

AOGOI



Nutrizione, Stili di vita e Salute della donna

Apri il 18 ottobre a Milano
l'appuntamento annuale
dei ginecologi italiani



**90° CONGRESSO NAZIONALE SIGO
55° CONGRESSO NAZIONALE AOGOI
22° CONGRESSO NAZIONALE AGUI**

**6/7
2015**



Il rimedio celere ai disturbi della regione anale



Gel a base di acido ialuronico con estratti naturali per favorire la cicatrizzazione, lenire e lubrificare la cute e la mucosa della regione anale.
Tutto questo è **CELEVIS** Gel

DISPOSITIVO MEDICO **CE** 0546

NATHURA.COM



NATHURA
LA NOSTRA RICERCA,
IL TUO STAR BENE.



4 **Milano 2015: un Nazionale un po' speciale**
Claudio Crescini
Co-presidente Congresso Sigo-Aogoi-Agui 2015

4 **La "responsabilità sociale" della comunità scientifica**
Vito Trojano
Presidente AOGOI

8 **"La ginecologia italiana parla al mondo": Aogoi e Sigo ad Expo 2015**

9 **SIGO 2015: la Ginecologia italiana riunita a Milano nel contesto della grande kermesse dell'EXPO**
Paolo Scollo
Presidente SIGO

10 **Responsabilità medica: Restituire serenità ai medici e certezze ai cittadini-pazienti**
Nicola Surico
Presidente CIC

12 **"Per crescere bisogna saper guardare avanti"**
Antonio Chiantera
Segretario Nazionale AOGOI

13 **Promuovere un rinnovamento culturale in tema di procreazione**
Beatrice Lorenzin
Ministro della Salute

15 **Strategie italiane per il miglioramento della qualità**
Alessandro Ghirardini, Giorgio Leomporra, Rosetta Cardone, Claudio Seraschi, Angela De Feo
Ministero della Salute, Direzione generale della Programmazione Sanitaria, Ufficio qualità delle cure

17 **L'evoluzione legislativa della responsabilità medica**
Benedetto Fucci
Segretario Commissione Affari Sociali della Camera

Alle pagine 18-43
Nutrizione, Stili di vita e Salute della donna
Anteprima dei temi congressuali

18 **Un approccio non convenzionale alla salute della donna**
Sandro M. Viglino

20 **Ecografia durante la visita? Finalità e limiti**
Elsa Viora

20 **I Centri di simulazione: un goal per l'expertise**
Giovanni Scambia, Annafranca Cavaliere, Francesca Ciccarone

21 **Endometriosi: dieta e stili di vita**
Fabio Parazzini

22 **Innovazioni tecnologiche in chirurgia Ginecologica Oncologica**
Enrico Vizza, Giacomo Corrado

22 **Il Corso "Drammatizzazione di emergenze ostetriche"**

23 **Neuropelveologia. Una nuova disciplina nel campo della medicina**
Vito Chiantera

24 **Miomi e fertilità**
Giuseppe Trojano

26 **Verso il Congresso di Milano**
Giovanni Fattorini

26 **Principi di diagnostica dell'infertilità femminile**
Giovanni Battista La Sala, Stefano Palomba

27 **Legge 40 e pratica della PMA, un mosaico in via di ricomposizione**
Mauro Costa

28 **Partorire senza dolore. Ancora un mito?**
Pasquale Pirillo

30 **La gravidanza come finestra sulle patologie croniche future**
Valeria Dubini

31 **Placenta Previa Accreta: lo studio epidemiologico AOGOI-AIO**
Davide De Vita

31 **Benessere del pavimento pelvico: le ostetriche A.I.O. danno vita al G.O.I.P.P.**

33 **Pap Test addio?**
Paolo Cristoforoni, Carlo Maria Stigliano

34 **Conseguenze a lungo termine della menopausa precoce**
Francesca Nocera

35 **Transizione menopausale: come gestire l'effetto menopausa?**
Maria C. Pandolfo

37 **La contraccezione di emergenza tra clinica e norme**
Emilio Arisi

40 **Turbative in materia di relazioni di lavoro e sviluppi di carriera**
Carmine Gigli

41 **Quando curare fa male**
Maurizio Silvestri

42 **Perché l'AOGOI è sempre più attiva in Europa**
Vania Cirese

PROFESSIONE - SENTENZE
45 **Capo ce n'è uno solo! (... e i guai sono solo suoi)**
Carlo Maria Stigliano

46 **Responsabilità medica: eppur (qualcosa) si muove**
Giovanni Pomili

Un Nazionale un po' speciale

Claudio Crescini
Segretario regionale
Aogoi Lombardia
Co-presidente
Congresso
Sigo-Aogoi-Agui 2015



Cari colleghi e amici,

L'annuale congresso Sigo-Aogoi-Agui è uno degli appuntamenti più attesi dalla ginecologia italiana per fare il punto sullo stato dell'arte della nostra professione, per un proficuo scambio di informazioni scientifiche e per trovarci nuovamente riuniti nella grande famiglia che accomuna ospedalieri, universitari, consultoriali liberi professionisti e ostetriche.

Nel ruolo di presidenti del congresso abbiamo raccolto l'invito delle nostre Associazioni scientifiche ad elaborare un programma che fosse in grado di soddisfare le esigenze dei protagonisti di una professione complessa ed estremamente articolata.

Come vedrete scorrendo il programma, i temi trattati coprono i più ampi settori della nostra disciplina e sono state coinvolte tutte le società scientifiche italiane che partecipano con loro propri seminari specifici, senza naturalmente trascurare il prezioso contributo dei singoli mediante uno spazio per poster e comunicazioni.

Abbiamo voluto anche inserire un corso pratico di simulazione per le emergenze ostetriche con l'impiego dei più sofisticati simulatori oggi disponibili.

Ci auguriamo di avere così coperto tutti i maggiori temi della patologia ostetrica, della sala parto, della diagnosi prenatale, della procreazione medicalmente assistita, dell'oncologia ginecologica, della patologia benigna, della contraccezione, della menopausa, dell'uroginecologia, della colposcopia e della problematica medico-legale.

Numerosissime saranno le aziende farmaceutiche e di prodotti tecnologici medicali presenti al congresso per incontrare i partecipanti.

Il congresso di Milano si svolge in contemporanea con un evento di importanza mondiale quale l'Esposizione Universale di Milano che ha come tema la nutrizione, per questo motivo molte relazioni congressuali avranno un riferimento a questa tematica applicata alla nostra specialità in considerazione delle importanti relazioni che intercorrono tra nutrizione e patologie ostetrico-ginecologiche.

La concomitanza con Expo Milano 2015 ha spinto Aogoi ad essere presente per tutto il mese di ottobre, coinvolgendo Sigo e Agui in questo evento, con un proprio stand all'interno dell'area espositiva internazionale, localizzato nell'edificio denominato "Cascina Triulza" affacciata sul decumano.

La presenza della ginecologia italiana a questo evento internazionale si articolerà per tutto il mese di ottobre in numerose iniziative divulgative, con incontri e promozioni didattiche e scientifiche.

Per questo motivo Aogoi invita tutti i propri soci presenti al congresso nazionale a visitare lo stand della ginecologia italiana presso EXPO, richiedendo informazioni sul programma delle manifestazioni alla segreteria Aogoi presente al congresso a Milanofiori.

MILANO 2015



La "responsabilità della comunità"

“

Sono lieto di darvi il mio benvenuto a questa edizione congressuale che giunge al culmine un'iniziativa molto importante per le nostre società scientifiche e in qualche modo ne rappresenta il coronamento. "La ginecologia italiana parla al mondo", l'evento che abbiamo organizzato ad Expo – con i vari appuntamenti scientifici, seguiti da incontri e dibattiti che si protrarranno per tutto il mese di ottobre – è infatti intrinsecamente legato al tema scelto per il nostro Nazionale 2015. Lo spazio di approfondimento sulla correlazione tra Nutrizione e Salute della donna in tutte le fasi della vita che le nostre società scientifiche hanno voluto creare ad Expo verrà infatti ripreso in moltissime sessioni congressuali e ne costituirà, come si suole dire, il fil rouge

Vito Trojano
Presidente Aogoi

L'importanza dell'esposizione universale è certamente quella di aver rilanciato a livello globale il tema del rapporto tra nutrizione, intesa come corretta alimentazione, e salute ma anche e soprattutto di aver messo in luce il ruolo primario che le donne svolgono in questa relazione, a qualsiasi latitudine e nei più diversi contesti socio economici. Un ruolo che è ancor più evidente nelle aree più disagiate del pianeta, dove il carico familiare e domestico pesa quasi esclusivamente sulle loro spalle.

Le donne sono portatrici di saperi antichi e soprattutto



ilità sociale" scientifica



sanno trasmettere nuove conoscenze e competenze che riguardano il cibo, la salute, gli stili di vita e le buone prassi, principalmente nell'area materno infantile, a livello familiare e comunitario, della salute sessuale e riproduttiva, della pianificazione familiare, igiene, cura dei figli e dei familiari. Ma il loro ruolo chiave non si esaurisce in questi ambiti, infatti i programmi e le iniziative di cooperazione internazionale allo sviluppo puntano soprattutto su di loro anche per migliorare le pratiche agricole, l'accesso ai beni essenziali, come l'acqua, i servizi sanitari di base. Per tutelare e riqualificare l'ambiente. Non dimentichiamo che causa dell'inquinamento atmosferico, delle terre e delle acque, continuano a morire milioni di persone, la maggior parte delle quali si trova nei paesi in via di sviluppo.

Per noi ginecologi, il comun denominatore che lega molte di queste tematiche – che sono scientifiche, ma anche culturali e antropologiche – è soprattutto il rispetto della donna, dei suoi diritti in tema di garanzia di salute, di lotta alle pratiche più aberranti ancora presenti in alcuni Paesi (come l'infibulazione), la tutela della fertilità e della maternità, ma anche la definizione delle migliori politiche per una contraccezione responsabile e per una menopausa serena.

La salute globale femminile è la grande sfida

al centro di molti nostri consessi internazionali, il più importante dei quali è il congresso mondiale della Figog. Anche all'ultimo Mondiale, appena conclusosi a Vancouver il 9 ottobre scorso, a cui ho partecipato insieme a una nutrita delegazione Aogoi, questa sfida è stata ripresa con immutato interesse ed entusiasmo, nella comune consapevolezza che, a livello globale, potremmo prevenire milioni di morti tra madri e bambini con la pianificazione familiare, gravidanza e parto in sicurezza, contrasto all'Hiv/Aids, training del personale sanitario e lotta alla malnutrizione.

Il tema di fondo che ha ispirato l'Expo 2015 di Milano - l'Alimentazione e la Nutrizione nel nostro pianeta -



ha avuto anche un altro grande merito: quello di "costringerci" a riflettere su un approccio nuovo e non convenzionale alla salute della donna, come ha ben sottolineato il vice presidente Aogoi, **Sandro Viglino**, nel suo contributo su questo numero. È vero che argomenti come la nutrizione o lo stile di vita della donna che si rivolge a noi non sono ancora entrati pienamente nel bagaglio culturale del ginecologo, quasi che trattare questi temi non competa tanto al ginecologo ma sostanzialmente ad altre figure professionali.

Ritengo invece che dovrebbero entrare, a pieno titolo, a far parte della nostra nuova modalità di approccio alla salute femminile. Del resto in moltissime *breast unit* è prevista anche la presenza di una nutrizionista che fornisce alle donne consigli e le corrette indicazioni dietetiche per limitare, ad esempio, i cibi ad alta densità calorica e le bevande alcoliche, che modificano quantitativamente gli ormoni sessuali nella donna creando i presupposti per eventuali neoplasie.

L'approccio interdisciplinare e multidisciplinare è alla base di una nuova cultura medica; l'esperienza del Progetto dei **Dipartimenti del Benessere di Coppia**, che Aogoi sta sviluppando in collaborazione con gli urologi della Siu ci insegna una volta di più che il lavorare insieme, in squadra, per la donna e per la coppia è un valore concreto.

La consapevolezza che l'alimentazione è uno strumento di salute

è in continua crescita, non solo nello stretto ambito delle società scientifiche, degli addetti ai lavori, ma nell'intera società e nelle nostre istituzioni. Intervenedo al convegno "Alimentazione e riflessi sulla salute della mamma e del bambino", promosso dall'Osservatorio Nazionale Sulla Salute Della Donna (Onda) nell'area dell'Expo, la presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato **Emilia Grazia De Biasi** ha puntualmente sottolineato che "Il ruolo delle istituzioni è innanzitutto quello di mettere in evidenza nelle linee del percorso materno infantile l'aspetto di un'alimentazione corretta come forma di responsabilità della madre nei confronti del benessere del nascituro e coniugare prevenzione e abbassamento dei fattori di rischio per la madre e per il bambino". Un altro "compito – ha aggiunto – è quello di accompagnare con servizi adeguati la presa in carico della maternità in tutte le sue fasi, con particolare attenzione per le maternità a rischio e per la gestione delle forme depressive che possono diventare veri e propri disturbi alimentari".

A breve dovrebbe partire anche un Tavolo di lavoro ministeriale che “affronterà il problema della nutrizione in Italia, migliorando gli interventi”, come ha annunciato il direttore generale di Igiene e Sicurezza degli alimenti e della nutrizione del dicastero della salute, Giuseppe Ruocco, nel corso di un convegno che si è svolto sempre ad Expo l'8 agosto scorso, dedicato alla presentazione del Manifesto delle Criticità in Nutrizione Clinica e Preventiva, promosso dall'Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica e messo a punto da un network di 40 organizzazioni scientifiche. Il Manifesto, che verrà usato come base per il Tavolo di lavoro, detta “le prime 10 sfide italiane” da affrontare per vincere le malattie da cibo: patologie che si stima colpiscono 17 milioni di italiani, impegnando la collettività per circa 30 miliardi di euro l'anno, con un trend in crescita. E tra le sei proposte concrete d'intervento, figura al primo posto proprio l'inserimento della nutrizione clinica nei piani formativi del medico. Anche negli anni passati comunque il Ministero della Salute e l'Europa non hanno trascurato queste tematiche. Penso per esempio alla “Piattaforma nazionale sull'alimentazione, l'attività fisica e il tabagismo”, una delle numerose attività che ha messo in campo per il conseguimento degli obiettivi del programma europeo “Guadagnare salute”, finalizzato a contrastare tutti i fattori di rischio per la salute attraverso strategie inter-settoriali e multifattoriali.

Vorrei ricordare tuttavia che se è pur vero che l'alimentazione è strumento di prevenzione e talvolta di cura non è (purtroppo) una “panacea”. A volte è necessario contrastare con il rigore scientifico l'eccessiva enfaticizzazione mediatica e soprattutto l'emissione di messaggi scorretti e fuorvianti. Certo la dieta mediterranea, la tradizione agro-alimentare italiana e un maggiore consumo di frutta e verdura non possono che far bene alla salute, ma per indagare la relazione tra stili di vita e dieta e una determinata patologia occorrono studi e ricerche di anni, come ha evidenziato, nel caso dell'endometriosi, il collega **Fabio Parazzini** nel suo articolo su questo numero.

Il nostro primo pensiero va comunque alla donna in gravidanza, qui fare buona informazione è un imperativo: i buoni stili di vita (niente alcol né fumo) e una alimentazione corretta giocano un ruolo fondamentale sullo sviluppo fetale e anche sulla salute della madre, in quanto i fabbisogni del bimbo vanno ad intaccare le riserve materne di nutrienti ed energia. Sono argomenti interessanti che sono al centro delle due giornate che abbiamo organizzato ad Expo: “**Nutrizione in gravidanza e terza età della donna**”, in calendario il 12 ottobre, e “**Benessere riproduttivo e alimentazione**”, il 17 ottobre, e naturalmente saranno trattati anche nel corso di varie sessioni congressuali.

Questo Nazionale 2015 è per me anche occasione di particolare ringraziamento a tutti voi per aver contribuito ai notevoli passi avanti compiuti dalla nostra Associazione in questo ultimo triennio. Come ho avuto modo di sottolineare proprio su queste pagine all'inizio del mio mandato: “Senza di voi l'Aogoi è un contenitore vuoto. Voi ne siete l'anima e lo riempite col vostro impegno e la vostra professionalità”. Ed è proprio così. Voi siete il motore della nostra Associazione che in questi anni è cresciuta, non solo in ambito medico-scientifico, ma anche in termini di visibilità e di “peso politico”.

Il congresso nazionale è come sempre anche momento di bilanci. Il prossimo anno si concluderà il mio mandato di presidente Aogoi e in qualche modo non posso non ritornare agli obiettivi che mi ero posto all'inizio della mia presidenza, e di conseguenza valutare i risultati raggiunti e quelli mancati. Però altrettanto importante per me è anche cominciare a interrogarmi su cosa ho imparato da questa straordinaria esperienza e su come possa in futuro contribuire, insieme a tutti voi, a far crescere e migliorare la nostra Aogoi.

Ebbene, la prima cosa di cui mi sono reso conto in questi anni è di quanto incredibile sia il potenziale di for-



Il congresso nazionale è come sempre anche momento di bilanci. Il prossimo anno si concluderà il mio mandato di presidente Aogoi e in qualche modo non posso non ritornare agli obiettivi che mi ero posto all'inizio della mia presidenza, e di conseguenza valutare i risultati raggiunti e quelli mancati. Però altrettanto importante per me è anche cominciare a interrogarmi su cosa ho imparato da questa straordinaria esperienza e su come possa in futuro contribuire, insieme a tutti voi, a far crescere e migliorare la nostra Aogoi

za delle società scientifiche. Nella opportunità che hanno, se credibili e solide, di orientare e sostenere l'azione del governo e dei politici della sanità, nel proporre strategie e misure concrete. E anche di contrastare e opporsi, quando necessario, a misure e scelte sbagliate - forti della loro pratica “sul campo” e della conoscenza delle evidenze scientifiche.

Non penso solo a iniziative “clamorose”, pur importanti, come il nostro primo sciopero nazionale o l'atto di diffida inviato il marzo scorso al Premier Renzi e al Ministro Lorenzin per dare una “scossa” al governo, quando c'è stata l'applicazione dell'obbligo assicurativo senza la messa in norma, come prevedeva la legge Balduzzi, del Dpr sul fondo di solidarietà nazionale e sui tetti assicurativi. Penso soprattutto all'impegno del-

la nostra Associazione nel promuovere una ‘cultura’ su alcuni temi cruciali per la nostra professione e principalmente in ambito medico legale.

Come tutti ben sapete, la responsabilità professionale è senza dubbio la sfida principale con cui la nostra associazione si è misurata in questi anni. Molto tempo prima che questo venisse riconosciuto da tutte le parti interessate come il tema all'ordine del giorno nell'agenda sanità. Abbiamo mosso i nostri primi passi in Europa proprio per creare una “**task force europea**” sulla **responsabilità medica**, consapevoli che una disciplina comunitaria in materia era ed è assolutamente necessaria. E ci siamo riusciti, dopo un percorso difficile e per nulla scontato. C'è ancor molto da fare per arrivare a una direttiva europea che uniformi le norme sulla responsabilità professionale e sulle coperture assicurative, ma la nostra associazione è riuscita (da piccolo Davide) a far nascere un importante Network europeo delle società scientifiche di ginecologia e ostetricia, che ora si sta allargando, e che aiuterà a migliorare la sicurezza sanitaria, con maggiori e più omogenee garanzie sia per i medici che per i pazienti. In Italia come nel resto d'Europa.

In questi ultimi anni le problematiche legate alla responsabilità professionale e alla tutela medico legale e assicurativa hanno sempre trovato ampio spazio nei nostri convegni e sono state al centro di molte altre iniziative che abbiamo aperto ai vari stakeholder, comprese le organizzazioni della società civile. Posso dire che ora, grazie anche al grande impegno e alla passione del nostro segretario nazionale **Antonio Chiantera**, abbiamo centrato l'obiettivo di aver promosso tra i nostri iscritti - ma anche, tra i magistrati, giuristi, esperti di sanità e politici - la consapevolezza della centralità del tema della sicurezza e della tutela di tutta la professione. Consentire a tutta la classe medica di lavorare in un clima più sereno, non avvelenato dal contenzioso, è anche una condizione imprescindibile per rendere più efficiente il sistema, risparmiando risorse e tutelando in modo più efficace la salute di tutta la popolazione.

ti, saprà fornire senz'altro un apporto utile, in termini di competenza ed esperienza in quanto categoria tra le più esposte al rischio di cause legali da parte dei pazienti.

La sintonia con la Sigo, con l'Agui e il Cic, nonché l'ottima collaborazione con il presidente **Paolo Scollo**, hanno consentito alla ginecologia italiana di dare un contributo significativo anche ai vari tavoli tecnici istituiti dal ministero della Salute: un momento di confronto importantissimo per le società scientifiche e gli esperti di settore. Ricordo i più importanti, quello sulla Pma, finalizzato ad elaborare un documento condiviso per dare attuazione alla sentenza della Consulta. Il Tavolo tecnico Rete Emergenza Urgenza Pediatrica e il Tavolo Fertilità, presieduto dalla collega Eleonora Porcu, il cui lavoro ha costituito l'ossatura del **Piano nazionale Fertilità**, fortemente voluto dal Ministro **Beatrice Lorenzin** per promuovere la natalità e difendere la fertilità. Tra i primi 5 obiettivi del Piano, c'è l'informazione ai cittadini sul ruolo della fertilità nella loro vita e quello di fornire un'assistenza qualificata per difendere la fertilità, promuovere interventi di prevenzione e diagnosi precoce al fine di curare le malattie dell'apparato riproduttivo. Il mio contributo in rappresentanza dell'Aogoi in seno al Tavolo ministeriale è stato incentrato sull'oncofertilità e sulle infezioni a trasmissione sessuale, argomenti di rilievo che saranno approfonditi anche nel corso di questa quattro giorni congressuale. Sono molti gli obiettivi già individuati ma ancora da raggiungere, mi soffermo però solo su quello che metterei in cima all'elenco: il tema **"Ospedale-Territorio"**. Sap-

Il clima di questi ultimi giorni ci fa prevedere che sarà un autunno bollente per la sanità. È esplosa la protesta della classe medica, forse troppo silenziosa in quest'ultimo anno, che minaccia lo sciopero generale. Teme, a ragione, che sotto il tappeto della "razionalizzazione" e della "lotta agli sprechi" si nasconda tanta 'materia oscura': i tagli al fondo sanitario, il precariato e il mancato rinnovo dei contratti...e ora anche il decreto Appropriatazza, con le possibili sanzioni economiche a carico dei medici affetti da "iper prescrizione". Abbiamo sempre pensato che l'appropriatazza sia un valore ma il sospetto che il decreto nasca per far cassa e non per finalità scientifiche non è affatto peregrino. Le rassicurazioni dei politici, anche dei più affidabili, evidentemente non bastano a scardinare la convinzione che si voglia o quantomeno si faccia poco o nulla per impedire lo smantellamento di quel Sistema Sanitario Nazionale – equo, solidale e universalistico – di cui siamo così orgogliosi. Nel documento della Fnomceo del 14 settembre scorso "Per una rinnovata alleanza dei medici tra loro e con i cittadini" vengono messe nero su bianco i tanti punti critici che affliggono la nostra professione e le richieste, condivisibili, al Governo per risolverle, pur "nella consapevolezza dell'assoluta necessità di dover affrontare in modo responsabile la grande crisi della sanità pubblica italiana in una condizione di persistente crisi economica e sociale...".

L'Aogoi, come sempre farà la sua parte, senza però rinunciare mai a un dialogo costruttivo e franco, tra di noi, con l'opinione pubblica e la parte politica. Anche questo a mio avviso fa parte di quella "responsabilità sociale" della comunità scientifica di cui parla la scienziata e senatrice a vita **Elena Cattaneo** in un recente articolo su *Repubblica* (tratto dalla sua prefazione al libro "Cattivi scienziati" di Enrico Bucci) in merito alla manipolazione di fatti sperimentali per ottenere benefici personali operata dalla "cattiva scienza". "Gli scienziati – scrive Cattaneo – non possono esimersi dal mettersi in gioco e dal partecipare alla costruzione della società portando la loro voce in ogni dibattito pubblico affinché i fatti documentati e controllabili possano essere esaminati e costituiscano le fondamenta su cui costruire decisioni legislative giuste e nell'interesse pubblico". In sintesi, "l'etica è intrinseca alla scienza e al metodo scientifico", e "se si deroga ad essere sempre sinceri e a riportare e rispettare i fatti, cioè le prove, ci si colloca automaticamente fuori dal mondo della scienza".

Vorrei concludere con una riflessione, un po' un appello. Non permettiamo che il lungo elenco dei problemi con cui dobbiamo misurarci ogni giorno affievolisca la passione per il nostro lavoro e il senso di responsabilità nei confronti del paziente che ognuno di noi serba dentro di sé. Tutti noi, almeno una volta nella nostra vita professionale, abbiamo fatto un piccolo grande "miracolo". La nostra è davvero una professione speciale. Senza attingere a una memoria lontana, ce lo ricorda il recentissimo esempio del neurochirurgo dell'ospedale Cardarelli di Napoli, **Claudio Vitale**, che ha voluto concludere un delicatissimo intervento su un paziente con un tumore al cervello, nonostante fosse stato colpito improvvisamente da un infarto. "Per una assunzione di responsabilità nei riguardi del paziente – ha detto con grande semplicità – perchè un cambio di mano in quella fase delicata dell'intervento non era opportuna".

Ringrazio i presidenti di questa edizione congressuale – **Claudio Crescini, Mauro Busacca, Luigi Fedele e Francesco Raspagliesi** – e tutti coloro che si sono impegnati per la miglior riuscita di queste giornate.

Un vivo ringraziamento anche ai politici e ai colleghi che hanno dedicato un po' del loro tempo a scrivere per questo numero speciale di *GynecoAogoi*. Come da prassi consolidata, anche quest'anno non poteva mancare il vostro Punto di vista e un buon Anteprima di alcuni tra gli argomenti più interessanti che affronteremo nelle varie sessioni. Grazie, grazie ancora.

Buon congresso a tutti!

La tenacia che l'Aogoi ha dimostrato nel voler perseguire un percorso di collaborazione a tutto campo,

innanzitutto con le istituzioni, è stata premiata e siamo riusciti, grazie anche alla sensibilità di alcuni politici, il collega parlamentare On. **Benedetto Fucci** in primis, a dare un contributo importante all'elaborazione di un testo unificato che ora è all'esame del comitato ristretto della Commissione Affari Sociali della Camera. Una legge ancora non c'è ma, sebbene con estremo ritardo, vedrà presto la luce perché ora a volerla non è solo la classe medica ma anche la politica. Le risorse che il contenzioso sottrae alla buona sanità e all'intera collettività sono enormi, anche se è difficile quantificarle, disperse come sono nelle pieghe della medicina difensiva e nei costi della Giustizia, che vede tanti processi inutili e pretestuosi che si risolvono poi con l'assoluzione dei sanitari. La nostra presenza nella Commissione sulla responsabilità professionale e la medicina difensiva (Commissione Alpa), in cui abbiamo "preteso" di essere coinvol-

“

Non permettiamo che il lungo elenco dei problemi con cui dobbiamo misurarci ogni giorno affievolisca la passione per il nostro lavoro e il senso di responsabilità nei confronti del paziente che ognuno di noi serba dentro di sé



priamo tutti che si tratta di una sfida difficile che implica politiche coraggiose e investimenti adeguati da parte delle istituzioni. Lo sa bene anche la politica che è consapevole dei grandi risparmi che si potrebbero ottenere da una ragionata e ragionevole riorganizzazione dei servizi e delle cure, ma questo implica anche un tavolo di confronto integrato nel quale l'Aogoi non potrà non essere parte attiva. E anche questo sarà un tema che, puntualmente come ogni anno, discuteremo in queste giornate milanesi confrontandoci con alcuni politici di primo piano.

Continua a Milano nella cornice di EXPO 2015 la lunga kermesse de **"La ginecologia italiana parla al mondo"**

L'appuntamento è presso lo stand "The Circle of Life" - 1° Piano di Cascina Triulza Padiglione Società Civile

Questo spazio di approfondimento su nutrizione e salute in tutte le fasi della vita funge da luogo di incontro per gli associati e da polo di dibattito e informazione per il grande pubblico. Qui alcuni nostri giovani colleghi sono a disposizione dei visitatori per rispondere alle loro domande e per distribuire materiale informativo.

Ecco gli eventi e i temi trattati con grande partecipazione. Protagonista in apertura il cibo: "alleato della passione", punto di partenza per ritrovare una buona sessualità di coppia. E proprio ad **Alimentazione, Stile di Vita e Sessualità** è stato dedicato l'incontro promosso dall'Associazione Ostetrici e

Ginecologi Ospedalieri Italiani (Aogoi) con la Società Italiana di Urologia (Siu), seguito da un servizio di **counselling live** aperto al pubblico e dalla distribuzione di materiale informativo. *"Così come l'esperienza culinaria deve passare da lei a lui perché i fornelli diventino una 'passione di coppia', anche il benessere sessuale deve essere un argomento da trattare in due per costruire una cultura di coppia - ha spiegato Antonio Chiàntera. Vogliamo far capire che queste problematiche vanno affrontate con un approccio multidisciplinare, in cui specialisti per lui e per lei lavorino per e con la coppia" magari ripartendo dalla tavola.*

Quattro gli incontri scientifici- realizzati in collaborazione con

il Collegio Italiano dei Chirurghi (CIC) - che si stanno svolgendo con successo in questa cornice straordinaria di EXPO: Nutrizione in gravidanza e terza età della donna, Chirurgia robotica ginecologica nella grande obesa, Benessere riproduttivo ed alimentazione.

E ancora, **Endometriosi: malattia sociale**, in programma per **sabato 24 ottobre** a partire dalle ore 9:30 presso l'Auditorium di Cascina Triulza Padiglione della Società Civile (in questa occasione si consiglia l'ingresso Merlata o Roserio).

L'informazione autorevole di un ricco panel di respiro nazionale e internazionale



LA GINECOLOGIA ITALIANA PARLA AL MONDO
ITALIAN GYNECOLOGY SPEAKS TO THE WORLD



vuole creare la giusta consapevolezza tra i medici e non solo.

Alla **Tavola Rotonda** interverranno le Associazioni per dare voce a temi di forte interesse per le nostre pazienti: "Dalla parte delle donne: reti e sinergie per combattere l'endometriosi" (Onda - Osservatorio Nazionale sulla salute della donna), "Dalla cura alla relazione di cura" (Associazione Italiana di Endometriosi) e "I vantaggi di una corretta alimentazione (A.P.E. Onlus). "Con l'endometriosi si chiuderà questo straordinario impegno della ginecologia italiana che ci ha permesso di promuovere le nostre eccellenze sia presso gli addetti ai lavori sia, soprattutto, tra la gente - ha affer-



mato il Presidente Aogoi Vito Trojano. *Speriamo che chi ha visitato il nostro stand e che ci verrà a trovare nei giorni prima della chiusura divenga poi promotore delle nostre ricchezze e competenze in Italia e nel mondo. Un grande grazie ai Colleghi e a tutti coloro che hanno reso possibile questo momento di condivisione e informazione".*





SIGO 2015: la Ginecologia italiana riunita a Milano nel contesto della grande kermesse dell'EXPO

Paolo Scollo
Presidente SIGO

Il Congresso Nazionale della Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia (Sigo), come ogni anno, rappresenta un momento fondamentale di incontro e dibattito tra i ginecologi italiani e di confronto con la società civile e il mondo politico-istituzionale. Quest'anno il congresso oltre ad affrontare temi innovativi di vario genere, in ambito scientifico, socio-sanitario e politico riprenderà i temi legati alla alimentazione e la sostenibilità propri dell'Expo 2015. Infatti non è un caso che si sia deciso di organizzare la manifestazione a Milano in concomitanza con l'Esposizione universale.

Il Congresso nazionale Sigo rappresenta anche un momento di bilancio dell'attività dell'anno della nostra Associazione che mi onoro di presiedere. Ormai, il

"Il Congresso Nazionale SIGO anche quest'anno riunisce le Società confederate Aogoi e Agui e le Società Scientifiche affiliate in un importante momento di confronto e dibattito tra i principali attori della Ginecologia Italiana e di dialogo con il mondo istituzionale, politico e civile.

Quest'anno il congresso si svolge nel contesto della grande kermesse della EXPO 2015, di cui in parte riprende i temi dell'alimentazione e della sostenibilità"

Consiglio Direttivo in carica si trova a metà mandato e può già tracciare un bilancio provvisorio della sua attività, sia in campo scientifico che politico ed istituzionale. Nella mia relazione all'assemblea aggiornerò i soci sulle attività svolte e in svolgimento in collaborazione con le istituzioni, Agenas e Ministero della Salute sul tema della responsabilità medica, dei punti nascita, della rete dell'emergenza pediatrica/neonatale, il ruolo Sigo in seno alla Figo e all'Ebcog.

Nel 2015, inoltre, si è continuato nell'opera di stilare ed ag-

giornare raccomandazioni/linee guida, richieste dal Ministero stesso, nell'ambito delle attività ispettive in collaborazione con la Fondazione Confalonieri Ragonese e le confederate Aogoi e Agui.

Per migliorare la comunicazione con i Soci è in corso una ridefinizione della struttura e della grafica del sito Sigo, sia da Pc che da smartphone. In particolare, a breve sarà disponibile una App-SIGO specifica che permetterà ai soci di consultare il sito Sigo tramite smartphone e ricevere gli *alert* sulle nuove attività ed informazioni in tempo

reale sulle novità scientifiche e politiche. Il 2015, inoltre, ha visto il crescente interesse sia nazionale che internazionale per l'*Italian Journal of Gynaecology and Obstetrics*, storica rivista scientifica della Sigo, che è passata dal formato cartaceo ad un formato elettronico online, in lingua inglese, con apposizione del numero ISSN sulle riviste, indicizzazione della rivista sui principali motori di ricerche e banche dati.

A testimonianza del crescente interesse per la testata un solo dato: in un anno il sito della rivista ha avuto circa 12 mila visitatori e numerose sono le richieste di pubblicare articoli anche da parte di gruppi stranieri. Il numero delle citazioni an-

ch'esso è in aumento e si sta completando il processo per indexare la rivista. È evidente che il percorso del rilancio dell'*Italian Journal of Gynaecology and Obstetrics* è ancora agli inizi, ma già dopo un anno la rivista si sta affermando come uno strumento di aggiornamento e informazione più flessibile e attraente, e al passo con i tempi.

Il Congresso Sigo 2015 chiude il triennio Napoli-Cagliari-Milano e, dal prossimo anno, inizierà un nuovo ciclo di tre anni durante il quale il congresso sarà organizzato a Roma, in linea con quanto deciso nella precedente assemblea dei soci e in accordo con quanto avviene nelle maggiori società scientifiche italiane. Questa operazione dovrebbe

semplificare aspetti organizzativi ed economici, a tutto vantaggio della Sigo. Sono certo che il SIGO 2015 sarà un Nazionale di grande successo, sia per l'interesse degli argomenti scelti dai presidenti che per l'organizzazione minuziosa che ha visto tutti impegnati (Presidenti, Direttivo e comitato organizzatore) e quindi auspico da parte di tutti voi una piena e attiva partecipazione ai lavori congressuali. **Y**



Clogín[®] Lavanda vaginale

pH 4,5

Acido Borico, Tea Tree Oil
Aloe vera gel

Azione mucoadesiva

NUOVA FORMULA

Acido ialuronico

Efficacia prolungata

Idratazione intensa



CANNULA SOTTILE
DELICATA



**Immediato sollievo da
Prurito e Bruciore**

5 flaconi da 100 ml





Responsabilità medica

Restituire serenità ai medici e certezze ai cittadini-pazienti

Nicola Surico

Presidente Collegio Italiano dei Chirurghi (CIC)

È giunta ufficiosa notizia, nel momento in cui scriviamo, che il governo non intende inserire la normativa in materia di professione sanitaria nella prossima Legge di stabilità (o finanziaria che dir si voglia). Se detta notizia è fondata v'è da esprimere preoccupazione poiché la materia necessita da tempo di valutazione ed approvazione e, d'altra parte, le commissioni parlamentari (Sanità e Affari sociali) hanno già elaborato i loro pareri.

L'inserimento dell'argomento nella legge finanziaria non era e non è un fuori tema poiché il contenzioso pazienti-medici-strutture origina una spesa ingentissima che, con opportuni rimedi, può essere utilmente contenuta.

Le migliaia di azioni civili e penali che vengono intentate contro i medici - e soprattutto alcuni specialisti: chirurghi, ginecologi e traumatologi - si concludono con il 98% di proscioglimenti in sede penale e l'80% di assoluzioni in sede civile. Ma in attesa dell'epilogo giudiziario (a volte per anni) già si verificano effetti profondamente negativi, quali:

- demotivazione degli operatori sanitari con spinta a scelte omissive
- elevatissimi costi in termini di medicina difensiva
- lievitazione abnorme dei premi assicurativi.

Riteniamo che il quadro sopra descritto non sia affatto confutabile e, pertanto, occorre por mano ad una normativa che, a completamento e miglioramento della cosiddetta Legge Balduzzi, ridia serenità ai medici e certezze ai cittadini-pazienti.

Crediamo che la norma in itinere debba sancire alcuni principi:

"l'obbligazione" del medico verso il paziente non è certamente di risultato (del quale depositario è solo il padreterno) bensì di correttezza, capacità e diligenza: in mancanza di esse si configura la colpa che non può che originare la responsabilità "aquiliana".

La salute dei cittadini è un bene costituzionalmente protetto: non lo si persegue con i medici stressati da pretese punitive e risarcitorie innumerevoli, esorbitanti e, spesso, infondate



Appare dunque estraneo all'ordinamento l'inserimento in un rapporto contrattuale.

E ciò detto appare incomprensibile la differenza fra rapporto istituzionale (medico in struttura ospedaliera) e libero professionista.

Ancora, una volta inserita la responsabilità medica nel quadro dei fatti illeciti (e come potrebbe essere diversamente?) la prescrizione deve essere quella prevista dall'art. 2947 Codice Civile: a meno che non si voglia un trattamento peggiore del medico rispetto a tutti gli altri cittadini. E, beninteso, la prescrizione dovrà farsi decorrere dall'atto medico e non dall'evento. Abbiamo visto che il medico può essere aggredito in sede penale e in sede civile. Ciò consente

una prima riflessione: il proliferare di procedimenti penali è anche largamente dovuto alla circostanza che questi non costano nulla (basta una denuncia o una querela) mentre le cause civili hanno un costo notevole soprattutto per le spese liquidate in caso di soccombenza.

La nostra analisi deve dunque prendere in separata considerazione le questioni penali e quelle civili.

Attualmente, in diritto sostanziale, la responsabilità per colpa dei medici non trova alcuna autonoma collocazione ed è disciplinata dagli artt. 34 III comma, 589 c.p. (omicidio colposo), 590 c.p. (lesioni colpose).

Dunque la pretesa punitiva dello Stato si rivolge al medico proprio come all'ubriaco che alla

guida di un'auto ammazzi un pedone. Ciò pare decisamente inaccettabile non perché ai medici deve essere riservato un porto franco ma per la natura della loro attività normalmente protesa ad affrontare l'imponderabile. Il tema è già stato affrontato della legge Balduzzi che ha escluso la responsabilità penale per colpa lieve; ora occorre soltanto una toilette ordinamentale ovvero la creazione degli artt. 589 bis e 590 bis c.p..

Ciò fatto, non si è ancora aggredita la proliferazione di infondati processi penali; noi pensiamo che, ferma l'obbligatorietà dell'azione penale, si potrebbe evitare

“La pretesa punitiva dello Stato si rivolge al medico proprio come all'ubriaco che alla guida di un'auto ammazzi un pedone: questo è decisamente inaccettabile”

”

l'evoluzione di indagini e di dibattimenti facendo ricorso ad un istituto già esistente nel codice di rito: l'incidente probatorio previsto dall'art. 392 lett. F e comma 2 c.p.p.,.

In altri termini dovrebbe essere immediatamente disposta perizia (medico legale) prima di ogni atto d'indagine.

Con questo semplice strumento si eviterebbero molti processi (e relativi costi) e verrebbe ridata serenità ai medici, senza dover attendere (per anni) una sentenza d'assoluzione.

Ciò evidentemente non lederebbe in alcun modo le aspettative delle parti lese e delle parti offese poiché, in caso di accertamento di colpa in sede peritale, il processo farebbe il suo naturale corso.

Alcune considerazioni in materia civile

Deve essere innanzitutto affrontata una questione preliminare. È regola generale del processo civile che parte attrice debba fornire le prove delle proprie pretese, per cui appare veramente singolare che nel giudizio promosso contro i medici, invertendo l'onere della prova, siano questi a provare l'assenza di responsabilità, *probatio*, talora diabolica.

Attesa la delicatezza dell'attività del medico e i grandi rischi inerenti, questa inversione penalizzante (ed eccezione alla regola generale) non appare accettabile.

Altra questione, già precedentemente accennata, è quella della prescrizione. Infatti non è dato intendere perché se nelle obbligazioni da fatto illecito la prescrizione è di cinque anni (talora meno: vedasi nei sinistri stradali) allorché si tratti di preteso illecito (colposo) del medico questa debba essere di maggior durata.

A queste affermazioni taluno ha obiettato che il paziente necessita di tempo per acquisire la necessaria documentazione (es. cartella clinica); codesta

obiezione è inaccettabile perché, statisticamente, in cinque anni si possono acquisire ogni genere di atti e, avviata l'azione, il decorso della prescrizione è interrotto.

Altro grave problema è quello della cosiddetta rivalsa: ciò accade allorché, affermata la responsabilità del medico, l'ente di appartenenza (ospedale - casa di cura),

dopo aver liquidato parte attrice richiama il rimborso al medico medesimo il quale può addirittura non essere stato parte nel processo civile.

A questa pretesa occorre porre un limite con una serie di interventi:

- è necessario che l'azione civile sia preceduta da un tentativo di soluzione arbitrale ed all'uopo sia creato un albo di esperti di alto profilo;
- deve essere predisposta una tariffa per gli indennizzi così da evitare speculazioni (numerosi);
- infine, similmente a quanto accade per i magistrati, si dovrà stabilire un tetto alle rivalse e una dilazione per i pagamenti. ■

NOVITÀ



Materna®

È la gamma completa di integratori alimentari che accompagna la donna dalla gravidanza all'allattamento.

Da oggi si aggiunge alla gamma il nuovo Nestlé® Materna® DHA con:

- **Nutrienti selezionati**
vitamine e minerali essenziali e nelle quantità adeguate: acido folico, DHA 200 mg e ferro nella formula FERROCHEL® altamente biodisponibile
- **Capsula unica gastroresistente**
una sola capsula al giorno studiata per sciogliersi nell'intestino per favorire l'assorbimento dei nutrienti ed evitare la comparsa di retrogusto



Nestlé® Materna® DHA,
dalla gravidanza all'allattamento.



GLI INTEGRATORI ALIMENTARI NON VANNO INTESI COME SOSTITUTI DI UNA DIETA VARIA ED EQUILIBRATA E DI UNO STILE DI VITA SANO. NON ECCEDERE LE DOSI RACCOMANDATE PER L'ASSUNZIONE GIORNALIERA.

AVVISO IMPORTANTE: l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda l'allattamento al seno esclusivo per i primi 6 mesi. Nestlé supporta pienamente questa raccomandazione ed il prolungamento dell'allattamento materno anche durante lo svezzamento, come consigliato dal pediatra e dalle autorità sanitarie.

Nestlé Italiana S.p.A. - Via del Mulino, 6 - 20090 Asago (MI) - Tel. 02.81181.1



A colloquio con Antonio Chiantera, Segretario Nazionale AOGOI

Per crescere bisogna saper guardare avanti

“Molti giovani colleghi sono ormai pronti a portare nuove idee ed energie alla causa professionale che in questi anni abbiamo difeso con forza ed energia”

Professor Chiantera la ginecologia italiana parla al mondo attraverso l'Expo. Ma anche l'appuntamento di Milano per il vostro 55° congresso è sicuramente una grande occasione per puntare i riflettori su alcune tematiche che toccano da vicino la vita dei ginecologi. E uno degli argomenti più caldi è sicuramente quello che riguarda responsabilità professionale e tutto ciò che ne consegue: contenziosi infondati e medicina difensiva. Un tema ora all'attenzione del Parlamento e del Ministero della Salute. Nell'attesa che qualcosa cambi come vi state muovendo?

Questo è un tema particolarmente sentito e sul quale i ginecologi, ormai da moltissimi anni, accendono i riflettori e fanno sentire la loro voce. Direi anche a “pieni polmoni”. Ora si tratta di sbloccare una situazione divenuta inaccettabile. Vedremo quali saranno gli sviluppi in Parlamento e vigileremo... L'Aogoi c'è e sarà sempre presente, pronta a collaborare con le istituzioni finché non si arriverà ad una buona legge sulla responsabilità professionale. I presupposti ci sono tutti. Mi pare che ora ci sia anche la volontà politica di fare presto. Abbiamo fatto la nostra parte, dato un contributo importante nell'elaborazione del testo unificato ora all'esame del comitato ristretto della Commissione Affari Sociali della Camera e siamo fiduciosi, come ha detto anche il nuovo relatore Federico Gelli, che entro la fine dell'anno si arriverà a un testo definitivo. Che dire? Meglio tardi che mai.

Lo sforzo profuso dalle nostre società scientifiche, insieme ad alcune altre parti interessate, non è stato vano: ora davvero la politica “tutta” ha compreso che il nodo della responsabilità pro-



fessionale va sciolto. Voglio essere franco e anche un po' cattivo: non so quanto e a quanti stia a cuore la tutela della dignità e la serenità di una classe medica che da anni sta facendo degli sforzi titanici per tenere in piedi la nostra sanità pubblica, ma certo è che ora la posta in gioco è la tenuta di un sistema (quasi) al collasso: contenzioso medico legale e medicina difensiva creano voragini economiche non più sostenibili.

Da tempo l'Aogoi ha puntato molto sull'Ufficio Legale nazionale che, soprattutto grazie al suo impulso, è cresciuto e funge da grimaldello per molte iniziative importanti, anche a livello europeo.

L'Aogoi ha sempre avuto a cuore la tutela medico legale dei propri soci e per questo abbiamo puntato su una organizzazione efficiente attraverso uno “scudo giudiziario” insieme al

nostro robusto Ufficio Legale Nazionale.

Personalmente ho assunto il coordinamento di detto Ufficio Legale che, gratuitamente, è pronto a fornire ai nostri colleghi in difficoltà consulenti tecnici ed Avvocati penali e civili di altissimo livello su tutto il territorio nazionale.

Abbiamo potuto muovere i nostri primi passi in Europa, anche grazie alle competenze e al supporto del nostro Ufficio Legale, oltre che allo strenuo impegno del nostro ottimo Presidente Vito Trojano e a quello di molti altri colleghi che non sto ad elencare per timore di dimenticarne qualcuno. “Imprese” come la creazione del Network Internazionale di Ginecologia e Ostetricia sono possibili solo grazie a un lavoro di squadra.

Il mio “impulso”, come lei lo ha definito, da solo non basta. Neanche quello di un segretario nazionale di lungo corso come

me. L'uomo solo non fa prima primavera: se si vuole far crescere una Associazione scientifica e sindacale importante come l'Aogoi c'è bisogno della collaborazione di tutti i soci. Per me l'Aogoi è una grande famiglia, la casa dei ginecologi italiani, l'ho sempre pensata e sognata così.

“Aogoi per te” e “Perizie e Periti” sono le due sessioni congressuali che puntualmente nelle ultime edizioni dei congressi nazionali offrono uno spazio di riflessione e dibattito sulle problematiche medico legali, assicurative e di protezione del patrimonio.

La riflessione e il dibattito su queste problematiche è importante ma l'informazione viene prima di tutto. In Italia abbiamo le leggi più belle del mondo, ma poi non le applichiamo...La conoscenza degli strumenti che abbiamo a disposizione per tutelare da abusi la nostra categoria è un tassello fondamentale. Esempio in questo senso è il caso della recente sentenza emessa dal tribunale civile di Padova che ha condannato, per la prima volta, il paziente a pagare il medico e l'azienda ospedaliera per averli ingiustamente trascinati in una lite temeraria, sostenendo di aver subito un danno, in realtà, inesistente. Questo è un inizio importante, ne discuteremo bene nella sessione “Perizie e Periti”. Quando c'è una richiesta di risarcimento o peggio ancora una denuncia penale assolutamente immotivata ora si può reagire con una denuncia per calunnie o con una richiesta di lite temeraria. Questa è una strada che possiamo percorrere sapendo di avere tutte le indicazioni e la giusta tutela per intraprenderla. L'Aogoi, abilitata alla difesa dei

suoi iscritti con la sentenza del Consiglio di Stato nel parere n. 8672/04 della Sezione I° consultiva 5 aprile 2006, è pronta a costituirsi a fianco dei colleghi nelle denunce per diffamazione ed oltraggio della categoria o ad intraprendere procedimenti giudiziari civili per lite temeraria.

Non solo, sempre in sede congressuale, ci confronteremo e apriremo una discussione scientifica su una serie di perizie, che definirei “molto originali”, spesso scritte da medici legali o anche da colleghi senza un assunto scientifico solido. Credo che questa sia una pratica che vada molto ben ponderata: bisogna uscire da personalismi privi di riscontri nella letteratura internazionale. Ecco perché serve un confronto attento su questi temi.

Professore, una questione sempre calda è stata quella del rapporto con i colleghi universitari. Un rapporto non privo di contrasti, tant'è che nel 2007 ha anche prodotto una frattura tra il mondo degli ospedalieri e quello dei cattedratici. Qual è lo stato dell'arte?

Questo è uno scenario ormai superato. Siamo, infatti, in piena armonia con il mondo universitario: c'è una piena e totale collaborazione soprattutto su quella che è la difesa e la dignità della nostra professionalità. Posso quindi affermare, senza essere smentito, che c'è sicuramente una comunanza d'intenti.

L'Aogoi si contraddistingue per essere un'Associazione sempre al passo con i tempi e pronta a mettersi in discussione. State mettendo in campo nuove iniziative?

Credo che i tempi siano maturi per dare un nuovo slancio alla nostra Associazione. Questo si traduce nel fatto che dobbiamo avviare una profonda riflessione sulle nostre “gerarchie” e su un nuovo corso della ginecologia italiana a partire dal prossimo anno. Dopo due mandati ritengo, infatti, sia doveroso passare il testimone ad altri colleghi anche per dare un'occasione alle nuove generazioni. In questi anni abbiamo “addestrato” molti giovani colleghi ormai pronti a portare nuove idee ed energie alla causa professionale che in questi anni abbiamo difeso con forza ed energia. Colleghi ora pronti ad affiancare progressivamente chi ha condotto magistralmente questa Associazione difendendo gli interessi professionali degli iscritti.

La performance di una Associazione come la nostra si misura anche dalla sua capacità di guardare sempre avanti. ■



Il contributo del ministro della Salute

Promuovere un rinnovamento culturale in tema di procreazione

“La promozione della salute delle giovani generazioni rappresenta una priorità, per la prevenzione di malattie croniche legate a stili di vita scorretti e non salutari, ma soprattutto per investire sul futuro del nostro Paese dando il giusto valore alla maternità e paternità responsabile”

Beatrice Lorenzin
Ministro della Salute

Sono molto lieta che, per questo annuale momento di confronto tra gli operatori che si occupano a tutto tondo della salute della donna, abbiate scelto di approfondire il tema della nutrizione e dei corretti stili di vita, in sinergia con l'opportunità che offre Expò 2015, e di affrontare il tema del benessere riproduttivo, in linea con la mission e gli obiettivi del Piano Nazionale Fertilità da me presentato lo scorso maggio.

Corretta alimentazione e stili di vita sani, benessere, sono temi ormai universali e trasversali su cui possono e devono convergere non solo il sistema sanitario ma anche altri settori (dall'ambiente alla scuola, dall'agricoltura al turismo, dall'urbanistica ai trasporti, fino allo sport e al terzo settore), in coerenza con la politica sociale e sanitaria comune europea di “Health 2020”, secondo un approccio multistakeholder, per assicurare a tutti il mantenimento di un buono stato di salute lungo tutto il corso della vita.

Come ben sapete, fin dal 2007, il Ministero della Salute ha investito su questi temi approvando il programma “Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari”, una strategia globale per contrastare i quattro principali fattori di rischio di malattie croniche nel nostro Paese: scorretta alimentazione, inattività fisica, abuso/uso scorretto di alcol e tabagismo. Il programma, che si caratterizza per l'approccio trasversale ai fattori di rischio e la definizione di strategie inter-settoriali, mira ad agire anche sui fattori ambientali e sui determinanti socio-economici che condizionano l'insorgenza delle malattie croniche. La stipula



di Protocolli di intesa tra il Ministero della salute, leader e promotore del Programma e gli attori coinvolti (istituzioni centrali, rappresentanti della società civile e del mondo produttivo), ha rappresentato uno strumento fondamentale per promuovere interventi intersettoriali e avviare una serie complessa di attività finalizzate alla promozione di corretti stili di vita.

In particolare, la promozione di un'alimentazione sana, l'astensione dal fumo e dall'alcol in gravidanza e puerperio e la promozione dell'allattamento al seno nonché l'assunzione fin dall'infanzia di comportamenti alimentari corretti e di uno stile di vita attivo sono alcuni degli obiettivi del programma e sono strettamente legati al ruolo centrale svolto dalla donna nella famiglia e nella società.

La donna, infatti, nel suo ruolo di caregiver dell'intero nucleo familiare, è potenziale leader

“Confido nel vostro intervento soprattutto per sfatare pregiudizi e falsi miti che spesso disorientano i cittadini, in particolare su questioni delicate come la procreazione e l'uso di farmaci per superare problemi di infertilità”

per la promozione dei corretti stili di vita life-course. Si prende cura dei piccoli come dei più anziani e attraverso le sue scelte: da cosa comprare quando fa la spesa, alle attività da svolgere durante il giorno, può influenzare positivamente la salute di tutto il nucleo familiare.

La promozione della salute e dell'equità nella salute, dunque, necessitano di specifici interventi in ogni fase della vita, secondo un approccio life-course. Infatti ogni fase della vita influenza la successiva e fattori biologici, comportamentali, psico-

logici, sociali e ambientali interagiscono tra loro con profondo impatto sulla salute individuale e collettiva. Ciò non significa quindi solo assicurare un buon inizio ad ogni bambino (con interventi di prevenzione già prima della gravidanza, sistemi di protezione della maternità e delle nuove famiglie e interventi di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno), ma anche prevenire comportamenti non salutari che si instaurano spesso già durante l'infanzia e l'adolescenza, garantendo un'educazione alla salute che aumenti la capacità individuale di fare scelte “sane e salutari” al fine di ridurre il rischio di insorgenza di malattie croniche in età adulta ed arrivare ad un invecchiamento sano ed attivo.

Affrontare temi rilevanti come gli stili di vita, significa leggere i determinanti di salute al femminile, favorire la salute individuale ma ancor più importante proteggere la salute riproduttiva sia in epoca preconcezionale che in gravidanza.

Purtroppo, manca ancora una vera cultura della fertilità sia nell'opinione pubblica che in una certa quota di medici, nonché nei processi comunicativi di massa, una cultura che promuova un momento riproduttivo consapevole e nelle migliori condizioni biologiche possibili. Per questo con il Piano Nazionale Fertilità vogliamo innanzitutto informare i cittadini sul ruolo della Fertilità nella loro vita, sulla sua durata e su come proteggerla evitando comportamenti che possono metterla a rischio. Questa informazione dovrà avvenire capillarmente con il coin-

volgimento di tutti, a partire dai ginecologi, che usando la propria professionalità e il proprio ruolo dovranno creare una nuova coscienza finalizzata a favorire la tutela della fertilità e la consapevolezza dell'importanza della salute riproduttiva e dei suoi tempi fisiologici. “Difendi la tua fertilità, prepara una culla nel tuo futuro” è il motto del Piano fertilità. Il nostro futuro dipende dall'impegno di tutti noi nel riuscire a creare questa rivoluzione culturale in quanto la fertilità è un bisogno essenziale non solo della coppia ma del-

l'intera società.

Ma la donna, anzi la coppia, del terzo millennio, sicuramente più istruita di quella del secolo scorso, è anche più informata? I nuovi mezzi di comunicazione, il web, i social network facilitano la diffusione delle informazioni ma non sempre di informazioni corrette. Già lo scorso aprile ho voluto organizzare a Roma proprio un evento sui “Falsi miti in sanità” perché sono fermamente convinta che in una società dell'informazione in cui tutto corre veloce è diventato indispensabile che tutti gli operatori sanitari sappiano fornire informazioni e indicazioni su temi legati alla salute e alla prevenzione, sfatando falsi miti e credenze senza fondamento scientifico.

È una sfida ardua: si tratta di costruire quel rapporto di fiducia medico-paziente che solo l'attenzione ai bisogni di ogni singolo riesce a creare, ma in questo modo si riuscirà ad educare alla salute per far agire comportamenti corretti e azioni sane.

Ci dobbiamo impegnare a collaborare per la giusta informazione; ginecologi, medici, pediatri, rappresentanti delle istituzioni ma anche media, giornali, internet, social network, opinion leader, dobbiamo avere un ruolo fondamentale nel farci parte attiva in queste dinamiche di sensibilizzazione diffusa; così come si può essere determinati nell'alimentare le ansie collettive, influenzando i processi decisionali, si può essere, anzi abbiamo la responsabilità di assumere un ruolo cruciale nell'interrompere le sequele negative.

Confido nel vostro intervento soprattutto per sfatare pregiudizi e falsi miti che spesso disorientano i cittadini, in particolare su questioni delicate come la procreazione e l'uso di farmaci per superare problemi di infertilità.

Bisogna operare un capovolgimento della mentalità corrente volto a rileggere la Fertilità come bisogno essenziale non solo della coppia ma dell'intera società, promuovendo un rinnovamento culturale in tema di procreazione. E per celebrare questa rivoluzione culturale istituiremo il “Fertility Day”, Giornata Nazionale di informazione e formazione sulla Fertilità, che si celebrerà per la prima volta il 7 maggio 2016.

La promozione della salute delle giovani generazioni rappresenta una priorità, per la prevenzione di malattie croniche legate a stili di vita scorretti e non salutari, ma soprattutto per investire sul futuro del nostro Paese dando il giusto valore alla maternità e paternità responsabile. Voglio esprimere, infine, il mio “Grazie” a tutti voi per il vostro lavoro quotidiano perché non mi stancherò mai di ripetere che tutelare la salute della donna significa tutelare la salute di un'intera famiglia e, quindi, della collettività. **Y**



Strategie italiane per il miglioramento della qualità

Alessandro Ghirardini
Giorgio Leomporra
Rosetta Cardone
Claudio Seraschi
Angela De Feo

Ministero della salute,
Direzione generale
della Programmazione Sanitaria,
Ufficio qualità delle cure, Roma

“Il Ministero della salute, anche sulla base delle priorità individuate nei documenti programmatici e di indirizzo nazionali, pone il tema della sicurezza e della gestione del rischio clinico al centro delle attività finalizzate alla promozione della qualità dell’assistenza sanitaria”

Nel corso degli ultimi anni abbiamo assistito a notevoli cambiamenti nell'erogazione dell'assistenza sanitaria che ha delineato un panorama complesso ed articolato richiedendo, da parte dei sistemi sanitari, la definizione di politiche e strategie da tradurre in azioni e comportamenti coordinati ed integrati, secondo i principi del governo clinico, dirette al miglioramento continuo della qualità, che vede come fondamentali vettori le tematiche relative alla sicurezza dei pazienti e alla gestione del rischio clinico.

In tal senso, vanno anche gli orientamenti di molti paesi e dei principali organismi internazionali, come la Commissione Europea, il Consiglio d'Europa, l'Ocse e l'Oms, da tempo impegnati nella definizione di strategie ed azioni finalizzate ad offrire assistenza sanitaria di alta qualità e in condizioni di massima sicurezza.

Sono disponibili evidenze che dimostrano l'efficacia di strategie e strumenti per ridurre la probabilità di accadimento degli eventi avversi e/o mitigarne le conseguenze dirette sul paziente, che confermano l'utilità, ad esempio, di strumenti quali le checklist – in sala operatoria e nel parto – per assicurare l'erogazione delle prestazioni in condizioni di sicurezza ed appropriatezza. Un elemento da tener in conto con attenzione, e che richiede ancora maggiori approfondimenti nell'ottica di evitare costi aggiuntivi e impropri, è quello dell'analisi sui costi ed i risparmi connessi con la sicurezza dei pazienti. L'attuale esigenza di adeguare l'appropriata allocazione delle risorse e il loro corretto utilizzo con l'offerta di prestazioni di elevata qualità e sicurezza rende sempre più neces-



saria la disponibilità di strumenti in grado di valutare l'impatto di specifici eventi avversi sulle risorse di un'azienda o del servizio sanitario nel suo complesso.

Anche nel nostro paese la qualità e la sicurezza dei pazienti viene inclusa fra le priorità individuate nei documenti programmatici e di indirizzo nazionali, a partire dal Piano sanitario Nazionale 2003-2005 e 2006-2008, “Un New Deal della Salute”, riconfermato dall'Atto di indirizzo per scelte strategiche della politica sanitaria del prossimo triennio, che lega tale politiche alla messa in atto di Programma nazionale per la promozione della qualità e della sicurezza delle cure, anche in coerenza con le conclusioni del Consiglio dell'Unione Europea del 1° dicembre 2014 in tema di qualità e sicurezza delle cure. Anche il DM 70/2015 contenente il “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera” richiama espressamente *la necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza in un contesto di risorse limitate, ponendo come “conditio sine qua non” la riconversione di servizi, strutture ed ospedali, utilizzando una logica di rete ospedaliera, la cui unità di riferimento sia rappresentata dai volumi di attività specifici per processi assistenziali (i cosiddetti percorsi diagnostico terapeutici assistenziali) e l'appropriatezza dei ricoveri e delle*

prestazioni, a cui deve fare seguito un coerente numero di posti letto, nel contesto di un efficace sistema di governo dell'offerta, in cui elementi determinanti sono i volumi di attività e la valutazione degli esiti delle prestazioni.

Il Ministero della salute, anche sulla base delle priorità individuate nei documenti programmatici e di indirizzo nazionali, pone il tema della sicurezza e della gestione del rischio clinico al centro delle attività finalizzate alla promozione della qualità dell'assistenza sanitaria, nella consapevolezza che alla complessità del sistema sanitario, in cui all'eterogeneità dei processi e dei risultati da conseguire concorrono molteplici fattori, quali la pluralità delle prestazioni sanitarie, delle competenze specialistiche e dei ruoli professionali è connaturato il rischio di incidenti/errori/eventi avversi, che hanno in primo luogo rilevanza per i possibili danni cui può incorrere il paziente, ma anche in quanto determinano la perdita di fiducia degli utenti nei confronti del singolo professionista e della struttura sanitaria, nonché l'avvio di onerosi contenziosi.

I rischi correlati alle attività sanitarie, sebbene non del tutto eliminabili, sono controllabili, mediante l'adozione di adeguate ed appropriate azioni di prevenzione e rimozione dei fattori causali ed in particolare di “insufficienze latenti”, ossia insufficienze o errori di progettazione, organizzazione e controllo, che restano presenti nel sistema ma non evidenti (i cosiddetti buchi del modello del formaggio svizzero del Prof. J.

Reason), finché un fattore scatenante non li rende palesi in tutta la loro potenzialità, causando danni più o meno gravi. Le numerose azioni avviate dal Ministero della salute negli ultimi quindici anni sono state orientate ad affrontare e governare in maniera integrata i diversi aspetti della sicurezza dei pazienti e della gestione del rischio correlato all'erogazione dell'assistenza e promuovere, quindi, la qualità delle cure su alcune direttrici principali, tra le quali il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi, nel contesto dell'Osservatorio Nazio-

L'implementazione delle previsioni dell'Accordo del 16 dicembre 2010 è un percorso complesso e progressivo, che dovrà permettere di allineare nelle Regioni e province autonome i livelli di assistenza a garanzia della sicurezza e qualità del percorso nascita

nale sugli Eventi Sentinella, che, con il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (Simes), include anche i risultati dell'analisi effettuata e i relativi piani di miglioramento, l'elaborazione di Raccomandazioni, con lo scopo di fornire indicazioni utili a prevenire il verificarsi di eventi avversi (attualmente sono 17 le raccomandazioni disponibili), la realizzazione di iniziative di carattere formativo, per diffondere strumenti omogenei atti ad aumentare le competenze degli operatori, il coinvolgimento di cittadini, pazienti ed utenti al fine di renderli protagonisti della propria salute e dei propri percorsi assistenziali. Ricordiamo, in tal senso, l'elaborazione, in collaborazione con la Federazione nazionale dell'Ordine dei medici e con il Collegio Ipaevi, di documenti quali il *Manuale di formazione sulla sicurezza e gestione del rischio*, i *Manuali di formazione per il Governo clinico* che hanno esplorato alcuni degli aspetti peculiari del Governo clinico: *Root cause analysis*, *Audit clinico*, *Appropriatezza*,

Innovazione nei sistemi sanitari, Monitoraggio delle performance cliniche, Formazione per il governo clinico degli operatori sanitari. Tali documenti sono stati tradotti in altrettanti corsi Ecm in modalità Fad.

In funzione della qualità e della sicurezza delle cure del percorso nascita, il Ministero, in condivisione con Regioni e Province Autonome ha definito l'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010, recante: “Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo”, che prevede la realizzazione di 10 linee d'azione, con il monitoraggio dei Comitati Percorso Nascita ad hoc istituiti a livello Nazionale, Regionale ed Aziendale, nella consapevolezza di dover implementare alcune misure fondamentali per garantire livelli accettabili di qualità e sicurezza per la madre e il nascituro e ridurre, nel contempo il tasso dei tagli cesarei. Di particolare importanza è, in tal senso, la definizione del volume minimo di parti, che, secondo la letteratura e le esperienze in materia, è determinante per configurare le condi-

zioni organizzative, di competenza e di *expertise* necessarie per garantire la sicurezza del percorso nascita e, nel contempo, migliorare l'appropriatezza nell'utilizzo del taglio cesareo. Infatti, la possibilità di seguire una casistica numerosa, mette in condizione i professionisti di effettuare un corretto inquadramento delle pazienti ed una corretta gestione della gravidanza, mantenendo ed accrescendo nel tempo la propria competenza; ciò

vale, ancor più, rispetto ad eventuali situazioni di emergenza che dovessero verificarsi durante il decorso della gravidanza, il parto e il post partum e che richiedono interventi appropriati, efficaci e tempestivi. Altrettanto fondamentale è la realizzazione di un Sistema di trasporto in emergenza specificamente rivolto alla madre e al neonato.

Ulteriore elemento fortemente innovativo fornito dell'Accordo è quello di aver ricondotto a due i precedenti tre livelli assistenziali, nonché l'individuazione degli standard operativi, tecnologici e di sicurezza che tutte le UU.OO ostetriche e pediatrico/neonatalogiche, comprese le Unità di terapia intensiva neonatale, devono possedere e garantire.

L'implementazione delle previsioni dell'Accordo del 16 dicembre 2010 è un percorso complesso e progressivo, che dovrà permettere di allineare nelle Regioni e province autonome i livelli di assistenza a garanzia della sicurezza e qualità del percorso nascita. **Y**



seasonique

150 mcg / 30 mcg e 10 mcg

Levonorgestrel/Ethinilestradiolo

gennaio

febbraio

marzo

aprile

maggio

giugno

luglio

agosto

settembre

ottobre

novembre

dicembre

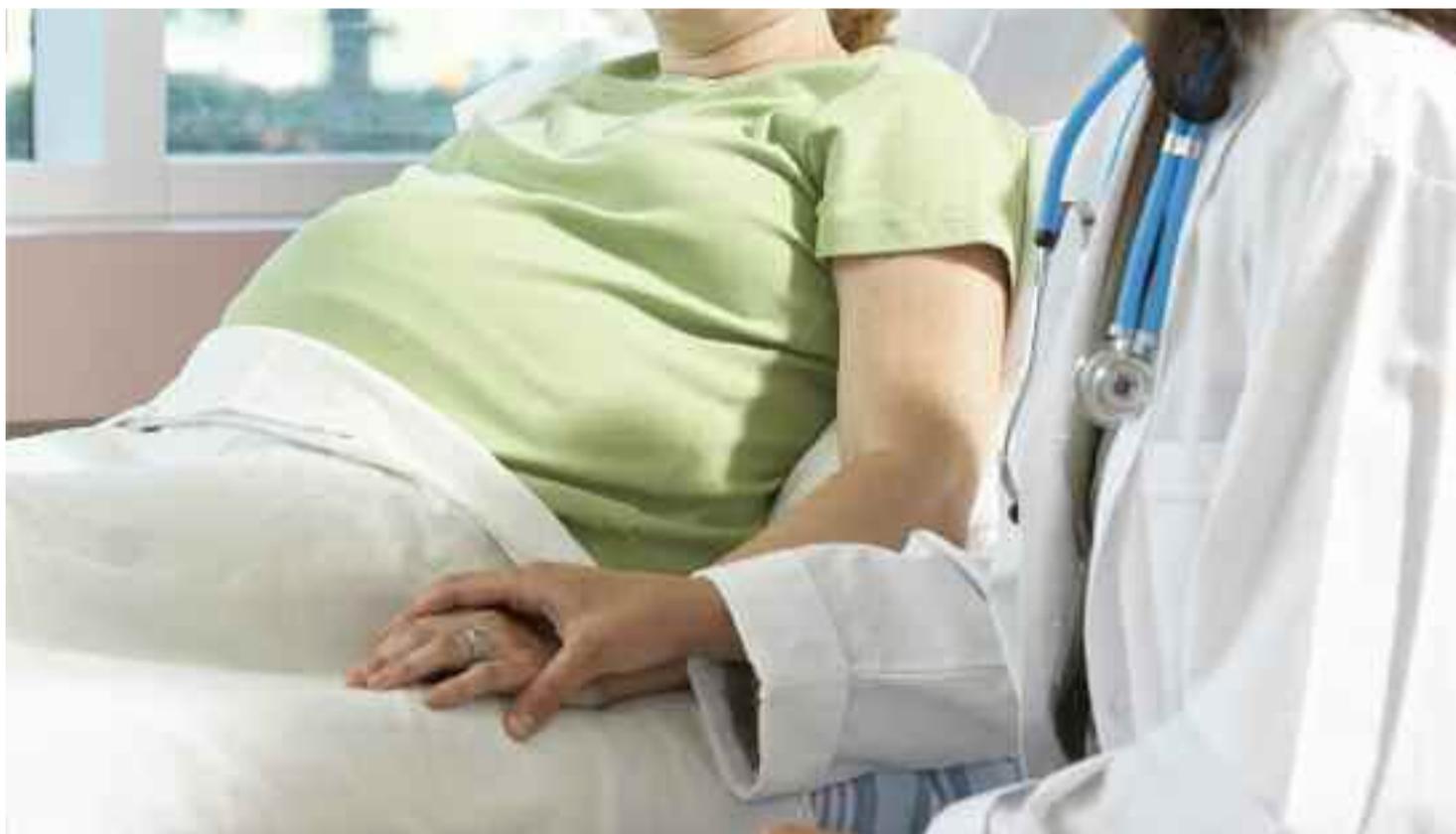
gennaio

TEVA

Women's Health



L'evoluzione legislativa della responsabilità medica



Avere una sanità improntata a un rapporto più sereno tra medico e paziente e favorire l'attuazione di politiche realmente efficaci sui temi fondamentali del rischio clinico e della medicina difensiva: questi gli obiettivi essenziali che stanno animando il dibattito in corso nella nostra Commissione sulle proposte di legge in materia di responsabilità medica

Benedetto Fucci
Segretario Commissione
Affari Sociali della Camera

Negli ultimi mesi, dopo un periodo di stasi, il dibattito intorno ai progetti di riforma della disciplina sulla responsabilità medica è ripreso. A contribuire a ciò sono stati, da un lato, la ripresa dei lavori della Commissione Affari Sociali della Camera che ha elaborato un nuovo "testo unificato" (cioè una sintesi della mia e delle altre proposte di legge in materia) e, dall'altro, la Commissione di esperti istituita al Ministero della Salute ha prodotto un documento, sul quale alla Camera abbiamo già cominciato a confrontarci.

Nell'ambito di un dibattito su di un tema che mi appassiona come professionista e come promotore di una delle proposte di legge sulla responsabilità medica di cui stiamo discutendo ho

letto con interesse il lavoro conclusivo della Commissione ministeriale presieduta dal Prof. Guido Alpa. Gli sviluppi più recenti evidenziano quanto il tema della responsabilità sia delicata: da un lato si pone l'esigenza dei cittadini di vedere tutelato e garantito il proprio diritto alla salute; dall'altro vi è l'esigenza di tutelare il medico consentendogli di poter svolgere il proprio mestiere senza aver costantemente il timore che ogni minimo errore generi una responsabilità che potrebbe minare anche definitivamente la sua carriera e la sua immagine come professionista e come uomo.

Quando si parla di responsabilità, occorre distinguere tra responsabilità penale e civile. Nel primo caso, in riferimento alla responsabilità penale, c'è maggiore uniformità di vedute. Infatti sia la giurisprudenza che la dottrina sono



concordi nel ritenere che il medico non risponde se non a titolo di dolo o colpa grave. Si esclude, in altri termini, qualsiasi forma di responsabilità nel caso della colpa lieve. Maggiori discussioni sono sorte in ordine alla qualificazione della responsabilità in ambito civile. **In estrema sintesi è possibile dire che tre sono le strade percorse:** la prima ritiene che si tratti di una forma di responsabilità ex-

tracontrattuale ex 2043 c.c.; la seconda che si tratti di una responsabilità contrattuale generata dal "contatto sociale" come fonte del rapporto obbligatorio; la terza distingue tra la responsabilità del medico, che sarebbe extracontrattuale, e la responsabilità della struttura che sarebbe, al contrario contrattuale ex 1218 c.c.

Quest'ultima è la conclusione cui è giunta la commissione ministeriale. Anche la giurisprudenza è oscillante sul punto. È chiaro che la discussione non è meramente terminologica perché optare per l'una o l'altra tesi ha delle ricadute pratiche non certamente trascurabili in tema di onere della prova e in termini di prescrizione. Ma mi sia consentito chiarire un punto: l'obbligazione del medico verso il paziente non è certamente di risultato ma è una obbligazione di mezzi. È quindi doveroso per il medico usare tutta la capacità, competenza e diligenza richiesta dal caso concreto ma non si può pretendere dal medico la certezza della guarigione. Qualora il medico non dovesse comportarsi secondo la diligenza richiesta dal caso concreto, incapperebbe in una forma di responsabilità che non può che avere natura extracontrattuale. Conseguentemente il

termine di prescrizione sarà di 5 e non di 10 anni e l'onere della prova sarà a carico del paziente.

A supporto di questa posizione, richiamo la sentenza epocale del tribunale di Milano del 2014 secondo la quale la responsabilità del medico (e quella degli altri esercenti professioni sanitarie) è una responsabilità da fatto illecito ex articolo 2043 c.c. e che, dunque, l'obbligazione risarcitoria del medico può scaturire solo in presenza di tutti gli elementi costitutivi dell'illecito aquiliano (che il danneggiato ha l'onere di provare).

Diversamente la responsabilità della struttura sanitaria, sia essa pubblica o privata (sia essa parte del Ssn o una impresa privata non convenzionata), è di tipo "contrattuale" ex articolo 1218 c.c. La conseguenza di questo "doppio binario di responsabilità" è che, se il paziente/danneggiato agisce in giudizio nei confronti sia del medico che della struttura sanitaria presso la quale l'autore materiale del fatto illecito ha operato, ci saranno due cause distinte, con conseguente diverso atteggiarsi dell'onere probatorio e diverso termine di prescrizione del diritto al risarcimento. Infine, non si può trascurare che, essendo unico il "fatto dannoso" (seppur distinti i criteri di imputazione della responsabilità), qualora le domande risultino fondate nei confronti di entrambi i convenuti, essi saranno tenuti in solido al risarcimento del danno a norma dell'articolo 2055 c.c.

Mi pare proprio che un assetto del genere rischierebbe di ingenerare confusione in capo ai pazienti e di essere soprattutto una vera e propria "spada di Damocle" sul medico, il quale in tale caso dovrebbe procurarsi individualmente una copertura assicurativa con un peso difficilmente sostenibile. Tutto ciò – mi sembra – invece di contrastarli, rischia paradossalmente di rafforzare fenomeni come quello della medicina difensiva, la cui incidenza economica sulla spesa sanitaria è valutata, secondo i dati più recenti, fra il 10 e l'11%.

Sarebbe pertanto auspicabile riconoscere anche in capo alla struttura una forma di responsabilità extracontrattuale così da essere coerenti sia con i più recenti orientamenti giurisprudenziali in materia, sia con quelli che sono in definitiva gli obiettivi che stanno animando il dibattito in corso nella nostra Commissione sulle proposte di legge: avere una sanità improntata a un rapporto più sereno tra medico e paziente; favorire l'attuazione di politiche realmente efficaci sui temi fondamentali del rischio clinico e della medicina difensiva. Personalmente ritengo che questo sia un tema fondamentale che certamente mi impegnerò a sostenere con forza alla Camera. **Y**



Nutrizione, Stili di vita e Salute della donna

Nutrizione, stili di vita e salute della donna

Un approccio non convenzionale alla salute della donna

“Nutrizione, Stili di vita e Salute della donna” è un tema interessante e in qualche modo originale in quanto ci costringe a riflettere su un approccio nuovo e non convenzionale alla salute della donna. Sottolineo “ci costringe” perché bisogna riconoscere che questa modalità di approccio alla salute femminile non è entrata ancora del tutto nel bagaglio culturale del ginecologo, almeno per quel che riguarda le generazioni meno giovani

Sandro M. Viglino
Vice Presidente AOGOI
Vice Presidente AGITE

Il tema di fondo che ha ispirato l'Expo 2015 di Milano, l'Alimentazione e la Nutrizione nel nostro pianeta, ha indotto gli organizzatori del 90° Congresso nazionale Sigo a scegliere come titolo/argomento “Nutrizione, Stili di vita e Salute della donna”. Tema interessante e in qualche modo originale che ci costringe a riflettere su un approccio nuovo e non convenzionale alla salute della donna. Sottolineo “ci costringe” perché



bisogna riconoscere che questa modalità di approccio alla salute femminile non è entrata ancora del tutto nel bagaglio culturale del ginecologo, almeno per quel che riguarda le generazioni meno giovani. Molti di noi ancora sono convinti che trattare argomenti come la nutrizione o lo stile di vita della donna che si rivolge a noi non compete tanto al ginecologo ma sostanzialmente ad altre figure professionali. Come sempre il mondo è diviso a metà: da un lato coloro che non hanno nulla, vivono con meno di un dollaro al giorno e muoiono letteralmente di fame e dall'altro coloro che possiedono mass media (televisioni in particolare) che trasmettono a ciclo continuo programmi di cucina, perdendosi in mille originalità e sofisticatezze. Tutto questo fa tendenza e allora bisogna prenderlo a piene mani. Ma l'alimentazione è cosa seria, non



può essere lasciata alla moda e a pseudo esperti. Davvero si è quello che si mangia. Possono dunque i medici disinteressarsi della questione? Certamente no. E ancor di più questo vale per i ginecologi che trattano con donne che sono state, sono e saranno madri. Esiste un rapporto forte e di-

retto tra alimentazione, stile di vita e vita nascente? Indubbiamente sì. Dunque possiamo affrontare il problema limitandoci a consigliare alla gravida di mangiare genericamente poco e sano? Oppure alla donna che entra in menopausa di introdurre meno carboidrati perché le variazioni metaboliche in



**90° CONGRESSO
NAZIONALE SIGO**

**55° CONGRESSO
NAZIONALE AOGOI**

**22° CONGRESSO
NAZIONALE AGUI**



Pipilotti Rist
Mother, Son & the Holy
Milanese Garden
[Madre, figlio e il santo giardino
milanese], 2002/2015
Installazione video, piccolo monitor
LCD, pellicola di plastica stampata e ri-
tagliata su acciaio al cromo, 1 registra-
tore, colore, muto, 6'18" (loop),
dimensioni variabili
Courtesy Pipilotti Rist; Hauser & Wirth;
Luhning Augustine, New York

quella fase della vita inducono ad incremento del peso? O alla donna che ricerca una gravidanza di mangiare di più se è troppo magra o di mettersi a dieta se è sovrappeso? Può il nostro approccio e le nostre indicazioni limitarsi a questo senza approfondire meglio quali sono le abitudini alimentari e di

vita di quella donna e provare quindi, se necessario, a correggerle? D'altro canto se si osserva la letteratura internazionale specialistica più recente si può constatare quanto numerosi siano i lavori che riguardano le abitudini alimentari e gli stili di vita in relazione a molte condizioni patologiche che interes-

sano la sfera femminile. Ci sono situazioni nelle quali un corretto sistema di nutrizione e di comportamenti voluttuari si riflettono direttamente sull'evoluzione di un quadro patologico o para-fisiologico. Basti pensare all'importanza dell'osteoporosi nella postmenopausa e di quanto questa situazione risenta di un'adeguata integrazione alimentare e di un certo tipo di dieta (senza eccesso di alimenti integrali o di proteine che favoriscono una demineralizzazione della matrice ossea) correlata all'attività fisica (dimostrati valori di densità ossea più elevati rispetto alle donne sedentarie e quindi minor rischio di frattura) e all'esposizione alla luce solare. O ancora si valuti il peso dei cosiddetti "interferenti endocrini" (*endocrine disruptors*) nella patogenesi dell'endometriosi, un eterogeneo gruppo di sostanze caratterizzate dal potenziale di interferire col funzionamento del sistema endocrino attraverso svariati meccanismi e bersagli (rettoriali, metabolici, ecc.): pesticidi, contaminanti persistenti (policlorobifenili diossinosimili, bisfenolo A), sostanze di uso industriale (ftalati, ritardanti di fiamma, ecc.), metalli pesanti (piombo, mercurio, cadmio), fitofarmaci e così via. Ne consegue che non possiamo non in-

dagare meglio il tipo di lavoro svolto dalla paziente, l'ambiente in cui vive, gli elementi chimici con cui può venire a contatto, ecc. Analogo ragionamento dev'essere fatto di fronte ad una coppia subfertile di cui dobbiamo analizzare – oltre agli aspetti più strettamente biologici - stili di vita, tipo di alimentazione, abitudini voluttuarie (uso di alcol, caffè, fumo di sigaretta, droghe), condizioni di stress reale e percepito, ecc. Analogo discorso va fatto, a maggior ragione, nei confronti della gravidanza, ancor meglio se in occasione della consulenza preconcezionale. È importante valutare il BMI di partenza della gravida perché una gravidanza insorta con un BMI superiore a 30 è già considerata una gravidanza a rischio nutrizionale. Occorre dunque spiegare che la dieta dovrà essere equilibrata nelle sue componenti, con un giusto rapporto tra proteine, carboidrati e lipidi. Spesso la paziente non conosce se non superficialmente questi concetti per cui è necessario illustrare adeguatamente gli elementi base della nutrizione e non limitarsi a consegnare una tabella già predisposta tarata su un determinato fabbisogno calorico senza giustificare certe scelte alimentari piuttosto che altre. Insomma è op-

portuno avvicinarsi a quel concetto di *nutraceutica* (neologismo nato dalla crasi tra "nutrizione" e "farmaceutica") in base alla quale il cibo assume la valenza di medicamento, secondo un concetto già stabilito cinquemila anni fa dalla medicina ayurvedica.

Nel massimo rispetto di tutti, chi di noi svolge un lavoro prevalentemente ambulatoriale (ginecologi territoriali, liberi professionisti) è tradizionalmente più abituato a seguire questo approccio nel rapporto con la paziente perché meno preoccupato della valenza chirurgica del quadro clinico e più interessato a quella medica. Sono aspetti professionali diversi ma entrambi importanti per il raggiungimento delle finalità diagnostiche e terapeutiche. Oltretutto, curare di più questo tipo di approccio consente al ginecologo di svolgere un'utilissima funzione educativa e formativa nei confronti della paziente.

Il programma del Congresso prevede numerose occasioni per affrontare questi temi, declinati sulla base della patologia presa in considerazione. Sono certo che tali occasioni si tradurranno in altrettanti spunti di riflessione che catalizzeranno sicuramente l'interesse dei partecipanti. ■

L'approccio diagnostico strumentale

Ecografia durante la visita? Finalità e limiti

Elsa Viora
Vice Presidente AOGOI

Anche quest'anno ci ritroviamo all'appuntamento annuale del nostro Congresso nazionale in cui verranno affrontati moltissimi temi non solo di attualità culturale ma anche quelli che ci coinvolgono quotidianamente nella attività assistenziale. Fra questi, nell'ambito del Simposio AGITE, verrà discusso un argomento molto interessante: "L'approccio diagnostico strumentale (ecografia, colposcopia, isteroscopia): per tutte?" e con piacere ho accettato il compito di fare il punto sul ruolo dell'ecografia. L'esame ecografico infatti è diventato uno strumento sempre più utilizzato nell'assistenza ostetrico-ginecologica con un ruolo, supportato anche da validi dati scientifici, sempre più importante nella pratica clinica. La diffusione del suo utilizzo nell'attività ambulatoriale nel contesto territoriale-ospedaliero-universitario è stata, non solo in Italia, molto più ampia di quanto ci si sarebbe aspettato sulla sola base dell'evidenza scientifica. L'ecografo è presente ormai in molti ambulatori pubblici e privati ed è prevedibile, con la disponibilità di ecografi portatili, di piccole dimensioni, di costo sempre più basso, una sempre maggiore diffusione. Anche se non vi sono evidenze scientifiche comprovanti che l'utilizzo dell'ecografo durante ogni visita migliori l'esito materno-fetale della gravidanza o l'esito delle patologie ginecologiche, di fatto si sta diffondendo sempre di più la consuetudine di avere ed utilizzare un ecografo negli ambulatori ostetrico-ginecologici.

È stato coniato il termine di "ecografia office" per definire l'esame ecografico usato come supporto alla visita ostetrico-ginecologica e finalizzato alla ricerca di elementi diagnostici che possono essere utilizzati a completamento del controllo clinico.

Esiste in letteratura ampio dibattito su quale debba essere il ruolo dell'ecografia "office" ed alcuni contributi della letteratura hanno evidenziato che la valutazione ecografica effettuata nei casi di emergenze ostetriche e ginecologiche al momento della valutazione clinica può



Lennart Nilsson
20 fotografie dalla serie *A Child is Born* [E nato un bambino], pubblicate su "LIFE", New York, 30 aprile 1965
Stampe fotografiche, 29 x 27 cm ciascuna
© Lennart Nilsson



ridurre il ricorso al ricovero, se utilizzata in modo appropriato ed eseguita secondo una metodologia corretta. Alcune Società Scientifiche nazionali e internazionali hanno redatto linee-guida circa le finalità e i limiti di tale ecografia, ne hanno definito l'utilizzo clinico e quindi le responsabilità che ne derivano. Pur avendo ben chiaro che l'uso dell'ecografo durante ogni visita ostetrico-ginecologica non è affatto motivato sulla base dell'evidenza scientifica (Evidence Based Medicine), vi sono condizioni e motivazioni che possono giustificare queste scelte, e certamente va considerato il fatto che l'ecografo si sta ormai affiancando, e purtroppo talora sostituendole, alle valutazioni semeiotiche quali l'esplorazione vaginale (in ginecologia), l'auscultazione dell'attività cardiaca fetale e la palpazione addominale comprese le ben note manovre di Leopold (in ostetricia). È molto discutibile se considerare questo un miglioramento della assistenza alla donna: credo sia triste sapere che molti giovani (e diversamente giovani) colleghi/i non possono fare a meno dell'ecografo in ambulatorio perché questo significa aver delegato *in toto* la semeiotica clinica ad uno strumento. È auspicabile invece che l'ecografo sia utilizzato come com-

pletamento della valutazione clinica e come supporto alla semeiotica quando essa non è sufficiente a risolvere quesiti dirimenti per la diagnosi: in presenza di queste ben definite condizioni certamente l'ecografo è utile/indispensabile nell'attività assistenziale. In Italia, l'autonomia assistenziale della figura dell'ostetrica permette l'uso dell'ecografo come complemento alla visita della donna in gravidanza ed è prevedibile che esso diventi, anche per l'ostetrica, nei prossimi anni uno strumento insostituibile, come lo è ora il rilevatore dell'attività car-

L'esame ecografico è diventato uno strumento sempre più utilizzato nell'assistenza ostetrico-ginecologica con un ruolo, supportato anche da validi dati scientifici, sempre più importante nella pratica clinica. Ma la diffusione del suo utilizzo nell'attività ambulatoriale nel contesto territoriale-ospedaliero-universitario è stata, non solo in Italia, molto più ampia di quanto ci si sarebbe aspettato sulla sola base dell'evidenza scientifica

I Centri di simulazione: un goal per l'expertise

Giovanni Scambia*, Annafranca Cavaliere°, Francesca Ciccarone°

La simulazione è attualmente il metodo di training interattivo più studiato in letteratura: privo di rischi per i pazienti, si svolge in un ambiente sicuro, permette di acquisire abilità, migliorare la curva di apprendimento, di ripetere la procedura tutte le volte necessarie al raggiungimento dell'obiettivo prefissato

L'evoluzione in ambito medico, sociale e tecnologico ha condotto ad una multidimensionalità dei percorsi assistenziali, facendo emergere la necessità di profili professionali caratterizzati da elevata competenza e abilità specialistica. Ed è alla riduzione degli errori e alla prevenzione delle complicanze che la medicina moderna, come tutte le realtà che necessitano di esperienza e preparazione, mira per il perfezionamento dell'obiettivo da raggiungere. Molti errori includono l'incertezza umana, la complessità delle tecniche mediche, se poco conosciute, l'assenza di coordinamento; questo dipende non dalla negligenza del personale medico, ma dalla minor esperienza cli-



nica quotidiana per il ridotto numero di casi che ci si trova a gestire. Rispetto a tale scenario, diventano sempre più importanti e necessari i Centri di riferimento per la simulazione di eventi fisiologici e patologici, in cui il grado di verosimiglianza e di immersione nell'ambiente riproposto - quindi il realismo dell'addestramento medico - determina un elevato coinvolgimento personale, che inevitabilmente accresce la prestazione e le competenze. Ciò faciliterà, successivamente, il trasferimento al mondo reale delle competenze così apprese. La simulazione è attualmente il metodo di training interattivo più studiato in letteratura: privo di rischi per i pazienti, si svolge in un ambiente sicuro, permette di acquisire abilità, migliorare la curva di apprendimento, di ripetere la procedura tutte le volte necessarie al raggiungimento dell'obiettivo prefissato. Essa prevede l'integrazione della didattica tradizionale con l'utilizzo di simulatori capaci di riprodurre la realtà che si vuole imparare a gestire; offre l'opportunità di esercitarsi in un palcoscenico realistico, senza pericoli e senza coinvolgere i pazienti, dove, proprio come nella vita quotidiana, il medico dovrà valutare rapidamente i parametri vitali, prendere delle decisioni, operare. Esattamente come in aeronautica dove l'apprendimento prevede l'uso di simulatori di volo, o come in ambiente militare, dove l'addestramento collettivo avveniva in scenari di battaglia simulati. I manichini robotici e i software altamente innovativi proiettano l'operatore in un elevato numero di possibili situazioni cliniche dove si è chiamati ad eseguire, come fosse realtà, atti e manovre indispensabili per risolvere l'urgenza. Successivamente, istruttori qualificati e adeguatamente formati gestiranno il debriefing, momento fondamentale per l'analisi dei comportamenti dei singoli

diaca fetale, e che si verifichi un passaggio dal rilevatore ad ultrasuoni dell'attività cardiaca fetale, il cosiddetto "sonicaid", all'ecografo, così come vi è stato, nel secolo scorso, il passaggio dallo stetoscopio di legno di Pinard al "sonicaid". Qualunque sia il quesito clinico a cui l'ecografia deve rispondere, è essenziale: chiarire alla donna le finalità dell'esame "office" utilizzare una corretta metodologia di lavoro. L'office ecografia non richiede una refertazione specifica ma è opportuno che gli elementi diagnostici ricavati dall'esame offi-ce siano riportati sul diario clinico/cartella clinica della donna. È inoltre raccomandato far precedere la descrizione dei rilievi ecografici dalla dicitura: "office ecografia" in modo da distinguere, anche a posteriori, in modo inequivocabile questo tipo di accertamento dagli altri esami ecografici. Alla donna vanno comunque suggeriti gli esami di screening o diagnostici quando sono ritenuti utili dal medico/ostetrica che ha la gestione clinica. In particolare per quanto attiene agli accertamenti effettuati nel corso della gravidanza (situazione in cui il contenzioso medico-legale è molto elevato) è consigliato riportare nella documentazione scritta dell'esame una frase che precisi che l'esame ecografico è stato effettuato come supporto alla visita ostetrica e non per lo studio dell'anatomia e/o della biometria fetale, ovviamente dopo aver informato la donna di questo. ■

Endometriosi

Endometriosi: dieta e stili di vita

■ Numerosi studi hanno negli ultimi dieci anni indagato la relazione tra stili di vita ed endometriosi. Sulla base dei risultati pubblicati, le conoscenze relative alla relazione tra endometriosi e dieta sono caratterizzate da una estrema scarsità di dati scientifici e da una estrema variabilità dei risultati ottenuti. Ulteriori ricerche potranno analizzare separatamente il ruolo della dieta e l'attività fisica nello sviluppo o nelle conseguenze cliniche di endometriosi, indicandoci il reale ruolo di uno stile di vita sano nella prevenzione della malattia o delle sue manifestazioni cliniche

Fabio Parazzini

Professore associato Ostetricia e Ginecologia, Università di Milano

Una relazione tra un stile di vita sano - caratterizzato da una dieta corretta, una regolare attività fisica e il mantenimento di un corretto peso corporeo - ed endometriosi è diventato un argomento di interesse a causa del riconoscimento che i processi fisiologici e patologici della malattia come l'infiammazione, l'attività degli estrogeni, la ciclicità mestruale, il metabolismo delle prostaglandine, possono essere influenzati dalla dieta (Missmer



et al., 2010). Per esempio, l'estrogeno dipendenza della malattia è particolarmente rilevante in questo contesto. In altre condizioni in cui gli ormoni esercitano un ruolo specifico, come il carcinoma mammario ed endometriale, la ricerca scientifica ha dimostrato che la dieta e l'eccesso di grasso possono influenzare fortemente l'incidenza, indipendentemente dall'aver o meno uno o più determinanti "classici".

La dieta sembra avere una moderata influenza su alcuni marcatori infiammatori associati all'endometriosi. Infine, gli organoclorurati sono stati proposti come fattori di rischio per l'endometriosi a partire dai primi anni '90 e gli organoclorurati, quali i policlorobifenili (PCB), sono microinquinanti ubiquitari che tendono a accumularsi nel contenuto lipidico dei tessuti particolarmente in carne e fegato. Inoltre i pesticidi/insetticidi, che sono direttamente applicati a prodotti dietetici, si accumulano nell'ambiente e possono essere



ingeriti attraverso il consumo di pesce contaminato, latticini e altri cibi grassi contaminati. Similmente la partecipazione ad attività fisica ricreativa o professionale può ridurre i livelli di estrogeni e aumentare i livelli di SHBG. L'esercizio fisico estremo riduce la frequenza di ovulazione. Inoltre l'attività fisica riduce anche la resistenza all'insulina e l'iperinsulinemia, che è stata ipotizzata essere associata all'endometriosi. Numerosi studi hanno negli ultimi dieci anni indagato la relazione tra stili di vita ed endometriosi.

Con riferimento alle abitudini dietetiche la Tabella riassume i principali risultati che emergono dalla letteratura riguardanti l'associazione tra assunzione di

Tabella (da Parazzini et al)

| Cibo/micronutriente | Effetto sulla malattia endometriosica |
|--|---------------------------------------|
| Vegetali | Riduzione del rischio (incerta) |
| Frutta | Ruolo incerto |
| Carote, vit A e beta carotene | Ruolo incerto |
| Folati | Nessun effetto riportato |
| Grassi totali | Ruolo incerto |
| Carne rossa, prosciutto grassi saturi | Aumento di rischio (incerto) |
| Pesci Omega 3 acidi grassi polinsaturi | Protezione (incerta) |

fattori alimentari selezionati e rischio di endometriosi. Sulla base dei risultati pubblicati, le conoscenze relative alla relazione tra endometriosi e dieta sono caratterizzate da una estrema scarsità di dati scientifici e da una estrema variabilità dei risultati ottenuti.

Non sono totalmente consistenti i risultati che emergono sul ruolo di verdura, frutta, carne rossa, vitamine in generale, latticini, caffè e grassi non saturi, anche se alcuni dati suggeriscono che comunque una dieta povera di grassi e ricca di frutta e verdura possa rappresentare un pattern dietetico favorevole.

Similmente, seppur basata su pochi studi, una attività fisica moderata sembra associata ad un ridotto rischio di diagnosi di endometriosi (Garavaglia et al, 2014). Tuttavia nell'interpretazione dell'associazione, devono essere considerati potenziali fattori di confondimento. Ad esempio, il dolore pelvico è una delle ragioni più comuni per la diagnosi di endometriosi: l'effetto protettivo della attività fisica sul rischio di endometriosi può essere almeno in parte spiegato dal fatto che le donne affette da dolore correlato a endometriosi possono ridurre il loro livello di attività.

Tra gli altri fattori di confondimento, dobbiamo considerare lo status socio-economico e di massa corporea. Le donne di classe sociale più alta sono più frequentemente coinvolte nelle attività del tempo libero. Inoltre, l'attività fisica è associata con il peso corporeo, che a sua volta è associato con endometriosi.

In conclusione, seppur alcuni studi suggeriscano che una attività fisica regolare e una dieta povera di grassi e ricca di frutta e verdura possano ridurre il rischio di endometriosi, i dati ad oggi disponibili sono limitati ed incerti. Un altro aspetto rilevante è il fatto che l'endometriosi è un fenomeno multistep in cui una fase di insorgenza della malattia è seguita dalla proliferazione, vascolarizzazione, invasione peritoneale delle lesioni endometriosiche e le successive manifestazioni cliniche concomitanti alla risposta infiammatoria. Diverse sostanze nutritive e l'attività fisica possono esercitare effetti diversi sui diversi stadi di sviluppo della malattia.

Ulteriori ricerche potranno analizzare separatamente il ruolo della dieta e l'attività fisica nello sviluppo o le conseguenze cliniche di endometriosi, indicandoci il reale ruolo di uno stile di vita sano nella prevenzione della malattia o delle sue manifestazioni cliniche. **Y**

Per approfondire

Garavaglia E, Ricci E, Chiaffarino F, Cipriani S, Cioffi R, Viganò P, Frigerio A, Candiani M, Parazzini F. Leisure and occupational physical activity at different ages and risk of endometriosis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2014 Dec;183:104-8

Missmer, SA, Chavarro J.E, Malspeis S, Bertone-Johnson ER., Hornstein MD, Spiegelman D, Barbieri RL, Willett WC, Hankinson SE. A prospective study of dietary fat consumption and endometriosis risk. Hum. Reprod 2010; 25, 1528-1535

Parazzini F Viganò P, Candiani M, Fedele L. Diet and endometriosis risk: a literature review. Reprod Biomed Online 2013 Apr;26(4):323-36



giocano la loro battaglia col tempo e con l'abilità dell'operatore.

Da non trascurare poi l'aspetto del contenzioso medico legale che vedrà nell'aumento dell'esperienza e della buona pratica clinica acquisita, una riduzione degli incidenti da "fattore umano".

I Centri di simulazione offrono le strategie per ridurre gli errori e gli eventi avversi, per identificare i propri punti deboli in abilità, attraverso una formazione individuale completa e consolidata dalla pratica costante, oltre che educare al lavoro di squadra dove un leader deve prontamente emergere e saper definire i ruoli, saper dare compiti, distribuire le responsabilità e garantire la calma. Spesso l'assenza di un lavoro di equipe e la scarsa comunicazione ostacolano la sicurezza del paziente. Pertanto, non bisogna rafforzare solo le capacità tecniche degli operatori, ma anche il fattore umano quale la leadership, l'utilizzo delle risorse e il controllo delle informazioni che, se imprecise, possono causare errori. La finalità dell'addestramento è mirata sia all'acquisizione di technical skills che non technical skills.

I Centri che possono offrire tutto questo per sopperire alle carenze individuali sono fondamentali per aumentare l'expertise di ciascuno, consolidandone le capacità, incrementandone la sicurezza nell'eseguire manovre conosciute ma a volte mai effettuate, determinando un clima di serenità e sicurezza generale in tutta l'equipe.

* Direttore Dipartimento per la Tutela della Salute della Donna e della Vita Nascente, del Bambino e dell'Adolescente - Policlinico Universitario "A. Gemelli"

° Dipartimento per la Tutela della Salute della Donna e della Vita Nascente, del Bambino e dell'Adolescente

°°Specializzanda in Ginecologia e Ostetricia

operatori e dell'equipe, per trarne il corretto insegnamento laddove fosse utile a modificare il comportamento clinico. Il tempo dedicato alla discussione degli eventi affrontati è, infatti, il momento più importante per la crescita degli operatori. Molto spesso la carenza di esperienza quotidiana porta ad una maggiore fallibilità nel ragionamento, o meglio, ad un aumento del tempo di ragionamento per arrivare alla decisione corretta. E come sappiamo, in ostetricia in particolar modo, il tempo stesso stabilisce l'outcome materno-fetale.

La distocia di spalla, il timing e la modalità del parto, il trattamento dell'eclampsia, piuttosto che una emorragia post partum o l'inversione uterina,



Chirurgia robotica

Innovazioni tecnologiche in chirurgia Ginecologica Oncologica

**Enrico Vizza,
Giacomo Corrado**

Dipartimento di Chirurgia Oncologica - U.O.C Ginecologia Oncologica, Istituto Nazionale Tumori "Regina Elena" - IFO, Roma



I notevoli benefici garantiti dalla chirurgia endoscopica ne hanno permesso, negli ultimi decenni, una sempre più vasta diffusione. Pertanto oggi, numerose sono le procedure, sia diagnostiche che terapeutiche, nelle quali l'approccio endoscopico si è affermato quale gold standard. Infatti, per via laparoscopica, può essere eseguita la quasi totalità degli interventi ginecologici, ivi compresi alcuni interventi di oncologia ginecologica, quali la linfadenectomia pelvica e paraortica e l'isterectomia radicale. Peraltro, anche quelle condizioni fisiopatologiche, tradizionalmente considerate come indicazioni esclusive della chirurgia a cielo aperto, quali obesità, gravidanza, presenza di masse a malignità sospetta o accertata e chirurgia pregressa, oggi non rappresentano più controindicazioni assolute alla chirurgia laparoscopica, bensì situazioni nelle quali il successo di tale procedura è garantito dall'attenta programmazione tecnica e dalla esperienza dell'operatore.

I vantaggi della chirurgia laparoscopica rispetto a quella tradizionale sono intrinsecamente legati alla ridotta cicatrice chirurgica, alla mancata lesione peritoneale e alla minima manipolazione delle anse intestinali. Essi infatti consistono essenzialmente nella riduzione significativa sia del periodo di convalescenza (24-48 ore) che delle aderenze postoperatorie e della morbidità intra- e postoperatoria, ridotta durata della narcosi (precoce guarigione delle ferite, rapida ripresa della funzionalità intestinale), oltre che nell'esito estetico sensibilmente migliore.

L'evoluzione rapida della tecnica laparoscopica tradizionale (che prevede generalmente 4 piccole incisioni a livello addominale) praticata da oltre 15 anni è stata la **laparoscopia mono accesso** (o SILS - Single Incision Laparoscopic Surgery), dove l'intervento viene eseguito con una singola incisione attraverso

l'ombelico che permette una minore invasività e di conseguenza minore dolore e recupero più rapido nel post-operatorio, e la **chirurgia robotica**.

Quest'ultima può definirsi la formula evolutiva della laparoscopia, ma sicuramente è molto di più. Il sistema consente di articolare in modo continuo tutti i movimenti della mano e del pol-

so umano all'interno del paziente e mette a disposizione del chirurgo una visione stereoscopica ottenuta grazie all'utilizzo di un video-endoscopio a due canali ottici e doppia telecamera a 3CCD ad alta risoluzione. Questo sistema di ingrandimento in tempo reale permette al chirurgo di disporre di una notevole qualità di immagine rispetto alla chirurgia tradizionale. Il sistema fornisce più di un migliaio di immagini al secondo e il processore filtra ogni singola immagine eliminando il rumore di fondo. Consente inoltre lo scaling del moto degli strumenti e il filtraggio dei tremolii delle mani del chirurgo. Il modulo di attuazione del movimento permette un accurato e fluido movimento della strumentazione sul teatro ope-



**Nathalie Djurberg
It's the Mother, 2008**
Animazione in plastilina, video, musica di Hans Berg 6'
Courtesy Giò Marconi, Milano

complicazioni e migliore rimozione dei linfonodi

(per procedure oncologiche).

La **progressione tecnologica della chirurgia robotica**, è stato il "single port" robotico, che coniuga i vantaggi dell'utilizzo del "single port", e del conseguente minor trauma per il paziente, con i vantaggi della chirurgia robotica (visione tridimensionale del campo operatorio, migliore precisione da parte del chirurgo e minori perdite ematiche). Gli interventi vengono eseguiti utilizzando il robot ed attraverso un'unica micro-incisione dell'ombelico. Non è solo un fatto estetico, comunque importante,

torio.

L'**isterectomia robotica (Da Vinci Hysterectomy)** rappresenta uno degli interventi che ha registrato il maggior incremento negli ultimi anni. Ad oggi, nel mondo, è la procedura maggiormente effettuata con la tecnologia robotica Da Vinci insieme alla prostatectomia radicale. Numerosi lavori scientifici testimoniano i vantaggi dell'isterectomia robotica rispetto alle chirurgie tradizionali e alla laparoscopia. I vantaggi più rilevanti sono: riduzione dei giorni di ospedalizzazione, riduzione delle

Urgenze - Emergenze ostetriche

Esercitazioni pratiche su simulatori di emergenze ostetriche e modalità operatorie ostetriche

“**Drammatizzazione di emergenze ostetriche**” è il titolo dei **2 corsi** che si terranno a latere della sessione congressuale **Urgenze-emergenze ostetriche nelle giornate del 19 e 20 ottobre**.

La gestione delle emergenze ostetriche è estremamente complessa: richiede conoscenze scientifiche, capacità manuali, stabilità emotiva degli operatori, capacità di coordinare un gruppo. Un elemento fondamentale nella preparazione degli operatori di sala parto, oltre alla cultura medica ostetrica, è la necessità di esercitarsi simulando le emergenze ostetriche, eventi rari e per lo più imprevedibili, ed è possibile farlo con simulatori molto complessi. Il corso è articolato su brevi lezioni frontali su alcune delle principali emergenze ostetriche, sulla simulazione di scenari complessi, come l'attacco eclampatico e l'emorragia post partum, in cui ogni attore simula il suo ruolo in un'equipe multidisciplinare. Vengono inoltre simulate su appositi manichini le principali manovre ostetriche come il parto operativo vaginale e la distocia di spalle.

Info

Segreteria scientifica:

Claudio Crescini - Vincenzo Scotto di Palumbo



**Maria Lassnig
Illusion von der
versäumten
Mutterschaft
[Illusione di
mancata
maternità], 1998**
Olio su tela,
125 x 101,5 x 3 cm
Maria Lassnig
Foundation

Neuropelveologia

Una nuova disciplina nel campo della medicina

Vito Chiantera
Professore associato,
Direttore Scuola di
Specializzazione Ostetricia
e Ginecologia Università
degli Studi del Molise
Direttore Uoc Fondazione
"Giovanni Paolo II", Campobasso

Il dolore pelvico cronico, genitale e/o lombare rappresenta uno dei disturbi più frequenti tra le donne ma spesso l'eziologia resta sconosciuta e i pazienti ricevono trattamenti sintomatici di scarsa efficacia.

La pelvi è sede non solo diverse importanti strutture quali vescica, retto e organi sessuali, ma anche di tutti i nervi della pelvi; dopo il cervello e il midollo spinale, nessun'altra parte del corpo contiene così tante e così importanti strutture nervose. I nervi pelvici sono coinvolti nella sensibilità, nelle funzioni di contenimento e svuotamento della vescica e del retto, ci consentono di stare in piedi, di camminare,



La Neuropelveologia è una metodica innovativa per curare condizioni patologiche che possono influenzare i nervi del piccolo bacino causando dolore pelvico. Tale branca va ad abbracciare trasversalmente diverse discipline quali la ginecologia, l'urologia, l'oncologia e la proctologia collegandole tutte sotto il cappello dello studio dei disordini dei nervi pelvici

e trasmettono informazioni sulla sensibilità proveniente dagli arti inferiori e dall'intero bacino. Tuttavia, nessuna specialità medica si occupa esclusivamente delle lesioni e delle patologie a carico dei nervi pelvici. La bassa incidenza, riportata in letteratura, di problematiche legate ai nervi pelvici è del tutto in contraddizione con la mera osservazione clinica della popolazione generale: disturbi della funzionalità vescicale, rettale e dolore neuropatico, spesso insorti dopo interventi chirurgici pelvici, sono problematiche che oggi giorno affliggono migliaia di donne e uomini nel nostro paese. La quantità di pazienti affette da patologie dei nervi pelvici è dunque ampiamente sottovalutata, spesso per una mancata consapevolezza dell'esistenza di tali lesioni nonché per la difficoltà legata all'esecuzione di una corretta diagnosi causata dalla complessità della neuroanatomia pelvica, per lo più sconosciuta alla grande maggioranza degli specialisti.

Per offrire maggiori possibilità e opzioni di cura, è stata sviluppata negli ultimi anni in Svizzera dal Prof. Marc Possover, che ho avuto la fortuna e l'immenso piacere di avere come maestro, una metodica innovativa per curare condizioni patologiche che possono influenzare i nervi del piccolo bacino causando dolore pelvico: la "Neuropelveologia". Tale branca va ad abbracciare trasversalmente diverse discipline quali la ginecologia, l'urologia, l'oncologia e la proctologia collegandole tutte sotto il cappello dello studio dei disordini dei nervi pelvici. L'applicazione in ambito ginecologico di tale disciplina consente di avere un approccio innovativo a parecchie patologie pelviche non ultime il dolore pelvico femminile e la terapia della endometriosi profonda. Proprio la nostra equipe ha per la prima volta proposto in Italia questo approccio innovativo con l'obiettivo di applicare la "Neuropelveologia" e la "Neuromodulazione pelvica" al fine di ottenere una completa "restituzione ad integrum" delle funzioni pelviche compromesse e risolvendo nel contempo il dolore pelvico neuropatico precedentemente diagnosticato come dolore pelvico cronico di ndd. La sfida principale oggi è comunque quella di introdurre un nuovo approccio basato sui principi della neuropelveologia: Avere "un modo neurologico di



Marlene Dumas
Pregnant Image [Immagine gravida], 1988-1990
Olio su tela, 180,34 x 90,17 cm
Collezione Connie e Jack Tilton.
Courtesy Marlene Dumas e David Zwirner,
New York/Londra

■ L'applicazione in ambito ginecologico di tale disciplina consente di avere un approccio innovativo a parecchie patologie pelviche non ultime il dolore pelvico femminile e la terapia della endometriosi profonda

pensare" consentirebbe la diagnosi e il trattamento medico o neurochirurgico appropriato di diverse affezioni quali la vulvodinia, la coccigodinia, la nevralgia del pudendo, la sciatica di origine pelvica o il dolore prostatico che appartengono tutti alla sfera del dolore di tipo "neuropatico pelvico cronico". Tutto questo è reso possibile grazie anche al progresso delle apparecchiature endoscopiche, degli strumenti di microchirurgia e all'introduzione della stimolazione laparoscopica elettrica dei nervi pelvici (tecnica LANN - Laparoscopica neuro-navigazione). Proprio la laparoscopia è un metodo indispensabile per indagare la causa del dolore e per poterla trattare con procedure neurochirurgiche convenzionali come la decompressione dei nervi o la ricostruzione del nervo quando necessario. Sempre più frequentemente nel nostro centro ad esempio afferiscono pa-

zienti con dolore pelvico cronico causato da intrappolamento vascolare o muscolare che vengono trattate mediante decompressione laparoscopica delle strutture nervose.

Da non trascurare, infine, l'aspetto oncologico: dovrebbero essere considerati come cause possibili di dolore pelvico i tumori del sacro, del coccige, e dei nervi, i neurinomi (schwannomi), etc...

La "Neuropelveologia", il trattamento delle disfunzioni primitive e secondarie dei nervi pelvici richiederà l'acquisizione di tutte quelle conoscenze che oggi sono disperse in aree di specialità completamente differenti (neurologia, ginecologia, oncologia urologia e colo-proctologia).

La chirurgia pelvica richiederà una profonda conoscenza della neuroanatomia pelvica e l'acquisizione di un bagaglio culturale comprensivo delle più evolute tecniche di neurochirurgia, così da poter permettere al numero sempre più ingente di pazienti che possono trarre beneficio da questo nuovo approccio di essere trattati. Ignorare le conoscenze inerenti ai nervi pelvici in medicina non è più accettabile, il mio scopo nei prossimi anni sarà l'insegnamento e la formazione di medici nel campo della Neuropelveologia. **Y**

ma anche di dolori post operatori, che si riconducono grazie ad un solo accesso realizzato e non a quattro o cinque, con un minor interessamento della parete muscolare in termini di fastidiosi ematomi.

Attualmente l'unica limitazione della chirurgia robotica sono i costi elevati. In primis va considerato il costo d'acquisto della macchina che, operando in regime di monopolio mondiale, costa fra i 2 e i 2.5 milioni di euro, ma poi ci sono delle spese aggiuntive: lo strumentario, che necessita di ricambi, la manutenzione (oltre i 150mila euro l'anno) e così via. Si può arrivare ad una media di 2.000/3.000 euro ad intervento.

È stato calcolato che, per ammortizzarli, un robot dovrebbe effettuare almeno 500 interventi l'anno. Comunque, è prevedibile che i costi possano subire una sensibile riduzione (a breve scadrà il brevetto), analogamente a quanto osservato in altri comparti ad elevata tecnologia, con la sempre maggiore diffusione della metodica nel prossimo futuro.

In conclusione, secondo Camran Nezhat, chirurgo di Stanford (California), è solo questione di tempo: in un commento pubblicato da poco sul *Journal of Minimally Invasive Gynecology* l'esperto sostiene che, in breve, la chirurgia robotica soppianterebbe gli interventi "aperti" e la laparoscopia classica, tanto è vero che il numero di procedure eseguite con il robot è in crescita del 40 per cento all'anno. Da noi c'è chi la pensa come lui, ma anche chi è più cauto. **Y**

Segreteria organizzativa:

Dr.ssa Denise Rinaldo - Massimo Stefano Cordone

Modalità di iscrizione:

presso la segreteria del Congresso Adria Congrex

Quota di iscrizione: € 20,00 + Iva

Relatori:

Claudio Crescini - A.O. Treviglio Caravaggio (BG)

Antonio Ragusa - Ospedale di Massa e Carrara

Vincenzo Scotto di Palumbo - Ospedale Santo Spirito Roma

Maria Rosaria di Tommaso - A. O. Careggi di Firenze

Massimo Stefano Cordone - Istituto Gianina Gaslini di Genova

Tutors:

Denise Rinaldo - A.O. Treviglio Caravaggio

Cristina Maffioletti - A.O. Treviglio Caravaggio

Silvia Nozza - A.O. Treviglio Caravaggio

Pietro Alimondi - A.O. Universitaria Policlinico "P. Giaccone" di Palermo

Alessandro Svelato - A.O. Universitaria Policlinico "P. Giaccone" di Palermo

Milena Carne - A.O. Treviglio Caravaggio

Anna Zilioli - A.O. Treviglio Caravaggio

Simona Narcisi - Ospedale Niguarda

Luca D' Andrea - Ospedale San Gerardo Monza

Paolo Gastaldi - Ospedale Santo Spirito Roma

Giorgio Capogna - Casa di Cura Città di Roma.

Paola Fenili - Treviglio Caravaggio

Vera Gerosa - A.O. Treviglio Caravaggio

Isabella Maini - Osp. San Gerardo di Monza

Luana Danti - A.O. Spedali Civili di Brescia

Prestigioso riconoscimento scientifico della BMA di Londra ad Andrea Tinelli e Antonio Malvasi

In questo libro, cui hanno contribuito i maggiori esperti internazionali di questa patologia, gli autori hanno trattato tutti gli aspetti di maggiore interesse scientifico, pubblicando un testo atlante con oltre 250 immagini e metodiche di terapia mini-invasiva

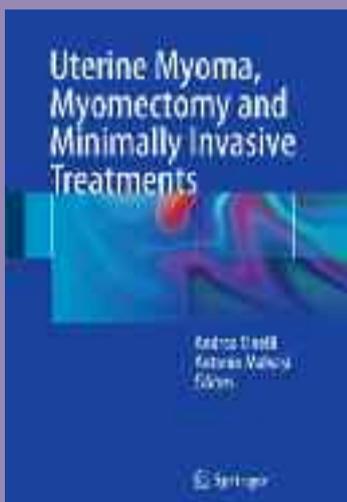
I due ginecologi dell'Aogoi sono stati premiati nella sezione Ostetricia e Ginecologia per il loro libro **"Uterine Myoma, Myomectomy and Minimally Invasive Treatments"** dalla giuria internazionale dei Bma, che ogni anno premia le migliori pubblicazioni medico scientifiche di ventuno diversi settori. Il prestigioso riconoscimento attribuito ai due ginecologi pugliesi nel "tempio" londinese - unici italiani insieme ad altri 5 stranieri premiati su oltre 80 medici inglesi - è motivo di orgoglio per l'Italia e per la nostra Associazione e conferma che anche nel bistrattato Sud la ricerca può esser svolta egregiamente, in cooperazione,

come in questo caso, con altri centri internazionali d'eccellenza. I miomi o fibromi uterini sono tumori benigni più comuni degli organi genitali nelle donne in età fertile, con una incidenza di 1 donna su 4 e di 1 donna su 3 in pazienti di oltre 40 anni. Tali tumori sono prevalentemente benigni, ma in alcuni casi possono anche scambiarsi con neoplasie altamente maligne, quali i leiomioidi. Gli effetti dei fibromi sui sintomi e la fertilità sono determinati dalla localizzazione e dalle

dimensioni del fibroma. Generalmente i miomi sottomucosi sono causa di sterilità o infertilità, mentre quelli intramurali possono essere associati a infertilità e aumento del rischio di aborto. I fibromi sottosierosi non causano metrorragia e non provocano infertilità, ma possono facilmente dare sintomi compressivi sulle strutture adiacenti, quali la vescica e l'intestino. La sintomatologia più frequente è la mestruazione abbondante, la perdita di sangue dai genitali, l'anemizzazione severa e il dolore pelvico, dovuto al senso di peso nel basso addome. In alcuni casi i miomi possono provocare dei fenomeni compressivi urinari (pollachiuria o difficoltà a vuotare completamente la vescica) e intestinali con stipsi. Data l'ampia diffusione di questa comune patologia genitale femminile, l'interesse scientifico è molto alto, anche a causa del loro negativo impatto sulla riproduzione femminile. Nell'ambito della ricerca scientifica internazionale sui

miomi uterini l'Italia ha recentemente ricevuto un prestigioso premio scientifico dalla British Medical Association (BMA) di Londra. La giuria internazionale dei BMA premia ogni anno le migliori pubblicazioni medico scientifiche di ventuno diversi settori: dalla medicina di base alla cardiologia, dalla neurologia all'anestesia. Una sorta di "oscar" della letteratura medica. Nata nel 1832 con l'obiettivo di creare un forum di medici che scambiassero idee per far progredire la scienza, la BMA non sono solo una competizione di livello internazionale, ma costituisce una sorta di organismo professionale che, da quasi due secoli, conduce il dibattito sui temi della sanità e della ricerca. Il dottor Andrea Tinelli e il dottor Antonio Malvasi sono stati premiati nella sezione Ostetricia e Ginecologia, per il loro libro **"Uterine Myoma, Myomectomy and Minimally Invasive Treatments"**, edito dalla Springer Verlag. I due medici pugliesi da anni si occupano dello studio dei miomi uterini, indagando negli ambiti epidemiologici, biologici, genomici, anatomici, riproduttivi e chirurgici di questa patologia. Tanto che con le loro numerose pubblicazioni scientifiche in

questo ed altri settori, i due medici italiani, oltre a vincere l'abilitazione all'insegnamento da professore universitario associato in Ostetricia e Ginecologia, sono stati anche nominati docenti universitari al Moscow Institute of Physics and Technology dell'Università di Mosca. In questo libro, cui hanno contribuito i maggiori esperti internazionali di questa patologia, gli autori hanno trattato tutti gli aspetti di maggiore interesse scientifico, pubblicando un testo atlante con oltre 250 immagini e metodiche di terapia mini-invasiva. La pubblicazione fa il punto della ricerca scientifica sui miomi degli ultimi anni, per capire come meglio intervenire chirurgicamente in maniera minimamente invasiva. In particolare, i due medici italiani hanno studiato la pseudocapsula del mioma, cioè quella sorta di "rete fibroneurovascolare" che circonda e sovrasta il mioma. Per una corretta chirurgia a fini riproduttivi, è necessario asportare il mioma e lasciare la "rete sovrastante", cioè la pseudocapsula, che in realtà è tessuto uterino sano ricco di neurofibre e neurotrasmettitori, il quale, benché compreso dal



Miomi e fertilità

Giuseppe A. Trojano
U.O. Ostetricia e Ginecologia 2
Azienda Ospedaliero-
Universitaria Pisana

■ **I fibromi uterini sono i tumori solidi pelvici benigni più frequenti nelle donne in età riproduttiva. La presenza di fibromi uterini in età riproduttiva è del 20-40% circa. I miomi sono associati direttamente o indirettamente al 5-10% di casi di infertilità**

I miomi in età fertile sono sintomatici nel 20-50% dei casi, i sintomi più comuni sono: menometrorragia, dismenorrea e infertilità. È importante definire localizzazione, dimensioni

e numero per determinare gli effetti dei miomi sulla fertilità di una donna. I miomi vengono distinti in: sottosierosi (SS), intramurali (IM) e sottomucosi (SM). Dalla review di Pratt, 2009 sui miomi e infertilità emerge come i miomi SS non hanno alcun impatto sulla fertilità e il tasso di abortività, la rimozione dei miomi SM aumenta invece il tasso di concepimento mentre per quanto riguarda i miomi IM l'effetto di una eventuale miomectomia non è ancora chiaro. Dalla letteratura emerge comunque un aumento del tasso di gravidanza in pazienti sottoposte a tecniche di fecondazione assistita (ART) dopo miomectomia per fibromi IM di diametro superiore ai 5 cm. Al fine di valutare il potenziale effetto dei miomi IM sulla fertilità è molto importante differenziarli in miomi IM, che distorcono la cavità uterina e miomi IM che non distorcono la cavità uterina. Il miometrio può essere distinto in "outer myometrium" e "Junctional zone" (J-Z) a ridosso dell'endometrio ben visibile alla RMN. La J-Z ha un ruolo importante sulla fertilità in quanto ha origine mülleriana come l'endometrio e influisce sulla peristalsi uterina favorendo il trasporto dei gameti e l'impianto. La rimozione di un mioma IM a livello della J-Z migliora la contrattilità e la vascolarizzazione

uterina favorendo quindi l'impianto dell'embrione. **I rischi in caso di miomectomia** sono: formazione di aderenze post-operatorie che influiscono sul fertility outcome e la rottura uterina che influisce sull'Obstetric outcome. Il rischio di aderenze post-chirurgiche migliora in caso di miomectomia laparoscopica rispet-

In assenza di altri fattori associati di sterilità, la miomectomia, migliora il tasso di gravidanze e riduce il numero degli aborti esclusivamente in casi specifici e pertanto è necessario un preciso inquadramento diagnostico e un adeguato counselling

to alla miomectomia laparotomica, la laparoscopia consente minore degenza ospedaliera e minor rischio di complicanze minori come febbre postoperatoria, anemizzazione. **Il tasso di gravidanza** riportato in letteratura dopo intervento risulta essere sovrapponibile tra pazienti sottoposte a miomectomia laparoscopica e laparoto-



The Manger
[La mangiatoia], 1899
Stampa fotografica, 32,5 x 24,4 cm
The Library of Congress,
Washington DC

fibroma mioma non deve essere asportato. Perciò, concludono gli autori nel libro, comunque si decida di operare i fibromi, in laparotomia, in laparoscopia, in isteroscopia o per via vaginale, la tecnica deve sempre rispettare l'integrità della pseudocapsula.

Anche grazie a queste loro scoperte scientifiche, la loro pubblicazione è stata selezionata fra i testi "altamente raccomandati" dalla Bma, dietro a quella della Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) che ha vinto la competizione nella sezione di Ostetricia e Ginecologia. Questo prestigioso riconoscimento internazionale ricevuto dai due medici inorgoglia l'Italia, in quanto nel tempio londinese erano presenti da unici italiani insieme ad altri 5 stranieri premiati su oltre 80 medici inglesi. Andrea Tinelli e Antonio Malvasi lavorano entrambi in strutture ospedaliere pubbliche, rispettivamente presso l'Ospedale Vito Fazzi di Lecce e l'Ospedale Santa Maria di Bari, e questo ennesimo riconoscimento scientifico che è stato loro conferito conferma la tesi che la ricerca può esser egregiamente svolta anche nel bistrattato Sud Italia, in cooperazione con altri prestigiosi centri internazionali con cui entrambi collaborano, sia in Europa, che negli Stati Uniti.



Yoko Ono
Freedom [Liberta], 1970

Video, colore, 1'
© Yoko Ono. Courtesy Studio One, New York

mica così come il tasso di aborti, di nati pretermine e l'incidenza di tagli cesarei.

La rottura di utero in gravidanza insorta dopo miomectomia laparoscopica è stata riscontrata nell'1% delle gravidanze, mentre in caso di miomectomia laparotomica le percentuali di rottura di utero nelle diverse casistiche varia dallo 0,2% al 5%. La rottura uterina in caso di gravidanza insorta dopo miomectomia è correlata ad inadeguata sutura, formazione di un ematoma, eccessivo utilizzo dell'elettrobisturi. Una corretta tecnica operatoria è essenziale al fine di aumentare il tasso di successo di gravidanze dopo miomectomia.

Esiste un rischio di recidiva di mioma che si correla all'età maggiore di 35 anni, le dimensioni dell'utero (maggiore di 13 settimane), al numero di miomi (maggiore di 2), al parto dopo miomectomia.

Si può concludere che, in assenza di altri fattori associati di sterilità, la miomectomia, migliora il tasso di gravidanze e riduce il numero degli aborti esclusivamente in casi specifici e pertanto è necessario un preciso inquadramento diagnostico e un adeguato counselling con ogni singola paziente al fine di offrire il miglior trattamento in funzione di un miglioramento del fertility outcome e del pregnancy outcome. **Y**

VIolenza di Genere

Un modello virtuoso di assistenza alle donne e formazione per gli operatori sanitari e le forze dell'ordine

L'Asl di Salerno presenta la sua esperienza al mondiale di Berlino sulla Medicina di Genere

Maria Gabriella De Silvio

Segretario provinciale AOGOI Campania
Presidente Comitato Unico di Garanzia Asl Salerno

■ **L'esperienza di un gruppo di lavoro multidisciplinare creato in seno alla Asl di Salerno presentata al 7° Congresso Internazionale di Medicina di Genere 2015, svoltosi a Berlino dal 20 al 23 settembre.**

“L'esperienza del gruppo multidisciplinare, che presenteremo al 7° Congresso Internazionale di Medicina di Genere e al Congresso Internazionale di Medicina di Genere del Gim, l'Istituto di Genere in Medicina presso la Charite University of Medicine di Berlino, risale al 2009 quando, in seno alla Asl di Salerno, è stato attivato uno sportello per la presa in carico delle vittime di stalking presso la Unità Operativa di Salute Mentale di Nocera Inferiore. Fu siglato un protocollo d'intesa tra la ASL e la Procura della Repubblica di riferimento e furono, inoltre, effettuati dei corsi di formazione sia per il personale sanitario dell'Azienda che per le Forze dell'Ordine.

Nel 2011 l'ASL Salerno ha ottenuto finanziamenti per realizzare il progetto:

- percorsi integrati di formazione e tirocinio per le operatrici sanitarie per la prevenzione e il contrasto alla violenza di genere;
- percorso omogeneo di accoglienza e gestione delle donne vittime di violenza, realizzato presso gli Ospedali di Nocera Inferiore ed Agropoli. L'ulteriore finanziamento della Regione Campania ha successivamente permesso l'apertura di un "Pink Office" presso l'Ospedale di Sapri.

La quattro giorni di Berlino dedicata alla Medicina di genere è una

occasione per medici e scienziati di tutto il mondo provenienti da varie discipline interessati al genere di confrontarsi tra loro e discutere la promozione della ricerca, della medicina clinica e della sanità pubblica dal punto di vista di genere. Presidenti del Congresso Vera Regitz-Zagrosek e Marek Glezerman, Presidente della Società Internazionale per la Medicina di Genere. Presidente Onorario Marianne Legato.

Molti gli argomenti di cui si discuterà: dall'invecchiamento all'endocrinologia, alle politiche di genere in Sanità, all'infermieristica, all'oncologia, alla Medicina personalizzata.

Tra gli argomenti che possono essere di interesse per i ginecologi la sessione **Pregnancy, Sex and Violence**, in cui la dottoressa Elvira Reale presenterà un'esperienza campana.

Plaudiamo all'inserimento del tema della violenza di genere tra gli argomenti del congresso, innanzitutto per l'attualità del tema (è rientrato perfino nel Jobs Act) e poi perché la violenza è spesso il risultato di discriminazioni di genere che hanno radici profonde ed è su queste che bisogna agire.

Numerosi gli scienziati italiani invitati, tra i quali la prof.ssa Giovanna Baggio, che è anche componente del Comitato Scientifico Internazionale del Congresso, la prof.ssa Anna Maria Moretti, Presidente del Giseg, la prof.ssa Flavia Franconi e molti altri. Riteniamo che la Medicina di Genere - ossia un nuovo approccio alla salute che tenga necessariamente conto della differenze tra uomo e donna nella clinica, nella diagnostica e nella terapia oltre che nella ricerca farmacologica - costituisca un indispensabile passo avanti per rispettare realmente le differenze uomo-donna. **Y**





Simposio AGITE

Verso il congresso di Milano

Giovanni Fattorini
Presidente AGITE

■ Il Simposio Agite si presenta a questa edizione congressuale con temi di grande attualità. Ma la nostra ambizione non sarà solo quella di avere colto tra i tanti argomenti che ha di fronte la nostra specialità alcuni di quelli più urgenti e problematici, ma anche quella di suggerire realistiche soluzioni. È questa infatti una caratteristica positiva che qualifica le nostre Società e che vorremmo implementare e arricchire

Il fondamentale contributo dato al riordino della rete ospedaliera e dei punti Nascita e alla definizione dei rispettivi standard, l'insostituibile ruolo svolto per modificare l'impianto giuridico e legislativo che disciplina il tema della "responsabilità" medica - meta oggi molto più vicina ma ancora da conseguire - l'adeguamento della nostra normativa a quella europea in tema di contraccezione di emergenza sono solo alcuni esempi di "concertazione propositiva" che da alcuni anni siamo stati in grado di esprimere.

Il Simposio si aprirà con una sessione dedicata al tema della Fertilità, interpretata come risorsa umana e quindi non solo da "trattare" quando essa dovesse venire meno, ma come bene da promuovere, difendere, valorizzare. Questa sarà anche l'occasione per fare il punto sulla legislazione italiana dopo i ripetuti interventi della magistratura, delle autorità europee fino alla recente approvazione delle ultime Linee Guida del Ministro della Salute sulla Pma, che comprendono per la prima volta anche la fecondazione eterologa e le problematiche ad essa connesse.

Seguirà una Tavola rotonda sulla applicazione della legge 194 e i Consultori. Quest'anno ricorre il quarantesimo anno dalla loro istituzione e ci sembra giusto ricordare questo anniversario cercando di valutare quale ruolo essi abbiano avuto nella applicazione di una legge così significativa nella storia del nostro Paese. Sarà questa l'occasione per discuterne anche de-



gli aspetti più problematici e per avanzare soluzioni per una sua più corretta applicazione nel rispetto delle convinzioni e dei diritti di tutti: donne e personale sanitario obiettore e non obiettore.

Un altro tema che sarà al centro del nostro Simposio ma che sarà, ed è già, uno dei temi dominanti dell'attuale dibattito del futuro dei sistemi sanitari è il tema della Appropriatazza. Secondo la storica definizione di Donabedian [...] l'appropriatazza è il "grado in cui la conoscenza e le tecniche disponibili sono usate bene o male nel trattamento delle malattie e nel raggiungimento della salute". Bene vedremo di applicare questo modo di valutare i risultati alle nostre attività, sfatando il mito secondo il quale più si fa, meglio è per il paziente.

Patto per la Salute e Servizi per la donna: a che punto siamo?

Il Patto, siglato a luglio 2014, è rimasto sostanzialmente inapplicato (niente nuovi Lea né nuovi ticket, per citare solo due esempi). Colpa anche dei tagli di agosto, ai quali potrebbero ora aggiungersi ulteriori sforbiciate tali da metterne in discussione l'intero impianto. Anche quest'anno - e non sono molte le occasioni - non solo ne parleremo, ma proveremo a formulare suggerimenti e soluzioni. Eppoi la Sessione a cura dei colleghi lombardi che sarà motivo per conoscere più da vicino il "modello lombardo" dell'attività territoriale con le sue peculiarità che lo rendono davvero "originale" nel panorama nazionale.

In conclusione si terrà l'Assemblea annuale dell'Associazione, che dovrà definire la strategia per i prossimi anni e i futuri organigrammi.

Arrivederci dunque a Milano e un ringraziamento ai Presidenti del Congresso a cui auguriamo il miglior successo! **Y**

Ginecologia del Territorio e Fertilità

Principi di diagnostica dell'infertilità femminile

Giovanni Battista La Sala*, **Stefano Palomba***

*UOC di Ginecologia Ostetrica e Medicina della Riproduzione, ASMN-IRCCS di Reggio Emilia
° Università di Modena e Reggio Emilia

In Italia, tale approccio è esclusiva degli specialisti di ginecologia e ostetricia con eventuale expertise in medicina della riproduzione. Nei Paesi anglosassoni e del Nord Europa, tuttavia, è una problematica che coinvolge in gran parte i general practitioners e la primary care. Infatti, solo questo approccio può ridurre il tempo alla diagnosi o al primo trattamento.

L'anamnesi prossima è finalizzata essenzialmente a conoscere la durata dell'infertilità, se essa è primaria o secondaria, e le eventuali indagini e le terapie eseguite dalla donna per l'infertilità di coppia. Tutti gli studi sono concordi che l'età della donna è la variabile più importante da valutare nello studio della coppia infertile. La fertilità della donna subisce un primo calo significativo all'età di 38 anni e un secondo, più importante, all'età di 40 anni. Dopo i 45 anni d'età, la probabilità di gravidanza naturale è quasi nulla. L'età della donna è direttamente associata alla riserva ovarica (quantità ovocitaria) e ai difetti genetici/genici (qualità ovocitaria). È chiaro che un intervento di induzione dell'ovulazione di 6-12 cicli è una procedura auspicabile in una paziente anovulatoria con 28 anni, ma assolutamente da evitare nella donne con 38 anni o oltre. Il secondo dato fondamentale da rilevare è la durata dell'infertilità. Se la coppia ricerca una gravidanza da meno di 3 anni e se non è presente una causa asso-



■ L'approccio di base allo studio della coppia infertile è il momento cruciale in cui si condiziona tutto il successivo percorso terapeutico con evidenti e determinanti effetti clinici. Esso prevede essenzialmente tre momenti, tutti di notevole e fondamentale importanza: l'anamnesi della coppia, l'esame obiettivo generale e ginecologico, e la personalizzazione del percorso diagnostico-terapeutico.

luta d'infertilità femminile e/o maschile, la coppia ha ancora discrete e non sottovalutabili possibilità di ottenere in futuro una gravidanza naturale. In caso contrario la coppia ha chances riproduttive naturali assolutamente trascurabili andrebbe programmata direttamente per un programma di riproduzione assistita (PMA) e gli esami diagnostici complementari perdono un impatto clinico.

È chiaro che è fondamentale indagare le caratteristiche del ciclo mestruale e dei sintomi ad esso associati, e l'assunzione abituale o pregressa di farmaci. L'anamnesi familiare è utile per escludere negli ascendenti e nei



collaterali patologie a carattere familiare e eventuali fattori di rischio genetici correlati allo stato di infertilità o eventualmente trasmissibili alla prole. L'anamnesi sessuale non va mai omessa, sebbene poche volte viene effettuata in maniera sistematica per ottenere informazioni complete circa la presenza nella donna e/o nella coppia di problemi sessuali e/o di comportamenti sessuali a rischio per malattie a trasmissione sessuale (MTS), il numero dei rapporti sessuali della coppia/settimana e il loro timing, l'uso da parte della donna di lubrificanti vaginali, la sede anatomica in cui avviene l'eiaculazione, e la presenza di dispareunia superficiale e/o profonda.

La storia ostetrico-riproduttiva della coppia, ma anche quella della donna e del partner precedentemente al loro matrimonio/allora loro attuale unione di coppia è importante e può già indirizzare verso una diagnosi di presunzione o indicare una migliore o peggiore prognosi. In considerazione dell'efficacia delle tecniche di procreazione medicalmente assistita (Pma) omologhe ed eterologhe anche in donne con età non giovane, l'anamnesi patologica remota assume particolare importanza non solo per ricercare fattori di rischio per patologia tubo-ovarico-pelvica o sintomi suggestivi di endometriosi ma l'eventuale presenza di malattie croniche.

In ogni donna infertile dovrebbe essere eseguito un esame obiettivo generale con particolare attenzione alla tiroide, alla mammella, all'addome e alla distribuzione pilifera; devono essere misurati il peso e l'altezza in modo da calcolare l'indice di massa corporea. L'esame ginecologico si avvale della visita ginecologica bimanuale e dell'ecografia transvaginale con sonda bidimensionale. Andranno escluse malformazioni mulleria-

Joan Jonas
Mirror Check
[Controllo allo specchio], 1970
 Film trasferito su DVD, bianco e nero,
 muto, 6'.
 Filmato da Robert Fiore, 1974
 Foto Roberta Neiman



bero consigliate solo in relazione ai risultati dello screening endocrinologico di base e al quadro clinico. Lo studio microbiologico è utile, ma da eseguire soltanto nelle donne con in anamnesi uno o più episodi di MTS, con in anamnesi dolore pelvico cronico, portatrici di MTS e/o con marito/partner portatore di MTS e candidate alle tecniche di PMA. Al contrario, il dosaggio plasmatico degli anticorpi anti-C. trachomatis come test di screening per la valutazione del fattore utero-tubarico-ovarico-pelvico andrebbe evitato. Anche lo studio del fattore genetico è indicato solo nelle donne con amenorrea primaria o secondaria con elevati valori di FSH, nell'aborto ripetuto/ricorrente e nelle coppie candidate alle tecniche di PMA. In particolare, la donna andrebbe sottoposta a studio del cariotipo periferico e della fragilità del cromosoma X e allo studio delle mutazioni per la fibrosi cistica in caso di Pma.

La valutazione della pelvi femminile con studio ecografico con sonda vaginale bidimensionale è ormai pratica clinica e una valutazione iniziale irrinunciabile. L'attenzione andrebbe posta alla cavità uterina (per escludere lesioni a coinvolgimento endometriale) e alle ovaie (per escludere patologie organiche e/o funzionali e per valutare il volume ovarico ed effettuare la conta dei follicoli antrali).

In caso di sospetto di patologia endocavitaria l'indagine di secondo livello sarà un'isteroscopia diagnostica/operativa, mentre nel sospetto di patologia malformativa una valutazione ecografica tridimensionale o la risonanza magnetica sono utili per una definizione del difetto e della programmazione della strategia terapeutica. La sonosterosalpingografia dovrebbe essere considerata il golden standard per escludere un fattore tubarico, mentre l'approccio diagnostico laparoscopico andrebbe riservato alle pazienti con fondato sospetto di fattore peritoneale o con cofattori di subfertilità.

Bibliografia essenziale

Bhattacharya S, Hamilton M. Management of infertility from the MRCOG and beyond. Cambridge University press, 2013
 La Sala GB, Colpi GM, Palomba S, Nicoli A, De Pascalis L, Villani MT. Infertilità umana. Principi e pratica. EDRA LSWR SpA, 2014

Legge 40 e pratica della PMA

Un mosaico in via di ricomposizione

Mauro Costa
 Responsabile S.S.D. Medicina della Riproduzione
 Ospedale Evangelico Internazionale, Genova

Ripercorriamo le varie tappe della storia della legge 40 e delle modifiche parallelamente adottate nella prassi dai centri Procreazione Medicalmente Assistita in seguito alle sentenze che l'hanno via via modificata

Prima della legge 40, già esistevano circolari e norme dell'ordine dei medici riguardanti la Pma. La legge 40 nel 2004 per la prima volta normò in modo complessivo la materia, introducendo il divieto di produrre più di tre embrioni, con obbligo di trasferire a fresco tutti quelli prodotti. Vietava inoltre la procreazione eterologa e la diagnosi genetica embrionaria preimpianto. La Pma veniva comunque consentita solo a coppie infertili, con patologia non curabile altrimenti. Fatto atipico in medicina, le linee guida della legge stessa sono definite dalla legge "vincolanti" e in alcuni punti sono più dettagliate o restrittive della stessa legge, il



che portò il Tar del Lazio ad abolire la parte ove si enunciava che ogni indagine concernente lo stato di salute degli embrioni creati in vitro dovesse essere di tipo esclusivamente "osservazionale", poiché questo andava oltre quanto scritto nella legge stessa.

La Legge, grazie a molteplici ricorsi e sentenze di tribunali, è stata poi fortemente modificata da una **prima sentenza della Corte Costituzionale**, la n. 151 del maggio del 2009, che ne ha messo in discussione i due cardini fondamentali: il divieto di inseminare più di tre ovociti e la possibilità di congelare eventuali embrioni soprannumerari. La Corte Costituzionale ha stabilito che in base alle esigenze della singola coppia si può inseminare il numero di ovociti necessario a garantire una ragionevole percentuale di successo ed ha anche stabilito che è possibile congelare gli embrioni, non soltanto

in casi estremi di pericolo di vita della paziente o di rischio di compromissione dell'embrione, come già previsto, ma anche per tutelare la salute della paziente, ad esempio per evitare gravidanze plurigemine che sono pericolose sia per la donna sia per i feti. Questo ha cambiato la prassi avvicinandoci ad altri Paesi Europei, dove il congelamento è consentito a vari stadi di sviluppo embrionario.

Per fornire agli operatori un orientamento dopo la caduta dei due divieti, la Federazione Italiana delle Società Scientifiche della Riproduzione ha pubblicato il 30 novembre 2010 un **documento di consenso** che suggeriva un numero ideale di ovociti da inseminare e di embrioni da trasferire in utero in base all'età della donna, alla presenza o meno di fattore maschile, al numero di precedenti fallimenti. Il documento chiariva anche in quali casi fare eccezioni. Questa prassi ha trovato poi ulteriori modifiche e articolazioni nei vari centri negli ultimi anni. Le modifiche sono legate alla possibilità di estendere con successo la coltura embrionaria fino allo stadio di blastocisti, nonché al notevole miglioramento della performance delle tecniche di congelamento con vitrificazione a tutti gli stadi (dall'ovocita alla blastocisti). In alcuni centri, che vantano un sistema di crioconservazione ottimale, addirittura ci si sta orientando verso la cosiddetta "segmentazione del ciclo", che consiste nel dilazionare la fase di trasferimento embrionario nei successivi cicli naturali, sfruttando la migliore probabilità di impianto offerta da un endometrio non stimola-



ne, stati infiammatori o processi espansivi pelvici, endometriosi, o altre condizioni che possono essere alla base dello stato di infertilità quale, per esempio, la PCOS. L'integrazione intelligente dei dati anamnestici e di quelli clinici permetterà la personalizzazione del percorso diagnostico-terapeutico, step fondamentale poiché solo in tal modo sarà possibile evitare la valutazione clinica di eventuali esami diagnostici che indurrebbero a errori terapeutici successivi e il deleterio dilazionare del tempo allo specifico intervento terapeutico.

Le indagini di laboratorio sono comunemente impiegate per lo studio dell'ovulazione e della fase luteale, per mettere in evidenza possibili disordini dell'ovulazione, e per valutare la riserva ovarica. È fondamentale sottolineare che se una donna è eumenorrea, avrà più del 90% di possibilità di avere un ciclo mestruale fisiologico, cioè ovulatorio e con fase luteale normale. Attenzione va posta al dosaggio del progesterone plasmatico in 21ª giornata al fine di confermare lo stato di eumenorrea ovulatoria poiché un timing errato o un unico ciclo anovulatorio rischiano di condizionare erroneamente la strategia terapeutica della paziente. Similmente, tutte le maggiori società internazionali sono concordi nel definire l'impossibilità di accertare un deficit della fase luteale e nel sottolineare che il deficit della fase luteale non è un fattore di infertilità. Al contrario, tutte le donne con disordini del ciclo mestruale possono avere disordini ovulatori e devono essere sottoposte a uno studio endocrinologico di base attraverso cui si valuteranno le concentrazioni plasmatiche in fase proliferativa iniziale di ciclo mestruale spontaneo o indotto di FSH, LH, PRL, E2, e TSH. Altre indagini biochimiche andreb-



to. Questo fatto consente inoltre di abbattere quasi a zero il rischio della principale complicanza della Pma, la sindrome da iperstimolazione ovarica (OHSS).

Nel 2014 una seconda sentenza della Corte Costituzionale (n. 162 del 9/4/2014) ha abolito il divieto di fecondazione eterologa. In attesa che il parlamento prendesse atto della necessità di modificare la legge, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome il 4 settembre 2014 ha emesso un documento contenente gli indirizzi operativi per avviare immediatamente la pratica dell'eterologa, riconoscendo che la sentenza non creava un vuoto normativo. Inoltre dopo pochi giorni sempre in una riunione degli assessori alla Sanità è stato concordato un modo temporaneo di rimborso della pratica dell'eterologa tra le diverse regioni.

Le nuove linee guida della legge 40 pubblicate nel 2015 non hanno preso in considerazione l'eterologa, la cui regolamentazione è stata demandata ad altro documento, collegato ai D.lgs. 191/2010 e D.lgs. 16/2010. La regolamentazione degli aspetti clinici dell'eterologa è quindi ora in corso per mezzo di un documento al vaglio della conferenza Stato Regioni. Il documento, che tratta del recepimento delle modifiche alla direttiva dei tessuti (Dir 2012/39/UE), coglie l'occasione per introdurre le norme sulla selezione dei donatori. L'eterologa non è tuttora però nei Lea nazionali, per cui essa è a carico del Ssn soltanto in Toscana e in Friuli, uniche regioni che hanno deliberato in proposito. Non soltanto la sua pratica nelle altre regioni non viene rimborsata, ma non è neanche previsto in che modo coprire le spese di selezione e studio dei

Dopo anni di difficili battaglie si sta (con difficoltà) ricomponendo una prassi della Pma italiana, vicina a quella degli altri paesi europei. Restiamo ora in attesa della completa copertura della Pma nei Lea promessaci dal Ministro Lorenzin lo scorso autunno

donatori. In questo campo i privati e le due regioni in oggetto hanno stipulato contratti con centri stranieri, che forniscono il "servizio" di procurare i donatori e le donatrici, essendo il commercio di gameti vietato in tutta Europa. Di qui lo stallo in cui si trovano la quasi totalità dei centri pubblici, la cui unica arma resta quella di trovare coppie disponibili a donare i propri gameti soprannumerari, mentre eseguono loro stesse Pma omologa. Ovviamente una coppia siffatta, viste le possibilità ampie di crioconservazione di ovociti e spermatozoi, tenderà prioritariamente a tenere per il proprio futuro i gameti soprannumerari. In effetti si hanno notizie frammentate di pochi casi di "Egg sharing" eseguiti fino ad oggi.

Nel 2015 è caduto un ulteriore tassello della legge con la Sentenza Corte Costituzionale n. 96/2015 sull'accesso alla Pma e alla diagnosi genetica preimpianto delle coppie fertili portatrici di patologia genetica. La Consulta ha fatto una scelta che riconduce a piena coerenza il sistema raccordando la Legge 40 con la disciplina dell'interruzione di gravidanza. La questione del diritto delle coppie fertili ma portatrici di patologia genetica viene risolta uniformando i diritti di queste coppie con quelli delle coppie che ricorrono all'interruzione volontaria

della gravidanza dopo il 3° mese. Viene evidenziata l'irragionevolezza e l'illogicità della norma che non consentiva a queste coppie di accedere alla Pma e alla Pgd salvo poi riconoscere loro il diritto di ricorrere alle comuni diagnosi prenatali e all'interruzione volontaria di gravidanza.

Nella nostra realtà la diagnosi preimpianto non è tuttora coperta dai Lea in alcuna regione e quindi non è possibile eseguirla a carico del Ssn, fatta eccezione per la Sardegna, ove la Pgd per Beta Talassemia è possibile per i residenti. Anche la Toscana è in fase di organizzazione.

Resta in piedi l'ultimo divieto della Legge 40, quello che impedisce di donare per l'impiego nella Ricerca scientifica gli embrioni crioconservati e abbandonati. La ricerca in altri paesi è orientata allo studio delle cellule staminali embrionali e delle loro potenzialità terapeutiche. Al momento la **Corte europea di Strasburgo** ha respinto il ricorso di una vedova che voleva donare gli embrioni crioconservati per la ricerca, non ritenendo che il divieto ledesse un diritto della donna stessa e rilevando che non esistevano prove che il marito avesse espresso un parere in tal senso prima della fecondazione. Su questo tema siamo ora in attesa del giudizio della Consulta. Dopo anni di difficili battaglie, condizionate purtroppo talvolta da pregiudizi ideologici difficilmente modificabili, si sta quindi con difficoltà ricomponendo una prassi della Pma italiana, vicina a quella degli altri paesi europei. Restiamo in attesa della completa copertura della Pma nei Lea promessaci dal Ministro Lorenzin lo scorso autunno, per riportare a unità una prassi balcanizzata dal caleidoscopio di diverse organizzazioni regionali. ■

Dorothea Lange
Migrant Mother
[Madre migrante], 1936
Stampa fotografica, 30 x 18 cm
The Library of Congress,
Washington, DC

Partoanalgesia

Partorire senza dolore. Ancora un mito?

Pasquale Pirillo
Direttore AOGOI

"Alla donna disse: Multiplicherò i tuoi dolori e le tue gravidanze, con dolore partorirai i tuoi figli. Verso tuo marito sarà il tuo istinto ma egli ti dominerà" (Genesi 3:16). La condizione femminile, le problematiche di genere hanno origini antiche; le rivendicazioni a risolverle fanno parte dei tempi più recenti, anche se contracccezione, parità di diritti e anche diritto a partorire senza dolore sono tematiche ancora divisive nella nostra società. La sentenza biblica alla cacciata dall'Eden ha condizionato nel corso della storia l'atteggiamento dell'uomo nei confronti del dolore del parto considerato come ineluttabile e di ispirazione divina. Si è sempre pensato che fosse lo scotto che la donna dovesse pagare per il peccato originale e per il privilegio della procreazione.

Il dolore avvertito durante il travaglio da parto è classificato come uno dei più intensi che l'organismo umano possa percepire, si comprende quindi come l'analgesia in ostetricia abbia radici antichissime, e sin dall'antichità, l'uomo abbia cercato di alleviare "le doglie" impiegando le sostanze più disparate. Gli antichi testi cinesi parlano dell'uso degli oppiacei, mentre in Europa le donne si affidavano ad "intrugli" di mandragola, di canapa, di papavero e di cicuta.

Con l'avvento del Cristianesimo il dolore diviene un mezzo per ottenere la Grazia Divina e quindi anche il dolore da parto è ritenuto, come momento di espiazione, un mezzo per arrivare alla Grazia. Questo concetto era affermato non solo dal Cristianesimo ma anche da tutte le altre religioni orientali come atto di purificazione.

Dal Medio Evo in poi il dolore del travaglio era considerato giusto in quanto punizione divina del peccato originale. Ciò ha segnato pesantemente il pensiero occidentale ed ogni tentativo di alleviare tale dolore rappresentava una grave colpa, tanto che nel 1591 una donna di Edimburgo, Eufrania mac Alyane, venne bruciata viva per avere assunto un misterioso preparato come analgesico durante il travaglio.

L'era della moderna analgesia in ostetricia cominciò nel 1847, quando James Young Simpson e Walter Channing pubblicarono



il loro studio sull'uso del dietil-etere durante il travaglio di parto. Si trattava di uno studio rivoluzionario non solo per la medicina ma per tutta la cultura occidentale, in quanto minava alcuni pregiudizi morali fondamentali. Gli ambienti conservatori e clericali si sollevarono indignati, ma ad essi replicò lo stesso Simpson, fervente cattolico, citando il brano della Genesi in cui si narra come Adamo venisse "anestetizzato" durante la nascita di Eva: "Ora, il Signore Iddio fece cadere un sonno profondo su Adamo, che si addormentò. E mentre dormiva, Dio prese una costola da lui, e al posto di essa formò di nuovo la carne. E il Signore Iddio dalla costola tolta ad Adamo formò la donna (...)" (Genesi, 2:21,22). Nello stesso periodo al St. Bartolomew Hospital di Londra Skey e Tracey eseguirono un taglio cesareo in anestesia eterea estraendo una bambina in condizioni ottime, mentre lo stesso Simpson sperimentava con successo l'analgesia con cloroformio durante il parto.

Nel 1853 John Snow sottopose alla stessa metodica la regina Vittoria per la nascita del principe Leopoldo, e quattro anni dopo la ripeté per la nascita della principessa Beatrice.

La prima analgesia epidurale venne effettuata da Cornig nel 1885. È Soeckel il primo ad utilizzare con successo l'analgesia loco-regionale in ostetricia nel 1909, ma è Aburel a codificare la tecnica della analgesia epidurale continua in travaglio da parto nel 1931.

La pratica incontrò ancora forti resistenze dagli ambienti conservatori che invocavano ancora la maledizione divina della Genesi, tanto che fu necessario l'intervento del Pontefice Pio XII, nel 1956, che affermò definitivamente che la Chiesa non si opponeva alla prevenzione ed al trattamento del dolore in corso di travaglio di parto.

Dagli anni '60 si assistette ad una rapida evoluzione tecnica e farmacologica dell'analgesia epidurale che ne facilitò la diffusione nei paesi anglosassoni pri-

■ **L'Italia è in testa alle classifiche per il numero dei tagli cesarei ma in coda nell'offerta di analgesia in travaglio di parto. Da un'indagine Conoscitiva del Senato del 2013 emerge che sul totale dei parti per via vaginale, soltanto il 14,6 per cento è stato assistito con l'ausilio dell'anestesia epidurale e lo 0,5 per cento con anestesia spinale.**

I dati Aogoi evidenziano che la percentuale media di reale effettuazione di parto-analgesia va dal 9,7 per cento nelle piccole strutture fino al 34,6 per cento per i punti nascita maggiori. Ad ostacolare una maggiore diffusione della partoanalgesia vi è infatti la carenza di personale che impedisce la presenza, assolutamente necessaria, di un anestesista dedicato 24 ore su 24

ma e nel resto dell'Europa più tardi.

Come viene vissuta l'esperienza dalle donne italiane? L'Accordo Stato Regione sui Punti Nascita (Fazio 2010) definisce al punto 7 le procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto esplicitando, nell'allegato, le modalità organizzative di quella che viene giudicata un'azione indispensabile al contenimento dei Tagli Cesarei in Italia. Del tutto recentemente il

**Duomo di Modena:
La cacciata dall'Eden**



Ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha proposto l'introduzione, nel nuovo Piano Sanitario, della Partoanalgesia nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Il problema è dunque sentito, la realtà operativa è tutt'altra cosa. Dai dati ricavabili dall'Indagine Conoscitiva della XVI Legislatura nel documento "Nascere Sani" (Senato 2013) emerge che in Italia, sul totale dei parti per via vaginale, il 14,6 per cento è stato assistito con l'ausilio dell'anestesia epidurale e lo 0,5 per cento con anestesia spinale.

Anche nelle Regioni dove la sanità è a buon livello, non tutte le strutture sono in grado di offrire la partoanalgesia. La carenza è da attribuire a diversi fattori, primi tra tutti quelli culturali che vedono, in un paese cattolico, il parto strettamente legato ad un concetto di sofferenza biblica. Inoltre una scarsa informazione alle donne e, in molte realtà, la carenza di personale che impedisce la presenza, assolutamente necessaria, di un anestesista dedicato 24 ore su 24. Il già citato Accordo Stato Regioni ribadisce che "perché la partoanalgesia possa essere offerta per l'intero arco della giornata occorre la presenza h 24 di un'equipe multidisciplinare che

comprenda un Anestesista rianimatore o per lo meno la guardia attiva o la pronta disponibilità nelle 24 ore di un Anestesista-Rianimatore specificatamente formato nel settore ostetrico secondo i principi della medicina basata sull'evidenza (Ebm) e della buona pratica clinica e con alto livello di esperienza.

La presenza/disponibilità di un anestesista-rianimatore consente, al di là dell'effettuabilità della partoanalgesia, un incremento della sicurezza in sala parto per le eventuali emergenze-urgenze che dovessero manifestarsi". Negli **Stati Uniti** e in **Francia** fanno ricorso a questa tecnica la metà delle donne; anche nella cattolicissima **Spagna** l'analgia viene utilizzata nel 60 per cento dei parti.

L'Italia è in testa alle classifiche per il numero dei tagli cesarei (38,4 per cento), ma in coda nell'offerta di analgesia in travaglio di parto. La percentuale è ancora estremamente bassa: dai dati Aogoi, la richiesta di partoanalgesia oggi si aggira intorno al 25,6 per cento per quanto

concerne gli ospedali fino a 1.000 parti anno; una richiesta che arriva anche al 78 per cento negli ospedali di riferimento, quelli con oltre 1.500 parti anno. La percentuale media di reale effettuazione di parto-analgesia va dal 9,7 per cento nelle piccole strutture fino al 34,6 per cento per i punti nascita maggiori.

In alcune Regioni emerge una differenza tra il dato regionale e quello dei singoli Punti Nascita. Nel presidio ospedaliero di Rimini il 30 per cento delle gravidanze partorisce con la partoanalgesia, rispetto al 13 per cento dell'Emilia Romagna. Nella Clinica Mangiagalli, Milano, viene offerta al 31,4 per cento su tutti i parti con una richiesta che ormai ha raggiunto circa il 45 per cento. Il Dipartimento Materno Infantile Interaziendale di Coenza ha istituito la Struttura Semplice Dipartimentale di Anestesia Ostetrica e Partoanalgesia assicurando la presenza continua dell'Anestesista in sala parto e l'offerta della partoanalgesia a tutte le donne.

In Italia l'offerta di un parto senza dolore è disomogenea e non uniforme. Una maggiore diffusione della possibilità di effettuare partoanalgesia potrebbe apportare, oltre ai benefici materno-fetali, una riduzione percentuale di parti con Tc.

La cultura della partoanalgesia sembra inoltre maggiormente perseguita dagli specialisti anestesisti rispetto ai colleghi ginecologi e alla classe delle ostetriche. L'attività congressuale, associativa e divulgativa sull'argomento viene svolta quasi esclusivamente da specialisti anestesisti.

L'applicazione della metodica non può invece prescindere da una forte integrazione di intenti e di cultura tra tutti gli attori che assistono la donna in travaglio. È auspicabile che medici e ostetriche rivolgano una maggiore attenzione alla partoanalgesia per migliorarne la diffusione e per non trascurare il principio che il primo responsabile dell'evento travaglio parto è comunque il medico di sala Parto. ■

ALIS®
GININTIMO

Detergente eutrofico igienizzante intimo

Uso esterno flacone da 250 ml



Lavanda Vaginale

Uso interno
5 flaconi da 140 ml



Novità



**Gel intimo idratante
eutrofico igienizzante**

Uso esterno
tubetto da 30 ml

VELATES s.r.l.
BEN-ESSERE DONNA

La gravidanza come finestra sulle patologie croniche future

Valeria Dubini
Consigliere SIGO

Si parla molto negli ultimi anni di Medicina di genere: se ne parla qualche volta confondendola con “la medicina delle donne”, qualche volta pur approfondendone le tematiche, come di qualcosa che sembra avere più risvolti culturali che ricadute concrete nel lavoro che ogni giorno svolgiamo. Eppure parlare di Medicina di Genere significa parlare di “differenze” che ogni medico dovrebbe conoscere per esserne guidato nella pratica clinica: le differenze tra maschi e femmine nella risposta ai farmaci, le differenze nelle manifestazioni e nell’incidenza delle malattie, le differenze nelle modalità di approccio alla malattia e alla prevenzione sono tutte cose che, se conosciute da medici di medicina generale e dagli specialisti sarebbero in grado di fare luce sui migliori iter terapeutici, sulle ipotesi diagnostiche più probabili, sull’efficacia o meno di trattamenti preventivi.

Risvolti molto pratici come si vede.

Abbiamo detto che la medicina di genere non è la medicina delle donne: è pur vero che spesso, in un concetto che tiene conto non solo degli aspetti biologici, ma anche di quelli sociali ed economici, le donne risultano svantaggiate.

Svantaggiate ad esempio nella sperimentazione farmacologica, che ha sempre preso come modello il genere maschile riportando i risultati su quello femminile senza avanzare dubbi sull’assoluta sovrapposibilità. Svantaggiate nelle condizioni economiche, sociali e lavorative; svantaggiate per alcuni aspetti come la violenza domestica, che rappresenta eminentemente un problema di “genere”.

E noi che siamo medici del “genere femminile” non possiamo che essere in prima linea nella costruzione di una cultura nuova che tenga conto delle differenze.

Anche perché queste differenze le incontriamo continuamente, ce le vediamo passare sotto gli occhi, proprio noi che seguiamo le nostre assistite dall’adolescenza fino alla postmenopausa.

Parlare di gravidanza come “finestra sulle patologie croniche

future” vuol dire mettere un primo tassello proprio nella costruzione di questa nuova cultura: tutti sappiamo che la gravidanza costituisce sorta di “prova da sforzo” per l’organismo femminile, e tutti sappiamo quanto gli ormoni che in gravidanza “inondano” le future mamme, abbiano un impatto importante su tanti meccanismi che regolano le funzioni vitali. Sappiamo da tempo come gli ormoni della gravidanza, con la loro azione iperglicemizzante, possano evidenziare una difficoltà del pancreas a smaltire quel sovraccarico di zuccheri che viene a crearsi: sappiamo che il diabete gestazionale può comparire in donne predisposte, ma anche che questo può essere un primo segnale di una patologia che si manifesterà in futuro, condizionando tanti aspetti della vita di quella donna. Molti lavori pubblicati negli ultimi anni mostrano come altre patologie della gravidanza, come gestosi e ritardo di crescita, basandosi su un mancato adeguamento del letto vascolare, possano in futuro comportare patologie croniche frequenti nel sesso femminile come iper-



tensione e patologie cardiovascolari. Sono molte le situazioni di debolezza che la gravidanza può in qualche modo svelare: pensiamo all’ipotiroidismo subclinico, alle patologie trombotiche in soggetti predisposti, alle fratture spontanee da osteoporosi, non così infrequenti.

Tutto questo non deve fare parte solo della nostra cultura e le nostre cure non possono terminare con la gravidanza: tutto questo deve essere condiviso con i medici di famiglia e con gli specialisti necessari, in un team multidisciplinare, che accompagna le donne con counselling, suggerimenti sugli stili di vita, e approfondimenti quando necessario.

In un concetto di medicina che non vuole più intervenire quando il danno è fatto ma agire per-



“Comunicare il rischio è rischioso” scriveva Godolphin su BMJ nel 2003: certo c’è il rischio di medicalizzare, di creare ansie e paure non motivate, ma imparare a comunicare in un modo innovativo e stimolante rappresenta una nuova sfida che fa parte della nostra professionalità e del nostro impegno per una medicina veramente moderna

ché il danno non si crei, convinti che riconoscere una predisposizione non significa certezza di malattia.

La Regione Toscana, con un atto concreto, ha adottato una delibera che raccomanda a tutte le Aziende Sanitarie di istituire

centri per la medicina di genere e indica delle “azioni prioritarie”, tra le quali si prevedono anche azioni riguardo alla “gravidanza come finestra su future patologie croniche”.

L’idea che è nata dal gruppo di lavoro regionale è quella di istituire “ambulatori postpartum” nei quali prendere in carico le donne che hanno manifestato problematiche in gravidanza, non per medicalizzarle ulteriormente, ma per fornire loro indicazioni su possibili correttivi che possano aiutare a prevenire specifici rischi.

Fare questo significa fare della vera prevenzione, significa promuovere azioni che vadano a modificare gli stili di vita: ad esempio nella nostra Asl stanno sorgendo iniziative come le “camminate rosa” dove i Medici di medicina generale indi-

Roman Ondák
Teaching to Walk [Insegnare a camminare], 2002/2015
Una madre è invitata a recarsi nello spazio espositivo assieme al figlio di un anno per insegnargli a camminare. Performance, Palazzo Reale, Milano
Courtesy Roman Ondák.
Foto Martin Polák

rizzano donne con fattori di rischio cardiovascolare e attraverso le quali si mira a favorire l’attività fisica, il movimento e anche la socializzazione.

Si tratta di azioni a basso costo, che possono comportare enormi risparmi nel futuro, dal momento che sappiamo che il rischio di ammalarsi di una malattia cronica è doppio nelle donne.

Certo la classe medica si trova di fronte una nuova sfida: affrontare la medicina parlando di rischi e non di patologie, richiede una preparazione e una capacità nel counselling che è tutta da costruire.

Ma questo vale ormai per tutti gli ambiti della medicina: basti pensare alla genetica e alle conseguenze che anche i mass-media ci hanno riportato negli ultimi anni. **Y**

Alice Neel
Nancy and the twins
[Nancy e le gemelle], 1971
 Olio su tela, 101 x 153,4 cm
 Estate of Alice Neel

Patologia della placenta

Placenta Previa Accreta: lo studio epidemiologico AOGOI - AIO

Davide De Vita
 Segretario regionale AOGOI
 Campania

In considerazione di un inevitabile e progressivo aumento della incidenza delle anomalie dell'impianto placentare sul territorio nazionale, ha trovato un ampio spazio nel programma scientifico la sessione "Patologia della placenta". Questa sessione, in programma per il giorno 21 ottobre, dalle 11.30 alle 12.30, affronterà l'argomento delle anomalie dell'impianto placentare, partendo dall'etiopatogenesi, dalla diagnosi precoce fino ad affrontare il delicato problema del management della Placenta Previa Accreta (Ppa) e del rilevante ruolo dell'anatomo-patologo nel concludere l'iter diagnostico di tale attuale patologia.

La sessione si concluderà con i dati preliminari dello studio epidemiologico sulle anomalie dell'impianto placentare condotto dall'Aogoi e dall'Aio sul territorio nazionale. L'incremento di incidenza di Ppa è associato in parallelo all'aumento all'incidenza del Taglio Cesareo, che rappresenta il principale fattore di rischio per accretismo placentare. Ciò ha determinato la necessità di un monitoraggio epidemiologico e di un protocollo di valutazione prenatale dell'accrescimento placentare da divulgare nei punti nascita da parte dell'Aogoi e dell'Aio, che da circa un anno



stanno conducendo uno studio epidemiologico sulla diagnosi precoce della Ppa sul territorio nazionale.

■ Nel corso della sessione Patologia della placenta verranno presentati i dati preliminari dello studio epidemiologico finalizzato alla diagnosi precoce della Placenta Previa Accreta (Ppa) che Aogoi e Aio stanno conducendo da circa un anno sul territorio nazionale. Il taglio cesareo rappresenta il principale fattore di rischio per accretismo placentare e in molte regioni italiane dove si registra un elevato tasso di Tc l'accrescimento placentare rischia di essere la prima causa di mortalità e morbilità materna. Di qui la necessità di un monitoraggio epidemiologico e di un protocollo di valutazione prenatale dell'accrescimento placentare da divulgare nei punti nascita da parte dell'Aogoi e dell'Aio

Tale esigenza è nata anche perché **non esistono in Italia studi e/o registri sull'incidenza della Ppa**, (anche per la mancan-

za di tale diagnosi nelle schede Cedap o per l'inesatta compilazione delle stesse), tantome-

segue a pag. 43

Simposio AIO

Ostetriche promotrici di stili di vita ottimali per la salute

Benessere del pavimento pelvico: le ostetriche A.I.O. danno vita al G.O.I.P.P.

Il G.O.I.P.P., acronimo di Gruppo Ostetriche Italiano Pavimento Pelvico - A.I.O. nasce dall'esigenza di alcune Ostetriche esperte in riabilitazione/rieducazione del pavimento pelvico di condividere obiettivi, collaborazioni, esperienze professionali ri-

Il nuovo gruppo Gruppo Ostetriche Italiane Pavimento Pelvico (Goipp), nato in seno all'Associazione Italiana di Ostetricia A.I.O. verrà presentato ufficialmente al Simposio Aio, insieme alle Linee di indirizzo per la prevenzione dei disturbi pelvi-perineali prodotte dalle Ostetriche dell'Associazione

guardo la gestione delle problematiche pelvi-perineali femminili.

Il contributo che ogni Ostetrica apporterà al gruppo di lavoro richiede innanzitutto lo svolgimento dell'attività professionale nell'ambito della prevenzione e/o cura delle disfunzioni pelvi-perineali femminili. Il nuovo Gruppo intende essere uno spazio di confronto, produzione e raccolta di documentazione clinica e materiale scientifico, e punto di riferimento per gli altri specialisti in ambito sanitario e

per il mondo scientifico. L'Ostetrica specializzata in riabilitazione del pavimento pelvico deve necessariamente possedere determinati requisiti di formazione in tale ambito per partecipare ai lavori.

I requisiti essenziali che riteniamo determinanti sono:

- Avere esperienze significative inerenti il pavimento pelvico nel proprio Curriculum Professionale
- Svolgere attività di prevenzione in materia di pavimento pelvico (ad es. l'educazione

perineale in gravidanza)

e/o

- Svolgere attività di riabilitazione del pavimento pelvico in ambito uroginecologico e/o colonproctologico.

Gli Obiettivi specifici del GOIPP sono:

- Creare una *task force* che delinea la professionalità specifica per questo ambito
- Diffondere la cultura del Pavimento Pelvico a livello nazionale, sia nell'ambito della salute femminile, sia nei confronti dei professionisti sanitari con i quali collaboriamo secondo le linee guida Ici e Ics
- Stimolare la formazione dell'Ostetrica in tale ambito
- Promuovere la ricerca scien-

tifica

- Collaborare con tutte le società scientifiche nazionali e internazionali che si occupano di pavimento pelvico

La Responsabile Nazionale A.I.O. per il Gruppo Ostetriche Italiane Pavimento Pelvico è la dott.ssa Antonella Cavalieri.

Oltre al benessere del pavimento pelvico, gli altri temi che verranno trattati nel corso del Simposio AIO "Ostetriche promotrici di stili di vita ottimali per la salute" riguardano l'Alimentazione della donna: gravidanza e puerperio, l'Attività fisica nel ciclo vitale della donna, L'alimentazione del primo anno di vita del bambino, la Salute sessuale negli adolescenti e la Salute di genere: fumo, alcool, sostanze psicotrope. ■

Folina[®] 5 mg

Acido folico

ULTERIORI CONFERME
DI EFFICACIA da
JAMA Pediatrics

Da **JAMA
Pediatrics,**
NUOVE CONFERME
DI EFFICACIA per
l'Acido Folico, nel
dosaggio da
5 mg/die ¹

¹ **"A protective effect
against delayed mental
development** was also
observed for children of
mothers consuming Folic
Acid supplements at a
dosage of 1000 to
5000 µg/d (for an MS
score < 85, odds ratio =
0.62; 95%CI, 0.44 to 0.86)
compared with those whose
mothers consumed 400 to
1000 µg/d."

Valera-Gran, et al.: "Folic Acid
Supplements during pregnancy
and child psychomotor development
after the first year of life";
JAMA Pediatr. 2014



Pap Test addio?

Paolo Cristoforoni*
Carlo Maria Stigliano**

*Responsabile Polo
Ginecologico Casa di Cura
Villa Montallegro di Genova
**Tesoriere AOGOI
Direttore Struttura Complessa
Ostetricia e Ginecologia.
ASP Cosenza
Distretto di Castrovillari (CS)

■ ma allora il tempo del ■■■■Pap test è finito?”. Questa domanda ci viene quotidianamente posta da molte delle nostre pazienti ma anche da colleghi che assistono con perplessità crescente (e un poco di confusione) al cambiamento epocale del passaggio in sempre più regioni italiane dal tradizionale Pap test al test per il Papillomavirus nello screening del cervicocarcinoma, e al sincrono *pressing* sull'eccellenza del test molecolare rispetto al citologico. La risposta può essere lapidaria, polemica o inconcludente, oppure può essere molto articolata, e aprire una riflessione sul concetto stesso di prevenzione cervicale in un mondo che cambia, di grande utilità per molti colleghi quotidianamente attivi nei nostri ambulatori.

Il *Pap test* nasce nei primi anni del secolo scorso come conseguenza diretta della scoperta anatomo-clinica di una fase pre-invasiva – il cosiddetto carcinoma in situ – del carcinoma della cervice uterina. L'ampia conizzazione che faceva seguito al riscontro di un Pap test anormale ha rappresentato all'epoca un indubbio progresso verso l'approccio mini-invasivo e la terapia precoce e conservativa di un tumore del quale si erano intuite le basi epidemiologiche ed “infettive” ma si era ancora lontani dal comprendere la precisa storia clinica. Le pietre miliari dell'innovazione in questo campo sono state la descrizione e la diffusione della *colposcopia* e l'identificazione del *papillomavirus umano (HPV)* quale agente etiologico della malattia. La prima, nata anch'essa nei primi anni del XX secolo con la finalità di “vedere” quella fase preclinica del tumore, “invisibile” per definizione, è stata impattata nella sua diffusione e progressione scientifica da una molteplicità di fattori, storici e geografici, che ne hanno influenzato il ruolo e la qualità.

La colposcopia ha chiarito e approfondito negli anni l'aspetto morfologico cervicale e ha contribuito a creare ed affinare ge-

La risposta può essere lapidaria, polemica o inconcludente, oppure può essere molto articolata, e aprire una riflessione sul concetto stesso di prevenzione cervicale in un mondo che cambia, di grande utilità per molti colleghi quotidianamente attivi nei nostri ambulatori

nerazioni di *ginecologi esperti del tratto genitale inferiore* oggi indubbiamente preziosi. L'identificazione del Papillomavirus quale “causa necessaria” del cervicocarcinoma, e l'enorme quantità di dati scientifici ed epidemiologici che negli anni si sono accumulati, insieme all'introduzione e alla proliferazione di test ed esami capaci di identificare e caratterizzare la presenza del virus nei più diversi prelievi o secreti, ha rivoltato dal profondo le fondamenta stesse del sistema. Tutte le



rivoluzioni, tuttavia, richiedono tempo, flessibilità e adattamento per vedere acquisiti gli indubbi benefici.

Un ulteriore elemento della discussione tra i nostri colleghi è la comprensione del *concetto di prevenzione*, che nel caso specifico è nata come terziaria e secondaria e sta sempre più prepotentemente tendendo a diventare primaria, grazie alla vaccinazione anti-HPV e coinvolge due ambiti, quello pubblico (*organizzato*, di popolazione) e quello privato (*opportunistico*). La prevenzione di una patologia neoplastica avente un'etiologia virale è evidentemente di popolazione e l'indiscutibilità di questa premessa è confermata dal calo dei tumori invasivi – e del numero delle vittime da questi causate – nei Paesi dove lo screening organizzato con il Pap test è stato istituito prima e meglio e, più recentemente, dalla virtuale eliminazione di alcune patologie HPV correlate in quelle realtà dove la prevenzione primaria (vaccinazione anti HPV) ha avuto la diffusione auspicata.

Il concetto di screening organizzato, tuttavia, e più in generale di medicina preventiva e di medicina di popolazione, richiede



Un test nato ed affermatosi per 70 anni come l'emblema della prevenzione, diventato nell'immaginario femminile “il” test per la difesa della salute dell'organo genitale, subisce oggi una sorta di “svalutazione” della propria importanza nel confronto con i test molecolari. L'avvento della vaccinazione sta poi comportando un cambiamento culturale enorme nei medici: la prevenzione del cancro del collo dell'utero diventa primaria!

la comprensione di una serie di processi – in primis la valutazione costo/beneficio del sistema in toto e di ogni singolo passaggio, secondo parametri che compongono ma non si limitano al mero aspetto economico – a volte ostici per il clinico e spesso poco comprensibili dai soggetti a cui si rivolge l'azione preventiva stessa. Questa considerazione introduce l'ultimo – imprescindibile – termine della nostra discussione: *informazione*. In questo come in altri ambiti scientifici *in-*

formazione fa rima con *formazione* ed entrambi suonano molto simili a *comunicazione*. L'incredibile quantità di dati e scoperte scientifiche in ambito cervicale accumulate in questi ultimi anni possono essere viste dai ginecologi pratici - e dalle donne che ad essi quotidianamente si affidano – come una straordinaria opportunità o una vera e propria iattura. La partecipazione numerosa di una popolazione target ad un intervento di prevenzione implica la comprensione dei benefici che la risposta alla chiamata comporta, e la minimizzazione degli svantaggi che il processo stesso può implicare. Questo è evidentemente imprescindibile da quanto ogni clinico sa ed ha capito e da quanto è disposto o in grado – per motivi a volte a lui non direttamente imputabili – di comunicare alla singola donna e al suo entourage familiare e sociale.

In buona sostanza, un test nato ed affermatosi per 70 anni come l'emblema della prevenzione, diventato nell'immaginario femminile “il” test per la difesa della salute dell'organo genitale, subisce oggi una sorta di “svalutazione” della propria importanza nel confronto con i test molecolari.

Sarah Lucas
Mumum, 2012
Collant, lanugine, struttura di sedia,
144 x 82 x 109 cm
Marc Quinn, London.
© Sarah Lucas,
Courtesy Sadie Coles HQ, London

L'avvento della vaccinazione sta poi comportando un cambiamento culturale enorme nei medici: la prevenzione del cancro del collo dell'utero diventa primaria! Questi mutamenti, inevitabili per il progredire dei saperi e delle tecnologie, richiedono nella realtà comprensione ed armonizzazione per il migliore utilizzo di tutti gli strumenti disponibili, e non una sorta di “battaglia per l'esclusione”, ciò anche per evitare di ingenerare confusione nelle donne e nei medici.

Le stesse “Raccomandazioni” che l'Aogoi ha recentemente sintetizzato, sulla base delle principali Linee Guida nazionali ed internazionali, dimostrano che un utilizzo razionale e fondato sulla EBM dei vari strumenti di indagine e di controllo offre elevati standard nella diagnostica e nella gestione post trattamento delle donne affette da situazioni pre-cliniche cervicali.

Con tutte queste premesse, dunque, la risposta alla domanda iniziale potrebbe essere: “No, il Pap test non è finito: sta solo ridefinendo il proprio ruolo. In un quadro di prevenzione globale che ricerchi la massima efficacia, ma sia capace di limitare il più possibile i disagi delle donne”. ■



Menopausa

Conseguenze a lungo termine della menopausa precoce

Francesca Nocera
Presidente Nazionale Società della Ginecologia della Terza Età (SIGiTE)

Si definisce prematura o precoce quella condizione di cessazione della regolarità mestruale e del sotteso equilibrio ormonale, che avvenga ben prima dell'epoca fisiologica della menopausa, in particolare al di sotto dei 40-45 anni. In letteratura troviamo molteplici definizioni per indicare questa complessa condizione che può non essere diagnosticata con rapidità e che richiede un approccio clinico molto delicato, ma la più accreditata è quella di **insufficienza ovarica primitiva** indicata con l'acronimo "POI". Questa condizione, decisamente patologica, che interessa tra l'1 e il 5% delle donne, è una realtà probabilmente sottostimata e destinata ad aumentare, che riconosce diverse cause: genetiche, autoimmuni o secondarie a trattamenti medici o chirurgici che hanno comportato un danno irreversibile o l'asportazione del-



■ Conoscere meglio le conseguenze nel lungo termine della menopausa precoce potrà cambiare molte linee di comportamento, sia nella classe medica, a partire dalla immotivata annessiectomia bilaterale in corso di isterectomia per cause non neoplastiche, sia nella sensibilità delle donne

le ovaie. Sono soprattutto queste forme secondarie quelle che arrecano un danno maggiore all'organismo poiché alla patologia primitiva, spesso di natura neoplastica, si sommano le conseguenze del danno funzionale dell'ovaio e, prima fra tutte, la perdita della fertilità.

Nel caso di patologia neoplastica, diversi fattori si intersecano con una sorta di "effetto domi-

no" amplificando notevolmente i sintomi connessi alla carenza ormonale. Al contrario, nelle cosiddette forme primitive (spesso idiopatiche) se da un lato il quadro psicoemotivo è meno impegnativo, dall'altro la diagnosi è più tardiva e conseguentemente è meno tempestivo l'inizio del trattamento. È ormai consolidato infatti che esso debba essere il più precoce possibile per preservare la donna dalle conseguenze sulla salute nel medio e lungo termine. Se ancora infatti per la menopausa fisiologica, si può considerare talvolta accettabile una posizione prudenziale che non preveda terapia ormonale sostitutiva, questa condizione è non solo inaccettabile ma addirittura non etica nel caso di una menopausa intempestiva con la sola eccezione della menopausa indotta per tumore mammario. È noto infatti che le donne che hanno avuto una menopausa precoce (<40 anni) sono a maggior rischio cardiovascolare, osseo e cognitivo e hanno un tasso di mortalità globale maggiore rispetto alle donne con gli stessi fattori di rischio ma che sono andate incontro a menopausa tempestiva.

Rischio osseo: essendo gli estrogeni i più fisiologici ed efficaci agenti antiassorbitivi è facile comprendere come la carenza estrogenica alteri negativamente l'equilibrio tra neoapposizio-

ne e riassorbimento osseo con conseguente alterazione qualitativa e quantitativa dell'osso, minore resistenza ai microtraumi e aumentato rischio di fratture.

Rischio cardiovascolare: meno compreso da parte delle donne è il nesso tra carenza ormonale e rischio cardiovascolare che passa attraverso un effetto negativo diretto sull'endotelio e indiretto sul metabolismo lipidico. Le coronarie femminili a differenze di quelle maschili, sono più sottili e possono creare minori circoli collaterali, esponendosi quindi a danni più severi. Per tale motivo dopo la menopausa, a qualunque età essa avvenga, aumenta sensibilmente il rischio di mortalità causata da eventi cardiovascolari.

Rischio cognitivo: ancora meno noto a livello di informazione generale, è il rapporto tra menopausa e funzione cognitiva. La demenza rappresenta una vera e propria emergenza nel mondo a causa dell'invecchiamento della popolazione, con costi elevatissimi pari a quasi 1000 miliardi di dollari e numeri stimati in 46,8 milioni di persone destinate purtroppo a crescere rapidamente. Circa il 50% delle demenze sono costituite dall'Alzheimer. In Italia si calcolano circa 1.241.000 persone affette da demenza. Demenza e alterazioni cognitive sono correlabili al deficit estrogenico in modo proporzionale all'età di

insorgenza della menopausa ma il beneficio della terapia sostitutiva è percepibile solo in una ristretta finestra temporale cioè solo se la terapia è iniziata precocemente e quindi prima del danno neuronale.

Sindrome genitourinaria: viene con tale termine indicato quel complesso di sintomi e modificazioni anatomiche che inevitabilmente e progressivamente si instaurano con la carenza degli estrogeni e che rappresentano una grossa limitazione per la salute sessuale della donna. Nonostante il forte impatto negativo che coinvolge anche la coppia, è una delle problematiche più sommerse e meno correttamente trattate.

Conoscere meglio le conseguenze nel lungo termine della menopausa precoce, potrà cambiare molte linee di comportamento sia nella classe medica, a partire dalla immotivata annessiectomia bilaterale in corso di isterectomia per cause non neoplastiche, sia nella sensibilità delle donne. ■

“La promozione di Corsi di accompagnamento alla menopausa costituisce un'opportunità di innovazione culturale e professionale, rappresenta un campo di sfida per le politiche sanitarie del prossimo futuro”

Nicholas Nixon
The Brown Sisters
[Le sorelle Brown], 1974-2014
40 stampe ai sali d'argento,
45,5 x 57,1 cm ciascuna
© Nicholas Nixon.
Courtesy Fraenkel Gallery, San Francisco



Pawel Althamer
Self-portrait [Autoritratto], 2006
Ceramica, tessuto, legno,
111,5 x 24 x 24 cm
Sammlung Goetz, Monaco.
Foto Wilfried Petzi

donne che possa accedere ad un counselling specifico aderendo ad una offerta attiva sul territorio e partecipando a “**Corsi di accompagnamento alla Menopausa**”, per contenere l’ “aspettativa di malattia” che rischiano oggi le “nuove donne”. Ciò rende necessario una ridistribuzione delle risorse ed una riorganizzazione dei servizi socio-sanitari che devono considerare la donna non come un “contenitore di organi” da sottoporre a screening, ma una donna nella visione olistica della persona, per pianificare strategie terapeutiche personalizzate. È necessario inoltre identificare ed eventualmente creare sul territorio dei centri di riferimento per la prevenzione e la personalizzazione delle cure necessarie alle donne in epoca peri/postmenopausale, assicurando una assistenza integrata e continua. La promozione di “Corsi di accompagnamento alla menopausa” costituisce un’opportunità di innovazione culturale e professionale, rappresenta un campo di sfida per le politiche sanitarie del prossimo futuro e può mantenere vivi i presupposti di equità ed etica che hanno contraddistinto il sistema sanitario italiano. Superare vecchi stereotipi e pregiudizi ed imparare l’arte di invecchiare oggi rappresenta una necessità sociale. **M**

Transizione menopausale

Come gestire l'effetto menopausa?

Maria C. Pandolfo
Responsabile Endocrinologia
Ginecologica – Ospedale
Buccheri La Ferla FBF Palermo

■ **Vampate, insonnia, cattivo umore, fragilità ossea, scarso desiderio sessuale, ipertensione... la transizione menopausale segna un momento di svolta nella vita delle donne. Un momento che non era naturale per le nostre antiche ave, che mediamente morivano in epoca post-fertile, ma che oggi consideriamo fisiologico**

Si tratta di un evento che non è sperimentato da tutte nello stesso modo poiché i molteplici aspetti psicologici, biologici, socioculturali, lavorativi sembrano aver ragione della diversità della popolazione. La qualità di vita in terza e quarta età oggi sappiamo essere il risultato di scelte di vita operate già nell’infanzia: ambiente, dieta, attività fisica, esercizio mentale, prevenzione delle malattie, farmaci, tempo per l’amore e le amicizie influenzeranno il nostro benessere.

Il management del periodo perimenopausale e menopausale sembra essere il fattore chiave per un invecchiamento sano delle donne.

Raramente si analizza l’impatto della sintomatologia del periodo di transizione menopausale sulla società, sia in modo diretto che in modo indiretto.

Una gran parte della popolazione femminile in età menopausale è oggi inserita nel mondo del lavoro e deve continuare a lavorare mediamente per ulteriori 15 anni prima di poter giungere all’età pensionistica.

L’impatto della sintomatologia da estrogeno-privazione, finora considerata solo nell’ambito del peggioramento della qualità di vita della donna o al massimo della coppia, ha un risvolto importante anche sul ruolo lavorativo, alterando l’efficienza e la produttività: si stima che la produttività possa essere ridotta fino al 20% in epoca peri/post menopausale.

Ciò acquista particolare importanza in considerazione del fatto che una adolescente di oggi ha la possibilità di vivere circa la metà della sua vita in menopausa. Urge allora la creazione di un **percorso “salute in peri/postmenopausa”** che abbia come target le donne alla fine della età riproduttiva e abbia, come obiettivo generale, il miglioramento della qualità di vita, la promozione di stili di vita salutari e la

prevenzione dei tumori oltre che delle patologie non comunicabili, quali ad esempio la patologia cardiovascolare, oggi

considerata il maggior killer delle donne.

Obiettivo specifico è quello di incrementare il numero delle



Folina® 5 mg - Acido folico

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE: FOLINA 15 mg/2 ml soluzione iniettabile - FOLINA 5 mg capsule molli

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA - Folina 15 mg/2 ml soluzione iniettabile - Una fiala da 2 ml contiene: Principio attivo: acido folico 15 mg. **Folina 5 mg capsule molli** - Una capsula molle contiene: Principio attivo: acido folico 5 mg. Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere paragrafo 6.1

3. FORMA FARMACEUTICA - Soluzione iniettabile: capsule molli.

4. INFORMAZIONI CLINICHE - 4.1 Indicazioni terapeutiche: In tutti i casi di carenza folica per aumentata richiesta, insufficiente assorbimento, ridotta utilizzazione e insufficiente apporto dietetico della vitamina. 4.2 Posologia e modo di somministrazione: *Soluzione iniettabile:* 1 fiala al giorno secondo prescrizione medica, per via intramuscolare. *Capsule molli:* 1-3 capsule al giorno secondo prescrizione medica. Nei bambini la dose giornaliera può essere uguale a quella degli adulti o comunque commisurata, secondo il parere del medico, alle necessità terapeutiche. 4.3 Controindicazioni: Ipersensibilità al principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti elencati al paragrafo 6.1. Pazienti con tumori (vedere paragrafo 4.4 Avvertenze speciali e precauzioni di impiego). Anemia perniciose (carenza di vitamina B12) (vedere paragrafo 4.4 Avvertenze speciali e precauzioni di impiego). 4.4 Avvertenze speciali e precauzioni di impiego: Il trattamento va condotto sotto controllo ematologico. In caso di anemia perniciose, l'acido folico non deve essere somministrato da solo o in associazione con dosi inadeguate di cianocobalamina. Infatti, pur provocando una risposta emopoietica, non svolge alcuna azione preventiva sulla degenerazione midollare subacuta presente in queste forme. Pertanto la somministrazione di acido folico deve essere subordinata ad un preciso accertamento diagnostico ematologico. Il medicinale non deve essere utilizzato come antianemico nei soggetti portatori di neoplasie. L'uso concomitante di acido folico con fenobarbitale, fenitoina o primidone non è raccomandato (vedere paragrafo 4.5 Interazione con altri medicinali e altre forme di interazione). L'acido folico ad alte dosi può ridurre l'effetto antiepilettico del fenobarbitale, della fenitoina e del primidone aumentando il loro metabolismo. Di conseguenza l'uso concomitante di acido folico con fenobarbitale, fenitoina o primidone non è raccomandato (vedere paragrafo 4.4 Avvertenze speciali e precauzioni di impiego). Se necessario deve essere eseguito un accurato monitoraggio della concentrazione plasmatica di questi antiepilettici. Una relazione simile ma meno marcata è attesa con altri medicinali anti-convulsivanti inclusi sodio valproato, carbamazepina e barbiturici. Metotressato e sulfasalazina possono diminuire l'attività dell'acido folico a causa della loro attività antagonista. La somministrazione concomitante di cloramfenicolo può determinare un antagonismo nella risposta ematopoietica all'acido folico. Supplementi di folati migliorano gli effetti della terapia con litio. L'anestesia con protossido di azoto può causare una carenza acuta di acido folico. Etanolo e aspirina possono determinare un aumento dell'eliminazione di acido folico. 4.6 Gravidanza e allattamento: Gravidanza: Non ci sono pericoli noti per l'uso di acido folico in gravidanza; integratori di acido folico sono spesso favorevoli. La carenza indotta di acido folico o un anormale metabolismo del folato è legato alla comparsa di difetti alla nascita e di alcuni difetti del tubo neurale. La carenza di questa vitamina o dei suoi metaboliti può anche essere responsabile di alcuni casi di aborto spontaneo e ritardo della crescita intrauterina. Non vi sono dati di sicurezza per un impiego a dosi superiori a 4-5 mg/die; pertanto in tali situazioni la dose giornaliera non deve superare i 5 mg. Allattamento: L'acido folico è escreto nel latte materno. Nessun effetto negativo è stato osservato in neonati allattati al seno le cui madri assumevano l'acido folico. 4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari: Folina non altera o altera in modo trascurabile la capacità di guidare veicoli o di usare macchinari. 4.8 Effetti indesiderati: Gli effetti indesiderati che possono essere associati a Folina sono elencati nella seguente tabella secondo classificazione per apparati e sistemi e frequenza: comune ($\geq 1/100$ e $< 1/10$), non comune ($\geq 1/1.000$ e $< 1/100$), rara ($\geq 1/10.000$ e $< 1/1.000$). Disturbi del sistema immunitario: Rara ($\geq 1/10.000$ - $< 1/1.000$). Reazioni allergiche, comprendenti eritema, rash, prurito, orticaria, dispnea, e reazioni anafilattiche (incluso shock). Disturbi psichiatrici: Rara ($\geq 1/10.000$ - $< 1/1.000$). Disturbi del sonno: incubi. Patologie gastrointestinali: Rara ($\geq 1/10.000$ - $< 1/1.000$). Anoressia, nausea, distensione addominale e flatulenza. Patologie sistemiche e condizioni relative alla sede di somministrazione: Rara ($\geq 1/10.000$ - $< 1/1.000$). Malessere, irritabilità. Segnalazione delle reazioni avverse sospette. La segnalazione delle reazioni avverse sospette che si verificano dopo l'autorizzazione del medicinale è importante, in quanto permette un monitoraggio continuo del rapporto beneficio/rischio del medicinale. Agli operatori sanitari è richiesto di segnalare qualsiasi reazione avversa sospetta tramite il sistema nazionale di segnalazione all'indirizzo www.agenziafarmaco.gov.it/risponsabili. 4.9 Sovradosaggio: Non sono descritti in letteratura casi di sovradosaggio.

5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE - 5.1 Proprietà farmacodinamiche: Categoria farmacoterapeutica: farmaci antianemici: acido folico e derivati; ATC: B03BB01. Effetti farmacodinamici: l'acido folico interviene in numerose reazioni biochimiche come trasportatore di unità monocarboniose in forma attivata. La carenza di acido folico dà luogo ad anemia macrocitica e leucopenia. 5.2 Proprietà farmacocinetiche: L'acido folico per via orale viene in gran parte assorbito come tale e in parte dopo riduzione e metilazione. Penetrando nei tessuti l'acido folico sposta i folati ridotti endocellulari immettendo in circolo 5-CH₃-FH₄. Dopo 180' dalla somministrazione di 5 mg di acido folico per via orale nell'animale e nell'uomo, i livelli sierici di acido folico risultano ancora elevati. La metabolizzazione dell'acido folico è rapportata all'entità dei depositi dei folati aggiustandosi su una omeostasi di saturazione di questi. 5.3 Dati preclinici di sicurezza: Non è stato possibile stabilire la DL₅₀ per via orale nell'animale, data la bassissima tossicità dell'acido folico. La vitamina somministrata e.v. è risultata avere una DL₅₀ di circa 500 mg/Kg leggermente variabile a seconda della specie animale. Per quanto riguarda la tossicità cronica, dosi inferiori a 50 mg/Kg nel coniglio e nel ratto intraperitoneo non hanno procurato effetti patologici. Le dosi sopracitate sono ampiamente superiori alle usuali dosi terapeutiche nell'uomo. L'acido folico non è tossico per l'uomo anche nella somministrazione ad alte dosi e molto prolungata nel tempo come è stato dimostrato in corso di epilessia, somministrando 15 mg al giorno di acido folico per un anno.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE - 6.1 Elenco degli eccipienti: Folina soluzione iniettabile: glicina; sodio idrato; sodio cloruro, p-idrossibenzoato di metile, etile, propile, butile, benzile, acqua per preparazioni iniettabili. Folina capsule molli: cera d'api, olio di soia, lecitina di soia in olio di soia. Composizione dell'involucro esterno gelatinoso: gelatina, glicerolo, sodio p-idrossibenzoato di etile, sodio p-idrossibenzoato di propile, sorbitolo, titanio diossido (E 171), eritrosina (E127), ferro ossido nero (E172). 6.2 Incompatibilità: L'azione della Folina è inibita da contemporaneo impiego di farmaci ad azione antibiotica. 6.3 Periodo di validità: 3 anni. 6.4 Precauzioni particolari per la conservazione - Capsule molli: Conservare a temperatura non superiore a 30°C. Fiale: Questo medicinale non richiede particolari precauzioni per la conservazione. 6.5 Natura e contenuto del contenitore: *Soluzione iniettabile:* fiale in vetro giallo tipo I F.U. Confezione contenente 5 fiale in cassetto in PVC inserito in astuccio litografato. *Capsule molli:* blister con alveoli in PVC, sigillati con foglio di alluminio. Confezione contenente 1 blister da 20 capsule inserito in astuccio litografato. Confezione contenente 6 blister da 10 capsule ciascuno inserito in astuccio litografato. 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
Teofarma S.r.l. - Via F.lli Cervi, 8 - 27010 Valle Salimbene (PV)

8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

Fiale: Cod. N. 002309033
20 capsule: Cod. N. 002309045
60 capsule: Cod. N. 002309058

9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE - 04/08/1982 - 01/06/2010

10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO - Agosto 2014

Folina® 5 mg capsule molli
20 capsule

Prezzo al Pubblico: € 3,60 - Classe A

TEOFARMA S.r.l. - Fax 0382/525845 - e-mail: regulatory-medical@teofarma.it - www.teofarma.it



Contracezione di emergenza tra clinica e norme

Emilio Arisi

Presidente Società Medica Italiana per la Contracezione (SMIC)

La contraccezione di emergenza (Emergency Contraception - EC), spesso impropriamente definita come "pillola del giorno dopo", è un metodo contraccettivo utilizzabile dalla donna per prevenire la gravidanza dopo un rapporto sessuale non protetto, o malamente protetto. Risulta improprio definirla come "pillola del giorno dopo" perché da un lato la sua efficacia è tanto più notevole quanto prima viene assunta dopo il rapporto presunto a rischio, e dunque attendere il giorno dopo è quanto meno rischioso, e perché, oltre alla contraccezione di emergenza per via orale, esiste anche la possibilità dell'utilizzo a questo scopo del contraccettivo intrauterino al rame (IUD-Cu). Nel passato, e tuttora laddove altri farmaci non siano disponibili, a questo scopo veniva e viene utilizzata anche una combinazione contraccettiva estro progestinica, denominata schema di Yuzpe, dal nome del ginecologo canadese che l'aveva messa a punto. **Di tutti questi metodi il più efficace è certamente il contraccettivo intrauterino al rame**, la cui capacità di ridurre il rischio di gravidanza è addirittura vicina al 100%. Però esso presenta dei limiti pratici facilmente comprensibili, come ad esempio la necessità di trovare velocemente un ginecologo disponibile ad inserirlo, considerando anche il fatto che il picco del bisogno anticoncezionale di emergenza corrisponde al fine settimana.

In base ai dati della letteratura attualmente disponibili le gravidanze insorte con questi farmaci non mostrano effetti malformativi.

Presupposti. Nell'utilizzo della EC vanno tenuti presenti alcuni concetti, che devono essere chiari alla donna utilizzatrice. La EC è sicura, ma è tanto più efficace quanto prima viene assunta dopo il rapporto presunto a rischio, anche perché non è mai possibile determinare con precisione assoluta il momento della ovulazione. La EC non va ipotizzata come strumento abituale di contraccezione, e non può né deve sostituire un regolare metodo contraccettivo. Essa, come tutti i

Keith Edmier
Beverly Edmier 1967, 1998
Calco in uretano e resina acrilica, silicone, colori acrilici, seta, lana, tessuto Lycra, calco di bottoni d'argento, calze di nylon, 129 x 77,5 x 57,2 cm
Collezione Rachel e Jean-Pierre Lehmann
Courtesy Keith Edmier e Petzel, New York
Foto Lamay Photo

metodi contraccettivi per via orale, non previene le malattie sessualmente trasmissibili, né è in grado di interrompere una gravidanza già iniziata.

La situazione in Europa. L'Europa presenta diverse situazioni in relazione allo stato legale e normativo della contraccezione di emergenza, ed anche in relazione con i singoli metodi contraccettivi disponibili. Il levonorgestrel è disponibile da molti anni sostanzialmente in tutte le nazioni europee. Ma vi sono delle eccezioni. Ad esempio a Malta la contraccezione emergenza al levonorgestrel non è disponibile, mentre vi sono otto nazioni, inclusa l'Italia, nelle quali per avere la contraccezione al levonorgestrel bisogna che la donna si munisca della prescrizione medica. Nella maggior parte delle nazioni invece il levonorgestrel è disponibile senza prescrizione (SOP), ma occorre farne esplicita richiesta al farmacista. In al-



cune nazioni europee è addirittura prodotto da banco.

L'Ulipristal acetato è ottenibile oggi senza prescrizione medica in molti paesi, inclusa l'Italia, in seguito alla raccomandazione della Ema (European Medicines Agency), ma non è ancora disponibile in Albania, Estonia, Georgia, Macedonia e Malta. In alcuni paesi è però tuttora necessaria la prescrizione medica.

La situazione italiana. I metodi contraccettivi d'emergenza di tipo ormonale attualmente disponibili in Italia sono la pillola di solo levonorgestrel (LNG) alla dose di 1500 mg e la pillola contenente Ulipristal acetato (UPA) alla dose di 30 mg. Quest'ultima viene spesso definita anche "pillola dei cinque giorni dopo", perché la sua efficacia, pur diminuita nel tempo, può arrivare fino a cinque giorni dopo il rapporto presunto a rischio. Nessuno di questi farmaci viene rimborsato dal sistema sanitario nazionale. Il costo del Levonorgestrel è attorno ai 13 euro, che corrisponde al prezzo medio europeo, mentre quello dell'Ulipristal acetato è intorno ai 26 euro, anche se il prezzo finale esatto di questo ultimo farmaco vie-



La contraccezione d'emergenza costituisce un metodo che, se utilizzato nei tempi e nei modi opportuni, può evitare alla donna che abbia avuto un rapporto a rischio di andare incontro a gravidanze non desiderate, e può ridurre la numerosità dell'aborto volontario

ne deciso dal farmacista essendo SOP.

Dall'aprile 2015 l'Ulipristal acetato è ottenibile senza obbligo di prescrizione (SOP) per le donne sopra i 18 anni, ma la donna deve farne esplicita richiesta al farmacista. Invece per le donne al di sotto dei 18 anni è tuttora necessaria la prescrizione, che può essere ottenuta dal proprio medico, dal medico del consultorio, dal medico del pronto soccorso, dal medico di guardia medica.

Per il Levonorgestrel è tuttora necessaria la prescrizione medica, perché ciò è stato deciso nel 2000 quando la sua vendita fu approvata con una procedura raziona-

le, che al momento non risulta ancora modificata. Inoltre la norma italiana richiede la presentazione di un test di gravidanza negativo per ottenere la prescrizione, esempio unico in tutto il mondo occidentale.

Le linee guida sulla contraccezione di emergenza. Dal febbraio 2015 è disponibile con il titolo "Contracezione di emergenza: una linea guida per la fornitura di servizi in Europa", l'edizione italiana predisposta dalla Smic di "Emergency Contraception: A guideline for service provision in Europe", la linea guida proposta nel 2014 da un gruppo di lavoro della Ecec (European Consortium for Emergency Contraception) (<http://www.ec-ec.org/emergency-contraception-in-europe/guidelines/>).

Questa edizione ha ricevuto la approvazione della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo), della Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (Aogoi), della Società Medica Italiana per la Contracezione (Smic), della Società Italiana della Contracezione (SIC) e della Associazione Ginecologi Territoriali (Agite), ed è facilmente ritrovabile nei siti delle

single società (ad esempio in <http://www.smicontraccezione.it/contraccezione-di-emergenza/index.html>).

La linea guida, partendo dalla situazione difforme dei vari paesi europei, si pone il compito di uniformare i comportamenti dei singoli professionisti suggerendo comportamenti ricavati dalla letteratura più consolidata. In particolare vengono affrontati i vari aspetti posti dalla donna al momento della consultazione (ad esempio: Sono realmente a rischio di gravidanza? E se fossi già gravida? Sto allattando la posso prendere? Vengono poi trattati i vari metodi, analizzando anche tutte le possibilità di efficacia in relazione al numero di ore trascorse dal rapporto presunto a rischio. Non vengono infine trascurati i possibili fenomeni collaterali e le modalità del follow-up.

In conclusione, la contraccezione d'emergenza costituisce un metodo che, se utilizzato nei tempi e nei modi opportuni, può evitare alla donna che abbia avuto un rapporto a rischio di andare incontro a gravidanze non desiderate, e può ridurre la numerosità dell'aborto volontario. **Y**

ellaOne®

La Pillola contraccettiva d'emergenza più efficace¹



L'amore non è cambiato

la contraccezione d'emergenza si.

efficace quando serve di più

Classe di rimborsabilità: C - Classificazione ai fini della fornitura: Per le pazienti di età pari o superiore a 18 anni: medicinale non soggetto a prescrizione medica, ma non da banco, (SOP). Per le pazienti di età inferiore a 18 anni: medicinale soggetto a prescrizione medica da rinnovare volta per volta (RNR).

¹ Gemzell-Danielsson K, Cameron ST. Clinical Investigation, 2011 Mar, Vol. 1, No. 3, Pages 467-472

Umberto Boccioni**Studio di testa - La madre, 1912** (particolare)

Olio e tempera su tela, 60 x 60 cm

Museo del Novecento, Milano.

© Comune di Milano -

Tutti i diritti riservati / Mondadori PortfolioElecta.

Foto Luca Carrà

**Simposio FESMED**

Turbative in materia di relazioni di lavoro e sviluppi di carriera

Carmine Gigli
Presidente FESMED

Non si sono ancora placate le polemiche che hanno fatto seguito all'emanazione di quello che viene comunemente definito "comma 566" (L. 190/2014, art.1) vedi riquadro l'incontro del Ministro con i medici è stato annullato e quello che le professioni sanitarie hanno avuto al Ministero della Salute si è rivelato infruttuoso. In nove mesi nessun passo avanti è stato compiuto fra le posizioni dei medici, che non accettano limitazioni alle loro competenze professionali e quelle degli infermieri, impazienti di promuovere lo sviluppo delle loro competenze professionali. È chiaro che questa situazione è il frutto di errori compiuti a livello del Ministero della Salute, sempre accondiscendente alle richieste delle Regioni ed ora, secondo il sottosegretario alla Salute Vito De Filippo, la soluzione dovrebbe venire dalla convocazione della "Cabina di regia". Si tratta di una nuova istituzione, prevista dalla Conferenza delle Regioni del novembre 2014 e mai convocata sino ad oggi, che dovrebbe riunire il Ministero della Salute e gli altri Ministeri interessati, le Regioni e tutti i Sindacati del personale del Servizio Sanitario Nazionale, nessuno escluso, in rappresentanza del personale dipendente e convenzionato, sia di quello dirigenziale, medici compresi, che del comparto. Non è difficile ipotizzare che un'istituzione così mastodontica, con ol-



tre 50 rappresentanti, difficilmente potrà andare oltre la funzione consultiva e non è escluso che possa essere utilizzata per mettere a segno un altro colpo di mano a danno dei medici. Sarà necessario vigilare ed essere pronti alla reazione. Anche i rapporti fra colleghi rischiano di essere turbati a causa della sentenza 33329/2015 della Corte di Cassazione penale, la quale ha rigettato il ricorso di un chirurgo che era stato condannato per omicidio colposo per la morte di una giovane affetta da un ascesso in sede di exeresi tonsillare, alla quale aveva tentato invano di praticare una tracheotomia d'urgenza, dopo che l'anestesista non era riuscito ad intubarla. Pur riconoscendo l'errore del primario anestesista, per aver voluto procedere con la tecnica generale e quindi con intubazione, il Tribunale aveva condannato il chirurgo per non aver esercitato "l'autorità connessa al ruolo istituzionale affidatogli", essendo egli il "capo equipe" e non avere impedito la scelta dell'anestesista di effettuare un'anestesia generale anziché locale. Non è la prima volta che la Corte di Cassazione condanna il chirurgo anche per errori commessi da altri componenti dell'equipe, sempre riconoscendogli il ruolo di "capo equipe", non previsto dal contratto di lavoro e neanche dalla legislazione vigente. Secondo la Cassazione "il lavoro di equipe vede la istitu-

■ **"Comma 566", responsabilità medica e giurisprudenza, nuovo sviluppo della carriera del medico dipendente del Ssn alla luce della proposta portata avanti dalla Fesmed sono gli argomenti di grande attualità che verranno affrontati nel corso del Simposio che la Federazione Sindacale Medici Dirigenti ha dedicato agli approfondimenti sulla professione e sul Ccnl**

zionale cooperazione di diversi soggetti, spesso portatori di distinte competenze: tale attività deve essere integrata e coordinata, va sottratta all'anarchismo".

Questa visione di un mondo ordinato sul quale vigila il chirurgo "capo equipe" piace alla Corte di Cassazione ma, oltre a gravare di ulteriori compiti il già difficile lavoro del chirurgo, questa impostazione crea importanti problemi nel campo della responsabilità professionale soprattutto per quanto riguarda i rapporti fra i medici di diverse specialità, per i quali occorre stabilire delle regole ben precise e che dovrebbero trovare risposta nel disegno di legge sulla responsabilità sanitaria ancora fermo a livello di Commissione parlamentare. Nello stesso tempo, non possiamo trascurare che la sentenza della Corte di Cassazione offre anche una risposta alla questione di cui ci siamo occupati prima, mi riferisco dalle conseguenze che potrebbero derivare dallo spaccettamento del paziente in tante competenze da ripartire fra le professioni infermieristiche, con il rischio di curare i sintomi trascurando la malattia. In questo caso è indispensabile un ruolo di "capo equipe" e non può essere attribuito ad altri se non al medico.

La carriera del medico dipendente del Servizio sanitario,

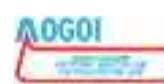
Comma 566, art. 1 della Legge di Stabilità 190/2014

Ferme restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia, con accordo tra Governo e regioni, previa concertazione con le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei profili sanitari interessati, sono definiti i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso percorsi formativi complementari. Dall'attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

mortificata dal D.lgs 502/1992, potrebbe avere un nuovo sviluppo se dovesse passare la proposta portata avanti da alcune organizzazioni sindacali fra le quali la FESMED. Il medico sarà chiamato sempre di più a esercitare le sue competenze specialistiche ai massimi livelli se vorrà progredire nella carriera professionale, infatti la strada che si va delineando è quella di uno sviluppo della carriera del medico nel Ssn che preveda il riconoscimento delle competenze acquisite nella pratica professionale e gratifichi il medico con riconoscimenti formali ed

economici. Il titolo di primario, successivamente mutato in direttore, con la trasformazione dell'accesso a questo ruolo da concorsuale a selettivo e il suo conferimento da parte dell'organo politico, sta scomparendo per ragioni economiche. I pochi direttori rimasti spesso sono chiamati a gestire più reparti, anche situati in località diverse, costringendoli a trascurare sempre di più l'assistenza a favore dell'aspetto gestionale della carica. Inevitabilmente i compiti assistenziali vengono assunti dai dirigenti medici, i quali sono chiamati ad occuparsi anche dei casi più complessi. Tutto questo rende indispensabile che, anche da un punto di vista legislativo e contrattuale, si riconosca che le competenze acquisite in campo "professionale" abbiano un riconoscimento in termini di incarichi professionali e di emolumenti. Nello stesso tempo per i medici che decideranno di orientarsi verso l'aspetto "gestionale" si dovranno prevedere degli sviluppi di carriera in tal senso, senza che per questo si vengano a determinare dei percorsi rigidi e con la possibilità di raggiungere in ogni caso i livelli apicali.

Esperimenti interessanti si stanno compiendo in questo senso nel Veneto e in altre Regioni ma, la questione richiede di essere definita in termini più chiari e deve essere normata in maniera legislativa e regolata dal Contratto di lavoro. **Y**



CORSO TEORICO PRATICO DI EMERGENZE OSTETRICHE



SABATO
07 NOVEMBRE
2015

PALAZZO
VIRGILIO HOTEL
VIA UMBERTO I, 149
BRINDISI

**PROGRAMMA**

08.00 / 08.20 Registrazione dei partecipanti
08.20 / 08.30 Saluto del Presidente Naz. le AOGOI (V. TROJANO)
Presentazione del corso e dei partecipanti (PL. SOZZI)

• **EMORRAGIA POST PARTUM**

MODERATORE: E. R. POTI - G. NACCI

08.30 / 09.30 Cause, prevenzione, trattamento conservativo e demolitivo (C. CRESCINI)
09.30 / 10.30 Shock emorragico, gestione dei liquidi, correzione volemia e alterazioni della coagulazione (D. RINALDO)

• **DISTOCIA DI SPALLE**

MODERATORE: G. LANZILOTTI - S. TURSI

14.00 / 15.30 Definizione, fattori predisponenti, prevenzione, diagnosi, complicanze materne e neonatali, aspetti medicolegali (C. CRESCINI)

14.00 / 15.30 Le manovre ostetriche (D. RINALDO)

• **DISTOCIA DI SPALLE**

14.00 / 15.30 Discussione
15.30 / 18.00 Simulazioni ed esercitazioni pratiche su manichino a piccoli gruppi su distocia di spalle

18.00 / 18.15 Conclusioni e consegna questionario ECM

Segreteria organizzativa:



PER ISCRIZIONI:

Inviare al numero di Fax: +39 1782 73 21 93

Inviare mail all'indirizzo: iscrizioni@sepas.it



Lennart Nilsson
20 fotografie dalla serie A Child is Born [E nato un bambino], pubblicate su "LIFE", New York, 30 aprile 1965
 Stampe fotografiche,
 29 x 27 cm ciascuna
 © Lennart Nilsson

■ **L'eccesso di lavoro del medico lede il diritto del paziente alla cura in condizioni di sicurezza: la stanchezza potrebbe ridurre l'efficienza delle prestazioni aumentando gli eventi avversi. L'eccesso di lavoro del medico lede anche il suo diritto a curare in sicurezza: la stanchezza potrebbe procurargli disagio psicofisico provocando danni alla propria salute. Dopo i ripetuti richiami dell'Europa, dal prossimo dicembre finalmente anche l'Italia darà piena attuazione alla direttiva europea 2003/88 sull'organizzazione dell'orario di lavoro, che finora è stata recepita solo parzialmente**

nunciato al deferimento dell'Italia alla Corte di Giustizia dell'UE. Quindi **dal prossimo dicembre su tutto il territorio nazionale l'orario di lavoro complessivo non potrà superare le 48 ore settimanali**, comprese le ore di lavoro straordinario (il debito orario per i dirigenti medici è fissato dall'art. 14 del CCNL 2002-2005 a 38 ore settimanali; a questo potrà essere aggiunto l'orario negoziato per raggiungere gli obiettivi di budget, l'orario delle prestazioni aggiuntive e l'orario straordinario) **ed inoltre non sarà più possibile protrarre il periodo lavorativo dopo la guardia notturna**. Nell'attesa dobbiamo fare attenzione poiché un evento avverso nel suddetto periodo potrebbe avere l'aggravante della condotta imprudente, e la Corte dei Conti riconoscere al medico la colpa grave per accettazione volontaria del turno irregolare. Anche in questo caso però risulterà valida la copertura della polizza assicurativa di responsabilità civile da colpa grave. **Y**

Simposio FESMED

Orario di lavoro, straordinari e obiettivi di budget

Quando curare fa male

Maurizio Silvestri
 Direttivo Nazionale FESMED

La constatazione che la vita media dei medici fosse inferiore a quella della popolazione generale fu tra i motivi che spinse il dottor Luigi Casati a dare origine all'Onaosi, Fondazione con la quale da oltre un secolo i sanitari italiani assistono gli orfani dei propri colleghi.

Dall'indagine effettuata dall'Egprn (European General Practice Research Network) tra il 2003 e il 2007 in 12 nazioni europee, risulta che **i medici italiani hanno un livello di stress quasi doppio rispetto alla media europea**. L'estrema dedizione ai pazienti, la paura di sbagliare, ma soprattutto turni spesso estenuanti, sono le cause dello stress lavorativo.

Inoltre, da una ricerca pubblicata recentemente su Lancet svolta su oltre 600 mila lavoratori, emerge che **lavorare oltre le 48 ore settimanali aumenta il**



"Ancora oggi l'esercizio della professione incide negativamente sulla salute del medico"

rischio di ictus.

Nel 2003 una Direttiva Europea sull'organizzazione dell'orario di lavoro stabiliva che ogni lavoratore deve beneficiare di un **periodo minimo di riposo di 11 ore consecutive nel corso di ogni periodo di 24 ore e che la durata media dell'orario di lavoro non deve superare le 48 ore settimanali**, comprese le ore di lavoro straordinario.

Questa direttiva prevedeva anche la possibilità di derogare nel caso si tratti di dirigenti o di altre persone aventi potere di decisione autonomo. Lo stato italiano nel 2007 deroga la

norma nella legge finanziaria 2008 stabilendo che la direttiva "non si applica al personale del ruolo sanitario del servizio sanitario nazionale" e l'anno successivo, nella legge disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, rinvia alla contrattazione nazionale collettiva la definizione e le modalità atte a garantire ai dirigenti le condizioni di lavoro. Nell'ultimo CCNL sono state rinviate alla contrattazione integrativa aziendale le modalità di riposo nelle 24 ore "atte a garantire idonee condizioni di lavoro ed il pieno recupero delle energie psicofisiche dei dirigenti" prevedendo in particolare "dopo l'effettuazione della guardia notturna, la fruizione immediata, in ambito diurno, di un adeguato periodo di riposo obbligatorio e continuativo".

È stata così lasciata alla discrezione della contrattazione aziendale un diritto di livello comunitario cosicché, mentre alcune aziende hanno recepito la norma europea, in altre le tutele sono ridotte.

Nell'aprile 2012 l'Europa invia all'Italia la lettera di messa in mora per incompleta applicazione ai medici della direttiva 2003/88 poiché "la deroga alla direttiva europea non può essere applicata ai medici che la-

vorano per la sanità pubblica italiana, non godendo essi delle prerogative dirigenziali o di autonomia rispetto al proprio orario di lavoro". A maggio 2013 viene aperto il procedimento d'infrazione con la richiesta "di rispettare il diritto dei medici che lavorano in strutture sanitarie pubbliche a periodi minimi di riposo giornaliero e settimanale" quindi, in mancanza di risposta adeguata, a febbraio 2014 la Commissione Europea deferisce l'Italia alla Corte di Giustizia dell'UE "per non aver applicato correttamente la direttiva orario di lavoro ai medici ospedalieri"

Per l'Europa noi medici dipendenti del Sistema sanitario nazionale siamo dirigenti contrattualizzati che, soprattutto se di I livello, non hanno autodeterminazione nella durata della propria prestazione e **pertanto dobbiamo usufruire delle tutele previste dalla Direttiva Europea**. A novembre 2014 è stata pubblicata sulla nostra Gazzetta Ufficiale la legge europea 2013 bis che stabilisce "decorsi dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge deve essere applicata la normativa europea anche per i dirigenti medici". A seguito dell'emanazione di questa legge la Commissione Europea ha ri-

sanitarie.

L'Aogoi di recente è stata molto presente a livello europeo assumendo un ruolo di stimolo e "allerta" attiva. Non a caso, anche grazie ai suggerimenti di Aogoi il Parlamento europeo ha sistematicamente promosso l'instaurazione di una politica coerente in materia di sanità pubblica, adoperandosi altresì in maniera attiva per rafforzare e promuovere la politica sanitaria mediante una lunga serie di pareri, studi, discussioni, dichiarazioni scritte e relazioni di iniziativa su una vasta gamma di questioni tra cui: la strategia sanitaria dell'Ue, le radiazioni, la protezione dei pazienti sottoposti a terapie o misure diagnostiche, le statistiche e le informazioni sanitarie, il rispetto della vita e una Carta europea dei bambini degenti in ospedale, i determinanti della salute, trapianti di cellule, tessuti e organi nonché la maternità surrogata, le malattie rare, la sicurezza e l'autosufficienza per quanto riguarda la fornitura di sangue per trasfusioni, il cancro al seno e la salute delle donne in particolare, la "tessera sanitaria europea" (indicante dati medici essenziali comprensibili per qualsiasi medico), la sanità elettronica e la telemedicina, i dispositivi medici, l'assistenza sanitaria transfrontaliera.

La prossima tappa sarà l'incontro col nuovo Commissario Andriukaitis e l'ampliamento del Network europeo con l'ingresso di altre società scientifiche con cui collaborare. Secondo il programma della Commissione europea in materia di salute per il periodo 2014-2020 e la risoluzione del Parlamento Europeo del 26.2.2014, la Commissione europea dovrà sempre più operare di concerto con gli Stati membri per affrontare la carenza di risorse umane e finanziarie e sviluppare sistemi comuni ed efficaci in materia di sicurezza dell'erogazione delle cure dei pazienti, controllo dei rischi ed eventi avversi, assistenza transfrontaliera e pari diritti e sicurezza. Dovrà inoltre favorire sistemi di documentazione sanitaria più moderni ed in grado di circolare ed essere più facilmente fruibili, scambio di buone pratiche e creazioni di reti europee accreditate.

In tante aree interessate dell'azione regolatoria, di stimolo e coordinamento dell'Ue, l'Aogoi non ha perso tempo e, nel mutare dello scenario, ha intensificato la mappatura dell'intreccio degli obiettivi, identificando possibili azioni e utili interventi, nella consapevolezza del prezioso e doveroso contributo che è chiamata a fornire. ■

segue da pag. 31

Placenta Previa Accreta: lo studio epidemiologico AOGOI - AIO

no studi che abbiano verificato i principali fattori di rischio negli ultimi anni, (periodo di significativo aumento dei casi), né studi che abbiano valutato il decorso clinico materno e le eventuali complicanze. Non essendo possibile uno screening di massa ma soltanto uno studio più approfondito su una popolazione a rischio di accretismo (presenza di placenta previa, pregressa chirurgia uterina o TC, età materna avanzata) diventa fondamentale la "confidenza" con gli strumenti diagnostici a nostra disposizione. Ottenere dei dati ecografici affidabili, dotati di un buon valore predittivo positivo o negativo, consente infatti da un lato un counselling adeguato con la coppia e dall'altro la possibilità di pianificare appropriatamente il parto.

Tale studio ha previsto una fase di raccolta dati, partendo dalla Campania, regione particolarmente colpita da una vera "Pandemia dei tagli cesarei", raggiungendo altre regioni italiane, con l'intento di "fotografare" l'approccio clinico alla Ppa ed in prospettiva di definire criteri condivisi di diagnosi ecografica e di ottimizzazione del suo management. A questa prima fase preliminare hanno aderito **11 punti nascita**, tutti con più di 1000 parti/anno e muniti di Tin, che nel periodo gennaio 2009 - maggio 2014 hanno assistito **un totale di 229 casi di Ppa.**

Da tale progetto l'Aogoi e l'Aio, oltre a fornire una sorta di **registro dei casi di Ppa** sul nostro territorio e delle complicanze associate (emorragia, trasfusioni, isterectomie, lesioni viscerali, trasferimenti in terapia intensiva etc.) pongono le basi per uno **"screening precoce" di Ppa** già al I trimestre, in base al quale vengono reclutate tutte le pazienti precesarizzate, che saranno quindi sottoposte ad una completa anamnesi ostetrica e quindi reclutate per un approfondimento diagnostico (ecografia o Rmn). Infatti, è possibile ottenere un miglioramento dell'outcome materno-fetale e dipende solamente da un'accurata diagnosi prenatale e un appropriato management al momento del parto.

Il miglioramento della metodica ecografica nell'evidenziare i segni di accretismo placentare permette alle donne con dia-

gnosi ecografica di Ppa di essere indirizzate in Istituti dotati di personale qualificato, reparti e risorse adeguate (Terapia Intensiva, Centro Trasfusionale, Neonatologia) in cui è stato dimostrato un miglioramento dell'outcome. Per il management operatorio sono necessarie la collaborazione e la coordinazione di un team multidisciplinare, in continua formazione e aggiornamento.

La placenta accreta è una anormale aderenza della placenta alla parete uterina; tale condizione si verifica quando i villi coriali mostrano eccessivo potere di infiltrarsi o quando la reazione deciduale è inadeguata a contenere la penetrazione degli elementi coriali. La patologica aderenza della placenta è una crescente causa di **emorragie del post-partum.** La sua incidenza è aumentata di 10 volte negli ultimi 50 anni e la sua attuale incidenza è di 2 casi ogni 1000 parti. **La mortalità materna secondaria ad emorragia è del 10%.** In popolazioni a rischio come molte regioni italiane per l'elevato tasso di tagli cesarei, l'accrescimento placentare rischia di essere la prima causa di mortalità e morbilità materna. La reale prevalenza della Placenta Accreta (Pa) è difficile da determinare. Lo standard di riferimento per la diagnosi è la conferma dell'esame istologico sul complesso utero-placentare dopo Tc demolitore. In alcuni casi però il sanguinamento post-secondamento può essere controllato senza il ricorso all'isterectomia.

Quindi, la diagnosi solo su base istopatologica porterebbe a sottostimare la reale prevalenza della Pa, mentre l'utilizzo dei soli criteri clinici (difficoltà a rimuovere manualmente o chirurgicamente la placenta e/o un sanguinamento incontrollato dopo il secondamento con un utero ben contratto) porterebbe inevitabilmente a una sovrastima.

È ormai accertato che la mancata diagnosi o la negata segnalazione di una paziente con Ppa e conseguente negato invio a centri di riferimento, sono le maggiori cause di inappropriato management di tale patologia con gravi rischi, sia materno-neonatali che professionali per i ginecologi operanti in centri non appropriati, per cui è auspicabile l'adozione da parte delle Strutture di I e II livello di protocolli istituzionalizzati di diagnosi precoce e management di Ppa al fine di ridurre al minimo gli eventi avversi legati agli elevati rischi di morbilità e mortalità materno-fetale connessi a questa grave patologia ostetrica. ■

A Palazzo Reale 400 opere di 139 artisti interpretano il tema della maternità

La "Grande Madre" in mostra a Milano

Ideata e prodotta dalla Fondazione Nicola Trussardi insieme a Palazzo Reale per ExpoCittà 2015 la mostra è aperta al pubblico dal 26 agosto fino al 15 novembre 2015 nelle sale al piano nobile di Palazzo Reale



Attraverso oltre 400 opere, di 139 artiste, artisti, scrittori e registi internazionali insieme a documenti e ad altre testimonianze figurative - provenienti da una ventina di musei nel mondo, oltre che da fondazioni, archivi, collezioni private e gallerie - e un allestimento di 2.000 metri quadrati articolato in 29 sale al primo piano di Palazzo Reale, La Grande Madre analizza l'iconografia e la rappresentazione della maternità nell'arte del Novecento, dalle avanguardie sino ai nostri giorni. Dalle veneri paleolitiche alle "cattive ragazze" del post-femminismo, passando per la tradizione millenaria della pittura religiosa con le sue innumerevoli scene di maternità, la storia dell'arte e della cultura hanno spesso posto al proprio centro la figura della madre, a volte assunta a simbolo della creatività e metafora della definizione stessa di arte. La madre e la sua versione più familiare di "mamma" sono anche stereotipi intimamente legati all'immagine dell'Italia. La Grande Madre, curata da Massimiliano Gioni, è una mostra sul potere della donna: non solo sul potere generativo e creativo della madre, ma soprattutto sul potere negato alle donne e sul potere conquistato dalle donne nel corso del Novecento. Partendo dalla rappresentazione della maternità, l'esposizione si amplia per passare in rassegna un secolo di scontri e lotte tra emancipazione e tradizione, raccontando le trasformazioni della sessualità, dei generi e della percezione del corpo e dei suoi desideri. Concepita come un museo temporaneo nel quale si combinano storia dell'arte e cultura visiva, l'esposizione ricostruisce una narrazione trasversale del ventesimo secolo, esplorando i miti e i cliché del femminile, e dando vita a una complessa riflessione sulla figura della donna come soggetto e - non più solo - come oggetto della rappresentazione.

Info: www.fondazionenicolatrussardi.it

Le immagini pubblicate in queste pagine sono tratte da alcune delle opere esposte nella Mostra "La Grande Madre". La redazione di GynecoAogoi ringrazia la Fondazione Trussardi per averci concesso l'autorizzazione a riprodurle.

“ Sono lieto di proporvi due articoli dei colleghi Carlo Maria Stigliano e Giovanni Pomili a commento di due recentissime sentenze su cui ritengo doveroso richiamare la vostra attenzione in quanto, per motivi diversi, rivestono grande interesse per tutti i medici italiani.



La prima sentenza, della Corte di Cassazione, interviene sull'annosa problematica della responsabilità di equipe e il ruolo del c.d. "capo-equipe". La seconda, del Tribunale civile di Padova, riguarda la cosiddetta "lite temeraria" ovvero l'istituto dei "punitive damages", introdotto con la riforma del codice penale per rafforzare le sanzioni per l'uso distorto degli strumenti processuali. A quest'ultimo riguardo vorrei ricordare anche l'articolo, pubblicato oltre un anno fa su queste pagine, del Prof. Carlo Balbi (già Professore della Clinica Ostetrica della II Università degli studi di Napoli) sulla

responsabilità solidale dell'avvocato nel caso di condanna per lite temeraria: una delle norme contenute nel disegno di legge delega di riforma del processo civile (inserito dall'ex Governo Letta nella Legge di Stabilità), che aveva suscitato grande clamore e messo sul piede di guerra la categoria forense. Il tema della lite temeraria verrà approfondito anche nella sessione congressuale "Perizie e Periti". Come ho ricordato nella mia intervista su questo numero, quando c'è una richiesta di risarcimento o una denuncia penale assolutamente immotivata ora si può reagire con

una denuncia per calunnie o con una richiesta di lite temeraria. Questa è una strada che possiamo percorrere con tutte le indicazioni e la giusta tutela per intraprenderla: l'Aogoi infatti – abilitata alla difesa dei suoi iscritti con la sentenza del Consiglio di Stato nel parere n. 8672/04 della Sezione I consultiva 5 aprile 2006 – è pronta a costituirsi a fianco dei colleghi nelle denunce per diffamazione e oltraggio della categoria o ad intraprendere procedimenti giudiziari civili per lite temeraria. A queste due sentenze dedicheremo un approfondimento su uno dei

prossimi numeri di *GynecoAogoi*, con tutti i commenti e le riflessioni che vorrete inviarci su questi due temi di cogente attualità. Intanto vi ringrazio per aver raccolto, così numerosi, il mio precedente invito a far sentire la vostra voce (e indignazione) su questa 'clamorosa' sentenza della Suprema Corte che rischia di determinare ulteriori gravissimi contenziosi e forti criticità tra i diversi soggetti specialisti. **Vi aspetto numerosi alle sessioni "Perizie e Periti" e "Aogoi per te"!**

Antonio Chiantera

Capo ce n'è uno solo! (... e i guai sono solo suoi)

Carlo Maria Stigliano

Recentemente la Corte di Cassazione ha confermato la condanna per omicidio colposo a carico di un chirurgo ritenuto colpevole di non aver esercitato «l'autorità connessa al ruolo istituzionale affidatogli», essendo egli il 'capo equipe', per non avere impedito la scelta dell'anestesista di effettuare un'anestesia generale anziché locale. **I fatti:** qualche giorno dopo un intervento di tonsillectomia, si forma un grave ascesso in sede di exeresi e non riuscendo a dominare la patologia con un'adeguata terapia antibiotica, si decide di intervenire per svuotare l'ascesso. La scelta dell'anestesista di procedere con tecnica generale e mediante quindi intubazione suscita serie perplessità sia nel chirurgo sia tra altri anestesisti presenti, al punto che ne nasce una vivace discussione in sala operatoria nella quale tuttavia prevale il proposito del primario di anestesia. Malauguratamente, a causa dell'edema formatosi, l'intubazione non riesce né va a buon fine il tentativo di tracheotomia d'urgenza da parte

Le sentenze della magistratura si rispettano, ovviamente. Ma in qualche caso non possiamo esimerci dall'esprimere un rispettoso commento e magari qualche garbata perplessità

del chirurgo operatore per cui si ha l'exitus della giovane paziente. Ora, al di là delle responsabilità tecniche, che non riguardano questa sentenza, la Cassazione ritiene colpevole il chirurgo dell'errata scelta dell'anestesista di procedere per via generale e non locale, in quanto egli era il "capo dell'equipe" e come tale doveva impedire questa scelta tecnica, al limite anche bloccando l'effettuazione dell'intervento! **La Suprema Corte dunque con la sentenza 33329/2015 stabilisce** che «il lavoro di equipe vede la istituzionale cooperazione di diversi soggetti, spesso portatori di distinte competenze: tale attività deve essere integrata e coordinata, va sottratta all'anarchismo. Per questo assume rilievo il ruolo di guida del capo del gruppo di lavoro. Co-

stui non può disinteressarsi di tutto dell'attività degli altri terapeuti, ma deve al contrario dirigerla, coordinarla». Nei suoi confronti – chiariscono i supremi giudici – «non opera, in linea di massima, il principio di affidamento». Ossia, il capo dell'equipe non può astenersi dal valutare gli effetti delle scelte degli altri sanitari coinvolti confidando nella loro specializ-

zazione. Anche se la sua responsabilità non può essere considerata "senza limiti", in quanto può accadere a volte «che sia in questione sapere altamente specialistico che giustifica la preminenza del ruolo decisivo e della responsabilità della figura che è portatrice delle maggiori competenze specialistiche». Tuttavia quando l'errore degli altri componenti dell'equipe «è riconoscibile perché banale o perché coinvolge la sfera di conoscenza del capo equipe, questi non può esimersi dal dirigere la comune azione ed imporre la soluzione più appropriata, al fine di sottrarre l'atto tera-

peutico al già paventato anarchismo». Persino arrivando a bloccare l'intervento. In buona sostanza, la Cassazione rimarca nel caso in questione che «l'anestesista rianimatore è portatore di conoscenze specialistiche e assume la connessa responsabilità in relazione alle fasi di qualche qualificata complessità nell'ambito dell'atto operatorio». Tuttavia «diverso discorso va fatto per ciò che attiene a scelte e determinazioni che rientrano nel comune sapere di un accorto terapeuta; nonché per quanto riguarda ambiti disciplinari nei quali è coinvolta la concorrente



competenza di diverse figure». In tali situazioni – affermano i supremi giudici – riemerge il ruolo di guida e responsabilità del capo equipe e questi non può esimersi dal dirigere la comune azione e imporre la soluzione da lui ritenuta più appropriata, «al fine di sottrarre l'atto terapeutico al già paventato anarchismo».

Fin qui la sentenza della Suprema Corte di Cassazione. Il principio che in essa viene sancito e a cui d'ora in poi i tribunali italiani dovranno uniformarsi è pericolosissimo e (se è concesso timidamente ed eufemisticamente dire) appare ... poco applicabile. Sorrido al solo pensiero che in una nostra sala operatoria, nell'imminenza di un taglio cesareo, l'ostetrico-ginecologo operatore, in qualità di "capo equipe" interroghi in via preventiva l'anestesista di turno sulle scelte terapeutiche e sulle strategie sue e dei suoi collaboratori, le dichiari appropriate e le approvi; in caso contrario impone le *sue* valutazioni (sempre in qualità di "capo equipe") che naturalmente con rispettoso ossequio l'anestesista accetta e pratica... senza battere ciglio!

Ovviamente, al di là della pura comicità della scena (se non parlassimo di cose terribilmente serie!), riuscite ad immaginare il ginecologo operatore che 'impone' ("ordina"?) al primario di anestesia di procedere per via spinale ovvero per intubazione oro-tracheale per valutazioni che ritengono che «l'errore è riconoscibile perché banale o perché coinvolge la sfera di conoscenza del capo equipe» e quindi «questi non può esimersi dal dirigere la comune azione e imporre la soluzione più appropriata, al fine di sottrarre l'atto terapeutico al già paventato anarchismo»?

E quanti, anarchicamente vivaci *vaffa* si sprecherebbero tra colleghi, magari dinanzi alle pazienti in attesa di dare alla luce la loro creatura?

E, ancora, chi stabilisce quando l'errore degli altri componenti dell'equipe «è riconoscibile perché banale o perché coinvolge la sfera di conoscenza del capo equipe»?

Ovviamente, d'ora innanzi se il "Capo" non si impone e qualcosa va storto è colpa sua per omissione 'in comando', se fa prevalere la sua indicazione (ammesso che un altro specialista, magari particolarmente esperto e titolato, accetti) risponderà poi di eventuali conseguenze nefaste...

Ma è applicabile nella pratica quotidiana una simile interpretazione di legge? Ed è accettabile un'impostazione che per la pur legittima necessità di iden-

tificare comunque e sempre un responsabile finale dell'equipe in sala operatoria non prenda atto che la scienza ha assunto ormai caratteristiche così specialistiche che è praticamente impossibile prevedere ancora i tuteologi? È comprensibile l'auspicio dei Giudici che anche in una camera operatoria, analogamente a quanto avviene per il comandante a bordo di un aereo o di una nave, vi sia comunque un decisore finale unico e incontestabile; ma in un ambito professionale come quello medico è ragionevolmente possibile riuscire ad avere competenze tanto raffinate in ogni campo da essere in grado addirittura di *imporre* le scelte tecniche e operative a superspecialisti del rispettivo settore?

Il "capo equipe" «non può esimersi dal dirigere la comune azione e imporre la soluzione più appropriata, al fine di sottrarre l'atto terapeutico al già paventato anarchismo».

A limite giungendo anche a bloccare l'intervento!

Quanti contenziosi pensate che nascerebbero dal blocco di un intervento programmato solo perché l'operatore (il "capo equipe") non condivide le scelte di altri specialisti coinvolti? E le Direzioni Sanitarie quali provvedimenti prenderebbero nei confronti di questo "capo equipe" deciso a far rispettare il proprio ruolo e a stroncare il "paventato anarchismo"?

E se per ipotesi, nel corso di un difficile e delicato intervento di ginecologia oncologica, l'operatore richiedesse la collaborazione di un collega chirurgo vascolare, questi dovrebbe *automaticamente* (magari in un momento drammatico per la riuscita dell'intervento e la vita della paziente) prospettare preventivamente la sua strategia chirurgica al primo operatore (il "capo equipe") che pure ha richiesto la sua competenza ultraspecialistica al tavolo operatorio, per riceverne l'assenso? E qualora non ci fosse accordo? Che succederebbe, il capo equipe direbbe ai suoi: "ragazzi, raccogliamo i ferri e andiamo via, blocchiamo l'intervento"? O vero si chiamerebbe la forza pubblica, incaricata notoriamente di fare rispettare l'ordine e la Legge, contro ogni forma di "anarchismo"?

Suvvia, le sentenze dei giudici si rispettano, d'accordo, ma il lavoro – difficile e periglioso - dei medici anche!

E come questi a volte sbagliano, è umanamente possibile che anche i magistrati, persino quelli della Suprema Corte di Cassazione, prendano qualche volta - come dire - qualche svista!

Rispettosamente. **Y**

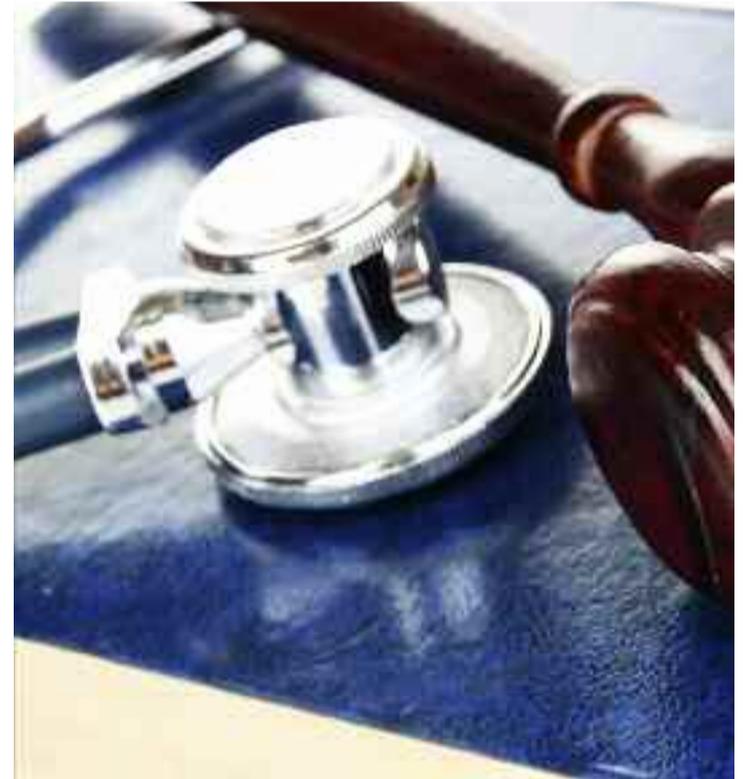
Responsabilità medica: eppur (qualcosa) si muove

Giovanni Pomili
Segretario Regionale AOGOI Umbria

Veniamo subito ai fatti: il Tribunale civile di Padova, con la recentissima sentenza n. 835/2015 (depositata il 18 marzo 2015, Giudice Unico Dott. Gianluca Bordon), ha rigettato la richiesta di risarcimento di "oltre mezzo milione di Euro" (!) di un paziente, il Sig. C., che si era lamentato per una terapia farmacologica prescritta per curare una patologia oculistica, la sindrome di Vogt-Ko-Yanagi-Harada (VKH), trattata con una terapia farmacologica che prevedeva, fra l'altro, l'assunzione dell'immunosoppressore "Sandimmun" (ciclosporina). La terapia, a suo dire, gli aveva procurato un gravissimo danno iatrogeno ai reni, un'insufficienza renale con danno permanente del 70% dovuto alla imprudente somministrazione del farmaco. Per tale motivo aveva chiesto il risarcimento sia all'Azienda Ospedaliera di Padova che al medico che aveva prescritto il farmaco, il Prof. S. I Ctu, tuttavia, (prof. M. e dott. B.) nel corso del procedimento avevano completamente escluso che si fosse verificato qualsiasi "danno iatrogeno" ed avevano ritenuto che la condotta del medico fosse esente da colpa.

Fin qui tutto normale. L'aspetto "straordinario" della vicenda consiste nella condanna del Sig. C., l'attore, al pagamento di circa 48 mila euro al Medico e all'Azienda Ospedaliera per averli trascinati ingiustamente in una lite, cosiddetta temeraria, sostenendo di aver subito un danno in realtà inesistente. Il Giudice Bordon, in definitiva, ha ravvisato la sussistenza di una "colpa grave" dell'attore ed ha applicato d'ufficio la sanzione prevista dall'art. 96, comma 3, c.p.c. (vedi riquadro). In pratica, il Tribunale ha ritenuto che vi fosse stato un "abuso del diritto" da parte dell'attore ed ha stabilito che costui dovesse corrispondere 10.000 euro a ciascuna delle parti convenute in giudizio e quasi 28.000 euro (oltre spese generali 15%, Iva e Cpa), a titolo di risarcimento delle spese processuali. A mio avviso la sentenza, fortemente innovativa, merita di essere letta con attenzione ed adeguatamente pubblicizzata dall'Aogoi in quanto sono sempre più frequenti le richieste di

Scoraggiare le denunce troppo facili e sanzionarle adeguatamente per aver ingiustamente trascinato in Tribunale dei medici incolpevoli è possibile. Gli strumenti giuridici ci sono. Questa sentenza, fortemente innovativa, merita di essere letta con attenzione ed adeguatamente pubblicizzata dall'Aogoi in quanto sono sempre più frequenti le richieste di risarcimento per presunti episodi di malasania che spesso si rivelano, dopo anni di patimento dei medici del tutto infondate, se non addirittura pretestuose



Il terzo comma dell'articolo 96 è stato introdotto dalla Legge 69/2009 come strumento per cercare di deflazionare il contenzioso.

Può essere attivato anche d'ufficio in quanto prescinde da un'esplicita richiesta di parte. In altri termini, la riforma del c.p.c. ha introdotto l'istituto dei c.d. "punitive damages" per scoraggiare l'abuso dei processi e cercare di migliorare il sistema giudiziario. Il terzo comma dell'articolo 96 recita: in ogni caso, quando pronuncia sulle spese ai sensi dell'articolo 91, il giudice, anche d'ufficio, può altresì condannare la parte soccombente al pagamento, a favore della controparte, di una somma equitativamente determinata".



risarcimento per presunti episodi di malasania che spesso si rivelano, dopo anni di patimento dei medici (nel caso di specie i fatti erano del 2004), del tutto infondate, se non addirittura pretestuose. Sarebbe l'ora, insomma, di scoraggiare le denunce troppo facili e sanzionarle adeguatamente per aver ingiustamente trascinato in Tribunale dei medici incolpevoli. L'auspicio conclusivo è che sempre più spesso i Giudici vogliano seguire l'esempio del loro Collega (se ricorrono le condizioni). Gli strumenti giuridici ci sono. **Y**

Ourligol®

Macrogol 4000

• Regolarizza l'intestino
e facilita l'evacuazione

• Non provoca né crampi
né dolore addominale

• La sua efficacia
non si riduce nel tempo

• Non altera il gusto
della bevanda

• Non contiene
eccipienti o aromi

• **SENZA ZUCCHERO**



AD AZIONE LASSATIVA

IL PRIMO MACROGOL SENZA ELETTROLITI E SENZA AROMA
CHE SI SCIOLGIE IN QUALSIASI BEVANDA, ANCHE CALDA

(es. tè, tisane, latte, brodo o succo di frutta)

ALFA WASSERMANN



MUVAGYN® CENTELLA ASIATICA

Gel vaginale



**Trattamento rigenerativo
non ormonale
per la mucosa vaginale**

**Confezione
da 8 applicatori
monodose da 5 ml = 1 mese
di trattamento**

**Compatibile con l'uso di preservativi
Non è grasso e non macchia**



**Applicare 2 volte
alla settimana,
a giorni alterni**

È un dispositivo medico CE-0051. Leggere attentamente le avvertenze e le istruzioni d'uso.

Distribuito in Italia da: INNOCVA PHARMA spa, via Matteo Civitali 1, Milano.


INNOCVA PHARMA
SINCE 1982