

Le vitamine del gruppo B sembrano rivestire un ruolo nel controllo dei livelli di estrogeni promuovendo il loro sequestro da parte del fegato. La vitamina B1, B2 e B3, insieme all'intero complesso B, sono efficaci per chi ha altri disturbi associati ad alti livelli di estrogeni, come la mastopatia fibrocistica, la sindrome premestruale e la dismenorrea; la vitamina B6 rilassa l'utero.

Biskind ha dimostrato l'importanza del ruolo del piridossalfosfato nel metabolismo epatico degli estrogeni nonché la sua correlazione con ridotti livelli di magnesio. La piridossina infatti necessita di una reazione di fosforilazione magnesio-dipendente per essere attiva. Il magnesio potrebbe dunque intaccare il metabolismo degli

estrogeni attraverso la diminuzione dell'attività biologica della vitamina B. Oltre gli effetti sull'attivazione delle vitamine B, il magnesio influenza la reazione di glucorinilazione degli estrogeni a livello epatico aumentando l'attività dell'enzima glucorinil-transferasi. Esso allevia anche la sintomatologia dolorosa agendo come rilassante muscolare. Un altro fattore nutrizionale coinvolto nella clearance degli estrogeni è rappresentato dai cibi vegetali ricchi in fibre: gli estrogeni riversati nel tubo digerente vengono legati dalle fibre alimentari e quindi escreti. Di contro i grassi animali stimolano la crescita della flora batterica intestinale capace di idrolizzare gli estrogeni coniugati in estrogeni liberi, che rappresentano la forma biologicamente attiva e che venendo riassorbiti, contribuiscono all'iperestrogenemia. Numerosi studi hanno dimostrato che i livelli di estrogeni sono più bassi in donne vegetariane versus donne onnivore. Tutti i cibi ricchi di vitamine B sono da preferirsi, mentre bisognerebbe evitare le condizio-

Per saperne di più

- Arumugam K, Templeton AA. Endometriosis and race. Aust. N.Z. J. Obstet. Gynaecol 1990; 32:164-165
- Ballweg ML and the Endometriosis Association (2004b) Research Reveals Disease is Starting Younger; Diagnosis is Delayed. In: Endometriosis: The Complete Reference for Taking Charge of Your Health. McGraw-Hill/Contemporary Books, New York
- Bosetti C, Altieri A and La Vecchia C. Diet and environmental carcinogenesis in breast/gynaecological cancers. Cur Opin Obstet Gynecol 2002
- Chiaffarino F, Parazzini F, La Vecchia C, Chatenoud L, Di Cintio E and Marsico S. Diet and uterine myomas. Obstet Gynecol 1999;94:395-398
- Fentiman IS, Caleffi M, Wang DY, Hampson SJ, Hoare SA, Clark GM, Moore JW, Bruning P and Bonfrer JM. The binding of blood-borne estrogens in normal vegetarian and omnivorous women and the risk of breast cancer. Nutr Cancer 1988;11:101-106
- Grodstein F, Goldman MB and Cramer DW. Infertility in women and moderate alcohol use. Am J Publ Health 1994; 84:1429-1434
- Ingram DM, Bennett FC, Willcox D and de Klerk N (1987) Effect of low-fat diet on female sex hormone levels. J Natl Cancer Inst 79, 1225-1229
- Levi F, Franceschi S, Negri E and La Vecchia C. Dietary factors and the risk of

endometrial cancer. Cancer 1993;71:3575-3581

- Mary Lou Ballweg Selected food intake and risk of endometriosis Human reproduction vol. 20 n°1. European Society of Human Reproduction and Embryology 2005
- Miyazawa K. Incidence of endometriosis among Japanese women. Obstet Gynecol 1976 48, 407-409
- Missmer SA and Cramer DW. The epidemiology of endometriosis. Obstet Gynecol Clin N Am 2003;30:1-19
- Neal D, Barnard, MD, Anthony r. Scialli, MD, Donna Hurlock, MD and Patricia Bertron, RD. Diet and sex-hormone binding globulin, dysmenorrhea, and premenstrual symptoms. Obstetrics & Gynecology 2000;95:245-250
- Sangi-Haghpeykar H, Poindexter AN. Epidemiology of endometriosis among parous women. Obstet. Gynecol 1995; 85:983-992
- Sharara F, Seifer D, Flaws J. Environmental toxicants and female Reproduction. Fertility and Sterility 1998; 70
- Yuri Takemura, Yutaka Osuga, Osamu Yoshino, Akiko Hasegawa, Tetsuya Hirata, Yasushi Hirota, Emi Nose, Chieko Morimoto, Miyuki Harada, Kaori Koga, Toshiki Tajima, Tetsu Yano and Yuji Taketani, Metformin Suppresses Interleukin (IL)-1β-Induced IL-8 Production, Aromatase Activation, and Proliferation of Endometriotic Stromal Cells The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism Vol. 92, No. 8

ni che causano deplezione della stessa. Le fonti più sane di vit. B sono i cereali integrali, i fagioli, le noci, i piselli, le lenticchie, il pollo, il pesce, il salmone, la birra e anche la carne, che però aumenta la produzione di PGE2 e che inoltre può contenere alti livelli di diossina (Mary Lou Ballweg).

Discordanti sono i risultati dei vari studi sulla possibile correlazione tra l'endometriosi e l'introito di alcol (Grodstein et al., 1994; Missmer and Cramer, 2003). Alcuni Autori hanno concluso che le donne con endometriosi hanno maggiore abitudine al consumo di alcol rispetto a quelle non affette da tale patologia.

La fitoterapia

Risultano a tutt'oggi poco chiari gli effetti indotti dall'esposizione ai fitoestrogeni che hanno la capacità sia di stimolare che di inibire la crescita delle lesioni endometriose. I fitoestrogeni e gli isoflavoni hanno la possibilità di alterare gli enzimi come l'aromatasi e la alfa-5 reduttasi. Numerosi studi hanno dimostrato che l'aromatasi è responsabile della produzione locale di estrogeni (Arumugam, K., and Templeton,). A dispetto di numerosi vantaggi per la salute di una dieta ricca di soia, in un numero limitato di studi epidemiologici si è dimostrato che le donne asiatiche hanno un maggior rischio di incidenza di endometriosi rispetto ad altri gruppi etnici riconducibile al loro maggiore consumo di soia (Arumugam and Templeton, 1990; Miyazawa, 1976; Sangi-Haghpeykar and Poindexter, 1995). Sia la fitoterapia orientale che quella occidentale inquadra l'endometriosi non soltanto come un problema di stasi, ma anche come un problema di regolazio-

ne/disregolazione funzionale dell'apparato genitale e ormonale femminile. Quando vi sono altri segni di congestione, come dismenorrea, menorragia, gonfiore addominale mestruale, costipazione/diarrea, sindrome premestruale i rimedi tradizionali più utilizzati sono gli anticoncezionali, gli stimolanti circolatori con affinità per la zona pelvica e per gli organi genitali. Le piante più prescritte sono quelle contenenti fitoestrogeni o che agiscono in maniera più o meno anfotera sull'embrione ormonale. Di sicuro la pianta che più di ogni altra trova un utilizzo è Vitex agnus-castus, spesso associata all'olio di Enothera biennis per le anomalie nel metabolismo delle prostaglandine. Centrale rimane come quasi sempre l'azione sul fegato, in questo caso per la sua azione metabolizzante sugli estrogeni. Tra le piante citiamo la Vitex agnus castus, che è importante per la sua azione stimolante sulla produzione di LH e di progesterone attraverso la pituitaria; la Glycyrrhiza glabra che agisce come lieve equilibratore ormonale, tonico, antinfiammatorio; la Angelica sinensis, equilibratore ormonale, tonico femminile; la Trifolium pratense, molto utile in caso di flussi eccessivi, e la Cimicifuga racemosache ha azione antinfiammatoria e decongestionante.

*Dirigente Medico I livello - Ospedale Buon Consiglio-Fatebenefratelli di Napoli

**Seconda Università degli Studi di Napoli, Ospedale Buon Consiglio - Fatebenefratelli di Napoli °Ospedale Buon Consiglio - Fatebenefratelli di Napoli

°°Dirigente U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Buon Consiglio-Fatebenefratelli di Napoli



Hpv: una comunicazione difficile

■ **Comunicare sull'Hpv è difficile perché sono coinvolti due temi molto delicati: le malattie sessualmente trasmesse e il rischio di cancro. L'impiego sempre più esteso del test per la ricerca del papilloma virus e la recente commercializzazione del vaccino hanno creato una vera e propria emergenza informativa per le utenti e gli operatori. L'Osservatorio Nazionale Screening, colmando una lacuna, ha raccolto questa sfida e ha elaborato tre documenti informativi, con l'obiettivo di fornire informazioni chiare, di qualità e regolarmente aggiornate**

di Anna Iossa* e Carla Cogo**

Il papillomavirus umano (Hpv) è estremamente diffuso ed è responsabile di una delle più frequenti malattie a trasmissione sessuale. Si stima che l'80% delle donne abbia contratto il virus una volta raggiunti i 50 anni, il che porta a considerare l'infezione da Hpv "la norma piuttosto che l'eccezione" (1). L'Hpv è presente virtualmente in tutti i casi di carcinoma della cervice uterina. Esistono almeno 40 tipi di HPV che interessano l'apparato genitale, ma solo 15 sono considerati ad alto rischio per cancro. In particolare, i sottotipi 16 e 18 sono responsabili di circa il 70% dei carcinomi invasivi della cervice uterina.

Il test per la ricerca dell'Hpv è sempre più diffuso. Fino a qualche tempo fa il test era raccomandato solo nel contesto del triage delle lesioni citologiche borderline (L-SIL dopo i 35 anni e ASC-US) e nel follow-up delle donne trattate per CIN (2). A breve usciranno le indicazioni ministeriali che ne prevedono l'uso come test primario nel-

l'ambito di progetti pilota di screening in forma controllata ed in aree circoscritte. Spesso però il test viene usato in modo inappropriato. Questo fatto, insieme alla recente commercializzazione del vaccino anti-Hpv, ha creato una vera e propria emergenza informativa per le utenti e gli operatori. Comunicare sull'Hpv è difficile perché sono coinvolti due temi molto delicati, quello delle malattie sessualmente trasmesse e quello del rischio di cancro. Studi recenti hanno evidenziato che il test Hpv comunque utilizzato tende ad in-

durire un preciso carico d'ansia che si aggiunge a quello legato alla diagnosi di pap test anormale (3,4). Gli stessi studi sottolineano che l'HPV rappresenta una sfida comunicativa (5). Se questo è vero nella comunicazione interpersonale, è ancora più vero nella informazione scritta, aspetto che approfondiamo in questo articolo. Le domande sull'Hpv non sempre sono di facile risposta. E fino a qualche tempo fa, a parte poche eccezioni (6,7), non era facile trovare un'informazione di qualità e in lingua italiana.

Le 100 domande sull'Hpv

Nel 2007 un gruppo di lavoro dell'Osservatorio Nazionale



Screening (Ons) (8) ha prodotto una serie di materiali informativi sull'Hpv. L'obiettivo del gruppo era sviluppare un'informazione di qualità (9): cioè chiara, accessibile, aggiornata, basata sull'evidenza, trasparente sui propri limiti, capace di indicare ulteriori fonti di informazione e verificata con i destinatari.

Sono stati prodotti tre documenti di domande e risposte sul papillomavirus umano. Due sono rivolti sia agli utenti sia agli operatori, uno con informazioni di base sull'Hpv (10), un altro con informazioni più estese (11). Il terzo documento contiene informazioni specifiche per gli operatori (12).

Il documento più breve (10) uti-

lizza i risultati di una revisione del 2006 dei materiali informativi del triage per l'Hpv dello screening citologico di Firenze (13). L'indagine era stata condotta mediante gruppi focus con utenti, una tecnica di ricerca qualitativa (14) che esamina nel corso di una discussione guidata da un moderatore il maggior numero di aspetti, positivi e negativi, associati ad un argomento. I materiali, testati con le utenti attraverso sei gruppi focus, erano risultati scarsamente comprensibili e capaci di provocare ansia e disagio. La difficoltà di comprensione era legata al lessico utilizzato, alla lunghezza del testo, al numero dei temi trattati, alla loro sequenza logica. L'ansia era provocata dalla difficoltà di capire i punti chiave dell'informazione fornita e di comprendere il reale rischio di tumore e le modalità del contagio. Le nuove informazioni prodotte sono risultate comprensibili per le utenti in quanto: brevi, concentrate sugli aspetti essenziali della sequenza infezione-cancro, fornite assieme all'invito ad eseguire il test Hpv ed esplicative di come ottenere ulteriori informazioni più approfondite. Le osservazioni delle donne hanno quindi confermato quanto sottolineato dalla letteratura, e cioè che un'informazione di qualità deve essere: mirata alle esigenze dei diversi momenti informativi, capace di indicare ulteriori fonti di informazione e complementare, ma mai sostitutiva al rapporto personale con l'operatore. Sulla base di quanto emerso dalla prima fase del lavoro, un gruppo di operatori, con esperienza diretta del contatto con le utenti degli screening, ha completato la lista delle domande supplementari e ha formulato altre informazioni sull'Hpv (11). Il gruppo ha anche svilup-

pato un documento informativo specifico per gli operatori, più approfondito rispetto ai due per le utenti (12). Entrambi i documenti sono stati testati con coloro cui erano destinati, cioè utenti e operatori.

Il gruppo di lavoro: scelte e obiettivi

Il gruppo di lavoro sulle 100 domande Hpv è formato da 12 operatori con diversi profili professionali: infermieri, ostetriche, biologi, ginecologi, patologi, oncologi, epidemiologi, medici di sanità pubblica, la maggior parte membri del GISCI (2). I documenti sono reperibili sul sito dell'Ons (8) e vengono aggiornati regolarmente.

Il lavoro ha presentato diverse difficoltà legate soprattutto al tentativo di coniugare la correttezza dei contenuti con la loro rilevanza per i destinatari e la loro comprensibilità da parte di questi. È un approccio che ha posto continuamente il proble-

Per saperne di più

1. Rachael L. Fleurence, PhD; Julia M. Dixon, BS; Tsveta F. Milanova, MSc; Kathleen M. Beusterien, MPH Review of the economic and quality-of-life burden of cervical human papillomavirus disease 206-212 AJOG March 2007
2. GISCI - Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma www.gisci.it
3. Maissi E et al. Psychological impact of human papilloma virus testing in women with borderline or mildly dyskaryotic cervical smear test results: cross sectional questionnaire study. *BMJ* 2004;328:1293,
4. Anhang R et al. HPV communication: review of existing research and recommendations for patient education. *CA Cancer J Clin* 2004;54(5):248-59
5. Goldsmith MR, Bankhead CR, Kehoe ST, Marsh G, Austoker J. Information and cervical screening: a qualitative study of women's awareness, understanding and information needs about HPV. *J Med Screen* 2007; 14: 29-33
6. Saperidoc http://www.saperidoc.it/ques_450.html
7. ECCA, European Cervical Cancer Association. Papilloma virus umano (HPV) e cancro della cervice uterina <http://www.ecca.info/webECCA/en/>
8. ONS - Osservatorio Nazionale Screening. www.osservatorionazionale screening.it
9. Qualità dei materiali informativi. In: Comunicazione- Bibliografia ragionata. Osservatorio Nazionale Screening. www.osservatorionazionale screening.it
10. Alcune informazioni sull'esame per il papilloma virus Osservatorio Nazionale Screening. www.osservatorionazionale screening.it
11. Altre informazioni sul papilloma virus (HPV) Osservatorio Nazionale Screening. www.osservatorionazionale screening.it
12. Papilloma virus umano (Hpv): informazioni per gli operatori. Osservatorio Nazionale Screening. www.osservatorionazionale screening.it
13. Cogo C, Iossa A. Triage di ASCUS con Hpv: revisione del materiale informativo mediante gruppi focus con utenti. In: CSPO Istituto Scientifico Prevenzione Oncologica. I programmi di screening della regione Toscana. Settimo rapporto annuale. Pag 107- 121. Firenze, dicembre 2006 www.ispo.toscana.it
14. Ricerca qualitativa In: Comunicazione- Bibliografia ragionata. Osservatorio Nazionale Screening. www.osservatorionazionale screening.it

ma di scegliere: scelte lessicali, scelte tematiche (quali argomenti mantenere e quali togliere e in quali documenti), scelte riguardanti la struttura logico-organizzativa dei testi. E ovviamente si sono dovute condividere queste scelte con tutti i membri del gruppo e con i revisori esterni. Non è stato facile, in quanto noi operatori della sanità tendiamo a privilegiare la correttezza di quanto affermiamo rispetto alla sua comprensibilità da parte dei destinatari. Le 100 domande possono essere utilizzate nel contesto del triage (alcune informazioni), nel contesto del secondo livello e del trattamento delle donne con CIN (altre informazioni) e nei progetti pilota con test Hpv come test primario. Possono essere utilizzate inoltre da tutti quegli operatori della sanità che, anche fuori dal contesto degli screening organizzati, tutti i giorni si trovano a dover rispondere a quesiti relativi all'Hpv.

*ISPO-Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Firenze

**Istituto Oncologico Veneto - IRCCS, Padova



WWW.OSSERVATORIONAZIONALESCREENING.IT

Tre documenti di domande e risposte sul papilloma virus umano (Hpv): due sono rivolti sia alle utenti sia agli operatori dei programmi di screening per il carcinoma cervicale, dei consultori e degli ambulatori vaccinali. Uno è rivolto ai soli operatori. I documenti, reperibili sul sito dell'Ons, vengono aggiornati regolarmente

Fatti & Disfatti

di Carlo Maria Stigliano



UNO SU MILLE CE LA FA

Un recente articolo del prof. Giuseppe Remuzzi sul *Corriere della Sera* mi ha colpito e preoccupato al tempo stesso. Ad iniziare dal titolo apparentemente beneaugurante: "L'intelligenza allunga la vita". Nel testo si riferisce di uno studio svolto da epidemiologi svedesi su oltre un milione di giovani all'epoca del servizio militare, secondo cui coloro che erano risultati i migliori ai comuni test per l'intelligenza vivevano più a lungo e si ammalavano di meno. Orbene, la notizia in sé potrebbe anche apparire del tutto innocua e rappresentare soltanto la constatazione che gli scienziati ormai studiano tutto e i ricercatori sono alla disperata ricerca dell'incredibile. Il problema che

invece sorge e allarma scaturisce innanzitutto da due domande, diciamo così terra terra: i cretini, categoria umana sempre abbastanza rappresentata su questa terra e sembra particolarmente nel nostro Paese, sono destinati a scomparire precocemente? E i poco intelligenti potranno essere scartati dai posti di responsabilità perché malaticci e poco longevi? Non dimentichiamo che in Italia per fare chissà il primario ospedaliero o il cattedratico universitario occorre essere in buona salute e avere qualche prospettiva di vita, considerata l'età non proprio giovanile in cui solitamente si riesce ad acquisire quel ruolo nel nostro sistema: ebbene, se a vent'anni uno

sottoposto al test per l'intelligenza viene ritenuto poco dotato potrà essere scartato 'a priori' nell'ambito di particolari carriere? E alla sua mamma chi lo dirà? E, considerato il tasso di familismo imperante in alcune importanti istituzioni nazionali, il test per il quoziente di intelligenza potrebbe rappresentare la soluzione per ridurre drasticamente questa dannosa e iniqua consuetudine? Ma veniamo al quid: perché l'articolo di Remuzzi dovrebbe interessare noi ginecologi? Perché ormai la nostra categoria viene comunque coinvolta, qualunque sia il problema. La responsabilità è sempre, almeno un poco, di chi ha gestito la gravidanza e il parto della persona che, magari trent'anni dopo, ha un qualche problema.



E infatti così scrive Remuzzi a commento della ricerca svedese su intelligenza e longevità: "Per capirne di più sarebbe importante conoscere il peso alla nascita. Se un neonato pesa meno del normale è perché ha sofferto in utero. Lo sviluppo degli organi, compreso il cervello, è compromesso, e questo predispone a tante malattie e influisce negativamente sui livelli di

intelligenza".
Eccoci dunque: la colpa è sempre dell'ostetrico ginecologo! Ora, con tutti i cretini che girano per l'Italia, vuoi vedere che in tempi di *class action* questi ci impiantano un'azione collettiva di rivalsa che troverà sicuramente illustri giureconsulti disposti ad argomentare che la gravidanza è stata mal condotta e il parto ha fatto soffrire il bambino e per questo, solo per questo, da adulto non ha sviluppato tutta la sua intelligenza e per di più morirà prima?
Se questa notizia si diffondesse, i tribunali sarebbero sommersi da istanze contro i ginecologi! Il grande Ettore Petrolini era solito ripetere: "A me m'ha rovinato a guera...!".
E noi ginecologi quale peccato abbiamo commesso per essere sempre chiamati a rispondere di tutto e da tutti?

ELEVIT – RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

ELEVIT compresse rivestite con film

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

Una compressa rivestita con film contiene:

Vitamina A (Retinolo) ¹⁾	3600 U.I.
– sotto forma di <i>Vitamina A sintetica concentrato polvere, Vitamina A palmitato secco 500</i>	
Vitamina B₁ (Tiamina nitrato)	1,55 mg
– corrispondenti a 1,6 mg di <i>Tiamina cloridrato</i>	
Vitamina B₂ (Riboflavina)	1,8 mg
Vitamina B₆ (Piridossina cloridrato)	2,6 mg
– sotto forma di <i>Roccat piridossina cloridrato 33 e 1/3%</i>	
Vitamina B₁₂ (Cianocobalamina)	4,0 µg
– sotto forma di <i>polvere allo 0,1% idrosolubile: Vitamina B₁₂ 0,1% idrosolubile</i>	
Vitamina C (Acido ascorbico)	100,0 mg
– sotto forma di <i>Calcio ascorbato diidrato</i>	
Vitamina D₃ (Colecalciferolo)	500 U.I. ²⁾
– sotto forma di <i>Colecalciferolo concentrato (in polvere dispersibile in acqua)</i>	
Vitamina E (DL-α-tocoferolo acetato)	15 U.I. ³⁾
– sotto forma di <i>DL-α-tocoferolo acetato concentrato (in polvere): Vitamina E 50% di tipo SD secco</i>	
Calcio pantotenato	10,0 mg
Biotina	0,2 mg
Nicotinamide	19,0 mg
Acido folico	0,8 mg
Calcio	125,0 mg
– sotto forma di <i>133,00 mg di calcio ascorbato diidrato</i>	
– sotto forma di <i>10,50 mg di calcio pantotenato</i>	
– sotto forma di <i>378,99 mg di calcio fosfato dibasico anidro</i>	
Ferro	60,0 mg
– sotto forma di <i>183,00 mg di ferroso fumarato</i>	
Magnesio	100,0 mg
– sotto forma di <i>114,42 mg di magnesio ossido leggero</i>	
– sotto forma di <i>217,95 mg di magnesio idrogeno fosfato triidrato</i>	
– sotto forma di <i>15,00 mg di magnesio stearato</i>	
Manganese	1,0 mg
– sotto forma di <i>2,52 mg di manganese solfato monoidrato</i>	
– determinato da <i>183,00 mg di ferroso fumarato</i>	
Rame	1,0 mg
– sotto forma di <i>2,51 mg di rame solfato anidro</i>	
Fosforo	125,0 mg
– sotto forma di <i>378,99 mg di calcio fosfato dibasico anidro</i>	
– sotto forma di <i>217,95 mg di magnesio idrogeno fosfato triidrato</i>	
Zinco	7,5 mg
– sotto forma di <i>20,60 mg di zinco solfato monoidrato</i>	
¹⁾ corrispondenti a 1080,0 µg di retinolo	
²⁾ corrispondenti a 12,5 µg di colecalciferolo	
³⁾ corrispondenti a 15,0 mg di DL-α-tocoferolo acetato	

Per gli eccipienti, vedere il paragrafo 6.1.

3. FORMA FARMACEUTICA

Compressa rivestita con film. Compresse gialle, biconvesse, oblunghe rivestite con film, con linea di incisione.

4. PARTICOLARI CLINICI

4.1 Indicazioni terapeutiche. Prevenzione o correzione dei disturbi dovuti a squilibrio o carenza di vitamine o minerali o carenze dietetiche durante la gravidanza e l'allattamento. **4.2 Posologia e modo di somministrazione. Una compressa al giorno** da assumere intera con un bicchiere d'acqua (0,25 l), preferibilmente durante i pasti. In caso di nausea mattutina, si raccomanda di assumere la compressa a mezzogiorno o alla sera. **La durata del trattamento raccomandata è di un mese prima del concepimento (o quando si programma una gravidanza), per tutto il corso della gravidanza e dell'allattamento.** **4.3 Controindicazioni.** Ipersensibilità ai principi attivi o ad uno qualsiasi degli eccipienti. Ipervitaminosi A o D. Compromissione della funzione renale. Accumulo di ferro. Ipercalcemia. Ipercalciuria. **4.4 Avvertenze speciali e precauzioni di impiego.** Non superare le dosi consigliate. Non assumere Elevit insieme ad altri medicinali contenenti Vitamina A e/o Vitamina D, al fine di evitare il sovradosaggio di queste vitamine. Alte dosi di vitamina A e D per lunghi periodi di tempo possono causare ipervitaminosi. Alte dosi di ferro possono essere dannose. L'acido folico, la Vitamina B₁₂ ed il ferro possono mascherare alcune forme di anemia. Questo medicinale non contiene iodio. Dovrebbe essere fornita un'adeguata integrazione di iodio. Questo medicinale contiene lattosio e mannitolo come eccipienti. I pazienti con rari problemi ereditari di intolleranza al galattosio, deficienza della lattasi di Lapp o malassorbimento di glucosio-galattosio non devono assumere questo medicinale. Il mannitolo può avere un lieve effetto lassativo. **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione.** La somministrazione concomitante di antiacidi e preparati a base di ferro per via orale può ridurre l'assorbimento del ferro. Si consiglia di interporre un intervallo di tre ore tra la somministrazione di antiacidi e di preparati a base di ferro per via orale. La somministrazione orale di preparati a base di ferro inibisce l'assorbimento delle tetracicline da parte dell'apparato gastrointestinale e viceversa, determinando una diminuzione delle concentrazioni sieriche sia dell'antibiotico che del ferro. Qualora si renda necessaria la somministrazione concomitante di entrambi i medicinali, i pazienti devono assumere la tetraciclina 2 ore dopo o 2 ore prima della somministrazione di ferro per via orale. Sono state osservate interazioni con i seguenti medicinali: levodopa, bifosfonati, fluorochinoloni, penicillamina, tiroxina, digitale e diuretici tiazidici. **4.6 Gravidanza e allattamento.** Elevit è indicato durante la gravidanza e l'allattamento, tuttavia si raccomanda di non superare il dosaggio consigliato (vedere il paragrafo 4.4). Dosi di vitamina A superiori a 10000 IU/die sono risultati essere teratogeni se somministrati durante il primo trimestre di gravidanza. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari.** Non sono stati descritti effetti sulla capacità di guidare e usare macchinari. **4.8 Effetti indesiderati.** Elevit è ben tollerato. In casi rari possono verificarsi disturbi gastrointestinali (ad esempio, stitichezza, diarrea e nausea) che in genere non richiedono la sospensione del trattamento. In casi molto rari sono state segnalate reazioni di ipersensibilità tra cui esantema, asma, angioedema ed orticaria. Elevit contiene ferro che può conferire colore nero alle feci, ma questo fenomeno non ha alcuna rilevanza clinica. **4.9 Sovradosaggio. Non sussiste rischio di sovradosaggio alle dosi nutritive di vitamine e minerali contenuti in Elevit** (vedere anche paragrafo 4.4). Un'assunzione eccessiva di Vitamina A può causare affaticamento, irritabilità, anoressia, disturbi gastrointestinali, alterazioni della pelle e capelli (es. eritema e prurito). Il sovradosaggio di vitamina D porta ad ipercalcemia, che mostra i seguenti sintomi: nausea, vomito, sete, polidipsia, poliuria e stitichezza. Alte dosi di ferro causano irritazioni gastrointestinali e dolore addominale con nausea e vomito. Altri effetti gastrointestinali possono comportare stitichezza e diarrea. In caso di sintomi da sovradosaggio l'uso del medicinale deve essere interrotto.

5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE

5.1 Proprietà farmacodinamiche. Categoria farmacoterapeutica: multivitaminico e minerali/oligoelementi. Codice ATC: A 11A A03. Elevit è un preparato **multivitaminico/polimineralo**

che contiene **12 vitamine** in associazione con **3 minerali** e **4 oligoelementi**, appositamente studiato per garantire un **adeguato apporto di micronutrienti sia al feto che alla futura madre. Le vitamine sono nutrienti essenziali**, indispensabili per il normale **sviluppo e la crescita del feto e del neonato**, per il metabolismo e la formazione di carboidrati, energia, lipidi, acidi nucleici e proteine, nonché per la sintesi di aminoacidi, collagene e neurotrasmettitori. I preparati multivitaminici/poliminerali sono indicati per la **prevenzione e la correzione delle carenze nutrizionali di micronutrienti**. La gravidanza e l'allattamento sono periodi in cui si verifica un aumento del fabbisogno di micronutrienti e, di conseguenza, un maggior rischio di carenza di micronutrienti **sia per la madre che per il bambino. Durante la gravidanza**, in particolare, **la carenza di micronutrienti comporta un rischio ancora più serio per la salute**, poiché **può compromettere anche il normale sviluppo del feto. L'integrazione con l'acido folico o con un multivitaminico contenente acido folico è raccomandata per prevenire malformazioni congenite incluso i difetti del tubo neurale.** **5.2 Proprietà farmacocinetiche.** I principi attivi contenuti in Elevit, vitamine, minerali ed oligoelementi, sono micronutrienti essenziali largamente distribuiti nel corpo umano. I livelli di micronutrienti presenti nel plasma e nei tessuti sono regolati omeostaticamente ed influenzati da vari fattori come fluttuazioni diurne, stato nutrizionale, crescita, gravidanza e allattamento. Non sono disponibili dati farmacocinetici sui principi attivi di Elevit. **5.3 Dati preclinici di sicurezza.** I principi attivi di Elevit, vitamine, minerali ed oligoelementi sono nutrienti essenziali considerati sicuri se somministrati alle dosi raccomandate. Non sono stati condotti studi di teratogenicità con Elevit negli animali.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

6.1 Elenco degli eccipienti. Nucleo della compressa: Lattosio monoidrato, Mannitolo, Dispersione acquosa di etilcellulosa (etilcellulosa, sodio laurilsolfato, alcool cetilico), Macrogol 6000, Macrogol 400, Glicerolo distearato, Gelatina, Cellulosa microcristallina, Etilcellulosa, Amido di sodio glicolato, Magnesio stearato, Povidone K90, Povidone K30. **Rivestimento della compressa:** Ipmellosa, Dispersione acquosa di etilcellulosa (etilcellulosa, sodio laurilsolfato, alcool cetilico), Macrogol 6000, Talco, Titanio diossido (E171), Ossido di ferro giallo (E172). **Componenti dei premix vitaminici:** • Vitamina A palmitato secco 500: Vitamina A palmitato, butilidrossitoluene, gelatina, saccarosio, amido di mais. • Roccat piridossina cloridrato 33 e 1/3%: Piridossina cloridrato, mono- e digliceridi di acidi grassi edibili. • Vitamina B₁₂ 0,1% idrosolubile: Cianocobalamina, citrato trisodico, acido citrico anidro, maltodestrina. • Vitamina D₃ polvere 100 CWS: Colecalciferolo, DL-α-tocoferolo, olio di semi di soia parzialmente idrogenato, gelatina idrolizzata, saccarosio, amido di mais. • Vitamina E 50% di tipo SD secco: DL-α-tocoferolo acetato, gelatina idrolizzata, silicio diossido. **6.2 Incompatibilità.** Non pertinente. **6.3 Periodo di validità.** 2 anni. **6.4 Precauzioni particolari per la conservazione.** Non conservare a temperatura superiore ai 25 °C. Conservare al riparo dall'umidità. **6.5 Natura e contenuto del contenitore.** Blister di PVC/PE/PVDC/Alluminio da 30 e 100 compresse. È possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate. **6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento e la manipolazione.** Nessuna istruzione particolare.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

Bayer S.p.A. – Viale Certosa, 130 – Milano

8. NUMERO(I) DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

30 compresse rivestite con film AIC 037072016/M

100 compresse rivestite con film AIC 037072028/M

9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE

9/11/2006

10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO

Ottobre 2006

Libri



Fondamenti di Storia della Ostetricia e Ginecologia

Romano Forleo s'interessa di storia dell'ostetricia e della ginecologia da oltre vent'anni. Certamente si sarà molto appassionato a scrivere con sua figlia Patrizia questo "Fondamenti di Storia della Ostetricia e Ginecologia", così come si appassiona il lettore leggendolo. Passione che scaturisce oltre che dalle storie narrate, basate sull'analisi diretta dei testi (ampiamente riportati nel libro) dei ginecologi che hanno fatto la storia della specializzazione, anche dalla capacità degli autori di saper trasmettere la loro pluriennale passione verso l'impegno professionale. Impegno visto attraverso l'esperienza di due generazioni di ginecologi (quella del padre e quella della figlia), che non hanno mai discinto la ricerca nel settore delle "medical

Romano e Patrizia Forleo
Fondamenti di Storia della Ostetricia e Ginecologia
Pagine 300
(con numerose illustrazioni)
Euro 45

Verduci Editore, 2008
Via Gregorio VII,
186 - 00165 Roma
Tel. 06.393.752.24
Fax 06.63.85.672
info@verduci.it

Il volume può essere acquistato sul sito www.verduci.it al prezzo scontato di 40 euro

humanities" dalla clinica e dalla pedagogia basata sul narrarsi e sul narrare.

Romano e Patrizia Forleo non si limitano a raccontare, ricostruire i fatti, ma li utilizzano per rivedere in maniera critica l'attuale situazione della nostra specialità. Ci prendono per mano per esplorare il nostro passato con lo scopo di offrirvi uno strumento di lavoro che sia sintesi e soprattutto insegnamento per il presente. "La vastità della nostra specialità - affermano gli autori - è tale che nessuno di noi può dichiararsi 'tuttologo'. Capace cioè di abbracciare tutta la cosiddetta 'medicina di genere' riguardante la donna. Le superspecialità, quelle dichiarate tali dalla Figo (perinatologia, fisiopatologia della riproduzione, oncologia ginecologica e uroginocologia), frutto del tecnicismo anglosassone

conseguente al positivismo post-illuminista dell'Ottocento, stanno entrando in crisi, perché rischiano di far perdere l'obiettivo della specialità in quanto tale, che è quello di curare e prendersi cura della persona femminile". La scommessa di questo volume è appunto questa: riconsiderare questo obiettivo della specialità alla luce non solo del lontano passato, ma anche di quello più recente. Negli ultimi 20-30 anni è stato necessario appoggiarsi a competenze esterne alla stessa medicina per ridare alla ginecologia un approccio culturale più appropriato, capace di far riacquistare alla specialità quel ruolo di arte medica (la più antica e la più bella) che il tecnicismo moderno aveva fatto perdere. Così, ad esempio, le "Medical

Humanities", tradotte da noi come "scienze umane" (come se la medicina non fosse umana!), sono spesso gestite da laureati e docenti in discipline non mediche. La stessa Bioetica si avvale più dell'opera di giuristi e filosofi, pur trattando temi per noi di quotidiano interesse, in passato etichettati come "etica medica". Così come viene spesso dall'esterno il concetto di "umanizzazione della nascita", addirittura contrapposta negli anni '80 alla "eccessiva medicalizzazione" degli eventi umani.

Ippocrate diceva che "la vita è breve, l'arte medica è vasta, ...il giudizio è difficile", ciò non vuol dire che sia lecito limitarsi ad aggiornarsi tecnicamente e non cercare di "capire di più" la nostra specialità, con lo scopo di osservare meglio la donna. Ed è proprio nella esplorazione di idee e prassi di chi nei millenni ha esercitato la nostra "arte" che bisogna immergersi per capire meglio l'oggi e il domani. La capacità divulgativa degli autori è notevole, per cui questo libro si legge con gusto. E pur basandosi su fatti storici, appare indispensabile lettura per chi vuole superare la ginecologia di organo e apparato, spesso soffocata da un tecnicismo privo di anima, per farsi trascinare verso la medicina della persona, nella sua interezza. È un'avventura da fare. (C.S.)



poliambulatorio
diagnostico
specialistico

Nasce una nuova realtà nel cuore di Milano: il centro medico Santa Sofia - Somed.

Il centro Somed affitta a professionisti studi prestigiosi ed attrezzati con apparecchiature di ultima generazione:

- Ecografi Philips HD11-XE completi di tutte le sonde, con pacchetto di gestione immagini tridimensionale e quadridimensionale
- Software di refertazione direttamente collegato all'ecografo
- Isteroscopia con luce xenon 180 e camere 3ccd
- Colposcopio

IL CANONE DI AFFITTO INCLUDE:

Accesso pianificato dalle 09.30 alle 19.30

Gestione della Agenda e degli Appuntamenti

Servizio di Receptionist e Fatturazione

Sala attesa riservata e confortevole

Materiale di consumo (gel, guanti, carta, speculum, kit per pap-test ...)

Accesso a Internet / Indirizzo email / Telefono e Fax

Parcheggio pubblico di fronte o autorimessa a 100 mt convenzionato con il centro

Il Centro ha anche a disposizione un ambulatorio per piccoli interventi chirurgici in anestesia locale, senza degenza.



Lettere



“Vorrei pagare solo per i miei errori”

Carissimi presidente, consiglieri e associati, credo di esprimere il pensiero di molti colleghi, soprattutto di quelli come me a cui viene chiesto di pagare per colpe altrui. Credo che sia arrivato il momento di fare presente a tutti i direttori sanitari, avvocati, giudici e opinione pubblica che l'evento parto viene gestito da due figure, che agiscono in tempi e modi diversi e che quindi hanno responsabilità diverse. Se il travaglio e il parto fisiologico è gestito dall'ostetrica e il medico

ginecologo di guardia è presente per intervenire quando insorge una patologia, perchè su un danno a carico del neonato come l'ipomobilità del braccio, la lesione di Herb, deve essere chiamato in causa il medico, considerato che le ostetriche non hanno applicato alle mani un dinamometro che indica la pressione esercitata sul feto, che il ginecologo non ha una vista speciale con cui vedere i rapporti che la spalla instaura con il canale del parto e che, soprattutto, non gli è stato

chiesto di intervenire in quanto il tutto è stato ritenuto dall'ostetrica un evento fisiologico? Visto che mi si accusa di lesioni personali senza che io abbia mai toccato nessuno, chiedo a chi si occupa di giustizia: se mi dovessi trovare occasionalmente sul luogo di una rapina o di un omicidio mi dovrei forse ritenere colpevole del fatto? Vorrei anche ricordare che oggi le ostetriche hanno una laurea, se pur breve, e questo ci viene fatto notare costantemente, quindi è il caso

che si carichino anche delle loro responsabilità senza farsi sempre scudo del medico. Chiedo inoltre a chi si occupa di giustizia che, prima di inviare degli avvisi di garanzia, ci si assicuri bene su chi ha agito in quell'evento ritenuto doloso. Spero che queste mie parole non vadano nel dimenticatoio ma che anzi servano da stimolo per chi può intervenire per modificare il sistema affinché io possa pagare solo per i miei errori.

Lettera firmata

legge Bindi del giugno 1999. Peraltro esiste qualche pronuncia della Corte di Cassazione che afferma la responsabilità esclusiva dell'ostetrica nel determinismo di un evento dannoso occorso in sala parto e ciò a causa di una errata interpretazione del tracciato cardiocotografico, la cui esecuzione e relativo controllo debbono essere considerati, secondo i giudici, compito precipuo dell'ostetrica. Il nostro sforzo di operatori sanitari che si occupano di problematiche concernenti la responsabilità professionale del medico è quello di illustrare a tutti i livelli (medici, magistratura, pubblica opinione, ecc.) attraverso scritti, dibattiti, conferenze, iniziative parlamentari, i termini della problematica in oggetto (un interessante incontro in tal senso è stato organizzato in Roma nel novembre 2008 per lodevole iniziativa della Sigo) allo scopo di sollecitare gli operatori del settore ad assumersi le rispettive responsabilità, rispettando la sfera delle proprie competenze, il che deve significare di non sottrarsi ai propri doveri, contemporaneamente difendendo la dignità e l'autonomia professionale di ciascuno. Per ulteriori dettagli sull'argomento, rimando i lettori all'articolo pubblicato dal sottoscritto sul n. 4 del 2008, p. 20, di *GynecoAogoi*.

Pier Francesco Tropea

La lettera che ci perviene pone sul tappeto un problema reale, che nasce dalla tuttora non univoca definizione delle competenze e delle connesse responsabilità attribuite rispettivamente all'Ostetrica e al Ginecologo nell'attività routinaria svolta in sala parto dalle predette figure professionali. Per inquadrare storicamente tale problematica, non sarà inutile ricordare che negli anni Sessanta si è affermato il concetto della "medicalizzazione" del parto, in coincidenza con l'avvento della cardiocotografia, con la conseguente valorizzazione della figura del ginecologo, quale diretto responsabile dell'evento parto, ivi compreso il monitoraggio del travaglio. Negli anni Novanta si è venuta affermando l'opportunità di restituire al parto la sua "naturalità", il che ha

comportato la remissione all'ostetrica di quel ruolo fondamentale nell'assistenza al parto che in parte le era stato espropriato dal medico. Questo ruolo centrale dell'ostetrica è stato codificato nelle leggi n. 42 del 1999 e n. 251 del 2000 le quali, assegnando all'ostetrica il compito di presiedere personalmente all'espletamento del parto e al controllo del travaglio nei limiti del loro decorso fisiologico, stabiliscono in pratica l'esistenza di un'autonomia professionale dell'ostetrica, sganciata dalla dipendenza dal ginecologo, al quale rimane affidata la gestione della sopravvenuta, eventuale patologia del parto, dal momento in cui l'evento patologico viene individuato dall'ostetrica stessa che in tali evenienze ha l'obbligo di richiedere l'intervento attivo

del ginecologo. Negli ultimi anni, in forza della normativa vigente, l'ostetrica ha rivendicato fermamente la sua autonomia professionale, anche sulla base del corredo di studi che ha condotto l'ostetrica stessa al conseguimento della laurea breve, in luogo del semplice diploma universitario. Stabilito così quanto previsto dalle leggi in vigore, vi è da dire che sul piano operativo non sono stati chiaramente definiti i limiti entro i quali l'ostetrica può agire in piena autonomia (con particolare riguardo alla gestione della gravidanza fisiologica e al controllo del benessere fetale, in esso comprendendo l'esecuzione e l'interpretazione del tracciato cardiocotografico e dell'ecografia di primo livello) e per contro l'avocazione alle proprie competenze da parte del ginecologo di guardia dei casi che

presentino il rischio di un'evoluzione verso la patologia. Questa non chiara definizione delle rispettive competenze che la legge nella sua enunciazione generica non consente di decifrare, si riflette nell'orientamento giurisprudenziale, generalmente orientato a chiamare in causa anche il ginecologo titolare del turno di guardia, oltre che l'ostetrica, in caso di evento dannoso occorso in sala da parto. Vi è da aggiungere che la giurisprudenza tende spesso a recepire con ritardo le novità espresse dalle norme legislative, così come è dato riscontrare nel caso dei primari, tuttora chiamati in causa in caso di prestazioni operate dai medici strutturati, e ciò senza tener conto della completa autonomia tecnico-professionale riconosciuta ai vari dirigenti medici (ex aiuti) dalla

CORSI PRATICO-TEORICI AOGOI Chirurgia radicale ed ultraradicale in ginecologia oncologica

1° CORSO
16 - 17 - 18 - 19 - 20 marzo 2009
2° CORSO
9 - 10 - 11 - 12 - 13 novembre 2009

Direttori del Corso:
Dott. Elio Campagnutta, Dott. Giorgio Giorda

C.R.O.
Centro di Riferimento Oncologico
Dipartimento di Oncologia Chirurgica -
S.O.C. di Oncologia Chirurgica Ginecologica Aviano (Pn)

Metodologia dei Corsi
Ogni Corso è riservato a 15 partecipanti e comprende una parte pratica, al mattino, con teletrasmissione dalla sala operatoria e contemporanea partecipazione a turno agli interventi. Nel pomeriggio, discussione e confronto riguardanti la diagnosi ed il trattamento delle neoplasie ginecologiche.

Iscrizioni
Quota di iscrizione: Euro 403+ euro 81 (IVA20%)
Tot. euro 484 comprendente:
la partecipazione al Corso, il pernottamento (5gg),
prima colazione e 3 cene, 5 colazioni di

lavoro, 5 coffee break, la cena sociale, spese di segreteria e materiale didattico.

Segreteria Organizzativa
Tel. 0434.659777, fax 0434.659439,
e-mail mariadandrea@cro.it

L'AOGOI mette a disposizione dei suoi Soci alcune Borse di Studio per ogni Corso:
le richieste di adesione dovranno essere inviate, accompagnate da un breve curriculum, alla Segreteria Nazionale AOGOI - Via G. Abamonti 1 - 20129 Milano
tel. 02.29525380 - fax 0229525521
e-mail aogoi@aogoi.it

Congressi convegni  e corsi

GESTIONE DELLA STRUMENTAZIONE E DELL'APPARECCHIATURA ENDOSCOPICA
Vittorio Veneto (Tv)
7 marzo

Segreteria organizzatrice
HT Congressi Srl
Tel. 051.480826 Fax 051.480582
valentina@htcongressi.it

CORSO DI CHIRURGIA RADICALE ADDOMINALE IN ONCOLOGIA GINECOLOGICA
Aviano (Pn)
16-20 marzo

Segreteria organizzatrice
Centro di Riferimento Oncologico
Via Franco Gallini 2
33081 Aviano (Pn)
Tel. 0434.659777
Fax 0434.659439
mariadandrea@cro.it

LE CELLULE STAMINALI DEL SANGUE DI CORDONE OMBELICALE: TRA ATTUALITÀ E MEDICINA RIGENERATIVA
San Marino
20 marzo

Segreteria organizzatrice

Events Congress & Communications
Via f.lli Bandiera 51 60019
Senigallia An
Tel.: 071.7930220
Fax 071.7938406
segreteria@events-communication.com

CONVEGNO REGIONALE A.O.G.O.I. SARDEGNA
Olbia
28 marzo

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

LA FERTILITÀ SPONTANEA: STATO DELLA CONOSCENZA E RECENTI ACQUISIZIONI METODOLOGICHE
Pescara
28 marzo

Segreteria organizzatrice
Ble Consulting
Via Tescione 76 - 81100 Caserta
Tel. 0823.301653
ble.consulting@virgilio.it

CONGRESSO AOGOI Portovenere (Sp)
2-4 aprile

Segreteria organizzatrice
P.R. e Comunicazione Srl
Vocabolo Cugnetto Snc - 02046
Magliano Sabina (Ri)
Tel. 0744.921040 Fax 0744.91531
info@precommunication.com

CONGRESSO CONGIUNTO AOGOI - AGITE REGIONE EMILIA ROMAGNA: I COLORI DELLA SALUTE
Grand Hotel Bologna Pieve
16-18 aprile

Segreteria organizzatrice
D.B. Srl Viale Alfeo Corassoli 70 - 41100 Modena
Tel. 059.358788 Fax 059.358788
segreteria@eziobergamini.it

CONVEGNO REGIONALE AOGOI-FESMED-AGITE: PROLASSO UTERO-VAGINALE ED INCONTINENZA URINARIA
Salerno
16-18 aprile

Segreteria organizzatrice
Grafica Pubblicitaria Napoli
Via Michelangelo Testa 8

84127 Salerno Tel.: 089-2595886
Fax: 089-799102
info@graficapubblicitarianapoli.it

CORSO DI FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO IN FISIOPATOLOGIA CERVICO-VAGINALE E VULVARE, COLPOSCOPIA E MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE
Ascoli Piceno
20-23 aprile

Segreteria organizzatrice:
Ced Servizi Via G. Ungaretti 84 - 62100 Macerata
Tel. 0733.33844
Fax 0733.33811
segreteriacorsi@cedservizi.it

IL PARTO EPIDURALE: VENTI ANNI DI ESPERIENZA
Palermo
7-9 maggio

Segreteria organizzatrice:
D.ssa Maria Rosa D'anna
U.O.C. Ospedale Buccheri
La Ferla - F.B.F. Palermo

DISORDINI EMOCOAGULATIVI IN OSTETRICIA E GINECOLOGIA: LA POLIABORTIVITÀ E LA TVP NELLA CHIRURGIA

GINECOLOGICA
Rossano Scalo (Cs)
16 maggio

Segreteria organizzatrice
Dott. Giuseppe Pirillo
giusepppirillo@virgilio.it


AGGIORNAMENTO IN TEMA DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA E DIAGNOSI PRENATALE
Bologna
22-23 maggio

Segreteria organizzatrice:
Gynepro Educational Via Lame 44 - 40122 Bologna
Tel. 051.223260 Fax 051.222101
educational@gynepro.it

9° CORSO AOGOI DI AGGIORNAMENTO TEORICO PRATICO IN MEDICINA EMBRIO-FETALE E PERINATALE - 1°
CONGRESSO NAZIONALE AGITE

Villasimius (Ca)
27-31 maggio
Segreteria organizzatrice
I.M.C. Europe Srl
Viale Trieste 93 - 09123 Cagliari
Tel. 070.273470 Fax 070.273306
imc.congressi@tin.it

CONVEGNO REGIONALE AOGOI / FESMED / AGITE CAMPANIA 2009

GRAND HOTEL SALERNO, VIA LUNGOMARE TAFURI 1
16/17/18 APRILE 2009, SALERNO

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA:
Grafica Pubblicitaria Napoli - Salerno - Tel. 089 2595886 / 389 642523 - Fax 089 799102
E-mail: info@graficapubblicitarianapoli.it
Site web: www.graficapubblicitarianapoli.it



CALENDARIO DEL CORSO

I	modulo	4-5	Marzo	2009
II	modulo	6-7	Maggio	2009
III	modulo	15-16	Settembre	2009
IV	modulo	11-12	Novembre	2009
V	modulo	13-14-15	Dicembre	2009

Il Corso in Chirurgia Oncologica Ginecologica è uno strumento didattico finalizzato a formare in maniera completa il ginecologo e il chirurgo oncologo che vogliono approcciarsi alla chirurgia oncologica ginecologica (laparotomica, laparoscopica e robotica).
Il Corso è articolato in 5 moduli teorico-pratici fullimmersion, ciascuno per soli 15 discenti. L'attività didattica dei primi tre moduli si svolgerà nella sala operatoria dell'Istituto Regina Elena. L'attività di salaoperatoria sarà introdotta da alcune brevi lezioni, che esporranno in maniera semplice e didattica le tecniche ed il loro razionale anatomico. Alla fine dell'attività di sala operatoria sarà effettuata una rivisitazione epiconica degli atti chirurgici.
La partecipazione al IV e al V modulo è facoltativa. Il IV modulo "Chirurgia robotica oncologica" si svolgerà presso l'Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata e ha lo scopo di far avvicinare i discenti alla Chirurgia Robotica che rappresenta la più innovativa e sofisticata tecnica di chirurgia mini-invasiva attualmente disponibile. Il V modulo "Gestione delle complicanze in Chirurgia Oncologica Ginecologica" si effettuerà presso il Centro di Biotecnologie dell'Ospedale Cardarelli di Napoli con la finalità di addestrare il chirurgo ginecologo all'impianto di stent, reimpianti ureterali, resezioni intestinali con anastomosi, sutura dei grossi vasi venosi ed arteriosi con esercitazioni su modello animale.

DIRETTORI
Enrico Vizza s.n.c. - Direttore S.C. Ginecologia Oncologica IRP Roma
Fabio Sirimarco s.n.c. - Direttore S.C. Ginecologia AORN Cardarelli Napoli
D'Annibale Annibale s.n.c. - Direttore Dipartimento Scienze Chirurgiche A.O. San Giovanni Addolorata Roma

SEGRETARIA SCIENTIFICA
Emanuela Mancini Ermelinda Baiocco

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA
Fedra Congressi Sas
Tel +39.06.52247328, fax +39.06.5205625
mail: info@fedracongressi.it

SIGO 2009

85° congresso nazionale SIGO
50° congresso nazionale AOGOI

TEMI CONGRESSUALI

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

EMOZIONE DONNA TRA LUCI ED OMBRE

Carissimi Colleghi,

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

Sono trascorsi 29 anni da quando il Professor Giorgio Cagnazzo presiedette il Congresso SIGO a Bari nel 1980. I temi discussi, innovativi per quei tempi, riguardavano specificatamente l'oncologia e l'uroginecologia, fulcro importante di ricerca della nostra scuola barese e che ancora oggi sono argomenti di studio e di confronto.

I percorsi diagnostici e terapeutici, tradizionali ed innovativi, che verranno trattati alla luce delle nuove acquisizioni in campo oncologico, di medicina prenatale, di infertilità, di uroginecologia, di ostetricia e di infertilità dovranno confrontarsi sempre, nel rispetto della patologia affrontata, con la sfera emotiva della paziente.

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

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

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

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

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

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

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

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

Vito Trojano

EMOZIONE DONNA TRA LUCI ED OMBRE

29 OTTOBRE - 1 NOVEMBRE 2009
BARI - FIERA DEL LEVANTE

Presidente: Vito Trojano

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



SIGO
SOCIETÀ ITALIANA
DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA



ASSOCIAZIONE
OSTETRICI GINECOLOGI
OSPEDALIERI ITALIANI

NEL TRATTAMENTO DELLE INFEZIONI VULVOVAGINALI DA CANDIDA

Depositato presso l'AIFA in data 05/10/2007



Gyno-Canesten®

FIDUCIA NEI FATTI

Da oltre 30 anni al fianco del ginecologo

Con clotrimazolo:

- **Efficacia e sicurezza comprovata** da numerosi studi clinici e da un impiego di oltre 30 anni nel trattamento delle infezioni vulvovaginali da candida.
- Segnalato dal **Ministero della Salute**¹ come il principio attivo **antimicotico imidazolico di scelta in gravidanza**.
- Uno studio su 38.151 donne in gravidanza ha provato che il clotrimazolo **dimezza inoltre il rischio di parto prematuro** (4,6% VS 10,6%).^{1,2}



Bayer HealthCare

¹ Aifa/Ministero della Salute Farmaci e Gravidanza, Roma 2005 Istituto poligrafico e Zecca dello Stato spa

² Czeizel AE et al. Preterm birth reduction after clotrimazole treatment during pregnancy. Eur J Obstet Gynec Preprod Biol 2004; 116: 157-163.