

AOGOI



Arrivederci a Napoli
6-9 ottobre 2013

Congresso nazionale Sigo-Aogoi-Agui

**L'universo
femminile:
un infinito
da esplorare**

Un'estate fertile

A fine luglio il Dl Lorenzin, poi ad agosto il "Decreto del Fare" e il nuovo provvedimento per la stabilizzazione dei 35mila precari in sanità. Ecco le nuove norme approvate

■ DECRETO DEL FARE

Il provvedimento ora è legge. Tra le misure previste in sanità, la proroga del termine per l'entrata in vigore dell'obbligo assicurativo per gli "esercenti le professioni sanitarie"

■ DDL LORENZIN

Dalle sperimentazioni cliniche all'aggiornamento dei Lea. Dalla riforma degli Ordini alla lotta all'abusivismo. Ecco cosa prevede il nuovo Ddl

■ SPAZIO SANITARIO EUROPEO

Il progetto Aogoi per promuovere una disciplina comunitaria sulla responsabilità professionale ha mosso i suoi primi passi in Europa

6
2013



levofolene[®]

Calcio Levofolinato Pentaidrato



ALFA WASSERMANN

7



“Il Progetto Aogoi di una “task force europea” sulla responsabilità medica ha mosso i suoi primi passi il 9 luglio scorso a Bruxelles. È il primo step di un percorso che richiederà tempo e grandi energie ma che l’Aogoi ha intrapreso con entusiasmo”

11



Il programma scientifico del Congresso Nazionale Sigo-Aogoi-Agui
Napoli 6-9 ottobre

PRIMO PIANO

- 4 **Decreto "Fare": ora è legge. Tutte le norme sulla sanità**
- 5 **Ddl Lorenzin: dalla riforma degli Ordini ai divieti di fumo a scuola e per le e-cig**
- 5 **Per i 35.000 precari della sanità in arrivo un Dpcm ad hoc**

IN EVIDENZA

- 7 **AOGOI: i primi passi in Europa**
Vito Trojano
- 8 **Verso una disciplina europea: la proposta AOGOI**
Vania Cirese

PROFESSIONE

- 10 **Premi assicurativi proibitivi per i neo specialisti**
Davide De Vita
- 11 **Il programma scientifico del Congresso Nazionale Sigo-Aogoi-Agui**
A Napoli, per dare più forza e visibilità alla ginecologia italiana dal 6 al 9 ottobre 2013
- 15 **Gravidanza ectopica: linee guida e non solo**
Mario Campogrande
- 16 **Il consenso informato nella diagnostica invasiva prenatale**
Aniello Di Meglio, Laura Letizia Mazzarelli, Amelia Forte
- 18 **AIO**
I benefici della Medicina tradizionale cinese in gravidanza e parto
Elena Cerri

RUBRICHE

- 19 **Lettere**
risponde Carlo Sbiroli
- 20 **Meditazioni**
Giuseppe Gragnaniello
- 20 **Libri**
- 21 **Fatti&Disfatti**
Carlo Maria Stigliano
- 22 **Workshop**
GynecoAogoi: il giornale dei ginecologi italiani si racconta

22



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

G Y N E C O
AOGOINUMERO 6 - 2013
ANNO XXIVORGANO UFFICIALE
DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI
GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANIPresidente
Vito Trojano

Comitato Scientifico

Antonio Chiantera
Valeria Dubini
Felice Repetti
Carlo Sbiroli
Carlo Maria Stigliano
Direttore Responsabile
Cesare Fassari
Coordinamento Editoriale
Arianna Alberti
email: gynecoaogoi@hcom.it
Pubblicità
Edizioni Health Communication srl
via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma
Tel. 06 594461, Fax 06 59446228

Editore

Edizioni Health Communication srl
via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma
Tel. 06 594461 - Fax 06 59446228

Ufficio grafico

Daniele Lucia
Barbara Rizzuti
Stampa
STRpress

Pomezia - Roma

Abbonamenti

Annuo: Euro 26. Prezzo singola copia: Euro 4
Reg. Trib. di Milano del 22.01.1991 n. 33
Poste Italiane Spa - Spedizione in
abbonamento postale - D.L. 353/03
(Conv. L. 46/04) Art. 1, Comma 1

Roma/Aut. n. 48/2008

Finito di stampare: settembre 2013
Tiratura 8.000 copie. Costo a copia: 4 euro

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

Organo ufficiale

AOGOI
ASSOCIAZIONE
OSTETRICI GINECOLOGI
OSPEDALIERI ITALIANI

Testata associata

A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITRICEEdizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario



Decreto "Fare": ora è legge

Tutte le norme sulla sanità

La Camera ha approvato in via definitiva in terza lettura il disegno di legge, già approvato dalla Camera e modificato dal Senato, di conversione, con modificazioni, del decreto-legge 21 giugno 2013, n. 69, recante disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia, Dl Fare. Il provvedimento è stato approvato il 9 agosto scorso con 319 sì, 110 no e 2 astenuti. Sel, Movimento Cinque Stelle e Lega Nord hanno votato contro. L'ultima seduta, esaurita la fase di voto del provvedimento, si è accesa con il M5S che ha denunciato il rischio che "il Parlamento venga esautorato" in quanto non ha esaminato, dal giorno del suo insediamento, nemmeno un progetto di legge di iniziativa parlamentare ma solo decreti legge. Parole che hanno suscitato l'immediata reazione di Pd e Pdl, mentre la presidente della Camera, Laura Boldrini garantisce che "la centralità del Parlamento" è interesse di tutti, "non è prerogativa di un solo gruppo". Boldrini ha inoltre aggiunto che "c'è il massimo impegno anche

in Giunta per il regolamento anche per esaminare le leggi di iniziativa popolare". Per la sanità le modifiche riguardano essenzialmente il Fascicolo sanitario elettronico, l'ulteriore soppressione di certificati inutili e una gestione più razionale dei medicinali nei casi di modifiche apportate al bugiardino. Sul Fse slittano i tempi per la partenza del progetto al 31 dicembre 2015. In più un emendamento prevede che per favorire la qualità, il monitoraggio, l'appropriatezza "nella dispensazione dei medicinali e l'aderenza alla

terapia ai fini della sicurezza del paziente, è istituito il dossier farmaceutico quale parte specifica del FSE, aggiornato a cura della farmacia che effettua la dispensazione". Per i certificati inutili è soppresso l'obbligo, previsto del decreto Balduzzi, di certificazione per l'attività ludico-motoria e amatoriale. Resta l'obbligo di certificazione presso il medico o pediatra di base per l'attività sportiva non agonistica. Saranno i medici o pediatri di base a stabilire se i pazienti necessitano di ulteriori accertamenti. E poi modifiche al "bugiardino". Nell'ottica di una razionale gestione dei medicinali è stabilito che, nei casi di modificazioni apportate al foglietto illustrativo, l'Aifa possa autorizzare la vendita al pubblico delle scorte, subordinandola alla consegna al cliente, a cura del farmacista, di un foglietto sostitutivo conforme a quello autorizzato.

Ma vediamo nel dettaglio tutte le misure che riguardano la sanità contenute nel testo: Pagamenti debiti PA. Le risorse per il pagamento dei debiti degli enti del Servizio sanitario nazionale, ripartite dal governo Monti in 40 miliardi divisi in due anni, e non richieste dalle regio-

ni entro lo scorso 31 maggio, possono essere assegnate alle regioni che ne hanno fatto richiesta entro il 15 luglio. Si tratta di circa 280 milioni che dovrebbero andare al pagamento dei debiti delle Asl di Piemonte e Puglia.

Farmaci orfani e di eccezionale rilevanza terapeutica. L'emendamento proposto dal governo, approvato dalla Camera in prima lettura e non modificato dal Senato, che modifica il decreto Balduzzi, prevede una corsia preferenziale per i farmaci orfani e di eccezionale rilevanza terapeutica (i cosiddetti "salvavita"). L'Aifa - tramite "sedute straordinarie delle competenti commissioni" - avrà massimo 100 giorni per il completamento delle procedure per il loro inserimento nel prontuario a carico del Sistema sanitario nazionale. Sempre su questo articolo, nell'ottica di una razionale gestione dei medicinali, è stato introdotto un emendamento che stabilisce che, nei casi di modificazioni apportate al foglietto illustrativo, l'Aifa possa autorizzare la vendita al pubblico delle scorte, subordinandola alla consegna al cliente, a cura del farmacista, di un foglietto sostitutivo conforme a quello autorizzato.

Liquidità per la Cri. Il Ministero dell'economia e delle finanze mette a disposizione della Croce rossa un anticipo di liquidità per una cifra massima di 150 milioni per il 2014 (Articolo 49-quater). L'anticipo è concesso, previa presentazione da parte della Cri di un piano di pagamenti dei debiti certi, liquidi ed esigibili alla data del 31 dicembre 2012.

Fascicolo sanitario elettronico. Il progetto del Fse deve essere realizzato entro il 31 dicembre 2015. Per questo è autorizzata una spesa di 10 milioni per il 2014 e di 5 milioni per il 2015. Le Regioni e le Province autonome presenteranno all'Agenzia per l'Italia digitale e al Ministero della Salute il piano di progetto per la realizzazione del Fse, redatto sulla base delle linee guida rese disponibili dalla medesima Agenzia e dal Ministero della Salute, anche avvalendosi di enti pubblici di ricerca. Alla realizzazione del FSE sono tenute le regioni e le province autonome per l'accesso al finanziamento integrativo a carico del Ssn. Inoltre per favorire la qualità, il monitoraggio, l'appropriatezza nella dispensazione dei medicinali e l'aderenza alla terapia ai fini della sicurezza del

Obbligo assicurazione: slitta di un anno il termine per i professionisti della sanità

Un emendamento al Decreto del Fare, approvato dalle commissioni Bilancio e Affari costituzionali della Camera, ha rimandato al 13 agosto 2014 l'obbligatorietà per tutti i medici italiani di dotarsi di una polizza personale allorché le Aziende sanitarie saranno obbligate alla tutela dei dipendenti solo per la colpa lieve, mentre quella grave sarà a carico del singolo.

La proroga era stata fortemente sollecitata da Aogoi e Sigo anche nel corso di un incontro con il ministro della Salute lo scorso luglio. In quell'occasione i ginecologi avevano espresso al Ministro Lorenzin la loro forte preoccupazione per l'avvicinarsi della scadenza del 13 agosto e avevano chiesto uno slittamento del termine per l'entrata in vigore dell'obbligo di assicurazione per i professionisti della sanità nonché l'impegno del ministero a risolvere il grave problema delle assicurazioni.

Il Ddl Lorenzin

Dalla riforma degli Ordini ai divieti di fumo a scuola e per le e-cig

paziente, è istituito il dossier farmaceutico quale parte specifica del FSE, aggiornato a cura della farmacia che effettua la dispensazione.

Abrogazione dei certificati inutili. Sono eliminate tutte le certificazioni mediche oggi necessarie per accedere a impieghi pubblici e privati, limitatamente alle professioni non a rischio. Per promuovere la pratica sportiva e per non gravare cittadini e Ssn di ulteriori onerosi accertamenti e certificazioni, è soppresso l'obbligo di certificazione per l'attività ludico-motoria e amatoriale previsto dall'articolo 7, comma 11, del decreto Balduzzi. Resta l'obbligo di certificazione presso il medico o pediatra di base per l'attività sportiva non agonistica. Sono i medici o pediatri di base a stabilire se i pazienti necessitano di ulteriori accertamenti.

Donazione degli organi. I Comuni trasmetteranno i dati relativi al consenso o al diniego alla donazione degli organi al Sistema informativo trapianti. Il consenso confluirà poi nel Fascicolo sanitario elettronico.

Obbligo assicurazione professioni sanitarie. Limitatamente agli esercenti le professioni sanitarie l'obbligo di assicurazione viene prorogato al 13 agosto 2014.

Stop alla visite di controllo per invalidi gravi. L'emendamento all'articolo 42/bis che esclude dalle visite di controllo per l'accertamento dell'invalidità tutti coloro che sono affetti da malattie gravi e irreversibili, da sindrome di down e da sindrome da talidomide. Il testo prevede inoltre che non sarà più sospesa l'erogazione della pensione nei casi, purtroppo non rari, di ritardo della vidimazione del verbale di invalidità.

Disposizioni in materia di sicurezza sul lavoro. Si estende con alcune specificazioni, ad altri soggetti la disciplina in materia di sicurezza sul lavoro attualmente vigente per i componenti dell'impresa familiare, i lavoratori autonomi, i coltivatori diretti, i soci delle società semplici operanti nel settore agricolo, gli artigiani e i piccoli commercianti. L'estensione riguarda i volontari ovvero coloro che prestano la propria attività, spontaneamente e a titolo gratuito o con mero rimborso spese, in favore delle associazioni di promozione sociale. Sono previste alcune semplificazioni nelle procedure per le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro da parte dei soggetti pubblici e privati competenti. **Y**

Sperimentazioni cliniche e aggiornamento dei Lea con l'inserimento di prestazioni di controllo del dolore nella fase travaglio parto, effettuate tramite ricorso a tecniche di anestesia loco regionale. Riforma degli Ordini professionali, lotta all'abusivismo professionale, nuove norme per la formazione specialistica. Ma anche sicurezza alimentare, benessere animale e promozione di corretti stili di vita. Fino all'inasprimento delle pene per reati contro i pazienti ricoverati in ospedale o in strutture residenziali.

È il Ddl "Lorenzin" recante "disposizioni in materia di sperimentazione clinica dei medicinali, di riordino delle professioni sanitarie, di tutela della salute umana e formazione medico specialistica e di benessere animale", approvato dal Consiglio di ministri il 26 luglio scorso. In tutto 27 articoli che prendono spunto dai precedenti ddl Fazio e Balduzzi arenati entrambi nella scorsa legislatura. Ora il neo ministro Lorenzin ci riprova rimettendo in pista quelle norme, riviste, corrette e integrate da altre. Con qualche novità significativa per la vita di tutti i giorni come quella del divieto di fumo in tutte le aree scolastiche, comprese quelle all'aperto e del divieto di vendita delle sigarette elettroniche con nicotina agli under 18.

Nel testo entrato a Palazzo Chigi c'era anche il divieto di fumare in auto in presenza di minori e donne in gravidanza, ma in conferenza stampa Lorenzin ha detto che si è deciso di porre tale ipotesi all'attenzione del Parlamento, annunciando lo stralcio della norma dal testo governativo. E, sull'onda di quanto è successo nella "clinica degli orrori" di Meta di Sorrento lo scorso 13 luglio, anche una norma ad hoc per rendere più severe le pene

Semplificazione per le sperimentazioni cliniche, inserimento nei Lea di nuove tecniche per il parto indolore, riforma degli ordini professionali e riassetto di alcune disposizioni in materia di sicurezza alimentare. Queste alcune misure del provvedimento messo a punto dal ministro della Salute, approvato dal Consiglio dei ministri il 26 luglio scorso.

Punto di partenza i precedenti ddl Fazio e Balduzzi arenati entrambi nella scorsa legislatura. Ma ci sono molte novità. A partire dai nuovi divieti di fumo



per reati contro la persona commessi nei confronti di ricoverati in strutture sanitarie o presso strutture sociosanitarie residenziali e semiresidenziali. Annunciata dal Ministro anche una stretta all'esercizio abusivo delle professioni sanitarie. Un inasprimento delle pene e il sequestro dei beni destinati all'attività illecita sono altre misure contenute nel Ddl. "Solo tra gli odontoiatri ci sono 15mila abusivi", ha ricordato il ministro Lorenzin. "È prevista un'aggravante di reato e viene introdotta una nuova misura oltre a quella pecuniaria. Se si coglie sul fatto un medico abusivo vengono sequestrati i beni destinati alla professione e dati a strut-

ture che offrono cura e assistenza a persone in difficoltà economica e sociale".

Grande attenzione poi a due temi centrali nel Ddl: le sperimentazioni cliniche e la riforma degli Ordini professionali. Sul primo punto Lorenzin è stata molto chiara. "Il nostro intento è quello di dare un contesto normativo in materia, degno delle straordinarie capacità e potenzialità della ricerca italiana. Vogliamo non solo riportare a casa i 'cervelli in fuga' ma anche attrarre ricercatori stranieri in un contesto normativo finalmente all'altezza delle sfide dell'innovazione scientifica". Sulla riforma degli Ordini, il ministro ha inve-

Art. 2 (Aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza per le prestazioni di controllo del dolore nel parto)

1. Nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica, con la procedura di cui all'articolo 6, comma 1, secondo periodo, del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, si provvede all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, con l'inserimento delle prestazioni di controllo del dolore nella fase travaglio-parto, effettuate tramite ricorso a tecniche di anestesia locoregionale

ce richiamato il lavoro già in corso in Parlamento augurandosi una stretta collaborazione e sostenendo che il suo Ddl vuole essere soprattutto di stimolo ulteriore alla riforma ordinistica. Con grande attenzione anche a quelle professioni sanitarie tuttora senza Ordine. Infine, ne hanno parlato sia Lorenzin che il ministro dell'Istruzione, Maria Chiara Carrozza, ci sarà anche l'inserimento degli specializzandi all'ultimo biennio nelle strutture del Servizio sanitario nazionale per prestare servizio. Evidenziando il contenuto dell'articolo 7 del Ddl, Carrozza ha spiegato che "spetterà alla scuola di specializzazione e non alle Regioni la decisione su come impiegare gli specializzandi". L'articolo inserito nel Ddl sul tema, ha evidenziato Lorenzin, "non è esaustivo, ma è un 'chiodo' che mettiamo per aprire il dibattito parlamentare e che ha lo scopo di agevolare l'accesso dei giovani alla professione medica, accrescendo la loro partecipazione alle attività professionali".

Sul sito www.Aogoi.it in allegato all'articolo, tutte le norme del Ddl Lorenzin **Y**

Fucci: "Ddl Lorenzin opportunità per provvedimenti attesi"

"Vivo apprezzamento per il disegno di legge sulla sanità varato dal Governo su iniziativa del Ministro Beatrice Lorenzin, che tocca tanti aspetti importanti, dalle sperimentazioni cliniche all'aggiornamento dei Lea, dalla riforma degli ordini professionali alla lotta all'abusivismo professionale e alla formazione del personale". Lo esprime in una nota il deputato del Pdl

e segretario della Commissione Affari Sociali della Camera, Benedetto Fucci. "Sono certo che in Parlamento l'iniziativa del Ministro Lorenzin sarà oggetto di un attento esame e che ci sarà la possibilità di portare finalmente a definitiva approvazione norme importanti (per esempio quelle sugli ordini professionali e sulla sperimentazione clinica) che

già nella passata legislatura erano state esaminate, ma senza arrivare a conclusione. D'altra parte - conclude Fucci - non posso che apprezzare i toni con cui il Ministro Lorenzin, dopo l'approvazione da parte del Governo, ha presentato questo ampio provvedimento come uno strumento messo a disposizione degli ulteriori interventi migliorativi del Parlamento".

Di Pa. Il testo in Gazzetta Ufficiale

Per i 35.000 precari della sanità ci sarà un Dpcm ad hoc

Via libera del Governo ai provvedimenti, un decreto legge e un disegno di legge, sulla pubblica amministrazione. Nel mirino dell'esecutivo precariato, lotta alla corruzione, modernizzazione, trasparenza e concorsi pubblici per le assunzioni. Per risolvere la questione dei precari in sanità (più di 35.000) il Decreto legge, approvato il 26 agosto scorso e ora pubblicato in Gazzetta ufficiale, prevede l'emanazione di un decreto ad hoc del Presidente del Consiglio dei Ministri, da adottare entro tre mesi dall'entrata in vigore del decreto legge, su proposta del Ministro della salute. Il contenuto del decreto sarà condiviso con le Regioni e le Province Autonome, al fine di accelerare il percorso attuativo di competenza di queste ultime. "Il Consiglio dei ministri - ha commentato il Ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** in un nota stampa - accogliendo la proposta del Ministro della Salute di introdurre una specifica disciplina per la stabilizzazione del personale medico e del ruolo sanitario, ha introdotto lo strumento idoneo per affrontare il tema del precariato, che nel Servizio Sanitario Nazionale ha assunto dimensioni tali da mettere in crisi la qualità delle prestazioni erogate, specie nelle Regioni in piano di rientro". "Tra medici, personale infermieristico, tecnici e altri 11 profili professionali - ha specificato Lorenzin - , sarà possibile stabilizzare le circa 35.000 persone del settore sanitario, tramite concorso pubblico riservato". L'obiettivo sarà raggiunto per la specificità del settore che ha caratteristiche diverse dal resto della Pubblica Amministrazione, tramite di un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, da adottare entro tre mesi dall'entrata in vigore del decreto legge, su proposta del Ministro della salute. Il contenuto del decreto sarà condiviso con le Regioni e le Province Autonome, al fine di accelerare il percorso attuativo

Per risolvere la questione dei precari in sanità (più di 35.000) il DI Pa approvato prevede l'emanazione di un Dpcm, da adottare entro tre mesi dall'entrata in vigore del decreto legge, su proposta del Ministro della salute. Il contenuto del decreto sarà condiviso con le Regioni e le Province Autonome, al fine di accelerare il percorso attuativo di competenza di queste ultime



"Tra medici, personale infermieristico, tecnici e altri 11 profili professionali - ha specificato Lorenzin - sarà possibile stabilizzare le circa 35.000 persone del settore sanitario, tramite concorso pubblico riservato"

di competenza di queste ultime. "Già dall'illustrazione delle linee guida del Ministero alle commissioni di Camera e Senato - ha dichiarato il ministro Lorenzin - ho raccolto e sostenuto l'esigenza pervenuta dalle

Il contenuto del decreto sarà condiviso con le Regioni e le Province Autonome, al fine di accelerare il percorso attuativo di competenza di queste ultime

gioni, dagli operatori sanitari, così come dalle associazioni per la tutela dei diritti dei pazienti, di dare certezza in ordine alla continuità e qualità del servizio sanitario erogato e del rispetto dei parametri dei Livelli Essenziali di Assistenza. Ringrazio il ministro D'Alia che ha ricono-

sciuto la pressante esigenza e la peculiarità del settore e ritengo quello compiuto oggi - conclude il ministro Lorenzin - un passaggio fondamentale per il futuro dell'intero sistema". Già in conferenza stampa il Ministro della P.A. **Gianpiero D'Alia** aveva annunciato che si era deciso di "affidare alla trattativa Stato e Regioni le modalità di attuazione della disciplina per le procedure selettive". "Queste categorie hanno ordinamento specifico, ad esempio i dirigenti medici per cui è giusto costruire un sistema" ad hoc con le Regioni. Sui tempi D'Alia prevede che "il tavolo sarà attivato appena pubblicato il decreto legge". Ma oltre la sanità con i provvedimenti sulla Pubblica Amministrazione approvati oggi dal Consiglio dei ministri, e in particolare nel decreto legge, Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle

pubbliche amministrazioni, "si decide di dare una soluzione strutturale al tema del precariato nella P.A. Abbiamo deciso di ridurre le forme di lavoro flessibile e messo alcune barriere per evitare scorciatoie per l'assunzione senza concorso". Ha detto il premier **Enrico Letta**, nel corso della conferenza stampa al termine del vertice dell'esecutivo. I due provvedimenti, ha spiegato il premier contengono "importanti interventi di razionalizzazione per concentrare e rafforzare la lotta alla corruzione, la prevenzione e la trasparenza" nella Pubblica amministrazione. Una razionalizzazione, ha spiegato il premier, che "concentri nella Civit tutte le funzioni" in modo che "diventi soggetto dedicato esclusiva-

mente al compito della lotta e della prevenzione alla corruzione" e della trasparenza nella P.A. Il premier ha poi annunciato una "soluzione strutturale del problema del precariato" e ha riferito che "vengono tipizzate e ridotte le forme di lavoro flessibile". Letta ha poi aggiunto che sono state adottate alcune "alcune barriere per evitare che si ripetano modalità-scorciatoie per le assunzioni nella P.A. senza concorso, in passato, ahimé troppo usate, come le partecipate". Dunque, ha riferito il presidente del Consiglio, arriva un "parziale inserimento, previa una procedura altamente selettiva, perché bisogna applicare la Costituzione". "Si avvia un processo di parziale inserimento di precari previa procedura altamente selettiva e cercheremo di far sì che nella fase di conversione e applicazione del decreto avvenga il censimento di tutte le situazioni di precariato nella Pubblica amministrazione".

Nei provvedimenti votati oggi in Cdm sulla Pa "c'è un ulteriore taglio del 20% delle auto blu; una scelta che continua una direzione di marcia sulla quale dobbiamo fare ancora di più". Per quanto riguarda la ricerca il Ministro dell'Istruzione **Annunziata Carrozza** ha annunciato l'adozione di "due norme importanti. Una nel decreto legge e l'altra dnel disegno di legge". "Nel DI - ha spiegato - c'è la norma in favore dell'autonomia degli enti che consente, nell'ambito del piano triennale, l'immissione in ruolo dei ricercatori" mentre nel Ddl c'e' una norma che riguarda l'Istituto di Geofisica e Vulcanologia, che "consente, in prospettiva, l'immissione in ruolo dei ricercatori precari". **Y**

Il progetto Aogoi di una task force internazionale sulla responsabilità medica

AOGOI: i primi passi in Europa

“Il Progetto Aogoi di una “task force europea” sulla responsabilità medica ha mosso i suoi primi passi il 9 luglio scorso a Bruxelles, grazie a un’interrogazione alla Commissione Europea presentata dall’europarlamentare Andrea Cozzolino, che ha recepito lo spirito e i contenuti della nostra proposta”



“È il primo step di un percorso che richiederà tempo e grandi energie ma che l’Aogoi ha intrapreso con entusiasmo, nel convincimento, sempre più condiviso anche a livello europeo, che una disciplina comunitaria in materia sia non solo utile ma necessaria”

Vito Trojano
Presidente AOGOI

Il progetto Aogoi per promuovere una disciplina della responsabilità professionale di stampo europeo ha mosso i suoi primi passi. Gli obiettivi della nostra proposta sono stati formalmente recepiti dall’europarlamentare Andrea Cozzolino che ho incontrato il 9 luglio scorso a Bruxelles presso la sede belga del Parlamento europeo insieme all’Avvocata Vania Cirese, responsabile dell’Ufficio Legale Aogoi, e al Segretario Aogoi Puglia Luigi Sozzi. Grazie al sostegno dell’On. Cozzolino è stato possibile iniziare un primo, importante, passo: il deposito di un’interrogazione parlamentare volta a stimolare

l’interesse della Commissione Europea ad una proposta di Direttiva, in vista della creazione di “uno Spazio Sanitario Europeo” con maggiori e più omogenee garanzie sia per i medici che per i pazienti. L’interrogazione a sua firma ha recepito lo spirito e i contenuti della proposta Aogoi che è finalizzata a promuovere una disciplina comunitaria in tema di responsabilità medica, copertura assicurativa delle strutture sanitarie, monitoraggio e gestione del rischio clinico, valutazione medico legale del danno al paziente. Se, come noi tutti auspichiamo, la Commissione Europea darà il suo parere positivo alla richiesta di “favori-

re l’armonizzazione di discipline e prassi” in materia, potremo davvero iniziare “un percorso che ci consenta di trovare – a livello europeo – una so-



luzione adeguata sia alle esigenze della categoria che agli interessi dei pazienti”, come ha affermato l’On. Cozzolino nella lettera qui pubblicata insieme al testo dell’interrogazione parlamentare. È il primo step di un percorso che richiederà tempo e grandi energie ma che l’Aogoi ha intrapreso con entusiasmo, nel convincimento, sempre più condiviso anche a livello europeo, che una disciplina comunitaria in materia sia non solo utile ma necessaria. **Il prossimo passo sarà quello di accreditare l’Aogoi in Europa**, così da renderla interlocutore attivo presso le Direzioni Generali interessate della Commissione Sa-

lute e Mercato. Un terzo obiettivo della nostra associazione è di dar vita ad un network europeo con le associazioni consorelle degli Stati Membri dell’Unione. Questo network costituirà il “peso specifico” necessario per promuovere gli obiettivi Aogoi: con la condivisione delle altre associazioni scientifiche sarà possibile, come auspichiamo, mettere a punto strumenti legislativi comunitari in grado di tutelare efficacemente sia i medici che i pazienti. Poiché le Direttive vanno obbligatoriamente attuate negli Stati Membri il nostro (sinora reticente) legislatore sarà finalmente “costretto” ad assumere delle iniziative che riteniamo non più procrastinabili. Su questi obiettivi, di fondamentale interesse per la nostra categoria nonché di grandissimo prestigio per la nostra associazione, mi dedicherò con il massimo impegno nei prossimi mesi. **Y**

di **Vania Cirese**

Avvocato, Foro di Roma
Responsabile Ufficio Legale Aogoi

IL BACKGROUND

Il fenomeno della "medical malpractice" in Italia ha oggi definitivamente assunto le dimensioni e la gravità di una pandemia. La cattiva gestione dei rischi ha determinato dalle 12 mila cause pendenti nel 1996 alle 30 mila nel 2007 per presunti casi di malasanità.

Negli ultimi 10 anni, in sede di legittimità, il contenzioso è aumentato del 200% rispetto ai 60 anni precedenti. Dal 2008 al 2011 la Corte di Cassazione ha deciso un numero di casi di responsabilità medica (82) pari a tutti quelli decisi tra il 1991 e il 2000.

Una crescita considerevole, accompagnata da quella parallela dei premi assicurativi pagati da Asl e medici. Il tasso annuo di crescita dei premi complessivi negli ultimi 10 anni (1999-2009) si attesta al 12,5%. Su 30mila processi penali di malpractice sanitaria per anno, con un costo riguardabile per lo Stato italiano, il 98,8% dei procedimenti terminano in assoluzione e una quota parte in prescrizione (indagine pubblicata dalla Commissione nazionale d'inchiesta del Parlamento sugli errori sanitari e il disavanzo della Asl nell'anno 2012).

Le richieste di risarcimento pari a 2,5 miliardi di euro del 2000 in 7 anni sono in preoccupante ascesa, ma dopo defatiganti processi civili e penali, i pazienti risarciti dopo 8/10 anni di lite sono un numero assai esiguo.

Intanto i costi di polizze assicurative passano da 1 milione a 4/5 milioni oltre le polizze personali dei medici. Ma non basta! Le reazioni del personale sanitario destano altre gravi preoccupazioni.

Dieci miliardi di euro, lo 0,75% del Pil. Tanto pesa sulla spesa sanitaria pubblica la cosiddetta "medicina difensiva" ovvero l'atteggiamento che spinge i medici a un eccesso di prescrizioni per evitare eventuali contenziosi con i pazienti. 10 miliardi: la stessa cifra incassata dallo Stato nel 2012 con l'Imu (imposta municipale unificata). Poco meno di quanto investito in ricerca e sviluppo nel nostro Paese.

Ma non sempre si fa chiarezza sul fatto che il medico "è l'ultimo anello della catena", spesso vittima incolpevole di un sistema non adeguatamente organizzato. Secondo analisi recenti, negli episodi di "malasanità", il 48% è dovuto ad errore umano, il 33% dipende dalle strutture, il resto dipende da altri fattori. Per altre statistiche, l'85% dei problemi dipende da difetti organizzativi dei sistemi e non da incompetenza degli operatori sanitari. L'aumento esponenziale della conflittualità con i pazienti, le difficoltà del mercato assicurativo a fornire adeguate coperture, l'assenza di un obbligo assicurativo per le Aziende ospedaliere e Sanitarie, l'assenza di un sistema di monitoraggio, preven-

zione, riduzione del rischio clinico, espongono l'immagine e il patrimonio del medico a rischi sempre maggiori.

L'imbocco del tunnel di un processo civile e penale costituisce per il medico una penosa, drammatica esperienza sotto il profilo professionale e umano, dove si passa da indagato a imputato a condannato, prima ancora che il processo si sia svolto. Per una disinvoltata (e incontrollata) pressione mediatica che lo sbatte in prima pagina fin dall'avvio delle prime investigazioni con nome, cognome e titoli diffamatori e fuorvianti.

PERCHÉ L'EUROPA

Servono nuovi strumenti legislativi e serve il confronto con l'esperienza europea per il passaggio ad un sistema assicurativo no fault sul modello francese, svincolato dalla necessità di provare la responsabilità medica. Servono nuove forme di tutela legale e assicurativa, nuove forme di indennizzo dei pazienti in caso di danni. Nuovi strumenti di prevenzione dei rischi e degli eventi avversi.

Del resto anche altri Stati europei, al pari dell'Italia, si sono dovuti interessare dell'aumento del contenzioso medico-paziente. La crescente preoccupazione di porre rimedio agli "errori" in

ambito sanitario, rendere più sicura l'erogazione delle cure e tutelare al massimo il paziente, al contempo offrendo un ambiente sereno ed efficiente all'operatore sanitario, sono divenuti temi sui quali i sistemi giuridici e sanitari nazionali europei hanno fatto convergere sforzi e soluzioni per favorire lo sviluppo migliorativo della qualità e pluralità di offerta di servizi sanitari erogati.

Malgrado sia ancora presente una sostanziale difformità di modelli dei servizi sanitari e legislativo-giuridici, i sistemi operativi di soluzione dei contenziosi su base normativa, giudiziale, (penale-civile) e amministrativa, extragiudiziale, mostrano una notevole convergenza tra i paesi Ue. Inoltre si fa strada la consapevolezza che le Istituzioni dell'Unione debbano contribuire all'omogeneità dei sistemi di monitoraggio e reporting degli eventi avversi, nonché fornire linee guide, raccomandazioni, indicazioni comunitarie, per favorire la maggiore efficienza e sicurezza nell'erogazione delle cure al paziente. Sarebbe poi auspicabile, oltre ad un omogeneo sistema di clinical risk-management e assicurativo, anche un'uniformità di valutazione medico-legale negli Stati Membri dell'Ue, fondata su una metodologia e criteriologia

AOGOI IN EUROPA

Verso una disciplina europea: la proposta AOGOI

Far convergere gli sforzi nazionali in uno spazio europeo, per varare una disciplina comunitaria che armonizzi i modelli legislativi e giurisprudenziali in tema di responsabilità medica, copertura assicurativa delle strutture sanitarie, monitoraggio e gestione del rischio clinico, valutazione medico legale del danno al paziente. È questa la sfida che l'Aogoi intende raccogliere promuovendo la costituzione di un gruppo di lavoro internazionale finalizzato all'elaborazione di una Proposta di Direttiva Europea



rigorosa e condivisa, incentrata sull'oggettività dei dati scientifici desumibili dall'evidence based medicine.

Se i cittadini europei circolano liberamente e hanno diritto a farsi curare in uno stato membro diverso da quello di residenza, l'eventuale danno di ciascun paziente-utente europeo dovrà essere accertato e valutato allo stesso modo a prescindere dalla nazione in cui ha ricevuto l'assistenza sanitaria.

La malpractice in Europa. Il fenomeno delle denunce e/o dei contenziosi, giudiziari ed extragiudiziari, per casi di presunta "malpractice o malasanità" ha registrato nel corso dell'ultimo decennio una crescita variabile da un minimo valore percentuale a due cifre (>50%) in Gran Bretagna, Scandinavia, Paesi baltici e dell'Est Europa, a un massimo valore percentuale a tre cifre (>200-500%) in Germania, Italia, Paesi iberici e dell'area mediterranea.

L'esponenziale crescita del fenomeno si è accompagnata ad un

proporzionale aumento dei costi della copertura dei sinistri, stimato in misura superiore al 200% dallo European Hospital and Healthcare Federation (Hope) Standing Committee.

Di fronte a tale drammatica evoluzione, l'Unione europea è rimasta fin qui pressoché inerte, sia sul piano legislativo sia su quello delle proposte di sistemi operativi, volti alla conoscenza e alla soluzione dei problemi posti. Mancano, sia a livello assicurativo che delle singole Nazioni, reporting systems dedicati, capaci di monitorare il fenomeno. Mancano altresì normative, linee guida, raccomandazioni o indicazioni comunitarie volte a evitare o, quanto meno ridurre, la molteplicità degli assetti normativi e dei sistemi operativi nazionali che oggi vedono la coesistenza di sistemi ancorati a modelli giuridici di common law o, più direttamente riconducibili al diritto romano dei Paesi mediterranei e dell'Europa centro-orientale (civil law).

VERSO UNA DISCIPLINA DI STAMPO EUROPEO

Mentre si appronta una sempre maggiore garanzia al diritto di libera circolazione dei medici e pazienti, mentre si rafforzano i principi di libero stabilimento, libera prestazione occasionale,

“Il primo passo per iniziare insieme un percorso europeo”

La lettera dell'europarlamentare Andrea Cozzolino al Presidente e al Segretario nazionale Aogoi

“Ho ricevuto la proposta di direttiva europea sul Medical practice e rischio clinico, che avete avuto cura di realizzare, con la partecipazione dello Studio Legale Cirese. Ho letto con attenzione quanto indicato e, trovandone interessante e condivisibile il contenuto e considerate quelle che sono le procedure a livello europeo, ho inteso predisporre, quale primo passo ufficiale, un'interrogazione parlamentare alla Commissione Europea.

Successivamente, sulla base della risposta che la Commissione Europea vorrà riservarci, potremo iniziare assieme un percorso che ci consenta di trovare - a livello europeo - una soluzione adeguata sia alle esigenze della categoria, che agli interessi del benessere e della salute dei pazienti.

Colgo l'occasione per ringraziare anche l'amico Pier Luigi Sozzi - Segretario Regionale Puglia - grazie al cui contributo è stato possibile stabilire un contatto.

Non appena avrò disponibile la risposta della Commissione sarà mia cura inoltrarla.

Restando a disposizione per qualsiasi ulteriore chiarimento, l'occasione è gradita per porgere distinti saluti.”



Scheda di deposito di una interrogazione parlamentare

Interrogazione con richiesta di risposta scritta (art. 117)
Destinatario: Commissione

AUTORE: Andrea Cozzolino
OGGETTO: Spazio sanitario europeo

TESTO

- Considerato che il **fenomeno delle denunce per presunta "malpractice"** è cresciuto in maniera esponenziale ed è stato accompagnato da un proporzionale aumento dei costi della copertura dei sinistri (+ 200%) (fonte HOPE);
- posto che mancano sul **piano legislativo e operativo** normative, linee guida o raccomandazioni Comunitarie volte a ridurre l'eterogenità degli assetti normativi e operativi nazionali;
- atteso che il diritto alla salute ha conquistato uno spazio di riconoscimento presso la Corte Europea di Strasburgo che si è avvalsa, in applicazione della CEDU, delle categorie degli obblighi positivi di protezione di diritti umani (art. 2 e art. 8);
- atteso che la tutela del diritto alla vita e all'integrità psico-fisica dei soggetti comporta per gli Stati Membri l'obbligo di adottare misure di carattere **sostanziale, procedurale e misure di carattere preventivo**;
- atteso che la Corte Europea ha ribadito che all'art. 2 CEDU discende l'obbligo per gli Stati Membri di imporre agli ospedali sia pubblici che privati l'adozione di misure adeguate, anche preventive, per assicurare la protezione della vita dei loro pazienti;
- considerato che la Corte Europea (dec. 4/5/2000 n. 45305/99; dec. 21/3/2002 n.65653/01) ha affermato che "non si può escludere che gli atti e le omissioni delle **autorità** nel campo dei servizi alla salute possano comportare la loro responsabilità ai sensi dell'art. 2 CEDU";
- visto che con la riforma della direttiva 2005/36 si valorizza il diritto di libera circolazione, stabilimento e prestazione occasionale e il riconoscimento dei titoli, ma che, allo stesso tempo, permangono inconvenienti dovuti all'eterogenità dei modelli legislativi, giurisprudenziali e operativi degli Stati Ue
- **Si chiede alla Commissione**
 - se alla luce del costituendo **spazio sanitario europeo** ci sia interesse a favorire l'armonizzazione di discipline e prassi, anche prevedendo:
 1. **L'obbligatorietà di sistemi di monitoraggio, riduzione, gestione dei rischi e degli eventi avversi** negli Stati Membri con la creazione di un'**Agenzia Europea** e **agenzie nazionali** e locali negli Stati Membri (sul modello del sistema antiriciclaggio-antimoney laundering);
 2. **L'assicurazione obbligatoria** delle **strutture sanitarie** negli Stati Membri per il risarcimento dei danni ai pazienti derivanti da condotte colpose dei sanitari o da fatto proprio dell'amministrazione (carenze strutturali e/o organizzative) con un doppio binario di responsabilità;
 3. **La responsabilità penale dei medici solo al superamento** di una **certa soglia di gravità** della condotta.

riconoscimento dei titoli per gli operatori sanitari (anche con la riforma della direttiva 2005/36 che sarà licenziata a breve) permangono gli inconvenienti dovuti all'eterogeneità dei modelli legislativi e giurisprudenziali nonché dei sistemi operativi su:

- la disciplina della responsabilità medica
- la regolamentazione della copertura assicurativa delle strutture sanitarie
- la regolamentazione del monitoraggio e gestione del rischio clinico
- la criteriologia della valutazione medico legale del danno al paziente.

negli Stati Membri per il risarcimento dei danni ai pazienti derivanti da condotte colpose dei sanitari o da fatto proprio dell'amministrazione (carenze strutturali e/o organizzative) con un doppio binario di responsabilità

3. **L'obbligatorietà di sistemi di monitoraggio, riduzione, gestione dei rischi e degli eventi avversi** negli Stati Membri con la creazione di un'**Agenzia Europea** e **agenzie nazionali** e locali negli Stati Membri (sul modello del sistema antiriciclaggio-antimoney laundering).

IL PRIMO PASSO UFFICIALE

L'interrogazione presentata dall'on. Andrea Cozzolino (v. box a fianco) è il primo passo ufficiale di un percorso che l'Aogoi intende promuovere nel duplice intento di dar vita a un network europeo degli Ostetrici-Ginecologi e di contribuire al varo di una disciplina comunitaria che armonizzi i vari modelli legislativi e giurisprudenziali in materia di responsabilità professionale, a partire dai tre punti indicati nell'interrogazione. **Y**

LA PROPOSTA AOGOI

Nella convinzione che gli sforzi a livello europeo possano riuscire a incidere in futuro sulle diverse regolamentazioni a tutela sia dei medici che dei pazienti in uno "Spazio Sanitario Europeo", di giustizia e sicurezza, l'Aogoi auspica una proposta di Direttiva Europea che introduca:

1. **la responsabilità penale dei medici solo al superamento di una certa soglia di gravità** della condotta
2. **l'assicurazione obbligatoria** delle **strutture sanitarie**



FERTIFOL

acido folico

400 mcg

Davide De Vita
Segretario AOGOI Campania

Le polizze assicurative per un neo-specialista in ostetricia e ginecologia hanno raggiunto prezzi altissimi: dai 13mila ai 20 mila euro l'anno. Prezzi proibitivi considerando che un giovane assistente che si affaccia all'attività percepisce guadagni minimi; spesso la sua attività, orientata al completamento formativo post-specialistico, non è nemmeno remunerata!

Il fenomeno interessa tutte le branche chirurgiche e negli ultimi anni i timori legati al contenzioso medico legale hanno fatto calare considerevolmente il numero degli iscritti alla Scuola di specializzazione in chirurgia: nel 2008 si è registrata una diminuzione pari al 30%.

La "persecuzione giudiziaria" che ha investito la categoria spaventa i giovani medici. Otto camici bianchi su dieci hanno procedimenti in corso che, in quasi il 90 per cento dei casi – e in questo caso sono le carte dei tribunali a parlare – si concludono con l'assoluzione. Senza contare che i tempi processuali possono durare anche otto anni, il che per un giovane significa vedersi stroncare la carriera.

In ginecologia-ostetricia, ai rischi della sala operatoria si sommano quelli legati al contenzioso relativo all'evento nascita, le cui variabili sono tantissime, non ultima "la salute genetica del bambino". Basti pensare alla recente sentenza della Corte di Cassazione che ha condannato un ginecologo ad un risarcimento estremamente oneroso per aver prescritto il "solo" Tritest ad una donna il cui figlio è poi nato con sindrome di Down.

"Una sentenza pericolosa – come ha denunciato il segretario nazionale Aogoi Antonio Chiantera – poiché nel rapporto medico-paziente spesso possono sorgere delle complicanze che non sempre sono ascrivibili all'errore medico.

Occorre dunque distinguere la complicità dall'errore professionale e assicurare tutela ai professionisti del settore nell'esercizio della loro attività medico o chirurgica". È bene ricordare che un caso analogo in Francia ha invece portato ad una sentenza che non giudica passibile di risarcimento i casi in cui un handicap non sia stato provocato, aggravato o evitato dall'errore medico. Se pensiamo che negli ultimi dieci anni l'assistenza ostetrica è migliorata in termini di minore mortalità materna e neonatale, l'aumento del contenzioso medico legale appare davvero come un paradosso. Eppure si continua a partire sempre dal presupposto che se c'è un danno c'è una colpa del medico. E così le richieste di risarcimento sono aumentate del 250 per cento negli ultimi 15 anni e, se è vero che il 99 per cento dei procedimenti penali vengono alla fine archiviati, sono le vittorie dei pazienti in sede civile a crescere, e con esse i premi assicurativi e le spese per lo Stato.

Premi assicurativi proibitivi per i neo specialisti

■ **Le polizze per i neo-specialisti in ginecologia e ostetricia hanno raggiunto cifre record. "Una situazione non più tollerabile – denunciano i neo-specialisti campani. È a rischio il futuro della nostra specialità". L'allarme è stato prontamente raccolto dall'Aogoi, che si è messa subito al lavoro, in sintonia con l'Ordine dei medici di Napoli, per dare risposta alle problematiche dei suoi soci più giovani. Nel più breve tempo possibile**



I giovani specialisti, come anche noi meno giovani ginecologi, siamo scarsamente tutelati dall'Azienda, dal Governo e da altri enti, eccetto che da alcune associazioni scientifiche come l'Aogoi, che si sta battendo in prima linea in questa amara vicenda

In qualità di segretario regionale Aogoi negli ultimi mesi ho ricevuto numerose richieste di aiuto da parte di molti giovani specialisti ginecologi in preda alla disperazione per le richieste di premi assicurativi esagerati. La cosa triste è che la maggioranza di questi giovani colleghi non era stata ancora assunta, per cui la polizza era richiesta per iniziare la propria attività professionale come volontariato in un ospedale o Casa di cura. Oltre a contattare il sottoscritto sono stati interpellati gli Ordini dei Medici delle città più importanti d'Italia, a cui è stato chiesto: se esistessero delle agevolazioni per i giovani specialisti.

Gli unici a rispondere sono stati gli Ordini di Venezia, Napoli, Genova, Savona e Firenze. Gli Ordini di Napoli e di Venezia, in particolare, hanno mostrato un approccio fattivo rispetto a tale problematica. "Si tratta di una questione ben chiara al nostro Consiglio Direttivo ed anche alla Federazione che, proprio per questo ha istituito un tavolo di lavoro con broker ed esperti per tentare di dare una risposta a questa situazione veramente incresciosa – ha risposto l'Ordine di Napoli. Conosco bene la situazione dei Ginecologi che pagano somme altissime con il rischio di continue recessioni di contratto da parte delle Assicurazioni. Posso, altresì dire che il nostro Presidente nazionale, Amedeo Bianco, sta lavo-

rando con tutte le sue energie per ottenere dal Ministero della Salute la garanzia che tutti i medici siano assicurati dalle strutture di appartenenza". Quanto all'Ordine di Venezia, ha incaricato un gruppo di lavoro di fare una valutazione delle polizze assicurative proposte da varie compagnie al fine di individuare una proposta valida e vantaggiosa da poter proporre ai propri iscritti. Gli altri tre Ordini invece non hanno dato particolari suggerimenti degni di nota.

Quanto descritto mette in evidenza come i giovani specialisti, come anche noi meno giovani ginecologi, siamo scarsamente tutelati dall'Azienda, dal Governo e da altri enti, eccetto che dalle associazioni scientifiche, nella fattispecie l'Aogoi, che si sta battendo in prima linea in questa amara vicenda. "Stop ai premi assicurativi troppo onerosi, si ad una norma che disciplini il danno liquidabile secondo equità, si all'assicurazione obbligatoria per tutte quelle strutture presso le quali si eseguono interventi chirurgici". Sono in sostanza questi i tre punti nodali espressi nell'audizione parlamentare alla Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario, il novembre scorso, dai rappresentanti nazionali della Aogoi prof. Vito Trojano e prof. Antonio

Chiantera, coadiuvati dal prof. Aniello Di Meglio e dal team di legali composto dagli avvocati Paolo Pecora, Elena Pollio e Vania Cirese.

In quella sede, l'Aogoi chiese alla Commissione parlamentare di intervenire presso ciascun Ministero, per quanto di sua competenza, affinché si rendessero operativi su tutto il territorio nazionale i livelli massimi di risarcimento fissati dalla Corte di Appello di Milano e si adottassero i più opportuni provvedimenti per "calmierare" proporzionalmente i premi assicurativi.

Un'altra misura utile per far fronte a queste problematiche è la nascita di "servizi di Conciliazione", un modo per risolvere direttamente nell'ambito dell'azienda sanitaria le eventuali controversie tra medici e pazienti o parenti di pazienti. "Il procedimento è guidato da una terza persona, il conciliatore, professionista indipendente e al di sopra delle parti. La conciliazione è semplice, rapida riservata ed economica, offre la possibilità di risolvere controversie per un valore non superiore a 50mila euro. Parliamo di casi di errata terapia, ritardata diagnosi, manovre di intubazione, smarrimento protesi e cadute".

È pur vero che chi lavora come

dependente ha la copertura dell'ospedale ma le amministrazioni fanno sempre più fatica a pagare. Seppure la legge prevede l'obbligo assicurativo di avere una polizza di assicurazione (fortunatamente il termine, previsto per il 13 agosto 2013, è stato prorogato di un anno) c'è da sotto-

lineare che oggi alcune strutture sanitarie non stipulano più polizze perché troppo costose, mentre altre, come accade in Toscana, sperimentano soluzioni alternative: creano una sorta di fondo di solidarietà e pagano di tasca propria eventuali risarcimenti, salvo poi rivalersi sul medico. Ecco perché i ginecologi, anche quando sono dipendenti, si fanno un'assicurazione personale.

Ma la colpa degli errori è sempre e solo dei medici? Esiste una teoria socio-

organizzativa degli errori, elaborata dallo psicologo inglese James Reason e chiamata "del formaggio svizzero" che asserisce che ogni fetta di emmental (rappresentata da medici, tecnologie, organizzazione) costituisce una barriera all'errore, ma ha dei buchi: quando i buchi si allineano si verifica l'evento avverso. "Secondo questa teoria non si può attribuire la responsabilità all'ultima fetta di formaggio, che di solito è rappresentata dal medico, ma ci deve essere una responsabilità condivisa fra i diversi attori del sistema". Come dire che tutta l'organizzazione deve funzionare, ed è per questo che i ginecologi chiedono la riorganizzazione dei punti nascita, denunciando alle proprie aziende, alle regioni e al Ministero della Salute di provvedere in tempi brevi ad assicurare, come per legge, gli standard minimi di sicurezza dei Punti Nascita.

Vorrei concludere assicurando i neo specialisti campani sul fatto che l'Aogoi ha raccolto il loro grido di allarme sui premi assicurativi. Ci siamo messi al lavoro e, in sintonia con l'Ordine dei medici di Napoli, cerchiamo di dar loro una risposta efficace, nel più breve tempo possibile. **Y**

**PROGRAMMA
SCIENTIFICO**

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



Programma scientifico SIGO 2013

6 ottobre

SALA GALATEA

Pomeriggio

Cerimonia Inaugurale Saluto delle Autorità

Lettura Magistrale

The new pyramid of prenatal care

Nicolaides K. (Londra)

Lettura Magistrale

Criticità derivanti dai tagli lineari alla spesa sanitaria

Giampaolino L. (Roma)

7 ottobre

SALA GALATEA

Mattina

Embrioni crioconservati. Quale futuro?

Presidente: Mancuso S. (Roma)

Moderatori: Chieffi L. (Napoli) - Nappi C. (Napoli) - Romano L. (Napoli)

- La crioconservazione degli embrioni - Porcu E. (Bologna)
- Profili costituzionali della tutela dell'embrione crioconservato - Chieffi L. (Napoli)
- Il "destino" degli embrioni crioconservati nell'ottica del diritto civile - Donisi C. (Napoli)
- L'adozione per la nascita degli embrioni crioconservati abbandonati - Romano L. (Napoli)

Lettura Magistrale

La menopausa nella città di Sofia: dalla salvaguardia della personalità alla esigenza di personalizzazione

Genazzani A.R. (Pisa)

Tavola rotonda

Dibattito sulla sentenza della Corte di Cassazione n° 16754/2012

Partecipano: Nappi C. (Napoli) - Di Meglio A. (Napoli) - De Leo V. (Siena) - Travaglino G. (Genova) - Pecora F. (Roma) - Ponzanelli G. (Milano)

Pomeriggio

Endometriosi

Presidente: Melis G.B. (Cagliari)

Moderatori: Franchi M.P. (Verona) - Lanzone A. (Roma) - Minelli L. (Verona)

- L'endometriosi: aspetti di medicina traslazionale - Luisi S. (Siena)
- Trattamento della sterilità nell'endometriosi: evidence based approach - Somigliana E. (Milano)
- Terapia chirurgica per l'endometriosi sintomatica - Muzii L. (Roma)
- Terapia medica nel trattamento dell'endometriosi - Vercellini P. (Milano)
- Endometriosi infiltrante in sedi atipiche - Chiantera V. (Campobasso)

Diagnostica ecografica in oncologia ginecologica

Presidente: Campogrande M. (Torino)

Moderatori: Arduini D. (Roma) - Cecchini G. (Milano) - Corea D. (Lamezia Terme)

- La patologia ovarica maligna: criteri diagnostici e prospettive - Guerriero S. (Cagliari)
- Diagnostica integrata preoperatoria dei tumori della sfera genitale femminile - Arienzo F. (Napoli)
- Cancro endometriale: hanno ancora un senso i cut-off ecografici? - Trojano G. (Pisa)
- Ruolo del Color Doppler nella diagnosi ecografica della patologia ginecologica - Exacoustos C. (Roma)
- Ecografia 3D in ginecologia oncologica - Testa A.C. (Roma)

SALA PERSEIDE

Mattina

Il tumore dell'ovaio oggi, tra diagnosi e citoreduzione

Presidente: Bianchi V. (Brescia)

Moderatori: De Iaco A. (Bologna) - Giorda G. (Aviano) - Sartori E. (Brescia)

- Chirurgia fertility sparing dei tumori borderline - Carravetta C. (Napoli)
- Laparoscopia e tumore ovarico iniziale - Solima E. (Milano)
- Ruolo della laparoscopia nella valutazione della citoreducibilità - Fanfani F. (Roma)
- Chemioterapia neo o adiuvante nei tumori dell'ovaio? - Pignata S. (Napoli)

Lettura: È possibile uno screening per il cancro dell'ovaio?

Del Pup L. (Aviano)

Fibromi uterini: nuovi orizzonti terapeutici

Presidente: De Placido G. (Napoli)

Moderatori: Colacurci N. (Napoli), Nappi C. (Napoli), Petraglia F. (Siena)

- Inquadramento della patologia e attuali trattamenti - Cicinelli E. (Bari)
- Outcome gravidico post-miomectomia laparoscopica - De Francesco G. (Napoli)
- SPRM: una nuova classe di farmaci nel trattamento dei fibromi uterini - Primiero F.M. (Roma)
- Ulipristal acetato: dati clinici - Paoletti A.M. (Cagliari)
- Ulipristal acetato: effetti endometriali - Carinelli S. (Milano)

Pomeriggio

Ipertensione in gravidanza

Presidente: Guaschino S. (Trieste)

Moderatori: Caruso A. (Roma) - Tranquilli A. L. (Ancona) - Valensise H. (Roma)

- Screening biochimico-molecolare della preeclampsia - Gentile M. (Bari)
- Preeclampsia e stati trombofilici - Grandone E. (S. Giovanni Rotondo)
- Gestione ambulatoriale dell'ipertensione in gravidanza - Barzecchi V. (Ancona)
- Diagnostica integrata della paziente preeclampsia - Larciprete G. (Roma)
- HELLP syndrome: complicità o entità nosologica a parte? - De Carolis C. (Roma)

Lettura: Vaccinazione anti HPV: attualità e prospettive future

Mariani L. (Roma)

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

Presidenti: Pompa M.G. (Roma) - Stigliano C.M. (Castrovillari)

- Epidemiologia delle infezioni da HPV in Italia - Conversano M. (Roma)
- HPV e vaccino: il ruolo del ginecologo - Sideri M. (Milano)
- Criticità nell'offerta e nell'adesione alla vaccinazione: esperienze locali/regionali e visione centrale - Giambi M.C. (Roma) - Iannazzo S. (Roma)
- Strategie di prevenzione delle infezioni da HPV - Federici A. (Roma)

SALA DIONE

Mattina

Interruzione volontaria di gravidanza

Presidente: Volpe A. (Modena)

Moderatori: Ermio C. (Lamezia T.) - Parachini M. (Roma) - Urru G. (Sassari)

- Legge 194/78: stato di attuazione - Spinelli A. (Roma)
- Aborto farmacologico - Viale S. (Torino)
- L'interruzione volontaria di gravidanza del secondo trimestre - Ferrara C. (Napoli)
- Il ruolo dell'ecografista nel "decision making" - Cimmino E. (Napoli)

Lettura: L'atrofia vaginale

Nappi R.E. (Pavia)

Stimolazione ovarica controllata: nuovi farmaci e nuovi approcci

Presidente: Dessole S. (Sassari)

Moderatori: Ingrassia I. (Pistoia) - Nazzaro A. (Benevento) - Venturoli S. (Bologna)

- Valutazione della paziente in funzione della stimolazione ovarica - Alviggi C. (Napoli)
- "Triggering" con GnRH-a: indicazioni e criticità applicative - Papaleo E. (Milano)
- La riproduzione nella donna "ageing" - La Marca A. (Modena)
- Stimolazione ovarica controllata: nuovi farmaci, nuove mentalità - Strina I. (Napoli)
- Il problema della recettività endometriale nell'epoca della biologia molecolare - Bulletti C. (Cattolica)

Pomeriggio

Lettura: Probiotici vaginali nelle infezioni da candida

De Seta F. (Trieste)

Percorso donna dall'adolescenza alla fertilità alla menopausa. Progetto MSD-SIGO

Moderatore: Surico N. (Novara)

- Perché il dialogo nella vita delle donne - Nappi R. (Pavia)
- Counselling in contraccezione - Bernorio R. (Milano)
- Counselling in fertilità - Palermo R. (Palermo)
- Counselling in menopausa - Lello S. (Roma)

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

Presidente: De Placido G. (Napoli)

Moderatori: Caserta D. (Roma) - De Stefano R. (Avellino) - Marchesoni D. (Udine)

- Preparazione alla PMA di II livello: eccedenza diagnostica nell'era del "friendly approach"? - Gianaroli L. (Bologna)
- "Single embryo transfer": attuabilità, "pro" e "contro" nella realtà italiana - Revelli A. (Torino)
- PGD e PGS nei centri italiani: enigma tra scienza, etica e diritto - Monni G. (Cagliari)
- Il laboratorio di PMA in Italia: quali limiti e quali possibilità rispetto ad un mondo che cambia? - Rienzi L. (Roma)
- Induzione dell'ovulazione: analisi clinica e farmacoeconomia - Costa M. (Genova)

SALA AGAVE

Mattina

La diagnostica invasiva in medicina prenatale

Presidente: Ferrazzi E.M. (Milano)

Moderatori: Conoscenti G. (Catania) - Rizzo G. (Roma) - Rustico M. (Milano)

- Villocentesi e amniocentesi - Maruotti G.M. (Napoli)
- Il laboratorio di genetica molecolare nella diagnostica prenatale - Castaldo G. (Napoli)
- Embrioiduzione - Iuculano A. (Cagliari)
- Le gravidanze gemellari: quale diagnosi prenatale? - Simonazzi G. (Bologna)
- Rischi e complicanze nell'approccio diagnostico invasivo in medicina prenatale - Taddei F. (Mantova)

La gravidanza gemellare

Presidente: Maritati V. (Genova)

Moderatori: Di Iorio R. (Roma) - Ragusa A. (Milano) - Rizzo N. (Bologna)

- La gestione della gravidanza gemellare nell'ambulatorio ostetrico - Tiesi M. (Genova)
- Il parto gemellare: la diagnostica ultrasonografica nel timing del parto - Paladini D. (Napoli)
- Morbilità materna nella gravidanza gemellare - Frusca T. (Brescia)
- Crescita gemellare discordante - Sglavo G. (Napoli)
- Twin-twin transfusion syndrome: trattamento e follow-up - Lanna M.M. (Milano)

Pomeriggio

Il carcinoma endometriale

Presidente: Trojano V. (Bari)

- Moderatori: Angioli R. (Roma) - Ferrandina G. (Roma) - Greggi S. (Napoli)
- Aspetti epidemiologici ed etiopatogenetici - Parazzini F. (Milano)
 - La diagnosi precoce - Izzo S. (Caserta)
 - La chirurgia fertility sparing del carcinoma dell'endometrio in donne giovani desiderose di prole - Mazzon I. (Roma)
 - Ha ancora un ruolo la chirurgia laparotomica? - Stellan G. (Veneto)
 - La linfadenectomia: quando e come? - Bifulco G. (Napoli)

Cervicocarcinoma: chirurgia conservativa e radicale

Presidente: Pecorelli S. (Brescia)

Moderatori: Benedetti Panici P.L. (Roma) - Cester N. (Senigallia) - Jura R. (Asti)

- Strategie terapeutiche per il cervicocarcinoma: una visione d'insieme - Ditto A. (Milano)
- Il trattamento del carcinoma microinvasivo della cervice uterina - Ribaldone R. (Novara)
- L'isterectomia radicale laparotomica - Corrado G. (Roma)
- L'isterectomia radicale laparoscopica - Malzoni M. (Avellino)
- Ha un ruolo il linfonodo sentinella? - Legge F. (Campobasso)

SALA ELETTRA

Mattina

Medicina di genere e pari opportunità

Presidente: Colao A. M. (Napoli)

Moderatori: De Silvio M.G. (Salerno) - Piccione E. (Roma) - Viora E. (Torino)

- La medicina di genere - G. Baggio (Padova)
- Farmaci e donna - Franconi F. (Cagliari)
- Il cervello femminile - Annunziato L. (Napoli)
- Proposte del Gruppo di Lavoro SIGO - Surico N. (Novara)

Il ginecologo e la violenza sulla donna

Presidente: Nunziante Cesaro A. (Napoli)

Moderatori: Castellano A. (Roma) - Morrone A. (Roma) - Pomili G. (Perugia)

- Epidemiologia del fenomeno - Kustermann A. (Milano)
- Analisi differenziale tra violenza di genere, terrorismo domestico e conflitto - Giovannini M. (Roma)
- Accoglienza alle vittime di violenza sessuale. Gestione Clinica - Verrotti C. (Parma)
- Violenza alla donna - Pianella C.V. (Parma)
- Le mutilazioni genitali femminili - Abdulcadir O. H. (Firenze)
- Violenza e IVG - Dubini V. (Firenze)

Pomeriggio

Simposio Fondazione Graziottin Il dolore ginecologico nell'adolescente: prevenzione e cura

Presidente: TBA

Moderatori: Bruni V. (Firenze) - Graziottin A. (Milano)

- L'endometriosi nell'adolescente: sintomi precoci e comorbilità - Bruni V. (Firenze)
- Il dolore segreto: molestie, abusi e comorbilità associate - Dei M. (Firenze)
- Malattie sessualmente trasmesse, PID e disparesia profonda - Murina F. (Milano)
- Semeiotica del dolore pelvico e sessuale nell'adolescente - Graziottin A. (Milano)

Anomalie della placentazione

Presidente: Sirimarco F. (Napoli)

Moderatori: Di Lieto A. (Napoli) - Nazzaro G. (Napoli) - Petta R. (Salerno)

- Epidemiologia e fattori di rischio - Pisaturo M.L. (Potenza)
- Placenta previa e diagnosi precoce - Cali G. (Palermo)
- Accretismo placentare. misure di prevenzione dell'emorragia post-partum - Albano G. (Napoli)
- Management anestesico della emorragia peripartum - Frigo M.G. (Roma)
- La chirurgia demolitiva - Affronti G. (Perugia)
- Il ruolo del radiologo vascolare - Maglione F. (Napoli)

SALA CALIPSO

Mattina

Simposio AGITE (Associazione Ginecologi Territoriali) - Parte Prima Gli indicatori di Salute in Ostetricia e Ginecologia

Presidente: *Diku S.* (Roma) - *Melani A.* (Pistoia)
Moderatori: *Bagnoli L.* (Arezzo) - *Palmiotto R.* (Udine)

- GW3; il significato di un lavoro di rete: risultati. - *Fattorini G.* (Bologna) - *Ferrara N.* (Trapani)
- La Contraccezione di Emergenza (Progetto Agite) - *Toschi M.* (Perugia) - *Orlandella M.* (Milano)
- La formazione dei ginecologi territoriali e l'infertilità (Progetto Agite) - *Viglino S.* (Genova) - *Ghiazza M.* (Bari)
- La prevenzione dell'IVG nelle donne immigrate - *Sacchetti G.* (Milano) - *Natale N.* (Milano)

Tavola rotonda AGITE per una casa comune dei Ginecologi italiani

Partecipano: *Fattorini G.* (Bologna) - *Viglino S.* (Genova) - *Chiantera A.* (Napoli) - *Troiano V.* (Bari) - *Surico N.* (Novara)

Pomeriggio

Simposio AGITE - Seconda Parte "Comunicare per includere"

Moderatori: *Papa R.* (Napoli) - *Tesorone M.* (Napoli)

- La salute della donna in una società multietnica: La realtà di un Consultorio di frontiera - *Lombardi M.* (Roma)
- Il fenomeno IVG nelle donne straniere: uno sguardo alla realtà napoletana - *Altruda F.* (Napoli) - Discussant: *Corina M.R.* (Matera)
- Comunicare con gli adolescenti: Esperienze di un operatore dedicato - *Di Maggio F.* (Napoli)
- L'empowerment e l'offerta attiva: Modelli e strategie operative nella realtà campana - *De Chiara B.M.* (Napoli) - Discussant: *Mannu L.* (Sassari)
- La violenza sulle donne. Emozioni in immagini: Presentazione del filmato: "8 Marzo... Per non dimenticare" - *Nunziante L.* (Napoli)

Tavola rotonda AGITE "Favorire lo sviluppo del territorio: il punto di vista degli operatori e delle associazioni"

Coordina: *Fiorillo F.* (Napoli)
Partecipano: *De Vita D.* (Salerno) - *Bartoli M.G.* (Napoli) - *Di Carlo C.* (Napoli) - *Capodanno M.* (Napoli) - *Di Matteo G.* (Salerno) - *Tramontano G.* (Salerno)

Assemblea Nazionale - Elezioni per il rinnovo del Consiglio di Presidenza

SALA ULISSE

Mattina

Simposio SIEOG-ESBE L'Ecografia "difficile"

Moderatori: *Cali G.* (Palermo) - *Volpe P.* (Bari) - *Paladini D.* (Napoli)

- Paziente obesa - *Taddei F.* (Mantova)
- Oligo e Polidramnios - *Zoppi M.A.* (Cagliari)
- Gravidanza multipla con più di 2 gemelli - *Lanna M.M.* (Milano)
- Anatomia ecografica della mammella e correlazione anatomo patologica - *Distritis V.* (Torino)
- Ruolo degli ultrasuoni nella chirurgia mammaria - *Dolfin G.* (Torino)

Sessione SCCL (Società Campano-Calabro-Lucana): "La partoanalgesia: organizzazione di un servizio"

Presidente: *Pirillo P.* (Cosenza)
Moderatori: *Corcione A.* (Napoli) - *Vadalà P.* (Reggio Calabria)

- Indicazioni alla partoanalgesia e controindicazioni ostetriche - *Sciorio S.* (Napoli)
- Fisiologia del travaglio di parto. Monitoraggio cardiocografico e partoanalgesia - *Iacobelli P.* (Napoli)
- Effetti sistemici materno fetali dei farmaci di comune uso in ostetricia - *Brizzi A.* (Bari)
- Assistenza dell'ostetrica nel parto in analgesia - *Muccione C.* (Salerno)
- La partoanalgesia può ridurre i tagli cesarei? - *Pasqua P.* (Cosenza)
- Organizzazione di un servizio dedicato - *Scibelli C.* (Napoli)

Pomeriggio

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.* (Rovigo) - *Fattorini G.* (Bologna) - *Galicchio A.* (Milano) - *Gigli C.* (Trieste) - *Graganiello G.* (Bari) - *Tropea P.F.* (Reggio Calabria)

Sessione AOGOI Terapia delle dermatosi e dermatiti vulvari

Presidente: *Micheletti L.* (Torino)
Moderatori: *Anglana F.* (Roma) - *Cofelice S.* (Campobasso) - *Saccucci P.* (Roma)

- Terapia dei lichen - *Lippa P.* (Roma)
- Terapia delle Dermatiti - *Inghirami P.* (Roma)
- Terapia chirurgica funzionale - *Oliva C.* (Roma)
- Terapia con cellule staminali - *Trivisonno A.* (Roma)
- Terapia del vaginismo e dei disturbi sessuali - *Selbmann V.* (Viterbo)
- Terapia degli inestetismi - *Fasola E.* (Milano)
- Terapia della vulvodinia - *Dionisi B.* (Roma)

8 ottobre

SALA GALATEA

Mattina

Sessione FGOM (Federazione di Ginecologi e Ostetrici del Mediterraneo) - Parte Prima Increasing cesarean section rate: is it justified?

Moderatori: *Chiantera A.* (Napoli) - *Demir C.* (Turchia) - *Mandrizzato G.P.* (Trieste)

- Epidemiology of cesarean section - *Antsaklis A.* (Atene)
- Cesarean section in breech presentation - *Demir C.* (Turchia)
- Cesarean section in twins and multiple pregnancy - *Findedrle A.* (Croazia)
- Cesarean section and IUGR - *Meir Y.* (Bassano del Grappa)
- Cesarean section in late preterm and early term pregnancies - *Mandrizzato G.P.* (Trieste)
- Induction of labor and cesarean section - *Saghir W.* (Libano)

Lettura Magistrale "La scelta del metodo contraccettivo"

Bitzer J. (Basilea)

Sessione FGOM - Parte Seconda Increasing cesarean section rate: is it justified?

Moderatori: *Antsaklis A.* (Atene) - *Lebbi I.* (Tunisi) - *Surico N.* (Novara)

- Previous cesarean section - *Giambanco V.* (Palermo)
- Elective cesarean section - *Cabero-Roura L.* (Barcellona)
- Cesarean section on demand - *Premru-Srsen T.* (Slovenia)
- Emergency cesarean section: time to delivery - *Lebbi I.* (Tunisi)
- Maternal complications after cesarean section (early and late) - *Radunovic N.* (Serbia)
- Neonatal complications after cesarean section - *Carrapato M.* (Portogallo)

Pomeriggio

Assemblea AOGOI

Assemblea AGUI

Assemblea SIGO

SALA PERSEIDE

Mattina

Chirurgia laparoscopica ed isteroscopica delle malformazioni uterine

Presidente: *Ardivino I.* (Avellino)
Moderatori: *Crescini C.* (Bergamo) - *Natale A.* (Milano) - *Ronsini S.* (Vallo della Lucania)

- Diagnostica delle malformazioni uterine: il ruolo dell'ecografia 3D - *Nazzaro G.* (Napoli)
- Ruolo dell'isteroscopia nella diagnosi delle anomalie dell'apparato genitale - *Nappi L.* (Foggia)
- La metroplastica isteroscopica per uteri setti e dismorfici - *Mangino F.* (Mestre)
- Il ruolo della laparoscopia nelle anomalie dell'apparato genitale - *Ardivino M.* (Campobasso)
- Malformazioni uterine e infertilità: l'approccio fertility sparing - *Zupi E.* (Siena)

Nuove frontiere in laparoscopia ginecologica: Minilaparoscopia e Microlaparoscopia

Presidente: *Scambia G.* (Roma)
Moderatori: *Loverro G.* (Foggia) - *Scollo P.* (Catania) - *Stola E.* (Taranto)

- *Ghezzi F.* - Università dell'Insubria (Varese)
- *Chiantera V.* - Università Cattolica Osp. Campobasso
- *Fanfani F.* - Università Cattolica, Roma
- *Vizza E.* - Osp. IFO, Roma
- *Malzoni M.* - CdC Malzoni (Mercogliano)

SALA DIONE

Mattina

Contraccezione ormonale

Presidente: *Massobrio M.* (Torino)
Moderatori: *Arisi E.* (Trento) - *Marincolo F.* (Corigliano Calabro) - *Venturini P.L.* (Genova)

- Criteri di elegibilità dei contraccettivi ormonali - *Cagnacci A.* (Modena)
- Benefici e rischi della contraccezione ormonale - *Graziottin A.* (Milano)
- La contraccezione ormonale long-acting - *Ambrosini G.* (Padova)
- La contraccezione ormonale come terapia - *De Leo V.* (Siena)
- La contraccezione d'emergenza - *Nappi C.* (Napoli) - *Di Carlo C.* (Napoli)

Novità in Ginecologia Endocrinologica

Presidente: *Bruni V.* (Firenze)
Moderatori: *Cianci A.* (Catania) - *Colacurci N.* (Napoli) - *Fruzzetti F.* (Pisa)

- Update in contraccezione - *Bruni V.* (Firenze)
- Nuove evidenze scientifiche: E2/DNG e i sintomi da sospensione - *C. Di Carlo* (Napoli)
- La contraccezione intrauterina oggi e domani - *G. Gubbini* (Bologna)
- Novità nel trattamento dell'endometriosi: il dienogest - *Petraglia F.* (Siena)

Lettura

Mirabegron: un nuovo protagonista del trattamento della vescica iperattiva

Bernasconi F. (Milano)

SALA AGAVE

Mattina

La sala parto fra passato e futuro

Presidente: *Todros T.* (Torino)
Moderatori: *Greco P.* (Foggia) - *Guana M.* (Brescia) - *Tajani E.* (Terlizzi)

- La cultura della sicurezza in sala parto - *Forleo P.* (Roma)
- L'ossitocina: più danni che vantaggi? - *Ricco C.* (Napoli)
- La sorveglianza del benessere fetale: cardiocografia + analisi ST - *Larusca C.* (Napoli)
- L'ecografia in sala parto può ridurre i tagli cesarei? - *Ghi T.* (Bologna)
- Taglio cesareo: esiti materni, neonatali e a distanza - *Cosmi E.* (Padova)

Nuove tecnologie a supporto della laparoscopia ginecologica avanzata

Presidente: *Scambia G.* (Roma)
Moderatori: *Bergamini E.* (Scandiano) - *Salerno M.G.* (Pisa) - *Schettini S.* (Potenza)

- 3D in laparoscopia: velocizza la curva d'apprendimento? - *Fagotti A.* (Roma)
- LESS applicazioni e vantaggi nella chirurgia ginecologica - *Angioni S.* (Cagliari)
- L'NBI applicato all'isteroscopia nello studio della patologia endometriale - *Surico D.* (Novara)
- La chirurgia robotica nelle patologie benigne - *Rossito C.* (Roma)
- Utilizzo dell'energia combinata in Ginecologia - *Fanfani F.* (Roma)

SALA ELETTRA

Mattina

Le lesioni displastiche del canale cervicale: diagnosi e trattamento

Presidente: *Perino A.* (Palermo)
Moderatori: *Canzone G.* (Palermo) - *Peroni M.* (Ascoli Piceno) - *Tolino A.* (Napoli)

- Il triage diagnostico - *Giannella L.* (Scandiano)
- Quale ruolo per l'endocervicoscopia nel percorso decisionale? - *Barbero M.* (Asti)
- La laserchirurgia - *Sideri M.* (Milano)
- Conizzazione a lama fredda vs. elettrochirurgia - *Cristoforoni P.* (Genova)
- Il follow-up - *Amadori A.* (Parma)

Lettura

Vaginiti e cistiti recidivanti: il binomio diabolico. Strategie di prevenzione e cura

Graziottin A. (Milano)

Sessione Congiunta AOGOI - SIU in teleconferenza

- Presentazione dei dati dell'indagine epidemiologica arricchiti dai dati per regione da Napoli: *Chiantera A.* (Napoli) da *Riccione: Mirone V.* (Napoli)
- Le problematiche sessuali della coppia: frequenza ed impatto sociale - *Parazzini F.* (Milano)
- Le problematiche sessuali della coppia: approccio clinico - *Bernorio R.* (Milano)
- Le problematiche sessuali della coppia. Il counselling - *Guida M.* (Salerno)
- Conclusioni congiunte in teleconferenza
- Presentazione del progetto pilota del Dipartimento della Salute Sessuale di Napoli da Napoli: *Chiantera A.* (Napoli) da *Riccione: Mirone V.* (Napoli)

Programma scientifico SIGO 2013

SESSIONE SEGI (Società Italiana Endoscopia Ginecologica) Tip and Tricks in chirurgia endoscopica

Presidente: Schettini S. (Potenza)
Moderatori: De Placido G. (Napoli),
Mencaglia L. (Firenze).

- T and T nella isteroscopia office - Di Spiezio Sardo A. (Napoli)
- T and T nella linfadenectomia laparoscopica - Malzoni M. (Mercogliano)
- T and T nella SPAL - Angioni S. (Cagliari)
- T and T nella chirurgia della DIE - Fiaccavento A. (Peschiera del Garda)
- T and T nella chirurgia dell'endometrioma - Maiorana A. (Palermo)
- T and T nella miomectomia laparoscopica - Leo L. (Novara)

SALA CALIPSO

Mattina

Sessione SIPPO (Società Italiana per la Psico Profilassi in Ostetricia) "La vita nascente nella società attuale: nuove frontiere per l'accompagnamento alla nascita"

Presidente: Russo R. (Roma)
Moderatori: Corosu R. (Roma) - Messina P. (Roma)

- Come coltivare la consapevolezza nei genitori dell'era digitale e dell'iperattività (Mindfulness birthing). - Ciolli P. (Roma)
- Il corso di accompagnamento alla nascita luogo privilegiato di integrazione multieterica - Vicario M. (Napoli) - Napolitano M. (Napoli)
- Rooming in stimolo per un più rapido decorso postoperatorio da taglio cesareo - Francescangeli M. (Roma)
- La gestione non farmacologica del dolore in ostetricia; importanza del sostegno emotivo. - Monti M. (Roma)
- Importanza del sostegno emotivo nel parto/nascita - Mancino P. (Roma)

Sessione SIPGO (Società Italiana Psicopatologica in Ginecologia e Ostetricia)

- La qualità di vita del singolo e della coppia in P.M.A.: identificazione dei fattori di rischio psicologico e strategie di supporto nel corso dell'iter diagnostico-terapeutico - Mattei A.M. (Milano)
- La sessualità come fattore di benessere psichico nelle diverse fasi della vita. "Non solo sesso". - Turchetto A.D. (Venezia)
- Dalla psicopatologia ostetrico-ginecologica alla psiconeuroendocrinologia della persona di genere femminile - Forleo R. (Roma)
- Il counselling in tema di nuove scelte in diagnosi prenatale - Natale R. (Trieste)
- Il counselling nelle stagioni della donna - Natale R. (Trieste)
- Il dolore, il cervello ed il pavimento pelvico - Natale R. (Trieste)

9 ottobre

SALA GALATEA

Mattina

Il parto pretermine: prevenzione e management

Presidente: Moscarini M. (Roma)
Moderatori: Benedetto C. (Torino) - Di Renzo G.C. (Perugia) - Primicerio M. (Roma)

- Aspetti di medicina traslazionale nella etiopatogenesi del parto pretermine - Gervasi M.T. (Padova)
- La diagnosi della minaccia di parto pretermine: clinica, laboratorio ed ecografia - Marozio L. (Torino)
- Il trattamento farmacologico della minaccia di parto pretermine - Locci M. (Napoli)
- Il cerchiaggio cervicale: passato o futuro? - Prefumo F. (Brescia)
- Aspetti neonatologici del parto pretermine - Paludetto R. (Napoli)

Lettura Magistrale "Prevention of preterm delivery"

Norman J. (Edimburgo)

Sessione FESMED - 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 - C. Gigli (Trieste)
- La colpa professionale del medico dipendente: "grave", "lieve"? - C. Gigli (Trieste)

SALA PERSEIDE

Mattina

Chirurgia ginecologica: sicurezza, costi e riduzione delle complicanze

Presidente: Fedele L. (Milano)
Moderatori: Busacca M. (Milano) - Mucci M. (Pescara) - Sozzi P.L. (Ostuni)

- L'isterectomia semplice: confronto tra via laparoscopica, laparotomica e vaginale - Fiaccavento A. (Peschiera del Garda)
- Anatomia chirurgica del sistema nervoso pelvico: i plessi nervosi e le tecniche di nerve sparing - Ceccaroni M. (Verona)
- Aderenze post-operatorie: un problema spesso sottovalutato - Mais V. (Cagliari)
- È sempre necessaria la chirurgia nella diagnosi e nel trattamento dell'endometriosi? - Mollo A. (Napoli)
- Approssimazione tissutale knot-less - Bifulco G. (Napoli)
- Complicanze vascolari - Carone V. (Campobasso)

Chirurgia laparotomica, laparoscopica e robotica in oncologia ginecologica

Presidente: Selvaggi L. (Bari)
Moderatori: Alio L. (Palermo) - Buonanno G. (Napoli) - Zullo F. (Catanzaro)

- Chirurgia a cielo aperto: ha ancora un ruolo? - Raspagliesi F. (Milano)
- L'isterectomia radicale laparoscopica - Ercoli A. (Abano Terme)
- Accesso single-port: una via sicura in oncologia? - Leo L. (Novara)
- La linfadenectomia lombo-aortica - Mereu L. (Firenze)
- La chirurgia robotica - Vizza E. (Roma)

SALA DIONE

Mattina

Office hysteroscopy

Presidente: Mencaglia L. (Firenze)
Moderatori: Guida M. (Salerno) - Nardelli G.B. (Padova) - Santangelo C. (Napoli)

- Nuove strumentazioni in office hysteroscopy - Bettocchi S. (Bari)
- La chirurgia isteroscopica ambulatoriale con strumenti meccanici - Garuti G. (Lodi)
- La chirurgia isteroscopica ambulatoriale con elettrochirurgia bipolare - Di Spiezio Sardo A. (Napoli)
- L'annoso problema della rimozione dei frammenti: come risolverlo? - Florio P. (Empoli)
- Sterilizzazione tubarica isteroscopica: ruolo terapeutico - De Simone F. (Napoli)

La menopausa: la ricerca e la clinica

Presidente: Donati Sarti C. (Perugia)
Moderatori: Di Carlo C. (Napoli) - Gambacciani M. (Pisa) - Palomba S. (Reggio Emilia)

- Steroidi sessuali e loro recettori: interazioni molecolari a livello vascolare e cerebrale - Simoncini T. (Pisa)
- Terapia sostitutiva: "game over" o "new game"? - Gambacciani M. (Pisa)
- L'osteoporosi postmenopausale: prevenzione, diagnosi e trattamento - Stomati M. (Brindisi)
- Gli effetti della menopausa e della TOS sulla composizione corporea - Sparice S. (Napoli)
- La terapia con androgeni: è tutto finito? - Nocera F. (Catania)

SALA AGAVE

Mattina

Incontinenza urinaria femminile. Terapia consolidata o nuovi approcci?

Presidente: Milani R. (Milano)
Moderatori: Ettore G. (Catania) - Rubattu A. (Olbia) - Trezza G. (Benevento)

- Nuove frontiere nella terapia farmacologica della sindrome urgenza/frequenza - Torella M. (Napoli)
- Mid-urethral slings: la forza dei dati a lungo termine. - Napolitano V. (Viterbo)
- Single incision slings: le promesse mantenute, le promesse disattese - D'Alfero A. (Napoli)
- La neuromodulazione sacrale per l'incontinenza urinaria: tecnologia emergente o strumento di seconda linea? - Zullo M. (Roma)
- Lo spazio per la riabilitazione del pavimento pelvico nel trattamento dell'incontinenza urinaria: cosa sperare e cosa aspettarsi - De Marco A. (Napoli)

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

Presidente: Cervigni M. (Roma)
Moderatori: Garaventa M. (Genova) - Giulini N. (Cattolica) - Perrone A. (Lecce)

- La terapia chirurgica del prolasso genitale: quali sono gli obiettivi? - Iuliano A. (Roma)
- La chirurgia protesica oggi: sempre prima scelta? - De Vita D. (Battipaglia)
- To mesh or not to mesh: ruolo dei materiali nei successi e negli insuccessi della terapia protesica - Tommaselli G.A. (Napoli)
- Ricostruzione fasciale sitospecifica nei prolassi di grado elevato - Giana M. (Novara)
- Single-incision vaginal mesh: la strada del futuro? - Affinito P. (Napoli)

SALA ELETTRA

Mattina

SESSIONE AIO (Associazione Italiana di Ostetricia) - Parte Prima Dal profilo professionale alla clinical competence dell'ostetrica

Presidente: Marchi A. (Siena)
Moderatori: Auriemma G. (Napoli) - Panizza C. (Padova) - Vaccari S. (Sassuolo)

- Presentazione della rivista scientifica MAIEUTIKOS - Marchi A. (Siena)
- Contraccezione e competenze dell'Ostetrica Counsellor (presentazione Progetto formatori AIO per la contraccezione) - Del Bo E. (Pavia)
- L'ostetrica e la coppia infertile: competenze in PMA - Varutti M. (Udine)
- Violenza sulle donne ed abuso sui minori: l'accoglienza e la raccolta dei reperti - Marchi A.
- Core competence dell'ostetrica nell'area chirurgica ed anestesiológica - Giornelli R. (Gorizia)

SESSIONE AIO - Parte seconda Dal profilo professionale alla clinical competence dell'ostetrica

Presidente: Natale N. (Milano)
Moderatori: Petretic E. (Trieste) - Spaziante G. (Caserta) - Turazza G. (Ferrara)

- Le competenze dell'ostetrica nella continuità delle cure neonatali - Di Lorenzo G. (Napoli)
- Le competenze dell'ostetrica nell'area uro-ginecologica - Puggina P. (Napoli)
- Le competenze e le responsabilità dell'ostetrica nella diagnostica ecografica - Guida F. (Napoli)
- Progetto Studentesse/i di Ostetricia e giovani ostetriche - Anello G. - Sfrégola G. (Verona)

SALA CALIPSO

Mattina

Sessione SIGITE (Società Italiana Ginecologia Terza Età) Menopausa precoce e sue implicazioni

Moderatori: Nocera F. (Catania) - Becorpi A.M. (Firenze)

- Il rischio cardiovascolare nelle varie fasi della vita della donna - Maffei S. (Pisa)
- Osteoporosi: opzioni di trattamento vecchie e nuove - Lello S. (Roma)
- Epigenetica e invecchiamento - Pandolfo M.C. (Palermo)
- Ecosistema vaginale in menopausa - De Seta F. (Trieste)

Sessione SICHIG (Società Italiana di Chirurgia Ginecologica) Management chirurgico delle neoformazioni annessiali

Presidente: Frigerio L. (Bergamo)
Moderatori: Busacca M. (Milano) - Candiani M. (Milano)

- Valutazione ecografica delle tumefazioni annessiali - Di Legge A. (Roma)
- Gestione delle neoformazioni annessiali a basso rischio oncologico - Carnelli M. (Bergamo)
- Management delle tumescenze annessiali a rischio oncologico, i limiti del trattamento laparoscopico - Ghezzi F. (Varese)
- Endometriosi, indicazioni al trattamento chirurgico - Vignali M. (Milano)
- Chirurgia d'urgenza nelle neoformazioni annessiali - Ferrari S. (Milano)

La patologia mammaria

Presidente: Surico N. (Novara)
Moderatori: Cobellis L. (Napoli) - Dolfin G. (Torino) - Kardhaschi A. (Bari)

- La patologia displastica - Pettinato G. (Napoli)
- Lo screening mammografico - Zappa M. (Firenze)
- Tecniche di imaging a confronto - Riccardi A. (Napoli)
- Quale chirurgia per il carcinoma della mammella - Ponzone R. (Torino)
- Chirurgia ricostruttiva - Nava M. (Milano)

Gruppo di studio SIGO su HIV e gravidanza - Attualità in tema di HIV e riproduzione

Presidente: Martinelli P. (Napoli)
Moderatori: Bilotti A. (Cosenza) - Guerra B. (Bologna) - Spinillo A. (Pavia)

- Lo studio Sigo ISS - Floridia M. (Roma)
- Il protocollo di assistenza al parto per via vaginale - Tibaldi C. (Torino)
- La riproduzione assistita nelle coppie HIV discordanti - Savasi V. (Milano)
- Il concepimento spontaneo in coppie HIV discordanti - Ravizza M. (Milano)
- Follow-up ginecologico delle donne HIV positive - Sansone M. (Napoli)

Chiusura dei lavori

Il programma potrebbe essere suscettibile di variazioni



“Nell’invitare i colleghi italiani a leggere le Lg del NICE, ed il dibattito che ne è seguito, non posso non riflettere su quanto si possa sempre comunque imparare, anche in termini di scelte comportamentali, non soltanto scientifiche”

Gravidanza ectopica: linee guida e non solo

Oltre 20 anni fa abbiamo proposto ed iniziato anche in Italia la terapia medica della gravidanza ectopica, non senza suscitare molte perplessità, espresse in particolare dai colleghi più esperti in chirurgia laparoscopica.

La nostra strada era stata facilitata dai progressi ottenuti con la diagnosi attraverso l'ecografia transvaginale e le possibilità di dosare la BHCG sul siero in tempi rapidi. Sulla base delle esperienze segnalate dalla letteratura, abbiamo dapprima, per un breve periodo, attuato la terapia con iniezione ecoguidata di methotrexate nella tuba sede

di gravidanza, per passare poi alla somministrazione del farmaco per via sistemica, rendendo possibile il trattamento in tutte le strutture ginecologiche, anche in assenza di esperienza di manovre ecoguidate.

I protocolli sono andati via via precisandosi in termini di scelta dei casi da trattare in funzione della storia clinica, dei quadri ecografici, dei valori di BHCG di partenza, delle dosi di farmaco, delle modalità e dei tempi dei controlli delle pazienti, giungendo anche a definire le condizioni nelle quali proporre la “terapia di attesa” (watch and wait anglosassone) a domicilio.

Dopo pochi anni avevamo anche avuto incontri formali in Aogoi e Sigo per confrontare i risultati ottenuti con le diverse metodiche di attesa, mediche, chirurgiche laparotomiche e laparoscopiche, e realizzato proposte di Linee Guida che hanno avuto una certa circolazione, ma non erano arrivate ad una pubblicazione formale secondo i criteri ormai maturati per la formulazione di linee guida.

È importante non dimenticare che l'incidenza di gravidanze ectopiche si mantiene su valori dell'ordine di 1 su 80-100 gravidanze, che la mortalità per emorragia da gravidanza ectopica rappresenta ancora in Italia circa il 9% delle morti materne per emorragia, la principale causa più frequente di morte materna diretta (57%, delle morti dirette - Rapporti ISTISAN 12/6,2012). Si tratta fortunatamente di numeri assoluti piccoli, meno di 5 all'anno, che tuttavia non possono lasciarci indifferenti, se si considera che si tratta di situazioni che una migliore attività di educazione sanitaria, una più razionale organizzazione dei servizi, un miglioramento delle capacità diagnostiche potrebbero contribuire ad annullare, se si considera che si tratta per lo più di casi con mancata o tardiva diagnosi.

Vi è poi da considerare soprattutto che il numero di casi totali, circa 5000- 6000 gravidanze ectopiche all'anno in Italia, richiedono un importante impegno ed impiego di risorse, che non possono non risentire positivamente di una razionalizzazione delle possibilità assistenziali, oltre che di un più attento e corretto approccio clinico e psicologico.

Non possiamo davvero ignorare quanto per la donna sia sempre dolorosa, talvolta pesantemente angosciante, l'esperienza non desiderata di una interruzione di gravidanza, quanto pesi l'informazione che la gravidanza è probabilmente o sicuramente localizzata al di fuori dell'utero e quindi senza alcuna possibilità di evolu-



zione. È fondamentale che le donne, e le loro famiglie, ricevano una buona, tempestiva ed efficace assistenza ed un supporto orientato sulle loro necessità, che consenta loro di partecipare consapevolmente alle scelte terapeutiche che possono essere proposte. Non sappiamo se in Italia ciò avvenga sempre ed ovunque: non esistono ampi studi in proposito.

Nei Paesi in cui sono da più tempo in atto rilevazioni epidemiologiche sui servizi sanitari e sulla loro percezione da parte degli utenti, come ad esempio nel Regno Unito (Uk), non si hanno remore ad affermare che ad oggi, per le gravidanze ectopiche, non ogni donna riceve il trattamento ottimale.

Questa affermazione è di Mark Baker, direttore del Centre for Clinical Practice presso il ben noto, anche in Italia, NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence. Ed è anche per questa ragione che si è aperto in UK un ampio dibattito, riportato dall'autorevole British Medical Journal, non soltanto tra medici specialisti, sulla opportunità di avere specifiche strutture sanitarie dedicate a problemi insorti nel primo trimestre di gravidanza, che possano garantire la loro attività per sette giorni su sette, in tutte le aree del paese. Molti argomenti si sono arricchiti con gli apporti di una organizzazione di pazienti o potenziali pazienti (la Charity “Ectopic Pregnancy Trust”), che è intervenuta con interessanti osservazioni critiche e proposte. Ad indurre esperti e noti professionisti ad intervenire nel dibattito sul BMJ è stata la pubblicazione, nel dicembre 2012, delle Linee Guida (LG) da parte del NICE “Ectopic pregnancy and miscarriage. Diagnosis and initial ma-

agement in early pregnancy of ectopic pregnancy and miscarriage”. Naturalmente le linee guida fanno riferimento alla situazione organizzativa geografica in poche pagine, per affrontare poi sostanzialmente tutti gli argomenti clinici assistenziali e psicologici, compendiate in 38 succose pagine.

Come sempre le Lg del NICE riescono a sintetizzare efficacemente premesse metodologiche, fonti bibliografiche, raccomandazioni cliniche e raccomandazioni per ulteriori ricerche.

In molti campi della nostra specialità abbiamo fino ad oggi fatto riferimento alle indicazioni di Lg del RCOG, le ben note Green -Top Guideline o quelle del NICE appunto, e le recenti (2010 - 2011) Lg italiane del SNLG del Ministero della Salute “Gravidanza fisiologica” ne hanno tratto grande “ispirazione”.

Le recenti linee guida pubblicate in Gran Bretagna sulla gravidanza ectopica fanno riferimento al sistema sanitario del Paese, più di altre edite dallo stesso organismo, e per queste parti non sono certo per noi un riferimento: basti considerare quanto è ancora importante in Inghilterra, Galles e Scozia il ruolo del General Practitioner nella assistenza alla gravida. Sarebbe per noi banale sentirci ricordare che in caso di sospetta gravidanza ectopica, o in caso di gravidanza iniziale ad incerta localizzazione, anche in assenza di sintomi di acuzie, sia necessario ricorrere alla ecografia transvaginale e ad un dosaggio di BHCG.

Superate tuttavia le parti riferite al loro sistema organizzativo, che devono peraltro farci riflettere sulle carenze del nostro, è un grande stimolo leggere le più recenti raccomandazioni, puntuali e ben definite in termini di procedure, esami ecografici e di laboratorio, con precisi valori di riferimento, tempi, richiami, opportuna assistenza psicologica.

Non si può pensare di riassumere in queste note le linee guida, ma è anche per noi utile un breve riassunto del dibattito che hanno suscitato, utile non soltanto per i riferimenti scientifico-clinici, ma anche come esempio di confronto tra professionisti, e tra professionisti e destinatari della nostra assistenza.

È davvero utile il richiamo di colleghi che lavorando a Melbourne, in Australia quindi, segnalano le difficoltà di applicare alcune raccomandazioni con popolazioni di differente cultura, quali le donne Afgane, e gli uomini che le accompagnano, rifugiati politici, con problematiche del tutto specifiche. Altrettanto stimolanti sono riflessioni di psicologi clinici sull'importanza di un corretto approccio iniziale, di sostegno, chiarimento e consiglio nelle varie fasi della cura.

Molto puntuali sono poi i richiami di oltre una dozzina di illustri colleghi, molti dei quali ben noti anche personalmente a noi (Tom Bourne dell'Imperial College di Londra, Carol Benson di Harvard, Steven Goldstein presidente dell'American Institute of Ultrasound in Medicine), che si sono uniti nel redigere una articolata serie di osservazioni: dal non limitare ad alcuna donna il primo accesso ad un servizio ginecologico anche se in presenza di pochi sintomi, servizio che comprenda sette giorni su sette la possibilità di una ecografia transvaginale, alla possibilità per la donna di partecipare alla scelta terapeutica, dal watch and wait, alla terapia medica, alla terapia chirurgica, con le ovvie complete informazioni sulle conseguenze delle diverse scelte. In particolare questo importante gruppo di colleghi contesta, tra altri punti, il fatto che il NICE raccomanda, pur con qualche eccezione, l'uso del Methotrexate quale terapia di prima scelta, senza considerare appunto la terapia di attesa, con il rischio di somministrazione del farmaco a gravidanze risultate poi correttamente in utero.

Gli stessi Autori richiamano poi la necessità di un importante training degli specializzandi in ecografia transvaginale e nella attività clinica di assistenza, ambulatoriale come in regime di ricovero, nei casi di patologia del primo trimestre.

I redattori delle Lg hanno replicato, sempre sul BMJ, accettando parte delle critiche ed offrendo soluzioni alternative.

Nell'invitare i colleghi italiani a leggere le Lg sull'ectopica del NICE ed il dibattito che ne è seguito, non posso non riflettere su quanto si possa sempre comunque imparare, anche in termini di scelte comportamentali, non soltanto scientifiche. **Y**

Per saperne di più

■ Ectopic pregnancy and miscarriage. Diagnosis and initial management in early pregnancy of ectopic pregnancy and miscarriage. Clinical guidelines, CG154 - Issued: December 2012 <http://www.nice.org.uk/guidance/CG154>

BMJ /Letter

■ NICE guidance on ectopic pregnancy and miscarriage restricts access and choice and may be clinically unsafe (Published 22 January 2013) <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f197>

■ Ectopic pregnancy and miscarriage: summary of NICE guidance

■ Harriette Goldsmith (Published 15 December 2012) <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e8136/rr/620330>

■ Ectopic pregnancy and miscarriage: summary of NICE guidance Maria Jalbrant (Published 19 December 2012) <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e8136/rr/620890>

■ Authors' reply to Bourne and colleagues Mary Ann Lumsden, Emma Newbatt, Zosia Beckles, Roz Ullmn (Published 22 January 2013) <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f238>

Il consenso informato nella diagnostica invasiva prenatale

di **Aniello Di Meglio,**
Laura Letizia Mazzarelli,
Amelia Forte

Medici Specialisti in Ostetricia e Ginecologia
"Diagnostica Ecografia e Prenatale Aniello Di Meglio", Napoli

Il consenso informato rappresenta l'accettazione volontaria da parte del paziente del trattamento che viene proposto dal medico.

Il principio del consenso informato, trova la sua validazione anche nella Costituzione con l'articolo 32: "nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge", correlato con l'art. 13 della stessa Costituzione che afferma l'inviolabilità della libertà personale.

Qualsiasi trattamento diagnostico e/o terapeutico non può essere effettuato se non con il valido consenso del paziente, che deve essere esaustivamente informato in ordine al trattamento cui sarà sottoposto ed ai rischi che da tale trattamento possono derivare.

Appare, quindi, chiaro che l'informativa al paziente costituisce una parte fondamentale e integrante dell'atto medico che si sta per svolgere. Il medico deve cioè fornire al paziente una serie di informazioni che consentano una scelta libera e consapevole.

Pertanto il consenso deve essere: chiaro e comprensivo per tutti; scritto e comunicato verbalmente; firmato da medico e paziente.

Nell'ambito dell'informativa e dell'acquisizione del consenso informato in Diagnostica Prenatale, è necessario riportare:

- le reali potenzialità e i limiti della metodica diagnostica
- la descrizione dell'intervento medico ritenuto necessario e dei rischi presunti
- le tecniche e i materiali impiegati
- le eventuali complicanze
- i comportamenti che il paziente deve eseguire per evitare complicazioni successive all'atto medico.

A dimostrazione dell'adeguata

L'informativa alla paziente è una parte fondamentale e integrante dell'atto medico che si sta per svolgere. Oltre ad essere un elemento indispensabile di tutela per la paziente, che deve essere esaustivamente informata sul trattamento cui sarà sottoposta ed ai rischi che ne possono derivare, lo è anche per il medico, in quanto strumento che gli permetterà di "difendersi" in caso di un contenzioso medico-legale. Ci è sembrato perciò particolarmente utile proporvi questo esempio di informativa da proporre alle gestanti che effettuano l'amniocentesi per le indagini citogenetiche classiche. Un esame divenuto ormai di routine ma che può esporre la paziente a un rischio di aborto dello 0,5-1% e ad alcune complicanze non abortive che, in casi eccezionali e sporadici, possono essere anche gravi

informazione e dell'acquisizione della volontà del paziente, è necessario conservare il consenso informato firmato da medico e paziente nel proprio archivio per potersi "difendere" in caso di un contenzioso medico-legale.

Sia l'informativa che il consenso andrebbero effettuati ed acquisiti non al momento dell'atto diagnostico, perché sulla scia dell'emotività il paziente potrebbe non avere la giusta lucidità per far sue le informazioni e quindi scegliere liberamente il da farsi.

L'acquisizione del consenso informato si divide quindi in due tempi: il primo in cui si spiegano le potenzialità, i limiti dell'esame in oggetto, eventuali complicanze e rischi ed un secondo tempo che viene consegnato dopo l'atto medico al pa-

ziente in cui si descrive la tecnica, i materiali utilizzati e i consigli da seguire dopo la procedura.

Naturalmente ci sono delle criticità in questo consenso:

- si tratta di un consenso formulato per le indagini citogenetiche classiche e non per il cariotipo molecolare o le malattie ereditare a possibile trasmis-

sione materno-fetale ovvero le malattie infettive. In questi ultimi due casi andrebbe effettuata ed allegata una consulenza genetica che chiarisca i limiti e le potenzialità delle metodiche in oggetto.

Al momento dell'acquisizione della firma va chiaramente descritto per quali anomalie genetiche, molecolari e/o infettive,

verrà effettuato lo studio. È fondamentale ribadire questo, in quanto il paziente ha l'errata aspettativa che con le indagini invasive si può "vedere tutto".

- In Letteratura non vi è concordanza univoca sull'uso profilattico dell'antibiototerapia. Senza alimentare le polemiche, che si sono succedute negli anni passati, si lascia all'ope-



Descrizione dell'amniocentesi

Nella sala sono presenti:

- 1° Operatore (medico):
- 2° Operatore (medico):
- Collaboratore (infermiere.....)

Dopo che gli operatori e collaboratore presenti si sono sottoposti a disinfezione e sterilizzazione delle mani, degli avambracci, si indossano camici e guanti sterili come per intervento chirurgico.

Mediante un breve colloquio gli operatori: accertano che lo stato emotivo della paziente sia idoneo per una corretta esecuzione dell'amniocentesi e rendono gli ulteriori chiarimenti del caso alla paziente indicandole la corretta postura e l'atteggiamento da tenere durante l'intervento. Gli operatori invitano la paziente, prima di iniziare l'intervento, a seguire le indicazioni fornite in fase di colloquio; in particolare si raccomanda uno stato di assoluto rilassamento e la necessità di non compiere movimenti da quel momento e fino al termine dell'amniocentesi. Un collaboratore aiuta la paziente a sistemarsi sul lettino ed a lasciare libero da indumenti l'addome materno.

Gli operatori provvedono quindi ad una accurata disinfezione dell'addome. Gli operatori delimitano il campo operatorio sede dell'amniocentesi con teli sterili. Gli operatori procedono a lasciare un abbondante film liquido di disinfettante sulla cute dell'addome.

A questo punto gli operatori procedono a nuova ecografia. Gli operatori utilizzano per la valutazione ecografica dell'utero gravido una sonda ecoguidata completamente sterile, modello.....

Quando sono certi di aver individuato la migliore tasca di liquido amniotico, libero da parti fetali e dal cordone, gli operatori attendono una fase di quiete fetale, valutando con attenzione i movimenti del tronco, del capo e degli arti. Solo allora gli operatori procedono all'introduzione dell'ago da amniocentesi modello del calibro 20 Gauge. L'ago viene spinto il più vicino alla parete posteriore dell'utero in modo da evitare che durante un movimento il feto possa pungersi.

Gli operatori connettono l'ago ad una siringa da 20 cc e aspirano una piccola quantità di liquido amniotico; esso appare limpido. Gli operatori procedono ad eliminare il primo cc di liquido in quanto lo stesso potrebbe contenere cellule materne potenzialmente contaminanti il prelievo.

Gli operatori connettono di nuovo l'ago ad una siringa e procedono senza difficoltà e sempre sotto guida ecografica ad aspirare 20 cc di liquido, che appare sempre limpido. A questo punto gli operatori rimuovono l'ago.

Gli operatori fanno osservare alla paziente il liquido tratto dal suo utero gravido e detto liquido viene introdotto al cospetto della paziente in due provette. La paziente viene invitata dagli operatori a leggere ad alta voce il nome indicato sull'adesivo applicato alle due provette che sono rimaste costantemente sottoposte alla sua visione. La paziente si fa garante che il nome apposto sulle provette è il suo. Tale procedura consente di fornire la sicurezza che non vi possa essere scambio di provette al momento della raccolta presso il nostro centro.

Gli operatori eseguono un primo controllo, immediato, dello stato di benessere del feto attraverso la valutazione del battito cardiaco fetale e della quantità di liquido amniotico. Tale controllo viene mostrato anche alla paziente. Gli operatori procedono poi, con l'aiuto del collaboratore, a rivestire l'addome materno di abiti.

La paziente scende dal lettino senza difficoltà e si accomoda su una poltrona di riposo posta in un salottino adiacente. Dopo circa 90 minuti la paziente viene sottoposta dagli stessi operatori ad nuova ecografia di controllo, con la quale si evidenzia una regolare quantità di liquido amniotico, una regolare frequenza cardiaca ed una normale reattività fetale ed assenza di possibili complicanze quali una raccolta ematica sulla parete posteriore dell'utero e/uno scollamento delle membrane amniotiche.

A questo punto gli operatori prescrivono un riposo per un periodo di circa 4-5 giorni e una terapia antibiotica per altri 3 giorni mediante somministrazione di Una volta ribadita alla paziente l'ampia disponibilità degli operatori in qualunque momento per eventuali dubbi e/o complicanze, costoro invitano la paziente ad un controllo dopo 7 giorni.

ratore la scelta di somministrare o meno alla paziente l'antibiotico, sia prima del prelievo che successivamente.

- Può sembrare superfluo riportare nel consenso informato il nome del Laboratorio cui si invia il prelievo: la paziente deve avere la possibilità di scegliere dove verrà eseguita lo studio del materiale genetico. La motivazione che spinge alla scelta del Laboratorio da parte della paziente è legata a sottrarre al medico la "colpa in eligendo" nel caso in cui il laboratorio non abbia eseguito in ma-

niera corretta l'esame richiesto (mancata crescita cellulare, contaminazione, mancata comunicazione dell'esito dell'esame, etc.). Il medico nei giorni precedenti l'esame può fornire alla paziente una "rosa di laboratori", in modo che la scelta sia frutto di una decisione ponderata.

In questa pagina la nostra informativa per la diagnosi prenatale invasiva mediante amniocentesi e il prospetto con la descrizione della tecnica consegnati alla paziente. **Y**

Informativa per la diagnosi prenatale invasiva finalizzata alla ricerca di cromosomopatie mediante amniocentesi. Prestazione del cd. "consenso informato". Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili reso ai sensi del D.lgs. 196/03

Informazioni essenziali relative alla natura e finalità dell'indagine, alle modalità del prelievo; ai rischi oggettivi e tecnici anche in relazione allo stato dell'arte della disciplina:

1. L'amniocentesi verrà eseguita in equipe da due operatori medici con le seguenti modalità: dopo essersi sottoposti a disinfezione e sterilizzazione delle mani e degli avambracci, gli operatori indossano camici e guanti sterili. Mediante un breve colloquio gli operatori: accerteranno che lo stato emotivo della paziente sia idoneo per una corretta esecuzione dell'amniocentesi e renderanno gli ulteriori chiarimenti del caso alla paziente indicandole la corretta postura, l'atteggiamento da tenere durante l'intervento ed ogni altra informazione che sarà loro richiesta. La paziente dovrà restare in uno stato di assoluto rilassamento senza compiere movimenti durante l'amniocentesi. Un collaboratore aiuterà la paziente a sistemarsi sul lettino ed a lasciare libero da indumenti l'addome materno. Gli operatori provvederanno quindi ad una accurata disinfezione dell'addome; delimiteranno il campo operatorio sede dell'amniocentesi con teli sterili e procederanno a lasciare un abbondante film liquido di disinfettante sulla cute dell'addome. A questo punto gli operatori procederanno a nuova ecografia con sonda completamente sterile, modello.....

Una volta individuata una tasca di liquido amniotico utile allo scopo, libera da parti fetali e dal cordone, gli operatori attenderanno una fase di quiete fetale, per poi procedere all'introduzione dell'ago da amniocentesi. L'ago sarà spinto il più vicino alla parete posteriore dell'utero in modo da evitare che durante un movimento il feto possa pungersi. Gli operatori connetteranno l'ago ad una siringa da 20 cc e aspireranno una piccola quantità di liquido amniotico; poi elimineranno il primo cc di liquido che potrebbe contenere cellule materne potenzialmente contaminanti il prelievo e quindi connetteranno di nuovo l'ago ad una siringa per procedere, in assenza di difficoltà, e sempre sotto guida ecografica ad aspirare 20 cc di liquido. A questo punto gli operatori rimuoveranno l'ago; faranno osservare alla paziente il liquido estratto anche mentre esso viene introdotto in due provette contraddistinte dal nome della paziente. La paziente sarà a questo punto invitata a leggere ad alta voce il suo nome indicato sulle due provette per escludere ipotesi di scambio di provette al momento della raccolta. Gli operatori eseguiranno poi un primo controllo, immediato, dello stato di benessere del feto attraverso la valutazione del battito cardiaco fetale e della quantità di liquido amniotico, e quindi, con l'aiuto del collaboratore, provvederanno a rivestire l'addome materno. A questo punto la paziente potrà scendere dal lettino per essere accompagnata su una poltrona di riposo ove resterà per circa 90 minuti. All'esito, la paziente sarà sottoposta ad nuova ecografia di controllo, ed in assenza di complicanze sarà finalmente dimessa. Successivamente alla dimissione la paziente dovrà osservare un riposo per un periodo di circa 4-5 giorni; dovrà poi osservare una terapia antibiotica per altri.....giorni mediante somministrazione di..... e dovrà infine tornare a controllo dopo 7 giorni.

2. L'esame del cariotipo su coltura di liquido amniotico consente di individuare le anomalie numeriche e/o strutturali dei cromosomi (ad esempio la trisomia 21, 13, 18, la monosomia XO). L'esame non rivela invece, le oltre centoventimila tipologie di sindromi genetiche e/o difetti congeniti studiate in letteratura scientifica in cui il corredo cromosomico è normale. Su esplicita richiesta è possibile eseguire l'amniocentesi per rivelare alcune tra queste malattie genetiche autosomiche (come ad esempio l'anemia mediterranea e la fibrosi cistica) ma a tal fine è necessario corredare la richiesta di indagine con una indicazione specifica e scritta da parte del medico genetista.

3. La coltura delle cellule prelevate può talvolta presentare crescita stentata o assente, oppure l'interpretazione dei risultati può essere dubbia. In questi casi rari si rende necessario un secondo prelievo. Si segnala che tale rischio è più elevato quanto più precocemente viene eseguita l'amniocentesi.

4. L'amniocentesi espone la paziente ad un rischio di aborto stimato in letteratura intorno allo 0,5-1%. Per le gravidanze gemellari tale rischio è più elevato.

5. Sono state segnalate complicanze non abortive legate all'amniocentesi con una incidenza percentuale pari all'1% circa (quali, ad esempio: la rottura prematura del sacco gestazionale, infezioni endoamniotiche, lesioni al feto). L'incidenza del rischio di questo genere di complicanze si riduce sensibilmente se il prelievo viene eseguito con la tecnica ecoguidata applicata presso questo centro di diagnosi.

6. La letteratura specialistica segnala altresì casi ancor più eccezionali e sporadici di danni alla gestante conseguenti all'amniocentesi ed in particolare fenomeni emorragici di variabile entità o forme gravi di infezioni o di embolia di liquido amniotico.

7. Il Dottor si occupa delle sole attività finalizzate al prelievo del liquido amniotico nonché delle ecografie che precedono e seguono tale metodica. Una volta prelevato, il liquido amniotico verrà consegnato al laboratorio di analisi indicato dalla paziente per lo studio del cariotipo o per le eventuali ulteriori indagini richieste, e per la relativa refertazione. Fino al momento della consegna al predetto laboratorio è sempre in facoltà della paziente di ritirare il liquido amniotico personalmente ma, in tal caso, si consiglia sempre di demandare il ritiro a personale tecnico specializzato dovendosi osservare peculiari modalità di conservazione e trasporto del liquido amniotico.

La sottoscritta Sig.ra..... nata a..... il..... residente in () codice fiscale dichiara di aver ricevuto in data..... alle ore..... copia del presente modulo informativo e di aver contestualmente ricevuto dal medico responsabile ampia disponibilità a rendere in qualunque momento tutti i chiarimenti del caso ogni ulteriore informazione od anche materiale scientifico illustrativo.

Firma

La sottoscritta in data

- dichiara di aver letto attentamente i su estesi paragrafi 1, 2, 3, 4, 5, 6, e 7, e di aver richiesto ulteriori spiegazioni in ordine alle seguenti questioniricevendo esaurienti informazioni anche a tal riguardo e quindi, all'esito di una compiuta revisione del dettagliato processo informativo con il quale il ha reso la sottoscritta edotta e consapevole della propria decisione, dichiara di autorizzare la diagnosi prenatale invasiva mediante amniocentesi.

- esprime il suo consenso al trattamento dei dati personali e sensibili esclusivamente a fini di diagnosi e cura da parte del ed in particolare autorizza la comunicazione dei dati stessi al laboratorio di analisi da lei prescelto per lo studio del cariotipo o per le eventuali ulteriori indagini richieste e per la relativa refertazione.

Firma

I benefici della Medicina tradizionale cinese in gravidanza e parto

La medicina tradizionale cinese (Mtc) è l'unica "arte medica" che si è conservata praticamente inalterata fino ai nostri tempi. È sempre stata considerata un eccellente metodo terapeutico senza effetti collaterali per migliorare la salute e curare alcune malattie. Fatta eccezione per l'agopuntura, considerata come atto medico e quindi non utilizzabile dalle ostetriche, le tecniche della Mtc rappresentano un valido strumento di Arte Ostetrica di cui può beneficiare la donna nel corso della gravidanza e del parto

di **Elena Cerri**

Ostetrica, esperta di Mtc e agopuntura

Sono un'ostetrica dipendente della Asl 5 Pisa. Sono un'ostetrica un po' "diversa", nel senso che mi occupo di Medicina Complementare e nello specifico dal 2002 gestisco in autonomia un ambulatorio di Medicina Tradizionale Cinese per la gravidanza e il parto.

L'idea di iniziare questo percorso è nata circa 10 anni fa, grazie al sostegno della Regione Toscana che, a quei tempi, finanziava i progetti di inserimento delle medicine complementari in ambito pubblico. Pertanto, con il sostegno del mio primario, il Dottor Massimo Srebot, ho frequentato il Centro di Medicina Tradizionale Cinese "Fior di Prugna" a San Donnino per apprendere le tecniche atte a stimolare il capovolgimento dei bambini in presentazione podalica e poi mi sono iscritta alla Scuola di Agopuntura di Firenze per iniziare una formazione seria e competente. Da pochi mesi ho conseguito il master in Medicina Cinese ed Agopuntura presso l'Università di Firenze. Per chi non conosce la Medicina Tradizionale Cinese (Mtc) spiego brevemente cosa sia e i campi di azione in cui l'ostetrica può acquisire competenza.

Nata più di 6000 anni fa in Cina, la medicina tradizionale cinese è l'unica "arte medica" che si è conservata praticamente inalterata fino ai nostri tempi. È sempre stata considerata un eccellente metodo terapeutico senza effetti collaterali per migliorare la salute e curare alcune malattie; è un complesso sistema preventivo e curativo che mira a rafforzare la vitalità del-



l'individuo e della specie, la sua capacità di difesa, il cambiamento degli stili di vita attraverso una minuziosa attività di educazione alla salute. Il modello epistemologico di riferimento è il pensiero taoista nel quale anche l'uomo è visto come riproduzione del modello energetico Yin/Yang: dove ogni cosa è in relazione con ciò che la circonda, la stessa energia che anima la natura percorre tutto il corpo umano e determina lo stato di salute. Ogni più piccola parte del nostro organismo è

infatti classificabile in Yin/yang.

Secondo il pensiero filosofico cinese, l'universo è formato da energia che "è la causa di tutte le produzioni e di tutte le distruzioni, energia che è unica ma si manifesta sotto forme multiple. E come l'energia è all'origine di tutte le cose, così è anche la causa di tutti i fenomeni fisiologici e patologici che riguardano la salute dell'uomo. Questa energia scorre in canali preferenziali che sono chiamati "meridiani", che percorrono tutto il no-

stro corpo. Quelli più conosciuti sono 12 e prendono il nome dall'organo o dal viscere che attraversano. Si accoppiano secondo il meccanismo Yin/Yang e ogni coppia ha funzioni energetiche specifiche, cioè tutela e mantiene l'integrità di parti del corpo, di meccanismi fisiologici e di particolari attività psichiche. Lungo il percorso dei meridiani, vi sono i punti energetici che stimolati (con aghi, moxa, massaggio...) producono effetti locali a distanza e influenzano il movimento dell'energia

nella persona. Quindi lavorare con le tecniche di Mtc ci permette di conoscere meglio la persona, i movimenti energetici che la animano nell'ottica di prevenire le disarmonie e quindi, le malattie.

Ecco in sintesi quali sono le tecniche della medicina cinese:

Agopuntura: infissione di aghi sui punti dei meridiani energetici. Ricordiamo a tale proposito che l'infissione di aghi è atto medico, pertanto allo stato attuale l'agopuntura è una tecnica non utilizzabile dalle ostetriche.

Massaggio Tuina: è tra le pratiche terapeutiche più antiche e diffuse in Cina, è detto così per l'abbinamento fonetico del nome di due manipolazioni molto usate nel massaggio stesso, TUI= la spinta e NA= la presa. Si compone di otto manovre fondamentali:

TUI: spinta lungo il canale
NA: presa
AN: pressione
MO: sfioramento circolare
ROU: impastamento
NIE: pinzettamento
DIAN: massaggio localizzato sul punto

GUN: rotolamento ulnare
Il massaggio si applica sui punti, sulle linee (canali) e sulle zone.

Con il massaggio si lavora sempre sul Sangue, che è l'aspetto più materiale e denso dell'Energia e i meccanismi del massaggio cinese sono:

- Riequilibrio energetico dell'organismo
 - Potenziamiento delle difese organiche
 - Stimolazione della circolazione sanguigna
 - Azione sulle articolazioni
 - Azione sui muscoli
- Tutte le FA (manovre) devono

essere fatte in modo energico, profondo, continuo e dolce. Il termine "massaggio" deriva dalla lingua araba e significa "toccare, palpare".

Da un punto di vista fisico, il massaggio è un trasporto di energia meccanica ai tessuti e i suoi effetti sono da ricondursi principalmente a fenomeni riflessi che scatenano reazioni nell'organismo.

Da un punto di vista relazionale-comportamentale il massaggio produce tutta una serie di stimoli che provocano non solo reazioni biologiche, ma scatenano emozioni, portano a galla sensazioni e stimolano comportamenti.

Il massaggio aumenta il legame, sostiene, contiene, aiuta la sintonizzazione della coppia e indirettamente, sciogliendo le tensioni emotive, aumenta l'intuizione e la verità interiore. Perciò è molto importante stabilire un contatto rassicurante che permetta a chi riceve il massaggio di rilassarsi e abbandonarsi completamente.

Il massaggio è un approccio naturale espresso dalle mani per ristabilire armonia e benessere in un'altra persona. La mano sostiene, aggrega, scopre, nutre, aiuta a far prendere coscienza

del proprio corpo e delle sue singole parti.

È un viaggio alla riscoperta delle proprie sensazioni e vissuti, è un gesto d'amore verso se stessi e verso l'altro, è la via del cuore per conoscersi e comunicare più in profondità.

È una comunicazione d'amore che integra la mente con il cuore per risvegliare capacità interne assopite ed entrare in un nuovo spazio del sentire.

Per eseguire correttamente un massaggio è bene "aver pacificato la mente e il cuore", assumere una posizione comoda, indossare indumenti pratici, porsi in ascolto dell'altro, iniziare il contatto in maniera graduale con rispetto, eseguendo il massaggio con calma, ritmo uniforme e mani calde, evitando il distacco brusco che potrebbe interrompere lo stato di rilassamento della nostra paziente.

In gravidanza, il massaggio:

- Rilassa
- Permette di focalizzare parti del corpo
- Scioglie le tensioni
- Aumenta le endorfine
- Stimola il bambino
- Aumenta la per fusione e funzionalità placentare
- Contiene il dolore del travaglio



Elena Cerri

- Favorisce l'apertura e il fluire delle emozioni
- Previene e corregge le malposizioni
- Riduce lo stress
- Facilita la relazione con il bambino
- Accresce nella mamma l'intuizione e l'istintualità

Per tutti questi motivi, è un valido strumento di arte ostetrica, arte che richiede studio, ma anche grande coinvolgimento psichico ed emozionale, attraverso il quale emerge la passione e il fuoco che alimentano ciascuno di noi. Le tecniche di massaggio utilizzate in gravidanza sono leggere, dolci, lente, eseguite a ritmo respiratorio, nel senso della corrente energetica del canale (in tonificazione); questo perché è necessario nutrire lo yin e mantenere un giusto apporto di energia e sangue.

Fior di prugna: martelletto con 7 aghi utilizzato per il trattamento delle patologie interne attraverso la stimolazione cutanea.

Utilissimo in campo ostetrico e ginecologico per il trattamento delle cicatrici laparotomiche.

Moxibustione: sigaro di artemisia, utilizzato per riscaldare i punti dei meridiani energetici, utile se la paziente è in vuoto energetico e necessita di essere tonificata, scaldata... l'artemisia in Mtc viene indicata come erba capace di mobilitare il sangue e risolvere i ristagni; il termine moxa significa "erba che brucia".

"Come la donna regge la metà del cielo, la moxibustione regge la metà delle malattie", per sottolineare quanto potente sia questa terapia.

Il calore emanato dalla moxa penetra progressivamente, con una sensazione dolce, non immediata, che pian piano si intensifica e dà sensazione di benessere alla paziente. La moxa aiuta semplicemente il corpo a ritrovare il proprio equilibrio.

Qi Gong: il termine significa "lavorare l'energia" ed è una ginnastica energetica medica che fa circolare l'energia, apre i canali, migliora le condizioni fisiche e psichiche dell'individuo, rinforza l'organismo. Si può utilizzare anche in gravidanza per favorire un buon equilibrio della madre e uno sviluppo armonico del bambino, attraverso il movimento, la respirazione e la visualizzazione.

L'originalità di questa tecnica consiste nella combinazione di una attività mentale di rilassamento con l'esercizio respiratorio e l'allenamento della muscolatura e delle articolazioni cor-

poree. Quindi si tratta di una disciplina esperienziale di allenamento del proprio soffio vitale. È un' autoterapia, che non si pratica per diventare: si pratica per essere, per manifestare se stessi. Qi Gong è perciò "l'arte di nutrire la vita".

Fitoterapia: branca della Mtc, molto usata in Cina, consiste nell'utilizzo di erbe, radici, cortecce per la cura di patologie acute e croniche.

Auricoloterapia: stimolazione dei punti dell'orecchio corrispondenti alle varie zone del corpo.

Dietetica: gli alimenti in Mtc sono considerati farmaci, per cui "noi siamo ciò che mangiamo". L'alimentazione è una sottile arte della salute, in grado di modificare il nostro equilibrio interiore, imprimere all'energia un movimento verso l'esterno o l'interno e nutrire energeticamente organi e visceri.

Coppettazione: applicazione di coppette di vetro, bambù o ceramica, ad effetto ventosa sul corpo della paziente, con lo scopo terapeutico di rimuovere la stasi energetica, favorendo la dispersione di freddo e umidità, per diminuire edemi e dolore. Tutte queste tecniche, tranne gli aghi, possono essere utilizzate dalle ostetriche formate in Mtc per il sostegno energetico in gravidanza e parto, per il contenimento del dolore in travaglio e rappresentano, allo stato attuale, la mia realtà giornaliera, il mio modo di essere un'ostetrica "diversa". **Y**

Rubriche

Lettere



risponde Carlo Sbiroli

Femminicidio: più impegno da parte dei ginecologi

"Finalmente una timida voce sul femminicidio. Finalmente GynecoAogoi (organo ufficiale dell'Aogoi) fa prendere coscienza di un fenomeno che ci coinvolge appieno. Noi ginecologi, con i nostri silenzi e soprattutto con il nostro menefreghismo, siamo spesso complici di questi misfatti che ogni giorno vengono riferiti dai media. Nel suo articolo Valeria Dubini scrive che "da anni la nostra associazione s'impegna per creare cultura su questi argomenti" (v GynecoAogoi 3/2013). Non mi sembra che le cose stiano proprio così. Ad eccezione di qualche breve relazione o sessione nei congressi nazionali e di un volume del

2007, coordinato proprio dalla Dubini, sulla "Violenza sulle donne", poi c'è stato e c'è il vuoto. Sono convinta che problemi così importanti, che ci toccano nel profondo, abbiano bisogno di un'educazione continua, che penetri anzitutto noi e poi entri nei nostri ambulatori, nelle scuole per raggiungere infine le case delle nostre pazienti. Solo in questo modo potremo sperare di contribuire a cambiare in modo radicale certe mentalità. Esercito in un paese del sud e qui si lotta ogni giorno contro la violenza sulle donne e, più in generale, contro la bassa considerazione che gli uomini hanno delle donne (basta sentire le

conversazioni dei maschi quando s'incontrano tra loro). Spero che l'Aogoi ancora una volta si faccia promotrice attraverso GynecoAogoi, la Rivista e il Sito di sviluppare un'educazione incessante che entri nei nostri ambulatori, nei pronto soccorso, nelle case delle nostre pazienti per cambiare radicalmente la mentalità degli uomini, ma anche delle donne.

Lettera firmata

Cambiare una mentalità non è cosa facile. Occorre tempo. Forse anche una generazione. Occorre tempo perché si possa realizzare e completare, come lei dice, quel processo di



promotrice della tutela del diritto alla salute delle donne. Anzi mise al centro del suo mandato questo obiettivo. Quella stagione si concluse con la pubblicazione del libro "Violenza contro le donne. Compiti e obblighi

del ginecologo", coordinato da Valeria Dubini. E va ricordato che la presentazione di quell'edizione fu scritta e firmata personalmente dal Ministro della Salute a testimoniare il ruolo importante che attribuiva ai ginecologi quali promotori di "educazione al rispetto della donna, alla cultura della non violenza e al principio della salute, Livia Turco, che si fece

► Segue a pag. 21

Meditazioni

di Giuseppe Cragnaniello



La libertà del sapere

Possibile che ormai tutto debba comunque e sempre essere mercato? Parafrasando un detto molto comune, si può con buona certezza affermare: fatta la legge trovato l'affare. L'ultimo mi pare quello dei test di ammissione alla Facoltà di medicina o alle specializzazioni per i quali vengono offerte apposite guide che assicurano tutte un agevole superamento. Nulla di paragonabile alla compravendita, più o meno clandestina, delle dispense universitarie, spesso infarcite di errori ma molte volte utili per passare gli esami, che servivano a più di un fuori corso per sopravvivere!

Ma questo è solo la più recente manifestazione di un brutto fenomeno che

Le guide per il superamento dei test di ammissione alla facoltà di medicina o alle specializzazioni sono la più recente manifestazione di un brutto fenomeno che interessa tutta la divulgazione medica...

interessa tutta la divulgazione medica. Ricordo che, appena laureato e in molti casi senza che avessi fatto alcuna richiesta, le industrie farmaceutiche cominciarono a sommergermi, con ca-

denza regolare, di pubblicazioni e riviste scientifiche sino a rendere necessario il nolo di un'apposita casella postale. Col passare degli anni, però, gli invii si sono progressivamente di-

Per le pubblicazioni internazionali si calcola un giro d'affari di dieci miliardi di dollari, sulla pelle degli autori che non traggono alcun vantaggio. Anzi cedono i propri diritti e quasi sempre sono costretti a pagarsi gli stessi abstracts

radati sino ad esaurirsi. Molte testate sono scomparse, naturalmente per la crisi del settore che ha portato alla chiusura di tanti nomi storici della farmacopea, altre sono ancora disponibili, ma ad un costo.

Forse rimpiangendo il passato, l'abbonamento, per quanto minimo, mi ha sempre dato un po' di fastidio. Certo non è garanzia di qualità, ma serve almeno ad assicurare correttezza e imparzialità dell'informazione o è l'ennesima presa in giro? Anche perché le quote aumentano di anno in anno, mentre le riviste diventano sempre più piccole per formato e più sottili per numero di pagine. Si tratta comunque per le pubblicazioni internazionali di un grosso giro d'affari, calcolato in dieci miliardi di dollari, sulla pelle degli autori che non traggono alcun vantaggio, anzi cedono i propri diritti e sono costretti quasi sempre a pagarsi gli stessi abstracts.

Eppure, con la grande diffusione e la facile accessibilità di internet, i tempi sono davvero cambiati. È pur vero che a questa realtà molti devono ancora abituarsi (vedi il caso del nostro network, che sarebbe potuto diventare una formidabile sede di

confronto scientifico e invece sembra miseramente naufragato) mentre dovrebbero adeguarsi in fretta, perché è l'unico modo per aggiornarsi in tempo reale e non restare indietro, legati ancora alle lunghe attese della stampa e della posta, oltre alla non disprezzabile possibilità di farlo da casa propria, senza necessità di spostamenti e spese per servizi di biblioteca.

Anche quello che è in rete però ha i suoi costi. E per molto occorre sottoscrivere un contratto a pagamento. Ecco perché va elogiato quanto di recente deciso dalla Casa Bianca di liberalizzare l'accesso agli studi finanziati con denaro pubblico, sebbene un anno dopo la pubblicazione. È la vittoria di un grosso movimento d'opinione di scienziati e di cittadini in favore della libera circolazione delle idee e delle scoperte. Qualcosa di analogo è stato deciso anche in Europa, ma ci vorrà ancora qualche anno perché diventi operativo. Con tutti i rischi che si frappongano altri ostacoli legati agli interessi economici che si è andati a minare. Occorrerà vigilare: è una battaglia che merita di essere combattuta!



Libri



a cura di Carlo Sbiroli

Non di solo pane

D'accordo, riguarda soprattutto gli intenditori, i buongustai, cioè quelli che sanno accostare sapientemente un alimento al "giusto" vino, ma è anche apprezzabile da chi ama le piacevoli sensazioni del mangiar bene. Premetto subito che ho subito l'attrazione di questo libro.

Come non essere soggiogati dal dispiegamento di nozioni, consigli, suggerimenti, opinioni sugli abbinamenti dei vini, sui metodi di cottura dei cibi, sulle tassonomie della degustazione, su come servire il vino, sull'uso appropriato dei bicchieri che Riccardo Rolli, nostro collega ginecologo, riesce a mettere

insieme con grande competenza? Come non subire il fascino di saper accostare un alimento e una bevanda in maniera da "produrre una misteriosa e intensa armonia, capace di conferire una qualità divina in chi lo assume e a chi lo dispensa"? Ciò che avevamo sempre considerato futile e secondario, ha invece la sua reale importanza.

"Ci accorgiamo, scrive Riccardo Rolli, che il rito di alimentarci, eseguito distrattamente per molte stagioni della nostra esistenza, in verità è un momento magico, da rivalutare e leggere secondo una nuova prospettiva, sacrale, capace di restituirgli tutta la dignità e il valore che ha".

La prima volta che incontrai Ric-



NON DI SOLO PANE.
Una guida ragionata agli abbinamenti eno-gastronomici

RICCARDO ROLLI

Collana I Pioppi (manualistica)
Montedit, 2012
Pagg. 315
Euro 25

"Ci accorgiamo - scrive il collega ginecologo Rolli nel suo libro - che il rito di alimentarci, eseguito distrattamente per molte stagioni della nostra esistenza, in verità è un momento magico, da rivalutare e leggere secondo una nuova prospettiva"

cardo fu in sala operatoria durante un corso di laparoscopia alla fine degli anni Novanta. Mi colpì la sua cordialità e simpatia. Ci siamo rivisti successivamente varie volte in occasione di manifestazioni congressuali. Spesso a cena si discuteva della buona cucina e dei buoni vini. Mi parlò della sua grande passione per la eno-gastronomia tanto da spingerlo a visitare tutti i più impor-

tanti ristoranti d'Italia e a frequentare corsi da Sommelier. Tutto questo per dire che alla base di questa guida vi è un solido percorso formativo, costruito intorno a una grande ricerca bibliografica e a viaggi alla scoperta di ristoranti importanti. In sintesi, questo libro dà ampiamente al lettore quello che promette nel titolo. E questo non è poca cosa.

Fatti & Disfatti

di Carlo Maria Stigliano



Smemorati

“Dove sono stati i nostri esimi rappresentanti dell’Ordine nell’ultimo decennio, mentre i medici da professionisti “sono stati ridotti ad anonimi fattori produttivi all’interno del sistema sanitario?”



Secondo il vocabolario della lingua italiana Treccani, “smemorato” si dice di chi difetta di memoria, dimentica con facilità ovvero finge di non ricordare o anche di chi effettivamente ha perso per qualche grave motivo la memoria; ora, leggendo le dichiarazioni rilasciate recentemente da alcuni importanti rappresentanti della Fnomceo (la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri, per intenderci la nostra massima rappresentanza) davanti alle Commissioni parlamentari Bilancio e Affari Sociali riunite congiuntamente, il termine viene alla mente. Infatti essi sono intervenuti autorevolmente ed hanno detto basta ad un’organizzazione di tipo aziendalistico della sanità e ad una deriva gestionale di tipo esclusivamente finanziario del diritto alla salute dei cittadini. Bene, bravi! Bis! I nostri illustri rappresentanti hanno aggiunto ancor più lapidariamente: “davanti a trasformazioni di larga portata che stiamo affrontando in questi anni, centinaia di migliaia di professionisti vivono in un clima di incertezza economica e professionale, considerati anonimi fattori produttivi da un sistema che subordina le finalità sanitarie alla tenuta dei conti”. O perbacco! Vuoi vedere che agli Ordini dei medici si sono finalmente svegliati da lungo e doloroso letargo e si sono resi conto della drammatica realtà che li (ci) circonda? E che, poveri noi, in tutto questo tempo la Fnomceo non ha visto, non ha sentito, non ha avuto cognizione di quanto avveniva nel mondo della sanità in Italia? Ma queste care persone dov'erano prima, quando si parlava di Aziende Sanitarie Locali, già di “Aziende” come quelle che producono bulloni? E quando gli ospedali venivano classificati come

“stabilimenti”? E quando si valutava la ‘produttività’ (la validità del nostro lavoro) soltanto in termini di budget? O quando si chiudevano buoni reparti per soddisfare clientele politiche o soltanto perché “non remunerativi” per l’Azienda-Asl? O quando un ministro della Sanità imponeva l’aziendalizzazione incastrando i medici in questo perfido e disastroso marchingegno che oggi, solo oggi, dopo 14 lunghi anni la Fnomceo scopre! Ma dove sono stati i nostri esimi rappresentanti ordinistici nell’ultimo decennio, mentre i medici da professionisti “sono stati ridotti ad anonimi fattori produttivi all’interno del sistema sanitario” (parole loro, ohibò!)? In quale mondo lontano hanno trascorso gli ultimi anni per non riuscire a vedere la distruzione del servizio sanitario nazionale? Quali

iniziative, quali proteste sono state prodotte prima degli ipocriti ancorché tardivi alti (!) lamenti che oggi levano al cielo (si fa per dire...) i nostri ineffabili rappresentanti della Fnomceo? Ecco dunque lo “smemorato” di cui parlavo all’inizio: come definire il nostro Ordine se non “smemorato”? Come “chi non ricorda o non vuol ricordare” ciò che è avvenuto nel silenzio assordante della nostra istituzione! Pensiamoci: come siamo stati tutelati noi medici, quali mezzi l’Ordine ha almeno tentato di opporre alla politica quando il Servizio sanitario veniva spezzettato, disarticolato, burocratizzato, con la continua mortificazione del ruolo dei medici? E dov'erano gli Ordini dei Medici quando nel 1999 per l’aziendalizzazione delle strutture sanitarie i medici, definiti

‘operatori’, venivano equiparati ad operai (con tutto il rispetto per questa benemerita categoria sociale) che fornivano “prestazioni” (non proprio come gli operai, magari) in ospedali ribattezzati “Stabilimenti”, sotto lo strapotere di Direttori Generali, spesso ex politici trombati alle elezioni o comunque emanazione dei partiti politici? Di che si discuteva nelle riunioni della Fnomceo, costoso organismo di cui moltissimi medici non sono in grado di percepire l’utilità? Del dissesto dei conti della “nostra” mutua? Di finanza creativa all’Enpam? E della continua aggressione ai medici, delle polizze assicurative divenute insopportabili, degli stipendi fermi appunto al 1999 mentre arrivava minaccioso l’euro, non ne parlavano mai? Non interessava ai nostri baldi rappresentanti della Fnomceo? E della progressiva sottomissione dei medici ai burocrati delle Asl, dell’oppressione sotto carichi di scartoffie, del peso di responsabilità per i sanitari da parte di un sistema spesso corrotto ma comunque poco efficiente, nulla risultava agli

mani del povero medico? Che questi ci mette sempre la faccia ma che i responsabili stanno quasi sempre nelle cancellerie? Come siamo stati difesi, tutelati, salvaguardati, al di là di qualche episodio sporadico di stereotipati comunicati di circostanza? Ma allora serve ancora avere l’Ordine dei Medici? Al di là delle rilevanti somme per tasse che noi paghiamo (per quella vergognosa miseria di pensione che ci passa a 65 anni!) per che resta in piedi questo carrozzone? Per i certificati di iscrizione? Quale tutela della dignità del medico, soprattutto per gli specialisti in realtà assai poco rappresentati; quale difesa dall’aggressività dei media e dall’atteggiamento di condanna aprioristica per cosiddetta “malasanità” con attacchi che poi si rivelano infondati e soltanto strumentali? E’ questo il modello di sanità gestito apertamente dagli stessi economisti che ci hanno bellamente condotto a questo sfascio? La verità è che nel silenzio e nell’indifferenza dei più e soprattutto del nostro Ordine

“Nel silenzio e nell’indifferenza dei più e soprattutto del nostro Ordine professionale stiamo regredendo ad un modello di sanità caritatevole”

ordini dei medici? E quando i nostri colleghi subivano vergognosi linciaggi mediatici, trattati come assassini o lestofanti, chi ha visto gli ordini lanciarsi d’impeto a protezione dei medici? Quando mai si è avuta notizia di campagne per spiegare ai cittadini che spesso la cosiddetta “malasanità” è soltanto il risultato tragico (quando esiste!) di un’infelice organizzazione in cui il cerino acceso alla fine rimane nelle

professionale stiamo regredendo ad un modello di sanità caritatevole, come nei secoli scorsi; quando gli ospedali erano “di misericordia” e per i poveri mentre soltanto gli abbienti potevano permettersi cure adeguate e a pagamento ed i medici erano davvero “missionari” remunerati soltanto con il buon cuore e secondo le modeste possibilità dei poveracci assistiti. E hanno ancora il coraggio di chiamarlo welfare!

Lettere

► Segue da pag. 19
parità”. Va anche detto che con quella iniziativa l’Aogoi portò per la prima volta nei nostri pronto soccorso e negli ambulatori una cultura nuova. Propose un “modo nuovo” di accogliere e di prendersi cura della donna violentata. Il risultato fu che quella collaborazione fra Stato e Società Scientifiche portò alla realizzazione di Centri Antiviolenza in tutta Italia e di

altri servizi che offrirono un buon supporto alle vittime. Poi la Sanità, e con essa i suoi professionisti, si appiattirono su quei primi risultati. E oggi si ha l’impressione di essere rimasti fuori da ogni iniziativa. L’Aogoi comunque in questi ultimi anni, anche se con meno entusiasmo, ha continuato a discutere su questi argomenti. Anche nel prossimo Congresso Nazionale di Napoli si parlerà ancora di questi problemi (è stata dedicata una sessione a cui

parteciperanno i maggiori esperti del settore). Ma veniamo al femminicidio. È fuor di dubbio che vi è un filo robusto che unisce la violenza sulle donne e il femminicidio. Di solito questo costituisce l’atto finale e conclusivo di una serie di violenze che sono perpetrate nel tempo. Il ginecologo, insieme alle istituzioni e alla società civile, può contribuire a recidere questo filo sforzandosi di cogliere nel suo normale lavoro i sintomi di una sofferenza nel rapporto di

coppia. Ora, lei capisce che non è cosa facile impegnarsi in un lavoro di questo tipo. È molto più semplice pensare che “si tratti di un problema di altri”. Questo non significa “menefreghismo”, come lei dice nella sua lettera. Il fatto è che in una Sanità in cui si fa già fatica a sbrigare le cose normali riesce difficile ipotizzare un ulteriore impegno in questo senso. Un impegno che deve essere costante nel tempo e che richiede un alto livello d’attenzione.

Sono d’accordo con lei che dobbiamo mantenere vivi questi problemi dando maggiore spazio sulle nostre pubblicazioni (GynecoAogoi e Rivista). Ed eventualmente aprire un forum sul sito. Credo che questo possa essere il modo migliore per esercitare quella “educazione continua” che lei auspica e faccia comprendere quanta ideologia, quanta prepotenza, quanta violenza sono state esercitate e possono essere evitate.

Carlo Sbiroli

L'UNIVERSO
FEMMINILE

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

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



“arte”) 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 fa-

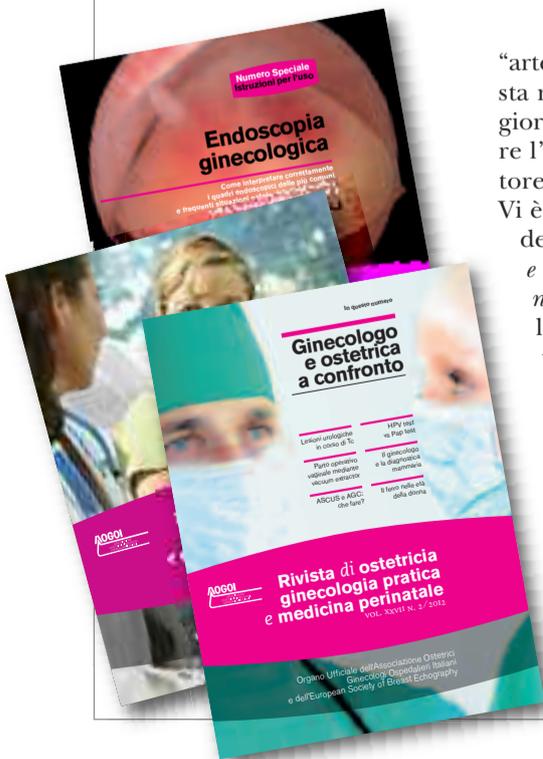
cile l’accesso all’aggiornamento. E da questa nuova impostazione è nata una rivista scientifico-pratica completamente diversa da tutte le altre, una scelta che sembra essere stata premiata dai soci Aogoi.

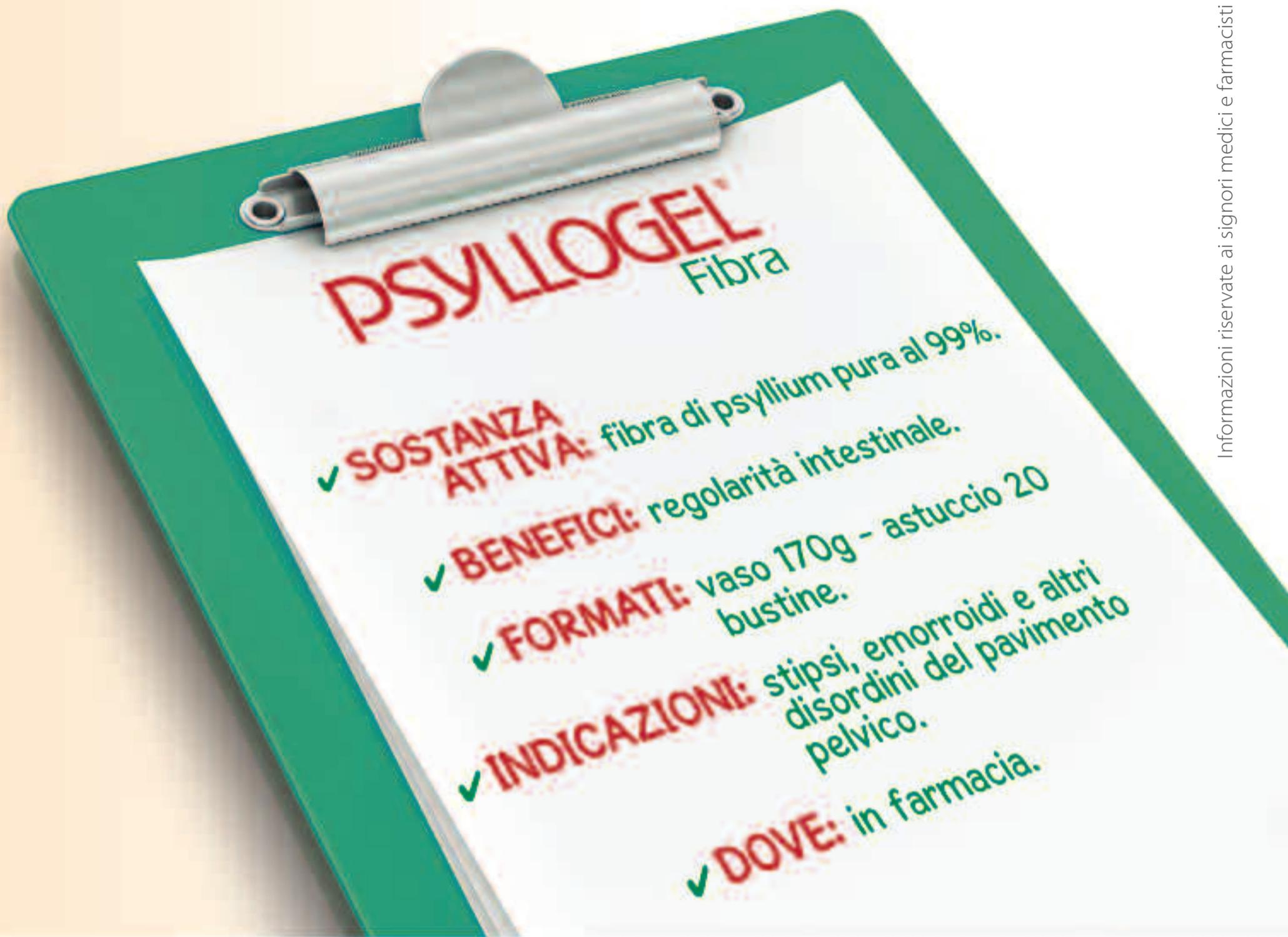
Ogni volta che s’imposta un nuovo numero di *GynecoAogoi* o della Rivista si pensa inevitabilmente a chi leggerà queste pagine. Si immagina anche che il “nostro lettore”, scorrendo il giornale, potrebbe essere curioso di sapere qualcosa sulla vita che ruota dietro quei fogli, alle discussioni, alle scelte, 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 ipote-

tico “nostro lettore” vorrebbe intervenire, criticare, suggerire e se ne astiene, perché reputa molto distante il suo ospeda-

le, il suo ambulatorio dalla redazione.

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





- ✓ **SOSTANZA ATTIVA:** fibra di psyllium pura al 99%.
- ✓ **BENEFICI:** regolarità intestinale.
- ✓ **FORMATI:** vaso 170g - astuccio 20 bustine.
- ✓ **INDICAZIONI:** stipsi, emorroidi e altri disordini del pavimento pelvico.
- ✓ **DOVE:** in farmacia.

Informazioni riservate ai signori medici e farmacisti

Impossibile avere di più!



I gusti:



Arance rosse



Tè limone



Fragola



Vaniglia

PSYLLOGEL[®] Fibra, grazie al bulking effect forma un gel, che è fondamentale per favorire il formarsi di una massa fecale soffice, voluminosa e scorrevole adatta a facilitare i regolari movimenti peristaltici intestinali e ad aumentare la velocità di transito a livello del colon.

NATHURA.COM


NATHURA[®]
Nutrizione Scientifica

cgp.it

DONNA. SEMPRE.

Nonstop Woman



CLASSE SSN: C

P.P. € 14,00

Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica

sibilla®

2 mg/0,03 mg

Dienogest/etinilestradiolo

 GEDÉON RICHTER