

G Y N E C O

ORGANO
UFFICIALE
DELL'ASSOCIAZIONE
OSTETRICI
GINECOLOGI
OSPEDALIERI
ITALIANI

AOGOI

88° CONGRESSO SIGO
53° CONGRESSO AOGOI
20° CONGRESSO AGUI

**NUMERO
SPECIALE**

L'universo femminile: un infinito da esplorare

7
2013

MULTICENTRUM® MATERNA® diventa Nestlé.

La completezza e la qualità
di sempre insieme all'esperienza
in nutrizione di **oltre 145 anni**.



Le mamme dovrebbero chiedere consiglio al medico per come prepararsi ad allattare al seno e per come proseguire l'allattamento. Salvo contrario parere del pediatra, il lattante non dovrebbe ricevere alimenti per integrare il latte materno fino a che l'allattamento al seno non sia ben avviato, per evitare possibili effetti negativi sulla normale prosecuzione dell'allattamento stesso.

Gli integratori non sono da intendersi come sostitutivi di una dieta varia ed equilibrata e di uno stile di vita sano.

MULTICENTRUM® è un marchio registrato di Wyeth LLC, utilizzato su licenza. MATERNA® è un marchio registrato di Société des Produits Nestlé S.A.

ANTEPRIMA
CONGRESSO
SIGO
AOGOI
AGUI



Le immagini sono tratte dalle opere di:

Giacomo Balla (Insidie di guerra, 1915 - Linea di velocità + Paesaggio + Rumore, 1913); **Bruschetti** (Paesaggio collinare, 1935); **Benedetta Cappa Marinetti** (Genova 1933); **Tullio Crali** (Incuneandosi nell'abitato, 1938 c. Cover); **Giulio D'anna** (Aerei Caproni sul vulcano, 1929); **Mino Delle Site** (Il poeta Aliluce, 1932); **Gerardo Dottori** (Paesaggio umbro, 1932); **Julius Evola** (Mazzo di fiori, 1917 c); **Nicolay Diulgheroff** (Donna alla finestra, 1927); **Ivo Pannaggi**; **Pippo Rizzo** (Donna che fuma, 1920); **Mario Sironi** (La bomba, 1918-21); **Varvaro** (Ambiente musicale, 1928)

4 La salute femminile fa parte del nostro Dna
Vito Trojano, Presidente AOGOI

7 Un'occasione di aggiornamento da non perdere
Nicola Surico, Presidente SIGO

8 Un universo femminile dinamico, che determina non una sola ma tante diverse realtà
Massimo Moscarini, Presidente AGUI

9 Si torna a Napoli dopo sei anni
di Carlo Sbiroli

10 I ginecologi custodi della salute delle donne
Beatrice Lorenzin, Ministro della Salute

12 Su questi obiettivi così importanti per il "valore salute" potremo impegnarci insieme
Emilia Grazia De Biasi, Presidente Commissione Sanità del Senato

13 "Responsabilità medica, in autunno si riaprono i giochi"
Benedetto Fucci, Segretario Commissione Affari Sociali della Camera

15 "L'obiettivo è una sanità con i conti in ordine e sempre più vicina ai bisogni della gente"
Stefano Caldoro, Presidente Regione Campania

Alle pagine 16-32
L'universo femminile: un infinito da esplorare
Anteprima dei temi congressuali

16 Medicina di genere: una realtà da cui ormai non si può più prescindere
Elsa Viora, Maria Gabriella De Silvio

16 Violenza sulle donne: l'Aogoi in prima fila da quasi 15 anni
Valeria Dubini

17 La donna migrante e il ginecologo italiano
Mbiye Diku

19 La contraccezione e i suoi dintorni
Emilio Arisi

20 Ipertensione in gravidanza. Una patologia nota ma ricca di nuove ricerche e protocolli di trattamento clinico
Herbert Valensise

20 Il tumore dell'ovaio oggi, tra diagnosi e citoreduzione
Giorgio Giorda

21 Cancro endometriale: hanno ancora senso i cut off ecografici?
Giuseppe A. Trojano

22 La chirurgia robotica in ginecologia: da "Da Vinci a Single port"
Giacomo Corrado, Enrico Vizza

23 Chirurgia ginecologica: sicurezza, costi e riduzione delle complicanze
Mauro Busacca, Giulia Alabiso, Allegra Barbasetti Di Prun, Susanna Bonato

Simposio FGO M

24 The increasing cesarean section rate: is it justified?
Gianpaolo Mandruzzato

24 Il taglio cesareo. Una forma naturale di partorire?
Luis Cabero Roura

25 Vaccinazione anti Hpv: a che punto siamo
Carlo Maria Stigliano

27 La terapia del prolasso genitale tra outcomes anatomici e qualità di vita
Mauro Cervigni

28 PGD e PGS nei centri italiani: enigma tra scienza, etica e diritto
Giovanni Monni

29 Menopausa e trattamento ormonale: cosa è cambiato?
Francesca Nocera

29 In attesa del decreto sulle assicurazioni
Carmine Gigli

30 Aogoi: dall'Ufficio Legale all'accreditamento europeo
Vania Cirese

Simposio AGITE

31 Un appuntamento speciale anche per noi "territoriali"
Giovanni Fattorini

31 La "casa comune" dei Ginecologi inizia dal concreto riconoscimento del ruolo del Territorio
Sandro M. Viglino

Simposio AIO

32 Dal profilo professionale alla clinical competence dell'ostetrica
Antonella Marchi

33 Il Workshop di GynecoAogoi

34 In ricordo di Eleonora Cantamessa e di Paola Labriola
Carlo Maria Stigliano



Vito Trojano,
Presidente AOGOI

La salute femminile fa parte del nostro Dna

La ritrovata compattezza e sintonia tra le varie anime della ginecologia italiana rappresentate da Sigo, Aogoi e Agui hanno reso più matura e forte la nostra categoria. La durezza di questi tempi ha forse facilitato questo processo, contribuendo a smusare le divergenze e a indirizzare le nostre energie verso obiettivi comuni. Uno su tutti, quello di “salvare” la ginecologia italiana in tempo di crisi. Salvarla senza derogare alla qualità della nostra assistenza, come stanno facendo tutti gli operatori coinvolti nel percorso nascita (e

Napoli sta per aprire nuovamente le porte, dopo sei anni, alla ginecologia italiana. Non so se la città sia rimasta la stessa di allora, di sicuro è cambiato il contesto e il clima in cui si svolge il nostro nuovo appuntamento nazionale. Siamo cambiati noi e le nostre società scientifiche. Sicuramente in meglio.

gran parte dei professionisti della sanità). Malgrado i tagli “orizzontali” che stanno facendo implodere il nostro Ssn, i turni massacranti...le carenze “organizzative e strutturali”, come si

suol dire. Malgrado una buona legge sulla responsabilità medica che non si è ancora fatta; malgrado il deflagrante contenzioso medico paziente e la scure dei premi assicurativi che colpiscono

soprattutto i nostri colleghi più giovani.

La qualità del programma scientifico di questo congresso di Napoli è, anche questa, una piccola risposta allo scenario di crisi

che stiamo vivendo. È la risposta di una sanità, di una ginecologia italiana che non si arrende e non deroga alla qualità. Il 53° Congresso nazionale Aogoi rimarrà sicuramente impres-



so nella mia memoria anche per questo. Ma non solo. Questo infatti sarà il mio ultimo congresso nazionale da presidente Aogoi e dunque sia per me che per la nostra Associazione sta per aprirsi una nuova stagione, che vedrà il mio successore impegnato a continuare il grande lavoro di squadra fatto in questi anni e a raccogliere nuove sfide. E lo stesso sarà anche per me. Non nascondo che è stato un triennio faticoso. Essere alla guida di un'associazione così importante e nel contempo portare avanti un impegno ospedaliero di grande responsabilità non è sempre facile, come ben sanno i colleghi che prima di me hanno avuto l'onore di guidare

la nostra Associazione. Ma l'entusiasmo per le tante iniziative che siamo riusciti a mettere in campo, la soddisfazione per gli obiettivi raggiunti e il vostro forte supporto in questi anni sono stati davvero un buon corroborante. **Tre anni fa**, ad ottobre, quando al congresso nazionale di Milano sono stato eletto presidente, la ginecologia italiana era reduce da un'estate terribile. Intorno ad alcuni casi, veri o presunti, di "malasanità" in sala parto era stato costruito un'attacco mediatico senza precedenti nei confronti dell'intera categoria degli specialisti ostetrici ginecologi italiani. Lo sconforto tra i medici e il disorientamento

nelle donne in gravidanza era forte.

Da questa esperienza poco felice, direi meglio da questo "shock", abbiamo però imparato molto. Ci ha dato una spinta propulsiva...e ne siamo usciti più forti. L'Aogoi, insieme alla Sigo e con il supporto della Fesmed, ha saputo reagire prontamente allo schiaffo, portando alla ribalta nazionale le criticità organizzative e strutturali con le quali combattiamo ogni giorno e, soprattutto, è stata capace di formulare una proposta chiara e articolata per il riordino dei punti nascita. Ed è sulla scia delle nostre proposte che il ministro Fazio ha predisposto il piano per la riorganizzazione dei punti nascita, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 16 dicembre 2010.

Il mancato decollo di questa riforma, rimasta ancora sulla carta, non è stata però una sconfitta della nostra categoria ma della politica, complice la disastrosa crisi economica. Le 10 linee di azione di questa riforma ora rappresentano una road map da cui non si può prescindere. Lo ha dimostrato il successo del primo sciopero nazionale dei ginecologi e delle ostetriche, il 12 febbraio scorso, quando il fronte compatto di tutte le associazioni sindacali e professionali della ginecologia italiana "contro il contenzioso medico legale e per la sicurezza dei Punti nascita" ha raccolto il consenso pressoché unanime della classe medica. Lo dimostra ora anche il recente annuncio del ministro Lorenzin riguardo uno dei punti più delicati della nostra riforma: la necessità di riconvertire i piccoli ospedali. E proprio riguardo alla chiusura

La qualità del programma scientifico di questo congresso di Napoli è, anche questa, una piccola risposta allo scenario di crisi che stiamo vivendo

dei cosiddetti "piccoli" punti nascita, sprovvisi degli adeguati standard organizzativi in termini di attrezzature e di organico, e alla riduzione progressiva dei centri con un numero inferiore di 1000 parti l'anno, voglio dire che Aogoi e Sigo hanno assunto una posizione molto coraggiosa. Come si suol dire, "ci abbiamo messo la faccia". Perché è difficile far comprendere ai cittadini, alle donne, a tutte le figure professionali coinvolte nel percorso nascita come questi



criteri vadano a loro tutela, che la "riorganizzazione" può non essere sempre e comunque dettata da ragioni economico-ragionieristiche. Soprattutto quando poi non vengono investite le necessarie risorse nei servizi territoriali e la tanto auspicata integrazione ospedale-territorio non decolla.

Ma il clamore suscitato dai ripetuti casi di denunce in sala parto ha

prodotto anche un altro importante, duplice, risultato: l'indagine conoscitiva sui punti nascita e il contenzioso medico-paziente, realizzata nel 2011 dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari, presieduta da Leoluca Orlando e coordinata dal nostro collega parlamentare Benedetto Fucci. Questa indagine, a cui ho avuto il privilegio di contribuire in qualità di consulente Aogoi, ci ha permesso, dopo due anni di lavoro, di avere per la prima volta un quadro det-

tagliato della situazione dei punti nascita italiani, di fotografarne le criticità sul territorio. Ma non solo, ha finalmente svelato il "bluff" della malasanità. Perché, a conti fatti – analizzando i dati sui procedimenti per lesioni colpose e omicidio colposo ascrivibili a personale sanitario in circa 90 Procure italiane – è emerso che il 98,8% dei procedimenti a carico di sanitari (di cui circa il 10% ginecologi) è stato archiviato senza alcuna condanna per gli operatori!

Questo risultato non è piovuto dal cielo: abbiamo lavorato molto per diventare tra i partner principali nel dialogo con le istituzioni. Se le iniziative politiche non sono in linea con quanto enunciato dalle Società scientifiche si producono pericolosi paradossi i cui effetti ricadono sul cittadino, ed è per questo che dobbiamo essere in grado di orientare l'azione politica. In quest'ottica, il rafforzamento della nostra presenza nelle sedi istituzionali è stato uno dei punti in cima alla mia agenda di presidente Aogoi. E siamo riusciti, lo dico con orgoglio, a diventare attori importanti, con un peso e una voce a cui il mondo politico ora dà ascolto.

L'articolo della senatrice Emilia Grazia De Biasi, presidente della Commissione Sanità del Senato, che ringrazio per il suo contributo su questo numero di *GynecoAogoi*, riflette bene lo spirito e il valore di questo cambiamento nei rapporti tra politica e società scientifiche. Un "doppio binario" che è stato possibile costruire anche grazie al sostegno di al-

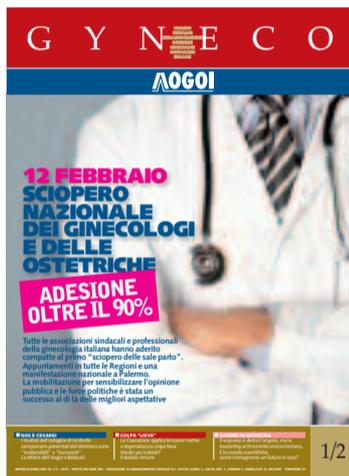
cuni colleghi in Parlamento. Primo tra tutti il nostro collega Benedetto Fucci, che ha sempre recepito le nostre istanze, stimolando con le sue tante proposte di legge l'interesse e la sensibilità della Commissione Affari Sociali (e di tutti i parlamentari impegnati nel settore della sanità) sulle principali problematiche della nostra categoria: dalla sicurezza del percorso nascita alle assicurazioni, alla responsabilità professionale. In questo contesto, non posso non apprezzare l'attenzione riservata anche dal ministro della Salute Beatrice Lorenzin che, insieme con il presidente Sigo, abbiamo incontrato lo scorso luglio, nell'urgenza di differire la scadenza del termine per l'obbligo assicurativo, che poi fortunatamente è stato fatto slittare di un anno.

Ma in questi anni il nostro dialogo con le istituzioni ha puntato ad andare anche oltre gli ambiti classici dell'ostetricia e della ginecologia. Penso alle nostre proposte e progetti: da quello sui poli di eccellenza, premessa indispensabile per l'individuazione degli ospedali di insegnamento, al più recente, ambizioso progetto di costruire un network europeo sulla responsabilità professionale, che nel luglio scorso ha mosso i suoi primi passi in Europa.

Si tratta di una iniziativa di grandissimo interesse per la nostra categoria e di notevole prestigio per la nostra associazione, a cui d'ora in avanti mi dedicherò "a tempo pieno" insieme al segretario nazionale Antonio Chiantera, alla responsabile dell'Ufficio legale Aogoi, l'avvocata Vania Cirese, e a quanti tra voi vorranno condividere con noi questa sfida.

Se, come auspichiamo, la Commissione Europea darà il suo parere positivo all'interrogazione presentata dal parlamentare europeo Andrea Cozzolino, che ha recepito lo spirito e i contenuti della nostra proposta, l'Aogoi avrà finalmente aperto la strada a una disciplina sulla responsabilità professionale di stampo europeo e potrà rendersi interlocutore attivo presso le Direzioni Generali interessate della Commissione Salute e Mercato. L'accreditamento della nostra Associazione, recentemente presentato al Parlamento Europeo, è un ulteriore passo in questa direzione.

Di quanto sia importante acquisire "peso" e "prestigio" in ambito internazionale



lo abbiamo toccato con mano in occasione del "Figo 2012", il congresso mondiale che abbiamo ospitato a Roma l'autunno scorso. Anche questo un risultato che non ci è stato "regalato". Per questo "storico" evento la squadra Sigo-

Aogoi ha lavorato a lungo e tenacemente. Il sogno, in cui per primo aveva creduto il nostro segretario nazionale, si era finalmente avverato. Del resto, come potevamo lasciarci sfuggire un'occasione così unica per far conoscere meglio a livello internazionale la realtà clinico-scientifica italiana, i risultati conseguiti nella ricerca e i nostri giovani talenti?

Anche l'esperienza del mondiale di ginecologia ci ha insegnato qualcosa di importante. Innanzitutto il valore del lavoro di squadra, l'importanza di "unire risorse e intelligenze", come ha scritto il presidente Agui Massimo Moscarini nel suo articolo alle pagine seguenti. Di questo dovranno farne tesoro soprattutto le nostre nuove leve, che dovranno, in un contesto di grandi difficoltà economiche, essere comunque in grado di offrire a un universo femminile sempre più consapevole della sua "diversità" le migliori competenze e i più attuali strumenti di prevenzione, diagnosi e cura che la scienza e la medicina mettono a disposizione.

Da una formazione professionale di alto livello alla garanzia di una copertura assicurativa e legale proiettata nel tempo, l'Aogoi non ha mai dimenticato di investire sul futuro dei giovani. E nei mesi del mio mandato ho cercato di valorizzare al massimo il patrimonio di conoscenze ed esperienza maturato dalla nostra associazione, per garantire ai nostri giovani colleghi quello che una società scientifica può e deve dare loro.

I contributi che i colleghi ci hanno gentilmente offerto nell'anteprima congressuale di questo numero riflettono perfettamente la vitalità della nostra ginecologia e ostetricia e le competenze che abbiamo acquisito in ambito scientifico ma anche in quello sociale e culturale.

Il nostro know-how è al passo con gli straordinari progressi compiuti nei più svariati ambiti della nostra specialità. Si pensi solo alla ginecologia oncologica e ai suoi progressi in termini di diagnosi e trattamento chirurgico; alla chirurgia conservativa e mini-invasiva, esaltata dagli straordinari macchinari della chirurgia robotica; alla nostra ricerca: ai nostri cervelli, moltissimi dei quali femminili, che si distinguono (ahimè soprattutto al-

l'estero, ma dopo aver studiato in Italia) nel campo della ricerca clinica e di base. Ma i ginecologi si sono resi interpreti anche dei profondi cambiamenti sociali e culturali che hanno attraversato le nostre società. Al fianco delle donne, dall'adolescenza alla terza età.

In questi ultimi anni i ginecologi italiani, ma anche europei, di tutto il mondo, hanno promosso un'idea nuova di società che pone la salute e il benessere della donna al centro dell'interesse collettivo e hanno abbattuto molti dei muri che costellano la strada verso le Pari opportunità.

Il ginecologo ha contribuito a combattere atteggiamenti discriminatori verso le donne e a ridurre le disuguaglianze in termini di accesso alla salute; a sostenere le donne e le adolescenti nelle loro scelte sessuali e riproduttive; a raccogliere la sfida dei bisogni di salute della popolazione femminile immigrata e a far emergere il dramma della violenza contro le donne. Su questo fronte l'Aogoi è impegnata da quasi 15 anni. È stata tra le prime associazioni mediche in Italia a evidenziare come il problema della violenza rappresenti anche un problema di salute e ha istituito un Gruppo nazionale contro la violenza che si è molto impegnato anche per far crescere tra i ginecologi la consapevolezza di quanto possa essere importante il ruolo dei sanitari nell'emersione e contrasto di questo fenomeno. La medicina di genere è un'altra realtà in cui l'apporto del ginecologo è stato fondamentale, quando l'attenzione prestata in campo medico nei confronti della differenze biologiche e sociali era ancora molto scarsa.

Questi e molti altri sono gli ambiti in cui il ginecologo riveste un ruolo fondamentale nella salute femminile. Ma riconoscere tutto ciò, riconoscere il valore umano intrinseco alla nostra professione non può prescindere dall'investire risorse nell'area materno-infantile e dalla tutela della nostra categoria sul piano normativo, giuridico ed economico.

Realizzare un Collegio Italiano di Ginecologia: la casa comune di tutti i ginecologi

italiani potrebbe rendere più concreti questi obiettivi e aumentare il nostro prestigio anche in ambito internazionale.

Ci aspettano "anni di lavori in corso", come ho scritto in uno dei miei primi editoriali, in cui tutti insieme, tutte le figure professionali coinvolte nel percorso nascita, dovremo remare con forza.

Ringrazio tutti coloro che mi sono stati vicini e mi hanno sostenuto in questo triennio di presidenza, dai segretari regionali e provinciali ai presidenti delle nostre società affiliate. Ringrazio il presidente della Fesmed Carmine Gigli per il sostegno alle nostre battaglie. Ringrazio il Direttivo Aogoi e soprattutto il nostro timoniere, il segretario nazionale Antonio Chiantera, per l'amicizia e la fiducia che mi ha riservato in questi anni.

Voglio inoltre ricordare l'ottimo lavoro svolto dalla Segreteria nazionale, con Elsa e Laura che ci hanno seguito con capacità e grande pazienza. Grazie anche a loro.

Mi si conceda infine di ringraziare il nostro *GynecoAogoi*: il nostro prezioso organo di informazione che da anni segue con grande professionalità e attenzione l'attività della Aogoi nel variegato panorama della politica sanitaria italiana. Un sincero grazie per l'impegno profuso nel nostro giornale a Carlo Sbiroli, responsabile Aogoi per l'editoria, ad Arianna Alberti, che ne cura il coordinamento editoriale, e a tutti i colleghi che contribuiscono ad arricchirlo con i loro contributi. Grazie anche a Carlo Maria Stigliano, per aver rinnovato e potenziato gli altri nostri due importanti strumenti di informazione e aggiornamento: Rivista di Ostetricia Ginecologia Pratica e Medicina perinatale e il nostro sito web.

Vi invito dunque a partecipare attivamente a questo congresso di grande rilevanza scientifica culturale e clinico pratica, come ha sottolineato il presidente Sigo Nicola Surico nel suo contributo, nonché di grande importanza per la vita delle nostre società che in questa sede dovranno rinnovare le cariche sociali per il prossimo triennio 2014-2016.

Concludo ringraziando i tre presidenti di questo Congresso Nazionale: Giuseppe De Placido, Carmine Nappi e Fabio Sirimarco che, con un budget ridotto rispetto alle passate edizioni congressuali, si sono spesi generosamente per la miglior riuscita di questo evento. **Y**

Il Congresso Nazionale SIGO a Napoli

Un'occasione di aggiornamento da non perdere

Nicola Surico
Presidente SIGO

Il prossimo Congresso Nazionale della Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia (Sigo), della Associazione Ostetrici e Ginecologi Ospedalieri (Aogoi) e della Associazione Ginecologi Universitari (Agui) è un Congresso di grande importanza per la vita della società che in questa sede dovrà rinnovare le cariche sociali per il prossimo triennio 2014-2016. Il Programma è stato elaborato con l'aiuto dei Presidenti del Congresso ed armonizzato anche in accordo alle nuove regole congressuali che si sono dovute introdurre nella vita societaria per migliorare la capacità economica e la sopravvivenza futura della Società.

In relazione alle condizioni economiche recessive in cui l'Italia si muove e che si riflettono anche sulla partecipazione delle società farmaceutiche, di apparecchiature mediche e di ogni altra attività congressuale al Congresso stesso, si è deciso di chiedere alle società confederate nella organizzazione del Congresso di seguire una linea di riduzione sensibile del numero di ospiti invitati e di privilegiare per quanto possibile l'assegnazione di relazioni a soci giovani competenti, che abbiano prodotto esperienze scientifiche significative nel settore specifico. Questo nuovo regolamento congressuale è stato approvato alla unanimità nel corso di riunioni del Consiglio Direttivo.

Il programma risulta così articolato in diverse giornate e diverse tematiche ostetriche ginecologiche, oncologiche, di chirurgia endoscopica e di ginecologia ambulatoriale.

I tre cardini su cui è stato organizzato il programma scientifico sono Aggiornamento Scientifico, Ricaduta sulla pratica clinica e Vetrina per i Giovani Ginecologi. Si è cercato infatti di modulare una serie di attività senza prescindere dall'aggiornamento e dall'up-to-date delle ultime novità culturali, ma con attenzione alla ricaduta clinica pratica che ogni socio presente

"Aggiornamento Scientifico, ricaduta sulla pratica clinica e vetrina per i giovani ginecologi: questi i tre cardini su cui è stato organizzato il programma scientifico congressuale che ha cercato di modulare una serie di attività senza prescindere dall'aggiornamento e dall'up-to-date delle ultime novità culturali. Con un'attenzione alla ricaduta clinica pratica, che ogni socio presente in aula può recepire e mettere in atto nella propria attività quotidiana, e all'attività dei nostri colleghi più giovani"



"IL CONGRESSO RIVESTE una notevole importanza per il rinnovo delle cariche sociali della SIGO. Il Consiglio Direttivo che ha avuto l'onore di guidare la società in questo triennio termina la sua funzione propulsiva e di stimolo per la vita societaria e l'elezione di un nuovo comitato direttivo avrà luogo a Napoli. Di questo triennio di grande impegno, fatica e soddisfazioni resta una nuova e più moderna organizzazione societaria con particolare attenzione alla razionalizzazione delle spese e all'assicurazione di proventi indispensabili per la vita futura della Società nella prosecuzione del suo compito di aggregazione di tutte le componenti della ginecologia italiana in una grande "casa comune" trasparente, in cui tutti si possano riconoscere sentendosi egualmente e correttamente rappresentati.

in aula può recepire e mettere in atto il giorno successivo nella propria attività quotidiana. Allo stesso modo, uno sforzo di far presentare le differenti relazioni ai giovani cultori della materia è stato messo in atto, quando possibile, con l'aiuto dei Responsabili delle differenti Scuole universitarie ed ospedaliere

coinvolte.

Le principali innovazioni frutto delle ricerche più aggiornate nei vari temi verranno presentate. Particolare attenzione verrà dedicata alle tematiche relative alla sicurezza del paziente oggetto di diagnosi e di trattamento ed alla tutela del ginecologo, troppo spesso oggetto di richieste

risarcitorie immotivate ed artificiali. Allo stesso tempo, un workshop dedicato alla riduzione del contenzioso in ecografia ostetrica farà il punto sulla necessaria attenzione metodologica e strumentale della ecografia ostetrica per contenere i rischi collegati alla esecuzione della diagnostica ecografica tradizio-



nale ed office. In campo ginecologico, un importante tema di interesse congressuale è quello delle lesioni preneoplastiche della cervice uterina, con attenzione specifica all'impiego ed alla gestione dei test diagnostici. Questo aspetto della pratica quotidiana ha un riflesso sulla attività di tutti i ginecologi ospedalieri, ambulatoriali, consultoriali che non può essere sottovalutato nella sua importante ricaduta clinica. A questo tema è associato poi il workshop sulle strategie di prevenzione delle infezioni da Hpv, che valuterà l'efficacia della pratica vaccinale e le future prospettive di prevenzione. L'utilizzo di preparati ormonali in campo ginecologico per la cura dei fibromi uterini, per il trattamento dell'endometriosi saranno oggetto di sessioni dedicate all'approfondimento ed alla discussione della validità delle esperienze scientifiche finora prodotte e delle risultanze delle applicazioni cliniche preliminari.

Un congresso quindi di grande rilevanza scientifica culturale e clinico pratica che spero possa avere la partecipazione più ampia possibile di tutti i ginecologi italiani. Siamo di fronte ad un panorama di cambiamento epocale della attività del ginecologo ostetrico: le innovazioni nella diagnostica della gravidanza e nella identificazione sempre più precoce della gravidanza a rischio specifico di patologia stanno spostando i target di attenzione alle primissime settimane di gestazione piuttosto che alla gravidanza avanzata come in passato si riteneva. L'esplosione scientifica e commerciale dei test di diagnosi prenatale su sangue materno ha aperto una finestra culturale in evoluzione continua che deve obbligatoriamente essere patrimonio del ginecologo.

È quindi con grande entusiasmo che invito tutti a partecipare al prossimo Congresso Nazionale Sigo a Napoli.

Una occasione per dire: io c'ero quando si avviavano nella società le nuove modalità di assistenza e di trattamento. **Y**

Un universo femminile dinamico, che determina non una sola ma tante diverse realtà

Massimo Moscarini
Presidente AGUI

Continua la sfida. Questo ci fa venire in mente il tema dell'88° Congresso Nazionale Sigo 2013: "L'Universo Femminile: un infinito da esplorare", che si terrà a Napoli ad ottobre.

Continua la sfida della ricerca, di trovare nuovi strumenti di diagnosi sempre più precoci per i tumori, o di prevenire malattie, ma anche nel campo delle problematiche sociali e del lavoro, dell'ambiente e delle possibili interazioni con la salute della donna. E ancora, il dibattito fra etica e tecnica, tuttora non risolto, la gravidanza, la maternità, senza trascurare il tema dell'amore genitoriale, che sembra più sommerso nell'attuale società.

Questo infinito universo femminile continuamente dinamico, che determina non una sola ma tante diverse realtà, genera nella ginecologia luci e ombre.

La tutela del gestante e del nascituro è uno dei temi fondamentali. Dagli anni Cinquanta ad oggi l'assistenza ostetrica è cambiata profondamente, ma il sistema attuale non è più adeguato.

A rispondere alle necessità della popolazione in un mondo che è cambiato sono necessari una riforma e una riorganizzazione dell'intero sistema maternità al fine di evitare errori e approssimazioni che possono determinare, seppur raramente, tragici episodi anche se non sempre evitabili. È necessario garantire al massimo la salute della donna e dei nascituri ma anche la sicurezza del personale sanitario, al fine di evitare il ricorso alla medicina difensiva.

Il ginecologo è, insieme alla donna-madre, il primo custode della vita nascente, e difensore del principio non negoziabile qual è il diritto alla vita umana sin dal concepimento.

L'incremento della vita media femminile e la riduzione della mortalità hanno fatto sì che una



È necessario che tutta la Ginecologia italiana unisca le sue risorse e le sue intelligenze e dia il massimo impegno per offrire risposte alla donna e ai nostri giovani, che dovranno formarsi per soddisfare le nuove esigenze dell'attuale società

percentuale sempre maggiore della popolazione femminile sia in postmenopausa. È stato stimato che circa 1/3 della popolazione femminile italiana sia in postmenopausa. Questi dati rendono conto dell'importanza del

problema su base sia sociale che individuale. L'interesse del ginecologo per questa lunga fase della vita femminile si è particolarmente intensificato, con particolare riguardo alla diffusione di stili di vita, modelli comportamentali e regimi terapeutici

che contribuiscano alla riduzione dell'incidenza di malattie età correlate. Si pensi agli importanti sviluppi della chirurgia, con interventi non più vissuti come mutilanti grazie al concetto del-

l'approccio conservativo più rispettoso della donna. Le indicazioni per la chirurgia laparoscopica sono oggi ben codificate e la loro diffusione deriva dal fatto che ormai i centri hanno maturato le competenze necessarie, il che testimonia il notevole sforzo da parte di tutta la ginecologia Italiana.

Ma anche altre sfide deve affrontare la ginecologia italiana. Lo stile di vita femminile è cambiato rispetto al passato.

I modelli culturali hanno portato la donna ad aver una maggior



cura di sé, con lo svantaggio d'imporre modelli inadeguati alla sua fisiologia, come l'aver un figlio oltre i 40 anni.

Quest'ultimo punto, assieme al fatto che la stabilizzazione lavorativa si raggiunge in una fascia di età sempre più avanzata, ha portato la donna a procrastinare il momento del concepimento. Questo comporta una riduzione fisiologica della fertilità ed una maggior esposizione ad agenti patogeni. Inoltre la riduzione fisiologica degli ovociti è accompagnata anche da una diminuzione della loro qualità, aumentando l'incidenza di aneuploidie e di aborti spontanei.

E non sono soltanto questi i temi da esplorare nell'universo femminile... e il ginecologo non deve e non può sottrarsi da studiare e cercare soluzioni a tali problematiche.

Credo che in questo contesto è necessario che tutta la Ginecologia italiana unisca le sue risorse e le sue intelligenze e dia il massimo impegno per dare, insieme, una risposta alla donna in un mondo in continuo cambiamento e ai giovani, che dovranno formarsi per rispondere a tutte le nuove esigenze dell'attuale società.

Voglio infine complimentarmi con i tre Presidenti organizzatori del congresso che, in una situazione oggettivamente molto difficile, sono riusciti a portare a termine la realizzazione dell'evento che avrà un sicuro successo. **Y**

Carlo Sbiroli

Si torna a Napoli dopo sei anni. Iniziamo da questa prima, banale, constatazione. Anche se l'anniversario dice poco, anche se la città che ospiterà questo 88° Congresso Nazionale Sigo - 53° Aogoi - 20° Agui è la stessa della manifestazione del 2007, nella realtà sono cambiate molte cose. L'arco di tempo che separa queste due manifestazioni sembra molto più ampio rispetto a quello che è in realtà (appena 6 anni).

Questo Congresso si svolge in un momento di grave crisi economica e di grande inquietudine politica. Solo pochi mesi fa le nostre associazioni hanno mostrato il loro disagio professionale giungendo alla protesta estrema dello sciopero. Mai i ginecologi italiani avevano osato tanto. Il contenzioso medico-legale e la mancata applicazione delle disposizioni previste nel Piano Nazionale per i punti nascita (risalente al dicembre 2010) avevano esasperato gli animi. Ma la cosa più sconcertante è che, nonostante quest'atto di forza, le cose non sono cambiate. Ormai ci stiamo rassegnando alla precarietà. Alla provvisorietà come condizione stabile. Può apparire un discorso scontato ma proprio per questo è più significativo, perché capita di ascoltarlo e di ripeterlo ogni giorno. In automatico. E questo significa rassegnazione.

Si torna a Napoli dopo il Mondiale Figo 2012 di Roma. Il programma scientifico risente di questa esperienza: mostra temi nuovi, aggiornamenti pregevoli, un buon adeguamento degli argomenti e soprattutto non è inzeppato di soli problemi medici. Il Comitato Scientifico è stato coraggioso e sapiente. È riuscito a liberare la manifestazione da molti temi vecchi e stantii, ormai superati. Ha liberato anche le varie sessioni dai soliti anziani e, entro certi limiti, dalle grandi "star" (ci vuole più coraggio). Ha affidato la maggior parte delle relazioni ai giovani, che già ci hanno fatto fare bella figura al Figo 2012: è il modo migliore di mostrare il livello della ginecologia italiana dopo l'indiscusso successo del Mondiale.

Si torna a Napoli in un clima societario nettamente migliore. Il Congresso del 2007 si svolse in un'atmosfera di forte tensione. Fu testimone della rottura tra la componente universitaria e ospedaliera della Sigo. Anche se per molto tempo ha costituito il tormentone delle nostre società scientifiche quella frattura è stata in un certo senso sa-



Si torna a Napoli dopo sei anni

Dopo sei anni il Congresso Sigo torna nel capoluogo partenopeo. Raggiunge Napoli in un momento di grave crisi economica e di confronto serrato con le istituzioni. È il primo Congresso dopo il Mondiale Figo di Roma che ha dimostrato alla comunità scientifica internazionale il buon livello della ginecologia italiana

lutare perché costrinse a una più rigida conduzione delle società. Soprattutto tracciò "una via nuova" nell'adeguare la ginecologia italiana ai cambiamenti che si erano già registrati nella società italiana e nel mondo della sanità.

Il momento di grave crisi economica influirà sulla partecipazione (in termini di numero d'iscritti) che quest'anno sarà più esigua rispetto al 2007. Le previsioni non sono ottimistiche. Si deve ammettere che non è un periodo facile per organizzare congressi. La grave crisi economica ha investito anche questo settore. Ma gli organizzatori del Congresso di Napoli hanno tirato avanti. Hanno allontanato il brutto pensiero di

mollare tutto. Anzi, a pochi giorni dall'inaugurazione del Congresso mostrano ottimismo.



E il più fiducioso sembra essere proprio il presidente della Sigo, Nicola Surico. Ha presentato un programma molto "misurato" per la parte ludica. In altri termini, gli organizzatori sono stati costretti a fare un buon maquillage al tradizionale grasso, grosso Congresso Nazionale. In questo senso, l'impostazione delle manifestazioni degli anni precedenti è stata completamente abbandonata. "Certamente cambierà l'ospitalità" - scrive Nicola Surico nella sua lettera indirizzata ai soci Sigo. "Non saranno utilizzati hotel a 5 stelle, la ristorazione avverrà secondo principi saldi di sobrietà e in spazi non ludici". Sicuramente il Congresso napoletano dell'austerità avrà costi mol-

to limitati. "Questo non significa - spiega il presidente dell'Aogoi Vito Trojano - che si farà brutta figura. Sicuramente il programma scientifico non è stato influenzato da tale crisi". Si torna a Napoli per eleggere, anche questa volta, un presidente della Sigo di estrazione

Organizzare un congresso a Napoli esercita sempre un grande fascino per la simpatia della gente e per l'incanto della città, ma anche perché ha costituito ogni volta un momento di vivaci discussioni e di valide proposte. Siamo convinti che anche in questo difficile 2013 Napoli non ci deluderà

ospedaliera. Nel 2007 ci volle una "vera" votazione per designare presidente Giorgio Vittori. Un'elezione che fu addirittura appesantita da strascichi legali. Ora la situazione sembra più tranquilla. E questo è sicuramente un bel passo avanti. Ma anche l'Aogoi eleggerà il suo presidente. Sono due scelte importanti. Presentano non poche difficoltà. Dalle scelte che si faranno a Napoli dipenderà non solo il ruolo che le nostre Società vorranno assumere nella politica sanitaria italiana, ma anche, e soprattutto, la ridefinizione del nostro impegno professionale. Questo significa anzitutto riportare la ricerca e la clinica nell'ambito dei reali bisogni della donna. Lo impongono i cambiamenti avvenuti negli ultimi anni nella società civile. Lo impongono, inoltre, il progresso medico, tecnico, biologico e scientifico. È importante anche dare maggiore attenzione ai giovani. È necessario indicare alle nuove generazioni, che stanno arrivando ora alla professione, vie nuove per essere componenti attive del miglioramento della qualità di vita, della cultura umana in senso antropologico, della persona femminile nella sua interezza. Organizzare un congresso a Napoli esercita sempre un grande fascino per la simpatia della gente e per l'incanto della città, ma anche perché ha costituito ogni volta un momento di vivaci discussioni e di valide proposte. Si è convinti che anche in questo difficile 2013 Napoli non ci deluderà. **Y**

Beatrice Lorenzin
Ministro della Salute

La promozione e la tutela della salute delle donne rappresenta un obiettivo strategico e prioritario e un investimento per il miglioramento dello stato di salute del Paese.

Nonostante i progressi compiuti, le strategie per la promozione della salute della donna non sono state, ancora, introdotte in via sistematica in politica sanitaria. Tutt'ora rimane una barriera concettuale per cui la salute della donna è ancora vista come sinonimo della salute riproduttiva.

Nel momento in cui la donna ha finalmente assunto una posizione centrale nell'ambito della società attuale, il ginecologo e tutti gli altri operatori sanitari sono chiamati ad ampliare le proprie competenze e ad inscrivere la propria professionalità nel più vasto contesto della salute integrale della persona. Tutto ciò deve tener conto della dimensione multiculturalità della nostra società con le difficoltà di gestione che questo comporta ma beneficiando anche della ricchezza implicita nel concetto di diversità.

Tutti i livelli di Governo e tutti gli operatori sanitari sono chiamati a sviluppare azioni strategiche per la promozione e la tutela della salute delle donne: dall'*empowerment*, per aiutare ogni donna ad arricchire le proprie competenze per effettuare scelte più consapevoli, alla **prevenzione attiva**, in un contesto organizzativo e sociale in cui la donna rappresenta una risorsa, anche economica, in quanto nucleo e componente essenziale della "cellula" società, nei suoi molteplici ruoli attivi e di cura: donna, mamma, lavoratrice, figlia.

Affinché si mettano in atto concretamente delle strategie specifiche, è indispensabile sostenere uno stretto rapporto tra le strutture territoriali ed ospedaliere, al fine di integrare le attività di tutti gli operatori che svolgono un ruolo per la salute ed il benessere della donna nei suoi vari aspetti. È fondamentale, quindi, tenere un approccio coordinato sui temi della salute delle donne nelle diverse fasi della loro vita, dall'adolescenza all'età post fertile, andando a ricercare un punto di incontro tra territorio ed ospedale, stilando delle linee comportamentali condivise da tutti, basate sull'evidenza scientifica, che possano indurre gli operatori sanitari a ricercare in modo integrato, coordinato e continuativo, percorsi e soluzioni efficaci sul piano dei risultati attesi che prendano

Il contributo del ministro della Salute

I ginecologi custodi della salute delle donne

Nel momento in cui la donna ha finalmente assunto una posizione centrale nell'ambito della società attuale, il ginecologo e tutti gli altri operatori sanitari sono chiamati ad ampliare le proprie competenze e ad inscrivere la propria professionalità nel più vasto contesto della salute integrale della persona



in considerazione anche, nell'accezione della presa in carico, la continuità assistenziale.

La promozione della salute, la prevenzione ed il trattamento delle principali patologie ginecologiche devono essere garan-

titi attraverso una completa integrazione dei servizi dei diversi livelli operativi.

Tutto ciò deve prevedere una maggior attenzione rivolta a favorire l'offerta attiva delle misure preventive, la massima inte-

grazione tra i servizi ambulatoriali, sociali e socio-assistenziali del Distretto Sanitario e le altre strutture facenti capo al settore Materno Infantile.

Ritengo importante ribadire che il Consultorio familiare costituisce un importante strumento, all'interno del Distretto Sanitario, per attuare gli interventi previsti a tutela della salute della donna più globalmente intesa e considerata nell'arco dell'intera vita, nonché a tutela della salute dell'età evolutiva, delle relazioni di coppia e familiari.

Il Ministero della Salute per arrivare a garantire che ogni donna, nell'ambito dei diversi sistemi sanitari regionali, abbia un idoneo percorso che le consenta di accedere con facilità al livello di cura più adeguato e completo per il suo caso, favorisce e supporta ogni intervento

Auspicio che le Regioni che ancora devono completare i loro piani di azione lo facciano al più presto, per la tutela della salute delle donne, dei bambini e per la sicurezza degli operatori

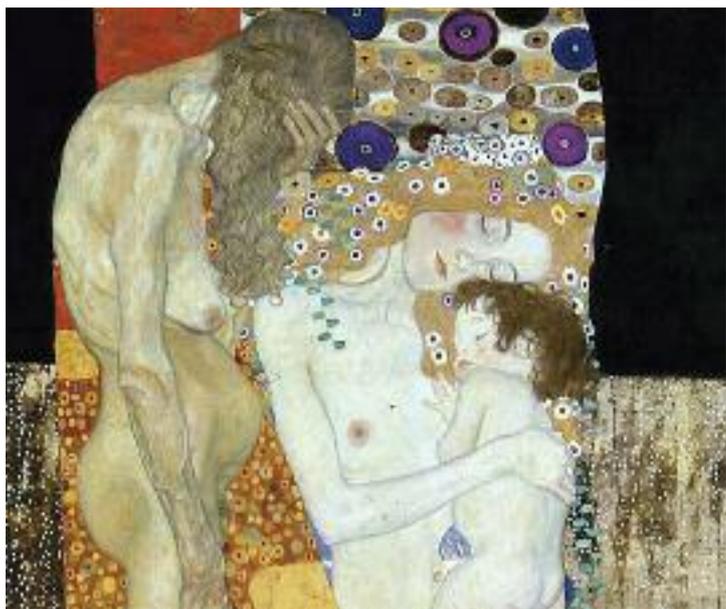
finalizzato ad innalzare la qualità e l'appropriatezza degli interventi sanitari. A tal proposito, voglio ricordare l'Accordo Stato-Regioni "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", sottoscritto il 16 dicembre 2010, Programma nazionale, articolato in 10 linee di azione.

Il parto costituisce l'evento culminante di un "percorso nascita" che inizia con l'adozione di misure di politica sanitaria generali a favore delle adolescenti e delle donne in età fertile e prosegue attraverso l'organizzazione delle strutture sanitarie territoriali e ospedaliere preposte al settore materno infantile ed alla definizione di linee guida di elevato livello scientifico per gli operatori.

A quasi tre anni dalla sottoscrizione dell'accordo alcune Regioni hanno realizzato le azioni previste, in particolare razionalizzando i punti nascita e riorganizzando le risorse disponibili che, in un momento di scarsità delle stesse, assume un valore ancora più strategico e di questo le ringrazio sia come Ministro che come donna. Auspicio che le Regioni che ancora devono completare i loro piani di azione lo facciano al più presto per la tutela della salute delle donne, dei bambini, per la sicurezza degli operatori, nonché per superare le disuguaglianze territoriali ed offrire livelli uniformi di assistenza.

Voglio ricordare anche le Linee guida nazionali sia sulla gravidanza fisiologica sia sul taglio cesareo, elaborate con il coordinamento dell'Istituto Superiore di sanità e recentemente aggiornate, come pure il Disegno di Legge presentato in Consiglio dei Ministri lo scorso 26 luglio che conteneva tra le altre misure l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza per le prestazioni di controllo del dolore nel parto.

Altro argomento che mi sta a cuore è la protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno che rappresentano una priorità di salute pubblica perché il latte materno è l'unico alimento naturale che contiene tutti i nutrienti nelle giuste proporzioni, è facilmente digeribile e contiene una serie di fattori che proteggono dalle infezioni e aiutano a prevenire alcune malattie e allergie, offre quindi molti vantaggi per il bambino in termini di



È fondamentale tenere un approccio coordinato sui temi della salute delle donne nelle diverse fasi della loro vita, dall'adolescenza all'età post fertile, andando a ricercare un punto di incontro tra territorio ed ospedale

salute, crescita e sviluppo psicologico e per la donna.

Un tema di grande attenzione per il Governo è il contrasto alla violenza contro le donne sancito nel recente D.L.93/2013; al riguardo dallo scorso luglio è stata istituita presso il Dipartimento delle Pari opportunità una task force interministeriale per definire un piano di azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere, che contenga azioni strutturate e condivise, in ambito sociale, educativo, formativo e informativo per garantire una maggiore e piena tutela alle vittime. Tra le azioni previste si sta valutando l'opportunità di favorire il mutuo apprendimento estendendo le esperienze positive del "codice rosa", realizzate presso i pronto soccorsi di alcune realtà locali, a tutto

il territorio nazionale, prevedendo anche specifiche azioni di formazione per gli operatori sanitari. Ritengo fondamentale il ruolo dei ginecologi nella prevenzione primaria della salute della donna in quanto molto spesso rappresentano il primo momento di informazione relativamente alla salute della sfera sessuale e riproduttiva. Chiedo, pertanto, a questi "custodi della salute delle donne" di farsi "portavoce" nella diffusione dei corretti stili di vita, anche divulgando tutto il materiale informativo prodotto attraverso il programma "Guadagnare salute" (www.guadagnaresalute.it). Il Programma è finalizzato alla realizzazione di interventi per la tutela e la promozione della salute pubblica che, ormai da tempo, sta promuovendo la diffusio-

ne di adeguati stili di vita, in particolare della donna, quali quelli mirati alla prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare e delle patologie emergenti per la popolazione femminile, quali quelle concernenti i disturbi psichici e le patologie cardiovascolari.

Un importante punto di attenzione nella salute delle donne deve sempre rimanere la promozione dello screening per i tumori femminili più diffusi: mammella e cervice uterina. Relativamente a quest'ultima patologia voglio sottolineare che l'Italia è stato il primo Paese europeo a pianificare una strategia di vaccinazioni pubblica gratuita contro l'Hpv, rivolta alle ragazze dagli 11 ai 12 anni, in modo uniforme su tutto il territorio italiano, che negli anni pro-

durrà una progressiva immunizzazione della popolazione giovane adulta esposta al rischio di infezione.

Per quanto riguarda la sfera sessuale e riproduttiva è importante riflettere che, fin dal tempo dell'adolescenza, deve essere offerta alla giovane donna e al giovane uomo la possibilità di un'informazione chiara, oggettiva e coinvolgente sulla gravidanza nei suoi profili fisici ed emotivi e sullo sviluppo prenatale del bambino. A tal proposito, sempre all'interno di "Guadagnare salute", è stato realizzato il progetto "Pensiamoci prima" (www.pensiamociprima.net).

Nel monitoraggio che il Ministero svolge, in collaborazione con l'Iss, sull'applicazione della L.194/72 emerge una sostanziale riduzione dell'aborto clandestino e l'eliminazione della mortalità e morbilità materna, ad esso associata, a cui si accompagna con la riduzione dell'Ivg ottenuta anche grazie alla promozione di un maggiore e più efficace ricorso a metodi di procreazione consapevole, alternativi all'aborto, secondo gli auspici della legge.

Occorre anche rafforzare la prevenzione e la procreazione tra le donne meno informate, in particolare le straniere, tra le quali si rileva una generale carenza di informazioni e una minore capacità di usufruire delle opportunità assistenziali. Per quanto attiene alla legge n. 40 del 2004, essa tende e dovrà sempre più tendere a garantire alle donne e, quindi, alle coppie, la migliore efficacia e sicurezza delle tecniche di riproduzione medicalmente assistita e ad attuare al meglio i principi ispiratori dichiarati dalla legge, quali la tutela della salute delle donne e la tutela degli embrioni. La medicina di genere è ormai universalmente riconosciuta non soltanto come una branca importante ed essenziale del sapere medico, ma anche come un aspetto che ha importanti risvolti per quanto riguarda l'efficienza e l'equità dei sistemi sanitari. Bisogna lavorare insieme per l'appropriatezza delle cure, in una società sempre più multiculturale, per la valorizzazione e personalizzazione delle differenze mediche e di approccio socio-sanitario così che il nostro sistema sanitario mantenga o aumenti il suo grado di efficacia, efficienza ed equità. **Y**

Prolasso uterino, pessario e igiene intima all'Ozono

Per migliorare la qualità della vita delle pazienti e sanitizzare l'area genitale interessata dal prolasso, **Formesa** e **Neovalis** presentano il principio attivo **Neozone 4000**, altamente performante ed innovativo. Si tratta infatti di olio di girasole ozonizzato che contiene il 9,6% di ossigeno aggiunto, con una pronta azione sanitizzante, energizzante e riparatrice dei tessuti e selettiva contro i microrganismi indesiderati, in particolare sulle Candida.

Prolasso e pessario uterino

For.me.sa. srl dal 1978 distribuisce dispositivi medici sul territorio nazionale. Produce pessari secondo Direttiva 93/42/CEE, certificata dall'ente notificatore Cermet.

Il pessario, anello in gomma o in silicone, rappresenta l'alternativa migliore ai rischi chirurgici e sicuramente la più apprezzata dalle donne.



- UNI EN ISO 13485:2003
- UNI EN ISO 9001:2008

Detergente igienizzante all'Ozono IGIENINA INTIMA

Indicato per:

- Casi di irritazioni, pruriti e perdite bianche
- Quotidiana pulizia dermatologica delle parti intime
- Da usare sempre prima e dopo l'attività sessuale



Crema intima protettiva all'Ozono NEOGYN 10

Indicata per:

- Pruriti, arrossamenti, irritazioni
- In tutti i casi di disfunzione delle parti intime
- Prevenzione nei rapporti sessuali
- Idratante e protettivo
- Riepitelizzante e antinfiammatorio



Emilia Grazia De Biasi
Presidente Commissione
Sanità del Senato

Il problema della messa in sicurezza dei punti nascita è a mio giudizio strettamente connesso a quello dell'aumento del contenzioso medico legale in generale e in ostetricia in particolare. La comunità scientifica ritiene che punti nascita di piccole dimensioni offrano minori garanzie di sicurezza alla donna al momento del parto, specie se intervengono eventi inaspettati. Infatti, la massima garanzia teorica è offerta dall'esperienza accumulata dai ginecologi e dalle ostetriche nel fronteggiare le emergenze, dalla presenza di neonatologi e anestesisti che possano intervenire immediatamente, da un centro trasfusionale efficiente, dalla disponibilità di altri specialisti competenti. Per questo occorre considerare con realismo l'esistenza almeno dei punti nascita con numero di parti inferiore a 500 per anno, fatte salve le eccezioni determinate dalle particolari caratteristiche territoriali di alcune aree del paese. Contemporaneamente va messo a regime (soprattutto in termini di potenziamento della rapidità dei trasporti) il sistema di trasporto assistito materno (Stam) e neonatale d'urgenza (Sten), per evitare i rischi conseguenti a imperdonabili ritardi in un'assistenza High Care.

È ancora forte l'eco del recente episodio accaduto in Sicilia, con la morte del feto durante un cesareo e, poco dopo, della madre quarantenne che, colpita da emorragia, non ha potuto essere trasferita in tempo utile a causa della incredibile circostanza del guasto dell'elicottero di soccorso.

Sono d'accordo con i ginecologi sul fatto che non ci si può concentrare esclusivamente sull'elevato numero di tagli cesarei, senza offrire a chi opera nelle sale parto italiane alternative organizzative che consentano un'assistenza individualizzata alla donna gravida e contribuiscano efficacemente a ridurre il rischio di un contenzioso medico-legale. È però parimenti indubbio che percentuali superiori al 50% di cesarei primari sono del tutto ingiustificabili e nascondono situazioni di "convenienza" (della donna e/o dell'operatore) e che nessuna Regione dovrebbe essere al di sopra del 35%, percentuale vicina alla media italiana attuale.

Alle Regioni e allo Stato spetta di controllare con accuratezza il rispetto degli standard di accreditamento e l'effettivo adeguamento ai Lea dei singoli punti nascita, ma i controlli dovrebbero entrare nel merito della qualità, della sicurezza, dell'appropriatezza e non limitarsi a valutare la concordanza della struttura con le regole di accreditamento.

Su questi obiettivi così importanti per il "valore salute" potremo impegnarci insieme

"Condivido i punti posti alla base del vostro congresso. Affronterò alcune tematiche che hanno elementi in comune: la messa in sicurezza dei punti di nascita e la questione del contenzioso medico-paziente"



"Un primo risultato è la proroga di un anno dell'obbligatorietà assicurativa, ma sono consapevole che dobbiamo e possiamo fare di più"

Va messa poi una particolare attenzione sulla rete dei servizi territoriali per la presa in carico della gravidanza fisiologica. Mi riferisco in particolare ai Consultori familiari, che dovrebbero essere adeguati nel numero e negli organici, che oggi, invece, rappresentano il nodo che determina una inaccettabile differenza, anche di efficacia, nei livelli di assistenza in Italia.

Per favorire l'umanizzazione del percorso nascita, si deve sviluppare una rete di continuità assistenziale integrata tra ospedali, assistenza sanitaria territoriale e sociale, che deve favorire una presa in carico individualizzata, che prosegua dopo il rientro a domicilio della madre e del neonato che preveda una protezione adeguata, anche sul versante psicologico. Contemporaneamente vanno promosse, in accordo con le società scientifiche, raccomandazioni per la prevenzione della mortalità e morbilità materna e perinatale, per il

controllo del dolore in travaglio di parto e per l'analgia peridurale, mettendo in atto sistemi di monitoraggio e di Audit, che rendano omogenea l'assistenza sul territorio nazionale. Il risk management deve diventare parte integrante dell'attività clinica, non per la colpevolizzazione del singolo sanitario, ma per ricercare e soprattutto mettere in atto soluzioni di miglioramento organizzativo che rendano meno probabile il ripetersi di eventi infausti.

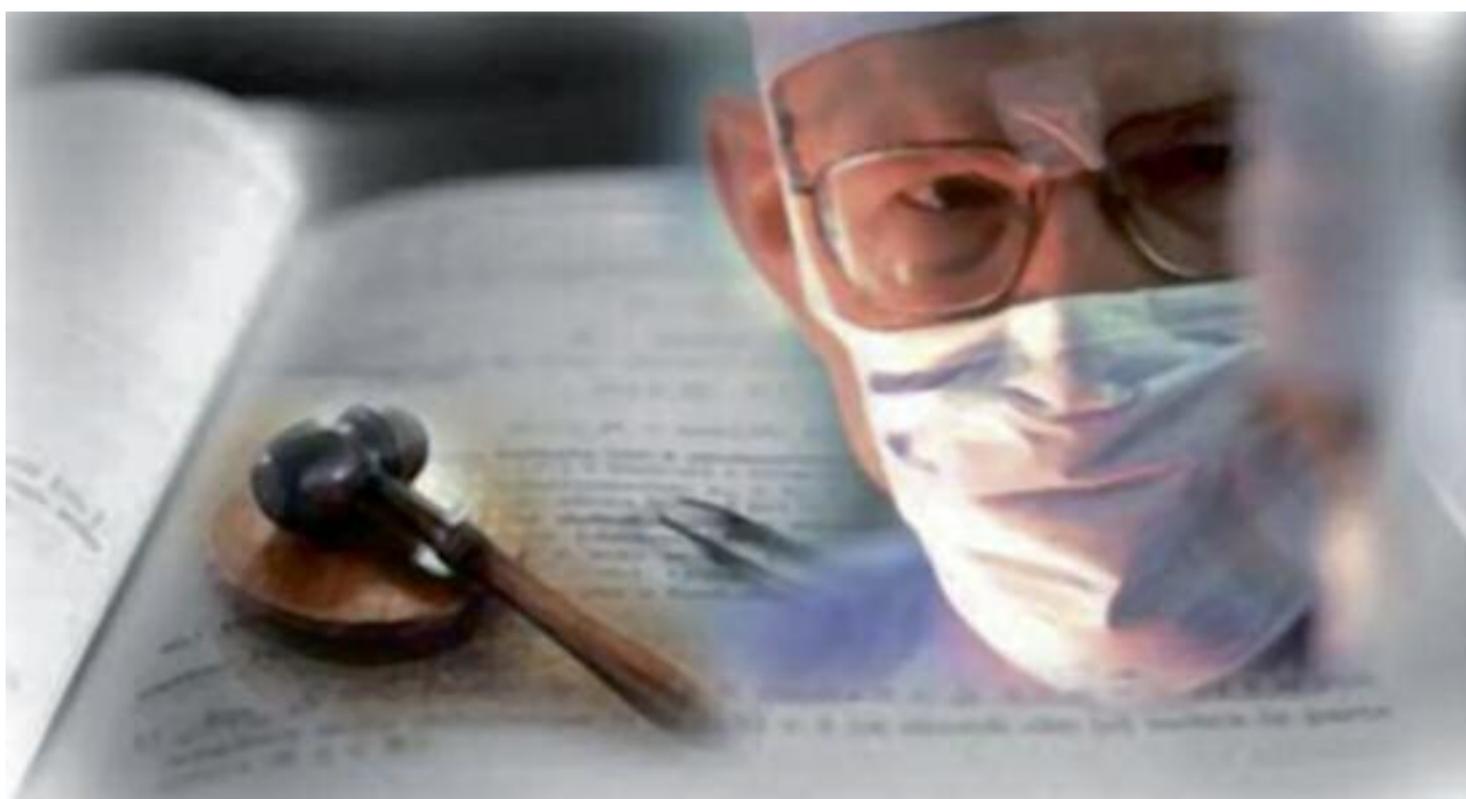
Ora vorrei soffermarmi sulla necessità di provvedimenti per affrontare il tema del contenzioso medico-paziente. Si tratta di un tema fortemente sentito dall'intero sistema e, in particolare, dai ginecologi e ostetriche su cui è necessario intervenire e realizzare una normativa specifica. I sistemi sanitari sono sistemi complessi, l'errore e la possibilità di un incidente non sono del tutto eliminabili anche se, ovviamente, devono essere utilizzati

tutti gli interventi per controllare e ridurre al minimo i possibili danni per il paziente. La conseguenza di questi eventi avversi nella maggior parte dei casi è la richiesta di risarcimento anche in sede giudiziaria. Negli ultimi tempi, come ha anche sottolineato la vostra Associazione, le azioni legali nei confronti degli operatori sanitari e delle strutture ospedaliere sono aumentate anche a seguito della aumentata consapevolezza dei cittadini che chiedono una sanità più sicura. Con l'aumentare del numero delle denunce di sinistri subiti da parte dei pazienti e l'aumento del valore economico dei risarcimenti, le Compagnie assicurative o hanno deciso di abbandonare il settore sanitario o hanno reagito con l'aumento dei premi a carico delle strutture sanitarie e degli operatori, in alcuni casi addirittura determinando una oggettiva difficoltà a concordare una soluzione assicurativa in grado di rispondere sia alle esigenze dei medici, sia delle compagnie di assicurazioni.

È una premessa d'obbligo per inquadrare il problema che, ripeto, deve trovare una soluzione

di equilibrio. Per banalizzare: oggi le assicurazioni sono molto costose e si tratta di importi alle volte addirittura insostenibili, ad esempio, per i giovani. Non credo che la responsabilità possa sempre ed esclusivamente essere messa in capo al singolo perché vi è anche una responsabilità dell'organizzazione. Ovviamente, esistono specifiche responsabilità professionali, ma è necessario individuare meccanismi ad hoc, ad esempio la creazione di un fondo comune per far fronte a tali eventi. Inoltre, esiste un interesse più generale: non possiamo infatti non vedere quanto tutto questo porti poi a quella che si è soliti chiamare la "medicina difensiva" la quale a sua volta genera inapproprietezza nelle prescrizioni, soprattutto diagnostiche, nel timore di eventuali atti legali. È ovvio che ci vuole una grande vigilanza sulla qualità delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie ma è poi necessario individuare *modus operandi* equilibrati perché non è neanche possibile penalizzare sempre e soltanto gli operatori sanitari. Il numero delle denunce oscilla da un anno all'altro ma la crescita sembra ormai incontrollabile. Infatti, l'ammontare delle denunce e la relativa apertura delle pratiche di risarcimento che derivano da sinistri nell'area medica (che coinvolgono Asl e medici) è infatti passato dai 9.567 del 1994 ai 29.543 del 2007 con un incremento del 200%. Un numero impressionante che, da solo, copre il 5% dell'intero ramo delle assicurazioni italiane e non credo che il trend negli ultimi sei anni sia diminuito, anzi. Si tratta di una crescita esponenziale accompagnata dalla parallela crescita dei premi assicurativi pagati da Asl e medici, passati dai 35 milioni e 406 mila euro del 1994 a 453 milioni del 2007. Insomma, mi sembra che questi numeri parlino da soli perché una soluzione legislativa vada cercata e trovata. Si tratta di un tema nuovo, ancora non esplorato dalla giurisprudenza, e sul quale si è tuttavia acceso un vivace dibattito, il cui esito è di estrema importanza per la categoria dei medici e per gli sviluppi futuri della medicina nel nostro Paese. Sono argomenti all'attenzione della Commissione Sanità del Senato. Un primo risultato è la proroga di un anno dell'obbligatorietà assicurativa, ma sono consapevole che dobbiamo e possiamo fare di più. Per questo, augurandomi buon lavoro, spero che su questi obiettivi così importanti per il valore salute potremo impegnarci insieme. **Y**

“Responsabilità medica, in autunno si riaprono i giochi”



Mi auguro che alla ripresa dei lavori – e io certamente mi impegnerò a tal fine – si possa davvero avviare un iter che spinga il Parlamento ad affrontare il tema della responsabilità professionale dei medici

Benedetto Fucci

Deputato del PDL – Segretario Commissione Affari Sociali della Camera

Poter partecipare ancora una volta, a Napoli, al congresso nazionale Sigo-Aogoi-Agui sarà come sempre un grande piacere, ma anche e soprattutto una preziosa occasione di confronto e ragionamento con gli operatori del settore. Il che rappresenta una necessità irrinunciabile per chi, come me, si trova all'interno del Parlamento e al tempo stesso desidera continuare a seguire, anche in questa veste, le vicende del settore professionale nel quale è attivo.

Un tema sempre molto attuale per i medici – e in particolare per alcune categorie, con i ginecologi in prima fila – è quello della responsabilità professionale. Già molte volte, sia su *Gyneco* che in occasione di tanti convegni, abbiamo discusso di come le cause siano in costante aumento e di come, con particolare riferimento ai giovani medi-

ci che si avvicinano alla professione, tutto ciò crei enormi guasti, a partire da quello della medicina difensiva.

Nella scorsa legislatura in Parlamento furono depositate numerose proposte di legge, ma senza che vi fossero seguiti. Nella nuova Camera, ancora una volta, sono state presentate proposte di provvedimenti, tra cui anche quella da me presentata. La Commissione Affari Sociali, della quale faccio parte come segretario e membro dell'ufficio di presidenza, ha calendarizzato la responsabilità professionale, ma i molti provvedimenti in calendario non hanno consentito l'effettivo avvio della discussione.

Mi auguro quindi che alla ripresa dei lavori – e io certamente mi impegnerò a tal fine – si possa davvero avviare un iter che per forza di cose deve spingere il Parlamento ad affrontare il tema della responsabilità professionale dei medici. Ritengo positivo che, ferme restando le differenze tra i singoli testi, presso-



ché tutti gli interventi individuano una serie di obiettivi condivisi, partendo anche dalla necessità di far sapere che i casi di effettivo errore medico davvero riscontrati dalla magistratura, rispetto a quelli denunciati, sono in piena media europea. In tale contesto, come richiamato dalla mia proposta di legge, è urgente intervenire rispetto al tema delle assicurazioni per i medici e alla necessità di un'Authority che garantisca la raccolta dei

dati sui presunti casi di errore medico. Il che sarebbe necessario anche per prevenire e ridimensionare il fenomeno della cosiddetta “medicina difensiva”.

Sanità in parlamento: un primo bilancio

La sanità italiana sta confrontandosi con molte sfide cruciali per il proprio futuro. Se da un lato, infatti, il valore scientifico e professionale dei medici italiani è tra i migliori del mondo, da un altro lato il nostro sistema sanitario comincia a mostrare crepe sempre più preoccupanti sul piano gestionale ed organizzativo. Questi problemi sono evidenti soprattutto nel Mezzogiorno, dove molte regioni sono in deficit, e nelle ancora troppe strutture ospedaliere di piccole dimensioni e tecnologicamente arretrate (molte volte, in questa pagina, è stato ricordato il lavoro condotto, in materia di punti nascita, dalla Camera dei Deputati, arrivata nel febbraio 2012 ad approvare una relazione in cui, appunto, l'attenzione veniva focalizzata su questo tema). Inoltre bisogna tenere conto delle difficoltà con cui i medici, soprattutto i giovani che accedono alla professione dopo un percorso formativo lungo e oneroso sul piano economico, sono alle prese: mi riferisco al fiorire delle cause giudiziarie per presunta responsabilità professionale, all'esplosione dei costi delle assi-

curazioni e alla medicina difensiva.

La politica è quindi chiamata, nel momento in cui il Parlamento affronta il vasto capitolo sanità, a confrontarsi con temi molto delicati. Naturalmente la cautela e l'attenzione sono d'obbligo. Tuttavia è possibile, in proposito, effettuare un primo, per quanto breve e parziale, bilancio della legislatura cominciata nello scorso marzo. Ebbene mi sento di dire, come operatore del settore ma soprattutto come parlamentare, che qualcosa di significativo è stato fatto. Mi riferisco in particolare a quattro fattori certo diversi tra loro, ma tutti in qualche modo legati tra loro.

In primo luogo il Parlamento ha acconsentito a rinviare il termine, inizialmente previsto per il 13 agosto di quest'anno, per l'entrata in vigore della norma (prevista in una legge del 2011) che imponeva l'obbligo per il medico di dotarsi individualmente di una assicurazione per poter esercitare. A ciò si lega anche l'altra notizia d'inizio legislatura riguardante la calendarizzazione, nei lavori della Commissione Affari Sociali della Camera, della proposta di legge (da me presentata) relativa appunto alla responsabilità professionale dei medici. Un terzo elemento è quello riguardante l'obiezione di coscienza per i medici rispetto all'interruzione volontaria di gravidanza: infatti la Camera, esaminando una mozione di Sel, che di fatto voleva limitare questo diritto riconosciuto dalla legge ai medici, ha ribadito che si tratta di un principio intangibile per il quale oltretutto (come veniva invece richiesto da qualcuno) non vi possono essere discriminazioni professionali. Infine, come elemento più importante sul piano legislativo, va citato il varo, da parte del Governo, di un vasto disegno di legge sulla sanità promosso dal Ministro Lorenzin. Questo provvedimento – che nasce non con spirito di imposizione da parte del Governo, bensì con lo scopo dichiarato di promuovere e incoraggiare il lavoro del Parlamento in sede di esame – è importante perché ha lo scopo, tra gli altri, di portare ad approvazione una serie di disposizioni (per esempio sulla sperimentazione clinica e sulla formazione professionale) attese da tempo, ma finora rimaste bloccate nell'ambito dei lavori parlamentari.

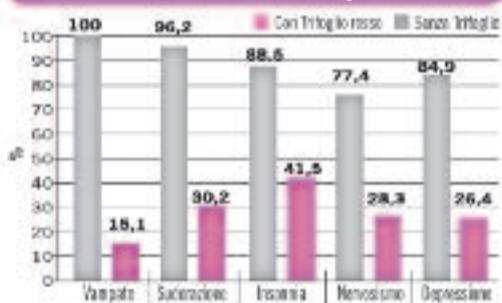
L'impegno di tutti parlamentari impegnati nel settore della sanità deve essere ora quello di vigilare sull'effettivo seguito di questi primi (ripeto: parziali, ma, in modo chiaro, anche tanto significativi) risultati ottenuti in Parlamento. E certamente una grande attenzione, in questo contesto, anche alla luce del lavoro portato avanti nella scorsa legislatura sui punti nascita, dovrà essere riservata alle tematiche della ginecologia e ostetricia. **Y**



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

- Quattro differenti Isoflavoni
- 45 volte più efficace degli Isoflavoni della soia
- Massima biodisponibilità grazie alla forma agliconica degli Isoflavoni
- Una sola compressa al giorno
- Alta compliance: azione efficace per l'intera giornata
- Protezione osteo-articolare
- Azione anti-invecchiamento per pelle e mucose
- Tre differenti formulazioni per rispondere ad ogni tipo di esigenza
- Efficacia e sicurezza documentate da oltre 30 pubblicazioni scientifiche internazionali

Effetti degli isoflavoni del Trifoglio rosso sui sintomi della menopausa



Tratto da: Hidalgo L. A. et al. "The effect of red clover isoflavones on menopausal symptoms, lipids and vaginal cytology in menopausal women: A randomized, double-blind, placebo-controlled study". *Gynec. Endocr.* 2005, 21: 257-264

Riduce i disagi
Protegge dall'invecchiamento
Integra le carenze

promensil®

Contro i disturbi della Menopausa



Vampate: - 73%

Sudorazione: - 66%

Insonnia: - 47%

Nervosismo: - 59%

Depressione: - 59%

promessa di benessere

Numero Verde
800-203678

Da Lunedì a Venerdì
 ore 14.00 - 17.00
 info@named.it

named.it
 promensil.it



Il saluto del Presidente della Regione Campania

“L'obiettivo è una sanità con i conti in ordine e sempre più vicina ai bisogni della gente”

Stefano Caldoro

È con vero piacere che porgo i saluti miei personali e della Regione Campania ai partecipanti al Congresso nazionale Sigo-Aogoi-Agui che Napoli ospiterà dal 6 al 9 ottobre 2013.

Siamo lieti che le società scientifiche rappresentative della ginecologia italiana abbiano scelto la nostra regione come sede di un appuntamento di rilievo nazionale e di grande caratura scientifica.

La sanità è stata, fin dall'inizio della nostra esperienza di governo, al centro dell'attenzione e dell'azione della Giunta regionale.

Abbiamo ereditato dal passato una situazione difficile che ab-



biamo affrontato con rigore, impegno e determinazione, ben sapendo che la razionalizzazione della spesa e l'elimina-

zione degli sprechi rappresentavano gli obiettivi prioritari, ma senza mai rinunciare al ruolo di garanzia della qualità dei

servizi offerti ai pazienti e ai cittadini. Possiamo però finalmente affermare di aver raggiunto il pareggio di bilancio.

Oggi le aziende sanitarie locali sono riuscite a ridurre, rispetto al passato, i tempi di pagamento dei debiti ai creditori, che significa ridurre i costi per interessi passivi e i contenziosi.

Abbiamo approvato il nuovo Piano Ospedaliero, riorganizzando l'intera rete dell'assistenza in maniera più efficace e più vicina alle reali esigenze dei cittadini.

Stiamo organizzando la rete dell'emergenza urgenza, quella dell'ictus e quella cardiovascolare per elevare ancora di più i livelli di tutela della salute. Si stanno attivamente valutando gli atti aziendali che rap-

presentano i pilastri della nuova sanità che andremo a costruire. Si sta procedendo al completamento del riordino dell'assistenza territoriale, anche alla luce del ruolo assegnato alla medicina generale dalle recenti riforme.

Dopo anni di blocco totale del turnover la Regione è oggi nelle condizioni di poter finalmente ottenere una deroga entro il limite del 15%, che abbiamo con forza chiesto di aumentare.

Agiamo nella piena consapevolezza che molto resta ancora da fare e che le difficoltà non sono superate, ma siamo convinti che la direzione intrapresa è quella giusta, come ci è stato in più occasioni riconosciuto, non solo dalla più autorevole istituzione nazionale, ma anche dagli organi di controllo contabile. In una fase difficile come quella che stiamo vivendo occorre, tuttavia, la piena collaborazione di tutti, ognuno per la propria parte, per far sì che si possa raggiungere pienamente l'obiettivo di una sanità con i conti in ordine e sempre più vicina ai bisogni della gente. **Y**

ALIS[®]
GININTIMO

Detergente eutrofico igienizzante intimo

Uso esterno flacone da 250 ml



Lavanda Vaginale

Uso interno
5 flaconi da 140 ml



Novità



Gel intimo idratante eutrofico igienizzante

Uso esterno
tubetto da 30 ml

VELATES s.r.l.
BEN-ESSERE DONNA

88° Congresso Nazionale SIGO - 53° Congresso Nazionale AOGOI - 20° Congresso Nazionale AGUI

L'UNIVERSO FEMMINILE: UN INFINITO DA ESPLORARE

Napoli 6-9 ottobre 2013
Expo Centro Congressi
Molo Angioino, Stazione Marittima

Medicina di genere

Una realtà da cui ormai non si può più prescindere

Elsa Viora*, Maria Gabriella De Silvio**
* Consigliere SIGO
** Segretario provinciale
AOGOI Campania, Comitato
Pari opportunità ASL SA

Con il termine "Medicina di genere" si intende la distinzione in campo medico delle ricerche e delle cure in base al genere di appartenenza, non solo da un punto di vista anatomico, ma anche secondo differenze biologiche, funzionali, psicologiche e culturali.

A differenza del "sesso" che sottolinea solo la caratterizzazione biologica dell'individuo, il termine "genere" (gender) infatti intende la categoria "uomo" e "donna" non solo in base a differenze biologiche, ma anche secondo fattori ambientali, sociali, religiosi e culturali.

La scarsa attenzione prestata in campo medico nei confronti del-

la differenze biologiche e sociali è in parte la causa del "paradosso donna", caratterizzato dal fatto che le donne vivono più a lungo degli uomini, ma si ammalano di più, usano di più i servizi medico-sanitari e trascorrono un maggior numero di anni in cattiva salute.



In effetti per molti, troppi, anni la medicina ha pensato solo al maschile: i trials sono stati condotti su popolazioni formate prevalentemente da uomini; gli argomenti, i metodi e le successive analisi sono stati elaborati secondo una prospettiva maschile e non hanno considerato in modo appropriato le peculiarità biologiche proprie delle donne. Le conseguenze sono sotto gli occhi di tutti: le patologie che un tempo colpivano prevalentemente gli uomini, oggi sono causa importante di mortalità femminile.

Le molte iniziative che si stanno realizzando dimostrano l'attualità del tema e la necessità di interventi costruttivi per ridurre le disuguaglianze di genere nell'approccio a patologie co- ▶



Violenza sulle donne

L'Aogoi in prima fila da quasi 15 anni

Valeria Dubini
Vice presidente AOGOI

Ancora violenza sulle donne. Sembra che questo 2013 voglia proprio ricordare ogni giorno quanto sia urgente affrontare il problema.

A voler guardare, però, arrivano anche notizie confortanti: certamente è testimonianza di una nuova attenzione al problema il fatto che il nostro Parlamento abbia riaperto le porte in piena estate proprio per approvare la legge sul femminicidio.

Per quanto la legge possa contenere alcuni aspetti discutibili, resta la volontà di cominciare a fare qualche cosa di concreto e di promuovere un panorama culturale diverso, nel quale non ci sia più spazio per giu-

stificazioni.

A Firenze una situazione di gravi maltrattamenti è stata individuata da un operatore sensibile del nostro Pronto soccorso, e forse anche grazie alla formazione e al lavoro compiuto in questi anni si è potuto mettere in sicurezza una famiglia in pericolo.

Cresce dunque l'attenzione, e cresce la cultura in questo ambito, e ci accorgiamo sempre più di quanto possa essere importante il ruolo dei sanitari: la nostra associazione, che si occupa di violenza contro le donne ormai da quasi 15 anni, ha certamente dato il suo contributo per fare crescere questa consapevolezza, ed è stata tra le prime associazioni mediche ad evidenziare come il problema della violenza rappresenti anche un



ANTEPRIMA
CONGRESSO
SIGO
AOGOI
AGUI

problema di salute.

È in quest'ottica che il Gruppo Nazionale Aogoi sulla violenza ha promosso uno studio multicentrico per studiare l'incidenza di violenza nelle donne che richiedono Ivg. L'idea nasce dal fatto che molta letteratura indica una incidenza maggiore di queste problematiche per le donne che ricorrono all'Ivg, in particolare ripetute, anche se esistono pochi dati che riguardano il nostro Paese.

In questi anni in cui ci siamo occupati del fenomeno della violenza abbiamo spesso evidenziato come la sfera ginecologica risulti quella che presenta maggiori sintomi quando una donna viva una relazione abusiva: il rischio di avere problemi ginecologici è infatti 3 volte maggiore per le donne vittime di violenza fisica e sessuale ri-

spetto alle altre.

La salute riproduttiva poi è un ambito che viene colpito in modo ancora più specifico.

Gravidanze indesiderate sono infatti spesso frutto di rapporti forzati o di relazioni asimmetriche nelle quali il partner maschile adotta una sorta di "sabotaggio contraccettivo" esercitando anche in questo modo il suo potere ed il suo controllo.

Ecco perché studiare questo fenomeno in una popolazione di donne che richiede Ivg può essere in qualche modo paradigmatico.

Si è così deciso di condurre uno studio multicentrico prospettico che ha coinvolto 12 centri di varie parti di Italia*: da novembre 2011 a marzo 2012 sono stati distribuiti dei questionari anonimi contenenti 17 domande prevalentemente a risposte chiuse, tra queste una parte di domande relative a esperienze di violenza con particolare riferimento a rapporti sessuali contro volontà, violenze sul posto di lavoro, in famiglia, nelle precedenti e attuali relazioni di coppia.

Il questionario, approvato dai comitati etici delle singole aziende, era strettamente anonimo e veniva compilato in assoluta privacy: è stato possibile disporre di traduzione in arabo, cinese ►



La salute delle donne immigrate

La donna migrante e il ginecologo italiano

Mbiye Diku

Ginecologa, Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) Roma

Le donne straniere in Italia sono impegnate principalmente nel lavoro di cura, nella piccola industria e come sex workers - spesso forzate alla prostituzione in un rapporto di lavoro schiavile.

Le migranti hanno in genere un'esistenza più povera, precaria e più stressante delle autoctone, oltre ad avere un minore accesso alle cure sanitarie.

Il percorso nascita, la parto-analgesia, il parto vaginale delle portatrici di Mutilazioni Genitali Femminili (Mgf) in Italia previa deinfibulazione, una più larga inclusione delle migranti nella prevenzione oncologica, la prevenzione delle Ivg e l'educazio-

ne alla contraccezione delle migranti sono il banco di prova dell'assistenza ostetrica-ginecologica in Italia.

Ma bisogna ricordare che la migliore prevenzione dell'insorgenza durante la gravidanza di molte forme di patologie materno-fetali si attua con una corretta assistenza medica durante l'infanzia, l'adolescenza e l'epoca pre-concezionale. Perché la medicina preventiva ci insegna che per essere efficace nei confronti di una generazione, la sua opera deve iniziare in quella che la precede con un'attività conti-

nuativa che abbraccia la globalità dell'individuo e l'intera durata della sua vita.

Già nel 1985 il prof. Giuseppe Pescetto insegnava che "L'assistenza prenatale non è solo un problema sanitario, ma anche un problema con aspetti psicologici, sociali, culturali e politici. Non comprende quindi solo una serie di prestazioni mediche ma anche la messa in opera di disposizioni di ordine amministrativo ed educativo in modo da consentire un sereno svolgimento della gestazione, di prevenire e curarne le complicazioni e di preordinare lo svolgimento del parto in ambiente opportunamente predisposto". Ora il nuovo modello di salute è il modello eco-bio-psicosociale, capace di intercettare tutte le dimensioni collegate ai determinanti sociali della salute. ►



Il cardine operativo è l'offerta attiva dei servizi perché le persone difficili da raggiungere sono anche quelle più a rischio

Una realtà da cui ormai non si può più prescindere

► Segue da pagina 16

muni ai due sessi e nella necessità di ridurre il carico economico che ne deriva sulla società. La medicina di genere è ormai una realtà da cui non si può più prescindere, non va intesa come una nuova specialità medica, ma è trasversale a tutte le specialità. È indispensabile evidenziare, in tutti gli ambiti della medicina, il concetto che vi sono delle differenze di genere nelle patologie e che queste differenze vanno affrontate in modo razionale e scientifico.

Appare quindi fondamentale non solo l'apporto di tutte le specialità, ma anche il ruolo del ginecologo come "medico della donna" per antonomasia che segue la donna in tutte le fasi della sua vita, dall'adolescenza alla contraccezione, alla maternità e dopo l'età fertile.

I ginecologi possono/devono rappresentare il motore per proporre la rimodulazione del sistema sanitario da un punto di vista di genere.

L'Aogoi e la Sigo si sono fatte e si fanno parte attiva nel promuovere questa cultura fra le ginecologhe ed i ginecologi. Già nel 2008, durante il Congresso Nazionale Aogoi-Sigo svoltosi a Torino, una sessione era stata, per la prima volta, dedicata alla medicina di genere, con grande interesse dei partecipanti.

Nel prossimo Congresso Nazionale di Napoli una sessione è dedicata a questo tema: la prima relazione è affidata alla professoressa Giovannella Baggio che è stata una delle prime in Italia ad occuparsi dell'argomento e rappresenta per tutte noi un punto di riferimento fondamentale, non solo per la sua indiscussa preparazione culturale, ma anche e soprattutto per il suo entusiasmo.

La necessità, come già è stato ribadito più volte in questi ultimi

I ginecologi possono/devono rappresentare il motore per proporre la rimodulazione del sistema sanitario da un punto di vista di genere

mesi/anni, di contenere i costi ci ha costrette a ridurre le relazioni che avremmo voluto più numerose, per cui è stato scelto di affrontare solo altri due temi: il "cervello femminile", che verrà trattato dal professor Lucio Annunziato, e "la valorizzazione dei generi nel mondo della sa-



nità", che verrà illustrato dalla dottoressa Monica Maietta. L'elevato livello culturale dei relatori/relatrici renderà sicuramente questa sessione non solo interessante per gli argomenti oggetto delle relazioni, ma potrà rappresentare un momento stimolante di aggiornamento per tutti noi.

Infine concluderà la sessione il professor Surico, presidente Sigo, che illustrerà le iniziative del gruppo di Medicina di Genere

e Pari Opportunità della Sigo e le proposte che vorremmo realizzare, con l'aiuto di tutte/tutti noi, nei prossimi anni.

Vi aspettiamo quindi lunedì mattina alle ore 9 nella Sala Elettra per partecipare numerosi a questa sessione del nostro Congresso Nazionale 2013 che già nel titolo parla di "Universo femminile" che può essere esplorato solamente in una ottica di genere. **Y**

L'Aogoi in prima fila da quasi 15 anni

► Segue da pagina 16

mandarino e rumeno grazie ad una collaborazione con il progetto Nazionale condotto dall'Istituto Superiore di Sanità sugli aborti ripetuti nelle donne immigrate.

Sono stati compilati 1457 questionari (con un tasso di compilazione pari a circa il 50%): per il 60% sono stati compilati da donne italiane, per il 40% da donne immigrate prevalentemente cinesi e rumene.

Il 56% dei questionari è stato compilato nei centri del Nord Italia, 33% nel Centro e 11% nel Sud.

In effetti i risultati hanno dimostrato quello che ci attendevamo, e cioè una elevata prevalenza di violenza tra le donne che richiedono Ivg: l'incidenza glo-

Il gruppo Nazionale sulla violenza dell'Aogoi ha dato il via ad uno studio multicentrico prospettico che ha coinvolto 12 centri di varie parti di Italia.

Lo studio, condotto in sinergia con l'Iss, ha messo in luce alcuni risultati di rilievo

bale di abuso è stata infatti del 19.2%, con un 7.3% di violenza sessuale e un 12.5% di violenza fisica.

Un dato di rilievo è che un 10% del campione abbia subito maltrattamenti fisici anche nell'ambito di precedenti relazioni di coppia.

Infine il 6,8% delle italiane e il 10,8% delle straniere riferiscono maltrattamenti nella famiglia prevalentemente da parte del padre.

Per quanto riguarda le donne con storie di Ivg ripetute, la differenza tra l'incidenza di violenza in questa popolazione rispetto alle donne che erano alla prima Ivg, pur non raggiungendo una forte significatività statistica ($P=0.003$), appare consistente: sono infatti il 22.3% le donne con storia di abuso nel gruppo di Ivg ripetute contro il 14.8% delle altre.

Ci sembra importante far conoscere questi dati che forniscono elementi concreti di conoscenza per quanto riguarda il problema della violenza sulle donne nel nostro Paese: altresì interessante è che questa indagine getti una nuova luce sul fenomeno



delle Ivg.

Sapere infatti che le donne che richiedono una interruzione di gravidanza possano avere alle spalle situazioni di violenza con una prevalenza superiore rispetto alla popolazione generale può essere una chiave di lettura per la comprensione di alcuni fenomeni come la richiesta ripetuta di Ivg, ma anche un aiuto ad una maggiore conoscenza del fenomeno nel suo insieme, del quale troppo spesso si parla in termini ideologici e troppo poco in termini di ricerca di soluzioni per le donne. **Y**

***Componenti del Gruppo che ha partecipato allo studio multicentrico Aogoi:** Angela Citernesi (Prato), Metella Dei (Firenze), Emanuela De Palma (Bari), Mariarosaria Di Tommaso (Firenze), Silvia Donadio (Torino), Irene Pascoli (Treviso), Giuseppe Giannone (Caltanissetta), Massimo Giovannini (Roma), Alessandra Kustermann (Milano), Marina Marceca (Tivoli), Domenico Mezzino (Vico Equense), Irene Pascoli (Treviso), Laura Pomicino (Trieste), Anna Uglietti (Milano), Gabriele Vallerino (Genova)

La donna migrante e il ginecologo italiano

► Segue da pagina 17

La natura del "bene salute" fa sì che il sistema sanitario non può limitarsi a produrre output, cioè prestazioni, ma debba orientare tutti i suoi sforzi a produrre outcome cioè esiti di salute. Pertanto, la tutela della salute avviene attraverso interventi di promozione della salute con le pratiche partecipative per mezzo dell'empowerment: processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni, le istituzioni, le comunità acquisiscono competenze sulle proprie vite per cambiare l'ambiente e la politica, per migliorare l'equità e la qualità. È dovere etico e deontologico del medico, del ginecologo indagare se le persone hanno gli strumenti per fare scelte consapevoli. Le popolazioni maggiormente esposte a condizioni di deprivazione sociale sono caratterizzate principalmente da scarsa capacità a "cercare salute". Il cardine operativo è dunque l'offerta attiva dei servizi perché le persone difficili da raggiungere sono anche quelle più a rischio. Il disagio sociale è associato a peggiori indicatori di salute e la condizione di migrante è una delle caratteristiche del disagio, rispetto al quale il servizio sanitario pubblico ha una assoluta obbligazione, che ne giustifica l'esistenza e cioè ridurre gli effetti sulla salute delle disuguaglianze sociali. A questo è chia-

La condizione di migrante è una delle caratteristiche del disagio rispetto al quale il servizio sanitario pubblico ha una assoluta obbligazione, che ne giustifica l'esistenza ovvero ridurre gli effetti sulla salute delle disuguaglianze sociali

mato il ginecologo italiano, a lui la missione culturalmente impegnativa di accompagnare la donna migrante nel Welfare della partecipazione. ■

Per saperne di più

- G. Baglio. Limiti del paradigma bio-medico
- E. Matera. Salute globale e complessità

Il fenomeno delle Mgf in Italia. Stime e criticità dell'approccio conoscitivo alla materia

L'incidenza statistica delle Mgf nei paesi a tradizione escissoria conta sulle stime fornite dal Demographic and Health Survey (1), mentre nei paesi di migrazione come l'Italia il dato mostra la sua più ampia criticità, poiché non tiene conto: della durata dell'esperienza migratoria, caratteristiche del paese di accoglienza, congiuntura economica corrispondente al periodo di integrazione, dimensione della comunità immigrata, aderenza alla pratica tra le generazioni, irregolarità amministrativa (2).

Il governo italiano, che ha legiferato sul fenomeno nel 2006, ha prodotto due documenti in materia, ad oggi i più accreditati. La stima delle donne provenienti dai 26 paesi a tradizione escissoria che presenterebbero una forma di Mgf sarebbe di circa 35 mila. Invece, la stima delle minorenni potenzialmente a rischio di Mgf ammonterebbe a circa 1.100 persone. Queste stime sono il risultato del calcolo fra il totale assoluto della popolazione femminile proveniente dai 26 paesi a tradizione escissoria residente regolarmente in Italia (3), il tasso di diffusione della pratica nei paesi di origine, lo scarto tra

le generazioni nell'aderenza alla pratica (4). Altre ricerche sulle minorenni hanno tenuto in considerazione il numero di alunne iscritte nel sistema scolastico con genitori provenienti da un paese a tradizione escissoria, stimando un rischio potenziale di Mgf ben maggiore, pari a 7.727 persone (5). La conoscenza di un fenomeno socio-culturale incidente sulla salute della popolazione femminile come le Mgf ha ottime ragioni per rivolgersi alla statistica, infatti l'incidenza del fenomeno obbliga a riflettere sull'adeguatezza del Ssn in termini di accesso, fruibilità, formazione, prevenzione, ecc. Tuttavia, il dato statistico non deve rappresentare elemento legittimante la conoscenza del fenomeno, poiché attualmente non tiene conto di molteplici variabili.

Per saperne di più

- 1 UNICEF 2013
- 2 Fondazione L'Albero delle vite, 2013: 23; Nosotras; Fondazione Patrizio Paoletti 2011:32; AIDOS, ADUSU, Culture aperte 2009:38
- 3 ISTAT 2008
- 4 Istituto Piepoli S.p.A., Ministero delle Pari Opportunità, 2009: 14-15
- 5 Fondazione L'Albero delle vite, Nosotras, Fondazione Patrizio Paoletti 2011: 34



Contracezione

La contraccezione e i suoi dintorni

Emilio Arisi

Presidente Società Medica Italiana per la Contracezione (SMIC)

La contraccezione e le sedi dove essa viene gestita, siano essi i consultori, gli ambulatori del medico di base, gli ambulatori del ginecologo o gli ambulatori ospedalieri, sono in grado di determinare numerosi benefici: possono migliorare le scelte di una gravidanza, permettendo di decidere quando farla e di distanziarne i tempi, con ciò migliorando anche la qualità di vita del nascituro. Possono ridurre il rischio di certi tumori ginecologici. Possono ridurre il rischio di malattie sessualmente trasmissibili, ed altro ancora. Ne deriva un ventaglio di azioni, che va ben al di là del tradizionale e consolidato concetto

di contraccezione, cioè di strumento e metodo capace di evitare le gravidanze non desiderate, e di conseguenza l'aborto volontario che delle precedenti costituisce almeno il 50% (nelle adolescenti anche fino all'80%). Questa visione complessiva andrebbe tenuta ben presente sia dai medici, che dagli amministratori, che dagli utenti.

Per restare solo all'ambito della salute materno-infantile, è dimostrato che spaziare le gravidanze implica migliori condizioni di salute della madre gravida, sia



in termini fisici (es. più visite prenatali, minori anemie), che psichici. Sul versante neonatale il precedente uso della contraccezione è collegato a maggiore frequenza e durata dell'allattamento materno, ma anche a minore incidenza di parti prematuri e di piccoli alla nascita, con evidenti riflessi sulla salute del neonato e della madre, essendo comunque l'allattamento una condizione che riduce il rischio di tumore al seno. Questi aspetti sono importanti anche dal punto di vista sociale, in particolare nelle aree povere e nei paesi in via di sviluppo ove le gravidanze ripetute sono possibile causa di mortalità materna.

La contraccezione permette una maggiore possibilità di prevenire le malattie sessualmente trasmissibili e le loro conseguenze negative sulla salute in generale e sulla salute riproduttiva in particolare. Ciò è particolarmente importante nell'adolescente, che ha davanti a sé la gestione di tutta la sua vita sessuale e riproduttiva. In questo ambito il ruolo del preservativo maschile

e femminile è nodale, ma va tenuto presente anche il ruolo della pillola estroprogestinica e della spirale di solo progestinico. I flussi mestruali abbondanti sono una condizione molto frequente, che interessa non meno del 30% delle donne, con possibili gravi riflessi sulla condizione fisica. Anemia, astenia, difficoltà di concentrazione, cefalea, riduzione delle capacità immunitarie, perdita di giornate di lavoro, perdita di giorni di scuola, perdita di rapporti sociali sono tra le conseguenze più evidenti. L'uso della spirale di solo progestinico, come prima scelta, e l'uso della pillola in seconda istanza riducono la quantità del mestruo e recuperano progressivamente il benessere fisico.

Altre condizioni legate alla mestruazione possono essere controllate dalla pillola, in primis la mestruazione dolorosa, ma anche il dolore da ovulazione o le irregolarità nel comportamento del mestruo. La pillola, in particolare, se contiene un progestinico antiandrogenico, può mi-

gliorare acne, pelle grassa, peluria abbondante, che possono incidere negativamente sulla qualità della vita e sulle relazioni sociali, in particolar modo nelle adolescenti. Ma in queste condizioni la pillola antiandrogenica, migliorando il funzionamento ovarico della PCO (policistosi ovarica), che è alla base di questi segni cutanei, migliora anche le capacità riproduttive della donna con questa sindrome. Né va dimenticato che l'uso della pillola può ridurre notevolmente il rischio di cancro dell'ovaio (tra il 60 e l'80% a seconda delle casistiche) e di quello dell'endometrio, con importante risparmio di vite umane.

Conviene infine ricordare come le sedi dove si fa il counselling per la contraccezione, dai consultori agli ambulatori, sono anche le sedi dove si può fare il counselling per la vaccinazione contro l'Hpv, dove si effettua il Pao-test, dove si possono dare consigli di salute e di prevenzione in senso generale, inclusi i consigli sui comportamenti sessuali a rischio. Questo ha inevi-

tabili riflessi positivi sulla salute nel medio e nel lungo periodo. Sotto queste prospettive si può valutare la valenza di una società scientifica come la Società Medica Italiana per la Contraccezione (Smic), che cerca di unire gli intenti dei ginecologi dell'Aogoi, di quelli dell'Agite e dei medici di medicina generale della Simg, nell'unico intento della prevenzione nell'ambito della salute sessuale e riproduttiva in Italia, i cui centri pubblici non sono purtroppo tra i primi in Europa essendo continuamente defianziati e spesso privati del personale sufficiente per sopravvivere. **Y**

Iperensione in gravidanza

Una patologia nota ma ricca di nuove ricerche e protocolli di trattamento clinico

Herbert Valensise

Segretario SIGO
Professore Associato Clinica
Ostetrica e Ginecologica,
Università di Roma Tor Vergata -
Ospedale S. Giovanni Calibita
Fatebenefratelli- Isola Tiberina,
Roma

La sessione sulla ipertensione in gravidanza organizzata all'interno del Congresso Sigo riveste un'importanza notevole per la possibilità per tutti i soci di approfondire tematiche di ricerca e assistenziali in



sviluppo continuo.

La patologia ipertensiva rappresenta ancora oggi uno dei primi elementi di patologia della gravidanza e, qualora non correttamente riconosciuto, anche una delle patologie gravate dalla più elevata mortalità e morbidità sia materna che fetale e neonatale.

Le complicanze emorragiche, di patologia placentare, di disfunzione multiorgano sono sempre temibili e a volte non visibili immediatamente alla valutazione clinica della paziente. Se poi confrontiamo questa patologia, che su una base multifattoriale ha sempre o quasi una condizione di maladattamento immunologico madre - placentare - feto, con le metodiche sempre più utilizzate di fertilizzazione assistita omologa ed eterologa, capiamo come la conoscenza di questa patologia, le possibilità di identificare precocemente i soggetti a rischio, le possibilità di trovare ed applicare dei protocolli farmacologici profilattici e terapeutici efficaci, diventi un bagaglio sempre più importan-

te per qualunque medico ostetrico e ginecologo che sia dedicato alla assistenza di gravidanze apparentemente normali.

Ecco quindi che le presentazioni che si succederanno nella sessione organizzata sono espressione dei gruppi di ricerca clinica e di base di punta in Italia che consentiranno una messa a fuoco su alcuni argomenti essenziali.

Esiste oggi la possibilità di fare uno screening biochimico e/o molecolare del rischio di preeclampsia mediante dosaggio ematico di alcune sostanze nel corso delle settimane che precedono la comparsa della patologia o questa metodica proposta è frutto soltanto della spinta commerciale di industrie che vogliono premere sull'acquisto di kit particolari?

A questa domanda verrà data risposta sia dalle presentazioni di esperti autorevoli sia dalla presenza come moderatore del prof. Andrea Tranquilli, esperto mondiale e primo (ed unico per ora) presidente mondiale della Società per lo studio della ipertensione in gravidanza ISSHP. Allo stesso modo, la valutazione della condizione di trombofilia, che qualche anno fa aveva dato grande attesa e speranze di chiarimento della predisposizione alla patologia, riveste ancora oggi un ruolo importante? E quanto valore clinico può avere la somministrazione di eparina a basso peso molecolare, che viene utilizzata dai ginecologi spesso 'off label' con costi non irrilevanti per il sistema sanitario nazionale e per le pazienti? Il dibattito è tuttora aperto e il prof. Alessandro Caruso, tra i primi a studiare le possibilità terapeutiche della molecola potrà portare come moderatore la sua esperienza, confrontandosi con esperti assoluti come la Dott.ssa Elvira Grandone.

Infine le relazioni si concentreranno sulle possibilità assistenziali di fronte alla patologia in atto, scoperta e conclamata. Le possibilità di gestione ambulatoriale, i limiti ed i rischi connessi saranno illustrati dalla scuola di Ancona, evidenziandone i vantaggi sulla spesa assistenziale riducendo entità e durata di ricoveri 'incongrui' ma, allo stesso tempo, associando le valutazioni di diagnostica integrata presentate dal gruppo di Roma Isola Tiberina, che porrà attenzione agli indicatori che possono allertare il clinico sul viraggio delle condizioni materne e fetali verso una maggiore gravità che non lasci 'esplosione' il caso clinico senza le dovute precauzioni mediche ed assistenziali.

Pertanto temi di grande interes-

se e ricaduta pratica. Come la HELLP syndrome, ben nota a tutti gli esperti per la sua imprevedibilità e potenziale gravità, che verrà rivisitata dal gruppo di Roma San Giovanni, focalizzando i punti essenziali di attenzione clinica per una precoce identificazione e valutazione del trattamento migliore da mettere in atto.

Pertanto una sessione dedicata ad una patologia nota ma in continua evoluzione sia dal punto di vista diagnostico, sia dal punto di vista assistenziale metodologico e terapeutico che merita di essere seguita da tutti i ginecologi ad ogni livello di esperienza e di attività clinica. **Y**

Oncologia ginecologica / 1

Il tumore dell'ovaio oggi, tra diagnosi e citoriduzione

Giorgio Giorda

Direttore ff Oncologia
Chirurgica Ginecologica Centro
di Riferimento Oncologico
IRCCS Aviano (Pn)

L carcinoma epiteliale dell'ovaio (EOC) è il tumore ginecologico con più elevata mortalità con valori di OS non superiori al 37% (dati USA del SEER e italiani ITACAN) e per il sottogruppo "Papillare" non superiori al 20% a 5 anni. L'attuale revisione anatomico-patologica e bio-molecolare distingue il EOC in Tipo I e II. Il tipo II (sieroso di alto grado) condivide la frequenza più elevata, la diagnosi tardiva, la prognosi peggiore, la inattivazione della p53, l'eterogeneità e instabilità genetica con alterazione dei geni dell'Homologous Repair in circa il

50% dei casi.

Il tipo I (LMP, endometrioidi e sierosi di basso grado, mucinosi, a cellule chiare, di Brenner) ha un comportamento meno aggressivo, diagnosi spesso precoce, prognosi migliore e alterazioni di altri loci genici (ad es. KRAS, BRAF, PTEN, ARID1A etc) mutualmente esclusive per le singole categorie, senza inattivazione della p53.

La diagnosi di EOC è tardiva (III o IV stadio), nel 70% dei casi che esordiscono spesso con ascite e preceduti da sintomi gastrointestinali aspecifici. Nel restante 30%, la diagnosi iniziale è di massa pelvica complessa da sottoporre a triage con l'utilizzo di US, RMN, TAC e marker biomorali.

La US è il più frequente e primo presidio diagnostico e nel corso degli anni si sono succedute varie classificazioni ecografiche a score (che tengono conto di dimensioni della massa, percentuale di componente solida, struttura dei setti, vascolarizzazione, dosaggio di CA 125) con vari livelli di PPV. Per migliorare il PPV sono stati valutati vari approcci di bio-marker quali OVA-1 (pannello di marker), proteomica (spettrometria di massa su siero), HE4 (isolato dall'epididimo ma espresso anche dal tumore

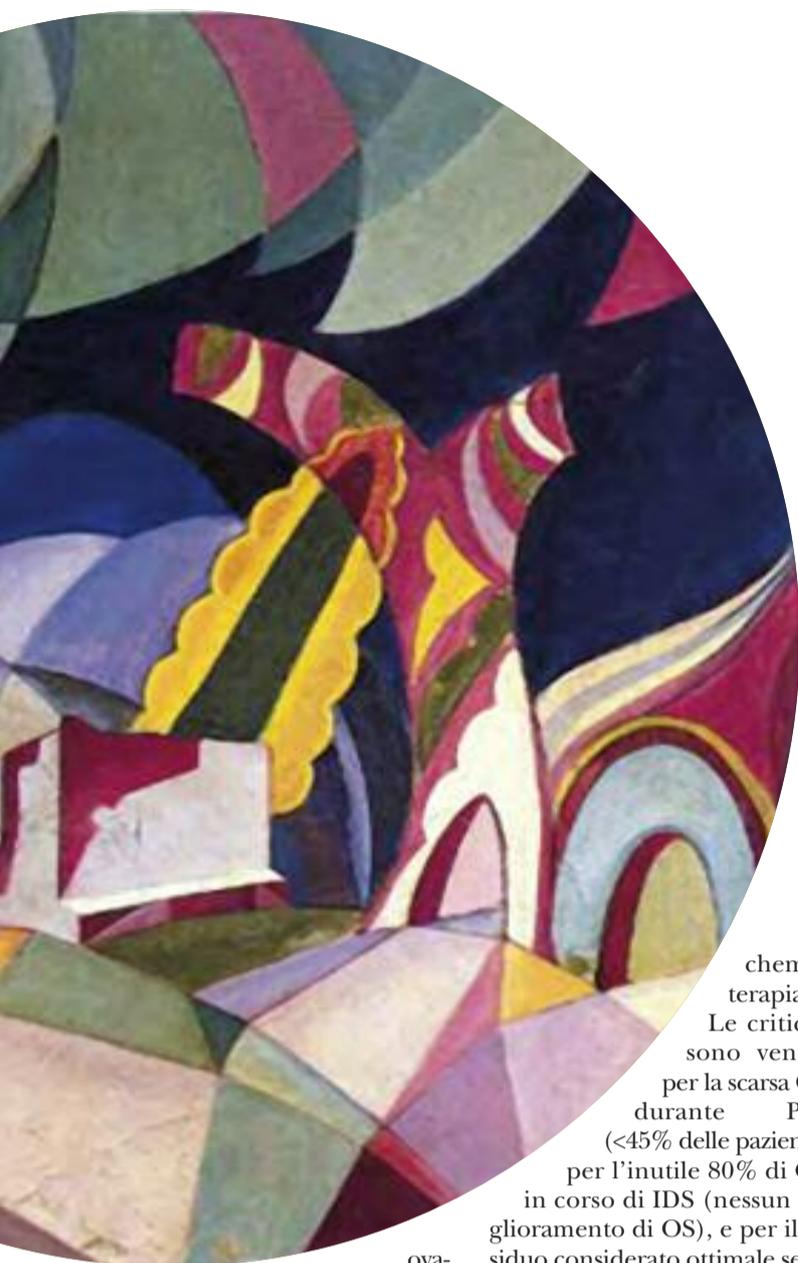


Il carcinoma epiteliale dell'ovaio, che costituisce il 90% circa dei tumori maligni della gonade femminile, sta subendo delle rapide evoluzioni per le scoperte di biologia molecolare che sottendono alle valutazioni anatomico-patologiche.

Non è il tumore ginecologico più frequente, essendo preceduto dal tumore della mammella, dell'endometrio e, nei paesi che non adottano sistemi di screening del cervico-carcinoma, anche dal carcinoma della cervice. Però è sicuramente il tumore ginecologico più gravato da mortalità, con dati di sopravvivenza globale non superiori al 37%. Il sottogruppo "Papillare" rivela anzi una sopravvivenza di circa il 20% a 5 anni.

È possibile che la mortalità così elevata sia legata alla diagnosi non precoce della malattia, ma potrebbe essere anche correlata con le caratteristiche biologiche intrinseche, quali stanno emergendo dagli studi bio-molecolari.





Oncologia ginecologica / 2

Cancro endometriale: hanno ancora senso i cut off ecografici?

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



Il carcinoma endometriale è il quarto tumore per incidenza nella popolazione femminile europea dopo il carcinoma della mammella, del colon-retto e del polmone, del corpo uterino, dello stomaco e dell'ovaio. Esistono due varianti anatomicopatologiche di questo tumore: il carcinoma endometrioidale (Tipo I) è estrogeno-dipendente, insorge frequentemente su un'iperplasia endometriale ed ha una prognosi spesso favorevole mentre il carcinoma non endometrioidale (Tipo II) comprendente gli istotipi sieroso-papillifero e a cellule chiare, non è estrogeno-dipendente, insorge su un endometrio atrofico ed è spesso associato con una lesione superficiale dell'endometrio detta "carcinoma endometriale intraepiteliale"; colpisce inoltre soggetti più anziani, ha un'aggressività biologica elevata ed una prognosi spesso sfavorevole. L'ipotesi di screening per carcinoma endometriale di donne in postmenopausa asintomatiche allo stato attuale non attuabile. Anche se in postmenopausa la rima è il più delle volte atrofica, il cut-off di normalità si pone abitualmente a 4-5 mm. Con questo limite, poco specifico e che comporterebbe l'approfondimento invasivo di un eccesso di soggetti sani, la sensibilità per carcinoma non è molto elevata. In base a tale evidenza non esiste al momento alcuna ragione di raccomandare lo screening di

chemioterapia.

Le critiche sono venute per la scarsa OD durante PDS (<45% delle pazienti), per l'inutile 80% di OD in corso di IDS (nessun miglioramento di OS), e per il residuo considerato ottimale se <1 cm.

I centri di riferimento che trattano l'EOC con OD in corso di PDS riescono ad ottenere una citoriduzione ad R0 in circa il 50% dei casi e ad R<0.5 cm nel 75-80% dei casi. Un triage adeguato prevedrebbe di selezionare le 20-25% delle pazienti da non candidare ad una inutile perché insufficiente PDS ed indirizzarle alla NACT. Tecniche di Imaging o Biomarcatori non sembrano adeguati allo scopo.

Prospettive interessanti, anche se controverse, vi sono per il triage laparoscopico (Fagotti 2006) che però non deve essere pensato per ampliare a dismisura la coorte di pazienti da indirizzare a NACT. Spesso l'impossibilità ad una OD si riscontrano solo in corso di laparotomia con la palpazione dei mesi, dell'ilo epatico o con la valutazione di multiple resezioni. Il chirurgo esperto di EOS riconosce per esperienza che il limite per la citoriduzione ad R0 è rappresentata dalla carcinosi a piccoli noduli di tutte le superfici peritoneali, parietali e viscerali mentre invece il limite per la citoriduzione a <0,5 cm è rappresentato dalle condizioni sopra riportate.

Legenda

Epithelial Ovarian Cancer (EOC); Overall Survival (OS); Tumori Low Malignant Potential-Border Line LMP; UltraSonography (US); Positive Predictive Value (PPV); Optimal Debulking (OD); Randomized Controlled Trial (RCT); Progression Free Survival (PFS); Primary Debulking Surgery (PDS); Interval Debulking Surgery (IDS); Neoadjuvant ChemoTherapy (NACT) **Y**

ovario e non influenzato dall'endometriosi).

Alla fine dell'iter diagnostico risulta fondamentale l'utilizzo della laparoscopia la quale consente il prelievo per la diagnosi anatomo-patologica, la stadiazione endoaddominale della malattia e, in certi casi, anche la terapia. Nella donna giovane, desiderosa di prole, la scelta difficile è tra l'annessiectomia laparoscopica di una massa ovarica dubbia, ma benigna, ovvero dello spilling di un tumore ovarico (con peggioramento della prognosi) in corso di cistectomia.

Il trattamento chirurgico è fondamentale sia negli stadi iniziali sia negli stadi avanzati. Negli stadi (I e II) è previsto un relativo basso impegno chirurgico sia nella pelvi sia nell'alto addome. Nelle pazienti in giovane età (<40-45 anni), desiderose di prole, con EOC non a cellule chiare (G1-2), limitata ad un unico ovaio, si può proporre il trattamento conservativo purché lo staging dell'alto addome e dei linfonodi sia negativo.

Nella malattia avanzata (III o IV) la chirurgia di prima istanza deve essere di citoriduzione ottimale (OD) con R=0 o almeno R<0.5 cm. L'utilità di tale chirurgia è sostanziata dalla metanalisi di Bristow (2002) e dalla sinossi dei RCT della AGO Germanica (Du Bois 2009). La OD implica una chirurgia impegnativa dell'alto addome con eventuali resezioni intestinali o gastriche, speritoneizzazioni diaframmatiche, splenectomie etc.

Il RCT dell'EORTC (Vergote 2010) ha dimostrato l'equivalenza di PFS e OS tra una OD in corso di PDS ed una chirurgia di intervallo (IDS) dopo 3 cicli di

popolazione per il carcinoma endometriale con qualsivoglia test.

In considerazione del fatto che oltre il 90% delle pazienti con perdite ematiche in menopausa è affetto da patologie non neoplastiche, il problema che si pone è di limitare le tecniche invasive.

Un ruolo importante rivestono le metodiche per immagini: l'ecografia pelvica transaddominale e in particolare la transvaginale con eventuale ausilio del Color Doppler.

Resta comunque l'isteroscopia il gold standard per lo studio della patologia a carico della cavità uterina.

L'esame ecografico può differenziare:

- soggetti con basso rischio di patologia endometriale da avviare a successivi controlli periodici;
- soggetti con alto rischio di patologia endometriale da sottoporre ad esami di II livello.

Ecograficamente l'endometrio menopausale è caratterizzato da una piccola struttura lineare ed ecogena che corrisponde allo strato basale adiacente al miometrio.

Per quanto riguarda la tecnica di misurazione mediante ETV (Ecografia Trans Vaginale), l'utero deve essere visualizzato in scansione longitudinale e lo spessore endometriale misurato nel punto più largo.

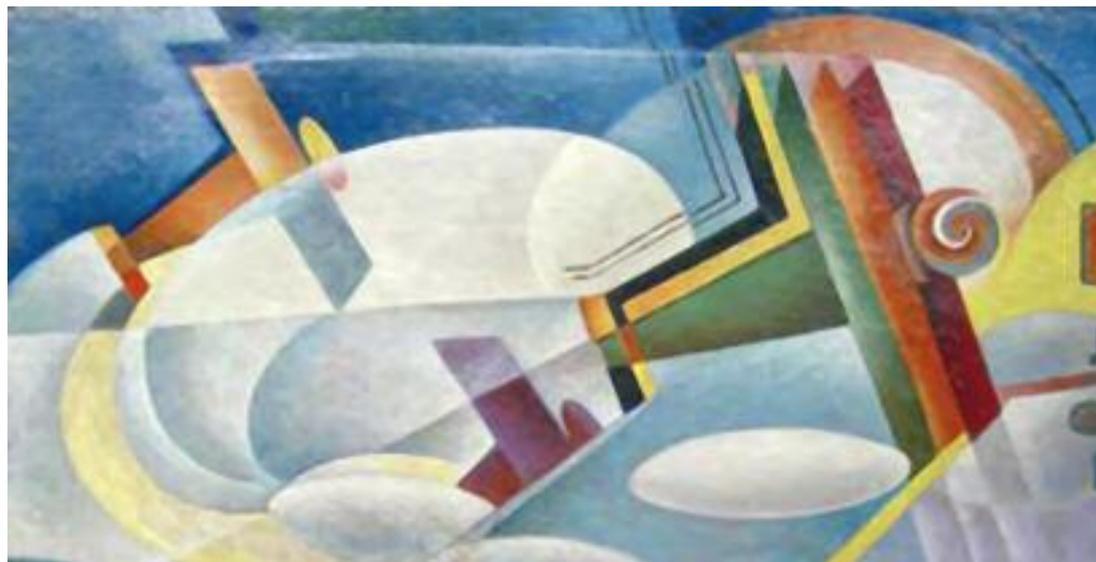
Riguardo alla scelta di un cut-off, numerose evidenze in lette-

ratura mettono in risalto le differenti sensibilità e specificità ottenute per la diagnosi del cancro endometriale mediante ETV. Dall'analisi della letteratura più recente emerge che mentre nel 2009 l'ACOG aveva stabilito un cut-off di 4 mm come adeguato per escludere il cancro, con un'accuratezza del 95%, da una meta-analisi di 90 studi fatta da Timmermans et al. nel 2010 risulta che l'ecografia TV, con un'accuratezza del 98%, è affidabile nell'escludere il carcinoma dell'endometrio utilizzando come cut-off uno spessore di 3 mm.

In una recente review di M. C. Breijer J. et al del 2012 sono stati presi in considerazione 8 differenti cut-off di spessore endometriale, da 3 a 8 mm, misurato mediante ecografia TV, analizzando 20 studi, ed è stata valutata la sensibilità, specificità, valore predittivo positivo e negativo nell'individuare il cancro endometriale. La meta-analisi di questi risultati ha mostrato che la sensibilità e specificità dello spessore endometriale come predittore di carcinoma sono rispettivamente 0.83 e 0.72 utilizzando 5 mm come cut-off e 0.33 e 0.94 utilizzando 6 mm come cut-off. Questi ulteriori dati rinforzano l'opinione che non sia giustificato l'utilizzo dello spessore endometriale come test di screening per il carcinoma dell'endometrio in donne asintomatiche, in postmenopausa, che non utilizzano terapia ormonale sostitutiva.

Tale asserzione in effetti già emergeva anche da uno studio del 2011 (Jacobs, Lancet Oncology) che concludeva che fare uno screening mediante ETV per carcinoma endometrio in donne in postmenopausa ha una buona sensibilità, la validità invece come screening nella popolazione generale rimane incerto.

L'approccio più razionale ai fini diagnostici, in caso di sospetto di carcinoma endometriale, consiste perciò nell'utilizzo dell'isteroscopia, da eseguire in regime ambulatoriale, l'ETV è necessaria nell'individuare le donne a maggior rischio, da indirizzare verso indagini di II livello. L'integrazione delle due metodiche rappresenta lo strumento migliore nella prevenzione del carcinoma endometriale. **Y**



Chirurgia ginecologica

La chirurgia robotica in ginecologia: da Da Vinci a Single port

Giacomo Corrado, Enrico Vizza

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

La chirurgia robotica in Italia ha di recente superato il decennio di attività. Da strumentazioni complesse e limitate solo ad alcuni tipi di interventi, come il primo robot-chirurgo "Zeus", si è arrivati allo sviluppo di una nuova tecnica estremamente precisa ed adattabile. L'innovativo macchinario, perla della chirurgia mini-invasiva attualmente utilizzato si chiama "Da Vinci" (Intuitive Surgical Corporation, Sunnyvale, CA, USA) ed ormai è presente in 54 strutture ospedaliere su tutto il territorio nazionale. Siamo secondi solo agli Stati Uniti nell'utilizzo di questa apparecchiatura.

L'interesse nei confronti di questa nuova star della tecnologia applicata alla medicina sta aumentando anno dopo anno, grazie soprattutto all'ampio utilizzo che se ne può fare. In Italia nel 2011 si sono effettuati circa 7000 interventi, con un incremento annuale medio di circa il 40%. Di questi, circa il 30% hanno riguardato interventi di ginecologia.

Può definirsi la formula evolutiva della laparoscopia, ma sicuramente è molto di più. Il sistema consente di articolare in modo continuo tutti i movimenti della mano e del polso umani all'interno del paziente e mette a disposizione del chirurgo una visione stereoscopica ottenuta grazie all'utilizzo di un video-endoscopio a due canali ottici e doppia telecamera a 3CCD ad alta risoluzione. Questo sistema di ingrandimento in tempo reale permette al chirurgo di disporre di una notevole qualità di immagine rispetto alla chirurgia tradizionale. Il sistema fornisce più di un migliaio di immagini al secondo e il processore filtra ogni singola immagine eliminando il rumore di fondo. Consente inoltre lo scaling del moto degli strumenti e il filtraggio dei tremolii delle mani del chirurgo. Il modulo di attuazione del movimento permette un accurato e fluido movimento della strumentazione sul teatro operatorio. L'isterectomia robotica

(Da Vinci Hysterectomy) rappresenta uno degli interventi che ha registrato il maggior incremento negli ultimi anni. Ad oggi, nel mondo, è la procedura maggiormente effettuata con la tecnologia robotica Da Vinci insieme alla prostatectomia radicale. Numerosi lavori scientifici testimoniano i vantaggi dell'isterectomia robotica rispetto alle chirurgie tradizionali ed alla laparoscopia. I vantaggi più rilevanti: riduzione dei giorni di ospedalizzazione, riduzione perdite ematiche, riduzione delle complicazioni e migliore rimozione dei linfonodi (per procedure oncologiche). Ad oggi, per eseguire l'isterectomia radicale robotica senza o con linfadenectomia vengono utilizzati 3 e 4 bracci, rispettivamente con una degenza di circa 3 giorni. Da considerare poi che l'affaticamento e le posture anti-ergonomiche, alle quali il chirurgo può essere costretto nel corso di un intervento eseguito con le altre

Da Vinci, il robot chirurgo

Oggi la chirurgia robotica rappresenta il salto di qualità per una struttura sanitaria. Può definirsi la formula evolutiva della laparoscopia, ma sicuramente è molto di più. L'interesse nei confronti di questa nuova star della tecnologia applicata alla medicina sta aumentando anno dopo anno, grazie soprattutto all'ampio utilizzo che se ne può fare.

Attualmente è presente in 54 strutture ospedaliere su tutto il territorio nazionale. Nell'utilizzo di questa apparecchiatura siamo secondi solo agli Stati Uniti. Nel 2011 con "Da Vinci" si sono effettuati circa 7000 interventi (con un incremento annuale medio di circa il 40%). Di questi, circa il 30% hanno riguardato interventi di ginecologia.

tecniche, possono costituire un fattore aggiuntivo di rischio per qualunque operatore, anche il più qualificato ed esperto, dopo molte ore di chirurgia maggiore. Ciò potrebbe costituire un elemento importante nell'ottica di una valutazione del rischio clinico e del Clinical Risk Management.

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

"Oggi la chirurgia robotica rappresenta il salto di qualità per una struttura sanitaria"



Giacomo Corrado

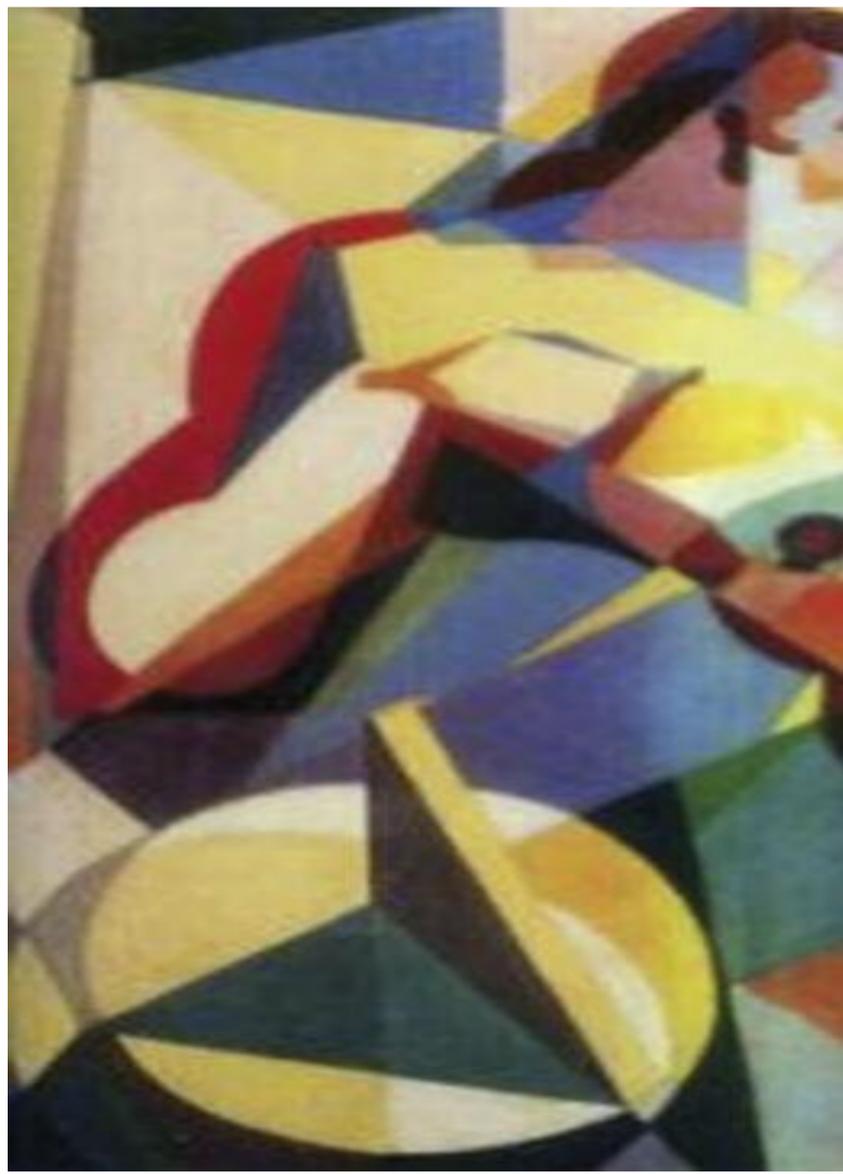


Enrico Vizza

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

Parlando di futuro della chirurgia robotica, l'ultima novità si chiama "single port" robotico, porta unica, realizzato dalla americana Intuitive e distribuito in Italia dalla AB Medica di Lainate. Il Single port è un progetto che nasce sulla scia di esigenze che possono apparire minimali, ma che è prodigo di grandi sviluppi. Questo accesso unico viene utilizzato in alternativa ai 4-5 accessi consueti necessari per intervenire chirurgicamente con il robot, per interventi su patologie sia benigne che maligne dell'addome. Collocata nell'ombelico ha consentito di operare con il robot in tempi strettissimi, con una invasività minima. Hardware e software del nuovo strumento consentono al chirurgo di operare dalla console esattamente come nella interventistica robotica tradizionale. La visione tridimensionale vera (non virtuale) offre un campo di azione molto chiaro ed i due strumenti vengono governati in modo naturale. L'introduzione dell'ottica, degli strumenti operatori ed assistenti, attraverso un unico accesso di solo 2 cm di diametro a livello dell'ombelico, comporta l'incrocio degli strumenti stessi all'interno della cavità addominale per permettere all'operatore di avere sufficiente spazio di manovra: per capirsi, la mano destra manovra lo strumento che nel campo operatorio viene da sinistra e la mano sinistra lo strumento che viene da destra, come lavorare allo specchio. Il robot con uno speciale programma "raddrizza" automaticamente i comandi dei bracci robotici, per cui il chirurgo può usare con totale naturalezza gli strumenti operatori senza bisogno di alcuno sforzo

grazie ad un solo accesso realizzato e non a quattro o cinque, con un minor interessamento della parete muscolare in termini di fastidiosi ematomi. Inoltre, dopo un'attenta valutazione dell'attività svolta nel primo anno di chirurgia robotica, che ha portato già una significativa riduzione della degenza media con attivazione del week hospital presso la Divisione di Ginecologia Oncologica, ci si è resi conto che grazie all'introduzione di questo nuovo sistema è possibile migliorare ulteriormente queste prestazioni. Per tale motivo, si stanno programmando dei corsi di aggiornamento sia per i chirurghi sia per gli altri operatori già abilitati al robot. In conclusione, oggi la chirurgia robotica rappresenta il salto di qualità per una struttura sanitaria. Quelle che vogliono attivarsi in questo senso devono pianificare adeguatamente il tutto: dalla formazione del personale fino all'utilizzo multidisciplinare dello strumento. È inutile dotarsi di un macchinario di questo tipo ed utilizzarlo solo per gli interventi di chirurgia benigna ad esempio. Solo così anche per l'azienda sanitaria ci potrà essere la possibilità di ammortizzare adeguatamente i costi. **Y**



**Chirurgia ginecologica:
sicurezza, costi e riduzione
delle complicanze**

L'isterectomia semplice: confronto tra via laparotomica, laparoscopica e vaginale

Mauro Busacca, Giulia Alabiso, Allegra Barbasetti Di Prun, Susanna Bonato
Clinica Ostetrica Ginecologica
Università di Milano



Mauro Busacca

L'isterectomia rappresenta a tutt'oggi il secondo intervento chirurgico ginecologico più frequente dopo il taglio cesareo: negli Stati Uniti il 30-40% delle donne di età inferiore ai 65 anni sono state sottoposte a tale intervento; in Italia la percentuale di donne isterectomizzate di età compresa tra i 40 e i 70 anni si aggira intorno al 15% in Francia ogni anno vengono eseguite circa 60.000 isterectomie. A causa dell'impatto fisico, emozionale, economico e dell'importanza clinica che questo tipo di intervento riveste nella vi-

ta delle pazienti, il dibattito su quale sia la miglior tecnica di isterectomia è sempre vivo. L'isterectomia può essere eseguita per via vaginale, per via laparotomica oppure per via laparoscopica, in quest'ultimo caso con diverse varianti: la "laparoscopically assisted vaginal hysterectomy" (LAVH), che si basa su un approccio "combinato", con sezione laparoscopica delle sole strutture site al di sopra delle arterie uterine, la "laparoscopic hysterectomy" (LH), in cui anche le arterie uterine vengono sezionate per via laparoscopica, e l'intervento viene concluso per via vaginale, e la "totally laparoscopic hysterectomy" (TLH), in cui tutti i passaggi dell'intervento sono eseguiti per via laparoscopica.

Le linee guida internazionali sottolineano come, nella scelta della miglior tecnica di isterectomia, i fattori da tenere in considerazione debbano essere almeno tre: il rischio di complicanze, le caratteristiche della paziente e l'esperienza del chirurgo. Una recente review pubblicata dalla Cochrane Library prende in analisi gli studi presenti in letteratura e volti a comparare le diverse tecniche di isterectomia, e conclude che, essendo l'isterectomia per via vaginale quella associata ad un minor rischio di complicanze, a minor perdita ematica perioperatoria, a più breve ospedalizzazione e a miglior recupero post operatorio, essa dovrebbe essere la tecnica di prima scelta ogniqualvolta sia possibile metterla in pratica. Per quanto riguarda il confronto tra la via laparoscopica e quella laparotomica, la via laparoscopica appare essere associata a un più alto rischio di complicanze maggiori, soprattutto per quanto riguarda le lesioni vescicali ed ureterali, ma, per contro, essa sembra permettere una riduzione delle perdite ematiche, della degenza post-operatoria, delle complicanze minori (iperpittirissia, infezioni delle ferite) e un più rapido recupero dopo l'intervento. I tempi chirurgici sono più lunghi quando si opta per la via laparoscopica, ma questo sembra essere valido fondamentalmente per la TLH e decisamente meno per la LAVH. Su queste basi sono stati costruiti diversi algoritmi che hanno lo scopo di identificare le pazienti candidate alla chirurgia vagi- ▶

È sempre necessaria la chirurgia nella diagnosi e nel trattamento dell'endometriosi?

La diagnosi di endometriosi può essere fatta in maniera definitiva soltanto tramite l'esame istologico delle lesioni rimosse in sede di chirurgia. Pertanto, né i markers sierici né le tecniche di imaging sono in grado di sostituire l'istologia nella diagnosi di tale patologia. Ciò nonostante, tecniche di imaging quali l'ecografia transvaginale, la risonanza magnetica e la tomografia computerizzata sono di grande ausilio nella diagnosi differenziale delle masse annessiali. Esse hanno un'elevata accuratezza diagnostica nel differenziare gli endometriomi dalle neoformazioni di altra origine, e l'ecografia transvaginale risulta essere la tecnica di imaging di scelta nella diagnosi di endometrioma. All'esame ecografico, gli endometriomi ovarici appaiono caratteristicamente come formazioni cistiche a contenuto ipoecogeno finemente corpuscolato. Per quanto riguarda invece l'endometriosi profonda, in letteratura sono presenti diversi studi che comparano le varie opzioni diagnostiche a disposizione del clinico, ovvero la visita manuale, l'esame ultrasonografico transvaginale o transrettale e la risonanza magnetica. Ognuno di questi metodi presenta vantaggi e svantaggi: l'accuratezza della visita dipende dalla lunghezza del dito esploratore, che normalmente non è in grado di percepire le strutture situate al di là dei legamenti utero-sacrali e del setto retto-vaginale. L'ecografia transvaginale ha maggiore accuratezza, ma rimane un esame mediocre per la valutazione delle lesioni intestinali. L'ecografia transrettale è accurata nella valutazione di lesioni infiltranti intestino e setto rettovaginale. La risonanza magnetica, infine, è risultata essere l'esame con maggiore accuratezza diagnostica per tutti i tipi di lesione, e deve pertanto essere richiesta in ogni caso in cui si sospetti la presenza di endometriosi profonda, ed in particolare per la valutazione dei parametri.

Da un punto di vista terapeutico, l'endometriosi non è un'indicazione assoluta alla chirurgia. È infatti necessario tenere sempre presente che la terapia dell'endometriosi è una terapia volta alla risoluzione del sintomo, dove per sintomo si intenda la presenza di dolore o di subfertilità. La presenza di endometriosi asintomatica o paucisintomatica non è un'indicazione assoluta alla terapia chirurgica, mentre la maggior parte delle linee guida internazionali raccomandano l'asportazione degli endometriomi ovarici di diametro superiore ai 3 centimetri nelle donne con dolore pelvico. Allo stesso modo, non vi è indicazione al trattamento chirurgico in pazienti portatrici di lesioni di endometriosi profonda, in assenza di sintomatologia algica. Numerosi studi presenti in letteratura dimostrano infatti che l'endometriosi profonda non è quasi mai una patologia progressiva, né per ▶

Aderenze post-operatorie: un problema spesso sottovalutato

La formazione di aderenze post-operatorie rappresenta una complicanza maggiore della chirurgia, inclusa quella ginecologica. Studi molto significativi sono quelli condotti dal gruppo di ricerca SCAR (Surgical and Clinical Adhesions Research) che hanno analizzato i dati di tutti i pazienti chirurgici degli ospedali dello Scottish National Health Service, consentendo di definire l'impatto epidemiologico delle aderenze post-operatorie. Nel complesso, circa un terzo dei pazienti sottoposti a chirurgia addominale o pelvica sono stati riospedalizzati una media di due volte nel corso dei successivi 10 anni per condizioni direttamente o che potevano essere correlate alla presenza di aderenze oppure hanno subito re-interventi non correlati ad aderenze ma che sono stati complicati da queste. Più del 20% di queste riospedalizzazioni si sono verificate entro il primo anno dall'intervento chirurgico.

Tra gli interventi ginecologici, gli interventi laparotomici sulle ovaie sembrano essere quelli correlati al maggior numero di riospedalizzazioni direttamente connesse ad aderenze. La maggior parte delle pazienti che sviluppano aderenze post-operatorie sono asintomatiche; le più importanti potenziali conseguenze includono dolore addomino-pelvico cronico, occlusione intestinale, infertilità e complicanze durante i successivi interventi chirurgici. Le aderenze post-operatorie sono responsabili di circa il 40% dei casi di infertilità. La sterilità è soprattutto causata dal sovvertimento dei normali rapporti anatomici tra ovaio e tuba, prevenendo, in tal modo, la captazione e il trasporto dell'ovocita. Molti studi riportano che un precedente intervento chirurgico e la presenza di aderenze incrementano significativamente i tempi globali di eventuali interventi successivi. Inoltre, le aderenze sono responsabili di un elevato numero di re-interventi, allungano i tempi di ricovero e possono rendere impossibile l'applicazione della chirurgia minimamente invasiva. Per di più, la cura delle aderenze e delle loro complicanze correlate

impone enormi costi economici. Dal momento che il problema delle aderenze post-operatorie è diventato assai rilevante per il rischio di potenziali drammatiche conseguenze nelle pazienti ginecologiche, è importante che i chirurghi siano consapevoli di questa problematica spesso sottovalutata e pertanto si applichino nella sua prevenzione. Innanzitutto, il rischio di aderenze post-operatorie andrebbe sistematicamente discusso con ogni paziente candidata a un intervento di chirurgia addominopelvica laparotomica o laparoscopica prima di ottenere il consenso informato all'intervento. A un elevato numero di interventi corrisponde un aumentato rischio di formazione di aderenze, pertanto è importante tentare di minimizzare il più possibile il numero totale di interventi effettuati su una paziente. Per quanto riguarda la tecnica chirurgica, la chirurgia endoscopica minimamente invasiva impedisce la contaminazione con materiali estranei quali la polvere dei guanti chirurgici e consente una delicata manipolazione dei tessuti, tutti fattori che possono aiutare nella riduzione del rischio di formazione di aderenze post-

operatorie. L'incidenza di infezioni postoperatorie, altro rischio per la formazione di aderenze, è ridotta dopo laparoscopia rispetto a laparotomia. Pertanto, i chirurghi dovrebbero utilizzare le procedure chirurgiche meno invasive: quando possibile, per esempio, un approccio laparoscopico sarebbe da preferire a un approccio laparotomico e un'isterectomia per via laparoscopica o vaginale sarebbe da preferire a un'isterectomia per via addominale. I chirurghi dovrebbero poi adottare una strategia chirurgica di routine mirata alla riduzione della formazione di aderenze nelle pazienti che vengono sottoposte a procedure ad alto rischio quali la chirurgia ovarica, la chirurgia per endometriosi, la chirurgia tubarica, la miomectomia e l'adesiolisi. In particolare dovrebbero: mobilitare delicatamente i tessuti e gli organi; effettuare un'emostasi accurata; prevenire le infezioni batteriche e le contaminazioni con materiale fecale; minimizzare i processi ischemici ed eradicare i tessuti necrotici; utilizzare una frequente irrigazione e aspirazione; ridurre il più possibile la durata

dell'intervento. Esistono poi alcuni materiali definiti agenti di barriera il cui utilizzo è stato sperimentato nel tentativo di ridurre la formazione di aderenze nei pazienti sottoposti a interventi ad alto rischio. Si tratta di agenti sintetici che si interpongono come delle barriere tra tessuti e organi pelvici adiacenti durante i processi di guarigione e cicatrizzazione in modo da prevenire la formazione di aderenze. Tra questi: barriere sintetiche riassorbibili fatte di cellulosa (es Interceed), membrane permanenti non riassorbibili (es Gore-Tex), membrane sintetiche riassorbibili fatte di polisaccaridi (es Sefrafilm) e dispositivi rilascianti glicole polietilenico tramite applicatore spray il quale, nel giro di alcuni secondi dopo l'applicazione, diviene un gel che aderisce ai tessuti (es SprayGel). Molti studi hanno dimostrato l'efficacia di questi agenti di barriera nella riduzione dell'incidenza di aderenze, ma ci sono ancora dati insufficienti in letteratura sull'effetto di questi su outcome clinici più a lungo termine come la fertilità, il dolore pelvico cronico o l'occlusione intestinale.

nale. Le domande a cui il chirurgo deve rispondere quando pone l'indicazione all'intervento sono fondamentalmente tre: primo, va stimato il volume dell'utero in maniera precisa; secondo, va valutata l'adeguatezza del passaggio vaginale; terzo, va esclusa la presenza di patologia extrauterina. Le condizioni cliniche che erano storicamente considerate controindicazioni alla chirurgia vaginale (un utero troppo grande, un arco pubico inferiore ai 90°, la nulliparità o la presenza in anamnesi di pregressi interventi addominali) sono state radicalmente ridimensionate da diversi studi recenti. Classicamente, un utero veniva considerato "troppo grande" per la chirurgia vaginale quando il suo volume superava i 280 gr o quello di un utero gravido a 12 settimane. Tuttavia, il perfezionamento di tecniche quali il *morcellament*, permettono sempre più frequentemente di asportare per via vaginale uteri di dimensioni notevolmente maggiori, anche con pesi fino a 1300 gr. Il calibro vaginale deve essere valutato prima dell'intervento, ma la nulliparità di per sé non deve essere considerata una



controindicazione alla chirurgia vaginale. Neanche la pregressa chirurgia addominale deve precludere questo tipo di approccio, a meno che non vi sia una sindrome aderenziale tale da impedire la mobilità uterina. Pertanto, quando sussista il sospetto clinico o anamnestico di importante sindrome aderenziale pelvica è indicata una valutazione per via laparoscopica, in seguito a cui sarà possibile decidere se estrarre l'utero per via vaginale oppure per via addominale.

Quando la via vaginale non sia praticabile, la maggior parte degli autori ritiene preferibile l'ap-

proccio laparoscopico a quello laparotomico, nonostante il già citato aumento nel rischio di lesioni agli organi dell'apparato urinario; la scelta – quando possibile – di un approccio combinato laparoscopico-vaginale riduce notevolmente la durata dell'intervento.

Nonostante queste considerazioni, va sottolineato come l'isterectomia addominale sia a tutt'oggi quella maggiormente praticata nel mondo, per la sua maggiore facilità di esecuzione e per la mancanza di personale medico con una adeguata formazione nell'ambito della chirurgia ginecologica vaginale. **Y**

Cesarei: Sessione Fgom

The increasing cesarean section rate: is it justified?

Gianpaolo Mandruzzato
Presidente Fondazione Confalonieri Ragonese

La frequenza con la quale si ricorre al parto cesareo ha dimostrato un continuo, progressivo aumento anche nel mondo occidentale. Nè fanno eccezione alcuni paesi europei che, pur registrando un ricorso significativamente più limitato al cesareo, riscontrano anche i migliori risultati in termini di mortalità perinatale. Questo andamento è motivo di seria preoccupazione sia per le Società Scientifiche che per le

autorità politiche sanitarie. Va sottolineato infatti che, oltre al problema dei costi, il parto cesareo comporta una serie di rischi importanti per la salute materna immediata e futura e non è nemmeno esente da complicazioni per il neonato.

Un principio generale dovrebbe essere quello di optare per il cesareo quando il parto vaginale è più rischioso per la madre e/o il bimbo. Al contrario, pur non essendosi rilevate significative variazioni nella prevalenza di patologie materne e/o fetali, la frequenza dei cesarei aumenta. È stato infatti rilevato che questo preoccupante aumento molto spesso non è dovuto a condizioni cliniche. In Europa, il nostro paese detiene il poco invidiabile primato del più alto tasso di cesarei, sia pur con ampie variazioni da regione a regione.

In occasione del Congresso Sigo la Federazione di Ostetricia e Ginecologia del Mediterraneo (Fgom) è stata gentilmente invitata ad affrontare nell'ambito di una sua sessione questo scottante argomento. Compito dei Relatori è analizzare e discutere l'appropriatezza del parto cesareo in diverse situazioni cliniche e non che, come il cesareo a richiesta, sono ragione di questo aumento, molto spesso non giustificato e supportati dalle evidenze disponibili.

In particolare verranno affron-

tati i seguenti aspetti: Epidemiologia del cesareo (Prof. Antsaklis A., Grecia); Presentazione podalica (Prof. Demir C., Turchia); Gravidanza gemellare e plurima (Prof. Finderle A., Croazia); Restrizione di crescita fetale (Dr. Y. Meir, Italia); Cesareo pregresso (Prof. Giambanco V.); Late preterm ed early term (Prof. Mandruzzato G.P.); Parto cesareo elettivo (Prof. Cabero-Roura L., Spagna); Induzione e cesareo (Prof. Saghir W., Libano); Cesareo a richiesta (Prof. Premru-Srsen T., Slovenia); Cesareo d'urgenza (Prof. Lebbi I., Tunisia); Complicazioni materne dopo cesareo (Prof. Radunovic N., Serbia); Complicazioni neonatali (Prof. Carrapato M., Portogallo).

Ognuno degli argomenti proposti meriterebbe uno spazio di tempo ben più ampio rispetto a quello disponibile ma in tal modo si vuole focalizzare l'attenzione sulla criticità di questo importante problema clinico che ogni giorno deve essere affrontato. Le macroscopiche differenze rilevabili nel nostro stesso paese, non associate a migliori esiti perinatali, devono indurre tutti i ginecologi a razionalizzare il ricorso al parto cesareo allineando la sua frequenza con quella dei paesi che pur con un tasso di cesarei inferiori del 50% e più rispetto all'Italia riportano esiti perinatali ottimali. **Y**

▶ quanto riguarda le dimensioni delle lesioni né per quanto riguarda l'entità del sintomo, e che la maggior parte delle pazienti asintomatiche al momento della diagnosi rimangono asintomatiche negli anni a venire. Questi dati permettono di evitare il ricorso alla terapia chirurgica nelle pazienti asintomatiche per il solo timore di progressione della patologia.

Un altro elemento che deve essere tenuto in considerazione è l'impatto della chirurgia per endometriosi sulla fertilità. Per quanto riguarda le pazienti con endometriosi lieve o moderata (stadio ASRM I-II) i dati presenti in letteratura sono contrastanti. Esistono infatti due soli studi randomizzati controllati che hanno come obiettivo la valutazione della pregnancy rate in donne infertili sottoposte a intervento, ma essi giungono a conclusioni diametralmente opposte: nello studio multicentrico canadese si ottiene una pregnancy rate maggiore nel braccio di pazienti sottoposte a laparoscopia operativa con asportazione degli impianti peritoneali rispetto a quella ottenuta nel braccio di pazienti sottoposte a sola laparoscopia diagnostica (36% versus 21,9%). Per contro, lo studio multicentrico italiano ha riscontrato una pregnancy rate maggiore nel gruppo di pazienti sottoposte a laparoscopia diagnostica, rispetto a quelle sottoposte a laparoscopia operativa (22.2 versus 19.6%). Non esistono invece studi randomizzati controllati o metanalisi volte ad indagare l'incremento della pregnancy rate determinato dalla terapia chirurgica nelle pazienti affette da patologia endometriosa severa (stadio ASRM III – IV).

Ciononostante, questo aspetto è stato analizzato in molti studi non randomizzati, e in letteratura sembra esservi un consenso generale sull'efficacia della chirurgia nel migliorare la pregnancy rate in queste pazienti. Le percentuali riportate variano tra il 30 e il 67%, con un valore medio pari al 50%. D'altro canto, è assolutamente necessario informare le pazienti e tenere in considerazione l'impatto negativo che la chirurgia notoriamente ha sulla riserva ovarica. Diversi fattori devono pertanto essere presi in considerazione nell'impostazione dell'iter terapeutico, quali ad esempio l'età della paziente stessa, la mono o bilateralità delle cisti, la presenza di pregressa chirurgia per endometriosi e la riserva ovarica preoperatoria. Un recente studio ha dimostrato che le pazienti che sono state sottoposte a enucleazione bilaterale di cisti endometriose hanno un rischio basso ma definito di andare incontro a menopausa precoce. I dati in letteratura sulla performance riproduttiva in donne infertili con endometriosi profonda scarseggiano. Negli studi disponibili, i tassi di pregnancy rate post operatoria variano tra il 40 e il 55%, con una media del 40%; si tratta però solo di studi non randomizzati.

Parto cesareo elettivo

Il taglio cesareo. Una forma naturale di partorire?

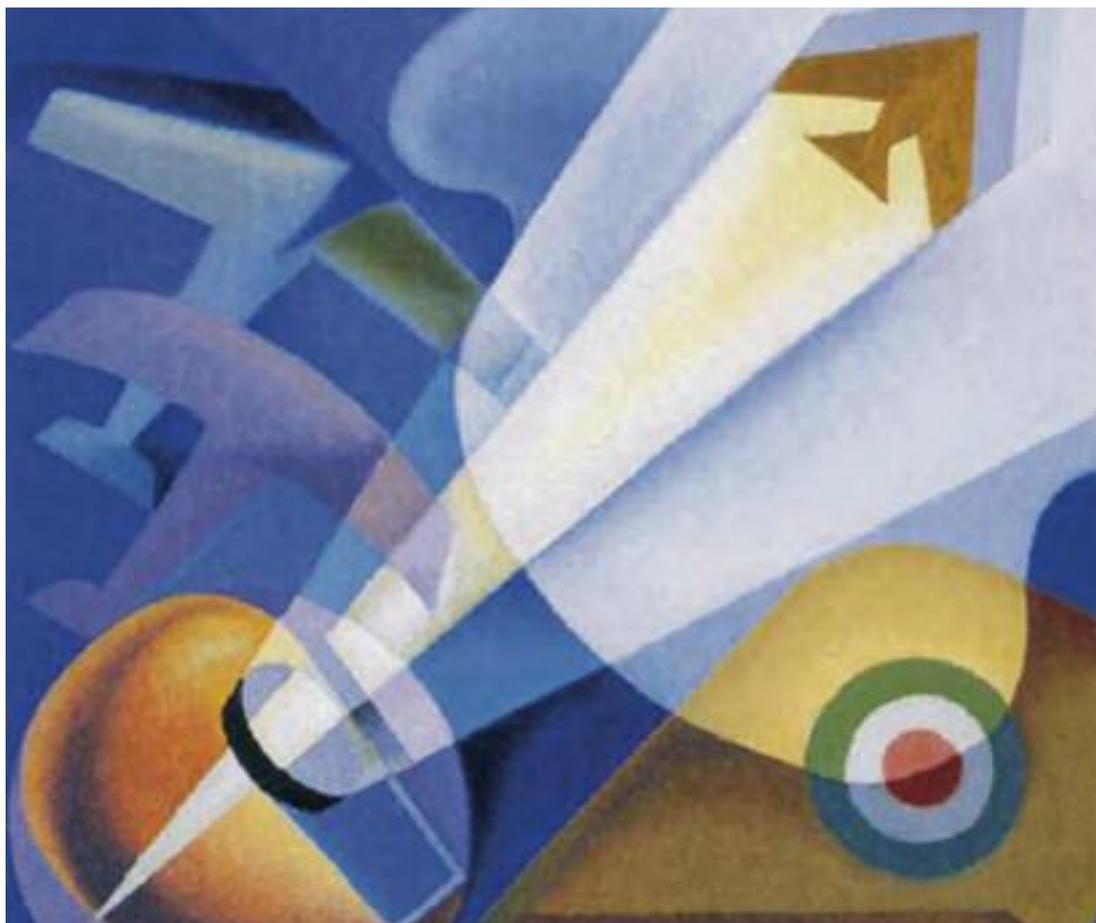
Luis Cabero Roura
Presidente della Commissione di Bioetica della Società spagnola di Ginecologia e Ostetricia (SEGO)

Inizialmente praticato per risolvere conflitti nel corso del parto, il taglio cesareo è stato indicato in misura crescente per risolvere altre circostanze che possono compromettere la salute della madre e/o del feto in situazioni diverse da quella del parto. È apparso che negli ultimi decenni il profilo delle donne che scelgono di diventare madre è cambiato. L'età, il tasso di gravidanze a seguito di fecondazione in vitro, l'aumento dell'obesità, il tasso di gemellarità, ecc... sono tutti fattori che hanno avuto un ruolo importante nell'analisi dell'aumento dei tagli cesarei. Nonostante la maggiore sicurezza offerta da questa pratica sia per il feto sia per la madre, il taglio cesareo viene eseguito più del necessario.

I vantaggi che il taglio cesareo offre quale conclusione del parto contro complicanze tecniche derivanti dalla pratica ostetrica hanno favorito altresì una pratica più frequente a sfavore dei

parti vaginali che richiederebbero un tirocinio. La facilità di esecuzione di un taglio cesareo così come il perfezionamento della sua tecnica hanno influito anche sulle diagnosi di distocia, effettuate con maggiore frequenza, cosa che ha contribuito a sua volta all'aumento del numero di tagli cesarei. Tra le circostanze che hanno contribuito all'aumento dei tagli cesarei abbiamo citato la medicina difensiva, (l'ostetrico/a non desidera avere problemi medico-legali), così come l'influenza dei modelli di apprendimento nel periodo di formazione dei futuri ostetrici/ostetriche. È difficile oggettivare quantitativamente l'influenza di tutti questi fattori (oltre ad altri) sul tasso dei tagli cesarei, tuttavia bisogna tenerli in considerazione per una valutazione critica del problema.





A quanto detto si aggiunge il fatto che, sempre più frequentemente, è la propria paziente a richiedere il taglio cesareo (cesareo su richiesta). Tale richiesta è dovuta, probabilmente, alla convinzione molto diffusa che il taglio cesareo sia una pratica ugualmente sicura tanto per la madre quanto per il feto rispetto al parto vaginale. Se si pratica un taglio cesareo su richiesta, teoricamente tutti i rischi sono a carico della donna e del feto; in caso contrario, tutti i rischi sono a carico del medico (allerta, conseguenze medico-legali). Comunque, il tasso di mortalità materna generale (tutti i tipi di taglio cesareo) è all'incirca sei volte maggiore rispetto al parto vaginale. Queste differenze sono sufficientemente importanti affinché, in assenza di altre prove, sembri inopportuno e chissà, forse anche imprudente, discutere su quale sia il modo di partorire più sicuro. In questo senso, per alcune donne e alcuni medici il ricorso crescente al taglio cesareo acquisisce legittimità se si considera l'autonomia materna che mira ad una maggiore comodità, ad evitare il dolore e il danno alla struttura pelvica, e sempre con l'obiettivo di proteggere il feto, a fronte di possibili costi aggiuntivi per il parto chirurgico.

Qualsiasi decisione che aumenti la chirurgia maggiore, nonostante il tasso di mortalità associato sopra indicato, deve essere attentamente valutata da tutti gli attori coinvolti. Una donna che acconsenta ad un qualsiasi trattamento medico deve ricevere informazioni complete ed imparziali circa le possibilità di risultati positivi (efficacia) o negativi (rischi) del procedimento scelto. Comunque, i medici non dispongono sempre di informazioni adeguate sia per mancanza di letteratura di riferimento sia per discrepanze.

Ad ogni modo, i fattori paramedici sono probabilmente i più importanti per giustificare l'incremento del numero di quei tagli cesarei che aumenterebbero in modo ingiustificabile il rischio di invertire negativamente il quoziente vantaggio-rischio per la madre e per il feto. Nella sua terza riflessione, la Commissione di Bioetica della SEGO dichiara: "Riteniamo necessarie e imprescindibili tutte quelle attività che favoriscono, promuovono e convincono per credibilità i seguenti concetti fondamentali che, in modo più o meno sottile, si mettono in discussione: 1) Il parto è un processo naturale che nella maggior parte dei casi si svolge spontaneamente e naturalmente, soprattutto se in presenza di condizioni socio-igieniche adeguate. 2) La corretta assistenza durante la gravidanza e al momento del ricovero per il parto, con riferimento ad una maternità adeguatamente seguita e supportata da personale specializzato in servizio stabile, offre innegabili vantaggi per un'ottima protezione della madre e del feto. 3) Al giorno d'oggi, il taglio cesareo con una indicazione corretta è stato un fattore di primo piano nella protezione della salute della madre e del feto. 4) La mentalità tecnica prevalente tende a sopravvalutare i vantaggi del parto cesareo rispetto a un parto spontaneo per la rapidità e la comodità e a sottovalutare gli inconvenienti per la madre ed il feto." Per cui, riassumendo, si potrebbe dire che si praticano più tagli cesarei di quelli consigliati da un punto di vista medico e che si dovrà fare una analisi coscienziosa delle eventuali cause di questo fatto, nonché proporre soluzioni pertinenti al fine di minimizzare il forte impatto negativo che può aversi sulla salute (attuale e futura) delle nostre madri. **Y**

Strategie di prevenzione dell'infezione da HPV a livello nazionale e regionale

Vaccinazione anti Hpv: a che punto siamo

Carlo Maria Stigliano
Direttore Ginecologia preventiva e dei consultori familiari
Asl di Castrovillari (Cs)

A dicembre 2007 l'Intesa tra il Ministero della Salute e le Regioni ha definito l'offerta attiva della vaccinazione contro il papilloma virus umano (Hpv), identificando come target prioritario le dodicenni (coorte di nascita del 1997 per il 2008), in accordo con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. La scelta delle dodicenni, oltre a garantire la massima efficacia vaccinale, permette di rivolgersi a ragazze che frequentano la scuola dell'obbligo, di sfruttare le occasioni di contatto con le strutture vaccinali dedicate agli adolescenti, già target di altri interventi vaccinali, e di facilitare la comunicazione con le famiglie, che si rivela importante specialmente per programmi connessi alle malattie a trasmissione sessuale. L'Intesa Stato-Regioni del 2007 aveva fissato come obiettivo del programma di vaccinazione una copertura pari al 95% entro il 2013 con tre dosi di vaccino.

In Italia, ad oggi, è prevista

quindi per le dodicenni un'offerta attiva e gratuita, per le tredicenni il recupero gratuito non attivo (in quasi tutte le Regioni); per le ragazze tra i 14 e i 26 anni di età, che vengono considerate come target secondari, è previsto il recupero ("vaccinazione di catch up") con copayment (pagamento con tariffa agevolata).

Per quanto riguarda altre fasce d'età, possibili target della vaccinazione anti-Hpv, nel gruppo d'età 14-26 anni, le donne naïve rispetto all'infezione da Hpv, riceveranno pieni benefici dalla vaccinazione mentre ci si pone il problema per le giovani sessualmente attive che potrebbero essere state esposte all'infezione da Hpv.

Relativamente alla prevalenza dell'infezione da Hpv in relazione alle diverse fasce di età della popolazione un noto studio di Ronco ha confermato i dati internazionali: la prevalenza è risultata più elevata, infatti, per le donne di età compresa tra 25-39 anni (13-14%) con andamento decrescente all'aumentare dell'età (pari a 11.5% per le donne di età compresa tra 40-44 anni e 5% per le donne di età >45 anni).

Per questa ragione il piano della vaccinazione vede come target annuale primario la fascia costituita da circa 280.000 undicenni che dovrebbero ricevere le 3 dosi di vaccino anti-Hpv. Tale età è stata ritenuta ottimale per l'alta sieroconversione in età compresa tra i 9 e i 13 anni, ma anche per la minore possibilità che le bambine abbiano già avuto i primi rapporti sessuali, momento in cui è più alta la possibilità di presentare un'infezione da Hpv.

Anche tra coloro che hanno già avuto rapporti sessuali non è comunque elevata la possibilità di avere al momento della vaccinazione un'infezione da parte di tutti i ceppi vaccinali. Il beneficio che si può ricavare dalla vaccinazione rimane quindi elevato. Anche coloro che hanno già avuto

un'infezione da tipi di Hpv uguali a quelli contenuti nel vaccino e già risolta al momento della vaccinazione possono comunque avere un beneficio dalla vaccinazione stessa.

Dal 5 al 15% delle donne sessualmente attive sopra i 25 anni possono acquisire un'infezione da Hpv oncogeni ogni anno e circa 1 o 2% di queste infezioni saranno da Hpv 16 e/o 18. Si è anche riscontrato che nelle donne sopra i 25 anni le infezioni da Hpv possono più facilmente divenire persistenti e più facilmente portare ad alterazioni cer-

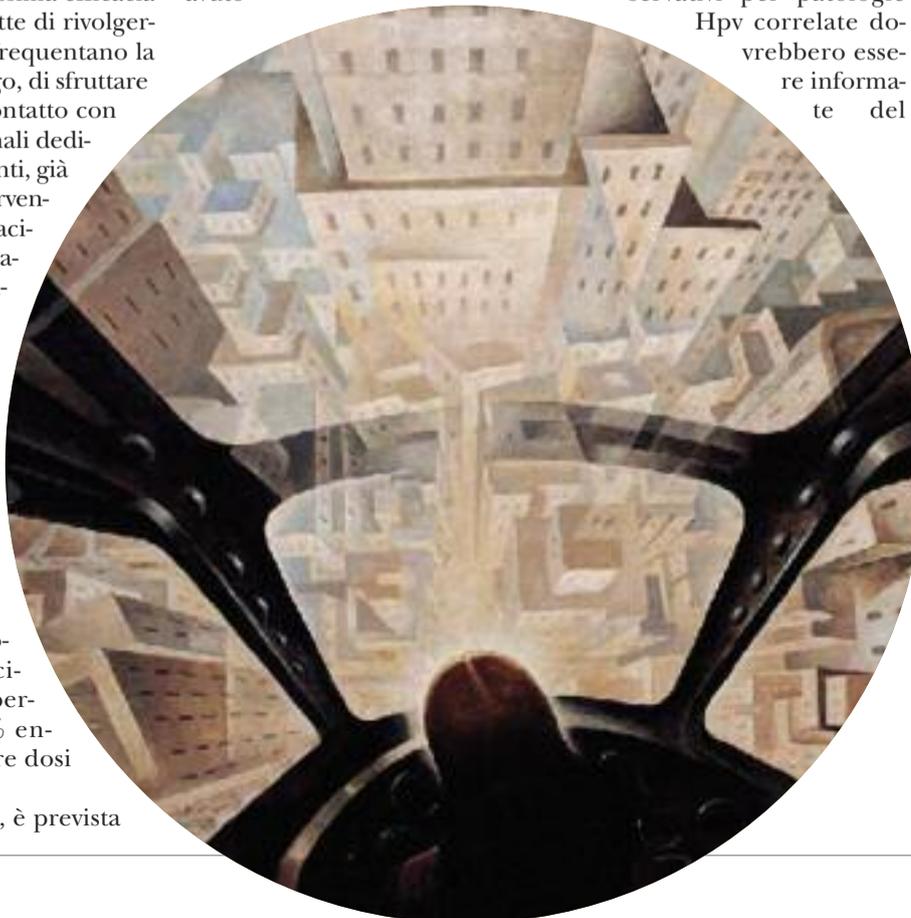


vicali quali CIN3.

Sebbene non sia indicata una vaccinazione di massa in donne più avanti con l'età, essendo il rapporto costo-beneficio sempre meno favorevole andando avanti con l'età, tuttavia anche donne di età superiore ai 25 anni possono beneficiare del vaccino e sembra corretto che abbiano l'opportunità di scegliere se vaccinarsi, sulla base di scelte individuali.

Bisogna inoltre ricordare che le donne trattate per lesioni genitali Hpv-correlate hanno maggiore probabilità di altre donne di avere recidive o nuove alterazioni legate allo stesso o ad altri Hpv. Il vaccino non si è dimostrato efficace nel trattare le infezioni o le lesioni presenti al momento della vaccinazione ma ha dimostrato un beneficio nel ridurre il rischio di recidive o nuove alterazioni. Tutte le donne che ricevono trattamenti conservativi per patologie

Hpv correlate dovrebbero essere informate del



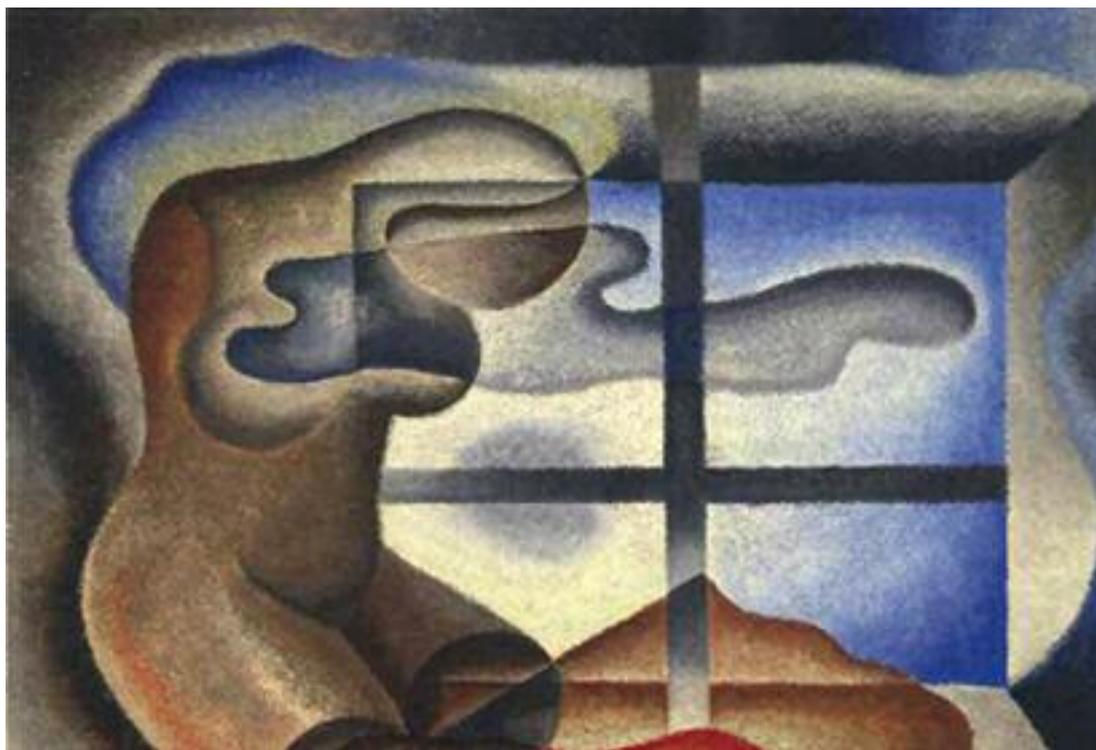


levofolene[®]

Calcio Levofolinato Pentaidrato



ALFA WASSERMANN



possibile beneficio che possono trarre dalla vaccinazione. Considerato inoltre che spesso si è in presenza di infezioni multiple nella sede della lesione, la vaccinazione riduce grandemente il rischio di sovrapposizione da parte di ceppi virali ad alto rischio maggiormente responsabili della cancerizzazione quali i tipi 16 e 18.

Il vaccino si è dimostrato efficace nella prevenzione di CIN e lesioni genitali esterne anche in donne che presentavano una sieropositività ad uno o più dei genotipi di Hpv vaccinali, ma che risultava aver eliminato l'infezione al momento della vaccinazione.

L'impossibilità di stabilire il livello minimo anticorpale ancora efficace per la protezione dall'infezione dagli Hpv contenuti nel vaccino rende conto della necessità di ottenere e mantenere nel tempo un titolo anticorpale elevato per entrambi i tipi di Papillomavirus ad alto rischio presenti nel vaccino; solo qualora l'eventuale diminuzione di tale titolo, rilevato nei controlli in atto sui soggetti già vaccinati e che a distanza di un decennio circa non ha ancora manifestato tale calo, potrebbe rendere eventualmente necessaria una dose di richiamo.

La vaccinazione dei maschi ha dimostrato di essere efficace nella prevenzione dei condilomi, che non essendo considerata una patologia tumorale non ha costituito al momento (anche per ragioni di costi) un'indicazione all'attivazione di uno specifico programma di vaccinazione di popolazione. Sicuramente, però, la copertura vaccinale dei maschi potrebbe costituire un elemento di protezione ulteriore anche per la popolazione femminile, riducendo la circolazione del virus tra i soggetti sessualmente attivi.

Al 31 dicembre scorso, in Italia la copertura per 3 dosi di vaccino del 70% è stata raggiunta per la coorte di nascita 1997 da 12 Regioni, per la coorte di nascita 1998 da 10 Regioni e per la coorte di nascita 1999 da 8 Re-

gioni (Dati del reparto Epidemiologia delle malattie infettive, Cnesps, Iss).

Occorre prendere atto che dopo oltre 4 anni dall'avvio del programma di vaccinazione contro l'Hpv, le coperture vaccinali non mostrano l'incremento atteso: è quanto emerge dai dati di copertura per la vaccinazione anti-Hpv, aggiornati al 31 dicembre 2012.

I dati dell'ISS rilevano infatti al 31/12/2012 un range molto ampio di coperture vaccinali nelle varie regioni e nell'ambito delle varie coorti con 3 dosi di vaccino: 25,2-84,1% per la coorte 1997 (nazionale: 68,5%), 24,8-84,5% per la coorte 1998 (nazionale: 67,8) e 23,6-80,7% (nazionale: 66,3) per la coorte 1999, 23,9-77,2 (nazionale: 55,0%) per la coorte del 2000; tali coperture realisticamente sono ben lontane dal 95% ipotizzato dall'accordo Stato-Regioni del 2007 per l'anno in corso. Il dato sembrerebbe migliorare per le coorti 2000 e 2001, pur disponendo al momento di dati parziali.

Va inoltre osservato che questa variabilità di copertura vaccinale tra le regioni vale per tutte le coorti: ciò costituisce un serio problema per la mancata uniformità dei dati della vaccinazione e quindi per un non corretto meccanismo dell'offerta vaccinale, intesa come strumento di equità sociale, trattandosi di interventi di prevenzione che rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Per tutte queste ragioni il Piano nazionale di prevenzione vaccinale (Pnpv) 2012-2014 ha fissato come obiettivo del programma di immunizzazione per l'Hpv il raggiungimento nelle dodicenni di una copertura per 3 dosi di Hpv $\geq 70\%$ a partire dalla coorte del 2001, $\geq 80\%$ dalla coorte del 2002 e $\geq 95\%$ dalla coorte del 2003).

Per meglio valutare i dati relativi alla vaccinazione anti-Hpv è interessante chiedersi quale sia stato l'atteggiamento dei medici e specificamente dei ginecologi di fronte ad un tipo di vac-

cinazione particolare come quella contro un'infezione ed una malattia che riguarda la sessualità in bambine dodicenni; importante è anche valutare l'impatto che la campagna vaccinale ha avuto sulle famiglie e sulle stesse vaccinande.

Per quanto riguarda il ruolo dei ginecologi, esso è stato sostanzialmente considerato dalle Istituzioni sanitarie relativamente importante, in considerazione dell'età delle ragazze da vaccinare e della necessità di un approccio coordinato con le altre vaccinazioni, nell'ambito dei Piani Vaccinali; tuttavia riteniamo che ciò sia stato un elemento penalizzante per la riuscita della campagna vaccinale tenendo conto del ruolo delle madri (e quindi del rapporto con lo specialista ginecologo di riferimento) nella facilitazione e nella promozione della scelta vaccinale. Per quanto attiene agli altri medici, in particolare i Mmg ed i Pediatri, inevitabilmente – salvo casi encomiabili – in generale essi sono rimasti piuttosto tiepidi in rapporto ad un tipo di vaccinazione che preveniva una pur grave (futura) malattia sessualmente trasmessa che richiedeva tuttavia una vaccinazione in età preadolescenziale.

La consistente presenza di pregiudizi nei confronti delle vaccinazioni in generale e la sensazione che "questa" vaccinazione non sia realmente indispensabile ha purtroppo influito negativamente sulla copertura vaccinale anti-Hpv: è dunque auspicabile che le Istituzioni, sia a livello nazionale che regionale, riprendano l'informazione sia ai medici sia alle famiglie con maggiore convinzione ed impegno (non basta una lettera...!) e soprattutto che si avvalgano in modo concreto dell'apporto dei ginecologi – i medici delle donne – in particolare attraverso le società scientifiche che li rappresentano e che sono le uniche a poter garantire la corralità e l'omogeneità dell'impegno della categoria. **Y**

Uroginecologia

La terapia del prolasso genitale tra outcomes anatomici e qualità di vita

Mauro Cervigni

Dip. Tutela e Salute della donna - Università Cattolica, Roma

Il Prolasso degli Organi Pelvici (POP) colpisce circa il 30-50% delle donne pluripare nei paesi occidentali. Soltanto una minoranza (10-15%) riferisce i sintomi tipici: la sensazione di un corpo estraneo in vagina o un rigonfiamento vaginale (Sliker-ten H.M.C. 2009). Il POP non è mai una condizione clinica che mette a repentaglio la vita, pur tuttavia impatta negativamente sulla qualità della vita della donna che ne è affetta. L'introduzione delle reti nella correzione del POP risale al-



La ricerca di nuovi materiali più biocompatibili e a minor impatto tissutale e di nuove vie chirurgiche sempre più mininvasive cambierà lo scenario delle prossime generazioni dei chirurghi ricostruttivi pelvici

la metà degli anni '90 sulla scia dell'enorme interesse suscitato dalla cura della Incontinenza Urinaria da Sforzo (IUS) mediante l'uso di materiali sintetici (Prolene) introdotti per via trans vaginale. Una recente comunicazione della Food and Drug Administration (FDA) americana, (www.fda.gov/MedicalDevices/Safety/AlertandNotices/umc262435.htm) del luglio 2011 ha gettato un notevole sconcerto nella comunità

scientifica internazionale sui pericoli di un uso poco attento e quindi delle complicanze delle reti impiantate per via vaginale e sui criteri di inclusione talvolta non perfettamente consoni alle reali condizioni tissutali della paziente. Tutto questo ha inevitabilmente modificato l'approccio fino ad allora effettuato mediante l'uso delle reti nella chirurgia ricostruttiva pelvica e rivalutato tecniche fino ad allora in parte desuete. Attualmente varie sono le modalità terapeutiche, dalle terapie conservative fino alle terapie complesse tri-compartimentali nei casi di alti gradi di POP o nelle recidive.

Fisioreabilitazione Pavimento Pelvico (FPP). C'è scarsa evidenza in letteratura sugli effetti positivi della FPP nell'alleviare i sintomi e nel ridurre la componente anatomica del POP a breve e a lungo termine (Hagen S. 2011).

Trattamento del Comparto Medio/Apicale. Il POP di grado elevato o il prolasso della volta vaginale secondario ad isterectomia sono i casi più complessi e devono essere trattati primariamente mediante il ripristino del I° Livello di DeLancey, cioè ripristinando il supporto della cupola vaginale e/o della cervice al complesso leg. Cardinali/Uterosacrali. Questo può essere attuato mediante la ColpoSacropessi Addominale (CSA) considerata da tempo il gold standard chirurgico, con tassi di guarigione tra il 78 e il 100% (Nygaard I.E. 2009), con un tasso di erosione fino al 12%, ma con una media del 4% (Ja X. 2010). Vi è un Livello di Evidenza I per cui la CSA è più efficace e durevole nel correggere il descensus anteriore e centrale rispetto all'approccio vaginale mediante la sospensione al legamento Sacrospinoso (Maher C.F. 2004) o all'uterosacrale (Rondini C. 2011), con una maggiore efficacia nel ripristino della funzionalità urinaria e dell'abitabilità vaginale. Ma tutto questo è associato ad una maggiore morbilità e ad un costo più elevato. Per tali ragioni la via vaginale ha avuto da sempre grande popolarità nella comunità ginecologica e tra i pazienti (Ja X. 2010).

L'Isterectomia vaginale con plicatura o meno dei legamenti utero-sacrali associato ad una colporrafia anteriore e posteriore nei casi di POP elevato è ancora l'intervento di scelta nella maggioranza dei Reparti Ginecologici a livello mondiale. Sfortunatamente però i risultati sono molto deludenti: 0 – 60% di recidive a medio/lungo termine (Brubaker L. 2009). Dopo l'esperienza acquisita nella chi-

rurgia generale nel trattamento delle ernie addominali mediante l'uso di reti si è traslato il concetto nel trattamento del POP, mediante l'uso di reti introdotte per via vaginale. Un recente studio multicentrico francese ha mostrato come un trattamento tri-compartimentale mediante reti in Prolene (TVM) abbia evidenziato un tasso di guarigione del 94% in un gruppo di 90 paz. dopo un follow-up di 3 anni, con un notevole miglioramento sulla qualità di vita, anche se gravato da una tasso di erosioni del 14,4% (Jacquetin 2010). Un più recente studio comparativo tra TVM ed Elevate (un kit con rete a basso peso) ha evidenziato un tasso di cura anatomica rispettivamente del 76 e 96% e un miglioramento della qualità di vita e della funzione sessuale, anche se è stata evidenziata una erosione del materiale nel 14,8 e 5,6% dei casi (Milani A.L. 2012, Stanford E.J. 2012). Uno dei trend più attuali della chirurgia ricostruttiva pelvica è quello del mantenimento dell'utero durante la correzione del POP anche di grado elevato, con percentuali di successo anatomico e funzionale variabile (72-98,6%) a seconda degli autori e delle tecniche usate: Manchester-Fothergill, Isteropessi al Sacrospinoso, Sospensione agli Uterosacrali alti (Thompson J.D. 1992, Maher C.F. 2001, Hefni M. 2003).

Trattamento del descensus anteriore. Il comparto anteriore è il sito di maggiore inciden-

za del POP e più dell'80% delle procedure chirurgiche coinvolgono la parete vaginale anteriore. In una metanalisi su 4500 donne si è evidenziato un tasso di cura del 91,8% mediante mesh non-riassorbibili, 76,9% mediante mesh assorbibili, 82,1% con mesh biologiche e 71,2% con la semplice colpoperafia. Vi era inoltre una elevata percentuale (4-19%) di eventi avversi nelle procedure mediante reti (erosioni, perforazioni vescicali e rettili, dolore pelvico cronico, dispareunia de novo) (Jia X. 2008). Uno studio recente sulla sessualità dopo chirurgia ricostruttiva vaginale ha evidenziato un miglioramento dopo chirurgia fasciale tradizionale, mentre non lo si è osservato in un gruppo di pazienti operate con chirurgia protesica (Vollebregt A. 2012).

Trattamento del descensus posteriore. Il descensus vaginale posteriore è presente nel 18-40% delle donne pluripare asintomatiche. Assai spesso si associa ad altri difetti della statica pelvica. La riparazione transvaginale del colpocele posteriore e dell'enterocele dà ottimi risultati (85-95%) e significativo miglioramento della qualità di vita e della funzione sessuale (Grimes C.L. 2012). L'aggiunta di materiali sintetici o biologici non migliora il tasso di guarigione, anzi espone a rischio di complicanze: erosioni, infezioni, dispareunia (Kudisch B.I. 2010). Rispetto alla riparazione transanale è più efficace nel ridurre la

recidiva (Maher C.R. 2011).

Conclusioni. Alla luce delle attuali conoscenze e dopo l'allerata della FDA americana sull'uso delle reti, la chirurgia ricostruttiva del pavimento pelvico ha subito una profonda rivisitazione, anche alla luce dei risultati di alcune recenti metanalisi e di pubblicazioni di autorevoli organismi internazionali (Cochrane, ICI, AUA). Si potrebbe dire con una parafrasi che dopo luglio 2011... nulla è più come prima. La ricerca di nuovi materiali più biocompatibili e a minor impatto tissutale e di nuove vie chirurgiche sempre più minivasive (POP single incision e CSA laparoscopica/robotica) cambierà lo scenario delle prossime generazioni dei chirurghi ricostruttivi pelvici. **Y**

"Work up" dell'infertilità tra spesa pubblica e normativa

PGD e PGS nei centri italiani: enigma tra scienza, etica e diritto

Giovanni Monni
Past President AOGOI
Responsabile Servizio Ostetricia e Ginecologia, Diagnosi prenatale e preimpianto, Terapia fetale - Ospedale Microcitemico, Cagliari

La Diagnosi Genetica Preimpianto (PGD - Preimplantation Genetic Diagnosis) è una procedura complementare alle tecniche di diagnosi prenatale che permette di identificare la presenza di malattie geniche e/o cromosomiche negli embrioni generati in vitro prima del loro impianto in utero.

La PGD permette quindi di conoscere lo stato di salute genetica dell'embrione ed evitare il ricorso all'aborto terapeutico, spesso devastante dal punto di vista psicologico e che a tutt'oggi viene eseguito nella maggioranza dei casi dopo diagnosi prenatale invasiva tradizionale come la villocentesi al primo trimestre o l'amniocentesi al secondo trimestre di gravidanza. Nella nostra esperienza come centro di diagnosi prenatale a Cagliari risulta che soprattutto nei casi a rischio per talassemia (rischio 25% di trasmissione della patologia alla prole), oltre il 95% delle donne con feto affetto da tale patologia ha richiesto, dopo counselling genetico non direttivo, l'interruzione volontaria di gravidanza ed inoltre numerose coppie a rischio per ta-



lassemia o altre patologie geniche e cromosomiche, nell'impossibilità di eseguire la diagnosi genetica preimpianto, per le limitazioni legali in vigore in Italia, hanno scelto di non procreare pur di non dover ricorrere all'aborto terapeutico.

Altissima è quindi l'accettabilità di tale metodica nelle coppie ad alto rischio genetico che per motivi etici, religiosi, psicologici non vogliono più ricorrere all'interruzione di una gravidanza fortemente desiderata ma portatrice di patologie congenite.

La diagnosi genetica preimpianto è stata eseguita nel nostro centro di Cagliari fino al Febbraio 2004 quando la Legge 40 ha di fatto impedito in Italia lo svolgimento della procedura. Attualmente, dopo varie sentenze nei diversi tribunali tra cui il Tribunale Civile di Cagliari, Tar Lazio, Corte Costituzionale e Corte Europea di Strasburgo, anche in Italia può essere eseguita la PGD.

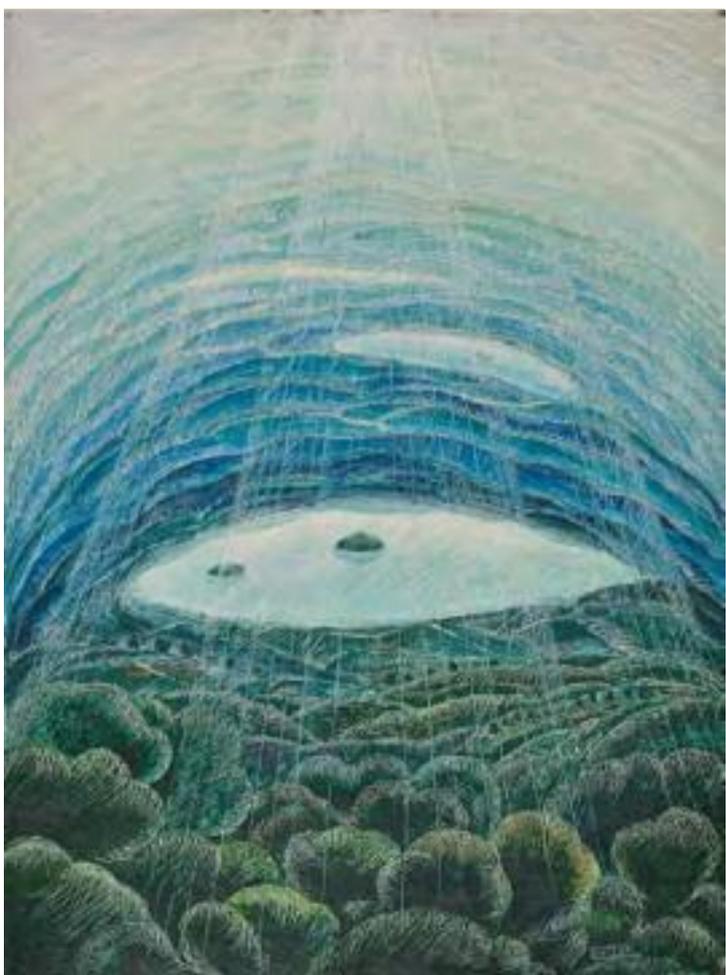
La PGD combina l'utilizzo delle tecniche di Fecondazione in Vitro e ICSI con le più innovative ricerche in campo genetico. Una volta ottenuta la fecondazione, dagli embrioni ai primi stadi di sviluppo (3° giorno), si prelevano una o due cellule (blastomeri) il cui Dna viene analizzato in maniera specifica, in relazione al tipo di malattia

genetica da diagnosticare. Gli embrioni, che risultano non affetti dalla patologia genetica, si possono trasferire in utero ed ottenere così una gravidanza senza la specifica malattia, mentre gli embrioni portatori di patologie possono essere criconservati in attesa di una eventuale e futura terapia genica.

Le probabilità di successo della metodica dipendono sia dall'età della donna sia dalla patologia genetica da analizzare. Inoltre è di fondamentale importanza sia l'esperienza del Centro di Pma sia quella dei biologi molecolari/citogenetisti che devono eseguire la diagnosi genetica utilizzando una singola cellula.

Patologie genetiche molto comuni nella popolazione italiana, in cui la PGD oggi trova una valida applicazione comprendono: Beta-Talassemia, Anemia Falciforme, Emofilia A e B, Distrofia Muscolare di Duchenne-Becker, Distrofia Miotonica, Fibrosi Cistica, Atrofia Muscolare Spinale (SMA) e X-Fragile.

In alcuni centri viene eseguita anche la PGD(s) screening mediante CGH. Tale metodica consente di eseguire uno studio cromosomico completo negli embrioni prodotti in vitro, prima del loro trasferimento in utero aumentando le probabilità di gravidanza e riducendo quelle di aborto spontaneo e ha indicazione soprattutto nelle coppie con età avanzata a rischio per cromosomopatie e nelle coppie con ripetuti aborti spontanei. Sicuramente, nonostante i costi economici e la complessità della tecnica che coinvolge un Team di Ginecologi, Genetisti, Biologi molecolari e Citogenetisti, la PGD è ampiamente accettata dalle coppie ad alto rischio genetico ed è unanimemente indicata nelle coppie infertili e portatrici di patologie genetiche. **Y**



Ruolo di una società scientifica è quello di correggere atteggiamenti che di scientifico hanno poco e mantenere vivo l'interesse per un campo che richiede integrazione tra più competenze

te care a chi si occupa di menopausa. Si è scelto di affrontare 4 temi (Epigenetica e invecchiamento, Patologie cardiovascolari nella varie fasi della vita della donna, Opzioni terapeutiche vecchie e nuove della osteoporosi menopausale ed Ecosistema vaginale in menopausa) la cui conoscenza consente a chi si occupa nel quotidiano di menopausa di suggerire terapie farmacologiche e non, personalizzate in base ai fattori di rischio individuali.

Con l'epigenetica si parte da molto lontano ritenendo che le origini di molte patologie e le ragioni di un diverso modo di invecchiare degli individui siano addirittura individuabili in utero. L'invecchiamento è un processo di deterioramento lento e progressivo delle capacità funzionali che rende l'individuo particolarmente sensibile alle *noxae* ambientali e più incline ad ammalarsi. Esiste una notevole variabilità interindividuale riguardo la qualità dell'invecchiamento che è il risultato di una complessa interazione fra fattori genetici, ambientali e casuali. Per tale motivo si ritiene che nel prossimo futuro gli studi di epigenetica saranno la chiave di lettura di molte patologie anche

Offrire alle donne una rosa di soluzioni e mai più, come nel recente passato, un atteggiamento di indifferenza e di inerzia



La menopausa: la ricerca e la clinica

Menopausa e trattamento ormonale: cosa è cambiato?

Francesca Nocera
Presidente SIGiTE

Da qualche anno si è nota un cambiamento nell'attenzione che si dedica alla salute della donna in postmenopausa, e non solo per gli effetti delle campagne allarmistiche che hanno preso spunto da valutazioni poco critiche di studi "blasonati". La crisi economica, che ha coinvolto i colossi della farmaceutica e che ha modificato le attenzioni del marketing riguardo la terapia sostitutiva, ha un po' spento gli entusiasmi di molti ginecologi nella gestione, sicuramente complessa e articolata, della donna in menopausa. Ruolo di una società scientifica è quello di correggere atteggiamenti che di scientifico hanno poco e mantenere vivo l'interesse per un campo che richiede integrazione fra più competenze. Da sempre la Società Italiana della Ginecologia della Terza Età (SIGiTE) ha dedicato risorse e ha promosso cultura affinché non si vanifichino gli sforzi fatti per portare al centro dell'attenzione della classe medica la donna nella sua fase postriproduttiva e questo compito è particolarmente faticoso in questo difficile momento in cui ci serve chiarezza, rigore dedizione ma con scarse risorse economiche.

È con grande entusiasmo che abbiamo accettato lo spazio che il Congresso SIGO 2013 ha concesso alla SIGiTE per organizzare un simposio e approfondire alcune tematiche particolarmente

neoplastiche, analizzando le origini addirittura individuabili in utero, di patologie a sviluppo tardivo e le correlazioni tra invecchiamento e inquinamento ambientale. La conoscenza della fisiopatologia del sistema cardiovascolare femminile è un altro grosso capitolo, con cui finora il ginecologo ha avuto poca confidenza, che rappresenta attualmente nel mondo una delle sfide più impegnative alla stregua della lotta ai tumori. È noto infatti che uno tra i maggiori fattori di rischio per le patologie cardiovascolari femminili, sia, oltre all'obesità e agli stili di vita inadeguati, anche la scarsa consapevolezza del proprio rischio. L'impegno massimo deve pertanto essere quello di accrescere la conoscenza delle differenze di genere e di diffondere nella classe medica e nella popolazione la percezione del proprio rischio.

Sul tema della osteoporosi tantissimo si è prodotto; nel nostro simposio si farà il punto tra le nuove tendenze farmacologiche e le vecchie e pur sempre valide risorse terapeutiche mirate alla riduzione del rischio di frattura. Tra i disturbi lamentati dalle nostre pazienti, specie in fase postmenopausale più avanzata, un ruolo molto importante rivestono i disturbi legati alla atrofia genito-urinaria e alle infezioni ricorrenti. Una conoscenza approfondita dell'ecosistema vaginale e delle modificazioni legate al milieu ormonale consentirà al medico un approccio razionale ed efficace per uno dei cosiddetti disturbi "inconfessabili", cioè per uno di quei sintomi di cui la donna molto spesso non ama parlare e che invece dovrebbe essere sollecitato durante il colloquio dal medico, per l'impatto che esso può avere in termini di qualità di vita.

Il tema del prossimo Congresso Sigo è l'Universo femminile da scoprire; certamente il questo mondo in parte inesplorato che è il mondo femminile, la tutela della salute rappresenta un obiettivo non più derogabile; tra tutte le fasi della vita della donna, il periodo postmenopausale occupa sia per durata che per ricadute cliniche, un lungo passaggio attraverso adattamento ormonali, cambiamenti socio-culturali, sollecitazioni mediche che non può più essere trascurato. Affinché si possa offrire alle donne una rosa di soluzioni e mai più, come nel recente passato, un atteggiamento di indifferenza e di inerzia, il ginecologo per primo deve allargare i suoi orizzonti culturali, abbandonare pregiudizi e assumersi le responsabilità che il nostro ruolo ci impone. **Y**

L'errore e la colpa nelle professioni sanitarie

In attesa del decreto sulle assicurazioni

Carmine Gigli
Presidente FESMED

Gli avvenimenti politici del nostro paese non ci consentono di prevedere se, in ottobre, quando saremo a Napoli per l'88° Congresso Sigo, sarà stato pubblicato l'atteso Dpr riguardante le assicurazioni dei medici. In ogni caso, affronteremo anche questo argomento nella sessione "L'errore e la colpa nelle professioni sanitarie", che intende rivisitare le problematiche ancora irrisolte della responsabilità professionale, dalle condotte "difensive" alle buone pratiche, sino alla graduazione della colpa.

Molti di voi ricorderanno che la "Legge Balduzzi" (189/2012) stabiliva che dovesse essere emanato, entro il 30 giugno 2013, il decreto del Presidente della Repub-



blica finalizzato ad agevolare l'accesso alla copertura assicurativa degli esercenti le professioni sanitarie. A detto decreto, la legge affida il compito di disciplinare le procedure e i requisiti minimi e uniformi dei contratti assicurativi dei sanitari ed inoltre di regolamentare il funzionamento del "fondo appositamente costituito".

Questo "fondo", un po' misterioso, dovrà garantire l'idonea copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie, tenendo conto di "definite categorie di rischio professionale". La legge non ne definisce chiaramente il funzionamento e lo affida ad una proposta che deve essere avanzata dal Ministro della salute, di concerto con i Ministri dello sviluppo economico e dell'economia e delle finanze, sentite l'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (Ania), la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, nonché le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. Per questo motivo il Ministero della salute ha costituito un Tavolo tecnico sulla "Responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie", al quale ho preso parte in rappresentanza delle organizzazioni sindacali.

Com'era da attendersi il tavolo si è diviso sui punti cruciali. Soprattutto perché il rappresentante dell'Ania, non avendo obblighi di legge ai quali sottostare, si è potuto rifiutare dall'assumere qualsiasi impegno su nuove polizze, sostenendo che le polizze attualmente sul mercato sono sufficienti a soddisfare le richieste e che gli attuali costi elevati sono dovuti agli onerosi esborsi che le compagnie devono pagare per indennizzare i danneggiati.

Le Organizzazioni sindacali hanno chiesto che nel decreto venga espresso chiaramente il principio che il professionista dipendente risponde solo per la colpa grave, mentre per tutto il resto risponde l'Azienda, com'è stabilito dal Ccnl. Da questo dovrà derivare che i medici dipendenti saranno tenuti a stipulare soltanto la polizza per la colpa grave. L'interesse della Fnomceo e dei rappresentanti delle professioni sanitarie si è concentrato maggiormente sulle clausole che possono contribuire in qualche modo ad abbassare i costi delle polizze. Non sono stati molti i punti d'interesse e solo dopo lunghe disquisi-

88° Congresso SIGO - Napoli, 6-9 ottobre 2013

Mercoledì 9 ottobre

Sala Galatea

11.30-13.30 L'errore e la colpa nelle professioni sanitarie

Presidente: Buccelli C. (Napoli)

Moderatori: Pulli F. (Firenze) - Salvatores D. (Aosta) - Schiavone S. (Torino)

Contenzioso professionale: crisi del sistema di gestione e condotte "difensive"

Q. Di Nisio (Chieti)

Linee guida e buone pratiche accreditate

M. Silvestri (Spoleto)

Nesso causale e colpa nella responsabilità sanitaria

S. Aleo (Catania)

La copertura assicurativa del medico dipendente e del libero professionista

P. D'Agostino (Cuneo)

La colpa professionale del medico dipendente: "grave", "lieve"?

C. Gigli (Trieste)

zioni si è raggiunto un accordo sulla definizione di sinistro: "Per sinistro si intende qualsiasi richiesta formale di risarcimento avanzata da terzi all'assicurato, anche per il tramite dell'Ente di appartenenza, in cui il terzo richieda all'assicurato il risarcimento dei danni subiti come conseguenza di un'attività professionale; qualsiasi atto giudiziario (compresi avvisi di garanzia e comunicazioni inviate all'Ente di appartenenza), di cui l'assicurato venga a conoscenza, che possa dare origine ad una richiesta di risarcimento nei confronti dell'assicurato". La questione non è secondaria poiché, equivocando sul momento in cui si può aprire il sinistro e attivare la garanzia della polizza, accade con una certa frequenza che delle richieste di indennizzo

finiscano fuori garanzia. Inevitabilmente, sono rimasti da sciogliere diversi nodi sui requisiti minimi per le polizze: la franchigia, la durata del pregresso e la durata delle polizze, per indicare i più rilevanti.

A conclusione dei lavori del Tavolo tecnico, il Ministero della salute, il cui rappresentante per tutta la durata degli incontri non ha assunto alcuna posizione, ha inviato ai partecipanti lo stringato documento conclusivo (che potete leggere nel box a fianco) il quale, in pratica, si limita a elencare i punti che dovranno essere affrontati dal decreto.

Questo documento, verosimilmente corredato da una relazione (che non ci è stata trasmessa), verrà consegnato ai Ministri della salute e dello Sviluppo economico, per le loro valutazioni e integrazioni. Successivamente, sarà sottoposto all'esame del Ministero del Tesoro, per approdare infine in Consiglio dei Ministri. Anche a causa di tutte queste lungaggini, la scadenza dell'assicurazione obbligatoria per i medici, prevista dal Decreto-Legge n. 138, del 13 agosto 2011 e già rinviata al 13 agosto 2013, è stata prorogata sino al 13 agosto 2014, dalla Legge di conversione del decreto-legge 21 giugno 2013, noto anche come "decreto del Fare".

Le FESMED auspica che questo rinvio, unito all'occasione offerta dalla pubblicazione del Dpr, possano consentire al Governo di sanare la palese contraddizione contenuta in questa legge, che obbliga i medici ad assicurarsi e nello stesso tempo li lascia in balia di un avido mercato assicurativo. **Y**

TAVOLO TECNICO SULLE ASSICURAZIONI

Ministero della Salute Sintesi requisiti minimi e criteri Istituzione e accesso al fondo

Requisiti minimi e criteri

1. Ambito di applicazione: personale libero professionale e dipendente
2. Definizioni
3. Categorie di rischio professionale: correlate allo scostamento del premio e delle condizioni dallo standard dei contratti della categoria
4. Requisiti minimi per l'idoneità dei contratti di assicurazione:
 - a. massimale pari a euro 1.000.000,00
 - b. variazione in aumento o in diminuzione del premio di tariffa al verificarsi o meno di sinistri
 - c. periodo di retroattività: da sottoporre a valutazione politica
 - d. franchigia: non è opponibile al terzo danneggiato; indicazione in cifra assoluta della franchigia massima
 - e. scoperto: indicazione in cifra assoluta dell'importo massimo scoperto
5. Convenzioni collettive da parte di categorie di esercenti le professioni sanitarie

Istituzione del fondo

1. Fondo presso Consap (concessionaria servizi assicurativi pubblici)
2. Gestione, amministrazione e rappresentanza legale Consap S.p.A.
3. Assistenza comitato di gestione del fondo e valutazione del rischio
4. Vigilanza ministeriale

Ipotesi di accesso al fondo

1. Premio offerto superiore ai parametri e condizioni standard – rimborso integrazione del premio
2. Rifiuto espresso della copertura – agevola ricerca sul mercato
3. Modalità di accesso definite dal comitato:
 - a. principali categorie e profili di rischio professionale
 - b. ulteriori condizioni oggettive e soggettive
4. Comitato stabilisce parametri e condizioni standard
5. Comitato gestisce istruttoria domande

Contribuzione e rendicontazione

1. 4% Massimo su polizze imprese che esercitano attività
2. Contributo professionisti che accedono al fondo
3. Norme sulla rendicontazione e patrimonio separato

Comitato

1. Rappresentanti ministeriali
2. Rappresentanti associazioni professionisti e imprese
3. Ulteriori professionalità tecniche (attuari).



Responsabilità professionale Aogoi: dall'Ufficio Legale all'accreditamento europeo

Vania Cirese

Avvocato

Responsabile Ufficio Legale Aogoi



"Tutelare ed assistere in sede stragiudiziale i singoli associati in relazione a problemi concernenti attività professionale con il soccorso di attività consultive organizzate dall'Associazione" – una delle finalità, scritte nero su bianco, nello statuto dell'Aogoi – non è una delle tante finalità che spesso le associazioni inseriscono nei loro statuti. Per l'Aogoi il tema della tutela medico legale dei suoi iscritti – e posso affermarlo per esperienza diretta avendo avuto il privilegio di seguire questa Associazione negli anni – è davvero una priorità. E la creazione dell'Ufficio nazionale di tutela legale ne è una concreta testimonianza, così come il percorso europeo per la costituzione di una "task force" internazionale sulla responsabilità medica per la promozione di una Direttiva Europea. L'Aogoi infatti è ben consapevole che l'alta rilevanza del rischio sanitario e l'effetto negativo dell'esasperato ricorso alla via giudiziaria per la soluzione delle controversie potranno essere sanati solo sul piano legislativo, attraverso una nor-

mativa sulla responsabilità professionale "di stampo europeo".

Le ragioni di questo forte impegno nel campo della responsabilità professionale, in tema di tutela dei suoi iscritti e di advocacy sul piano politico istituzionale, sono più che fondate: l'ostetricia ginecologia è una delle specialità più colpite dal contenzioso medico legale.

I dati sono noti: il totale dei contenziosi in area medica, contro Asl e singoli professionisti, è cresciuto, dal 1994, del 255%, arrivando a superare la soglia dei 34 mila. Una crescita accompagnata da quella parallela dei premi assicurativi pagati da Asl e medici che complessivamente nel decennio 1999/2009 si attesta al 12,5%.

Eppure negli ospedali italiani si sba-

glia meno di quelli francesi, inglesi, spagnoli. Meno della media dei dati internazionali (9%). E oltre il 56% degli episodi nel mirino riguarda errori clinici non gravi. I dati dell'indagine parlamentare sui punti nascita riguardo i procedimenti per lesioni colpose e omicidio colposo ascrivibili a personale sanitario vanno in questa direzione. Eppure... lungi dall'aver allentato la sua morsa anche dopo gli indirizzi più favorevoli della Cassazione, l'assedio alla classe medica continua in modo deciso e articolato. Non contribuiscono ad abbassare l'elevato tasso di litigiosità fra cittadini e operatori sanitari né i cosiddetti "specialisti del risarcimento", né i media, che troppo spesso trattano le vicende, vere e presunte, di malasanità, con un approccio superficiale se non scandalistico. Come nel caso recente e paradigmatico del 5 settembre scorso quando il *Quotidiano della Basilicata* titolava "Anche questo è femminicidio", dando notizia della tragica morte di una ragazza 28enne deceduta nell'ospedale di Melfi dopo complicazioni insorte durante il parto. La pronta reazione dell'Aogoi, tramite il suo Ufficio legale, ha costretto il quotidiano a pubblica-

re una rettifica nella versione cartacea e a modificare il titolo shock nella versione online, dando anche spazio ad un articolo a firma del presidente e del segretario nazionale Aogoi ("Medical malpractice, spesso i dottori sono anche vittime"). Anche questa è una delle quotidiane battaglie vinte che servono a dare il segnale, doveroso e importante, che le Associazioni e le Società Scientifiche non si rassegnano alle gravi lesioni dell'immagine del singolo e della categoria e non si stancano di promuovere indirizzi di maggior tutela. Non solo. Contrastare un certo approccio scandalistico, che induce o alimenta nella mente del lettore ingiusti pregiudizi e una completa distorsione nella ricostruzione dei fatti, va a vantaggio di tutta la collettività.

Il servizio di tutela legale che l'Aogoi offre ai suoi iscritti attraverso il suo Ufficio Legale nazionale si fonda sulla necessità di fornire una consulenza altamente competente e tempestiva e per chi lo desidera una difesa legale in giudizio altamente specializzata. La precocità di intervento e una corretta impostazione della strategia difensiva sono i cardini su cui poggiare la doverosa tutela dei ginecologi ostetrici. In assenza di difese, di regole più chiare spesso "cade nella rete" non il medico negligente, che magari è pronto a difendere il suo sta-

tus di incolpevole con tutta la documentazione possibile, ma chi è "disarmato", senza avvocato specialista della materia, senza CT. Affinché il ginecologo-ostetrico possa accettare di difendersi adeguatamente, soprattutto quando ritiene di essere stato accusato ingiustamente, occorre infatti che acquisisca conoscenze che superino stati d'animo di rabbia e legittima indignazione, umanamente giustificabili ma non sufficienti a rappresentare il caposaldo per una azione legale efficace e sia affiancato da un legale e da un CT di diretta emanazione dell'Aogoi che vantano una competenza specifica di settore da anni.

L'ufficio legale Aogoi è ora attivo a Milano e a Roma ma è auspicabile che in futuro possa essere istituito un vero e proprio network Aogoi per la tutela medico legale, che preveda la presenza di un penalista e un civilista in ogni regione, da affiancare o delegare sul posto, dopo adeguata formazione specifica a cura di Aogoi, con il coordinamento dell'ufficio legale nazionale a livello centrale.

La raccolta della casistica in un archivio giuridico informatico Aogoi consentirà di "veicolare" gli indirizzi giurisprudenziali omogenei, più giusti e favorevoli per i medici, così da creare precedenti di maggior tutela.



Simposio AGITE

Un appuntamento speciale anche per noi "territoriali"

Giovanni Fattorini
Presidente AGITE

Ea ottobre ci incontriamo di nuovo a Napoli per il Congresso Nazionale che anche per noi "territoriali" è diventato ormai un appuntamento speciale, una ricorrenza a cui nessuno dovrebbe mancare. Non solo appuntamento scientifico quindi, ma anche momento di verifica dello stato della nostra disciplina, della vitalità delle nostre organizzazioni, del livello del dibattito "tecnico" e culturale che all'interno di esse si svolge. Senza dimenticare i temi più legati alle esigenze materiali della nostra categoria di medici e di ginecologi e della necessità sempre più impellente di difendere e promuovere la dignità della nostra professione sul piano normativo, giuridico ed economico. È questo per la Ginecologia Italiana un momento di transizione. Dopo il riuscito rafforzamento organizzativo e il completo recupero di tutte le ca-

tegorie di operatori che si occupano della salute della donna, di cui Agite ed Aio sono l'esempio più rappresentativo, l'ottima riuscita del Congresso Mondiale, svoltosi per la prima volta a Roma, e l'affermazione "politica" delle nostre Società – pensiamo al successo dello sciopero del 12 Febbraio, alla sempre più rilevante influenza riconosciuta ad esse dalle Istituzioni, Parlamento, Governo, Ministero della Salute, Iss, (vedi, tra gli altri il contributo alla elaborazione del Piano nazionale per il riordino dei punti nascita - Decreto Fazio, la pubblicazione della relazione sui punti nascita elaborata dalla Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario, la collaborazione al progetto nazionale Prevenzione delle Ivg tra le donne stra-



AGITE ha avuto la possibilità di avere per sé una intera giornata e per questo vogliamo esprimere la nostra gratitudine e soddisfazione ai Presidenti del Congresso

niere) – si tratta ora di confermare e tradurre questo patrimonio di prestigio e credibilità in risultati ancora più concreti.

In sintesi tre mi sembrano gli obiettivi sui quali si misurerà la capacità del mondo ginecologico a svolgere quella funzione di tutela della professione, sensibilizzazione della società civile e risorsa di competenze specifiche che dovrebbero caratterizzare le ragioni sociali di qualsiasi società scientifica, soprattutto se opera nella sfera della Sanità e della Salute.

Innanzitutto la costituzione in tempi ragionevoli del Collegio Italiano di Ginecologia: la casa comune di tutti i ginecologi italiani come esempio, in questi tempi difficili, di saggezza e lungimiranza da parte del ceto professionale. L'approvazione di una legislazione che ponga fine

al problema del contenzioso medico-legale, così come lo conosciamo ora e del conseguente ricorso alla medicina difensiva che corrompe il rapporto terapeutico tra medico e paziente e spreca risorse sempre più preziose. Ed infine un ulteriore impegno nella realizzazione di una moderna rete di strutture di assistenza alla gravidanza e alla nascita, ospedaliere e territoriali, in grado di collaborare tra loro adottando i criteri dell'appropriatezza clinica come valore etico e scientifico comune e condiviso.

Le questioni che attendono una soluzione sono ovviamente ben di più e l'esplosione della crisi economica ha contribuito a crearne anche di nuove e molto serie. Talvolta l'enormità dei problemi e i tanti ritardi accumulati dal nostro Paese anche sui temi della salute possono spaventarci, ma è proprio in queste situazioni che i cittadini e i professionisti consapevoli hanno il dovere di tenere duro e di dare il loro contributo alla soluzione delle tante difficoltà che affliggono il nostro sistema e che costituiscono una minaccia sempre più seria per il futuro del Ssn.

Il simposio AGITE. La nostra Associazione ha avuto la possibilità di avere per sé una intera giornata (lunedì 7 ottobre) e per questo vogliamo esprimere la nostra gratitudine e soddisfazione ai Presidenti del Congresso. Abbiamo deciso che dopo la lezione di Angela Spinelli, che tratterà di Indicatori di Salute in Ostetricia e Ginecologia, affronteremo e approfondiremo alcuni tra i temi che abbiamo sviluppato in questi anni. Ad essi dedicheremo parte del tempo in uno sforzo di valutazione dei risultati e di discussione collettiva sulle prospettive di queste iniziative che vorrebbero essere nello stesso tempo progetti scientifici e di ricerca e interventi volti a tutelare diritti fondamentali e a promuovere lo stato di salute e di benessere delle donne, ma anche delle coppie e delle famiglie.

Nella seconda parte della mattinata affronteremo il tema del contributo che la nostra Associazione intende dare per edificare la "casa comune" dei ginecologi italiani. Lo faremo discutendone con i Dirigenti nazionali di Aogoi e con il Presidente della Sigoi, con i quali si è sviluppata in questi anni una intensa collaborazione e una crescente stima anche in nome delle comuni battaglie che abbiamo recentemente sostenute. La seduta del pomeriggio avrà uno svolgimento meno tradizionale. Sarà infatti quasi totalmente gestita dal gruppo campano di Agite. La scelta è stata dettata sia dal riconoscimento per ciò che i colleghi hanno fatto fino ad ora e per quello che potranno fare nel prossimo futuro, a vantaggio dell'Associazione e della ginecologia del territorio, sia dalla volontà di prestare attenzione e dare voce ad una realtà particolare

come quella campana che presenta indicatori di salute riproduttiva complessi e contraddittori.

In conclusione si celebrerà la nostra **Assemblea Nazionale** nella quale rinnoveremo i nostri organi dirigenti e tratteremo il programma per il futuro. L'invito a partecipare e a dire la propria opinione è rivolto a tutti i colleghi di Agite, ma anche a tutti coloro che operano nelle strutture territoriali e non sono ancora iscritti alla nostra Associazione e a tutti i liberi professionisti che comprensibilmente sono alla ricerca di un riferimento professionale e societario che li rappresenti. **Y**

Tavola rotonda: AGITE per una casa comune dei Ginecologi italiani

La "casa comune" dei Ginecologi inizia dal concreto riconoscimento del ruolo del Territorio

Sandro M. Viglino
Vice Presidente AOGOI e AGITE

Faccio fatica a ricordare da quanti anni si cerca di richiamare l'attenzione sull'importanza, per non dire sulla necessità, di riconoscere alla Ginecologia territoriale il ruolo che le spetta nella Ginecologia italiana.

In quanti Convegni, in quanti Simposi si è affrontato il rapporto Ospedale-Territorio (nella sua accezione bidirezionale), sottolineando la centralità di questa collaborazione al fine di migliorare la qualità e l'organizzazione delle prestazioni specialistiche? Temi che sono stati più e più volte sottoposti all'attenzione di parlamentari e di amministratori locali in cerca di un impegno concreto e non della solita espressione di sentimenti. Quante volte i ginecologi territoriali hanno rivolto questa richiesta? I Governi, le Amministrazioni regionali, gli anni in definitiva sono passati ma fatti concreti zero.

Quando si parla di Medicina del Territorio il pensiero corre subito agli anziani o ai malati cronici o a quelle patologie invalidanti che possono essere assistite anche ambulatoriamente



o a domicilio. E nell'ambito materno-infantile? Territorio equivoale a prevenzione delle Ivg e alla loro gestione burocratica, agli adolescenti (ma neanche sempre) o alla gravidanza fisiologica (meglio se riguarda le immigrate e le extracomunitarie). Per questo si tengono in vita i Consultori (tranne alcune lodevoli eccezioni locali e regionali), perché svolgono quelle mansioni che gli ospedalieri (per non parlare degli universitari) non vogliono o non possono svolgere. Ci sarebbe poi l'ampio capitolo della contraccezione. Ma anche qui il territorio svolge un ruolo ancillare e se c'è un incontro scientifico sul tema i relatori non provengono quasi mai dal territorio ma da ospedali e da università dove di contraccezione se ne fa assai poca. **Ci sono invece** realtà regionali (Toscana, Emilia Romagna) in cui la ginecologia territoriale in questi anni è stata potenziata, trasferendovi la possibilità di erogare prestazioni (diagnostica ecografica di I e II livello, diagnostica di II e III livello della patologia oncologica uterina, monitoraggio della gravidanza a termine, ecc.) che hanno consentito e consentono di sgravare gli ospedali distrettuali di una serie di compiti che finiscono per rallentare l'attività assistenziale di reparto. Dunque sul territorio possono essere svolte funzioni non soltanto di tipo socio-sanitario, come quelle prima ricordate, ma una

Sul territorio possono essere svolte funzioni non soltanto di tipo socio-sanitario ma una gamma di attività preventive e diagnostiche (oltre che terapeutiche) che qualificano la ginecologia territoriale e rendono concreta quella collaborazione Ospedale-Territorio tanto auspicata

gamma di attività preventive e diagnostiche (oltre che terapeutiche) che qualificano la ginecologia territoriale e rendono concreta quella collaborazione Ospedale-Territorio tanto auspicata.

Purtroppo, però, questa che è anche una battaglia culturale bisogna combatterla non solo nei confronti di chi detiene e gestisce il potere politico ma anche rispetto a molti colleghi ospedalieri e universitari che storicamente considerano la ginecologia territoriale come una ginecologia di serie C, al massimo interessante come terreno di caccia dove trovare pazienti da operare in ospedale. Questo è



dimostrato plasticamente dal fatto che ogni iniziativa congressuale che riguarda il territorio è sempre sistematicamente snobbata dai colleghi più titolati che evidentemente ritengono che in quelle riunioni non ci sia nulla da imparare o nulla di interessante.

Ma c'è anche l'altra faccia della medaglia. Lavorare esclusivamente sul territorio offre sicuramente dei vantaggi. Non ci sono guardie stressanti né faticose notti prima di un'altra giornata di lavoro né festività trascorse in sala parto o in sala operatoria. Certo, sul territorio in genere non si fa carriera ma si fa una vita più tranquilla, per quanto ormai nessuno di noi è esente da rischi professionali. Anche sotto questo profilo l'integrazione ospedale-territorio sarebbe vantaggiosa (migliore utilizzo delle scarse risorse umane senza il timore di perdere "fettine" di potere ospedaliero) oltre che più equa in termini soprattutto di distribuzione del rischio. Già in occasione del Congresso nazionale di Roma nel 2011 Agite aveva presentato un proprio originale progetto di riorganizzazione della Ginecologia territoriale che guardava avanti nella direzione poc'anzi indicata. Nessuno ha raccolto il nostro invito, né le forze politiche né le Associazioni sindacali e professionali.

Al Congresso Sigo di Napoli, nella giornata di lunedì 7 ottobre, si terrà il III Congresso nazionale Agite: mi auguro, anche in qualità di vice presidente Aogoi, che molti ginecologi siano presenti, indipendentemente dal proprio ruolo, consapevoli che solo unendoci in una vera casa comune (ed il recente e riuscitissimo sciopero dello scorso febbraio è lì a dimostrarlo) possiamo sperare di far sentire ancora a lungo la nostra voce. **Y**

Simposio AIO

Dal profilo professionale alla *clinical competence* dell'ostetrica

Antonella Marchi
Presidente A.I.O.

Costituitasi da quasi tre anni, Aio ha registrato un incremento esponenziale delle iscrizioni sulla scia delle numerose attività che ha messo in campo, puntando sulla competenza, qualità e meritocrazia nelle Professioni. In un momento di grandi trasformazioni politiche e di innovazioni tecnologiche, in cui tutti tendono a limitare le loro azioni, la nostra Società continua ad avere un trend di crescita, soprattutto tra le Ostetriche.

In questi anni abbiamo puntato molto sull'informatizzazione. Il nostro sito internet, anche in seguito all'apertura di spazi sui network FB e Twitter, ha ricevuto nell'ultimo anno ben 31 mila visitatori. In ogni regione abbiamo uno o più segretari regionali ed un segretario dedicato ai rapporti internazionali che ci ha rappresentate al Figo 2012 e ci rappresenta nella Confederazione Internazionale delle Ostetriche, che terrà il suo Congresso triennale a Praga nel 2014. Un evento importantissimo a cui ci stiamo preparando con impegno.

Questi risultati sono senz'altro frutto dei continui aggiornamenti e dei servizi che Aio offre ai propri soci nell'area riservata del suo sito web www.associazioneitalianaostetriche.it: dalla convenzione assicurativa e legale alle linee guida e le normative, i concorsi e gli avvisi pubblici, il lavoro all'estero per

le ostetriche che in questo ultimo mese si è arricchito di documenti riguardanti Olanda e Medio Oriente oltre ai già presenti Inghilterra, Emirati Arabi, Australia; la convenzione in Italia con la Oxford Group per i corsi di inglese ed uno spazio dedicato all'Educational in fase di implementazione.

Anche la parte dedicata ai rapporti internazionali è stata particolarmente curata, poiché abbiamo creato un'imponente database di contatti con le Ostetriche nel mondo anche grazie alle schede del Central Intelligence Agency (CIA); abbiamo collaborato con Emergency ed alcune colleghe sono partite per l'ospedale in Afghanistan e stiamo prendendo accordi per un progetto di formazione per Ostetriche con Medici senza Frontiere, al fine di creare un gruppo che, seppur giovane e con la sola esperienza maturata nella formazione di base, sia in grado di lavorare in contesti di guerra e povertà.

Da oltre un anno è attivo l'Albo Nazionale per Periti e Consulenti Ostetrica/o Legale e Forense e l'Osservatorio Nazionale per i presunti abusi professionali che ha raccolto una mole massiccia di segnalazioni. La responsabile ha creato un database suddiviso per regioni e sono stati coinvolti numerosi Collegi Provinciali di Ostetriche che abbiamo supportato nei contesti legali.

Nel maggio scorso si è svolto il primo corso per Formatori AIO sul Counselling per la salute riproduttiva e sessuale a Roma ed entro l'anno si terranno altri due corsi per Ostetriche e Ginecologi su questo tema, partendo dalla Lombardia e Piemonte. Attualmente stiamo programmando con i nostri formatori lo stesso evento per il 2014 a cascata nelle varie regioni.

Sempre nel 2014 abbiamo in programma a Milano un evento formativo per ostetriche molto importante organizzato da Aio e la Fondazione Alessandra Graziotin su "Disfunzioni del pavimento



to pelvico, dolore genitale e sessualità: il ruolo dell'ostetrica". **Al congresso nazionale** di Napoli abbiamo deciso di presentare un programma che vada "oltre la sala parto", poiché è necessario far prendere coscienza alle Ostetriche, ma anche ai Ginecologi, che le aree di competenza delle ostetriche sono più vaste e pertanto è necessario attivarsi come società scientifica seguendo

le indicazioni dei descrittori di Dublino, con linee strategiche che aiuteranno ad investire sulle risorse ed energie messe in campo dalle ostetriche: dal profilo professionale alla *clinical competence*.

Quindi affronteremo anche temi riguardanti la *core competence* nell'area chirurgica ed anestesologica, nella diagnostica ecografica e nell'uro-ginecologia, nell'assistenza ai neonati fisiologici e patologici, nella contraccezione e nella violenza sulle donne e gli abusi sui minori con l'obiettivo di aprire un dibattito interno finalizzato a presentare una proposta legislativa sulla revisione delle "clinical competence" delle ostetriche. Al congresso per la prima volta interverranno come relatori una giovane ostetrica responsabile del gruppo AIO Studentesse e Giovani Ostetriche e un giovane ostetrico responsabile degli Avvisi e Concorsi, che presenteranno un progetto innovativo ed ambizioso per le Studentesse/i di Ostetrica e le Giovani Ostetriche che riguarderà il Marketing Professionale, poiché abbiamo a cuore il loro futuro!

Infine, nel corso della sessione Aio, mercoledì 9 ottobre, presenteremo un'iniziativa che ci sta particolarmente a cuore: **Maieutikos**, la rivista scientifica dell'Aio rivolta alle Studentesse/i di Ostetrica, alle Ostetriche/ci e ai Ginecologi Italiani sta per decollare. La creazione di una rivista che armonizzi la "cultura dell'ostetrica" ma anche della ginecologia, neonatologia e discipline afferenti è il primo passo importante per raggiungere il nostro obiettivo: la costituzione di un Network scientifico, di cui vi illustreremo la mission sempre in occasione della nostra sessione. *Maieutikos* sarà un Periodico elettronico, che arricchirà il nostro canale di comunicazione e informazione alle iscritte/i. Il suo campo di interesse sarà rivolto a un ampio spettro di temi, privilegiando gli articoli innovativi sia dal punto di vista teorico che metodologico ed empirico. *Maieutikos*, il cui Comitato Scientifico è rappresentato da autorevoli accademici italiani, aprirà le porte ai numerosi ospiti afferenti alle varie discipline. Il nostro intento infatti è di sviluppare nei lettori una coscienza scientifica su una vasta gamma di temi, dalle Medicine non Convenzionali riconosciute dalla Comunità Europea, agli aspetti Legali Forensi delle professioni, allo sviluppo di modelli organizzativi: il tutto finalizzato ad un rapporto one-to-one nello sviluppo delle competenze con il senior scientifico e con le aziende collegate.

Nel nostro audace progetto, poiché siamo parte di un Network internazionale di Ostetriche, c'è anche l'obiettivo, in futuro, di far uscire la rivista in multilingua, destinata non solo agli utenti europei ma anche a quelli dei paesi dell'Est Europa, Asia e Cina. Per ora partiremo con 2 numeri annui! **Y**

GynecoAogoi: il giornale dei ginecologi italiani si racconta

di Carlo Sbiroli

Il mondo formato e cresciuto intorno a un mensile – *GynecoAogoi* –, che si rivolge esclusivamente ai ginecologi ospedalieri italiani, per la prima volta s’incontrerà con i propri lettori per raccontarsi e discutere.

GynecoAogoi è riuscito a creare, anno dopo anno, un patrimonio di cultura ed esperienze, costruito anche grazie alla partecipazione dei suoi lettori. Alla base di tutto questo c’è la passione per l’informazione, la voglia di sapere e di prendere parte a quanto accade nella Sanità, con una particolare attenzione per il settore ginecologico. Una passione che unisce chi scrive, chi costruisce il giornale, così come chi lo legge.

Esiste un robusto filo che unisce questi tre protagonisti, costituito anzitutto dalla ricerca costante della “notizia” che interessa il ginecologo. In secondo luogo dalla capacità di scrivere questa notizia. E non importa se tutto questo si fa per mestiere, come fanno i giornalisti, o per vocazione come fanno tutti gli esseri umani. Infine, c’è la capacità (la definirei “ar-

Il mondo di *GynecoAogoi* si incontrerà a Napoli lunedì 7 ottobre in occasione del Congresso Nazionale. Un incontro-dibattito con i soci Aogoi e con quanti hanno voglia di discutere sui temi della comunicazione e dell’editoria in ambito ginecologico



te”) d’inserire con cura questa notizia nelle 32 pagine del giornale in modo da conquistare l’attenzione del “nostro lettore”. Vi è poi l’altra testata “storica” dell’Aogoi: *Rivista di Ostetricia e Ginecologia Pratica e Medicina Perinatale*. Il nuovo look e la nuova impostazione editoriale hanno riscosso notevole successo. L’idea di trasformare la Rivista in un mezzo di aggiornamento pratico, soprattutto in “una guida ragionata (e vissuta)” sembra essere stata accolta con entusiasmo dai lettori. Si è voluto privilegiare la praticità della pubblicazione per rendere più facile l’accesso all’aggiornamento. E da questa nuova imposta-

zione è nata una rivista scientifico-pratica completamente diversa da tutte le altre, una scelta che sembra essere stata premiata dai soci Aogoi. Ogni volta che s’imposta un nuovo numero di *GynecoAogoi* o della Rivista si pensa inevitabilmente a chi leggerà queste pagine. Si immagina anche che il “nostro lettore”, scorrendo il giornale, potrebbe essere curioso di sapere qualcosa sulla vita che ruota dietro quei fogli, alle discussioni, alle scelte, ai dubbi che animano il lavoro della redazione: dal disegno delle pagine agli argomenti che si scelgono di volta in volta. Forse molte volte questo ipotetico “nostro lettore” vorrebbe intervenire, criticare, suggerire e se ne astiene, perché repu-

ta molto distante il suo ospedale, il suo ambulatorio dalla redazione.

Ecco allora che è importante che questi due mondi s’incontrino e

Lunedì 7 ottobre
Sala Ulisse
15.00-17.00
**Workshop *GynecoAogoi*:
Il giornale dei ginecologi
italiani si racconta.
Incontro-dibattito
con i soci**

Moderatori:
Fassari C. (Roma)
Sbiroli C. (Roma)
Stigliano C.M. (Castrovillari)
Partecipano:
Arisi E. (Trento) -
Campogrande M. (Torino) -
Cirese V. (Roma) -
Fattorini G. (Bologna) -
Gallicchio A. (Milano) -
Gigli C. (Trieste) -
Gragnaniello G. (Bari) -
Tropea P.F. (Reggio Calabria)

che possano in qualche modo dialogare tra loro. E quale migliore occasione del nostro Congresso Nazionale? Il workshop di lunedì 7 ottobre a Napoli vuol essere proprio questo: un *incontro-dibattito* con i soci e i nostri contributor per la messa a punto del nostro “house organ”. Idee, proposte e critiche saranno il miglior combustibile per il nostro giornale: l’obiettivo è di valorizzare le testate Aogoi e il sito web, promuovendo l’interesse e il coinvolgimento dei soci. La scommessa è di realizzare un giornale che sia di sempre maggiore interesse e stimolo professionale, capace di fornire un’informazione il più possibile obiettiva, completa e corretta sui principali temi dell’attualità politica sanitaria e del mondo professionale, scientifico e sindacale. **Y**



In ricordo di Eleonora Cantamessa, ginecologa, e di Paola Labriola, psichiatra, entrambe uccise compiendo il loro dovere di medico

Né santi e né eroi

Carlo Maria Stigliano

Due donne, due medici, due morti imprevedibili ed inaccettabili: eppure sono frammenti di vita "normale", episodi di quella cronaca quotidiana che troviamo ogni giorno sulle pagine dei giornali.

Che cos'hanno in comune questi due tragici eventi? In tutti e due i casi si tratta di dottoresse, una anche nostra collega ginecologa, che hanno perduto la loro ancor giovane vita in qualche modo per essere medici.

Paola Labriola, a Bari, in quel Sud d'Italia dove l'esigenza di attuare politiche di risparmio anche nella Sanità rende sempre più difficoltoso svolgere la professione, lei, brava psichiatra, con quel suo fare sereno, con la sua capacità di comprendere e prendersi cura di persone ferite nella mente, ha purtroppo pagato con la vita il selvaggio impulso di una mente disturbata; quanto deve essersi stupita per quella micidiale e disumana violenza che si abbatteva sul suo povero corpo e che insanguinava il suo camice bianco ad opera proprio di chi ella cercava di aiutare!

Eleonora Cantamessa, medico di Bergamo, non ha esitato un attimo a compiere un gesto "normale" per un medico, come fermar-

Bari, 3 settembre. Paola Labriola, psichiatra 53enne, madre di due bambini viene uccisa da un suo paziente con 50 coltellate.

Bergamo, 9 settembre. Eleonora Cantamessa, ginecologa di 44 anni, fa quello che il suo carattere e la coscienza di medico impongono: tenta di soccorrere un ferito e viene uccisa mentre cercava di rendersi utile.

si a prestare soccorso ad un ferito: viene uccisa mentre cercava di rendersi utile.

Eleonora era una ginecologa come noi, dedita alla professione, amava la sala parto e conosceva l'emozione ed il valore della vita. Ed era sempre disponibile a curare le donne delle fasce più deboli della popolazione, specialmente le immigrate: il suo studio restava aperto a lungo la sera per aiutare tante donne provenienti da realtà difficili a capire e difendere il loro corpo, la loro sessualità, le loro gravidanze. Era "un medico delle donne", una ginecologa impegnata ad aiutare attraverso la sua professione le altre donne.

In entrambi questi dolorosi episodi ciò che colpisce maggiormente è l'amara assurdità delle caratteristiche degli autori dell'assassinio: a Bari era un paziente curato dalla stessa dottoressa

Labriola, a Bergamo proprio uno di quegli immigrati per le cui donne tanto si spendeva la dottoressa Cantamessa.

La verità è che siamo medici, orgogliosi del camice che indossiamo e crediamo in quello che facciamo, nel gusto della nostra professione, nel significato di un gesto di aiuto e di solidarietà; non ci chiediamo e non chiediamo da quale parte del mondo provengono le persone che a noi si rivolgono, qual è il colore della loro pelle e quale il loro censo: basta con i film sui medici avidi e cinici; basta con le storie di presunta e spesso inesistente malasanità. Certo siamo tanti e naturalmente imperfetti e tra noi sicuramente esisteranno le mele marce! Ma ogni giorno quanti medici si fanno carico di persone ferite nella mente che la società "civile" non vuole vedere e ascoltare, quanti medici rischia-

no malattie professionali, quanti svolgono turni stressanti, trascorrono ore e ore nelle sale parto, nelle camere operatorie, negli ambulatori a cercar di capire malattie, disturbi, difficoltà, bisogni della gente? E quante volte riceviamo gesti di apprezzamento, di riconoscenza, di simpatia, di affetto? Ogni anno nel nostro Paese nascono quasi 600 mila bambini: quanti sono i parti che vanno male? Un migliaio? E in quali casi si può parlare di errore medico? E se anche è così, è ragionevole pensare che in un contesto difficile e a volte imprevedibile non possa starci "anche" l'errore umano? Per questo deve essere crocifissa mediaticamente un'intera categoria? Ogni giorno i nostri colleghi indossano il loro camice con l'ansia di potere sbagliare, di rischiare di trovarsi sbattuti sulla pagina di cronaca dei giornali, di ricevere il famigerato "avviso di garanzia", di dovere rispondere in proprio per responsabilità che sono primariamente delle istituzioni: ciononostante svolgiamo il nostro lavoro con coscienza, con impegno e ci sentiamo ripagati dalla 'soddisfazione' di aver fatto bene, di aver 'capito' il caso, di aver guarito la malattia. Lo so, sembra un discorso da libro Cuore: ma non

è quasi sempre così nella realtà? E l'ottenere il giusto compenso per la propria professionalità è forse un delitto?

Sono sempre più convinto che la nostra professione, nonostante le difficoltà ed i rischi, rimane un lavoro meraviglioso; altrimenti non si spiegherebbe - anche se oggi nel nostro Bel Paese fare il medico risulta sempre meno gratificante sul piano economico - il grande richiamo che il camice bianco esercita su tanti giovani desiderosi di iscriversi alla facoltà medica.

Dobbiamo essere più consapevoli del valore del nostro impegno professionale e del contributo che ogni giorno offriamo alla società: qualche volta anche con il sacrificio della vita, come è avvenuto per le nostre povere colleghe. Anche di fronte a eventi così drammatici nessun medico ha pensato neppure per un momento di tirarsi indietro dinanzi a chi ha bisogno del nostro aiuto professionale, anche se in qualche modo questo gesto può rappresentare un rischio.

Altro che film: è questa la realtà! È così, è nel nostro essere "medici". E così è stato anche per Paola ed Eleonora, uccise per aver fatto semplicemente... i medici! **Y**



FERTIFOL

acido folico

400 mcg



Il rimedio celere ai disturbi della regione anale



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

Tutto questo è **CELEVIS[®] Gel**

DISPOSITIVO MEDICO **CE** 0546

NATHURA.COM

NATHURA[®]
Nutrizione Scientifica

cgp.it

Informazioni riservate ai signori medici e farmacisti



Bio-Oil® è l'olio dermatologico che aiuta a migliorare visibilmente cicatrici, smagliature e a uniformare il colorito della pelle in caso di discromie. Bio-Oil® è a base di oli naturali, vitamine e contiene l'innovativo ingrediente PurCellin Oil™. Per informazioni dettagliate sul prodotto e i risultati dei test clinici, visiti il sito www.bio-oil.com o contatti Chefaro Pharma Italia al numero verde 800-432722. Bio-Oil® è il prodotto specializzato nel trattamento di cicatrici e smagliature **N° 1** in Italia*. €11,95 (60 ml), €19,95 (125ml).