



RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

**L'AOGOI INCONTRA IL
COMMISSARIO UE BORG:**

**“Serve una
Direttiva
Europea..”**

■ **LO SPOT "IRRICEVIBILE"**

Dura presa di posizione dei ginecologi e dei chirurghi contro la recente campagna televisiva che incita i pazienti a denunciare presunti casi di malpractice

■ **LA SALUTE DELLA DONNA**

Il nuovo libro bianco di O.N.D.a: i dati e gli indicatori di salute e malattia attraverso un'analisi comparativa tra i generi condotta per regioni

■ **CESAREI**

Il Tc su richiesta senza indicazione medica è in costante aumento negli ultimi anni. Non solo in Italia. Ma è una procedura legittima? Ecco cosa emerge da un confronto europeo

10
2013

EFFIprev

2 mg Dienogest / 0.03 mg Etinilestradiolo



EFFIprev 1 x 21 cpr

EFFIprev 3 x 21 cpr

4



“Risk management, coperture assicurative, disciplina della responsabilità medica saranno al centro di un convegno europeo che intendiamo organizzare a Roma il prossimo maggio”

6



Dura presa di posizione dei ginecologi di Sigo, Aogoi e Agui e dei chirurghi del Cic contro la recente campagna televisiva che incita i pazienti a denunciare presunti casi di malpractice.

IN EVIDENZA

- 4 **L'Aogoi incontra il Commissario europeo alla Salute Tonio Borg**



PRIMO PIANO

- 6 **Lo spot irricevibile: “No alle campagne pro denunce contro i camici bianchi”**
- 9 **2014: Guai a fallire!**
Il Corsivo di Carlo Sbiroli
- 10 **“Senza investimenti e con questi budget la sanità è a rischio”**
Rapporto Oasi 2013
- 11 **Fumo: oltre al tumore al polmone causa altre 40 malattie**
Rapporto Surgeon General 2014

PROFESSIONE

- 12 **Medicina attiva o medicina difensiva: una vexata quaestio**
Carlo Cincotti
- 24 **Il cesareo su richiesta senza indicazione medica: è una procedura legittima?**
Pier Francesco Tropea
- 25 **AOGOI Campania Puntì nascita: una Task Force Aogoi-Sin**
Davide De Vita
- 27 **AIO E se la cicogna porta la provetta?**
Silvia Celant, Alisia Forcini, Martina Varutti

RUBRICHE

- 28 **Meditazioni**
Giuseppe Gragnaniello
- 29 **Fatti&Disfatti**
Carlo Maria Stigliano

- 30 **I corsi**

15



LA SALUTE DELLA DONNA

Stato di salute e assistenza nelle regioni italiane
Il Libro bianco dell'Osservatorio nazionale sulla salute della donna (O.N.D.a) 2013

**Responsabilità
professionale**



L'Aogoi incontra il commissario

Serve una Direttiva Euro

È questa l'istanza che l'Aogoi ha presentato al Commissario Ue per la Salute e la Protezione dei consumatori nel corso dell'incontro a Bruxelles il 31 gennaio scorso. "Per i ginecologi italiani è necessario rendere omogenee le normative nazionali, a partire dall'obbligo di assicurazione, e intervenire sui sistemi di monitoraggio, riduzione e gestione dei rischi e degli eventi avversi". Proposto anche un network europeo degli ostetrici-ginecologi per la consultazione con le istituzioni comunitarie

Una Direttiva Europea sulla responsabilità professionale sanitaria, nella convinzione che gli sforzi a livello europeo possano riuscire a incidere in futuro sulle diverse regolamentazioni a tutela sia dei medici che dei pazienti in uno spazio sanitario europeo, di giustizia e sicurezza. È questa l'istanza che l'Aogoi, rappresentata dal presidente **Vito Trojano** e dal segretario nazionale **Antonio Chiantera**, ha avanzato al Commissario Ue per la Salute e la Protezione dei consumatori **Tonio Borg** in occasione dell'incontro svoltosi a fine gennaio a Bruxelles. Presenti anche l'ex ministro **Vincenzo Scotti** e la responsabile dell'ufficio legale Aogoi, **Vania Cirese**.

"La crescente preoccupazione di porre rimedio agli 'errori' in ambito sanitario, di rendere più sicura l'erogazione delle cure e tutelare al massimo il paziente, al contempo offrendo un ambiente sereno ed efficiente all'operatore sanitario, sono diventati temi sui quali i sistemi giuridici e sanitari nazionali europei hanno fatto convergere sforzi e soluzioni per favorire lo sviluppo migliorativo della qualità e pluralità di offerta di servizi sanitari erogati", ha spiegato la delegazione Aogoi al Commissario europeo Borg ricordando che "la Corte Europea ha ribadito che dall'art. 2 della Convenzione europea per la salvaguardia



La delegazione Aogoi è stata ricevuta dal Commissario Ue della Salute Tonio Borg nei suoi uffici a palazzo Berljajmont. L'incontro era stato preceduto da un documento inviato al Commissario per rappresentare l'iniziativa di una proposta di Direttiva Europea di cui si auspica il patrocinio da parte della Commissione Europea

dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU) discende l'obbligo degli Stati membri di mettere in atto un quadro regolamentare che imponga agli ospedali sia pubblici che privati l'adozione di misure adeguate per assicurare la protezione della vita dei loro pazienti e sistemi che permettano di accertare le cause dei decessi o di danni gravi ai pazienti". Così come "la Corte Europea (dec.

4/5/2000 n.45305/99 Powell c/Regno Unito; dec. 21/3/2002 n. 65653/01 Mitecki c/Polonia) ha affermato che 'non si può escludere che gli atti e le omissioni delle autorità nel campo dei servizi alla salute possano comportare la loro responsabilità ai sensi dell'art. 2 della CEDU'".

Per questo, l'Aogoi ha proposto la costituzione di una **task force europea** e di un gruppo di

Ue Borg pea

lavoro per la realizzazione di una Direttiva Europea **che persegua i seguenti obiettivi:**

- una più omogenea disciplina della responsabilità sanitaria negli Stati Membri;
- l'assicurazione obbligatoria delle strutture sanitarie negli Stati Membri per il risarcimento dei danni ai pazienti derivanti da condotte colpose dei sanitari o da fatto proprio dell'amministrazione (carenze strutturali e/o organizzative);
- l'obbligatorietà di sistemi di monitoraggio, riduzione, gestione dei rischi e degli eventi avversi negli Stati Membri con la creazione di un'Agenzia Europea e agenzie nazionali e locali negli Stati Membri (sul modello del sistema anticiclaggio-*antimoney laundering*);
- un network europeo degli Ostetrici-Ginecologi per la costante consultazione con le Istituzioni comunitarie, Parlamento Europeo, Consiglio d'Europa e DG della Commissione Europea d'interesse per gli Ostetrici-Ginecologi;
- responsabilità delle strutture sanitarie che non introducono sistemi di prevenzione dei rischi ed eventi avversi (v. L.231/2001);
- responsabilità penale dei medici solo al superamento di una soglia di gravità della condotta.

I temi al centro dell'incontro

Nel corso della riunione il Commissario europeo ha rilevato come il problema della colpa professionale del medico chiami in causa il legislatore e il giudice nazionale deputati ad identificare ed applicare una disciplina più al passo con i tempi e meno penaliz-

zante per i medici, tuttavia, secondo Borg, un confronto con le previsioni vigenti con gli altri Stati dell'Unione potrà senz'altro favorire l'auspicata armonizzazione delle norme e delle prassi.

Dopo aver espresso vivo interesse per il costituendo network delle società scientifiche omologhe dell'Aogoi per essere l'interlocutore privilegiato nelle problematiche medico-legali, Borg si è soffermato sulla direttiva europea 2000/26/CE sull'assistenza transfrontaliera che prevede l'obbligatorietà dell'assicurazione per le strutture. Direttiva che per il Commissario europeo può incentivare i legislatori nazionali a garantire una sempre più compiuta ed omogenea tutela dei diritti dei pazienti, per le spese sostenute per cure e interventi ed indennizzo per eventi avversi. A questo riguardo, l'Aogoi ha sottolineato come l'obbligatorietà dei sistemi di monitoraggio, gestione e riduzione dei rischi ed eventi avversi potrebbe costituire un primo nucleo di previsioni oggetto della direttiva europea che intende stimolare. La libera circolazione dei medici e dei pazienti nel territorio dell'Ue postula che siano approntati i medesimi standard di misure preventive e di controllo nella pratica clinica e l'erogazione di cure efficaci e sicure. E ciò chiama in causa la responsabilità delle strutture, che dovrebbero provvedere all'introduzione di sistemi a ciò deputati. Vale la pena ricordare, per esempio, che in tema di sicurezza sul lavoro il legislatore italiano, se pur con molto ritardo, si è dovuto adeguare alla normativa comunitaria, recependo le direttive anti-infortunistiche e stabilendo precisi doveri e sanzioni a carico dei datori di lavoro e loro preposti sulla scorta delle tutele di matrice comunitaria predisposte nel settore del diritto del lavoro e di impresa.

Nuovi strumenti legislativi comunitari sono dunque fortemente attesi per assicurare negli stati membri, senza disparità, obblighi positivi di protezione dei diritti (diritto alla vita, all'integrità psicofisica individuale, diritto a cure sicure). Non v'è dubbio che anche per la Corte di Giustizia Europea gli Stati membri, oltre a dover assicurare adeguati rimedi giudiziari per il risarcimento ai pazienti per i danni subiti, debbano adottare misure di carattere preventivo, ossia precauzionali operative,

Borg ha espresso vivo interesse per il costituendo network europeo degli ostetrici-ginecologi che, nell'auspicio dell'Aogoi, sarà l'interlocutore privilegiato nelle problematiche medico-legali

dirette a prevenire il verificarsi dei rischi per la vita e l'integrità di coloro che fruiscono dell'assistenza medica.

L'eterogeneità dei modelli di monitoraggio e prevenzione dei rischi, come è stato sottolineato nel corso dell'incontro, non giova alla libera circolazione dei medici e dei pazienti, al principio di libero stabilimento e libera prestazione occasionale, alla compiuta assistenza sanitaria transfrontaliera.

Per questo, nella convinzione che gli sforzi al livello europeo possano riuscire ad incidere in futuro sulle diverse regolamentazioni in tema di risk management, coperture assicurative, disciplina della responsabilità medica l'Aogoi ha espresso il suo auspicio affinché si concretizzi uno spazio sanitario europeo di eguaglianza e sicurezza a tutela dei medici e dei pazienti.

Tutti questi temi potranno essere meglio approfonditi in un convegno europeo che l'Aogoi intende organizzare a Roma il prossimo maggio. **Y**



Risk management, coperture assicurative, disciplina della responsabilità medica saranno al centro di un convegno europeo che l'Aogoi intende organizzare a Roma il prossimo maggio

Serrato giro di incontri con i rappresentanti delle istituzioni sulla responsabilità professionale

Tutti d'accordo: questo è "il problema dei problemi". Ma a distanza di un anno i ginecologi aspettano ancora risposte concrete

Nei mesi di dicembre e gennaio, una delegazione Aogoi è stata protagonista, insieme al presidente del Collegio italiano dei Chirurghi, di un giro serrato di incontri con il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin**, il Sottosegretario alla Salute **Paolo Fadda** e il presidente della Commissione Affari Sociali della Camera **Pierparolo Var- giu.**

Obiettivo degli incontri: illustrare i "punti cardine irrinunciabili" per le categorie della classe medica maggiormente esposte a rischio, che dovranno essere contenute nella elaboranda legge sulla responsabilità professionale e, soprattutto, imprimere un'accelerazione – non più procrastinabile – dell'iter legislativo in corso presso le Commissioni Parlamentari. Il messaggio è chiaro: il tempo è poco e va trovato quanto prima una giusta soluzione relativa al contenzioso medico-legale.

"L'attenzione dimostrata dagli interlocutori istituzionali e in primis l'impegno del Ministro Lorenzin per un intervento urgente in tema di responsabilità professionale, unanimemente definita "il problema dei problemi", sono segnali che l'Aogoi ha valutato molto positivamente" ha spiegato il presidente Aogoi **Vito Trojano.** "Altrettanto positiva è la disponibilità dimostrata dagli interlocutori a dialogare con le società scientifiche e con i sindacati per trovare lo strumento più adatto che possa rispondere, in questa fase d'emergenza e in attesa di una legge organica, alle istanze più urgenti delle categorie maggiormente esposte a rischio per ridurre sia l'incidenza degli eventi avversi sia i guasti del contenzioso medico-legale in costante incremento". Questi incontri, ha proseguito Trojano, "sono stati occasione anche per affrontare un ampio spettro di problematiche professionali: dalla necessità di ripensare il sistema della formazione e di premiare il merito di chi si aggiorna e si superspecializza ai sacrifici imposti agli operatori del Ssn, alle scandalose (e pe-

ricolose) campagne mediatiche che, periodicamente, colpiscono la classe medica. A questo riguardo – ha precisato – è stato fortemente stigmatizzato il recente spot televisivo che incita i pazienti a denunciare presunti casi di malpractice e preoccupazione è stata espressa anche per il rischio di caos che da iniziative come questa possono derivare per il sistema giustizia". "Il rischio di alimentare un contenzioso che andrà a pesare sul lavoro dei tribunali e ad aumentare il ricorso alla medicina difensiva e i costi assicurativi, senza ottenere alcun beneficio collettivo, è molto pericoloso, come ho evidenziato anche nelle missive inviate all'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, all'Istituto dell'Autodisciplina pubblicitaria e alle reti Rai e La7 che hanno mandato in onda lo spot".

"I rappresentanti delle istituzioni hanno riconosciuto all'Aogoi il merito di aver posto con grande forza il problema della responsabilità professionale, e anche il percorso europeo intrapreso dalla nostra associazione per rendere omogenee le normative nazionali in materia ha incontrato unanime apprezzamento. E di questo, come rappresentante di una autorevole società scientifica, non posso che essere soddisfatto – ha affermato Trojano. Lo sforzo profuso in questi mesi aveva proprio questo obiettivo: far capire alle istituzioni quanto sia drammatica la situazione che stiamo vivendo e quanto sia urgente che si trovino risposte immediate. Ciononostante non possiamo non prendere atto che – a distanza di un anno dal nostro primo sciopero nazionale – nulla di quanto richiesto dai medici è stato finora attuato.

La conferenza stampa che abbiamo organizzato per il prossimo 12 febbraio – data in cui un anno fa la ginecologia italiana incrociava le braccia insieme alle ostetriche e agli altri operatori del percorso nascita – vuole essere un ultimo appello a Governo, Regioni e Parlamento."

"I ginecologi – ha concluso il presidente Aogoi – non vogliono ricorrere a manifestazioni estreme ma non esiteranno a farlo: siamo stanchi di assumerci rischi inaccettabili e chiediamo sicurezza per noi e le nostre pazienti". **Y**

Aogoi: “Una campagna televisiva da valutare con la massima severità”

Lo spot irric

La martellante campagna pubblicitaria che, sulle note dell'Inno alla gioia di Bethethoven, invita (o meglio istiga) i pazienti alla richiesta di risarcimenti per presunti errori medici ha prodotto un moto di indignazione in tutta classe medica. Ma la presa di posizione più forte è stata quella dei ginecologi e dei chirurghi del Cic che hanno avviato una serie di iniziative di protesta, tra cui l'oscuramento dei loro siti web, per chiedere la sospensione dello spot sui network televisivi nazionali e/o locali e un'accelerazione dell'iter legislativo sulla responsabilità professionale.

“Lo spot individua medici e sanitari come autori di diffusi comportamenti errati e quindi oggetto preferenziale delle richieste di risarcimento e rappresenta così un attacco diretto alla categoria degli operatori sanitari, in particolare alle specializzazioni più esposte come i ginecologi” hanno affermato **Vito Trojano** e **Antonio Chiantera** in una lettera inviata all'Istituto dell'Autodisciplina pubblicitaria, alle reti Rai e La7 nonché alla società Obiettivo Risarcimento che ha commissionato la pubblicità. “Il paziente viene messo in una posizione di netto antagonismo rispetto al medico curante, vanificando ogni tentativo di dialogo e favorendo atteggiamenti estremistici da parte di tutti i soggetti coinvolti, al solo fine di portare profitto alla società autrice del messaggio”.

“Zero anticipi zero rischi”. Lo spot, diretto a presunte vittime di malpractice, invita a rivolgersi gratuitamente a Obiettivo Risarcimento al fine di ottenere un risarcimento che altrimenti verrebbe negato. Il messaggio pubblicitario fa espresso riferimento al termine prescrizione di 10 anni, invitando così anche chi ritiene di aver subito un danno molti anni addietro ad attivare un contenzioso contro il medico o la struttura sanitaria ritenuta colpevole dell'evento. “Il rischio - ha sottolineato il presidente Aogoi Vito Trojano - è di alimentare un contenzioso molto pericoloso che andrà ad aumentare il ricorso alla medicina difensiva e i costi assicurativi, senza ottenere alcun beneficio col-



Dura presa di posizione dei ginecologi di Sigo, Aogoi e Agui e dei chirurghi del Cic contro la recente campagna televisiva che incita i pazienti a denunciare presunti casi di malpractice.

“La malasanità si combatte con il dialogo tra medici, pazienti ed istituzioni e migliorando la preparazione del personale medico-sanitario”.

In segno di protesta le società scientifiche hanno oscurato i loro siti web

Nelle scorse settimane è stato trasmesso sulle reti Rai e su LA7 uno spot televisivo commissionato dalla società “Obiettivo Risarcimento” che pubblicizza la propria attività di impresa nel campo del contenzioso conseguente a episodi di malpractice in ambito sanitario. Nel messaggio (oggi consultabile su www.obiettivorisarcimento.it e su YouTube) vengono proposti servizi di assistenza legale e medico-legale al fine di ottenere risarcimenti per supposti episodi di malpractice, di fatto incitando il paziente che, a torto o a ragione, ritiene di aver subito un danno ingiusto ad avviare un contenzioso contro il sanitario o la struttura ove questi opera.

Lo spot, come denuncia l'Aogoi alla Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, oltre a veicolare un messaggio gravemente lesivo dell'immagine della categoria, “contiene alcuni riferimenti che violano la normativa vigente in materia di pubblicità ingannevole e correttezza delle pratiche commerciali. In particolare l'immagine che compare, per pochi istanti, in sovrapposizione nella parte bassa del filmato e che recita *in collaborazione con Veneto Banca* e al passaggio finale, sempre in sovrapposizione, ma centrale, che recita: *zero anticipi zero rischi*. Lo spot era già andato in onda nel 2012 suscitando forti proteste

lettivo ma certamente favorendo il piccolo esercito dei consulenti che specula su questo tipo di contenzioso”.

Un aspetto particolarmente grave che l'Aogoi denuncia in un'altra missiva indirizzata all'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato è la fragilità della categoria di consumatori cui il messaggio “pubblicitario” è diretto: “una categoria particolarmente esposta in quanto formata da persone che hanno subito un intervento o si sono sottoposte a una cura che, per motivi da accertare, non ha dato i risultati sperati. Oppure si tratta di familiari, spesso i genitori nei casi che interessano i ginecologi, che devono affrontare la perdita di un congiunto, senza possedere gli strumenti per comprendere quanto accaduto”. Per questo, “un messaggio pubblicitario che faccia leva su tale debolezza deve essere quindi valutato con la massima severità”.

Ma per l'Aogoi non è possibile

TROJANO: Perché siamo indignati

La conseguenza peggiore di queste campagne mediatiche è quella di minare la fiducia nei professionisti del servizio sanitario nazionale e di mandare in frantumi l'alleanza medico-paziente”. Un rischio inaccettabile per il presidente Aogoi Vito Trojano “soprattutto in un momento delicatissimo come l'attuale che vede tutti gli operatori sanitari approfondire il massimo impegno e sacrificio per mantenere, nonostante le mille difficoltà, la qualità di cura e di assistenza della nostra sanità pubblica”. “La nostra associazione è da sempre stata interessata a favorire il dialogo tra i diversi soggetti, che deve però essere indirizzato all'elaborazione di percorsi comuni di reciproca collaborazione e non a provocare scontri al fine di realizzare profitti sulla pelle di medici e pazienti - ha sottolineato Trojano. La malasanità e il contenzioso si combattono come l'Aogoi sta facendo anni: assicurando il costante dialogo tra istituzioni, pazienti e



evibile

limitarsi a una posizione difensiva sull'argomento: la nostra Associazione è impegnata da anni nel prevenire episodi di malasanità e il conseguente contenzioso assicurando il costante dialogo tra istituzioni, pazienti e medici, sottolineano il presidente e il segretario nazionale Aogoi nella nota indirizzata alle emittenti televisive. "Argomenti di tale importanza non possono essere oggetto di ragionamento di mero lucro veicolati da una pubblicità, ma necessitano di approfondimenti e di campagne di sensibilizzazione verso tutti i soggetti coinvolti". Per questo "l'Associazione si rende come sempre disponibile a partecipare a progetti di sensibilizzazione e informazione sull'argomento con il coinvolgimento delle istituzioni e delle emittenti televisive, prima tra tutte quella pubblica, al fine di provocare un miglioramento nei rapporti tra pazienti e operatori sanitari a beneficio di tutta la collettività". **Y**

medici, mediante l'elaborazione di linee guida, l'aggiornamento costante dei medici, la collaborazione con le strutture sanitarie e la sollecitazione continua delle istituzioni nella ricerca di soluzioni condivise". "Stiamo combattendo perché la colpa medica sia affrontata dalla legge in modo più articolato rispetto a oggi" ha spiegato il presidente Aogoi in varie interviste rilasciate in questi giorni. "In moltissimi casi la controversia ruota attorno a questioni di tipo strutturale e assistenziale, non clinico, su cui in altri paesi risponde la struttura sanitaria". "Sulla base dei dati raccolti da Aogoi in uno studio sui punti nascita e i contenziosi, appare chiaro che le strutture che effettuano meno di mille parti all'anno dovrebbero essere chiuse, come poco tempo fa ha ribadito anche il ministro". A confermarlo purtroppo è anche la cronaca, come nel caso recente che ha riguardato una donna che ha perso uno dei due gemelli in un ospedale che era rimasto aperto in virtù di una sentenza del Tar. "Un caso emblematico per spiegare l'aumento degli atti medici compiuti solo in funzione difensiva e dei premi assicurativi".



La nota congiunta Sigo-Aogoi-Agui

"No alle campagne pro-denunce contro i camici bianchi"

Stop alle campagne televisive e mediatiche pro-denunce contro medici e chirurghi accusati di presunti casi di malasanità. È questa la richiesta avanzata con forza dalla Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo), dall'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri (Aogoi) e dall'Associazione Ginecologi Universitari (Agui).

"Il 10% delle denunce contro i camici bianchi è a carico dei ginecologi - ha affermato il Presidente Sigo **Paolo Scollo** -. Chi sbaglia è giusto che paghi e ogni cittadino ha il diritto a rivolgersi alla magistratura se pensa di aver subito un'ingiustizia. Ma istigare la popolazione a sporgere denuncia tramite martellanti campagne mediatiche è un elemento molto pericoloso e controproducente sia per noi che per i pazienti. Il rischio è che molti medici di fronte a una severa emergenza, si rifiuteranno di assumersi potenziali e gravi responsabilità. Ma, se un chirurgo o un traumatologo possono, a volte, ritirarsi di fronte a casi complicati, questo non può avvenire per il ginecologo ostetrico, che opera in sala parto ed è costretto a prendere importanti decisioni in tempo reale per tutelare la salute di madre e neonato". "Il rischio legato a queste campagne - ha sottolineato il Presidente Aogoi **Vito Trojano** - è alimentare il contenzioso che andrà così a pesare sul lavoro dei Tribunali e degli stessi medici, con forti ricadute sociali come la diminuzione



Vito Trojano
Presidente Aogoi



Paolo Scollo
Presidente Sigo



Nicola Colacurci
Presidente Agui

della fiducia nei lavoratori del servizio sanitario nazionale. Aumenterà anche il ricorso alla medicina difensiva e i costi assicurativi per i camici bianchi. Anche perché vi è un ragionamento del tutto non condivisibile e irricevibile: il potenziale rimborso in questi casi non è a carico dello Stato ma dei suoi operatori, cioè medici, infermieri e ostetriche che purtroppo non possono intervenire in alcun modo nelle scelte aziendali strategiche riguardanti qualità e sicurezza in corsia e in sala operatoria. Questi spot non porteranno quindi nessun beneficio per la collettività ma solo ad alcuni consorzi di

consulenti legali che possono speculare su questo tipo di contenzioso. Ricordiamo infatti che 9 cause legali su 10 contro i medici terminano con un'assoluzione da parte della magistratura". "La malasanità non si combatte a colpi di spot ma migliorando la preparazione del personale sanitario" ha infine aggiunto il Presidente Agui **Nicola Colacurci**. "Noi ginecologi - hanno concluso i tre Presidenti - da anni siamo impegnati nella prevenzione di questi casi, assicurando il costante dialogo tra medici, pazienti ed istituzioni; elaborando linee guida condivise; organizzando corsi di aggiornamento; istaurando rapporti di collaborazione

con le varie figure professionali che si occupano del benessere della donna. L'enorme crescita del contenzioso medico-legale è stato uno dei motivi dello sciopero del 12 febbraio 2013. Per la prima volta nella storia repubblicana noi ginecologi abbiamo incrociato le braccia per protestare contro la difficile situazione nella quale dobbiamo quotidianamente lavorare. Una possibile soluzione è stabilire un tetto massimo ai risarcimenti come già avviene negli Stati Uniti. Questo limite potrà garantire la copertura assicurativa a tutto il personale che lavora all'interno del sistema sanitario nazionale". **Y**

IL CIC SCRIVE A LORENZIN

Contro il contenzioso serve una legge giusta

La lettera, inviata anche agli onorevoli Vargiu, Biondelli, Fucci, alla senatrice De Biasi e all'ex senatore Tomassini critica aspramente lo spot televisivo di Obiettivo Risarcimento che invita i pazienti a denunciare i medici. Il contenzioso medico legale ha raggiunto livelli insostenibili denuncia il Cic: "Parlamento acceleri l'iter legislativo per arrivare quanto prima ad una giusta soluzione"

Basta campagne mediatiche contro i medici. Serve una soluzione vera al contenzioso medico-legale, "che possa ridare serenità al lavoro dei medici e soprattutto far sì che si recuperi quel rapporto di fiducia tra medico e paziente da tempo deteriorato". Ad affermarlo è **Nicola Surico**, presidente del Collegio Italiano dei Chirurghi (Cic), in una lettera inviata al ministro della Salute Beatrice Lorenzin, al presidente della Commissione Affari Sociali della Camera Pierparolo Vargiu e ai membri della commissione stessa, Franca Biondelli e Benedetto Fucci, e alla presidente dell'omologa commissione del Senato, Emilia Grazia De Biasi e all'ex senatore Antonio Tomassini, già presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato. Nella lettera il Cic critica aspramente lo spot televisivo Obiettivo Risarcimento che invita le vittime di presunti casi di malasanità ad intraprendere iniziative giudiziarie per reclamare un risarcimento danni, "che - ricorda il Cic - nel 95% dei casi si concludono con esito favorevole nei confronti del medico, dopo aver procurato, tuttavia, stress ai pazienti e agli stessi operatori sanitari, nonché ingolfato i tribunali di cause infondate". Tale campagna, spiega Surico nella lettera, "non può non destare particolare preoccupazione nei medici e nel personale infermieristico che



Nicola Surico
Presidente Cic

quotidianamente, con abnegazione e tra difficoltà di tipo strutturale ed organizzativo, si prodigano per salvare vite umane". "Il Cic - riferisce ancora Surico al ministro e ai parlamentari - è al fianco dei pazienti e delle loro associazioni che giustamente chiedono un equo risarcimento nei casi accertati di malpractice e li invita a una sana alleanza al fine di tutelare non solo i cittadini ma anche i medici, spinti sempre più verso una medicina difensiva molto costosa e, da qualche tempo, anche astensiva, poiché evitano casi difficili e ad alto rischio che potrebbero sfociare in un contenzioso medico-legale". La situazione, però, ormai è "insostenibile" anche a causa degli "alti costi delle polizze assicurative" e per "la 'fuga' delle Società Assicurative". Per questo nella lettera il Collegio dei chirurghi "sollecita il Parlamento ad accelerare l'iter legislativo in corso presso le Commissioni Parlamentari affinché si arrivi quanto prima ad una giusta soluzione relativa al contenzioso medico-legale, "che possa ridare serenità al lavoro dei medici e soprattutto far sì che si recuperi quel rapporto di fiducia tra medico e paziente da tempo deteriorato".

quotidianamente, con abnegazione e tra difficoltà di tipo strutturale ed organizzativo, si prodigano per salvare vite umane". "Il Cic - riferisce ancora Surico al ministro e ai parlamentari - è al fianco dei pazienti e delle loro associazioni che giustamente chiedono un equo risarcimento nei casi accertati di malpractice e li invita a una sana alleanza al fine di tutelare non solo i cittadini ma anche i medici, spinti sempre più verso una

medicina difensiva molto costosa e, da qualche tempo, anche astensiva, poiché evitano casi difficili e ad alto rischio che potrebbero sfociare in un contenzioso medico-legale". La situazione, però, ormai è "insostenibile" anche a causa degli "alti costi delle polizze assicurative" e per "la 'fuga' delle Società Assicurative".



Ecco alcune delle numerose mail pervenute al segretario nazionale Antonio Chiantera in merito alle iniziative Aogoi contro lo spot televisivo di Obiettivo Risarcimento

- Sono molto felice della vostra presa di posizione, lo spot è lesivo della nostra professione ma soprattutto crea ulteriori incertezze nell'animo di chi è stato sottoposto ad intervento o si dovrà sottoporre, senza un reale aumento della sicurezza del paziente ma solo un aumento dello stato d'ansia dovuto al dubbio di essere costantemente in mano ad incapaci. Grazie ancora! B.Z. (Trento)
- Grazie Prof. Finalmente qualcuno si muove! C.F. (Isernia)
- Bravi! C.B. (Livorno)
- Grazie anche da parte di un professionista già in pensione, ma partecipa dello sdegno e dei problemi dei colleghi ed egli stesso già colpito. Ma almeno quando ero in servizio non esistevano organizzazioni create appositamente per colpire chi lavora, che spesso incontra difficoltà non dipendenti dalla sua capacità. C.M.
- Grazie Professore !!! Era ora !!!! e l'Ordine dei medici ??? C.G. (Ancona)
- Bene, benissimo! Sono perfettamente d'accordo con la linea di azione dell'Aogoi, che mette in pratica tutto il sentimento di sdegno che ho provato nel vedere - di nuovo - l'offensivo spot televisivo. L.C. (Pisa)
- Caro Professore, finalmente! Lo avevo già segnalato in GynecoAogoi 2/2012. Ben venga questa presa di posizione! G.G. (Bari)
- Che pena vedere in Tv, SULLE RETI RAI, quello spot. Penso ai giovani, alla fuga dalla Professione, specie nella nostra specialità.... Questa nazione avrà fra un po' i medici che si merita. Io per fortuna fra un po' scappo. F.F. (Bari)
- Grazie della Vostra continua presenza e attenzione contro le strumentalizzazioni di questi cialtroni che alterano ulteriormente il già fragile rapporto medico-paziente. L.A. (Palermo)
- Vi ringrazio per il lavoro che l'Aogoi svolge nel tutelare la nostra professione. P.M. (Trento)

ESTINETTE

75 microgrammi/20 microgrammi gestodene/etinilestradiolo

126 cpr



2014: Guai fallire!

Per la Ginecologia Italiana il 2013 è stato l'anno delle elezioni dei presidenti. C'è stato un ricambio dei vertici della Sigo e dell'Agui. Per l'Aogoi è stato riconfermato Vito Trojano. Surico è stato eletto presidente del Cic. Elezioni nel segno della continuità per risolvere vecchi e nuovi problemi. Guai fallire.

A Napoli, nel suo discorso programmatico all'assemblea, Vito Trojano si è impegnato a portare avanti riforme societarie e soprattutto miglioramenti sul piano professionale: "Il 2013 è stato l'anno dei tentativi. Abbiamo però ritrovato compattezza. Ci siamo uniti intorno a obiettivi comuni. Il 2014 sarà l'anno delle riforme professionali. Dobbiamo farcela a risolvere problemi lasciati in sospeso per lungo tempo. Non si può fallire". In realtà, nell'agenda di quest'anno Trojano non annuncia grandi novità. Ribadisce gli impegni presi (dal problema delle assicurazioni, alla responsabilità professionale, all'annoso problema dei punti nascita, al taglio dei servizi e degli organici e così via).

Il presidente dell'Aogoi non è un rivoluzionario. La sua formazione è di marca prettamente moderata. È un riformista convinto, ma continuista. Crede nei piccoli passi. Non annuncia rotture, promette stabilità. Non fa saltare tavoli. Cerca di tenerli in piedi. In questo fa da contraltare al segretario nazionale. Insieme si bilanciano perfettamente. È un sodalizio che ha ben lavorato per tre anni e che l'Aogoi ha fatto bene a riconfermare nel segno di una continuità politica. Un sodalizio che ha pacificato le varie componenti della Ginecologia Italiana. "È cambiato il clima. Lo vedo in questa assemblea. Ospedalieri, universitari, territoriali e libero professionisti sono ora una vera, grande famiglia. Abbiamo ritrovato una compattezza che proprio qui a Napoli sei anni fa non avremmo immaginato". Ha voluto sottolineare con forza il presidente dell'Aogoi. Non vuole lasciare ad altri il merito di questa pacificazione, perché sa che solo una ginecologia italiana pacificata e compatta gli potrà permettere di agire come leader. Il discorso programmatico



"Il 2014 sarà l'anno delle riforme professionali. Dobbiamo farcela a risolvere problemi lasciati in sospeso per lungo tempo. Non si può fallire"

di Napoli (ripetuto a Milano il 22 dicembre u.s. al Direttivo Aogoi) ha avuto una sua forza oggettiva e propositiva. Ed è stata una buona idea l'aver evocato in quell'occasione i successi e l'impegno profuso nei tre anni del suo primo mandato, raccontandoli come il preciso disegno di una "presidenza che non deve fallire". Inoltre, prospettare la realizzazione di un Collegio Italiano dei Ginecologi (se ne parla dal 2007), "europeizzare" il problema della

responsabilità professionale, ridurre gli esosi premi assicurativi di cui i ginecologi sono vittime, battersi a livello istituzionale per i tagli ai servizi e degli organici (solo per citare i temi più importanti) sono problemi di grande interesse e di grande impatto. Problemi che hanno dato una svolta decisiva, fondamentale alla tradizionale conduzione dell'Aogoi che da società scientifica, capace di risolvere problemi di ordinaria amministrazione, è diventata Società propositiva: si è trasformata in una vera e propria Agenzia di servizi. Tutto questo rappresenta oggettivamente una vera e propria "svolta di sistema". Nella realizzazione del suo programma Vito

Trojano troverà sicuramente un valido alleato in Paolo Scollo. Il neo-eletto presidente della Sigo costituirà una valida sponda nelle strategie politiche dell'Aogoi. Scollo è di estrazione ospedaliera e conosce bene i meccanismi e il funzionamento di queste due società. E credo che possa essere una formula vincente consolidare il "patto di alleanza" tra Aogoi e Sigo sui temi più importanti. Tutto questo darebbe ancor più credibilità, visibilità e ottimismo a tutta la Ginecologia Italiana. A Napoli Scollo ha precisato: "Le due parole d'ordine della mia presidenza saranno continuità e ammodernamento". Anche lui, come Trojano, è un continuista. Non annuncia novità clamorose. Ribadisce gli impegni che la precedente presidenza aveva preso e che erano stati impostati

di comune accordo con l'Aogoi. Infine, riesce a mantenere una posizione equilibrata sui terreni più scivolosi come quelli della ricerca, della prevenzione, delle collaborazioni con le istituzioni. Nel giuoco incrociato dei due presidenti, il segretario nazionale dell'Aogoi, Antonio Chiantera, continua ad avere (come sempre) un ruolo fondamentale, che nell'ultimo anno è diventato straordinario. Inutile girarci intorno. Naviga queste acque da oltre trent'anni. Da sempre dedica buona parte del suo tempo all'Associazione. Conosce perfettamente tutti i giuochi e i suoi giocatori. Quasi tutte le sigle delle società scientifiche di medicina e sindacali ce lo invidiano. L'interventismo di Chiantera è diventato ancora più straordinario nell'ultimo anno. Il successo dello sciopero nazionale del febbraio 2013, l'elezione di Surico a presidente del Collegio Italiano dei Chirurghi (sigla che rappresenta circa il 90 per cento della chirurgia italiana) sono sicuramente due mosse vincenti nello scacchiere del Ssn. Ma l'obiettivo più ambizioso rimane per lui la creazione del Collegio Italiano di Ostetricia e Ginecologia con lo scopo di far diventare l'Aogoi il vero "fattore di coagulazione" tra le culture della ginecologia italiana (universitari, ospedalieri, territoriali, contrattisti e così via) e le forze politiche: "ora ci sono tutte le premesse per fondare una vera Casa comune dei ginecologi italiani". Nell'insieme un compito davvero arduo attende i nostri "magnifici tre". Se fallissero si tornerebbe indietro di alcuni anni. E l'aver portato l'asticella del confronto più in alto, cioè a livello politico, significa che necessariamente devono confrontarsi con "questa" Italia. Saranno capaci di vincere questa sfida?



L'obiettivo più ambizioso rimane la creazione del Collegio Italiano di Ostetricia e Ginecologia con lo scopo di far diventare l'Aogoi il vero "fattore di coagulazione" tra le culture della ginecologia italiana

Rapporto Oasi 2013

La Bocconi non ha dubbi: "Senza investimenti e con questi budget la sanità è a rischio". Ormai spendiamo molto meno di Germania, Francia e Regno Unito

La nostra spesa procapite è ferma a 2.419 dollari l'anno. Rispettivamente, 899, 714 e 328 in meno di Germania, Francia e UK. Se proseguiranno la contrazione degli investimenti e la riduzione della spesa dei cittadini, in alcune regioni c'è il rischio di non riuscire più a far fronte alle necessità della popolazione. Ecco la fotografia della nostra sanità ai tempi della crisi del Cergas Bocconi

Contenendo la spesa per ogni singolo fattore produttivo (personale, medical device, privato accreditato, ecc.) e contraendo gli investimenti in tecnologie e rinnovo infrastrutturale la sanità pubblica sistema i conti nel breve periodo, ma a discapito della performance sanitaria presente e futura, tanto che in alcune regioni si fa concreto il rischio dell'*undertreatment*, ovvero dell'impossibilità di far fronte alle necessità sanitarie della popolazione. Dilatando i tempi di pagamento, in casi estremi, fino a 1.500 giorni (la media è di 236 giorni per i farmaci e 274 per le attrezzature) e non rinnovando le attrezzature le aziende si espongono a costi futuri – e creano perciò debito sommerso – in termini di prezzi più alti per le forniture, interessi di mora, contenziosi e personale impiegato per far fronte alle richieste dei creditori e futura obsolescenza tecnologica e inadeguatezza infrastrutturale.

Il Rapporto Oasi 2013 sul sistema sanitario italiano, presentato oggi alla Bocconi dal Cergas (Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale) ribadisce la natura "sobria" del nostro sistema sanitario, con una spesa pubblica pro capite, pari a 2.419 \$PPA (dollari parità di potere d'acquisto), significativamente più bassa di quella di Germania (3.318), Francia (3.133) e Regno Unito (2.747) e un disavanzo in forte diminuzione a 1,04 miliardi di euro nel 2012 (-17,3% rispetto all'anno precedente), il che equivale allo 0,9% della spesa sanitaria pubblica corrente. I risultati sono notevoli soprattutto nelle regioni soggette a Piani di rientro: il disavanzo della Campania, nel 2012, è un decimo di quello del 2005, quello del Lazio un quinto e quello della Sicilia è sostanzialmente azzerato.



Rimane però rilevante il gap di performance tra i diversi sistemi sanitari regionali ed è evidente la disparità tra le regioni in Piano di rientro e le altre "dal momento che tutte e sole le regioni in Piano di rientro (Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise, Puglia e Sicilia)", scrivono i coordinatori del Rapporto, Elena Cantù e Francesco Longo, "risultano inadempienti o parzialmente inadempienti" nel mantenimento dei livelli essenziali di assistenza. Questo è un pericoloso campanello di allarme sul potenziale livello di iniquità nell'accesso alle cure tra nord e sud.

La spesa maggiormente penalizzata, perché meno rigida, risulta essere quella per investimenti, che si attesta a 59 euro pro capite nella media nazionale, ma con una forte variabilità, dai 111 euro dell'Emilia Romagna ai 20 euro della Calabria. Le regioni del Sud sono sistematicamente al di sotto della media nazionale, pur avendo un quadro infrastrutturale più fragile già in partenza.

La riduzione della spesa pubblica non è compensata da un aumento di quella privata, che segue, invece, il ciclo economico e il reddito disponibile dei

consumatori. Anche in questo caso la variabilità regionale è molto forte. La media italiana è di 463 euro pro capite, ma si va dai 707 euro del Trentino Alto Adige ai 239 della Campania e le ultime posizioni sono tutte occupate dalle regioni meridionali. In altri termini, non vi è una correlazione tra spesa sanitaria privata e quali/quantità di quella pubblica. Nelle regioni più ricche, con la migliore sanità, si spende di più anche per quella privata a pagamento. Ciò significa che nelle regioni più povere si fa concreto il rischio di *undertreatment*, come già dimostra l'inadempienza di

alcune di queste regioni rispetto ai livelli essenziali d'assistenza.

Uno degli espedienti utilizzati per alleggerire la situazione economica delle aziende è stato, fino ad ora, l'allungamento dei tempi di pagamento. La sanità italiana, in media, paga i farmaci a 236 giorni e le attrezzature a 274, con una diminuzione di una ventina di giorni a metà 2013 rispetto metà 2012. La variabilità è altissima e, per le attrezzature, si va dagli 83 giorni della Valle d'Aosta ai 929 della Calabria, mentre per i farmaci si passa dai 75 giorni del Trentino Alto Adige ai 797 del Molise. In generale, la situazione più compromessa è quella di Campania, Calabria e Molise, ma sono da monitorare anche Piemonte, Puglia e Veneto. In Campania esistono aziende sanitarie che pagano a 103 giorni, altre a 1.509. Le regioni assoggettate a Piani di rientro per ridurre il debito pagano, in media, 280 giorni dopo le altre.

"I recenti provvedimenti normativi per liquidare parte del debito commerciale accumulato dalla pubblica amministrazione", puntualizzano Cantù e Longo, "hanno sicuramente migliorato la situazione. Mettere le aziende sanitarie nella condizione di saldare i debiti pregressi non è, però, sufficiente. È necessario che le aziende siano poste in condizioni di pagare puntualmente anche quelli futuri".

Dall'ictus alla cecità, dai tumori degli organi respiratori al cancro del colon-retto, dall'artrite reumatoide al labbro leporino, fino alla gravidanza ectopica nella donna e alla disfunzione erettile nell'uomo. Sono soltanto alcune delle quasi 40 conseguenze sulla salute connesse al fumo: a segnalarcelo oggi è il report del Surgeon General, intitolato "The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress". Negli Stati Uniti, il Surgeon General (letteralmente 'Chirurgo Generale') è il portavoce dei problemi relativi alla salute e fornisce le più valide informazioni scientifiche per migliorarla e per ridurre i rischi di malattia. Questa prestigiosa figura supervisiona lo United States Public Health Service Commissioned Corps (USPHS), un gruppo di élite di oltre 6.700 professionisti in ambito sanitario all'interno del Governo Federale.

Il report in numeri

Ma quali punti emergono dal rapporto? Intanto, che dal 1964 soltanto negli Stati Uniti più di 20 milioni di morti premature possono essere attribuite al fumo. Continuando sulla linea di oggi, inoltre, 5,6 milioni di bambini e ragazzi attuali (di età inferiore ai 18 anni) nel futuro sono destinati a morire prematuramente a causa degli effetti del fumo. Grazie al controllo sull'uso del tabacco, i passi compiuti in questi 50 anni hanno permesso di salvare ben 8 milioni di vite; negli Stati Uniti, attualmente la mortalità legata al fumo è stimata intorno a 480mila persone all'anno. Tra gli adulti, la percentuale dei fumatori è scesa, dal 1964 ad oggi, dal 42% al 18%; tuttavia più di 42 milioni di americani fumano ancora. Ogni giorno, inoltre, più di 3.200 giovani under 18 fumano la loro prima sigaretta e 2.100 ragazzi e giovani adulti diventano fumatori quotidiani. I problemi causati dal fumo, inoltre, aumentano anche le assenze in ambito lavorativo e i costi della salute. Negli Usa, ogni anno i costi economici complessivi legati al tabacco superano i 289 miliardi di dollari. In generale, tra le nuove patologie riportate ci sono: tumore del fegato, tumore del colon-retto, labbro leporino (difetto congenito legato al fumo materno), tubercolosi, diabete, gravidanza ectopica, disfunzione erettile, artrite reumatoide, degenerazione maculare legata all'età e, come effetto di 'seconda mano', cioè del fumo passivo, anche l'ictus (che ovviamente è anche tra le cause di prima mano).

Fumo/ Rapporto Surgeon General 2014

Oltre al tumore al polmone, causa altre 40 malattie. Tra queste, anche indebolimento immunitario e diabete

Oltre a diversi tipi di tumore, il tabacco è responsabile di ictus (anche da fumo passivo), labbro leporino nei neonati, riduzione della fertilità femminile, disfunzioni sessuali maschili ed altre patologie. Solo in America, 20 milioni i morti per il fumo, 8 milioni salvi grazie alla prevenzione. Forti rischi anche dal fumo passivo



L'esposizione alla nicotina durante lo sviluppo del feto, come anche durante l'adolescenza, può avere conseguenze permanenti sullo sviluppo cerebrale

Patologie: ecco alcuni focus

L'esposizione alla nicotina durante lo sviluppo del feto, come anche durante l'adolescenza, può avere conseguenze permanenti sullo sviluppo cerebrale. Tra i tumori collegati in maniera causale con l'uso del tabacco, ci sono quello del colon-retto e del fegato (ma anche della orofaringe, laringe, esofago, trachea, bronchi, leucemia mieloide acuta, stomaco, fegato, pancreas, rene, uretere, cervice e vescica); inoltre aumenta, nei fumatori rispetto ai non fumatori, il rischio di morte dovuto a tumore della prostata e della mammella. L'aumento del rischio di ictus in caso di esposizione a fumo passivo è stimato intorno al 20-30%.

Il rischio di sviluppare il diabete, poi, aumenta del 30-40% nei fumatori rispetto ai non fumatori. Tra le malattie più rare con-

nesse al fumo, anche l'artrite reumatoide e il lupus eritematoso sistemico.

Fumare nella prima parte della gravidanza, poi, mostra inoltre un legame causale con la presenza di labbro leporino nel bambino alla nascita. Tra le altre malattie, problemi ai denti (periodontosi), cataratta, osteoporosi (frattura dell'anca), degenerazione maculare, problemi respiratori e cardiovascolari vari, aterosclerosi nei giovani. Gli effetti legati al fumo passivo nei bambini sono: sintomi respiratori (funzione polmonare indebolita), patologie dell'orecchio medio, sindrome della morte improvvisa del lattante, infezioni del tratto respiratorio inferiore; negli adulti sono: ictus, irritazione nasale, tumore al polmone, malattia cardiaca coronarica ed effetti legati alla riproduzione (basso peso del bambino alla nascita).

Come nasce e come si struttura il Report

Dal 1964, ad esattamente cinquant'anni dal primo report scientifico sui danni derivati dal fumo, - intitolato Surgeon General's Reports on Smoking and Tobacco Use - sono stati scoperti molti disturbi cui può andare incontro il fumatore, oltre al noto tumore al polmone: a renderne conto è una lunga serie di rapporti del Surgeon General, che hanno fornito fondamenti scientifici all'azione diretta alla riduzione dell'uso del tabacco, alla prevenzione delle malattie correlate e delle morti premature. Il documento odierno fornisce un dettaglio completo di queste malattie, includendone dieci nuove, a partire dalle conseguenze dirette fino agli effetti "di seconda mano", cioè del fumo passivo, sia negli adulti che nei bambini.

Il report è diviso in tre sezioni: la prima fornisce un sommario complessivo del documento stesso e delle sue conclusioni, compreso un excursus storico della lunga serie di rapporti dal 1964 ad oggi, che passa attraverso il confronto delle conoscenze dell'epoca con quelle che si sono via via acquisite. Nella seconda sezione si parla delle conseguenze del fumo attivo e passivo (mentre nel 1964 era stato considerato soltanto quello attivo). La terza sezione, poi, effettua una stima delle malattie legate all'uso del tabacco, compresa la mortalità che ne deriva, e individua ampie strategie e strade percorribili per controllarne l'uso in futuro.

Questo report è stato realizzato dall'Office on Smoking and Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention (USDHHS).

Le altre conclusioni del report

Oltre ai preoccupanti dati riportati (20 milioni di morti negli USA dal 1964 per effetti del fumo ecc. vedi sopra), nelle con-

clusioni del report si legge che l'epidemia è cominciata ed è stata sostenuta "dalle strategie aggressive dell'industria di tabacco, che ha deliberatamente tratto in inganno il pubblico sui rischi del fumo di sigaretta". Il fumo, inoltre, è collegato in maniera causale a malattie che riguardano quasi tutti gli organi del corpo e l'esposizione "di seconda mano" - cioè appunto il fumo passivo - è legata causalmente a tumori, patologie respiratorie e cardiovascolari, effetti avversi sulla salute dei neonati e dei bambini. Tra i problemi, anche l'infiammazione e l'indebolimento delle funzioni immunitarie. Tra i fumatori, si nota una forte disparità nelle regioni di uno stesso paese, a seconda della razza, dell'etnicità, del livello di educazione, della condizione socioeconomica. Nelle donne, i rischi di malattia derivanti dal fumo sono aumentati in maniera netta durante gli ultimi 50 anni e sono ora coincidenti con quelli dell'uomo, rispetto a cancro del polmone, malattia polmonare ostruttiva cronica (COPD) e malattie cardiovascolari. Il carico in termini di morti e di malattie dal tabacco è di gran lunga causato da sigarette e altri prodotti basati sulla combustione del tabacco: l'eliminazione del suo uso può radicalmente ridurre questo carico. Dal 1964 ad oggi, diversi piani politici e programmi si sono rivelati efficaci nel controllo del tabacco e si possono ottenere ulteriori miglioramenti attraverso una piena e forte applicazione di queste misure.

Kathleen Sebelius: le tasse sono uno strumento importante

Kathleen Sebelius, Segretario della Salute e dei Servizi Umani negli USA, manda un messaggio di fiducia rispetto a questo tema: "Credo che possiamo far sì che la prossima generazione non usi il tabacco. E sono estremamente soddisfatta dell'operato per il controllo del tabacco effettuato dall'Amministrazione Obama. Per esempio, il documento del 2009 Children's Health Insurance Program Reauthorization Act ha incluso un aumento senza precedenti di tasse pari a 0,62 dollari che ha innalzato l'imposta federale di consumo a 1,01 dollari per pacchetto di sigarette; sappiamo che l'aumento del costo delle sigarette è uno dei più efficaci interventi che possiamo attuare per prevenire l'abitudine di fumare e ridurre la prevalenza". Ma per far sì che la prossima generazione non fumi, "dobbiamo raddoppiare i nostri sforzi per il controllo del tabacco e ottenere l'appoggio di partner non governativi - e la società tutta - per condividere questa responsabilità", sottolinea il Segretario nel messaggio. Anche Howard Koh, Assistente Segretario per la Salute, nel proprio messaggio mette in evidenza gli strumenti finalizzati a porre fine all'epidemia legata al tabacco una volta per tutte. **Y**

Medicina attiva o medicina difensiva: una *vexata quaestio*

Carlo Cincotti
Avvocato, Foro di Napoli

La sentenza della Corte di Appello di Catania 1748/13, letta in parallelo con l'arresto 16724/2012 della Cassazione, rende non più procrastinabile l'obbligatorietà della sottoscrizione del consenso informato da parte di coloro che si iscrivono ad una facoltà di medicina e chirurgia. I giovani devono sapere che saranno ritenuti responsabili delle loro eventuali manchevolezze, della cosiddetta "colpa di equipe", di eventuali errori o omissioni di colleghi anche se con diverse specializzazioni, delle deficienze delle strutture sanitarie nelle quali andranno ad operare e di quant'altro la giurisprudenza creativa li riterrà responsabili in quanto medici.

Di fronte alla brutale non corrispondenza tra evento sperato e risultato ottenuto tutti i medici che a qualsiasi titolo hanno partecipato all'evento ne saranno responsabili anche se a nessun titolo avrebbero potuto evitare l'evento stesso. Ora queste parole non devono sembrare una captatio benevolentiae verso chi ospita questo articolo e non lo vogliono essere.

IL PUNTO

Chi tocca i fili muore

La Corte di Appello di Catania considera in pari responsabilità un ecografista che ha effettuato un esame su di una gestante alla 32 settimana con altri ecografisti che hanno seguito la gestazione dall'inizio. Condanna altresì i tre ecografisti per l'errore commesso poiché detto errore era evitabile se compiuto con "accuratezza e con attrezzature adeguate". Gli ecografisti, dipendenti del Ssn, non hanno possibilità di incidere sulle scelte delle attrezzature né possono rifiutarsi di operare con apparecchiature obsolete. Non è accettabile che non si siano svolti esami sulle attrezzature e che non si sia operata alcuna differenziazione tra coloro che avrebbero potuto evitare l'evento e l'ecografista che entra in scena alla 32 settimana. Ripudiamo il criterio "chi tocca i fili muore" ed aborriamo l'idea che l'operatore sanitario, spaventato dall'andazzo giurisprudenziale, ponga al primo posto dei suoi pensieri, invece che i pazienti, i modi con cui evitare azioni di responsabilità.

Le conseguenze che possono derivare da un presunto errore medico sono impreviste e imprevedibili. E allora, non sarebbe più giusto obbligare i giovani che intendono iscriversi a una facoltà di medicina e chirurgia a sottoscrivere un consenso informato che illustri loro le possibili conseguenze cui andranno incontro in quanto medici?

È questa la provocazione lanciata dall'avvocato Cincotti a margine delle sue riflessioni su una recente sentenza della Corte d'Appello di Catania che ha condannato tre medici, due ecografisti e una ginecologa, al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali patiti in conseguenza di una "nascita diversa da come desiderata" per omessa diagnosi di spina bifida aperta



Preliminarmente chi scrive è personalmente vicino a chi subisce un danno da *malpractice* medica e reputa che accadimenti come quello che ha generato la sentenza della Corte di Appello di Catania sono da biasimare oltremisura e che occorre l'impegno costante di politici e operatori del diritto perché certe cose non abbiano più ad accadere. Proprio perché si auspica e si desidera che la Sanità sia quella con la "S" maiuscola e la Giustizia sia quella con la "G" maiuscola non si può permettere di sparare nel mucchio, non ci si può ridurre ad affrontare una rissa da strada.

Tutti responsabili...a pari titolo

Perché venga fatta Giustizia occorre tracciare una netta linea di demarcazione tra la fornitura "alberghiera" e la prestazione professionale sanitaria. Occorre, in altre parole, che si separi l'errore medico dal malfunzionamento delle macchine. La stessa CtU afferma che "è ben possibile la diagnosi della patologia anche solo attraverso l'esame ecografico se lo stesso è condotto con attrezzature adeguate e con accuratezza". Ma la Corte di Appello dell'adeguatezza delle attrezzature se ne disinteressa e colpevolizza l'operatore di scarsa accuratezza. Poi va oltre, condannando un secondo operatore di struttura pubblica per una ecografia effettuata alla trentaduesima settimana e che, volendo dare la massima serenità alla paziente, la invita e rifare l'esame con macchinari migliori e di differente sensibilità.

La Condanna della Corte si abbatte anche sulla ginecologa della paziente che si è affidata alle risultanze degli specialisti, confortata anche dal dosaggio ematico dell'alfafetoproteina. La ginecologa, in quanto titolare del rapporto terapeutico con la gestante non poteva non sapere (fa nulla che nulla di anormale risultava dalle varie indagini), dunque... responsabile in concorso a pari titolo con gli altri colleghi medici. A pari titolo anche l'azienda ospedaliera titolare dei macchinari.



Se continuasse questa tendenza ad ampliare i casi di risarcimento, ad aumentare i soggetti da risarcire e le quote dei risarcimenti, il sistema si avvia ad un loop senza uscita... L'unico suggerimento che da avvocato mi sentirei in coscienza di dare è quello di non far nulla e, se si è costretti a far qualcosa, usare le tecniche difensive più estreme

Giustizia chirurgica o macelleria sociale?

Come si può considerare giusta o almeno accettabile una sentenza che mette sullo stesso piano azienda ospedaliera e operatori sanitari? Considera ugualmente responsabili ecografisti e ginecologi per errata diagnosi. Accomuna in *pejus* un ecografista che ha effettuato la diagnosi, quando era ancora possibile l'interruzione volontaria della gravidanza, con un differente ecografista che ha effettuato la diagnosi alla trentaduesima settimana. Altro che giustizia chirurgica, si tratta di macelleria sociale. Il problema, come solito, è a monte: quando si ha infondato timore che la paura di responsabilità personali possa incidere negativamente sullo svolgimento di un'attività, le scelte del Legislatore si sono improntate a trasferire la responsabilità ad un differente e più alto livello rispetto al piano individuale, salvo rivalsa. Ad esempio, se un individuo si reputa leso dall'attività di un magistrato può agire verso lo Stato. In caso di condanna dello Stato quest'ultimo può agire in rivalsa nei confronti del magistrato. Sia per la condanna dello Stato che per la rivalsa vi sono limiti molto ben

precisi. Gli insegnanti di scuole statali non possono essere evocati in giudizio se qualcuno dei loro studenti, sotto la loro diretta sorveglianza, cagioni un danno a terzi. Il danneggiato chiamerà in casa l'amministrazione, facendo sempre salva la rivalsa di quest'ultima verso l'insegnante. Per i medici questo non accade.

Il ritorno alla responsabilità aquiliana

La paura di rispondere in via principale per danni causati da apparecchiature non conformi od obsolete, come nel caso che qui ci occupa, di voler continuamente ridurre i budget, di voler condividere eventuali responsabilità e risarcimenti con i medici e le loro assicurazioni ha portato all'emanazione del cosiddetto "Decreto Balduzzi" che lascia sempre i medici esposti direttamente e in prima persona alle richieste di risarcimento. Il legislatore tra il voler combattere la cd. medicina difensiva e il contenimento della spesa pubblica ha scelto quest'ultima via.

Se oggi il decreto Balduzzi art. 3 d.l. 158/2012 ha rimesso la responsabilità medica nell'alveo della cd. responsabilità aquiliana, superando la teoria del "contatto sociale" producendo un differente onere probatorio. Secondo le Sezioni Unite della Cassazione (13533/2001) il paziente doveva solo provare l'inadempimento del sanitario, mentre quest'ultimo avrebbe dovuto provare l'esatto adempimento. Una *probatio* diabolica dove la non corrispondenza tra i desideri del paziente e quanto realmente accaduto rendeva, di fatto, impossibile ogni difesa. Adesso l'onere di provare l'erro-

re del sanitario spetta al paziente ed appare censurabile la sentenza in parola dove non tiene in minimo conto questa *overruling*. Anche i tempi di prescrizione si dimezzano in sede di responsabilità extra contrattuale. Ancora la sentenza in parola appare censurabile circa la determinazione del danno, il Tribunale, prima, e la Corte di Appello, poi, hanno diviso e moltiplicato le voci di danno fino a farle raggiungere il numero desiderato. La libera determinazione del giudice trova un limite nell'*arbitrium* e fortunatamente oggi nella legge. Infatti, il già citato art. 3 D.l. 158/2012 comma 3 fissa i limiti del risarcimento da responsabilità medica ponendo dei paletti poco elastici, e ciò non può che far piacere a coloro che come lo scrivente non gradiscono una giurisprudenza *ad personam* ma una "universale". Ulteriore limite da creare sono i soggetti indennizzabili, se è vero, come è vero, che da un cd. errore medico possono derivare conse-

guenze impreviste ed imprevedibili, proprio per questo è necessaria una limitazione dei soggetti da indennizzare.

Medicina difensiva: l'ultima spiaggia?

Se continuasse questa tendenza ad ampliare i casi di risarcimento, ad aumentare i soggetti da risarcire e le quote dei risarcimenti, il sistema si avvia ad un loop senza uscita. L'unico suggerimento da avvocato che mi sentirei in coscienza di dare è quello di non far nulla e, se si è costretti, a far qualcosa usare le tecniche difensive più estreme. Appare evidenti che l'inattività o la medicina difensiva non possono essere la soluzione, ma solo una provocazione. L'inattività e/o la medicina preventiva si combattono tutti insieme, l'amministrazione aumentando gli stanziamenti e le risorse così da essere sempre più al passo con i tempi e le innovazioni tecnologiche, le società scientifiche e gli ordini professionali, ciascuno nel proprio ruolo, garantendo aggiornamenti professionali e informazioni utili, la magistratura smettendo di "sparare nel mucchio" e condannando con durezza i responsabili avendo, al contempo, anche il coraggio di assolvere gli innocenti, per non creare ulteriori vittime. **Y**



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



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



Lactoflorene Gyn®

10 CAPSULE VAGINALI

- Cranberry (*Vaccinium macrocarpon*, mirtillo rosso) succo disidratato titolato al 40% in proantocianidine (PAC)
- *Lactobacillus acidophilus* Vis K8, 1.2 miliardi UFC
- Acido Lattico 60%
- Calendula (*Calendula officinalis*) estratto secco, titolato 1% in flavonoidi
- Acido poliacrilico (*Policarbophil*)

Cosmetic Technology, 2/2011
Estratto dello studio

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

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

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

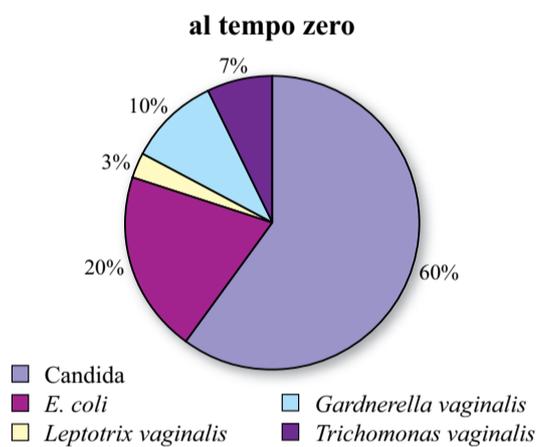
Alle donne del gruppo A sono stati somministrati probiotici per via orale per 10 gg (Lacto 5® due capsule/die).

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

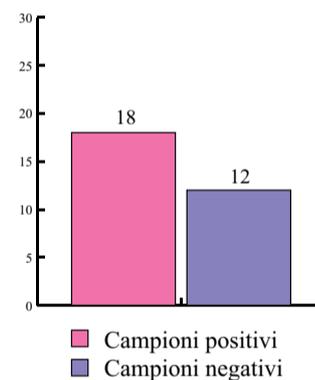
Ad entrambi i gruppi è stato effettuato un tampone al tempo zero, al 10° giorno di terapia (T1) e dopo 1 mese dalla prima visita (T2).

RISULTATI

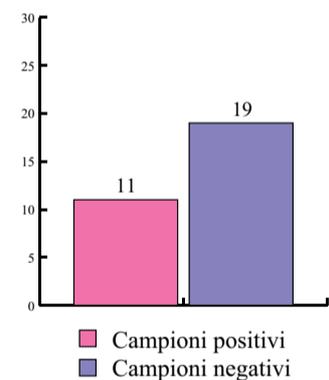
GRUPPO A Per os



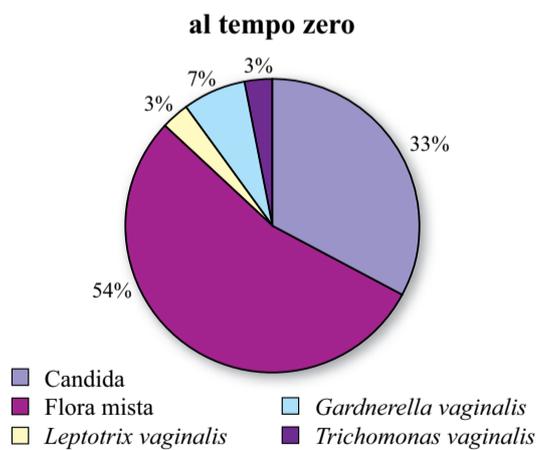
a 10 giorni



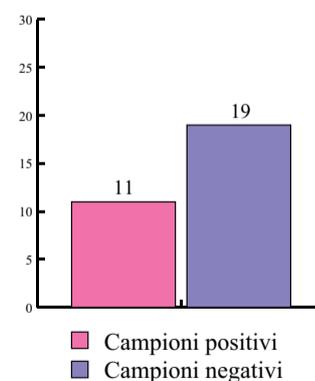
a 30 giorni



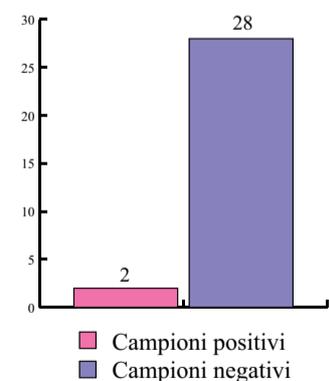
GRUPPO B Topico



a 10 giorni



a 30 giorni



Gruppo A

a 10 gg presentava
a 30 gg presentava

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

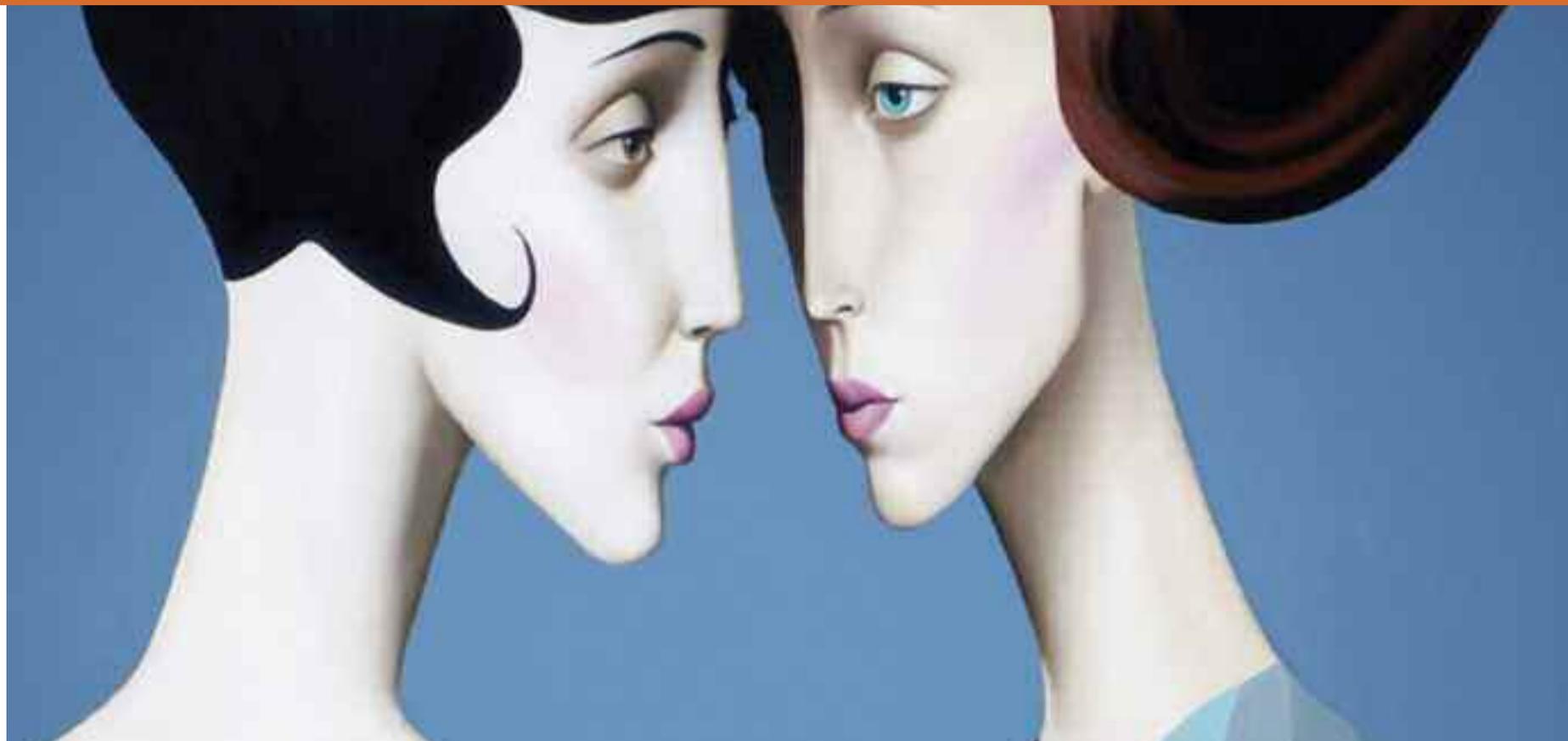
Gruppo B

a 10 gg presentava
a 30 gg presentava

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

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

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



LIBRO BIANCO 2013

La salute della donna Stato di salute e assistenza nelle regioni italiane

O.N.Da

Osservatorio Nazionale
sulla salute della Donna



O.N.Da

Osservatorio Nazionale
sulla salute della Donna

LA SALUTE DELLA DONNA

Stato di salute
e assistenza
nelle regioni italiane

Libro bianco 2013

IN COLLABORAZIONE CON



FrancoAngeli

Con questa nuova edizione del Libro bianco sulla salute della donna, realizzata in collaborazione con l'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, O.N.Da conferma il proprio impegno nella promozione della cultura della salute di genere con l'obiettivo di garantire, secondo i principi fondamentali di equità e pari opportunità, il diritto alla salute delle donne. Il Report prosegue l'approfondimento sullo stato di salute della popolazione femminile avviato nel 2007 con la prima pubblicazione, riportando i dati e gli indicatori di salute e malattia attraverso un'analisi comparativa tra i generi condotta per regioni.

Nell'ottica di promuovere una medicina *gender oriented* è infatti prioritario conoscere lo stato di salute delle donne, evidenziare le criticità, individuare le differenze regionali nonché identificare le necessità di carattere sanitario-assistenziale, aspetti questi che vengono analiticamente presentati all'interno del volume.

La conoscenza dei bisogni di salute e delle specifiche necessità del genere femminile in ambito sanitario-assistenziale è un imprescindibile strumento per la pianificazione degli interventi, l'organizzazione dei servizi e la definizione delle strategie preventive.

Un ringraziamento speciale per il rinnovato sostegno va rivolto a Farmindustria, che da anni affianca O.N.Da nella promozione di una cultura della Medicina di genere.

PREMESSA

O.N.Da: Libro bianco 2013 sulla salute femminile

Tumori, malattie cardiovascolari e disturbi psichici: le aree più critiche della salute femminile**Francesca Merzagora**

Presidente O.N.Da

Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna

Questa nuova edizione del Libro bianco a cura di O.N.Da, realizzata in collaborazione con l'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, prosegue l'approfondimento sullo stato di salute della popolazione femminile avviato nel 2007 con la prima pubblicazione. Nell'ottica di promuovere una medicina gender oriented è, infatti, prioritario conoscere lo stato di salute delle donne, evidenziare le criticità, individuare le differenze regionali nonché identificare le necessità di carattere sanitario-assistenziale, aspetti questi che vengono analiticamente presentati all'interno del volume.

Il Report presenta la medesima impostazione delle edizioni precedenti, riportando i dati e gli indicatori di salute e malattia attraverso un'analisi comparativa tra i generi condotta per regioni. Nella prima parte vengono descritte le caratteristiche socio-demografiche della popolazione femminile, mentre la seconda è dedicata all'analisi delle condizioni di salute e della distribuzione del benessere delle donne nelle diverse regioni in relazione alle principali tematiche di patologia femminile. Questa edizione ha dato, inoltre, spazio a due temi di grande attualità, al centro di polemiche e accesi dibattiti, quali la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale e l'accessibilità ai farmaci innovativi.

Per la sezione riservata agli Approfondimenti sono state scelte tematiche di rilevanza clinica, epidemiologica e socio-economica per la popolazione femminile, nel dettaglio: le malattie a trasmissione sessuale, che registrano anche nel nostro Paese un continuo e preoccupante trend di crescita; la sclerosi multipla che, in ragione della sua cronicità ad evoluzione invalidante nonché dell'età bersaglio, è stata riconosciuta dall'OMS una delle malattie socialmente più costose; il dolore cronico, che nella sua declinazione al femminile presenta peculiarità cliniche e terapeutiche; la salute materno infantile, con particolare riferimento alla depressione perinatale, alla riorganizzazione della rete dei punti nascita e alla nascita pretermine.

Non abbiamo volutamente dato spazio al grande capitolo della salute mentale al femminile che per complessità e vastità merita un volume interamente dedicato, progetto che O.N.Da auspica di poter realizzare il prossimo anno.

L'analisi trasversale degli indicatori "al femminile" documenta che lo stato di salute delle donne è complessivamente buono, anche se permangono tra macroaree

geografiche e singole regioni marcate differenze in termini di distribuzione del benessere, accessibilità e appropriatezza dei servizi offerti con il Meridione e le Isole in posizione nettamente più svantaggiata rispetto al Centro e al Nord.

Si conferma il dato già noto della maggior longevità femminile: le donne rappresentano su scala nazionale il 53,5% della popolazione per la fascia 65-74 anni e il 62,1% della categoria over 75 anni. Dalla comparazione dei tassi di ospedalizzazione non emergono differenze significative tra i due generi, mentre se si considera il consumo di farmaci le donne mostrano tassi più elevati (42,92% vs 34,31%). Ciò trova ragione nel fatto che le donne, avendo maggior aspettativa di vita, sviluppano con elevata incidenza patologie cronico-degenerative che sono tipiche della senescenza, come demenza e artrosi; inoltre, molte patologie croniche sono tipicamente femminili, come il tumore mammario, la depressione, le malattie reumatiche autoimmuni, la sclerosi multipla e l'osteoporosi.

Nel volume ben si evidenziano le aree più critiche della salute femminile. Si deve segnalare, anzitutto, un incremento dell'incidenza e della prevalenza dei tumori maligni nella popolazione femminile, che richiede un ulteriore potenziamento delle attività di prevenzione oncologica e degli screening organizzati. I dati relativi all'ospedalizzazione per malattie ischemiche cardiache confermano il marcato svantaggio maschile, con tassi più che doppi rispetto alle donne. Si registra, però, un aumento nella popolazione femminile della diffusione d'importanti fattori di rischio cardiovascolari quali sovrappeso,

obesità e sedentarietà (le donne che non svolgono attività fisica sono il 44,37% vs il 34,98% degli uomini).

Per quanto riguarda la salute mentale, il tasso standardizzato di mortalità per disturbi psichici è, a livello nazionale, lievemente più elevato nelle donne, ma rispetto ai dati del 2007 presentati nella scorsa edizione del Libro bianco, si è verificato un importante incremento (+47,45%).

In tema di salute materno-infantile, la percentuale di Tagli Cesarei è ancora sempre ben sopra i valori raccomandati dall'OMS (38,7% vs 15-20%) con percentuali più elevate nelle regioni meridionali, dove la Campania continua a detenere il primariato (61,72%).

Con questa quarta edizione del Libro bianco O.N.Da conferma il proprio impegno nella promozione della cultura della salute di genere con l'obiettivo di garantire, secondo i principi fon-



Francesca Merzagora

damentali di equità e pari opportunità, il diritto alla salute delle donne.

La conoscenza dei bisogni di salute e delle specifiche necessità del genere femminile in ambito sanitario-assistenziale è, infatti, imprescindibile strumento per la pianificazione degli interventi, l'organizzazione dei servizi e la definizione delle strategie preventive. Un ringraziamento speciale per il rinnovato sostegno va rivolto a Farmindustria, che da anni affianca O.N.Da nella promozione di una cultura della Medicina di genere. ■

INTRODUZIONE

La sfida delle imprese del farmaco

Il nostro impegno al fianco di O.N.Da per una medicina "a misura di donna" e "personalizzata"**Massimo Scaccabarozzi**

Presidente Farmindustria

Il Libro bianco 2013 curato dall'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna ci offre dati autorevoli che descrivono una tendenza ormai in via di consolidamento. All'interno di queste linee, emerge l'importanza di una medicina "a misura di donna" e "personalizzata", per citare le conclusioni del Professor Walter Ricciardi. Grandi sono le sfide che attendono le imprese del farmaco per una Medicina di genere correttamente intesa e promossa che contribuisca alla sostenibilità del sistema sanitario e, soprattutto, alla qualità dell'assistenza offerta alle donne.

Il Libro bianco mette in luce l'impegno dell'industria farmaceutica nel campo della ricerca in termini di risorse e competenze e pone in rilievo i problemi dell'accesso ai farmaci innovativi. Oggi, mediamente, per un nuovo farmaco i pazienti attendono anche 2 anni, con differenze rilevanti - che creano oggettive disparità di trattamento - tra una regione e l'altra del nostro Paese. Vengono anche evidenziate le prevedibili dinamiche di spesa in relazione all'invecchiamen-

to della popolazione e all'espansione delle malattie croniche.

La promozione di un'ottica di genere - secondo quanto afferma il Libro bianco - consentirebbe, infatti, di incrementare l'appropriatezza terapeutica e la sicurezza dei trattamenti farmacologici contribuendo così a realizzare maggiori risparmi per il Servizio Sanitario Nazionale.

La speranza di vita è sempre più spostata avanti nel tempo e le donne continuano a mantenere il primato della longevità, nonostante il divario con il genere maschile vada riducendosi progressivamente. A questo proposito, in occasione dell'ultima Assemblea Pubblica di Farmindustria, abbiamo presentato l'Orologio

della vita, uno strumento che consente un'immediata traduzione visuale - attraverso lo scorrere dei numeri sul display - del miglioramento dell'aspettativa di vita nel tempo. Vivere di più e meglio è lo slogan scelto per evidenziare che, dal 1951 ad oggi, l'aspettativa di vita è aumentata di 3 mesi ogni anno. Sei ore al giorno anche oggi. Quindici secondi al minuto. Un decisivo passo avanti dell'intera umanità grazie ai farmaci, ai progressi della medicina e all'adozione di stili di vita corretti. Nel riaffermare il nostro impegno al fianco di O.N.Da, restiamo convinti che l'interazione feconda tra imprese del farmaco, Istituzioni e operatori del sistema possa conseguire risultati ancora migliori a favore della salute della donna, grazie anche all'appropriatezza delle cure, alla ricerca e all'innovazione continua. ■



Massimo Scaccabarozzi



INTRODUZIONE

Realizzare un percorso nascita di qualità e omogeneo su tutto il territorio

Franca Biondelli

Commissione Affari Sociali della Camera

Alivello mondiale, l'Organizzazione Mondiale Sanità ha posto, come obiettivo prioritario, quello del miglioramento della qualità della vita della madre, in nome del diritto inviolabile alla salute.

I piani socio-sanitari che si sono susseguiti negli ultimi anni in Italia e i dati epidemiologici dimostrano che molto è stato fatto per garantire la centralità della salute della donna e del bambino nel percorso di assistenza e la sicurezza delle prestazioni.

In virtù degli obiettivi che questo testo si pone, mi preme porre in evidenza l'attività svolta nella passata legislatura, da parte della 12^a Commissione (Igiene e Sanità), di cui ero membro in Senato, in merito alla realizzazione di un'indagine conoscitiva dal titolo: "Nascere sicuri", avente come tema principale il percorso nascita. Lo scopo è stato quello di individuare criticità specifiche circa la tutela della salute della donna e del feto e sulle modalità di esercizio dell'autodeterminazione della donna nella scelta tra parto cesareo o naturale.

Alla luce di alcuni negativi fatti di cronaca verificatisi negli scorsi anni, si è deciso di affrontare una successiva analisi del "Sistema Italia". L'indagine si è basata, principalmente, sui Certificati di Assistenza al Parto e le Schede di Dimissione Ospedaliera. Due elementi distinti che non garantiscono, comunque, l'osservabilità di eventi rilevanti al momento della nascita. Tuttavia, sono state riscontrate criticità significative che necessitano azioni ampie nel tessuto socio-sanitario del nostro Paese, criticità tra le quali: la percentuale critica della prevalenza dei Tagli Cesarei (TC) a macchia di leopardo nelle varie regioni, con un'ampia differenza tra Nord e Meridione; il significativo e non accettabile gradiente Nord-Sud ed Isole della mortalità neonatale; l'esistenza di oltre un terzo di punti nascita con meno di 500 parti l'anno; la limitatissima disponibilità di analgesia peridurale in travaglio e l'inadeguata e insufficiente attivazione dei corsi di preparazione alla nascita.

Alla luce di quanto emerso, l'indagine è stata in grado di offrire alcune importanti linee di governo da attuare sul territorio nazionale. Provvedimenti forti e in-

Segue a pagina 18



Franca Biondelli

INTRODUZIONE

Un punto di riferimento per gli operatori del settore e per noi parlamentari

Laura Bianconi

Commissione Igiene e Sanità del Senato

Con molto piacere ho accettato anche quest'anno di non far mancare il mio modesto contributo a questa importante pubblicazione. Un appuntamento periodico al quale l'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, con grande lungimiranza, ci ha ormai abituati e che rappresenta, come sottolineo spesso, un punto di riferimento per gli operatori del settore e non meno per noi parlamentari.

Da tempo il Parlamento sta procedendo in un'attività di monitoraggio di particolari patologie, in una perfetta ottica che garantisce il rispetto della Medicina di genere, utilizzando il metodo delle indagini conoscitive.

Nella scorsa legislatura, proprio la Commissione Igiene e Sanità, di cui sono ancora un componente, ha trattato, sempre tramite lo strumento dell'indagine, le patologie degenerative, il tumore alla mammella, l'endometriosi e la rivisitazione dei punti nascita.

Ognuna di queste indagini, che ha visto il coinvolgimento di esperti di caratura nazionale ed europea, ha tenuto conto delle indicazioni che in ambito sanitario ci vengono richieste anche a livello europeo tramite Raccomandazioni o Direttive. Tra queste, ricordo brevemente, il principio della organizzazione dei centri di senologia secondo il criterio delle Breast Unit, ma non meno la Direttiva sulla Medicina Transfrontaliera che, in Italia, è entrata in vigore il 4 dicembre scorso. Anche questa Direttiva solleva il problema di una totale rivisitazione del nostro Ssn,

in termini sia di costi sia di modalità con le quali vanno garantiti i servizi e, dunque, l'assistenza.

È ormai un dato acquisito che molte nostre regioni, prime tra tutte il Veneto, la Lombardia e l'Emilia-Romagna, vantano più crediti dal Ssn per le prestazioni offerte ai loro cittadini, mettendo ancora una volta in risalto il divario in termini di efficienza esistente tra Nord e Meridione.

Se si tiene presente il principio della mobilità interregionale, scopriamo che i saldi delle risorse del Ssn, così come da riparto approvato dalla Conferenza delle Regioni, per l'anno 2012 è pari a 821 mila euro. Sono stati sempre più numerosi, infatti, gli italiani che nel 2010 hanno lasciato la propria regione di residenza per andare a farsi cu-

Segue a pagina 19



Laura Bianconi

Segue da pagina 17



Realizzare un percorso nascita di qualità e omogeneo su tutto il territorio

Franca Biondelli

derogabili al fine di realizzare un percorso nascita omogeneo sul territorio nazionale e di migliorarne la qualità, la sicurezza e l'appropriatezza dell'assistenza alla donna e al nascituro. È, pertanto, urgente che siano recepite e applicate, da parte delle Regioni, le "linee d'indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del TC". Sono stati proposti, in merito, alcuni punti di azione che consentono controllo e rilevazione delle criticità. Fra gli altri riporto: la realizzazione di una cartella clinica informatizzata "Mamma Bimbo" per consentire agli organismi di controllo di dialogare superando il limite territoriale sanitario; l'istituzione di un libretto della gravidanza dove vengono raccolte le indagini di minima di laboratorio e strumentali da effettuare nel corso della gravidanza (coperte dal Servizio Sanitario Nazionale); l'applicazione di un libretto gravidanza che consentirebbe alla donna gravida di avere la stessa "Facies" dal Settentrione al Meridione, alle donne immigrate di essere accompagnate favorendo il superamento delle barriere culturali e l'identificazione precoce di patologie legate o meno alla gravidanza e, infine, la realizzazione di un questio-

nario multilingue dedicato al percorso nascita, per fare in modo che si affronti in sicurezza l'evidente incremento di parti di donne di etnie diverse e venga abbattuta la barriera linguistica nelle situazioni di emergenza.

Nell'ottica che un cittadino debba essere messo nelle condizioni di poter scegliere "libero e informato", anche nel percorso nascita, appare rilevante la realizzazione di una carta dei servizi dedicata che diffonda informazioni sulla rete sanitaria ospedaliera-territoriale e sociale per il rientro a domicilio della madre e del neonato diretta a favorire le dimissioni protette, il sostegno dell'allattamento al seno e il supporto psicologico. La riduzione dei TC impropri, necessita di una politica sanitaria che intervenga a più livelli, dalla prevenzione, attraverso l'informazione corretta data alla gestante, alla carta dei servizi. Infine, come emerso dall'indagine conoscitiva, è importante raggiungere la quota di almeno 1.000 nascite/anno per il mantenimento dei punti nascita.

I centri con numerosità inferiore, ma non al di sotto di 500 parti/annui, possono essere previsti solo sulla base di motivate valutazioni legate alla specificità dei bisogni reali. L'attività politica sanitaria centrale deve essere indirizzata verso questi elementi utili per ridurre i rischi del percorso nascita e poter garantire, così, la tutela del diritto inviolabile alla salute della donna e del feto. ■



La popolazione femminile italiana

La popolazione "anziana" e "molto anziana"

Nella pianificazione dei servizi socio sanitari influiscono in modo decisivo le fasce di popolazione "fragili", come la popolazione "anziana" (65-74 anni) e "molto anziana" (75 anni ed oltre). Quest'ultima è la fascia maggiormente esposta al rischio di malattie gravi e invalidanti, che richiedono un tipo di assistenza sanitaria articolata in più servizi e in più figure professionali. Tale segmento di popolazione interessa in modo particolare l'Italia, caratterizzata da una fecondità particolarmente bassa e un'aspettativa di vita tra le più elevate, che risulta essere il Paese più vecchio d'Europa ed il secondo più longevo al mondo dopo il Giappone. Complessivamente, il dato italiano della popolazione di 65-74 anni corrisponde al 10,2% (range

■ **Aumentano le over 65 che vivono sole. Il numero medio di figli per donna si mantiene su livelli prossimi a quelli registrati negli ultimi anni, ma resta inferiore al livello di sostituzione che garantirebbe il ricambio generazionale. In aumento l'incidenza della povertà assoluta riferita alle famiglie**



12,7-8,3%) della popolazione residente, mentre quella di 75 anni ed oltre al 10,1% (range 14,0-7,8%). Le regioni che detengono, ormai da qualche tempo, il primato di regione più vecchia e più giovane d'Italia sono, rispettivamente, la Liguria e la Campania che in ragione di tale diversità demografica dovrebbero presentare una disuguale offerta di servizi, con conseguente diversa ripartizione del finanziamento in fase di programmazione.

Da osservare, è anche il rapporto tra generi che rileva una situazione a favore delle donne che hanno una sopravvivenza più elevata. Nel dettaglio, la quota di donne rappresenta, a livello nazionale, il 53,5% della popolazione di 65-74 anni e il 62,1% della popolazione over 75 anni.

Inoltre, ai fini della programmazione dei servizi territoriali socio-sanitari, fondamentale è anche l'analisi della popolazione anziana in nucleo monocomponente, cioè del-

la quota di persone anziane (over 65) che vivono sole sul totale della popolazione della stessa fascia di età. Questo segmento, che presenta un trend in aumento (27,8% del 2008 vs 28,1% del 2010), deve essere monitorato costantemente nel tempo poiché gli anziani che vivono da soli sono i maggiori utenti dei servizi. Anche in questo caso, a proposito del rapporto tra uomini e donne, si osserva uno sbilanciamento verso il genere femminile. Ciò può essere imputabile sia alla differenza di età fra i coniugi, sia alla più elevata mortalità maschile che rende le donne in coppia più a rischio di sperimentare l'evento vedovanza e di vivere sole nell'ultima parte della propria vita.

Fecondità

Gli indicatori esaminati sono il Tasso di fecondità totale (Tft), ossia il numero medio di figli per donna, l'età media delle madri al parto e l'incidenza dei nati da madre straniera. L'Italia è uno dei Paesi europei dove il livello di fecondità totale è tra i più contenuti. Nel 2011, il Tft (1,39 figli per donna) si mantiene su livelli prossimi a quelli registrati negli ultimi anni risultando inferiore al livello di sostituzione che garantirebbe il ricambio generazionale (circa 2,1 figli per donna). Il processo di ripresa della fecondità, quindi, iniziato dal 1995 e imputabile sia alla crescita dei livelli di fecondità delle over 30 anni sia all'apporto delle donne straniere, sembra arrestarsi.

In generale, il "recupero" delle donne più vicine alla fine dell'età fertile e il comportamento riproduttivo delle straniere hanno richiesto, in questi anni, un'attenzione specifica da parte dei servizi sanitari che hanno dovuto

adeguarsi alle esigenze della domanda con reparti, ad esempio, dedicati alla diagnosi perinatale, poiché all'avanzare dell'età aumentano i rischi per il nascituro, e con personale in grado di poter dialogare efficacemente con l'utenza straniera.

A livello territoriale, i valori più alti del Tft si registrano nel Settentrione, mentre le regioni del Sud e le Isole continuano a caratterizzarsi per una fecondità più contenuta. Nello specifico, i valori maggiori si registrano nella PA di Bolzano, nella PA di Trento e in Valle d'Aosta, dove tale indicatore è prossimo a 1,60 figli per donna. Le regioni in cui si registra un Tft particolarmente basso, invece, sono la Sardegna, il Molise e la Basilicata (rispettivamente, 1,14; 1,16 e 1,17 figli per donna).

Riguardo all'età media delle madri al parto, si evidenzia a livello nazionale un lieve aumento rispetto al 2008 (31,1 vs 31,4 anni). Da rilevare il comportamento registrato in Sardegna dove l'età media al parto è di circa 1 anno superiore a quella naziona-



PREFAZIONE

Medicina di genere: appropriatezza terapeutica e centralità del paziente

Walter Ricciardi

Direttore Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

Tiziana Sabetta

Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

Una serie ormai vasta di studi dimostra che la fisiologia degli uomini e delle donne è diversa e tale diversità influisce profondamente sul modo in cui una patologia si sviluppa e su come viene diagnosticata, curata e affrontata dal paziente. Per questo, sia chi lavora nel campo della salute (medici, ricercatori, aziende farmaceutiche) sia le Istituzioni pubbliche e le Società scientifiche, devono preoccuparsi che le risposte e le soluzioni siano sempre adeguate alle caratteristiche della persona, incluse quelle di genere.

Poiché, ad oggi, il concetto di “diversità tra generi” non è ancora considerato in misura soddisfacente in diversi ambiti della medicina e della farmacologia, l'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, in collaborazione con l'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, dal 2007 monitora, secondo criteri di scientificità, i principali indicatori riguardanti i bisogni di salute della donna per evidenziare le diverse esigenze dell'universo femminile in ambito clinico-epidemiologico e sanitario-assistenziale cercando, quindi, di non relegare gli interessi per la salute femminile ai soli aspetti specifici correlati alla riproduzione.

Riguardo alla salute materno-infantile, ricordiamo la Dichiarazione del Millennio delle Nazioni Unite approvata nel 2000 da 191 Capi di Stato e di Governo che hanno sottoscritto un patto a livello globale, tra

Paesi ricchi e Paesi poveri, per costruire un mondo più sicuro, più prospero e più equo per tutti. In questa Dichiarazione sono stati individuati otto obiettivi cruciali, tra cui “La salute delle mamme” che prevede la riduzione di tre quarti della mortalità materna, fra il 1990 e il 2015, ponendo attenzione alle complicanze, collegate alla gravidanza o al parto, che si potrebbero prevenire con un'assistenza appropriata.

In questa nuova edizione del Libro bianco, gli argomenti trattati riguardano i principali bisogni di salute della popolazione femminile e l'erogazione dei servizi di assistenza sanitaria.

Nello specifico, il volume è così strutturato: *Core Indicators*: in cui sono stati descritti gli aspetti essenziali della salute e dei servizi sanitari presenti nel nostro Paese; *Box*: focalizzati su alcune esperienze innovative sperimentate in singole realtà; *Approfondimenti*: in cui sono state trattate specifiche problematiche per prospettare possibili soluzioni. L'alta attendibilità delle analisi svolte, che ci ha permesso di evidenziare per ciascuna patologia o tematica di salute esaminata la situazione presente sul territorio italiano e di valutare l'offerta dei servizi, consente ai responsabili istituzionali del settore sanitario di pianificare e organizzare i servizi in relazione alle esigenze e alle richieste proprie del genere femminile. L'auspicio è che questo volume, oltre ad essere utile a tutti quelli che hanno responsabilità decisionali, serva anche a porre maggiormente l'attenzione sull'importanza della Medicina di genere volta a garantire ad ogni individuo, uomo o donna, l'appropriatezza terapeutica rafforzando ulteriormente il concetto di “centralità del paziente” nella ricerca e messa a punto di trattamenti efficaci e innovativi per la tutela della salute.

Segue da pagina 17

Un punto di riferimento per gli operatori del settore e per noi parlamentari Laura Bianconi

“

rare nelle strutture sanitarie, pubbliche e private accreditate, di altre regioni. Questo è, oltretutto, il principio su cui si basa in termini più ampi la sanità transfrontaliera, le cui peculiarità sono

quelle di garantire a qualunque cittadino europeo di potersi curare anche in uno Stato diverso dal suo. Il percorso non sarà semplice, ma anche qui si dovrà intervenire con apposite norme nazionali che ne delineino l'attuazione al fine di non pregiudicare nessuno, soprattutto le donne spesso molto più restie a farsi curare all'estero.

Rivedere la struttura del nostro sistema di salute nazionale significa anche ragionare in termini di garanzie paritarie da offrire alla donna per la prevenzione, l'assistenza e la cura.

Ho molto apprezzato che nell'edizione di quest'anno si è voluto dare ampio spazio alla trattazione sui fattori di rischio e stili di vita. Gli stili di vita condizionano fortemente il rischio di contrarre numerose malattie. Infatti, i fattori individuali e collettivi che influenzano lo stato di salute sono numerosi e spesso esercitano azioni che possono divenire evidenti solo dopo molto tempo e interagendo con altri fattori.

Uno di questi è, sicuramente, l'eccesso di peso che può comportare conseguenze patologiche di tipo cardiovascolare o a carico dell'apparato muscolo-scheletrico, ma forte è anche l'associazione fra obesità e diabete, ipertensione, cancro e malattie del fegato.

Da qui la necessità di promuovere azioni volte a favorire un costante esercizio fisico regolare che consenta, non solo di tonificare la massa muscolare alla quale le donne dovrebbero tenere maggiormente e di

migliorare l'umore e i livelli di autostima, ma di svolgere anche un ruolo protettivo, in particolare rispetto alle malattie cardiovascolari, osteoarticolari, cerebrovascolari e alle patologie del metabolismo. Non meno importante è l'alimentazione e qui voglio ricordare che la nostra cara dieta mediterranea da anni è uno dei patrimoni immateriali dell'Unesco!

Infine, un breve accenno ad altri due fenomeni che interagiscono negativamente con il nostro stile di vita: il fumo di tabacco e l'utilizzo sconsiderato delle bevande alcoliche.

Il fumo rappresenta uno dei maggiori fattori di rischio per le patologie di natura oncologica, ma anche di altra natura. Le differenze di genere, decisamente a svantaggio degli uomini, tendono a ridursi lentamente nel tempo, passando da 13,3 punti percentuali nel 2001 a 11,2 punti percentuali nel 2011, grazie a una lenta ma progressiva diminuzione della diffusione dell'abitudine al fumo tra gli uomini, a fronte di una stabilità tra le donne, dato questo sempre più allarmante.

La considerazione dell'alcol, invece, come fattore di rischio per la salute pone problemi ancora più complessi poiché non è acquisito un generale consenso sull'esistenza di un limite al di sotto del quale il consumo possa ritenersi innocuo per la salute. L'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione ha posto delle Linee Guida che indicano dei limiti specifici di consumo quotidiano per genere e per età oltre i quali il consumo di alcol rappresenta certamente un rischio.

Anche qui la lettura di genere è necessaria. Se, infatti, risultano gli uomini i maggiori consumatori di bevande alcoliche, i dati del 2011 ci danno queste percentuali in merito al loro uso: 25,0% di uomini vs il 7,1% di donne.

Tre aspetti, obesità, fumo e alcol, che influenzano le nostre aspettative di vita ed in modo assolutamente diverso in base al genere. Disomogeneità che si riscontra anche a livello territoriale, a svantaggio del Mezzogiorno dove si registra un numero maggiore di persone in eccesso di peso, più sedentarie e maggiori consumatori di fumo da tabacco e alcol.

Lo stile di vita è anche una vera e propria filosofia spesso influenzata dalle differenze sociali, indipendentemente dalla fascia di età e dal genere.

Per tutti questi motivi, diviene fondamentale un'azione congiunta tra Istituzioni, gruppi sociali, scuola e famiglia, volta a creare azioni concrete che possano invertire questa fotografia.

Ancora un grazie alla presidente Francesca Merzagora ed ai suoi validi collaboratori per questa nuova edizione del Libro bianco. ■

le, mentre la Sicilia è la regione con il valore più basso (30,6 anni).

Anche per quanto riguarda questa dimensione, il comportamento complessivo della popolazione femminile è influenzato dalle donne straniere residenti che presentano un'età media al parto (28,3 anni) inferiore a quella delle italiane (32,0 anni).

L'ultimo indicatore esaminato è l'incidenza dei nati da madri straniere che, a livello nazionale, evidenzia come il 18,4% degli iscritti in Anagrafe per nascita sia stato partorito da una donna straniera (+2,5 punti percentuali rispetto al 2008). Molto marcata è la variabilità a livello territoriale, poiché nelle regioni del Mezzogiorno la quota di nati da madri straniere è notevolmente più contenuta rispetto al Centro-Nord. Tale distribuzione ricalca, sostanzialmente, la dislocazione della popolazione straniera residente nel nostro Paese.

Stranieri in Italia

Dall'analisi dei dati aggiornati al 31 dicembre 2010 risulta che gli stranieri residenti in Italia superino i 4,5 milioni di unità e rappresentino il 7,5% della popolazione residente. Il trend di questo fenomeno appare in crescita se si considera che lo scorso anno il peso relativo della componente straniera sul totale dei residenti era pari al 7,0%, mentre nel 2008 al 6,5%. Inoltre, è possibile osservare un continuum Nord-Sud ed Isole, per cui la quota di stranieri residenti sul resto della popolazione è relativamente più alta nelle regioni settentrionali e centrali e più limitata nel resto del Paese.

Nello specifico, la quota di cittadini stranieri si attesta su valori più elevati soprattutto in Emilia-Romagna (11,3%), Umbria (11,0%), Lombardia (10,7%) e Veneto (10,2%), mentre è particolarmente contenuta in Puglia e Sardegna (pari merito 2,3%). Per quanto riguarda la presenza straniera per singolo Paese di cittadinanza e genere è emerso che i rumeni, gli albanesi e i marocchini costituiscono le tre popolazioni più numerose, sia per il genere maschile che femminile.

Incidenza della povertà

Nel 2011, la stima dell'incidenza di povertà relativa riferita alle famiglie, è pari all'11,1%, sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente. La stima dell'incidenza di povertà assoluta invece, presenta un andamento crescente (4,6% vs 5,2%) sia a livello nazionale, sia nelle singole ripartizioni geografiche. Evidente, per entrambi i tipi di povertà, è la maggior diffusione nel Mezzogiorno.

Stratificando i dati in base ad alcuni parametri quali, ad esempio, ampiezza della famiglia, tipologia familiare, presenza di minori e di anziani e classe di età, si rileva come le famiglie più coinvolte siano quelle più ampie (tre o più figli soprattutto se minorenni), mono genitoriali o costituite da anziani soli senza una storia lavorativa pregressa. Forte è anche l'associazione tra povertà, bassi livelli d'istruzione, bassi profili professionali ed esclusione dal mercato del lavoro. ■

SOPRAVVIVENZA E MORTALITÀ

**+5,1 anni a favore delle donne
ma il divario continua a ridursi**

■ **Permane il vantaggio femminile in termini di sopravvivenza ma complessivamente, nel periodo 2007-2011, la speranza di vita maschile è aumentata di 0,7 anni mentre quella femminile di 0,5 anni**

Speranza di vita alla nascita e a 65 anni

L'analisi dei dati riguardanti la speranza di vita alla nascita ha evidenziato che le donne, nell'anno 2011 (dati provvisori), possono aspettarsi di vivere, mediamente, 84,5 anni e gli uomini 79,4 anni. Si mantiene, quindi, il vantaggio femminile in termini di sopravvivenza, ma il divario continua a ridursi pur essendo ancora consistente (+5,1 anni a favore delle donne). Complessivamente, nel periodo 2007-2011, la speranza di vita maschile è aumentata di 0,7 anni, mentre quella femminile di 0,5 anni. A livello territoriale, si evidenzia una situazione con forti differenziali. Infatti, la distanza tra la regione più favorita e quella meno favorita è di 2,8 anni per entrambi i generi e, nello specifico, nella PA di Bolzano si registrano i valori più alti (uomini: 80,5 anni; donne: 85,8 anni), mentre in Campania quelli più bassi (uomini: 77,7 anni; donne: 83,0 anni). Analoga situazione di vantaggio femminile si riscontra per la speranza di vita a 65 anni. Sono sempre le donne, infatti, ad avere una più elevata aspettativa di vita (+3,5 anni) e possono prevedere di vivere ancora, mediamente, 21,9 anni, rispetto ai 18,4 anni degli uomini. Anche in questo caso, per entrambi i generi, la PA di Bolzano detiene il primato positivo (uomini: 19,2 anni; donne: 22,8 anni), mentre la Campania il negativo (uomini: 17,3 anni; donne: 20,6 anni). Inoltre, l'aumento della sopravvivenza, nell'arco temporale considerato (2007-2011), è sempre più marcato per gli uomini (uomini: +0,5 anni; donne: +0,3 anni).

Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane

In termini di speranza di vita senza limitazioni nelle at-

tività quotidiane, che esprime il numero medio di anni che una persona di 65 anni può aspettarsi di vivere senza subire limiti per problemi di salute, si è registrata, nel biennio 2009-2010, una lieve diminuzione per il genere maschile (-2,2%) ed un aumento per il genere femminile (+4,6%). Nello specifico, a livello nazionale, il numero medio di anni per gli uomini è passato da 9,2 a 9,0 anni, mentre per le donne i valori sono passati da 8,7 a 9,1 anni. Gli andamenti osservati a livello italiano per entrambi i generi, però, non si riscontrano in tutte le regioni. Il valore massimo di anni vissuti senza limitazioni nelle attività quotidiane, si registra per il genere maschile nella PA di Trento (13,2 anni) e per il genere femminile nella PA di Bolzano (13,7 anni), mentre i valori più bassi si osservano nel Meridione dove, ad eccezione della Sardegna per gli uomini e dell'Abruzzo per le donne, tutte le altre regioni presentano valori inferiori o uguali al dato nazionale.

Da evidenziare, infine, sono i dati registrati nel 2010, nella maggior parte delle regioni meridionali e centrali in cui il numero medio di anni vissuti in buona salute dalle donne, che hanno una speranza di vita maggiore, sono minori del corrispondente numero medio di anni vissuti dagli uomini.

Mortalità per età e causa

L'analisi del trend sulla mortalità complessiva ha evidenziato, nel periodo 2007-2009, un miglioramento per gli uomini (111,85 vs 109,41 per 10.000) e una situazione pressoché stabile per le donne (69,44 vs 69,31 per 10.000). Esaminando la mortalità per età (0-18, 19-64;

65-74 e 75 anni ed oltre), che permette di evidenziare i rischi di morte nelle diverse fasi della vita, si registra per gli uomini una riduzione in tutte le classi di età oggetto dello studio (dalla più giovane alla più anziana: -0,02, -0,83, -0,96 e -0,62), mentre per le donne gli effetti positivi che si registrano nelle prime tre classi di età (-0,02, -0,11 e -0,25) vengono quasi annullati a causa dell'aumento della mortalità, seppur lieve, nella classe di età più anziana (+0,26).

Esaminando, invece, nello specifico la mortalità per gruppi di cause ritenuti più rilevanti per ciascuna classe di età considerata, si osserva per il genere maschile un aumento per le malformazioni congenite e per le condizioni di origine perinatale nella classe 0-18 anni e per le malattie endocrine nella classe 75 anni ed oltre, mentre per il genere femminile gli incrementi si registrano per le condizioni di origine perinatale nella classe 0-18 anni e per le malattie del sistema respiratorio e le malattie endocrine nella classe più anziana. Nonostante questi incrementi, considerando l'insieme delle cause, per gli uomini la variazione del tasso di mortalità nell'arco temporale esaminato è negativa in tutte le classi di età oggetto dello studio. Analoga situazione si osserva anche per le donne, ad eccezione della classe di età 75 anni ed oltre in cui si registra una variazione positiva. ■

FATTORI DI RISCHIO E STILI DI VITA

Fumo, alcol ed eccesso ponderale

■ **La quota di fumatori è maggiore tra gli uomini ma si evidenzia una lieve diminuzione per entrambi i generi. Aumenta invece il binge drinking, soprattutto tra gli uomini. Sovrappeso ed obesità in aumento tra le donne, che rappresentano la quota maggiore di "pigre"**

Fumo di tabacco

Nel 2011, la quota di fumatori tra la popolazione di 15 anni ed oltre è maggiore tra gli uomini (28,72% vs 16,75%) e dal confronto con i dati del 2009 si evidenzia una lieve diminuzione per entrambi i generi (uomini -1,15 punti percentuali; donne -0,38 punti percentuali).

A livello territoriale la regione con i valori più alti per entrambi i generi è il Lazio (uomini 34,88%; donne 20,57%). I valori minori, invece, si osservano per gli uomini in Valle d'Aosta (18,91%) e per le donne in Calabria (12,23%).

Infine, riguardo alla diffusione del tabagismo per fasce di età si rileva una maggiore prevalenza di fumatori tra i giovani adulti (25-34 anni: 38,86%) e di fumatrici nella classe di età 45-54 anni (23,26%).

Alcol

Nel 2010, la prevalenza di consumatori a rischio presenta un notevole svantaggio maschile (25,4% vs 7,3%) e il consumo maggiore si registra, per gli uomini nel Settentrione e in alcune regioni centrali e meridionali (Molise valore più alto 43,8%), mentre per le donne nella maggior parte delle regioni del Nord (Valle d'Ao-

sta valore più alto 15,4%). Analoga differenza di genere si evidenzia anche considerando le tipologie di consumo a rischio, cioè il *binge drinking* (uomini: 16,6%; donne: 4,4%) e il consumo giornaliero eccedentario (uomini: 8,0%; donne: 1,3%). Rispetto al 2008 evidente è il considerevole aumento degli individui che concentrano in un'unica occasione l'assunzione di oltre 6 bicchieri di una qualsiasi bevanda alcolica (uomini: +41,9%; donne: +33,3%). Un aumento importante si registra anche per il consumo giornaliero eccedentario del genere maschile (+40,4%).

A livello territoriale, i valori più elevati di prevalenza per binge drinking si osservano in Molise per gli uomini (36,5%) e nella PA di Bolzano per le donne (12,4%), mentre i valori minori si riscontrano in Sicilia (10,0%) per il genere maschile e in Puglia (2,2%) per il genere femminile.

Sovrappeso, obesità e sedentarietà

Nel 2011, la prevalenza di persone di 18 anni ed oltre in condizione di sovrappeso e di obesità è maggiore tra gli uomini (sovrappeso 45,53%; obesità 10,69%) rispetto alle donne (sovrappeso 26,75%; obesità 9,37%).

Dal confronto con i dati del 2009 si evidenziano per il

ge-
nere

maschile un

lieve aumento per

il sovrappeso e una lieve diminuzione per l'obesità (sovrappeso +0,35 punti percentuali; obesità -0,58 punti percentuali), mentre per le donne si verifica la situazione opposta (sovrappeso -0,93 punti percentuali; obesità +0,06 punti percentuali). In generale, la quota di popolazione in condizione di sovrappeso o di obesità aumenta, progressivamente, per entrambi i generi all'aumentare dell'età, per poi diminuire lievemente negli anziani.

Riguardo alla sedentarietà, l'analisi di genere mostra delle forti differenze con le donne che rappresentano la quota maggiore di "pigre" (44,37% vs 34,98%).

A livello territoriale, la prevalenza di chi non svolge né uno sport né un'attività fisica aumenta man mano che si scende da Nord verso Sud, raggiungendo il valore massimo in Puglia (51,79%) per gli uomini e in Sicilia per le donne (64,36%), dove oltre la metà delle persone svolge una vita sedentaria. Infine, la quota di sedentari aumenta progressivamente con l'avanzare dell'età e rispetto ai dati dell'anno precedente (2010) si registrano valori in aumento per entrambi i generi (uomini: +4,42%; donne: +3,55%). ■



Prevenzione oncologica



Screening mammografico

I dati mostrano, nel 2010, un'estensione teorica a livello nazionale pari al 92%, indicando la percentuale di donne appartenenti alla popolazione obiettivo (50-69 anni) che vive in un'area in cui è attivo un programma di screening mammografico organizzato. Tale valore corrisponde a un'attivazione totale secondo i criteri europei, sebbene rispetto all'anno precedente si noti una lieve flessione attribuibile, principalmente, alle regioni del Sud e alle Isole. Quest'ultime si collocano intorno al 75%, interrompendo il trend in crescita registratosi negli anni precedenti e particolarmente evidente tra il 2008 e il 2009 (con un incremento pari a 9,0 punti percentuali). Nel Cen-

tro e nel Nord si conferma, invece, la piena estensione. Riguardo all'estensione effettiva, ossia la percentuale di popolazione target realmente oggetto d'invito, il dato nazionale del 2010 si attesta al 69% confermando le profonde differenze tra macroaree. A fronte di valori pari all'89% al Nord e al 77% al Centro, il Sud e le Isole rimangono ancora molto distanti collocandosi al 38% circa.

Screening per il cervicocarcinoma uterino

Nel 2010, l'estensione teorica dei programmi di screening organizzato per il carcinoma della cervice uterina, raggiunge l'80%, valore in lieve aumento rispetto all'anno precedente. A livello di macroaree, si osser-

HPV

I VACCINI OGGI DISPONIBILI SONO DUE

Il **bivalente**, che previene le infezioni da HPV 16 e 18, e il **quadrivalente**, che previene le infezioni da HPV 16, 18, 6 e 11, estendendo così la protezione verso i due sierotipi che sono responsabili della formazione dei condilomi genitali. I numerosi studi condotti sulla sicurezza e l'efficacia dei vaccini

documentano che, se somministrati quando la donna non è ancora entrata in contatto con il virus, gli stessi assicurano una protezione a lungo termine molto elevata (nella misura del 90-100%). Bisogna ricordare, però, che poiché circa il 30% dei tumori del collo dell'utero non è provocato da HPV 16 e 18, è fondamentale che le donne vaccinate eseguano comunque regolarmente il Pap-test

vano differenze meno marcate rispetto ad altri programmi di screening, con valori pari al 67% al Nord, al 97% al Centro e all'88% al Sud e nelle Isole. In generale, dal confronto dei dati nel periodo temporale 2000-2010, si osserva un incremento progressivo e costante con qualche eccezione, al Nord ed al Centro, negli anni tra il 2006 ed il 2009. Per l'estensione effettiva, il dato nazionale si attesta quasi al 61%, con risultati migliori al Centro (76%), rispetto al Nord (58%) e al Meridione (55%). Infine, la partecipazione all'invito, che costituisce un altro importante indicatore per misurare la performance dei programmi di screening, è pari al 39,8% delle donne contattate (39,3% nel 2009).

Vaccinazione anti-Human Papilloma Virus

■ **Sebbene l'Italia sia stata il primo Paese europeo a strutturare e avviare nel 2008 un'organica campagna di immunizzazione con offerta attiva e gratuita del vaccino ad una popolazione target (secondo le indicazioni date dal Ministero della Salute, ragazze preadolescenti nel 12° anno di vita), la copertura vaccinale è ancora estremamente disomogenea sul territorio.**

L'ultimo Rapporto pubblicato dall'Istituto Superiore di Sanità riguardante i dati raccolti dal Reparto di Epidemiologia di Malattie Infettive del Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS), incaricato del censimento semestrale della copertura vaccinale per regione, coorte di nascita e numero di dosi vaccinali somministrate, risale al 30 giugno 2012.

I dati raccolti evidenziano che è stata raggiunta una copertura del 70% per le tre dosi da 11 regioni per la coorte di nascita del 1997, da 9 e da 5, rispettivamente, per le coorti 1998 e 1999. L'obiettivo prefissato dall'Intesa Stato-Regioni del 20 di-

cembre 2007, che prevedeva il raggiungimento di una copertura del 95% con tre dosi di vaccino entro i 5 anni dall'inizio del programma di vaccinazione, è dunque ancora ben lontano.

Il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2012-2014, approvato nel marzo 2012, a fronte delle difficoltà incontrate nel perseguire tali risultati, ha posto come indicazione, da contestualizzare all'interno delle singole realtà regionali, il raggiungimento di coperture vaccinali per le tre dosi $\geq 70\%$, $\geq 80\%$ e $\geq 95\%$ nelle 12enni a partire, rispettivamente, dalle coorti di nascita 2001, 2002 e 2003. È dimostrato che il vaccino anti-HPV ga-

rantisce un'efficace protezione verso il 70% circa dei tumori del collo dell'utero. Allo stato attuale la copertura vaccinale raggiunta non risulta omogenea sull'intero territorio nazionale. Risulta, quindi, fondamentale promuovere e implementare programmi organici d'informazione per sensibilizzare le ragazze e, soprattutto i genitori sull'importanza cruciale del vaccino.

Strategico, in tale senso, il ruolo svolto da tutti gli operatori sanitari coinvolti (Pediatra di Libera Scelta, Medico di Medicina Generale, ginecologo, operatori dei centri vaccinali, ecc.), che rappresentano gli interlocutori diretti per gli utenti.

Tumori

■ **La prevalenza per tutti i tumori maligni è più elevata tra le donne, mentre la mortalità è maggiore tra gli uomini. Anche l'incidenza è più elevata per gli uomini, ma per le donne si osserva un aumento**

Prevalenza. Nel 2010, il tasso standardizzato di prevalenza di tutti i tumori maligni è più elevato tra le donne. Nello specifico, a livello nazionale, la prevalenza è pari a 2.757,94 (per 100.000) per il genere maschile e a 3.543,66 (per 100.000) per il genere femminile.

Considerando la distribuzione regionale, evidente è il gradiente Nord-Sud ed Isole a svantaggio del Settentrione. Infatti, i tassi più elevati si osservano al Nord (uomini Valle d'Aosta 3.425,61 per 100.000; donne Friuli Venezia Giulia 4.322,84 per 100.000), mentre i valori più bassi si registrano nel Meridione (Sicilia: uomini 1.789,53 per 100.000 e donne 2.080,70 per 100.000). Inoltre, dal confronto con i dati del 2007 si evidenzia un trend in aumento per entrambi i generi (uomini: +3,77%; don-

ne +6,41%).

Incidenza. Nel 2010, il tasso standardizzato d'incidenza di tutti i tumori maligni è più elevato tra gli uomini. Nello specifico, a livello nazionale, l'incidenza è pari a 429,19 (per 100.000) per il genere maschile e a 400,10 (per 100.000) per il genere femminile. Anche per l'incidenza, evidente è il gradiente Nord-Sud ed Isole a svantaggio delle regioni settentrionali. Per gli uomini, però, il valore più alto si osserva in Campania (523,06 per 100.000), mentre per le donne il tasso più elevato si registra in Friuli Venezia Giulia (473,02 per 100.000). I valori minori, invece, si rilevano, per entrambi i generi, nel Meridione (uomini: Calabria 360,10 per 100.000; donne Sicilia 284,21 per 100.000).

Da evidenziare, è l'andamento temporale dei tassi d'incidenza poiché, rispetto al 2007, si osserva un trend opposto tra i generi, che risulta in diminuzione per gli uomini (-3,65%) e lievemente in aumento per le donne (+1,15%).

Mortalità. Nel 2009, il tasso standardizzato di mortalità di tutti i tumori è per gli uomini, a livello nazionale, quasi il doppio (35,60 vs 19,39 per 100.000) e dal confronto con i dati del 2007 si evidenzia un trend in diminuzione più marcato per il genere maschile (-3,26% vs -1,07%). Evidente, anche per la mortalità, è il gradiente Nord-Sud ed Isole a svantaggio del Settentrione. Infatti, i tassi più elevati si osservano al Nord (Lombardia: uomini 39,56 per 100.000 e donne 21,60 per 100.000), mentre i valori più bassi si registrano nelle regioni meridionali (uomini Calabria 30,36 per 100.000; donne Molise 15,07 per 100.000).

Inoltre, in generale, i valori della mortalità tendono ad aumentare notevolmente al crescere dell'età raggiungendo il massimo nelle classi più anziane (65 anni ed oltre).

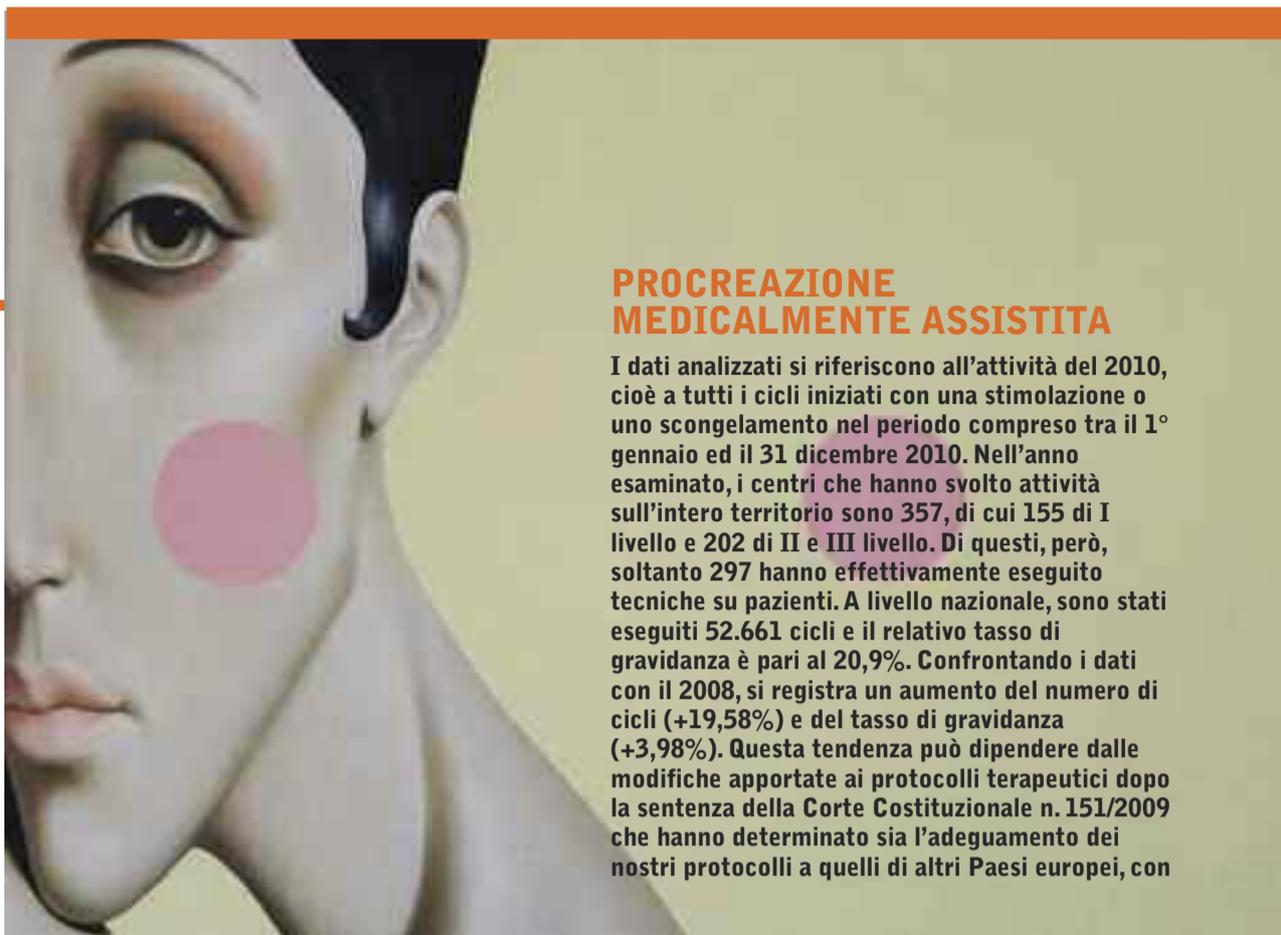
Malattie cardio e cerebrovascolari

■ Queste patologie rappresentano la causa principale di mortalità in quasi tutti gli Stati membri dell'Unione Europea, essendo state responsabili, nel 2010, del 36% delle morti. La mortalità per malattie ischemiche del cuore rappresenta da sola il 13% della mortalità generale negli Stati membri dell'UE. I dati italiani confermano, anche per il 2010, le marcate differenze di genere, con tassi di ospedalizzazione notevolmente superiori negli uomini

I dati sulle malattie ischemiche (ICD-9-CM 410-414) confermano, anche per il 2010, le marcate differenze di genere, con tassi di ospedalizzazione più che doppi negli uomini rispetto alle donne (dato nazionale 961,7 per 100.000 vs 341,1 per 100.000). A livello regionale, la Campania continua a essere la regione con i tassi più elevati per entrambi i generi (uomini: 1.301,6 per 100.000; donne: 468,6 per 100.000), seguita da Sicilia, Puglia e Calabria. Analizzando nello specifico l'Infarto Acuto del Miocardio (IMA) (ICD-9-CM 410), le donne confermano il loro vantaggio registrando dei tassi, a livello nazionale, notevolmente più bassi (rispettivamente, 144,6 per 100.000 vs 362,7 per 100.000). Nonostante il trend in diminuzione rispetto al 2008 però, è preoccupante la tendenza all'aumento dell'IMA particolarmente evidente per il genere femminile in Umbria, Sicilia e Calabria.

Nonostante il trend in diminuzione rispetto al 2008 però, è preoccupante la tendenza all'aumento dell'IMA particolarmente evidente per il genere femminile in Umbria, Sicilia e Calabria

Anche per le malattie cerebrovascolari (ICD-9-CM 430-438) si evidenziano, nel 2010, notevoli differenze di genere. Il tasso di ospedalizzazione negli uomini è superiore a quello delle donne quasi del 38% complessivamente, del 21% se si considera solo l'ictus ischemico (ICD-9-CM 434-437) e più del 53% per l'ictus emorragico (ICD-9-CM 430-432). Dal confronto dei dati con il 2008 si osserva una tendenza in aumento pari al 9,25% negli uomini e al 9,96% nelle donne. La Campania e la PA di Bolzano registrano i valori più elevati, nel complesso, per entrambi i generi cui segue, con riferimento alle sole donne, la Sicilia presentando anch'essa livelli alti di ospedalizzazione. Da segnalare, per quanto riguarda l'ictus ischemico, la notevole variabilità regionale soprattutto per il genere femminile, con un range compreso tra il valore minimo del Friuli Venezia Giulia (267,5 per 100.000) e il valore massimo della Campania (490,0 per 100.000). Passando all'analisi dei tassi di mortalità per le malattie ischemiche del cuore si osserva, nel 2009, come gli uomini siano più colpiti rispetto alle donne con valori quasi doppi (14,07 per 10.000 vs 7,79 per 10.000). Tale gap trova conferma anche a livello di singole regioni. Poiché i decessi per queste patologie avvengono prevalentemente in età elevata, la disaggregazione dei dati per classi di età può essere indicativa in un'ottica di pianificazione dei servizi socio-sanitari regionali. Dall'analisi si evince come gli over 75enni siano i più colpiti con una mortalità che passa da 3,09 (per 10.000) nella classe di età 45-54 anni a 114,53 (per 10.000) rispetto alle donne i cui valori, invece, passano da 0,55 (per 10.000) nella classe di età 45-54 anni a 87,52 (per 10.000). Tali differenze evidenziano come l'effetto dell'età sia più importante per il genere femminile.



PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

I dati analizzati si riferiscono all'attività del 2010, cioè a tutti i cicli iniziati con una stimolazione o uno scongelamento nel periodo compreso tra il 1° gennaio ed il 31 dicembre 2010. Nell'anno esaminato, i centri che hanno svolto attività sull'intero territorio sono 357, di cui 155 di I livello e 202 di II e III livello. Di questi, però, soltanto 297 hanno effettivamente eseguito tecniche su pazienti. A livello nazionale, sono stati eseguiti 52.661 cicli e il relativo tasso di gravidanza è pari al 20,9%. Confrontando i dati con il 2008, si registra un aumento del numero di cicli (+19,58%) e del tasso di gravidanza (+3,98%). Questa tendenza può dipendere dalle modifiche apportate ai protocolli terapeutici dopo la sentenza della Corte Costituzionale n. 151/2009 che hanno determinato sia l'adeguamento dei nostri protocolli a quelli di altri Paesi europei, con

Salute materno-infantile

Parti effettuati nei punti nascita

Uno dei temi di maggiore rilievo in questo settore sanitario riguarda il numero e il livello qualitativo dei punti nascita. Negli ultimi anni, in base ad analisi formulate da esperti e Istituzioni, è emersa l'esigenza di riorganizzare l'intera rete d'assistenza del percorso nascita. A tal proposito, l'Accordo (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 13 del 18 gennaio 2011) approvato dalla Conferenza Stato-Regioni prevede, tra le linee di azione riguardanti i punti nascita, la razionalizzazione/riduzione progressiva delle strutture con numero di parti <1.000 l'anno e il miglioramento degli aspetti strutturali e tecnologici delle strutture tramite la riorganizzazione delle Unità Operative di ostetricia, delle Unità Operative di pediatria/neonatologia e della Terapia Intensiva Neonatale. Secondo queste nuove disposizioni i punti nascita che assistono meno di 500 parti/anno scompariranno, mentre quelli tra 500-1.000 parti/anno saranno progressivamente accorpati. Di conseguenza, il parametro standard cui tendere è almeno 1.000 parti/anno e le strutture con numerosità inferiore, ma non sotto i 500 parti/anno, potranno essere previste solo in conformità a motivate valutazioni legate alla specificità dei bisogni reali delle aree geografiche interessate. La nuova organizzazione, pertanto, si articola su due livelli. Questo riassetto è stato progressivamente realizzato da Regioni e PA nel triennio 2010-2012. Poiché i dati disponibili riguardano il 2010, la descrizione dei punti nascita sul territorio nazionale considera la suddivisione in tre livelli (I livello almeno 500 parti, II livello almeno 800 parti, III livello almeno 1.000 parti), così come prevista dal DM del 24 aprile 2000 "Progetto Obiettivo Materno Infantile". In questo studio l'analisi dei dati è stata eseguita non considerando realtà regionali particolari come la Valle d'Aosta e la PA di Trento e Bolzano. Nel 2010, la rete di offerta dei punti nascita è diversamente distribuita sul territorio e i dati esaminati evidenziano che, a livello nazionale, il 7,37% dei parti (-19,01% rispetto al 2008) è avvenuto in punti nascita con un volume di attività <500 parti/anno. Per queste strutture, il cui numero di parti è ritenuto non soddisfacente a garantire uno standard qualitativo accettabile per le cure perinatali ospedaliere, i valori più alti si osservano in Molise (23,69%), Umbria (23,53%) e Sicilia (20,53%), mentre è stato escluso il dato dell'Umbria poiché non aderente alla realtà per motivi di copertura della rilevazione.

Considerando la classe di ampiezza >1.000 parti/anno, invece, le regioni in cui si registrano le percentuali maggiori sono l'Emilia-Romagna (92,68%), il Piemonte (88,43%) e il Veneto (87,24%), mentre i valori minori si osservano in Calabria (37,48%), Marche

(39,75%) e Sicilia (42,75%). Per gli altri punti nascita considerati risulta che, a livello nazionale, il 14,83% è eseguito in strutture dove si registrano 500-799 parti/anno e il 9,62% in strutture con un volume di attività 800-999 parti/anno. Infine, dalla lettura congiunta di tutte le classi di ampiezza si evince, in generale, un netto gradiente Nord-Sud a sfavore delle regioni meridionali.

Parti con Taglio Cesareo

Nel 2010, la percentuale di TC sul totale dei parti è pari, a livello nazionale, al 38,71%, con un range che varia da un minimo del 23,99% registrato in Friuli Venezia Giulia a un massimo del 61,72% registrato in Campania. Dal confronto con i dati del 2008 si registra una lieve diminuzione sia dei TC totali (-1,22%) che dei primari (-3,34%), mentre per i TC ripetuti si riscontra un valore in aumento (+3,88%). Evidente, per quanto riguarda i Tc totali, è la variabilità a livello regionale con valori tendenzialmente più alti e maggiori del dato italiano nel Lazio e nelle regioni meridionali. Il gradiente Nord-Sud, a svantaggio del Meridione, si osserva anche per i TC primari e secondari. In generale, in Italia il ricorso al TC ha raggiunto livelli molto elevati rispetto al valore di riferimento raccomandato dall'Oms (15-20%) e, nonostante una lieve riduzione registrata negli ultimi anni, non si è ancora evidenziata un'indicativa inversione di tendenza. Pertanto, fondamentale è la continua promozione, a livello regionale, aziendale e dei singoli professionisti, di strategie atte a limitare i Tc inappropriati.

Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale presenti nei punti nascita

Uno degli standard qualitativi, individuati dalle "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", è la presenza di un'Unità Operativa di Terapia Intensiva Neonatale (Uotin) all'interno delle strutture dove hanno luogo almeno 1.000 parti annui. Nel 2010, nei 528 punti nascita presenti sull'intero territorio le Uotin sono presenti in 124 strutture, di cui solo 102 collocate in punti nascita dove hanno luogo almeno 1.000 parti/annui. Delle restanti 22 Uotin ben 10, pari all'8,06%, sono collocate in punti nascita con meno di 800 parti/annui.

Questa distribuzione potrebbe determinare un'assistenza qualitativamente non adeguata ai neonati ad alto rischio di vita e un impiego inappropriato di risorse specialistiche e tecnologiche.



conseguente riduzione del fenomeno della "migrazione" delle coppie italiane, sia il miglioramento dell'efficacia, consentendo di fecondare un numero di ovociti maggiore di tre e di scegliere di trasferire quelli che hanno una probabilità più alta, da un punto di vista biologico, di generare una gravidanza. Dalla lettura dei dati, evidente è la variabilità regionale spiegabile dal ruolo accentratore che assumono alcune regioni. Nello specifico, tale ruolo è svolto dalla Lombardia e dall'Emilia-Romagna nel Nord, dal Lazio e dalla Toscana nel Centro e dalla Sicilia e dalla Campania nel Meridione. Importante è anche evidenziare che, considerando la distribuzione dei cicli iniziati secondo l'età delle pazienti stratificate in classi, le percentuali maggiori si osservano nelle fasce ≤ 34 e 35-39 anni.

A livello territoriale, le regioni con strutture dove si eseguono meno di 800 parti/annui, provviste di Uotin, sono il Veneto (1), la Liguria (1), la Toscana (1), il Lazio (2), l'Abruzzo (1), la Campania (2) e la Sicilia (2), mentre le regioni con strutture che eseguono 800-999 parti/annui, provviste di Uotin, sono il Piemonte (1), il Lazio (1), la Campania (5), la Calabria (1) e la Sicilia (4). Per quanto riguarda le Uotin presenti in punti nascita con più di 1.000 parti/annui, le uniche regioni prive di tali unità sono la Valle d'Aosta e la Basilicata.

GLI APPROFONDIMENTI DEL LIBRO BIANCO O.N.DA 2013

Depressione perinatale Claudio Mencacci, Roberta Anniverno

Malattie a trasmissione sessuale Rossella Nappi

Sclerosi multipla Giuliano Binetti

Riorganizzazione della rete dei punti nascita Rinaldo Zanini

Nascita pretermine Rinaldo Zanini

Gestione del dolore nelle donne Massimo Allegri, Cristina Minella

I costi della salute in ottica di genere

Diverse sono le Istituzioni che, a livello internazionale, chiedono e raccomandano che il determinante del "genere" sia tenuto in considerazione nella programmazione delle politiche sanitarie, quali l'Organizzazione delle Nazioni Unite, l'Unione Europea e l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Adottare un'ottica di genere in materia di salute permetterebbe, infatti, di prevedere e valutare le differenze in termini di outcome terapeutici riscontrate tra uomo e donna, oltre

che l'impatto di fattori socio-economici e culturali.

Vari studi hanno evidenziato tale problematica nella farmacologia, sia per quanto riguarda la farmacocinetica sia per la farmacodinamica. Una maggiore attenzione alla sicurezza dei farmaci trova giustificazione nel rischio di reazione avversa che nelle donne è quasi doppio (1,7 volte), con ripercussioni in termini assistenziali. Alle reazioni avverse, infatti, è imputabile un maggior numero di ricoveri ospedalieri (60% nelle donne) che incidono, in generale, sui costi del sistema sanitario. Pertanto, l'applicazione di una ricerca orientata al genere porterebbe alla liberazione di risorse da parte del Servizio Sanitario Nazionale, senza considerare anche i costi individuali e sociali associati a un rischio più elevato non solo di ospedalizzazione,

ma di mortalità conseguente a una reazione avversa. Difficile la stima in termini precisi del possibile risparmio per il Ssn se fosse applicata una medicina e farmacologia di genere. Gli studi presenti in letteratura si concentrano, soprattutto, sull'analisi dei costi indiretti relativi alla dimensione di appropriatezza del sistema. In particolare, è valutata soltanto la possibile perdita di produttività delle donne, sia di quelle attive nel mercato del lavoro, che di quelle che potrebbero trovare inserimento se fossero curate in modo appropriato. Un esempio evidente riguarda le malattie cardiovascolari, che sebbene colpiscano maggiormente gli uomini, negli ultimi anni hanno registrato una diminuzione più marcata nel genere maschile. Promuovere un'ottica di genere consentirebbe, quindi, di diminuire gli errori nella prescrizione delle cure, di aumentare la sicurezza dei trattamenti farmacologici e di assicurare un'adeguata appropriatezza terapeutica generando, così, un risparmio per il Ssn.

Walter Ricciardi*

Direttore Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

CONCLUSIONI

Cosa emerge dalla lettura degli indicatori "al femminile"

Per mantenere alta l'attenzione da parte della comunità scientifica e di tutte le Istituzioni che si occupano di sanità, è stata pubblicato il nuovo Libro bianco *La salute della donna. Stato di salute e assistenza nelle regioni italiane*, con la consapevolezza che il "genere" è un parametro fondamentale nell'attività clinica e nella programmazione sanitaria per la realizzazione di una salute a misura di donna e di una medicina personalizzata. Infatti, la Medicina di genere, se promossa e applicata correttamente, consentirebbe di diminuire gli errori nella prescrizione delle cure, di aumentare la sicurezza dei trattamenti farmacologici e di assicurare un'adeguata appropriatezza terapeutica.

Il quadro che emerge dall'analisi dei dati evidenzia una condizione di benessere fisico complessivamente buona della popolazione femminile, ma rileva l'urgenza sia di promuovere campagne preventive più mirate e politiche socio-sanitarie in grado di assicurare il mantenimento e il miglioramento delle generali condizioni di salute, sia di favorire il potenziamento e/o l'adeguamento dell'offerta dei servizi, spesso insufficienti e poco rispondenti alle esigenze dell'utenza.

Partendo da un esame di contesto della popolazione in toto, sono stati analizzati una serie di indicatori "al femminile" la cui lettura trasversale ci ha permesso di evidenziare la situazione presente nel nostro Paese.

Dall'analisi dei dati è emerso, principalmente, quanto segue:

- la **quota dei giovani** sul totale della popolazione è contenuta, mentre il peso dei cittadini anziani e molto anziani è consistente;
- nelle età più avanzate si osserva uno sbilanciamento a favore delle donne;
- il **Tasso di fecondità** totale si mantiene su livelli prossimi a quelli registrati negli ultimi anni, ma resta inferiore al livello di sostituzione che garantirebbe il ricambio generazionale;
- l'incidenza della **povertà assoluta** riferita alle famiglie è in aumento;

- l'**aspettativa di vita** è a vantaggio del genere femminile, ma il divario, in "anni di vita guadagnati", continua a ridursi pur essendo ancora consistente;
- le donne vivono un **numero di anni** minore in **buona salute** pur avendo una speranza di vita maggiore;
- la **mortalità complessiva** è stabile per le donne e in diminuzione per gli uomini;
- la **quota di fumatori** è maggiore tra gli uomini, ma si evidenzia una lieve diminuzione per entrambi i generi;
- tra le tipologie di consumo a rischio di **alcol** il *binge drinking* è in aumento, soprattutto per gli uomini;
- entrambe le condizioni di **ecceso ponderale**, sovrappeso e obesità, sono in aumento per il genere femminile;
- le donne rappresentano la quota maggiore di "pigre";
- la **prevenzione oncologica** si è sviluppata molto nell'ambito dell'attività degli screening organizzati ed è migliorata quasi ovunque, anche se il gradiente tra Sud ed Isole, Centro e Nord persiste;
- la prevalenza per tutti i **tumori maligni** è più elevata tra le donne, mentre la mortalità è maggiore tra gli uomini. Anche l'incidenza è più elevata per gli uomini, ma per le donne si osserva un aumento;
- il tasso di ospedalizzazione per **disturbi psichici** da abuso di droghe è maggiore per gli uomini, ma in aumento per il genere femminile soprattutto nella classe di età 45-54 anni;
- la **mortalità per suicidio** aumenta con l'avanzare dell'età a svantaggio del genere maschile;
- il ricorso al **Taglio Cesareo** ha raggiunto livelli molto elevati e, nonostante una lieve riduzione registrata negli ultimi anni, non si è ancora evidenziata un'indicativa inversione di tendenza. I valori più alti si registrano nel Meridione, in particolare in Campania;
- il numero di cicli e il tasso di gravidanza con la **Procreazione Medicalmente Assistita** sono in aumento;
- la quota di consumo di farmaci è significativamente più alta per le donne;
- la componente femminile che lavora nel **settore sanitario** è cospicua.

Importante è anche la parte dedicata agli Approfondimenti e ai Box, nei quali sono state trattate problematiche e patologie tipicamente femminili o che si manifestano più frequentemente nelle donne, e le sezioni dedicate alla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e all'accesso all'innovazione farmaceutica. Riguardo a quest'ultima, evidente è la disomogeneità sul territorio che si riscontra, oltre che nell'applicazione del ticket, anche nelle modalità e nei tempi di adozione dei farmaci innovativi che variano in relazione alla regione di appartenenza, con significative conseguenze sull'equità. Il settore industriale farmaceutico sta investendo grossi capitali nella ricerca di tali farmaci che, determinando un'espansione della spesa, destano preoccupazione circa la sostenibilità dell'assistenza farmaceutica da parte del servizio pubblico. Riguardo alla sostenibilità del Ssn, invece, si manifesta la necessità di attuare profonde riforme di natura politica, economica e organizzativa finalizzate a migliorare l'efficienza del sistema e a impedire che questo imploda a causa delle innumerevoli criticità ancora irrisolte. Solo così sarà possibile difendere il livello di assistenza universalistica, introdotto nel 1978 con la nascita del Ssn. **In considerazione dei risultati emersi** e per non vanificare gli apprezzabili guadagni ottenuti in termini di salute e ridurre i differenziali territoriali che ancora persistono nel settore sanitario, l'obiettivo di questo Report è di continuare a evidenziare le aree d'intervento dove è necessario implementare e concentrare maggiormente l'attenzione per raggiungere livelli di assistenza più soddisfacenti nell'ottica, ovviamente, della Medicina di genere e di trasferire i risultati della ricerca ai responsabili istituzionali. Per raggiungere tali finalità, sarebbero indispensabili un miglior coordinamento delle politiche a livello nazionale, regionale e locale, una più corretta pianificazione e allocazione delle risorse, specialmente in questo periodo di crisi finanziaria globale e di ridimensionamento della spesa pubblica, ma soprattutto un maggior coinvolgimento delle donne affinché possano consapevolmente comprendere meglio le problematiche che le riguardano. ■

Pier Francesco Tropea

Gli aspetti controversi della tematica in oggetto vertono tuttora, da un lato, sulla legittimità da parte della gestante di partorire per via addominale, a prescindere da qualsiasi motivazione tecnica, e dall'altro sulla possibilità per il medico di procedere ad un intervento al di fuori di una reale indicazione medica. Su espresso invito del Prof. Schlaeder di Strasburgo, in qualità di Presidente dell'Upigo, il sottoscritto ha illustrato la posizione attuale della giurisprudenza italiana, basata essenzialmente sul dettato costituzionale che conferisce alla persona piena autonomia decisionale in ordine alla propria salute e segnatamente alla donna il diritto di liberamente disporre della propria vita riproduttiva. Sul piano strettamente medico-legale i motivi che legittimano il ginecologo ad accedere alla richiesta della donna sono i seguenti:

- 1. il superamento** del contrasto con il dettato dell'art. 5 c.c. (che sanziona l'indisponibilità del soggetto di poter disporre del proprio corpo quando si cagioni una lesione organica permanente), tenendo conto del fatto che il taglio cesareo, in quanto intervento non demolitivo, provoca una lesione solo temporanea del corpo del soggetto operato.
- 2. La finalità** terapeutica consistente nel ripristino della salute fisica e psichica della donna, così come previsto dal dettato del Codice deontologico medico.
- 3. La possibilità** che il ginecolo-

Il cesareo su richiesta senza indicazione medica: è una procedura legittima?

La richiesta della gestante di essere sottoposta a taglio cesareo in assenza di una indicazione ostetrica risulta in costante aumento negli ultimi anni e figura nelle casistiche più accreditate in un 10% del totale dei cesarei. Il problema non è circoscritto all'Italia, ma interessa tutta l'Europa, tanto da aver indotto l'Unione Internazionale dei Ginecologi ad includerlo come tema di trattazione all'Assemblea Upigo che si è svolta in Germania, a Wiesbaden, dal 4 al 6 ottobre 2013

go, non aderendo alla richiesta della gestante possa essere chiamato a rispondere di rifiuto di atti d'ufficio ex art. 328 c.p..

Tuttavia, nel caso in cui la richiesta del cesareo muova dal timore della gestante di un rischio fetale connesso con il travaglio di parto, il ginecologo ha l'obbligo di fornire ampie garanzie circa l'attuazione di un monitoraggio accurato del benessere fetale; inoltre, nel caso in cui la gestan-

te voglia evitare il dolore del travaglio stesso, il ginecologo dovrà garantire alla donna la possibilità di un'anestesia spinale, provvedendo, ove sia impossibile in loco il ricorso a tale procedura, a trasferire la gestante stessa in ambiente ospedaliero all'uopo attrezzato.

Cosa emerge dal confronto europeo

Il Prof. Jean-Jacques Baldauf di Strasburgo ha delineato le Linee

guida attuate in Francia, Paese notoriamente molto vicino all'Italia per cultura medica e giuridica, in tali evenienze, che possono essere sintetizzate nelle seguenti proposizioni:

- informare con precisi dati statistici la gestante del maggior rischio, in termini di morbilità e mortalità materna, legato al taglio cesareo in confronto al parto vaginale, ivi compreso il rischio anestesiológico.
- portare a conoscenza della gestante

stante la maggiore incidenza della patologia placentare (placenta previa e placenta accreta) nelle gravidanze successive in donne già cesarizzate, con rischio consistente di complicanze emorragiche;

- evidenziare la maggiore frequenza del distress respiratorio nei neonati da taglio cesareo rispetto a quelli nati da parto vaginale.

Pertanto, sulla scorta degli elementi suddetti, scaturiti da un'analisi della tematica in oggetto derivante da un confronto in sede europea, appare evidente che, a fronte di una sempre maggiore richiesta della donna di partorire per via cesarea, il ginecologo possa rispondere positivamente a tale domanda purché ottenga preventivamente un ampio consenso della gestante, conseguente ad una completa e puntuale informazione da parte del medico stesso concernente i maggiori rischi e le complicanze anche future di tale procedura chirurgica, a fronte di un parto espletato per via vaginale.

È utile sottolineare che il ginecologo destinatario di una richiesta immotivata di cesareo può rifiutarsi di accedere a tale richiesta, se non rispondente ai propri convincimenti scientifici, a condizione che garantisca alla gestante l'accesso alternativo ad una struttura sanitaria o ad un ginecologo che siano in grado di soddisfare il desiderio della donna di partorire per via addominale sulla base di un'autonomia decisionale del soggetto interessato, riconosciuta come diritto costituzionalmente garantito. **Y**

Laerdal porta la simulazione medica in Ostetricia

La simulazione è parte integrante della formazione degli operatori sanitari. È accettata e riconosciuta come approccio fondamentale per contribuire a migliorare la sicurezza del paziente e la riduzione del rischio clinico.



In ostetricia, diversi lavori scientifici hanno dimostrato che un addestramento integrato con la simulazione è associato ad un miglioramento del lavoro clinico, all'affinamento della risposta individuale e di squadra alle situazioni critiche che si possono presentare durante il travaglio e il parto.



SimMom

Simulatore avanzato di parto madre-bimbo

Per simulare svariate situazioni di parto, gestione del travaglio, parto e post-partum. Permette l'addestramento di team multidisciplinari grazie al monitoraggio dei parametri vitali sia della madre, sia del bambino e per simulare scenari complessi.



PROMPT

Trainer simulazione parto

Trainer anatomicamente realistico per esercitarsi sulla gestione di possibili complicanze (es. distocia di spalla) ed eventi rari (parto podalico). Completo di misuratore di forza per valutare le trazioni da esercitare durante l'assistenza al parto.



Mama Natalie

KIT simulazione parto e gestione comunicazione con il paziente

Kit di simulazione che si allaccia all'istruttore. Controlla manualmente il sanguinamento e la condizione dell'utero, la dilatazione della cervice, la posizione del bambino, l'espulsione della placenta e l'emissione di suoni cardiaci fetali.

AOGOI CAMPANIA

Una Task Force Aogoi-Sin per agevolare il processo di modernizzazione dei Punti Nascita

Davide De Vita
Segretario regionale AOGOI

Il segretario regionale Aogoi della Campania, **Davide De Vita** e il segretario provinciale **Paolo Puggina** hanno organizzato a Napoli, l'8 novembre scorso, un importante incontro che ha riunito i centri campani di ostetricia e neonatologia muniti di TIN per discutere delle attuali problematiche dei trasferimenti intrauterini e delle gravidanze a rischio. Tra i vari temi discussi, un **progetto di studio** sull'epidemiologia e l'incidenza delle anomalie placentari nel territorio campano, a cui hanno aderito le U.O. di Ostetricia Ginecologia più accreditate. Nel corso della riunione, che è stata ricca di molti spunti e proposte da parte sia degli ostetrici che dei neonatologi, si sono poste le basi per una futura collaborazione scientifica tra l'Aogoi e la Società Italiana di Neonatologia (Sin), programmata con degli incontri periodici (almeno 2 all'anno), in cui discutere di progetti scientifici e protocolli di intesa nell'ambito delle gravidanze a rischio, tra cui le anomalie placentari, i trasfe-

È uno degli ambiziosi progetti discussi nell'incontro che ha riunito i centri campani di ostetricia e neonatologia muniti di TIN per affrontare le attuali problematiche dei trasferimenti intrauterini e delle gravidanze a rischio



rimenti intrauterini e il risk management. Tale proposta di collaborazione attiva, scientifica e non solo, tra neonatologi e ginecologi, si concretizzerà creando una vera "Task Force" tra referenti regionali e provinciali dell'Aogoi e della Sin, con il fine di agevolare il processo di modernizzazione dei Punti Na-

scita e di risolvere le criticità ad essi correlate (trasferimenti, linee guida etc.). Per sottolineare l'ambizione di tale progetto, le prime 2 sessioni che apriranno il prossimo congresso regionale Aogoi Campania saranno proprio **"Protocolli di intesa ginecologi neonatologi e Management delle anomalie placentari"**.

È emersa la necessità di puntare l'attenzione sulle pazienti con anomalie placentari, provenienti dalla periferia e da territori lontani dai centri di riferimento, essendo particolarmente a rischio di complicanze materno-neonatali; proponendo per tale popolazione un percorso privilegiato e pre-costituito, mediante la creazione di una rete che possa partire direttamente dai medici che hanno in cura la paziente. La paziente con tale patologia verrebbe edotta dei suoi rischi ma-

terno-neonatali, messa a conoscenza dell'evenienza di un parto in strutture di riferimento, con cui verrebbe messa in contatto. Tale percorso andrebbe sicuramente ampliato ai centri di Pma, che saranno tenuti ad attivare tale percorso per le gravidanze trigemine e per altre patologie a rischio materno. Oltre che sui trasferimenti delle pazienti con anomalie placentari gravi sintomatiche (placenta previa centrale, placenta accreta, vasa previa), si è discusso anche sulla durata del ricovero, che quasi sempre risulta lunghissima quasi interminabile, di difficile gestione da parte dei sanitari, che non riescono a dimettere le pazienti per timore medico legale. In effetti, viste le altissime possibilità di emorragia, chi ci può garantire il controllo del benessere materno-fetale nell'immediato futuro, chi ci tutelerebbe qualora la paziente e il suo neonato avessero delle complicanze? Alcuni centri sono riusciti ad eseguire una dimissione "sicura" in tali pazienti, per cui la nostra discussione è stata quella di verificare se tale atteggiamento possa realmente essere "sicuro" non solo per la paziente, ma anche per il sanitario e qualora si riscontrassero i requisiti, di proporre e includere tale atteggiamento clinico nel nostro percorso assistenziale.

Si è discusso anche dei centri di primo livello, fino a che punto essi siano in grado di poter affrontare una gravidanza a rischio prima di trasferirla. Molta titubanza è emersa sulle attuali modalità di trasferimento delle gravidanze a rischio attraverso il 118, che molto spesso appaiono indaginose e poco fluide. In questa fase ci è sembrato utile, non certamente con l'intento di sostituirci all'attuale 118, di creare un accordo, momentaneamente ver-

bale, tra i colleghi presenti ad essere disponibili ad attivarsi personalmente in caso di eventuali trasferimenti, comunicando in tempo reale la disponibilità dei posti letto di entrambe le U.O. di Ostetricia e della TIN del centro ricevente. Tale disponibilità si è messa immediatamente in atto, creando un elenco con tutti i numeri dei reparti dei centri presenti, pronto per l'evenienza. Si è discusso anche di ristabilire a quale epoca gestazionale sia necessario trasferire una gravida con minaccia di parto pretermine e/o rottura prematura delle membrane non complicate, utilizzando criteri scientifici meno rigidi, per cercare di non affollare ingiustificatamente i centri muniti di TIN. Nel corso della riunione i neonatologi si sono mostrati molto interessati a collaborare al progetto epidemiologico delle anomalie placentari, per poter dare il loro contributo sui dati inerenti l'outcome dei neonati nati da tali pazienti. Inoltre, hanno espresso la necessità di aprire un dibattito con noi ginecologi e con le ostetriche in merito ai vantaggi e all'utilità del clampaggio tardivo e della spremitura del cordone ombelicale alla nascita, ponendo quindi le basi per un approfondimento scientifico su tale argomento.

Un incontro informale e amichevole, con l'obiettivo di discutere i dati raccolti per lo studio campano sulla placenta previa, è divenuta occasione per una futura collaborazione con i neonatologi nell'intento di definire una rete, sempre amichevole e non istituzionale e burocratizzata, dei centri dotati di TIN finalizzata a risolvere i problemi di sovrappollamento che spesso viviamo con secondaria sofferenza della buona pratica clinica. **Y**

CORSO DI CHIRURGIA INTENSIVA NELLE PATOLOGIE GINECOLOGICHE ONCOLOGICHE IN FASE AVANZATA Centro di Riferimento Oncologico CRO Aviano, 24-27 marzo 2014

La 12° edizione del Corso, tenuto da Giorgio Giorda, direttore della Divisione di Oncologia Chirurgica Ginecologica del CRO di Aviano, coadiuvato da Elio Campagnutta, comprende una parte pratica di sala operatoria al mattino e una teorica pomeridiana. Per scelta, il trattamento chirurgico presentato durante il Corso sarà espressamente di tipo laparotomico, sia per la maggiore esperienza derivata dalla Scuola di Carlo Scarabelli, sia per evidenziare e risolvere anche in modo efficace e didattico le eventuali complicanze di organi delle vie urinarie o digestive, non infrequenti in tale tipo di trattamento chirurgico radicale. Verranno illustrate tecniche di isterectomie radicali, eviscerazioni pelviche, di resezioni di tratti intestinali, di chirurgia a livello diaframmatico, di chirurgia urologica o vascolare di necessità e di ogni altra tecnica tesa al

raggiungimento dell'asportazione di ogni massa neoplastica visibile. Nelle sedute pomeridiane, verranno affrontati gli argomenti più importanti della ginecologia oncologica con discussione interattiva insieme ai partecipanti al Corso.

Gli argomenti che verranno trattati riguardano prevalentemente:

- le problematiche del carcinoma ovarico, con attenzione particolare a tutte le novità attualmente presenti nel campo diagnostico, biologico molecolare, chemioterapico e soprattutto nel trattamento integrato di tale neoplasia. La validità della chirurgia radicale e il nuovo ruolo che sta assumendo la "chirurgia di intervallo", nei casi nei quali è preferibile eseguire alcuni cicli chemioterapici prima di sottoporre la paziente a trattamento chirurgico, sono argomenti di estrema attualità

e per i quali è opportuna una serrata discussione tra discente e medici corsisti.

- Il trattamento del carcinoma del collo uterino, dalle forme iniziali fino a quelle avanzate. L'integrazione chemio-chirurgica, radio-chemio-chirurgica (radioterapia intraoperatoria - IORT) e le tecniche operatorie modulate saranno ampiamente discusse.

Una attenzione specifica verrà dedicata alla chirurgia radicale del carcinoma della cervice uterina mediante la tecnica "nerve sparing", che permette di associare alla completezza dell'intervento chirurgico una riduzione o eliminazione di danni a strutture nervose, permettendo la conservazione della integrità funzionale a donne spesso giovani, con la garanzia di una qualità di vita ottimale.

- Verranno discusse le varie modalità chirurgiche per il carcinoma dell'endometrio; un "focus" sarà dedicato al trattamento chirurgico delle recidive addomino-pelviche di tale tumore che è uno dei punti di maggior forza numerica e di esperienza nel nostro Reparto.
- Particolare rilievo verrà dato al ruolo sempre più moderno ed innovativo della chemioterapia nelle neoplasie ginecologiche; tra queste il carcinoma ovarico è quello che più trae beneficio dall'associazione chirurgia-chemioterapia. Verranno discusse le varie formulazioni chemioterapiche, sia nelle forme non precedentemente trattate, sia nei casi nei quali la malattia si ripresenta a distanza di tempo. Anche riguardo al carcinoma del collo dell'utero e dell'endometrio, verrà illustrato l'eventuale ruolo

- complementare della chemioterapia al trattamento chirurgico.
- Di particolare interesse la discussione sui nuovi "farmaci intelligenti", che, con la loro azione sempre più mirata sul bersaglio tumore, sembrano aprire orizzonti di speranza in termini di sopravvivenza e qualità di vita per le pazienti affette da tumore ginecologico e in particolar modo da cancro ovarico. Un radioterapista dedicato affronterà tutte le problematiche relative a tale tipo di trattamento.

In autunno in data, ancora da definire, si terrà l'edizione autunnale del Corso.

Per informazioni relative al Corso:
Maria D'Andrea
Tel. 0434-659888
mariadandrea@cro.it

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO ellaOne

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE ellaOne 30 mg compressa **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Ogni compressa contiene 30 mg di ulipristal acetato. Eccipienti con **effetti noti**: ogni compressa contiene 237 mg di lattosio monoidrato. Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere paragrafo 6.1. **3. FORMA FARMACEUTICA** Compressa Compressa rotonda ricurva di colore bianco-biancastro, con il codice "*ella*" impresso su entrambi i lati. **4. INFORMAZIONI CLINICHE** **4.1 Indicazioni terapeutiche** Contraccettivo d'emergenza da assumersi entro 120 ore (5 giorni) da un rapporto sessuale non protetto o dal fallimento di altro metodo contraccettivo. **4.2 Posologia e modalità di somministrazione** Il trattamento consiste in una compressa da prendere per bocca quanto prima possibile e comunque non oltre 120 ore (5 giorni) da un rapporto sessuale non protetto o dal fallimento di un altro metodo contraccettivo. La compressa può essere assunta a stomaco pieno o vuoto. In caso di vomito entro 3 ore dall'assunzione di ellaOne è necessario assumere una seconda compressa. Si può assumere ellaOne in qualsiasi momento durante il ciclo mestruale. Prima della somministrazione di ellaOne va esclusa l'esistenza di una gravidanza. **Insufficienza renale o epatica**: in assenza di studi specifici, non è possibile fare raccomandazioni specifiche per quanto riguarda la dose di ellaOne. **Insufficienza epatica grave**: in assenza di studi specifici, l'uso di ellaOne non è raccomandato. **Bambini e adolescenti**: un numero ristretto di donne di età inferiore ai 18 anni è stato sottoposto a studi clinici con ellaOne. **4.3 Controindicazioni** Ipersensibilità al principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti elencati al paragrafo 6.1. Gravidanza. **4.4 Avvertenze speciali e precauzioni di impiego** L'assunzione in concomitanza con un contraccettivo di emergenza contenente levonorgestrel è sconsigliata (vedere paragrafo 4.5). Si sconsiglia l'uso di ellaOne in donne con asma grave non adeguatamente controllata da glucocorticoidi per via orale. La contraccezione d'emergenza con ellaOne è un metodo occasionale, che non deve mai sostituire l'uso di un metodo anticoncezionale regolare. In ogni caso è opportuno consigliare alle pazienti il ricorso a un metodo contraccettivo regolare. Anche se l'uso continuo di un contraccettivo ormonale regolare non è controindicato in caso di assunzione di ellaOne, quest'ultimo può ridurre l'efficacia contraccettiva (vedere paragrafo 4.5). Dopo una contraccezione d'emergenza, si raccomanda quindi che i successivi rapporti sessuali siano protetti da un affidabile metodo contraccettivo di barriera fino alla comparsa della successiva mestruazione. Se una paziente desidera iniziare ad utilizzare un contraccettivo ormonale come metodo anticoncezionale regolare, potrà farlo immediatamente dopo l'assunzione di ellaOne, ma dovrà impiegare un affidabile metodo contraccettivo di barriera fino alla comparsa della successiva mestruazione. La somministrazione ripetuta di ellaOne durante uno stesso ciclo mestruale non è consigliabile, dal momento che la sicurezza e l'efficacia di ellaOne in queste circostanze non sono state ancora studiate. La contraccezione d'emergenza con ellaOne non è sempre efficace nel prevenire la gravidanza. Non vi sono dati disponibili sull'efficacia di ellaOne in donne che hanno avuto rapporti sessuali non protetti più di 120 ore prima dell'assunzione di ellaOne. In caso di dubbio o in caso di ritardo nella comparsa delle mestruazioni di oltre 7 giorni, di sanguinamento anomalo alla data attesa della mestruazione o di manifestazione di sintomi della gravidanza, l'eventuale gravidanza deve essere esclusa con un test di gravidanza. Qualora si instauri una gravidanza dopo il trattamento con ellaOne, occorre considerare, come in ogni gravidanza, la possibilità di gravidanza extrauterina. La gravidanza extrauterina può proseguire nonostante il manifestarsi di sanguinamento uterino. Dopo l'assunzione di ellaOne, la mestruazione può presentarsi in anticipo o in ritardo di alcuni giorni rispetto al previsto. Nel 7% circa delle donne, le mestruazioni si sono presentate con un anticipo di oltre 7 giorni rispetto alla data attesa. Nel 18,5% delle donne si è registrato un ritardo di più di 7 giorni, mentre nel 4% delle pazienti il ritardo ha superato i 20 giorni. Questo medicinale contiene lattosio monoidrato. Le pazienti con rari problemi ereditari di intolleranza al galattosio, deficit di Lapp lattasi o malassorbimento di glucosio-galattosio non devono assumere questo farmaco. L'uso concomitante di ellaOne con farmaci induttori di CYP3A4 non è raccomandato a causa della loro interazione (ad es. rifampicina, fenitoina, fenobarbital, carbamazepina, efavirenz, fosfenitoina, nevirapina, oxcarbazepina, primidone, rifabutina, erba di San Giovanni/*Hypericum perforatum* e uso a lungo termine di ritonavir). L'uso concomitante di ulipristal acetato e di un metodo contraccettivo d'emergenza contenente levonorgestrel è sconsigliato (vedere paragrafo 4.5). **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione** **Potenziale capacità da parte di altri farmaci di interferire con ulipristal acetato**: Ulipristal acetato è metabolizzato da CYP3A4 *in vitro*. - *Inibitori di CYP3A4* Risultati *in vivo* hanno dimostrato che la somministrazione concomitante di ulipristal acetato con un inibitore potente e un inibitore moderato di CYP3A4 aumenta C_{max} e AUC di ulipristal acetato fino ad un massimo di 2 e 5,9 volte, rispettivamente. È improbabile che gli effetti degli inibitori di CYP3A4 abbiano conseguenze cliniche. L'inibitore di CYP3A4 ritonavir può avere anche un effetto di induzione su CYP3A4 se viene usato per un periodo prolungato. In tali casi, ritonavir potrebbe ridurre le concentrazioni plasmatiche di ulipristal acetato. L'uso concomitante di questi medicinali è quindi sconsigliato (vedere paragrafo 4.4). L'induzione dell'enzima si esaurisce lentamente e gli effetti sulla concentrazione plasmatica di ulipristal acetato possono manifestarsi anche se la donna ha smesso di assumere un induttore dell'enzima da 2-3 settimane. - *Induttori di CYP3A4* Secondo risultati *in vivo*, la somministrazione di ulipristal acetato con un induttore potente di CYP3A4 come la rifampicina riduce notevolmente C_{max} e AUC di ulipristal acetato di almeno il 90% e diminuisce l'emivita di ulipristal acetato di 2,2 volte, per una riduzione corrispondente dell'esposizione a ulipristal acetato di circa 10 volte. L'uso concomitante di ellaOne con induttori di CYP3A4 (ad es. rifampicina, fenitoina, fenobarbital, carbamazepina, efavirenz, fosfenitoina, nevirapina, oxcarbazepina, primidone, rifabutina, erba di San Giovanni/*Hypericum perforatum*) riduce dunque le concentrazioni plasmatiche di ulipristal acetato, con una conseguente possibile riduzione dell'efficacia di ellaOne, ed è quindi sconsigliato (vedere paragrafo 4.4). Medicinali che influiscono sul pH gastrico La somministrazione concomitante di ulipristal acetato (compressa da 10 mg) con l'inibitore della pompa protonica esomeprazolo (20 mg al giorno per 6 giorni) ha determinato una riduzione media della C_{max} di circa il 65%, un ritardo del t_{max} (da una mediana di 0,75 ore a 1,0 ore) e un aumento dell'area sotto la curva (AUC) media del 13%. La rilevanza clinica di questa interazione per la somministrazione di una dose singola di ulipristal acetato come contraccezione d'emergenza non è nota. **Potenziale capacità da parte di ulipristal acetato di interferire con altri medicinali**: I dati *in vitro* indicano che ulipristal acetato e il suo metabolita attivo non inibiscono significativamente CYP1A2, 2A6, 2C9, 2C19, 2D6, 2E1 e 3A4 a concentrazioni clinicamente rilevanti. Dopo la somministrazione di una dose singola, è improbabile che si verifichi l'induzione di CYP1A2 e CYP3A4 da parte di ulipristal acetato o del suo metabolita attivo. È dunque improbabile che la somministrazione di ulipristal acetato alteri la clearance di prodotti medicinali metabolizzati da questi enzimi. *Substrati della P-gp* I dati *in vitro* indicano che ulipristal acetato potrebbe essere un inibitore della P-gp a concentrazioni clinicamente rilevanti. I risultati *in vivo* con il substrato della P-gp fexofenadina non hanno fornito risultati definitivi. È improbabile che gli effetti dei substrati della P-gp possano avere conseguenze cliniche. *Contraccettivi ormonali* Poiché ulipristal acetato si lega con grande affinità al recettore del progesterone, può interferire con l'azione di medicinali contenenti progestinici. - L'azione anticoncezionale di contraccettivi ormonali combinati e di contraccettivi a base di soli progestinici può risultare ridotta. - L'uso concomitante di ulipristal acetato e di un metodo contraccettivo d'emergenza contenente levonorgestrel è sconsigliato (vedere paragrafo 4.4). **4.6 Fertilità, gravidanza e allattamento** **Gravidanza** ellaOne è controindicato durante una gravidanza in atto o sospetta (vedere paragrafo 4.3). Esistono dati estremamente limitati sulla salute del feto/neonato nel caso in cui una gravidanza sia esposta a ulipristal acetato. Anche se non si è riscontrato alcun potenziale teratogenico, i risultati ottenuti su specie animali sono insufficienti per una valutazione della tossicità riproduttiva (vedere paragrafo 5.3). HRA Pharma tiene un registro delle gravidanze per monitorare gli esiti di gravidanza in donne esposte ad ellaOne. Si invitano pazienti e operatori sanitari a riportare ogni episodio di esposizione a ellaOne contattando il titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio (vedere paragrafo 7). **Allattamento** Ulipristal acetato viene escreto nel latte materno (vedere paragrafo 5.2). L'effetto sui neonati/lattanti non è stato studiato. Non si possono escludere rischi per il bambino allattato al seno. Dopo l'assunzione di ellaOne l'allattamento al seno non è raccomandato per una settimana. Durante questo periodo si raccomanda alla madre di prelevare il latte dal seno e di eliminarlo per mantenerne attiva la produzione. **Fertilità** Dopo il trattamento con ellaOne come contraccettivo d'emergenza si prevede un rapido ritorno alla fertilità; si deve pertanto continuare o iniziare l'utilizzo di un contraccettivo regolare il prima possibile dopo l'assunzione di ellaOne, per garantire la prevenzione continua di una gravidanza. Le indicazioni su come procedere sono riportate nel paragrafo 4.4. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari** Non sono stati effettuati studi sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari. ellaOne può avere un'influenza trascurabile o moderata sulla capacità di guidare veicoli o sull'uso di macchinari: dopo l'assunzione del medicinale sono comuni capogiri da lievi a moderati; sonnolenza e vista annebbiata sono invece episodi non comuni; raramente sono stati riferiti disturbi dell'attenzione. **4.8 Effetti indesiderati** Le reazioni avverse segnalate con maggiore frequenza sono state cefalea, nausea, dolore addominale e dismenorrea. La sicurezza di ulipristal acetato è stata valutata in 4.718 donne durante il programma di sviluppo clinico. La tabella seguente riporta le reazioni avverse registrate nel programma di fase III su 2.637 donne. La stragrande maggioranza delle reazioni avverse erano lievi o moderate e si sono risolte spontaneamente. Le reazioni avverse elencate di seguito sono classificate per frequenza e per classe sistemico-organica. All'interno di ciascuna classe di frequenza, gli effetti indesiderati sono elencati in ordine di gravità decrescente.

MedDRA	Reazioni avverse (frequenza)			
Classe sistemico-organica	Molto comune ≥1/10	Comune ≥1/100 a <1/10	Non comune ≥1/1.000 a <1/100	Raro ≥1/10.000 a <1/1.000
Infezioni ed infestazioni			Vaginite - Rinofaringite - Influenza Infezione delle vie urinarie	Congiuntivite infettiva - Orzaiolo Malattia infiammatoria pelvica
Disturbi del metabolismo e della nutrizione			Disturbi dell'appetito	Disidratazione
Disturbi psichiatrici		Disturbi dell'umore	Disturbi emotivi - Ansia - Insonnia Disturbi da iperattività Alterazioni della libido	Disorientamento
Patologie del sistema nervoso		Cefalea Capogiri	Sonnolenza Emicrania	Tremori - Disturbi dell'attenzione Disgeusia - Scarsa qualità del sonno Parosmia - Sincope
Patologie dell'occhio			Disturbi visivi	Sensazione oculare anomala Iperemia oculare - Fotofobia
Patologie dell'orecchio e del labirinto				Vertigini
Patologie vascolari			Vampate di calore	Emorragia
Patologie respiratorie, toraciche e mediastiniche				Congestione delle vie respiratorie superiori Tosse - Gola secca - Epistassi
Patologie gastrointestinali		Nausea - Dolore addominale (NOS) Dolore addominale superiore Fastidio addominale - Vomito	Dolore addominale inferiore - Diarrea Secchezza delle fauci - Stipsi Dispepsia - Flatulenza	Riflusso gastroesofageo Odontalgia
Patologie della cute e del tessuto sottocutaneo			Acne - Lesioni cutanee Prurito	Orticaria Prurito genitale
Patologie del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo		Mialgia Dolore dorsale		Dolore alle estremità Artralgia
Patologie renali e urinarie				Disturbi alle vie urinarie - Cromaturia Nefrolitiasi - Dolore renale Dolore alla vescica
Patologie dell'apparato riproduttivo e della mammella		Dismenorrea Dolore pelvico Tensione mammaria	Menorragia - Secrezione vaginale Disturbi mestruali - Metrorraggia Emorragia vaginale - Vampate di calore Sindrome premenstruale	Prurito genitale - Emorragia disfunzionale dell'utero Dolore vulvo-vaginale Cisti ovarica rotta Fastidio mestruale - Ipomenorrea
Patologie sistemiche e condizioni relative alla sede di somministrazione		Affaticamento	Dolore - Irritabilità - Brividi Malessere - Febbre	Fastidio al torace - Infiammazione Sete

La maggioranza delle donne (74,6%) negli studi di fase III ha avuto la mestruazione successiva alla data prevista o entro ± 7 giorni, mentre nel 6,8% di loro le mestruazioni sono apparse oltre 7 giorni prima del previsto e il 18,5% ha registrato un ritardo di più di 7 giorni sulla data prevista per l'inizio delle mestruazioni. Il ritardo è stato maggiore di 20 giorni nel 4% delle donne. Una minoranza (8,7%) delle donne ha riferito un sanguinamento intermestruale per una durata media di 2,4 giorni. Nella maggioranza dei casi (88,2%) il sanguinamento è stato descritto come spotting. Tra le donne che hanno assunto ellaOne negli studi di fase III, solo lo 0,4% ha riferito un sanguinamento intermestruale abbondante. Negli studi di fase III, 82 donne sono state arruolate più di una volta e hanno quindi ricevuto più di una dose di ellaOne (73 donne sono state arruolate due volte e 9 donne sono state arruolate tre volte). Non sono state notate differenze nella sicurezza di questi soggetti in termini di incidenza e gravità degli eventi avversi, variazioni di durata o volume delle mestruazioni o incidenza del sanguinamento intermestruale. **4.9 Sovradosaggio** L'esperienza di sovradosaggio con ulipristal acetato è scarsa. Ad un numero limitato di soggetti sono state somministrate singole dosi del farmaco fino a 200 mg senza osservare reazioni avverse severe o gravi. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE** **5.1 Proprietà farmacodinamiche** Categoria farmacoterapeutica: ormoni sessuali e modulatori del sistema genitale, contraccettivi d'emergenza. Codice ATC: G03AD02. Ulipristal acetato è un modulatore selettivo sintetico del recettore del progesterone, attivo per via orale, che agisce legandosi con grande affinità al recettore umano del progesterone. Il meccanismo d'azione primario consiste nell'inibire o ritardare l'ovulazione. Dati farmacodinamici mostrano che, anche se assunto immediatamente prima del momento in cui è prevista l'ovulazione, ulipristal acetato in alcune donne, è in grado di posticipare la rottura follicolare. Ulipristal acetato manifesta anche grande affinità per il recettore dei glucocorticoidi, ed effetti antiglicocorticoidi sono stati registrati negli animali, *in vivo*. Tuttavia, tali effetti non sono stati osservati nell'uomo, anche dopo ripetute somministrazioni, alla dose giornaliera di 10 mg. Ulipristal acetato mostra minima affinità per il recettore degli androgeni e nessuna affinità per i recettori umani degli estrogeni o dei mineralcorticoidi. I risultati ottenuti da due studi clinici indipendenti, randomizzati, controllati (vedere Tabella) su donne che si erano presentate per ricevere una contraccezione d'emergenza tra 0 e 72 ore dopo un rapporto sessuale non protetto o il fallimento di altri mezzi contraccettivi, hanno mostrato che l'efficacia di ulipristal acetato non è inferiore a quella di levonorgestrel. Quando i dati dei due studi sono stati combinati con metodo meta-analitico, con ulipristal acetato il rischio di gravidanza è stato significativamente ridotto rispetto al levonorgestrel (p=0,046).

Sperimentazione controllata randomizzata	Tasso di gravidanza (%) nelle 72 ore successive a un rapporto sessuale non protetto o al fallimento di altri mezzi contraccettivi ¹		Rapporto degli odds [IC 95%] del rischio di gravidanza, ulipristal acetato vs levonorgestrel ¹
	Ulipristal acetato	Levonorgestrel	
HRA2914-507	0,91 (7/773)	1,68 (13/773)	0,50 [0,18-1,24]
HRA2914-513	1,78 (15/844)	2,59 (22/852)	0,68 [0,35-1,31]
Meta-analisi	1,36 (22/1617)	2,15 (35/1625)	0,58 [0,33-0,99]

1 - Glasier et al, Lancet 2010

Due studi forniscono dati sull'efficacia di ellaOne somministrata fino a 120 ore dopo un rapporto sessuale non protetto. In uno studio clinico in aperto su donne che si erano presentate per ricevere la contraccezione d'emergenza e alle quali è stato somministrato ulipristal acetato tra 48 e 120 ore dopo un rapporto sessuale non protetto, si è osservato un tasso di gravidanza del 2,1% (26/1241). In aggiunta, il secondo studio comparativo sopraindicato fornisce anche dati relativi a 100 donne trattate con ulipristal acetato da 72 a 120 ore dopo un rapporto sessuale non protetto, nelle quali non sono state riscontrate gravidanze. **5.2 Proprietà farmacocinetiche** **Assorbimento** In seguito a somministrazione orale di una singola dose di 30 mg, ulipristal acetato viene assorbito rapidamente, con un picco di concentrazione plasmatica di 176 ± 89 ng/ml a circa 1 ora (0,5-2,0 h) dalla somministrazione, ed un AUC_{0-∞} di 556 ± 260 ng.h/ml. La somministrazione di ulipristal acetato accompagnata da una prima colazione ricca di grassi ha portato a una riduzione della C_{max} media di circa il 45%, un ritardo di T_{max} (mediana da 0,75 a 3 ore) e un aumento del valore medio di AUC_{0-∞} pari al 25%, in confronto alla somministrazione a digiuno. Risultati simili sono stati ottenuti per il metabolita attivo mono-demetilato. **Distribuzione** Ulipristal acetato si lega fortemente (>98%) alle proteine plasmatiche, incluse albumina, alfa-1-glicoproteina acida e lipoproteine ad alta densità. Ulipristal acetato è un composto lipofilo e viene distribuito nel latte materno con un'escrezione media giornaliera di 13,35 µg [0-24 ore], 2,16 µg [24-48 ore], 1,06 µg [48-72 ore], 0,58 µg [72-96 ore] e 0,31 µg [96-120 ore]. **Biotrasformazione/eliminazione** Ulipristal acetato è ampiamente metabolizzato a derivati mono-demetilati, di-demetilati e idrossilati. Il metabolita mono-demetilato è farmacologicamente attivo. Dati ottenuti *in vitro* indicano che gli enzimi principalmente coinvolti sono CYP3A4 e, in misura minore, CYP1A2 e CYP2A6. L'emivita terminale di ulipristal acetato nel plasma dopo la somministrazione di una singola dose di 30 mg è stimata a 32,4 ± 6,3 ore, con una clearance orale media (CL/F) di 76,8 ± 64,0 L/h. **Popolazioni speciali** Non sono stati condotti studi farmacocinetici su ulipristal acetato in soggetti femminili con funzioni renali o epatiche compromesse. **5.3 Dati preclinici di sicurezza** I dati non clinici non rivelano rischi particolari per l'uomo sulla base di studi convenzionali di farmacologia della sicurezza, tossicità a dosi ripetute e genotossicità. La maggior parte dei risultati ottenuti in studi di tossicità generale si riferiva al meccanismo d'azione di ulipristal acetato come modulatore dei recettori di progesterone e glucocorticoidi, manifestando un'attività antiprogesterone ad esposizioni simili ai livelli terapeutici. I dati di tossicità riproduttiva sono insufficienti a causa della mancanza di dati farmacocinetici sia nell'uomo che negli animali. Dato il suo meccanismo d'azione, ulipristal acetato ha un effetto embriofetale in ratti, conigli (a dosi ripetute superiori a 1 mg/kg) e scimmie. Non si hanno dati sulla sicurezza dell'embrione umano. A dosi sufficientemente basse da mantenere in atto una gestazione in specie animali non si è osservato potenziale teratogenico. Non sono stati condotti studi di carcinogenicità con ulipristal acetato. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE** **6.1 Elenco degli eccipienti** Lattosio monoidrato Povidone K30 Croscarmellosio sodico Magnesio stearato **6.2 Incompatibilità** Non pertinente. **6.3 Periodo di validità** 3 anni. **6.4 Precauzioni particolari per la conservazione** Conservare il blister all'interno dell'imballaggio esterno per proteggere il medicinale dalla luce. **6.5 Natura e contenuto del contenitore** Blister in PVC/PE/PVDC/alluminio contenente 1 compressa. L'imballaggio contiene un blister con una compressa. **6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento** Nessuna istruzione particolare. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** Laboratoire HRA Pharma 15, rue Béranger F-75003 Parigi Francia **8. NUMERO(I) DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** EU/1/09/522/001 **9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE** Data della prima autorizzazione: 15 maggio 2009 **10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO** Data di revisione: 30 maggio 2013 Informazioni più dettagliate su questo medicinale sono disponibili sul sito web della Agenzia europea dei medicinali: <http://www.ema.europa.eu>.

Classe di rimborsabilità: "C" Classificazione ai fini della fornitura: RNR, medicinale soggetto a prescrizione medica da rinnovare volta per volta. Prezzo al pubblico: € 34,89

Silvia Celant, Alisia Forcini e Martina Varutti
Ostetriche (Udine)

Aio: la nostra esperienza di ostetriche in Pma

E se la cicogna porta la provetta?

È così che ha avuto inizio la nostra avventura lavorativa, catapultate in un mondo di Icsi, Fivet, Tesa...

"In cosa ti sei laureata?" *In Ostetricia!* "Oh, che bel lavoro! Allora fai nascere tanti bambini!". Questa è la tipica conversazione che una neolaureata in Ostetricia si trova a fronteggiare numerose volte. Non è semplice spiegare alle persone che l'ostetrica/o si occupa della salute della donna e della coppia a 360° e che pertanto gli ambiti di competenza sono molteplici, e possono andare ben oltre la classica figura dell'ostetrica in sala parto.

Dopo il conseguimento della laurea, le aspettative sono molte ma le prospettive reali sono scarse: questo è quello che è capitato anche a noi. I mesi passavano inviando curricula e iniziando ad affrontare i primi concorsi pubblici in giro per il Trienno, fino a quando una mail inviata dal Collegio delle Ostetriche della provincia di Udine e Pordenone ci rendeva nota la richiesta di collaborazione, nell'ambito della Procreazione Medicalmente Assistita, di ostetriche libere professioniste presso una clinica privata.

È qui che ha avuto inizio la nostra avventura lavorativa, catapultate in un mondo di Icsi, Fivet, Tesa, ma anche di partita Iva, fatture e F24!

Prima di allora non immaginavamo che le ostetriche potessero effettivamente lavorare al di fuori di un ambito pubblico, o comunque ci sembrava un'opzione remota, non facile da mettere in pratica. In effetti nella nostra provincia le ostetriche libere professioniste si possono contare sulle dita di una mano. Dopo esserci affidate a dei commercialisti siamo riuscite a superare le prime difficoltà legate all'inquadramento della nostra professione in ambito libero-professionale nonché dal punto di vista giuridico-economico, e così abbiamo potuto dedicarci appieno alla nostra attività.

Inutile dire che anche in questo caso i primi ostacoli non hanno tardato a manifestarsi. Le nostre conoscenze universitarie in ambito di Pma si limitavano agli aspetti teorici dell'infertilità e alla legislazione in materia. Grazie alla professionalità e alla collaborazione di alcuni colleghi, le nostre conoscenze hanno iniziato ad ampliarsi, integrandosi con la pratica clinica. La nostra volontà di approfondire le tematiche riguardanti l'infertilità ci ha spinte a documentarci tramite riviste e testi scientifici, siti istituzionali e convegni in varie città italiane. Il nostro interesse e la curiosità nell'ambito dell'infertilità non hanno tuttavia offuscato la necessità di continuare la nostra formazione anche negli altri ambiti assistenziali che contraddistinguono la nostra qualifica, come ad esempio la gravidanza e la gestione del



Dobbiamo essere noi le prime a riconoscere che il ruolo dell'ostetrica è cambiato in modo radicale e si è ampliato notevolmente, senza accantonare nessuno dei numerosissimi ambiti delle nostre competenze definibili attraverso l'ordinamento didattico e la formazione post-base

puerperio.

La crescita professionale di cui siamo state protagoniste ci ha permesso di ottenere mese dopo mese un'adeguata padronanza e competenza nel nostro ambito lavorativo, così da avere anche la possibilità di trasmettere tutto ciò non solo ad una nuova

collega entrata in seguito a far parte della nostra équipe ma anche ad altre ostetriche nel corso di eventi formativi specifici. Oltre a ciò, dall'inizio del nostro incarico nel ramo dei percorsi di assistenza alla fertilità, ci troviamo di fronte alle numerose domande e agli svariati dubbi

sulla nostra attività che amici e conoscenti, o anche le stesse coppie che afferiscono al nostro centro, ci pongono pressoché quotidianamente. Sono interrogativi che nascono a volte anche dalla semplice curiosità nei confronti di un ambito dell'ostetrica alquanto "moderno" e quindi in continua evoluzione. In effetti le statistiche evidenziano chiaramente come i problemi di infertilità di coppia siano in crescita soprattutto nel corso di questi ultimi decenni, con cause a volte note e meramente imputabili a fattori di tipo medico (patologie di uno o entrambi i partner, disfunzioni di varia natura, ecc.) e a volte puramente idiopatiche e apparentemente prive di motivi evidenti. Di conseguenza l'interesse e l'approfondimento in questo ramo dell'ostetrica sono in costante crescita, proprio per tentare di dare risposte esaurienti ed esiti quanto più possibile positivi per quelle coppie che ricercano, con non pochi sacrifici, una gravidanza. Per fronteggiare questi numerosi interrogativi abbiamo pensato più volte a come sarebbe interessante ed efficace una divulgazione di queste conoscenze in ambito sociale, ad esempio nelle scuole, anche come incentivo alla prevenzione di abitudini dannose o per colmare le scarse conoscenze in merito alla salute riproduttiva. Indubbia-

mente anche in questo ambito la figura dell'ostetrica potrebbe trovare uno sviluppo nuovo e interessante.

Vogliamo concludere auspicando di non sentire più in futuro, specialmente da parte di altri colleghi dell'ambito sanitario, frasi del genere: "Allora tu lavori in Pma? Quindi non fai l'ostetrica vera" o anche: "Sei sprecata a lavorare lì!". Ecco, noi riteniamo che non esistano ostetriche di serie A e di serie B; esistono solo dei professionisti che amano il proprio lavoro e che si dedicano ad esso con passione e dedizione. Di sicuro non vanno dimenticate le attitudini personali che ciascuno ha sia in ambito lavorativo sia in ambito personale; a volte già durante il percorso formativo si vanno delineando degli interessi marcati in alcuni settori. Dobbiamo essere noi le prime a riconoscere che il ruolo dell'ostetrica è cambiato in modo radicale e si è ampliato notevolmente, senza accantonare nessuno dei numerosissimi ambiti delle nostre competenze definibili attraverso l'ordinamento didattico e la formazione post-base. Solo in tal modo vi potrà essere un riconoscimento anche in ambito sociale della nostra professionalità.

Certo, le nostre giornate lavorative sono fatte di orari molto irregolari, poiché l'attività di una giornata varia in base al numero di interventi in programma, che è diverso giorno dopo giorno. Lavorando poi continuamente anche per periodi di quattro o cinque settimane, non possiamo di certo contare su week-end di riposo o festività che siano effettivamente tali anche per noi, come pure non sono previste giornate di assenza per malattia, e a maggior ragione capita spesso di dover rinunciare ad appuntamenti o rinvii impegni personali. Ma quale sia la soddisfazione e la gioia di vedere una coppia tornare alla nostra unità operativa stringendo la manina di un bimbo nato anche con il contributo della nostra équipe, solo noi lo sappiamo, noi che abbiamo la grande fortuna di svolgere la nostra attività presso un servizio che nutre la speranza e il sogno di molte coppie... un sogno che molto spesso diventa una dolcissima realtà! **Y**

XII° CONGRESSO REGIONALE



28-29 marzo 2014
Modena, Hotel Raffaello



La Sanità del Futuro: scenari e prospettive (Meno soldi e più privato?)

Presidente Onorario **V. Trajano**
Presidente Nazionale AOGOI

Presidenti del Congresso

Ezio Bergamini	Segretario Regionale AOGOI
Maria Grazia Bonesi	Presidente MGform
Giovanni Fattorini	Presidente AGITE
Carmine Gigli	Presidente FESMED
Nadia Lugli	FIMP
Antonella Marchi	Presidente AIO
Maria Stella Padula	Presidente SIMG

Provider A.O.G.O.I.
Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani
Evento formativo 2223-85006
Numero crediti ECM: 6

Segreteria

Provider e Segreteria Scientifica:

Accreditamento Provider Nazionale:

A.O.G.O.I. - ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI (ID N. 2223)

Segreteria Nazionale
Via G. Abamonti, 1
20129 Milano
Tel. 02/29525380
Fax: 02/29525521
http://www.aogoi.it
e-mail: segreteria@ogoi.it



Segreteria Organizzativa:

Iscrizioni, ospitalità relatori/moderatori, rapporti con gli sponsors, logistica, informazioni alberghiere

D.B. S.r.l.

Viale Alfeo Corassori 70
41124 Modena
Cell. 338/4224499
Fax: 059/2921767
http://www.dbsrl.it
e-mail: segreteria@db srl.it



Meditazioni

di Giuseppe Cragnaniello



Ad alto rischio

L'efferato e all'apparenza inspiegabile assassinio di una collega psichiatra mi ha fatto tornare alla mente i pericoli che mi hanno sfiorato durante gli anni in corsia. Qualche anno fa un cronista si meravigliava del fatto che un primario, comunque morto ammazzato, girasse armato. Eppure...

L'efferato e all'apparenza inspiegabile assassinio di una collega psichiatra mi ha fatto tornare alla mente i pericoli che mi hanno sfiorato durante gli anni in corsia. Qualche anno fa un cronista si meravigliava del fatto che un primario, comunque morto ammazzato, girasse armato. Eppure...

Nel piccolo ospedale di provincia, ma che faceva tanti parti all'anno, gli spazi erano abbastanza stretti e le finestre della sala travaglio erano molto vicine all'attesa dei parenti, tanto che potevano quasi guardare dentro da una veranda prospiciente. Naturalmente le urla delle partorienti, più che normali durante travagli particolarmente lunghi e laboriosi, facevano aumentare l'ansia e non era infrequente l'aggressione verbale e talvolta anche qualcosa in più. Sembrava quasi che al di là di quei vetri non stessimo a prenderci cura delle loro mogli o figlie, anzi che le torturassimo. Di fronte a certi atteggiamenti esasperati a nulla valevano i tentativi di una buona comunicazione al fine di indurre



alla calma. Un marito più esagitato degli altri arrivò a spaccare i vetri di quelle finestre, al grido "lasciate stare mia moglie!". Dopo che la consorte ebbe partorito, e bene, non esitai a fargli pagare il conto. Molti anni più tardi, per carità cristiana, a quella stessa donna acconsentii a praticarle una legatura delle tube... Un altro marito, comprensibilmente stravolto per la morte in utero del figlio al settimo

Sembrava quasi che al di là di quei vetri non stessimo a prenderci cura delle loro mogli o figlie... ma che le torturassimo

me, non sopportando che la moglie soffrisse in travaglio e pretendendo il taglio cesareo, minacciò di andare a "prendere la pistola". La donna fortunatamente fece prima... Ma, con un grosso ricambio e un reparto sempre pieno, il contrasto era all'ordine del giorno. Specie quando termi-

nava l'orario di visita e i parenti facevano di tutto per non andare via, arrivando a nascondersi nei bagni, con naturale imbarazzo delle ricoverate. Né serviva il giro del vigilante, molto più tardi, per convincere gli ultimi recalcitranti. Ecco perché mi fece rabbia il direttore sanitario una sera che, venendo in reparto, ebbe a lamentarsi "troppa gente, faccia qualcosa!". Proprio io? Quante volte, in venticinque anni, mi hanno apostrofato "ti aspetto fuori"! Grazie a Dio nessuno lo ha poi fatto. Mentre qualcuno vigliaccamente appena uscito si è permesso di telefonare, farmi chiamare e, una volta a portata di voce, coprirmi di ogni sorta di epiteti. Se bastava questo a soddisfarlo... La nostra non è terra di santi. Ma non credo che altrove questo genere di cose non si verifichi. A riprova che il nostro lavoro è comunque ad alto rischio. Non solo per le non trascurabili responsabilità professionali, ma anche per l'esposizione alle reazioni inconsulte di chi con troppa facilità dimentica le regole del vivere civile. **Y**

LE AZIENDE INFORMANO

Gynefam Mamma® Effik

Un nuovo integratore per la gravidanza dalla formula innovativa, arricchita e aggiornata

Gynefam Mamma® è il multivitaminico multi minerale Effik specificamente studiato e aggiornato nella sua formulazione per rispondere alle esigenze della mamma pensando anche allo sviluppo del bambino che deve nascere.

La sua composizione, arricchita e innovativa, tiene conto delle ultime indicazioni per il fabbisogno di micronutrienti, indicate dai nuovi LARN (livelli di assunzione raccomandata per i nutrienti) definiti dalla Società Italiana di Nutrizione umana ad ottobre 2012.

Gynefam Mamma® si caratterizza per alcune importanti novità rispetto ad altri integratori per la gestante: Gynefam Mamma® è infatti l'unico integratore multivitaminico e multi minerale per la gravidanza a contenere in una sola capsula giornaliera dosi elevate di Omega 3 e iodio, 120 mg di calcio, oltre a magnesio, fluoro, vitamine del gruppo B e D.

L'IMPORTANZA DEGLI OMEGA 3

L'assunzione giornaliera durante la gravidanza di acido docosaenoico (DHA) ed acido eicosapentaenoico (EPA), contribuisce al normale sviluppo della funzione visiva e del cervello del feto.

Gynefam Mamma® contiene in una sola capsula 200 mg di omega 3, di cui 150 mg di DHA. Gli Omega 3 contenuti in Gynefam Mamma® sono ottenuti da pesce azzurro

proveniente dall'Oceano Pacifico, con un'origine certificata per quanto riguarda la sicurezza del prodotto.

LO IODIO E I SUOI BENEFICI

Lo iodio è elemento indispensabile per la sintesi degli ormoni tiroidei; in Europa almeno il 50% della popolazione ha un apporto alimentare inadeguato e le patologie della tiroide sono in costante aumento, anche nelle giovani donne in età fertile. Un apporto di iodio adeguato durante la gravidanza contribuisce alla normale funzione cognitiva ed alla crescita normale del bambino. Gynefam Mamma® contiene 210 mcg di iodio, per soddisfare le aumentate necessità della mamma e del suo bambino e inoltre tale dosaggio non interferisce con la funzione tiroidea materna anche in caso di terapia sostitutiva per ipotiroidismo.

IL CALCIO, VITAMINA D E MAGNESIO

Gynefam Mamma® è l'unico integratore multivitaminico e multiminerale per la gravidanza che fornisce in una sola capsula 120 mg di Calcio insieme a magnesio, vitamina D, iodio ed Omega 3.

La carenza di calcio può causare crampi muscolari, cefalea, stipsi. Questo elemento è quindi necessario per una normale funzione muscolare materna. Per quanto riguarda il feto, calcio e vitamina D contribuiscono a un'adeguata crescita ed un corretto sviluppo osseo.

Anche il magnesio interviene nei processi di regolazione della contrazione muscolare, oltre a contribuire alla riduzione della stanchezza e dell'affaticamento.

In Gynefam Mamma® è inoltre presente il fluoro, utile per un'adeguata mineralizzazione dello smalto dentale. Il mantenimento di una bassa carica batterica a livello del cavo orale riduce il rischio di carie, ed evita il possibile passaggio di batteri patogeni verso la placenta e verso il feto. Infine Gynefam Mamma® contiene le quantità raccomandate di antiossidanti-zinco, selenio e rame, di ferro e di vitamine del gruppo B.

Gynefam Mamma® non contiene invece volutamente Vitamina C ed E, in quanto gli studi più recenti ne documentano l'assenza di significativi benefici per la madre ed il feto. Gynefam Mamma® è un integratore bilanciato, studiato appositamente per la gestante, con il massimo della compliance grazie alla mono somministrazione giornaliera: la dose consigliata è di 1 capsula al giorno, in qualsiasi momento della giornata.

Infine Gynefam Mamma® ha un costo decisamente contenuto: confezione da 30 capsule, Euro 14.80, confezione da 90 capsule, (3 mesi di trattamento) Euro 29.60, con un significativo risparmio economico, rispetto ad altri integratori per la gravidanza presenti sul mercato.

Elena Casolati
Direzione Medica
Effik Italia



Fatti & Disfatti

di Carlo Maria Stigliano



Stiamo freschi!

Se continua così, veramente... 'stiamo freschi' e, con l'aria che tira, anche arieggiati, per come ci hanno messi, appunto: praticamente in mutande!



Alla fine del precedente millennio in Argentina un famoso (poi famigerato) economista ebbe la bella pensata di equiparare il valore della moneta locale con quella del dollaro americano: un peso un dollaro, era lo slogan. Chiunque è stato in quel magnifico paese sudamericano in quel periodo ha avuto immediatamente la percezione di quale catastrofe sarebbe stata questa scelta per l'economia argentina, ma il ministro dell'economia no. Che bagno di sangue sia stato poi per gli Argentini lo sappiamo tutti. Nello stesso periodo, nella cittadina olandese di Maastricht si riunirono illustri economisti europei, compresi i maggiori politici ed economici della nostra povera Italia, e decisero di varare l'euro fissando le parità tra le varie monete: per noi un euro valeva 1936,27 lire sentenziarono i nostri economisti (e quelli tedeschi ridevano, ah come ridevano!). Fu subito evidente che quel valore della moneta unica sarebbe stato per noi un insostenibile fardello da portare sulle spalle e difatti di lì a poco la nostra economia cominciò ad andare a rotoli: i nostri politici-economisti garantivano che l'euro a quel prezzo era stato... "un affare" (e i Tedeschi ridevano, ah come ridevano!). Intanto negli Stati Uniti un gruppo di professorini di economia ebbe una tragica (per noi...) intuizione: basta con gli Stati che s'indebitano per garantire il benessere sociale, stop al welfare, le Nazioni devono rientrare dal debito accumulato per decenni nei quali - dopo la miseria successiva alla seconda guerra mondiale - v'era pur stata una crescita eccezionale dei consumi e del benessere tra la popolazione; d'ora in poi l'economia di ogni Stato dovrà essere in pareggio e da quasi subito altrimenti sarà il fallimento. I rappresentanti europei (compresi naturalmente anche i nostri) s'inclinavano immediatamente a questa bella teoria per cui parti la crociata sul rientro del debito pubblico, i fallimenti o quasi delle banche, la tragica realtà attuale dell'economia stagnante e dei licenziamenti del personale (e i Tedeschi ridevano, ah se ridevano!). Sempre in quel periodo, ineffabili economisti di tutti i Paesi (i nostri in prima fila, ovviamente) giuravano sull'inesistenza di venti di crisi, anzi per loro tutto andava alla grande per l'economia europea e mondiale: da noi (ci sono gli articoli dei giornali) navigati politici ci

indicavano l'Irlanda come esempio e la Spagna come miraggio in economia. Per inciso la prima è arrivata al fallimento, salvata con i soldi (anche nostri) dati dalla UE e in Spagna è esplosa la bolla speculativa edilizia e si ritrovano... per terra! Ancora la mattina del 15 settembre 2008 in Italia, gli economisti di casa nostra magnificavano i pregi di un investimento nelle azioni della banca americana Lehman Brothers che alle 15 del pomeriggio di quello stesso giorno (cioè all'apertura degli sportelli, alle 9 del mattino a New York) era dichiarata fallita! Complimenti, si direbbe, che fiuto! La nostra povera e gloriosa compagnia aerea, l'Alitalia, ha avuto alla guida in un passato recente formidabili manager finanziari: le loro idee, i loro progetti di sviluppo e di strategia sono stati così brillanti da avere portato l'avioleina a schiantarsi in un fallimento che abbiamo dovuto pagare con i nostri soldi oltre che a numerosi drammatici licenziamenti di personale. I brillanti esperti manager si sono 'ritirati' con pensioni da favola e buonuscita milionarie in euro (per i meriti?). E per rimanere nel nostro ambito: ve li ricordate gli "esperti di

Nella Sanità si tagliano servizi, si "risparmia" togliendo risorse indispensabili... pure insieme agli sprechi prodotti per anni dai nostri esimi manager, economisti e politici ai quali naturalmente nessuno ha mai chiesto conto dello sfascio da essi prodotto

economia sanitaria" che negli anni Novanta del secolo scorso giravano l'Italia come madonne pellegrine, profumatamente retribuiti, per insegnare a gestire le Asl? A giudicare dallo sfascio dei conti, non mi sembra che sia valsa la pena di spendere tanti quattrini per le loro illuminate consulenze: pensate che un poco si sentano in imbarazzo? I pochi, tragici esempi di cui ho riferito, sono soltanto una parte degli incredibili errori commessi da questa incontrollabile categoria professionale (mah!) che sono gli Economisti. Eppure nessuno di questi cervelloni ha mai chiesto scusa per i danni e le sofferenze inflitte alle popolazioni in seguito alle loro malnate iniziative di politica economica, anzi loro (loro...!) hanno ricevuto ingentissime 'buonuscite' e si sono

ritirati "a mangiarsi fuori..." a nostra maggior gloria! Ora, se noi medici sbagliassimo di molto meno nella nostra professione, quali sarebbero le conseguenze? La salute, la vita, di moltissime persone andrebbero perdute e pensate che chi avesse responsabilità in scelte tanto scellerate non verrebbe letteralmente fatto a pezzi dalla gente? Loro no, le persone perdono il lavoro, i giovani non hanno un futuro, le coppie non possono mettere su casa, tutto per mancanza di mezzi in conseguenza delle loro gloriose scelte e nessuno di loro rende conto! È strabiliante! Sarebbe come se una mattina un medico, un luminare, stabilisse che la glicemia deve essere mantenuta a 200 perché così vi è una maggiore disponibilità di glucosio e quindi di energia per

l'organismo e dunque il cervello funziona meglio: e nonostante le critiche e le contestazioni il Ministero della Sanità stabilisse che così s'ha da fare e poche storie. Naturalmente in breve tempo i danni per la salute della popolazione sarebbero drammatici: eh, pazienza, forse era sbagliato, ma andiamo avanti. E no: il luminare e persino tutti i medici, rei di avere soltanto applicato la "Legge" verrebbero forse appesi per i piedi in piazza! Per gli economisti e i politici loro sodali no, è tutta un'altra storia e noi tutti zitti e pagare e loro a ridersela, ah come se la ridono! Conclusione amara: la situazione economica nel nostro Paese è quella che è e a pagare in maniera più pesante è il cetto medio, il mondo delle professioni, che è stato impoverito e che inevitabilmente toglie risorse all'economia nazionale. I nostri stipendi, le nostre remunerazioni sono impoverite e valgono sempre meno (siamo fermi al 1999/2000); i costi del nostro aggiornamento, del nostro indispensabile tenore di vita (la gente tollererebbe un medico sbrindellato?) è divenuto oneroso, i nostri giovani colleghi vengono sottopagati e sfruttati; ora pensano anche di utilizzare gli specializzandi come medici di serie B per fare le notti in corsia ("così li pagano meno e li denunciano più facilmente..."). Nella Sanità si tagliano servizi, si "risparmia" togliendo risorse indispensabili pure insieme agli sprechi prodotti per anni dai nostri esimi manager, economisti e politici ai quali naturalmente nessuno ha mai chiesto conto dello sfascio da essi prodotto. E noi siamo in prima linea cercando di dare, pur con crescenti difficoltà e comunque, risposte professionalmente adeguate alle persone e a difenderci dalle denunce per una 'malasanità' che è prima di tutto conseguenza di condizioni di lavoro sempre più problematiche. Ma noi stiamo zitti: i medici sono così, piegano la testa e lavorano finché possono. E soffriamo le conseguenze... Ma oggi persino il pacifico Ippocrate si ribellerebbe! Facciamoci sentire, mettiamo sotto pressione il nostro grande Ordine professionale, per anni purtroppo a fronte dello sfascio della nostra bella professione! Perché se continua così, veramente... 'stiamo freschi' e - con l'aria che tira - anche arieggiati, per come ci hanno messi, appunto: praticamente in mutande!



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

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

International Union Against Sexually Transmitted Infections

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



**33° CORSO DI FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO
IN FISIOPATOLOGIA CERVICO-VAGINALE E VULVARE, COLPOSCOPIA
E MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE
Ascoli Piceno, 7 - 9 Aprile 2014**

Sede prevista dell'Insegnamento:

Centro Congressi - Complesso Fieristico della Camera di Commercio

Lettura Magistrale: "Salute, Sanità e Medicina di Genere" - Prof. LORENZO RENZULLI
Presidente Nazionale della Società Italiana di Tecnica Ospedaliera

COORDINATORE DELL'INSEGNAMENTO: DOTT. MARIO PERONI

Il Corso, organizzato annualmente da oltre un trentennio, si svolge in una Città ospitale, ricca di arte e di storia e tradizionalmente ha ampi consensi. Lo stesso mantiene la sua valida impostazione e pur rinnovato costantemente sotto il profilo culturale e didattico, si articola in sessioni che attengono i più recenti aspetti della prevenzione ginecologica e delle terapie per il tramite di lezioni, video-proiezioni con immagini e filmati diagnostici e terapeutici, conferenze, tavole rotonde e discussioni e mira alla partecipazione ed alla formazione quanto più attiva degli Allievi ai quali è destinato. Oltre a lezioni teoriche sono come sempre previste esercitazioni pratiche per piccoli gruppi di Allievi che, sotto la guida di esperti Tutors, si attuano mediante strumentazioni adeguate e talora con il ricorso a simulatori, al fine di iniziare gli Allievi alle attività pratiche o con la finalità di perfezionarli nelle loro più corrette attitudini fra cui microscopia, colposcopia, isteroscopia, elettroterapia e laser-terapia, queste ultime realizzate su tessuti animali. L'Insegnamento, per la sua migliore riuscita prevede un numero programmato di Partecipanti e rivolge globale attenzione ai più corretti protocolli diagnostici e terapeutici secondo le più attuali Linee Guida nazionali ed internazionali e, nel rispetto delle tradizionali acquisizioni citologiche e colposcopiche, considera ed approfondisce l'apporto, sempre più rilevante, della biologia molecolare e con riferimenti ad indagini epidemiologiche. Particolare attenzione è riservata a quanto connesso con le Malattie a Trasmissione Sessuale nella loro prevenzione, nella diagnostica e nelle terapie, specie per l'HPV ed i vaccini, come anche con lo studio della fisiopatologia della vulva. E' previsto che il Corso rientri negli obiettivi di interesse nazionale del Ministero della Salute nell'ambito della Educazione Continua in Medicina, lo stesso avendo costantemente ottenuto elevato numero di crediti formativi. Fra i patrocini costantemente conferiti vi sono quelli della International Union Against Sexually Transmitted Infections (I.U.S.T.I.- EUROPE), della SIGO, della AOGOI come anche il Corso è stato oggetto di positiva considerazione dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e da Organi Istituzionali di rilievo. Sono ammessi a partecipare Medici, Specialisti e Specializzandi prevalentemente in Ginecologia ed Ostetricia, sia Italiani che Stranieri come anche altri Operatori della Sanità. Altresì si prevede di realizzare materiale didattico destinato agli Allievi.

Al Corso sono stati attribuiti 20,5 Crediti ECM

Per informazioni contattare:

bluevents Tel (+39) 06 36304489 - 06 36382038 - Fax: (+39) 06 96841414
Provier ECM-ID 836 formazione@bluevents.it - www.bluevents.it

Tipografia FALCO 2013



**IV CORSO INTERATTIVO
DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA
CAPRI 15/17 MAGGIO 2014 - HOTEL LA RESIDENZA**



**LA SALUTE DELLA DONNA
TRA EVIDENZE SCIENTIFICHE E
NUOVE OPPORTUNITÀ TERAPEUTICHE**

**DIRETTORE DEL CORSO
FABIO SIRIMARCO**

PATROCINATO DA:



SEGRETARIA ORGANIZZATIVA

Euro Medical Service S.r.l.

Provider ECM ID 3765

Via A. Manzoni 259 | 80123 | Napoli

Tel. 081.5752779 | Mob. 339.1731151

info@msgroup.it

www.msgroup.it



**4th ADVANCED IAN DONALD COURSE
ON ULTRASOUND, PRENATAL DIAGNOSIS,
FETAL THERAPY and INFERTILITY**

IAN DONALD International University School of Medical Ultrasound



**CORSO SIEOG
ECOGRAFIA ENCEFALO FETALE**

20 - 21 GIUGNO 2014

Hotel Regina Margherita, Cagliari

PATROCINI

WAPM

World Association of Perinatal Medicine

IAPM

International Academy of Perinatal Medicine

SOCIETY

The Fetus as a Patient

MED-UOG

Mediterranean Association

Ultrasound Obstetrics Gynecology

AOGOI

Associazione Ostetrici Ginecologi

Ospedalieri Italiani

Direttore del corso Giovanni Monni

SEGRETARIA SCIENTIFICA

Servizio di Ginecologia e Ostetricia
Diagnosi Prenatale e Preimpianto,
Terapia Fetale

Ospedale Microcitemico ASL 8, Cagliari

Tel. 070.6095546/7 Fax 070.6095514

e-mail: prenatalmonni@tiscali.it

DIRETTORI IAN DONALD SCHOOL ITALIA

www.iandonaldschool.org

Giovanni Monni - Vincenzo D'Addario

PRESIDENTE SIEOG

Giuseppe Cali

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA

METASARDINIA srls

Via dell'Abbazia 33, 09129 Cagliari

Tel./Fax 070 3111464

E-mail: segreteria@metasardinia.it

www.metasardinia.it

&
PROVIDER: ID 1642

a ciascuna la sua contraccezione...



la mia è in lattice



la mia è in compresse



la mia è rimborsabile



la mia non è in associazione



la mia è sulla mia pelle



la mia è pratica



la mia è discreta



la mia dura tre anni



la mia è al rame



la mia è nel mio braccio



la mia è definitiva



la mia è naturale



Codice ELL 008 2013

Materiale promozionale depositato presso l'AIFA il 16/07/2013

a tutte

la seconda chance: **ellaOne[®]**

Con l'utilizzo di Ulipristal Acetato il rischio di gravidanza è stato significativamente ridotto rispetto all'utilizzo del Levonostregel ⁽¹⁾

⁽¹⁾Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto EllaOne[®]

RILASTIL SMAGLIATURE

ANCHE LE PELLI PIÙ SENSIBILI
SI AFFIDANO AL NUMERO 1*

Ricerca

Prevenzione

Trattamento

Sicurezza

Tollerabilità

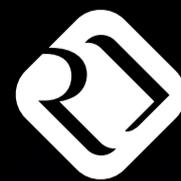
Eccellenza



* IMS DataView Multichannel View, Canale Farmacia, Mercato prodotti Rassodanti ed Antismagliature (82F2), Totale Italia, Vendite a Valore, MAT 06-2013
** Ognuno inferiore a una parte per milione. Piccole quantità possono essere responsabili di sensibilizzazione cutanea.

Adolescenza, gravidanza, variazioni di peso importanti o repentine favoriscono la comparsa delle smagliature. Da oltre 40 anni, Rilastil Smagliature rappresenta per milioni di donne la soluzione a questo problema. Oggi la linea si arricchisce di un nuovo prodotto, appositamente formulato per le pelli ipersensibili, intolleranti, reattive e soggette a pruriti o allergie, che previene e contrasta le smagliature, evitando ogni forma di sensibilizzazione cutanea. Efficace, testato, sicuro: Rilastil Smagliature.

IN FARMACIA.



RILASTIL[®]
LABORATORI MILANO

La vaginosi batterica

Novità terapeutiche in tema di infezioni vaginali

Le infezioni cervico-vaginali comprendono un ampio spettro di quadri clinici con differente eziopatogenesi a prevalente trasmissione sessuale che incidono negativamente sulla qualità di vita della coppia e che possono comportare sequele, anche gravi, sulla fertilità e sul

prodotto del concepimento. L'Organizzazione Mondiale della Sanità sostiene che ogni anno circa 500 milioni di donne nel mondo si ammalano di infezioni vaginali e nei paesi occidentali dal 40 al 60% delle donne che richiedono consulenza ginecologica per questa patologia presenta una vaginosi

batterica, spesso in co-morbilità con altre infezioni vaginali. La vulvo-vaginite da Candida è la seconda infezione per frequenza, interessando mediamente il 20-30% delle donne che richiedono consulenza ginecologica per alterazioni dell'ecosistema vaginale.

può essere isolata nel 50% delle donne asintomatiche.

IL TRATTAMENTO

Gli obiettivi del trattamento sono: la rapida risoluzione dei sintomi, l'eradicazione dei microrganismi coinvolti con il ripristino dell'ecosistema vaginale e la riduzione delle recidive, problema cardine nelle VB; per questo è importante la modifica degli stili di vita cercando di eliminare, quando possibile, i fattori di rischio.

La terapia antibiotica rappresenta il trattamento più utilizzato nelle VB: le Linee Guida internazionali del Center for Disease Control and Prevention (CDC) suggeriscono clindamicina e metronidazolo, utilizzati sia per uso topico che sistemico, secondo gli schemi posologici indicati nel box a fianco.

L'uso dei suddetti schemi posologici si è dimostrato molto efficace ai fini della risoluzione della sintomatologia, con una percentuale di guarigione del 71%-89% nel mese successivo al trattamento, ma sono frequenti le recidive, le pazienti "non responder" (il batterio *Atopobium vaginae*, presente nel 50% delle VB, è resistente al metronidazolo), l'antibiotico-resistenza e le candidiasi post-trattamento (fino al 20% di superinfezioni da candida dopo trattamento con clindamicina).

Gli antisettici sembrano essere efficaci in termini di cura della VB anche quando sono usati in sostituzione degli antibiotici, come può avvenire nei trattamenti cronici ripetuti oppure se si è sviluppata antibiotico-resistenza. I più utilizzati sono a base di clorexidina (ovuli), povidone ioduro (lavande), perossido d'idrogeno. Servono ancora dati sulla sicurezza e sugli effetti collaterali, come il bruciore e l'irritazione vaginale, riportati con l'uso di alcuni antisettici (perossido d'idrogeno, clorexidina).

L'uso di probiotici sembra promettente nel trattamento della VB pur in presenza di risultati contrastanti. Secondo una recente Cochrane i dati



La vaginosi batterica in gravidanza coinvolge il 9-23% delle donne e alcuni studi ne documentano un aumento di aborto spontaneo, parto pretermine, corionamnionite, rottura prematura delle membrane ed endometrite post partum

Maurizio Silvestri

Dirigente di I livello
U.O.C. ostetricia e ginecologia
Presidio ospedaliero Spoleto

La vaginosi batterica (VB) è una condizione di polimicrobismo nella quale la normale flora batterica vaginale, composta prevalentemente da lattobacilli produttori di H₂O₂, è sopraffatta dallo sviluppo di anaerobi quali *Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides species*, *Atopobium vaginae*, *Prevotella spp.*, *Mobiluncus spp.*, *Mycoplasma hominis*, con conseguente aumento del pH in assenza di floso vaginali.

Si presenta con maggiore frequenza in donne con disagio stato socio-economico, basso livello di istruzione, segni di

stress cronico, BMI >25, con alterazioni ormonali come la policistosi ovarica ed il diabete o con altre malattie sistemiche. La frequentazione di piscine e di toilette pubbliche, l'uso di biancheria sintetica, le irrigazioni vaginali e inoltre il fumo di sigaretta ne rappresentano fattori favorenti. È correlata all'attività sessuale, essendo più frequente in donne sessualmente attive e con rapporti sessuali frequenti, infatti lo sperma, modificando il pH della vagina, la rende ostile allo sviluppo dei lattobacilli. La VB, rientrando fra le malattie infettive della vagina a trasmissione non sessuale, non ottiene effetti benefici in termini di prevenzione delle recidive e delle ricadute con il trattamento del partner.

La terapia antibiotica prolun-

gata rappresenta un fattore di rischio di questa infezione, mentre ancora controverso è il ruolo favorente della pillola estroprogestinica o protettivo del condom.

L'INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO DELLA VB

Il principale sintomo è la secrezione maleodorante, dovuta alla volatilizzazione delle ammine prodotte dal metabolismo dei batteri anerobi e che, interferendo negativamente con la vita sociale e sessuale della donna, ne giustifica la richiesta di cure immediate.

La VB è associata alla malattia infiammatoria pelvica e all'endometrite successiva a procedure invasive (biopsia endometriale, isteroscopia, isterosalpingografia, inserzione di IUD).

In gravidanza coinvolge dal 9 al 23% delle donne, e alcuni studi ne documentano un aumento di aborto spontaneo, parto pretermine, corionamnionite, rottura prematura delle membrane ed endometrite post partum. Se tempestivamente diagnosticata e opportunamente trattata è risolvibile in tempi brevi senza importanti sequele. Le perdite vaginali bianche, maleodoranti, omogenee, che ricoprono le pareti vaginali, ci aiutano nell'inquadramento diagnostico, inoltre durante la visita possiamo eseguire valutazioni immediate che ci orientano nella diagnosi, come la misurazione del pH vaginale ed il "fishy odor test" (o "amine-test"). Gli esami colturali sono scarsamente specifici: la *Gardnerella vaginalis*, ad esempio,

Se tempestivamente diagnosticata e opportunamente trattata la VB è risolvibile in tempi brevi senza importanti sequele



tamento, indicano l'assenza di controindicazioni all'utilizzo del dequalinio cloruro in gravidanza oppure durante l'allattamento, ciò anche per il ridotto assorbimento sistemico del farmaco quando viene applicato in vagina.

La tollerabilità del prodotto è buona, i rari effetti collaterali segnalati sono: perdite vaginali, prurito ed eritema, sporadicamente ulcerazioni vaginali.

In conclusione: diversi studi clinici dimostrano che il dequalinio cloruro rappresenta una novità terapeutica in tema di vaginosi batterica, ma anche nelle

infezioni vaginali in generale, a seguito del suo ampio spettro d'azione, maggiore di altri prodotti presenti sul mercato. In particolare è dimostrata la grande attività nei confronti dell'*Atopobium vaginae* (anaerobio gram + presente nel 50% delle VB), che invece non è sensibile al metronidazolo. Il fallimento terapeutico di quest'ultimo, rappresentato da recidive e da pazienti non rispondenti al-

remissione della sintomatologia avviene solitamente entro 24-72 ore dopo la prima applicazione, ma è necessario completare il trattamento anche dopo la scomparsa dei disagi soggettivi: la letteratura riporta che una terapia inferiore a sei giorni provoca frequentemente una recidiva sostenuta dall'*Atopobium vaginae*, riscontrato in alte concentrazioni nelle VB insieme alla *Gardnerella vaginalis*.

In uno studio randomizzato multicentrico internazionale che ha coinvolto 15 centri specialistici, per un totale di 321 donne arruolate con diagnosi certa di VB, è stato confrontato l'uso del dequalinio cloruro (1 compressa vaginale da 10 mg/die x 6 giorni: 164 donne) con clindamicina (5 g. crema vaginale al 2% /die x 7 giorni: 157 donne). I due trattamenti si sono rivelati ugualmente efficaci con una leggera superiorità terapeutica per il gruppo trattato con il dequalinio cloruro, dove si è riscontrato un tempo più breve di ripristino dell'ambiente vaginale fisiologico, ma soprattutto un'evidente minore incidenza di candidosi post-trattamento.

Quattro studi clinici, condotti su 181 donne gravide o in allat-

Il dequalinio cloruro è un nuovo antiinfettivo topico con ampio spettro d'azione nei confronti dei principali patogeni responsabili delle infezioni vaginali. Diversi studi clinici dimostrano che rappresenta una novità terapeutica in tema di vaginosi batterica, ma anche nelle infezioni vaginali nel loro complesso

la terapia, è dovuto principalmente alla presenza dell'*Atopobium vaginae*.

L'efficacia terapeutica rende il dequalinio cloruro paragonabile alla clindamicina, rispetto alla quale però ha un più rapido ripristino della normale flora lattobacillare vaginale e quindi del pH, inoltre una minore incidenza delle superinfezioni da candida che si presentano con una certa frequenza dopo tratta-

mento della VB con clindamicina crema vaginale al 2%. Il farmaco è utilizzabile con sicurezza durante la gravidanza (unica limitazione non usarlo entro le 12 ore precedenti il parto per ridurre al minimo l'esposizione del neonato) e l'allattamento. I dati sulla sicurezza del metronidazolo in gravidanza sono contraddittori, motivo per cui il suo uso è controindicato; essendo poi secreto nel latte materno in concentrazioni significative anche quando viene somministrato per vie differenti da quella orale, è sconsigliato anche durante l'allattamento. La clindamicina non è raccomandata nel primo trimestre di gravidanza, ma può essere somministrata nel 2° e 3° trimestre. Non è noto se la clindamicina applicata per via vaginale venga escreta nel latte materno; è invece dimostrata tale presenza dopo somministrazione orale o parenterale. È opportuno, pertanto, valutare accuratamente il rapporto beneficio/rischio quando viene somministrata durante l'allattamento.

In sintesi si può affermare che da studi clinici recenti risulta chiaro che il dequalinio cloruro rappresenta una importante novità terapeutica nell'ambito delle infezioni vaginali nel loro complesso. **Y**

I regimi di trattamento raccomandati dai Centers of Disease and Control and Prevention (CDC)

Metronidazolo orale 500mg	2 volte al dì per 7 gg
<i>oppure</i>	
Metronidazolo gel 0.75%	1 applicazione (5g) in vagina per 5 gg
Clindamicina crema 2%	1 applicazione (5g) in vagina per 7 gg, (non è il farmaco di prima scelta perché meno efficace e più costoso)
In alternativa:	
Metronidazolo* orale 2g	in singola dose
<i>oppure</i>	
Clindamicina orale 300mg	2 volte al dì per 7gg
<i>oppure</i>	
Clindamicina ovuli 100mg	1 ovulo in vagina per tre giorni

*L'asterisco segnala il trattamento farmacologico con il miglior rapporto costo-efficacia

Fonte: Centers for Disease and Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. MMWR 2006;55(RR11):1-94

non mostrano evidenze certe per la loro raccomandazione, anche se appare interessante la loro associazione con il metronidazolo nella riduzione delle recidive.

L'eziologia polimicrobica, l'epidemiologia, le complicanze ostetriche e ginecologiche e l'elevato tasso di ricorrenza dopo trattamento, sono da stimolo per la ricerca di nuovi farmaci per il trattamento della VB.

UNA NOVITÀ TERAPEUTICA

Recentemente è stato proposto un antisettico appartenente alla classe dei composti dell'ammonio quaternario, il dequalinio cloruro, un nuovo antiinfettivo topico con ampio spettro d'azione nei confronti dei principali patogeni responsabili delle infezioni vaginali quali Gram+ aerobi, Gram- aerobi, molti batteri anaerobi, miceti (*Candida* spp.) ed alcuni protozoi (*Trichomonas*). Tale preparato possiede inoltre una documentata

efficacia clinica ed un buon profilo di tollerabilità e sicurezza che lo rende utilizzabile anche in gravidanza e durante l'allattamento.

L'ampio spettro d'azione, maggiore di molti antibiotici, deriva dalla peculiarità di utilizzare molteplici modalità d'attacco ai patogeni, ciò conferisce al farmaco una rapida attività battericida ed impedisce la creazione di ceppi batterici resistenti. Il dequalinio cloruro, infatti, determina la morte delle cellule batteriche sia incrementandone la permeabilità con conseguente perdita di enzimi, che penetrando nella cellula e denaturando direttamente gli enzimi deputati ad alcune essenziali reazioni metaboliche (metabolismo del glucosio, sintesi dell'ATP mitocondriale, sintesi proteica a livello ribosomiale, legame col DNA).

Il dequalinio cloruro è commercializzato in compresse vaginali e la posologia consigliata è di 1 cpr/die per 6 giorni. La

Per saperne di più

- Centers for Disease and Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. MMWR 2006;55(RR11):1-94
- Nygren P, Fu R, Freeman M, Bougatso C, Guise JM. Screening and Treatment for Bacterial Vaginosis in Pregnancy: Systematic Review to Update the 2001 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. Evidence Synthesis No. 57. AHRQ Publication No. 08-05106-EF-1. Rockville, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; January 2008
- McDonald H, Brocklehurst P, Parsons J. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic

- Reviews 2007, Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Antenatal care - Routine care for the healthy pregnant woman. 2nd edition (2008 update)
- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin. Assessment of risk factors for preterm birth - Clinical management guidelines for obstetrician gynecologists. No 31. Obstet Gynecol 2001;98:709-16
- British Association for Sexual Health and HIV and the Clinical Effectiveness Group. Revised national guideline for the management of bacterial vaginosis. London:ASHH; 2006
- Li J, McCormick J, Bocking A, Reid G. Importance of vaginal microbes

- in reproductive health. Re- prod Sci 2012;19:235-242
- Bohbot JM, Lepargneur JP. Bacterial vaginosis in 2011: a lot of questions remain. Gynecol Obstet Fertil 2012;40:31-36
- Verstraelen H, Verhelst R, Roelens K, Temmerman M. Antiseptics and disinfectants for the treatment of bacterial vaginosis: a systematic review. BMC Infect Dis 2012;28;12:148
- Ilkit M, Guzel AB. The epidemiology, pathogenesis, and diagnosis of vulvovaginal candidosis: a mycological perspective. Crit Rev Microbiol 2011;37:250-261
- Nyirjesy P, Robinson J, Mathew L, Lev-Sagie A, Reyes I, Culhane JF. Alternative therapies in women with chronic vaginitis. Obstet Gynecol 2011;117:856-861

- Payne SC, Cromer PR, Stanek MK, Palmer AA. Evidence of African-American women's frustrations with chronic recurrent bacterial vaginosis. J Am Acad Nurse Pract 2010;22:101-108
- Josey WE, Schwabke JR. The polymicrobial hypothesis of bacterial vaginosis causation: a reassessment. Int J STD AIDS 2008;19:152-154.
- Jesus De La Calle J, Jesus De La Calle MA. Bacterial vaginosis. Med Clin (Barc) 2009;133:789-797
- Lopes dos Santos Santiago G, Grob P, Verstraelen H, Waser F, Vaneechoutte M. Susceptibility testing of *Atopobium vaginae* for dequalinium chloride. BMC Res Notes 2012;5:151
- Weissenbacher ER, Donders G, Unzeitig V et al. Fluomizin Study

- Group. A comparison of dequalinium chloride vaginal tablets (Fluomizin®) and clindamycin vaginal cream in the treatment of bacterial vaginosis: a single-blind, randomized clinical trial of efficacy and safety. Gynecol Obstet Invest 2012;73:8-15
- Petersen EE, Weissenbacher ER, Hengst P et al. Local treatment of vaginal infections of varying etiology with dequalinium chloride or povidone iodine. A randomised, double-blind, active-controlled, multicentric clinical study. Arzneimittelforschung 2002;52:706-715
- Lamont RF, Sobel JD, Akins RA et al. The vaginal microbiome: new information about genital tract flora using molecular based techniques. BJOG 2011;118:533-549