

Quale futuro? La ginecologia italiana a Congresso

Ringraziamo gli autorevoli ospiti, relatori all'85° congresso Sigo – 50° Aogoi, per aver raccolto il nostro invito ad aprire una finestra su alcune delle tematiche più interessanti che verranno affrontate nelle sessioni congressuali. Sono intervenuti: Emilio Arisi, Sonia Baldi e Costante Donati Sarti, Mauro cervigni, Vania Cirese, Mauro Costa, Valeria

Dubini, Francesca Fiorillo, Carlo Flamigni, Romano Forleo, Vincenzo Giambanco, Annalaura Giannelli, Gian Paolo Mandruzzato, Vittorio Mattioli, Rosanna Montanaro, Francesca Romito, Aldo Morrone ed Emma Pizzini, Maurizio Orlandella, Fabio Parazzini, Ernesto Tajani, Pier Francesco Tropea, Ughetta Vergari

CONTRACCEZIONE

Le novità nell'ambito della contraccezione femminile e maschile

Emilio Arisi

U.O. Ostetricia-Ginecologia, Ospedale Regionale "S. Chiara", Trento Presidente della Società Medica Italiana per la Contraccezione (Smic)

L'evoluzione della contraccezione ormonale (CO) femminile si è mossa su due piani, quello delle modalità di assunzione e quello dei contenuti ormonali. Per quanto riguarda le modalità di assunzione ci si è spostati dal classico regime 21+7, che è divenuto 24+4 in alcune pillole, e poi anche di 26+2.

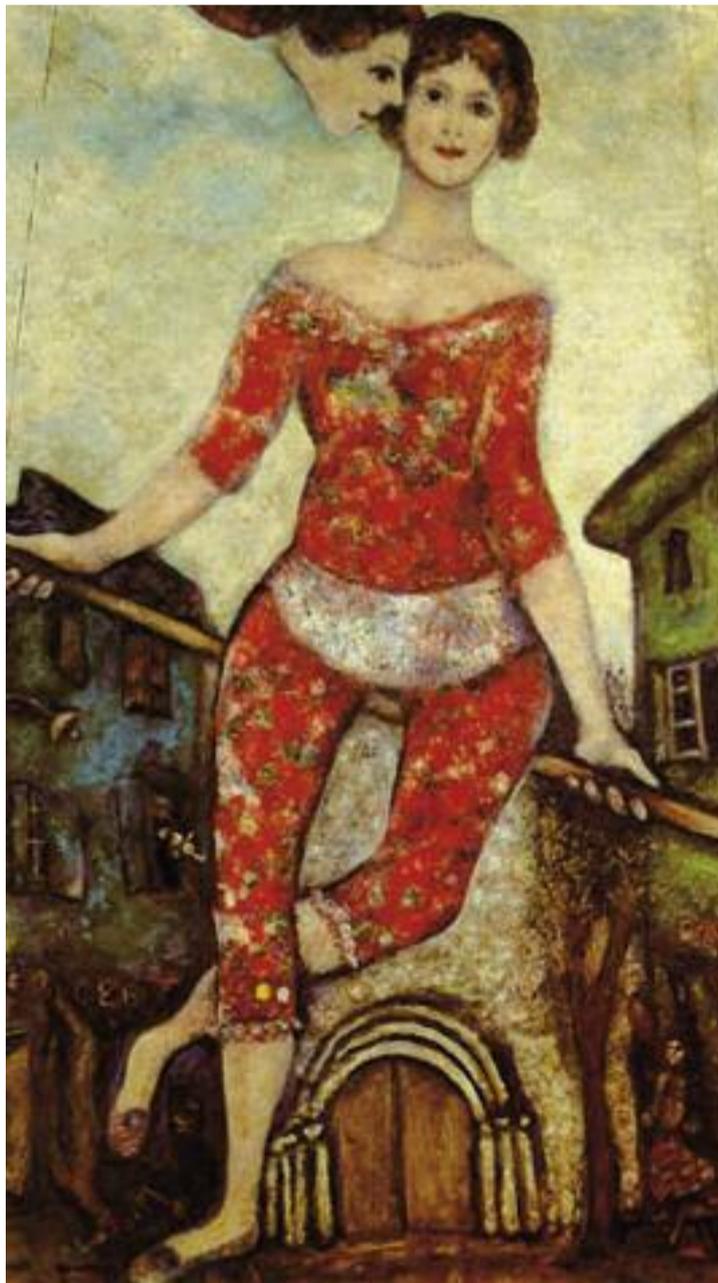
Il rationale della riduzione del numero dei giorni liberi da or-

la CO è quello correlato al "regime esteso", che implica la somministrazione continuativa dell'estroprogestinico con salto della pseudo mestruazione, cosa particolarmente utile in alcune situazioni cliniche (es.: ipermenorrea, anemia, altro), ma anche per ragioni organizzative personali (viaggi, sport, ecc.). Il secondo piano dei cambiamenti è quello del tipo e della quantità dei contenuti ormonali della contraccezione ormonale. Intanto la presenza dell'etilnilestradiolo quale componente estrogenica ha visto dosaggi progressivamente ridotti. Ma gli ultimi anni, segnati dalla crescente attenzione della donna all'estetica, sono stati caratterizzati dal perfezionarsi della componente progestinica. In particolare i progestinici più proposti e utilizzati oggi sono quelli a valenza antiandrogenica capaci di influire positivamente sui sintomi e i segni dell'iperandrogenismo.

Nel corso del 2009 è stata proposta una nuova pillola quadrefasica a regime 26+2 giorni di pausa che, oltre a utilizzare il dienogest, un progestico antiandrogenico, che viene commercializzato per la prima volta in Italia, introduce un estrogeno innovativo di tipo naturale, l'estradiolo valerato, con possibili migliori capacità di modulare il ciclo mestruale e i suoi sintomi satelliti e di migliorare la tollerabilità metabolica.

È in fase di sperimentazione una pillola monofasica per via orale contenente estradiolo (E2), un estrogeno naturale, e nomegestrolo acetato (NOMAC), finora utilizzato per la terapia ormonale sostitutiva della menopausa in associazione a un estrogeno e utilizzato da solo per i disturbi del ciclo.

Una pillola senza estrogeni potrebbe essere quella che prevede l'uso del mifepristone alla dose di 5 mg/die, i cui risultati clinici mostrano un'efficacia contraccettiva sovrappo-



ponibile e migliori comportamenti del sanguinamento mestruale rispetto al levonorgestrel 0.03 mg/die utilizzato come contraccezione di solo progestinico. L'utilizzo della spirale al LNG, invece, non è molto diffuso in Italia. È difficile comprendere come uno strumento di così grande valore clinico nel ridurre l'anemia e il ritmo delle isterectomie e di così elevata sicurezza anticoncezionale non trovi spazio nelle abi-

litudini dei ginecologi e delle donne italiane. Né trovi l'adeguata valutazione delle Istituzioni per i risparmi al sistema sanitario che esso può dare.

Anche la contraccezione di emergenza ha una sua novità. Infatti è stata recentemente approvata dall'Emea e sta per entrare in commercio in Francia, Gran Bretagna e Germania, una pillola di emergenza (ulipristal, un modulatore selettivo dei recettori del progesterone) capa-

ce di essere attiva fino a 5 giorni dal rapporto presunto fecondante. Questo farmaco si dovrebbe integrare nella logica prescrittiva al giorno 3-4-5 dal rapporto, lasciando all'immediato e fino a 48(-72) ore l'uso del LNG. Un altro aspetto di un certo interesse potrebbe essere quello che se nel 2006 la formulazione da 1.5 mg di LNG era stata pochissimo usata, essa è stata invece utilizzata nel 65 % dei casi nel 2007 e nel 90% dei casi nel 2008. Ciò significa che prescrittori ed utenti seguono sempre più i consigli dell'Oms, che indicano in questo dosaggio per unica somministrazione una via per una buona compliance con eguali risultati rispetto all'assunzione in due dosi refratte da 0.750. Riguardo la contraccezione locale chimica e di barriera sono state sperimentate almeno 60 diverse sostanze; la più famosa di esse, il 9-nonoxinolo, ha sostanzialmente fallito l'obiettivo di bloccare il virus dell'HIV, perché nei trial di fase III ha creato lesioni a li-

vello di pene e vagina promuovendo di fatto l'infezione. Alcuni studi in vivo ed in vitro evidenziano la capacità di un peptide antimicrobico naturale, la nisina, di interferire con le membrane batteriche e dello spermatozoo; ciò potrebbe aprire la possibilità di una efficace azione contro le malattie sessualmente trasmesse e contro le gravidanze non desiderate. Recenti lavori portano ad ipotizzare che un gel pH-responsi-



Emilio Arisi

moni è basato su alcuni concetti, quali la garanzia della completa inibizione follicolare nelle pillole a basse dosi, e la riduzione di alcuni fenomeni ciclo correlati (dolore pelvico, cefalea, tensione al seno, irritabilità, cambiamenti dell'umore, altro ancora).

Un altro aspetto innovativo del-

vo, costituito da fenilboronato e salicilidrossamato, inserito in vagina due ore prima del rapporto si solidifichi attorno agli spermatozoi intrappolandoli, e con loro bloccando anche molti virus come quello dell'Aids, dell'Hpv, o il virus dell'Herpes. L'esperienza clinica dimostra comunque in modo inequivocabile che il condom maschile resta ancora un elemento critico per affrontare in modo sostenibile la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse e quella delle gravidanze non desiderate.

Per il versante maschile la pratica clinica è ancora ampiamente ferma al condom e alla

rebbe indotta dalla fosfolipasi C zeta (PLC zeta). Alcuni difetti genetici della PLC zeta potrebbero essere responsabili di sterilità. Ciò potrebbe portare anche a un contraccettivo maschile.

Le vie della contraccezione sono tuttora legate a concetti tradizionali, pur in forte evoluzione. In particolare la CO femminile si è evoluta in uno strumento capace di migliorare molti aspetti della qualità della vita della donna. La contraccezione maschile invece è ancora gravata da alcune ombre, forse incentivate dal semplice fatto biologico che la riproduzione pesa sulle spalle della donna.

loca questo progetto e la realtà nazionale in cui è andato ad operare.

A partire dalla metà degli anni '90, sull'onda dell'entusiasmo dei risultati di numerosi studi clinici sull'efficacia della Hrt, in assenza di controindicazioni, la terapia ormonale veniva proposta ad un gran numero di donne in postmenopausa, con l'obiettivo non solo di contrastare i sintomi climaterici, ma anche di realizzare una prevenzione primaria e/o secondaria nei confronti dell'osteoporosi, della malattia cardiovascolare e delle patologie involutive cerebrali.

È proprio in questi anni che si sviluppa una nuova cultura del-

se ad organizzare corsi, convegni e iniziative volte alla promozione della salute nei confronti delle donne.

Ad oggi, anche se il risultato di studi prospettici randomizzati, seppur criticabili nella loro metodologia, ci impone una discussione sulla sicurezza della terapia e sulla possibilità di prevenzione della stessa, indagini epidemiologiche come il Pmi costituiscono un prezioso contributo per conoscere le caratteristiche della popolazione target in termini di fattori di rischio, presenza e intensità della sintomatologia climaterica, patologie in atto, tipo ed epoca della menopausa, esecuzione di esami

diagnostici.

Nel 2004 e 2007 la pubblicazione del libro "Menopausa up to date. L'esperienza italiana" e la stesura delle Raccomandazioni clinico-pratiche, frutto di un lavoro collegiale di operatori che si erano qualificati nel Progetto fornivano indicazioni precise su come

avvicinare le strategie terapeutiche e preventive sulla popolazione italiana in un momento di estrema criticità.

Al momento attuale diventa sempre più importante identificare tempestivamente i fattori di rischio che possono compromettere un buon invecchiamento della donna, che presenta caratteristiche biologiche, ormonali, psicologiche notevolmente diverse da quelle dell'uomo.

Questo ha comportato un approfondimento sulla medicina di genere, con conseguente rilettura di capitoli di medicina preventiva sulla salute delle donne, che è legata alle interazioni tra geni, cultura e ambiente. A tale riguardo i dati epidemiologici raccolti dal Pmi si stanno rivelando validi strumenti per meglio identificare il profilo di rischio della donna italiana in menopausa.

Per fare questo occorre recuperare l'attività delle unità operative del progetto menopausa e trasferirla dall'ospedale al territorio, sede naturale dove, per problemi logistici e operativi, meglio si possono applicare le strategie preventive.

Il territorio ci dà l'opportunità di offrire alla donna, in relazione alla menopausa, un momento di counselling sul proprio stato di salute, identificativo di fattori di rischio. Il ginecologo del territorio diventa la figura car-

dine che deve avere una visione e competenze mediche sempre più ampie nei confronti del genere femminile in modo da individuare precocemente aspetti critici in cui è richiesto un approccio clinico multidisciplinare. Tutto ciò permette di mettere in atto strategie condivise in termini di prevenzione, con un auspicabile abbattimento della morbilità e mortalità e conseguente riduzione dei costi sociali per patologie legate all'invecchiamento.

RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE

Costruire la sicurezza nella sanità: il nodo del rischio clinico

Vania Cirese

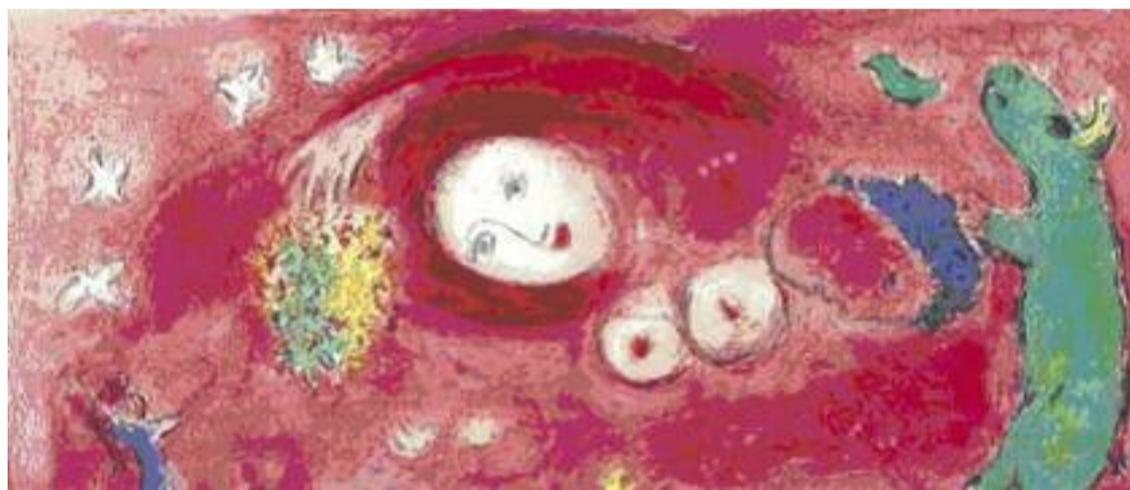
Avvocato, Foro di Roma

Lo sviluppo della medicina moderna, come scienza biotecnologica e della sanità e come complessa rete di servizi alla persona e alla collettività, ha profondamente mutato le caratteristiche tecnico-professionali dell'atto medico, compresa la natura dei possibili errori e dei relativi profili di responsabilità.

La complessità tecnico-organizzativa delle attività, la molteplicità delle relazioni intra e interprofessionali, l'invasività delle nuove tecniche e tecnologie di diagnosi e cura, definiscono un sistema che tende a produrre al suo interno condizioni favorevoli al manifestarsi di errori o comunque di rischi ed eventi avversi. In questo caso, senza nulla voler sottrarre agli ambiti di responsabilità individuale, laddove siano accertate, le azioni rivolte alla sicurezza delle cure devono innanzitutto far emergere e correggere i cosiddetti "errori latenti", quelli cioè che appartengono all'area organizzativo-gestionale del processo clinico



Vania Cirese



sterilizzazione chirurgica, ma la ricerca sta lavorando sia sul lato degli ormoni che sul lato non-ormonale.

Nell'ambito ormonale sembra dare buoni risultati l'associazione di un derivato del testosterone con un progestinico da usarsi intramuscolo, o quella di una associazione di due diversi derivati del testosterone da usare anch'essi intramuscolo. Recentemente è stato pubblicato uno studio di fase III sulla efficacia e sicurezza di una iniezione mensile di testosterone undecanoato; i risultati sembrano decisamente buoni. Sono sperimentate anche combinazioni di testosterone gel associato a testosterone gel, da usarsi per via transdermica, con buona soppressione delle gonadotropine e in prospettiva di una buona soppressione della spermatogenesi.

Nell'ambito non-ormonale sono state individuate e sperimentate parecchie molecole target su cui agire con molecole inibitrici. Il problema incontrato è quello della barriera ematica del testicolo, per cui bisogna somministrare agenti inibitori talora in quantità eccessiva con possibile tossicità sistemica in organi non target. Alcuni ricercatori inglesi hanno recentemente scoperto che l'attivazione dell'ovocita al momento della fertilizzazione sa-

CLIMATERIO E TERZA ETÀ

Progetto Menopausa Italia: quale futuro?

Sonia Baldi e Costante Donati Sarti

Il Progetto Menopausa Italia (Pmi) nasce a metà degli anni '90 per far fronte alle esigenze sanitarie e sociali di un ampio gruppo di popolazione e si configura come progetto nazionale per ottenere informazioni necessarie al miglioramento della conoscenza della realtà delle donne in menopausa. Ciò premesso, è necessario capire il contesto culturale in cui si col-



Sonia Baldi

la menopausa da parte della classe medica e della donna, che determina una maggiore richiesta di interventi preventivi e terapeutici e porta alla creazione di strutture dedicate alla tutela della salute femminile in climaterio e terza età (Centri della Menopausa).

Dalla seconda metà degli anni '90 il progetto è andato concretizzandosi superando le iniziali difficoltà informatiche e realizzando una banca dati con il coinvolgimento di strutture presenti su tutto il territorio nazionale: centri universitari, ambulatori ospedalieri, consultori territoriali, studi privati.

È stato un faticoso ma straordinario pullulare di entusiasmi che ha favorito, in pochi anni, dal 1997 al 2002, l'adesione di un numero crescente di centri dedicati che, attraverso un comune strumento di rilevazione dei dati (la cartella informatica) e il collegamento in rete, hanno partecipato alla realizzazione di un comune obiettivo.

A questo punto è doveroso chiedersi quanto il Pmi abbia inciso nella diffusione della cultura della menopausa. È sicuramente difficile quantificarlo se non con valutazioni indirette. Ha consentito l'aggiornamento e il dibattito tra gli operatori partecipanti e sicuramente ha stimolato un confronto tra le varie realtà regionali che si sono così mos-



ANTEPRIMA
CONGRESSO
SIGO-AOGOI

assistenziale. In questa prospettiva il "fattore umano" rappresenta quasi sempre l'ultimo anello di una catena di difetti del sistema, in altre parole è il mero effetto dell'evento indesiderato. Questa moderna visione dell'errore consente di rappresentare in modo più realistico il fenomeno del rischio clinico e soprattutto di sviluppare efficaci politiche della sicurezza, laddove l'attenzione viene fortemente indirizzata, oltre che sugli operatori, sulle organizzazioni dei servizi.

Appare evidente che la promozione della sicurezza delle cure rappresenti un diritto dei pazienti e un dovere dei professionisti e che sia assolutamente necessario predisporre uno specifico dispositivo legislativo, con previsioni nuove e adeguate al-

le esigenze di tutela nonché un coordinamento di quell'insieme di norme e provvedimenti fino ad oggi assunti a vari livelli, con modalità e finalità non sempre coerenti e coordinate, auspicandone un veloce iter di approvazione. L'intervento legislativo oltre che celere deve essere coerente a una visione realistica di sistema, poiché la prevenzione e correzione dell'evento avverso in sanità richiede misure rivolte a più fattori causali, per alleviare più sintomi ma soprattutto per sventare due effetti gravissimi: la perdita di fiducia dei cittadini e le pratiche difensive dei professionisti. Le caratteristiche prevalenti di rischi ed eventi avversi in sanità pongono una questione centrale a tutti coloro che portano la responsabilità ge-

stionale dei processi di cura, e cioè quella di approntare organizzazioni più sicure sulla base e sulla scorta di esiti infausti non evitabili ma evitabili, con o senza danni ai pazienti.

Queste attività sono fondate su una forte responsabilizzazione dei professionisti, testimoni e attori dei processi clinico-assistenziali, che mandano segnali al management da cui si aspettano risposte pronte, adeguate ed efficaci sul rimodellamento dell'organizzazione.

Su tale base, da più parti è stato posto l'accento sulla necessità di condividere un orientamento legislativo (Intesa Stato/Regioni marzo 2008).

Tutte le aziende sanitarie pubbliche e private accreditate, debbono individuare una funzione e/o struttura operativa dedica-

ta alla sicurezza dei pazienti e alla gestione del rischio clinico competente.

Stante la configurazione federalista e il relativo riparto delle competenze Stato-Regioni in materia di sanità, il modello di gestione del rischio clinico è l'unico percorribile ed efficace. Le attività di promozione e valutazione della qualità e sicurezza dei servizi, che storicamente sono assicurate dal Ministero competente alla Salute o assolte da istituzioni di riferimento, vanno inserite in un modello cooperativo e partecipativo con gli organismi regionali operanti sugli stessi ambiti, integrando i rispettivi know-how e soprattutto consentendo sempre una visione di sistema nazionale.

Questo soggetto, dal punto di vi-

sta istituzionale deve configurarsi come punto di equilibrio terzo tra le competenze dello Stato e delle Regioni; deve possedere autorevolezza tecnico-scientifica, essere affidabile per i cittadini ed i professionisti, competente perché legittimato ad intervenire con politiche di miglioramento delle seguenti funzioni oggi non adeguatamente coordinate.

Oltre l'Osservatorio nazionale, un Centro di Coordinamento va individuato nella Agenzia Nazionale dei Servizi Sanitari (Agenas), irrobustendone l'autonomia e terzietà rispetto alle Istituzioni Nazionali e Regionali che pure concorrono alla sua composizione, dotandola di adeguato budget e competenze tecnico-professionali non solo di natura sanitaria ma anche amministrativa, gestionale, informatica, ecc..

Le attuali Agenzie regionali dei servizi sanitari dovrebbero rapportarsi all'Agenas costituendo una rete funzionale e condividendo procedure e strumenti di valutazione e verifica delle attività sanitarie e sociosanitarie erogate. A livello aziendale, le funzioni ricordate quali elementi costitutivi della gestione del rischio clinico dovrebbero essere formalizzate in specifiche Unità Operative che operano in staff con la Direzione Generale e funzionalmente con il Collegio di Direzione; più precisamente parliamo di una "Unità di gestione del rischio clinico".

L'esperienza di questi ultimi anni ci porta a dire che la cornice legislativa degli assetti gestionali del Ssn (l'Azienda sanitaria dei D.Lgs. 502/92 - D. Lgs. 229/99, il decentramento dei poteri del Federalismo della Lg. 3/2009), non ha né scoraggiato né impedito la possibilità per i decisori politici di invadere la sfera gestionale della sanità, ai fini di promuovere e mantenere uno stretto e capillare controllo del consenso. Riteniamo che questo fenomeno imponga l'individuazione di correttivi efficaci e pertinenti, capaci cioè di meglio delimitare le sfere di competenza (e di poteri) rispettivamente della politica, che decide gli indirizzi e l'allocatione delle risorse, del management, che decide l'organizzazione e gestione dei servizi, e dei professionisti che decidono sull'efficacia e appropriatezza delle attività sanitarie.

Un Ssn moderno, equo e accessibile, ha certamente bisogno di tecnocrazie manageriali e professionali, ma anche di consenso sociale, di partecipazione attiva e propositiva dei cittadini e delle comunità riconoscendo quindi più spazio e più peso alle associazioni di tutela e ai governi dei territori (municipalità, comuni, consorzi di comuni) nella programmazione e valutazione degli obiettivi e dei risultati di salute conseguiti.

Solo l'intervento del legislatore nazionale che stabilisca obblighi penalmente sanzionati assicurerà l'adempimento dei doveri da

parte dei datori di lavoro, consentendo nel contempo lo sviluppo di un vero e proprio sistema omogeneo per tutto il Ssn di gestione del rischio clinico.

Un sistema non basato sul principio di obbligatorietà bensì di mera opportunità, creerà inoltre disuguaglianze nel sistema di erogazione delle cure in danno ai pazienti cui devono essere assicurate le medesime tutele in tutto il Territorio Nazionale. Inoltre, in assenza di un sistema omogeneo e obbligatorio per tutto l'ordinamento, non si potrà fruire dei dati raccolti e predisporre su scala nazionale linee guida, raccomandazioni, misure adeguate a contrastare la crescita esponenziale dei rischi e degli eventi avversi, nonché il conseguente, preoccupante incremento del contenzioso, destabilizzante ed insoddisfacente sia per i medici che per i pazienti.

L'unica via percorribile sembra essere la previsione di obblighi di sicurezza e gestione del rischio clinico in capo al datore di lavoro, obblighi penalmente sanzionati così da assicurare un sistema di sicurezza nel Ssn su tutto il territorio, garantito (per riserva di legge) dal legislatore nazionale.

Le concrete modalità di programmazione e gestione in materia sanitaria, che è compito diverso e non conflittuale con quello del legislatore nazionale, non potrà che spettare alle regioni, nel rispetto della loro autonomia.

FERTILITÀ E DANNO IATROGENO

“Una rete assistenziale per prevenire l'infertilità iatrogena”

Mauro Costa
Presidente Società Italiana Ospedaliera Sterilità (Sios)

Negli ultimi quarant'anni, le donne dei Paesi Occidentali hanno progressivamente e costantemente posticipato l'età al primo parto (in Italia nel 2004 era di 32-33 anni). Tale spostamento in avanti non coincide però con i tassi di fecondità della specie umana, già di per sé bassi, che restano massimi tra i 20 e i 30 anni, dopo i quali il continuo decre-



mento numerico dei follicoli e della qualità degli ovociti in essi contenuti porta gradualmente alla conclusione del periodo fertile. Da ciò ne consegue che quanto più viene procrastinata la ricerca del primo figlio, tanto più numerose saranno le donne che avranno impoverito la loro riserva ovarica.

A ciò è da aggiungersi inoltre che più l'organismo sarà invecchiato, più sarà suscettibile al fisiologico deperimento e alle malattie. Una donna tra i 30 e i 40 anni ha quindi maggiore probabilità di cercare gravidanza dopo essere stata colpita da una qualsivoglia patologia età-correlata.

Estrapolando i dati dei registri italiani, per esempio, si evince che l'8% delle donne affette da una qualche neoplasia ha meno di 40 anni. I trattamenti anti-blastici danneggiano la funzionalità ovarica, perché riducono il numero dei follicoli primordiali. L'insulto viene inoltre potenziato dagli effetti negativi sulla produzione ormonale e dall'interferenza sul funzionamento di cervice, utero e tube. Questo significa che la fertilità femminile residua può uscirne irrimediabilmente compromessa, nonostante la paziente continui o riprenda a mestrualmente, e che la probabilità di un prematuro esaurimento ovarico (Pof) è un'eventualità tutt'altro che remota.

Esistono inoltre patologie che, seppur benigne, possono compromettere la fertilità di quante dovessero esserne affette perché, per loro natura o per il tipo di terapia che richiedono, comportano inevitabilmente un danno a livello ovarico. Basti pensare alle malattie reumatologiche, a quelle autoimmuni o a quelle demielinizzanti, che vengono

abituamente trattate con chemioterapici e antiproliferativi. O, in campo ginecologico, alle patologie ovariche benigne, a tutte le localizzazioni infettive pelviche che comportano l'ovariotomia o l'ovariectomia terapeutica, e soprattutto all'endometriosi, patologia ad andamento cronico e recidivante,

già di per sé tra i principali responsabili di infertilità femminile, il cui trattamento è essenzialmente chirurgico e necessita spesso di un'estesa asportazione di tessuto ovarico. Da alcuni anni, tuttavia, una tecnologia che consente di conservare in azoto liquido i gameti umani ha apportato molti cambiamenti nel campo della procreazione medicalmente assistita (Pma), permettendo agli operatori di allargare le proprie op-

questioni che meritano di essere approfondite. Innanzitutto, le conseguenze delle terapie sulla fertilità (di cui la paziente è ignara) vengono discusse in genere dopo la cura della malattia, quando può essere troppo tardi. Sarebbe necessario invece un approfondito counselling con il medico curante, che ha l'obbligo di informare correttamente la paziente non solo sulla natura della patologia e sulle opzioni terapeutiche, ma anche sulle conseguenze che esse potranno avere sulla fertilità futura. Soprattutto, valutando caso per caso, il medico dovrebbe spiegare alla donna l'eventuale possibilità di preservare la sua funzione gonadica grazie ad alcune soluzioni, come la traspunzione ovarica, l'uso di analoghi del GnRH e, non ultima, la crioconservazione degli ovociti.

Questo counselling esaustivo viene raramente offerto alla paziente, perché la conservazione della fertilità futura assume una minore rilevanza rispetto alla patologia da trattare, soprattutto se questa è tumorale. Il fatto però che i trattamenti siano oggi spesso risolutivi impone al medico l'obbligo di informare la paziente del rischio a cui verrà esposta.

Ciò presuppone che il personale medico, a tutti i livelli, venga adeguatamente formato, perché deve essere in grado non solo di fornire tutti i dettagli medici, ma dovrà anche indirizzare le pazienti ai centri che fungono da Banche. Il congelamento degli ovociti viene effettuato infatti in tutte le strutture che si occupano di Pma, anche se solo poche conservano i gameti delle pazienti fertili.

Vi è poi da considerare un secondo aspetto: i costi. L'organizzazione della struttura che provvede al congelamento, la formazione qualificata di medici, biologi e tecnici, la predisposizione dei laboratori, l'acquisto di materiali e apparecchiature specifiche richiedono investimenti ragguardevoli. Così come la ricerca scientifica, ancora necessaria in questo campo dal momento che, se la crioconservazione dei gameti è ormai una tecnica consolidata, non lo sono altrettanto le altre forme di stoccaggio, come il congelamento di tessuto ovarico, che è ancora in fase sperimentale. Gli esami ematochimici preliminari e il congelamento stesso (per cui non esiste a oggi alcuna voce ticket o alcun Drg) hanno anch'essi costi non trascurabili. Infine l'allestimento di un sistema capillare che

consenta al curante e alla paziente un rapido e facile accesso alle strutture predisposte alla crioconservazione richiedono un impegno non indifferente. Tutto ciò rende evidente che la creazione di una rete assistenziale di prevenzione dell'infertilità iatrogena può essere avviata e mantenuta in vita soltanto se supportata socialmente.

PMA: TRA CLINICA, ETICA E LEGISLAZIONE

“Mediare. Per andare più veloce e più lontano”

Carlo Flamigni
Ginecologo, Membro del Comitato Nazionale per la Bioetica

La legge 40 che regola i trattamenti di fecondazione assistita nel nostro paese è nata sotto una strana stella, e credo che tutti – medici, pazienti, amministratori e politici – se ne stiano accorgendo. Forse qualcuno avrebbe potuto prevederla fin dal principio, ma non è mai tardi per capire e, se possibile, riparare e correggere. Nel corso delle indagini conoscitive che il Parlamento fece in gran numero ai tempi in cui la legge era in discussione alla Camera e al Senato, molti di noi chiesero quali in effetti fossero le ragioni di quelle riunioni, visto che la legge era, nel gergo parlamentare, blindata e che quindi qualsiasi cosa avessimo potuto dire – ammesso persino



Mauro Costa

zioni terapeutiche anche nel caso delle pazienti non infertili. La possibilità di conservare nel tempo i gameti umani ha fatto sì che l'impiego della crioconservazione estendesse la sua utilità anche a donne potenzialmente fertili, i cui gameti corrono il rischio di un danno iatrogeno. Tuttavia, sussistono almeno due



Carlo Flamigni

il miracolo di un suggerimento riconosciuto utile da tutti – non sarebbe stata accolta. La risposta che fu data, non solo a me, ma a varie persone che erano presenti con me a quelle riunioni, fu che la legge conteneva un certo numero di “passerelle” (anche questa parola fa parte del gergo parlamentare, per



quanto mi è dato capire) che andavano comprese e saggiamente interpretate. Avrebbero infatti potuto rendere meno rigide alcune norme che sembravano contrariare in modo particolare gli specialisti presenti. Faccio un solo esempio, tra i numerosi possibili. Uno degli articoli della legge 40 prevede che la coppia in trattamento possa decidere di interromperlo in qualsiasi momento, ma non dopo la produzione degli embrioni. Si tratta di una norma scritta chiaramente a tutela dei prodotti del concepimento e che integra il divieto di congelamento e di distruzione degli stessi. La norma era stata accolta come una scelta odiosa e crudele, immaginando la situazione in cui alla coppia viene detto che si tratta di embrioni anomali (si pensi a un ootide con tre pronuclei) che debbo-

no comunque essere impiantati. Dove sta la passerella? Molto semplice, si tratta di una norma imperfetta, che non contiene sanzioni per chi rifiutasse di rispettarla e che perciò non ha alcun valore, o meglio ha lo stesso valore di una qualunque dichiarazione di principio. Ebbene, di queste passerelle nessuno degli estensori delle Linee Guida ha voluto tener conto e la legge è stata approvata e applicata nella sua versione più severa. Ma le passerelle sono, malgrado tutto, ancora lì e la loro presenza ha notevolmente influito sulla capacità della legge di passare incolume attraverso i vari piani di giudizio della magistratura, che in vario modo e con differenti modalità ne ha demolito i principali pilastri. Solo per un elementare confronto si pensi

alla legge 194 che – essendo stata costruita con ben altra solidità – non è mai stata scalfita dai vari ricorsi alla magistratura che le sono toccati in sorte. Adesso, dunque, i medici e i pazienti debbono fare i conti con una legge diversa da quella originaria e, dopo l'intervento della Corte costituzionale, non credo che sarà possibile tentare nuove strade per riportarla al passato.

È dunque tempo che i medici mettano da parte ideologie, ambizioni politiche, interessi personali e trovino un accordo per far funzionare i loro laboratori al meglio possibile, nell'interesse unico dei loro pazienti. Questo è possibile, soprattutto, se troveremo il modo di coinvolgere le associazioni di pazienti nelle discussioni e se riusciremo a mettere

da parte risentimenti personali, interessi economici e ideologie estremiste.

Le mediazioni non piacciono alla maggior parte delle persone, ma sono le gambe con le quali la società riesce a camminare, per andare più veloce e più lontano.

VIOLENZA CONTRO LE DONNE: COMPITI E OBBLIGHI DEL GINECOLOGO

Un manuale per aiutare i ginecologi ad assistere le donne vittime di violenze

Valeria Dubini
Vicepresidente Aogoi

Sulla spinta della riposta positiva che ha ricevuto la prima edizione, torniamo a distanza di tre anni con una seconda edizione, che amplia lo sguardo sul fenomeno per rivolgerlo alle altre tipologie di violenza, aggiornando i contenuti alla luce delle novità legislative degli ultimi anni, dei dati e dei risultati di ricerche sociali e scientifiche sulla violenza

I ginecologi Aogoi hanno da sempre dimostrato una forte sensibilità e chiedono di sapere, per offrire la migliore assistenza alle vittime di violenza, consapevoli che si tratta di un fenomeno fortemente diffuso: sono stimate in 6 milioni 743 mila in Italia le donne tra i 16 e i 70 anni vittime di violenza fisica o sessuale; a queste si sommano quelle che subiscono intimidazioni, soprusi di natura psicologica, tentativi di isolamento, controllo e svalorizzazione. Drammi quotidiani. Spesso reiterati nel tempo. E spesso non denunciati. Vittime silenziose, per vergogna o paura di ripercussioni ne-



Valeria Dubini

gative nella propria vita. Il ginecologo ha un'arma in più per lottare contro questo grave fenomeno, perché quando non sono le parole a raccontare è il corpo della donna a farlo. La violenza, infatti, non è solo un problema sociale. Le implicazioni sulla salute sono numerose, evidenti e potenzialmente gravi. Non solo nei casi più eclatanti di stupro che si leggono sui giornali. Ogni forma di pressione per una prestazione sessuale che la donna riceve, anche da parte del proprio partner, ha conseguenze negative sul corpo, oltre che sulla psiche. È sufficiente citare il dolore pelvico e i sanguinamenti vaginali, per capire di cosa stiamo parlando. Ancora più drammatiche possono essere le conseguenze delle violenze e delle percosse nei confronti di una donna in gravidanza (molto più frequenti di quanto si possa pensare), che possono compromettere la salute della mamma e del feto, fino al rischio aborto. Ma pensiamo anche alle conseguenze che le violenze hanno sulla psiche e che possono essere causa di assunzione e abuso di droghe, alcol e fumo. Ma non sempre, anche per il ginecologo, è facile intervenire. Per questo nel 2006 abbiamo realizzato il volume "Violenza contro le donne: compiti e obblighi del ginecologo", frutto del lavoro della commissione nazionale Aogoi sulla violenza che dal 2000 lavorava intorno a questo fenomeno.

Il manuale, realizzato con il contributo di ginecologi esperti del settore, di medici legali, psicologi e operatori dei Centri anti-violenza, raccoglie informazioni di carattere assistenziale, clinico e legale per la gestione dei casi di abuso sessuale. Siamo infatti consci che non si tratta solo di una responsabilità etica, ma anche sanitaria, medica e legale. Per questo è stato essenziale elaborare anche un modello comune di cartella clinica che guidasse il ginecologo nella compilazione dei diversi aspetti e fornisca una documentazione chiara e accurata.

Con questo volume abbiamo raggiunto tanti obiettivi: abbiamo sensibilizzato, fornito strumenti, diffuso conoscenza e anche consigli di ordine pratico e organizzativo, che possono essere utili quando ci si trova di fronte a un caso di violenza. Ora, a distanza di tre anni, torniamo con una seconda edizione che amplia lo sguardo sul fenomeno per rivolgerlo alle altre tipologie di violenza. Sulla spinta della riposta positiva che ha ricevuto la prima edizione, non solo tra i ginecologi, abbiamo deciso di dare al volume un taglio che, pur sempre

tecnico, fosse diretto a tutto gli operatori del mondo sanitario. Questa seconda edizione è legata anche alla necessità di aggiornare i contenuti in considerazione delle novità legislative degli ultimi anni, dei dati e dei risultati di ricerche sociali e scientifiche sulla violenza forniti da importanti enti come l'Oms. Ma, soprattutto, abbiamo voluto parlare di tutte le forme di violenza contro le donne, affinché la tutela della loro salute fisica e psichica possa essere realizzata a 360°.

L'impegno dell'Aogoi di fronte a questo fenomeno è forte, come testimonia questa iniziativa e molte altre che ci vedono collaborare anche con il mondo della politica, dei servizi e delle associazioni che si battono per la tutela delle donne.

Consapevoli dell'importanza che rivestono le attività formative su queste tematiche intendiamo a breve avviare specifici corsi di Formazione a distanza a cui sarà possibile accedere attraverso il sito ufficiale dell'Aogoi.

PROGETTO AOGOI-FONDAZIONE LORENZINI

Una task force per combattere le "malattie croniche non comunicabili"

Francesca Fiorillo
Department Menopausal Service, Napoli

L'ultima indagine realizzata dall'Istituto nazionale di statistica sulle condizioni di salute degli italiani evidenziava un costante aumento delle malattie cronicodegenerative, o non comunicabili (Ncd, Non Communicable Diseases), negli ultimi cinque anni. Per la popolazione femminile, in particolare, emergeva una netta prevalenza dell'artrosi/artrite (21,8% rispetto al 14,6% del periodo precedente), dell'osteoporosi (9,2% contro 1,1%) e della cefalea (10,5% contro 4,7%). Le donne presentavano, per tutte le classi d'età, tassi di multicronicità significativamente più alti rispetto agli uomini (17,2% contro 10,3%) con un maggiore consumo di farmaci (50,7% contro il 39,5%), un maggiore ricorso all'assistenza sanitaria (31,4% contro 24,7%) e un maggior carico di disabilità (6,1% contro 3,3%).

A giustificare tali differenze di genere non basta di certo la maggiore longevità del sesso



Francesca Fiorillo

femminile dal momento che lo scarto tra uomini e donne era presente in tutte le fasce d'età messe a confronto.

È dunque possibile ipotizzare una specificità di genere che vede le donne maggiormente suscettibili alle malattie non comunicabili.

Queste sono infatti caratterizzate da un'etiologia multifattoriale risultante da una complessa interazione tra le caratteristiche genetiche individuali e di genere e i fattori socio-culturali e ambientali. Posseggono inoltre comuni fattori di rischio (quali l'aumento della pressione arteriosa, del colesterolo e del peso corporeo, lo scarso consumo di frutta e vegetali, la ridotta attività fisica, l'uso di tabacco e alcool) a cui si è esposti talvolta anche molto precocemente.

L'Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha da tempo sottolineato la necessità di un intervento tempestivo e congiunto degli Stati Membri finalizzato a prevenire e controllare le malattie croniche attraverso l'elaborazione di un piano d'azione capace di identificare una strategia globale per ridurre i livelli d'esposizione ai fattori di rischio e ai loro determinanti, per promuovere idonei stili di vita e per sviluppare interventi sanitari mirati. L'Aogoi e la Fondazione Giovanni Lorenzini (Fgl) hanno raccolto l'invito dell'Oms e stanno lavorando a un progetto che ha per scopo la formazione interdisciplinare del ginecologo sulle malattie croniche non comunicabili. Si ritiene infatti che il ginecologo possa, meglio di altri specialisti, avere un ruolo determinante nell'individuare precocemente queste patologie e contribuire a prevenirle.

Sono stati costituiti pertanto tre gruppi di studio, ognuno dedicato ad una specifica fascia d'età (adolescenza, età riproduttiva e peri-postmenopausa), di cui fanno parte esperti e super esperti (*advisors*) di diffe-

renti branche specialistiche. Questi, utilizzando i dati della letteratura internazionale, le evidenze scientifiche e le linee guida già esistenti, tenendo conto dei meccanismi fisiopatologici e dei fattori di rischio genere-specifici, produrranno delle flow chart comportamentali validate da esperti internazionali, specifiche per percorso di prevenzione diagnosi e terapia da utilizzarsi in prima istanza nei corsi di formazione dei ginecologi e, successivamente, in occasione di altri eventi.

Durante il congresso nazionale Sigo di Bari è previsto un simposio Aogoi-Fondazione Lorenzini: "L'Interdisciplinarietà nella protezione della salute della donna. Le malattie croniche non comunicabili", durante il quale verrà presentato il progetto della task force e verranno riportati dai coordinatori i lavori preliminari svolti dai gruppi, il cui completamento è previsto nei primi mesi del 2010, in tempo per organizzare il primo corso di formazione che si terrà a Milano durante il Congresso Sigo del 2010.

L'Aogoi e la Fondazione Lorenzini, lavorando a questo primo progetto nazionale interdisciplinare di medicina di genere, sperano di abbattere le barriere ideologiche che frequentemente impediscono lo scambio fra diverse culture e quindi la crescita scientifica, di formare operatori attenti e preparati alle differenze di genere, di realizzare

reali vantaggi in termini di guadagno di salute per la donna. Infine, di interpretare in maniera esatta un bisogno più volte espresso dal ginecologo: di diventare sempre a maggior titolo il "medico della donna".

LA GINECOLOGIA AL TEMPO DELL'ECONOMIA DELLA FELICITÀ

Approfittiamo della crisi per sviluppare un pensiero divergente e capace di creatività

Romano Forleo

Ginecologo, membro del Comitato Nazionale di Bioetica, Docente di Sessuologia presso la Facoltà di Psicologia, Università La Sapienza di Roma

Non sono pochi coloro che ritengono che la crisi economica che stiamo attraversando sia salutare per il futuro dell'umanità. Molti altri, però, sono tuttora convinti che le vigenti leggi di mercato e i conseguenti giochi finanziari siano la soluzione dei problemi del mondo. L'illusione del Pil non è affatto tramontata, la speranza che l'aumento della produzione e dei consumi e l'incremento dei liberi scambi si tra-



Romano Forleo

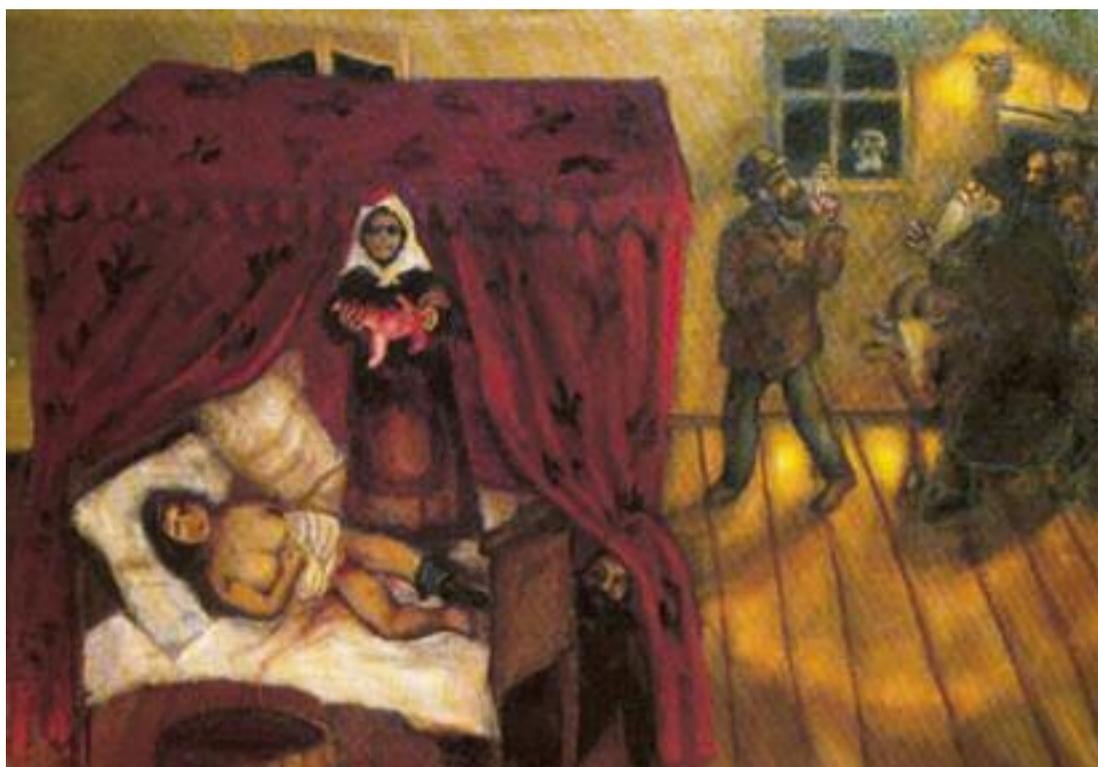
duciano *eo ipso* in una "crescita in benessere" è ancora viva.

L'attuale situazione è stata causata sì da speculazioni finanziarie ma è in realtà inscritta nella natura stessa di un sistema economico responsabile di aver determinato accumuli di capitale/potere nelle mani di pochi e una sempre più vasta emarginazione, sofferenza e fame in larga parte della popolazione mondiale.

Per questa ragione, al di là di chi continua a credere che, passata la tempesta, si possa tornare a vivere nello stesso modo di prima non sono pochi a ritenere che il capitalismo sia destinato a sparire. Qualunque cosa riserverà il futuro, è certo che tra dieci anni il mondo sarà profondamente diverso. Probabilmente disoccupazione, scarsa accoglienza di coloro che sfuggono dalla morte e dalla fame, mancanza di futuro lavorativo che risponda ai nostri talenti, povertà reale per gli impossibili prezzi dei

ANTEPRIMA CONGRESSO SIGO-AOGOI





bisogni essenziali e tanti altri fenomeni generati dal liberismo e dalla sua "sete di crescita", dureranno ancora per molto tempo.

Per questo occorre che si trovino il più rapidamente possibile soluzioni alternative di tipo teorico o, se si vuole, nuove utopie di riferimento, su cui costruire sistemi politici nuovi dai quali derivare nuove proposte economiche. Gli ultimi premi Nobel dell'economia (da Sen a Krugman) hanno già delineato la rotta. Kahneman ha visto premiare la sua teoria basata sulla sostituzione del Pil con la "felicità" (autovalutazione del benessere proprio e comune), l'italiano Becchetti nel suo bel trattato "Non solo homo economicus" sottolinea che l'aumento del guadagno non è legato a un maggior livello di felicità e confuta chi criticava come utopistiche le idee di introdurre in economia valutazioni di valori relazionali e addirittura di dimensioni legate all'amore.

Tutti evidenziano in sostanza la necessità di introdurre una rottura, non soltanto nei parametri di valutazione delle economie, ma nella cultura valoriale che spesso da quelle deriva. Si tratta di sostituire un'economia basata sul bene-essere delle persone a quella basata sulla crescita che ha dominato il campo negli ultimi due secoli.

Compiuta questa rivoluzione, non suonano più scandalose le affermazioni del filosofo Serge Latouche che afferma addirittura il valore della decrescita, proponendo la ricostruzione di un sistema economico basato su "8 R": rivalutare, riconcettualizzare, ristrutturare, ridistribuire, rilocalizzare, ridurre, ristrutturare, riciclare. E ci propone poi mezzi per produrre "il piacere del tempo libero e l'ethos del gioco, il gusto della bella opera contrapposte all'ossessione del lavoro". O ancora ci suggerisce, con lo stile e mentalità di un boy

scout, una vita più semplice denunciando "il sovraconsumo, l'incredibile perdita di interessi e il disimpegno generato dalle brutte abitudini".

Certo non sono queste le uniche letture alternative alla cultura vigente. Sotto traccia, le nuove idee stanno maturando e da esse nasceranno una nuova economia e una nuova politica. Il passaggio non sarà certo dolce: comporterà nuovi stili di vita, una più solida riflessione etica. E sarà inevitabile che, cambiati il tipo di relazioni umane e la cultura, anche la medicina e l'organizzazione sanitaria siano

pervasivi dal cambiamento. Per la medicina, sarà necessario uscire da quella depravazione tecnicista e scienziata che il positivismo ci ha lasciato come pesante eredità del secolo scorso. E occorre cominciare a farlo fin d'ora: diventando permeabili alle nuove idee. Occorre approfittare di questa crisi, per sviluppare un pensiero divergente e capace di creatività. Bisogna favorire la nascita di "laboratori di pensiero positivo" in cui farlo maturare.

Ciò richiederà un ampliamento della nostra cultura di base e un aggiornamento continuo nel campo delle "medical humanities". Ma allo stesso tempo potremo dare vita a un servizio sanitario, che, privilegiando i più poveri e sofferenti dei cittadini, si aprirà a "tutto l'uomo" e a "tutti gli uomini", proponendo nuovi modi di vivere in risposta ai bisogni essenziali e non a quelli spesso creati ad arte dalla persuasione occulta dei mass media. Soltanto in questo modo la crisi risulterà benefica. Può suonare paradossale, ma è un'occasione che non possiamo lasciarci sfuggire. Per dar vita a una nuova ginecologia che faccia propri i criteri della *narrative based medicine* e ponga come obiettivo del nostro impegno la "felicità".

LA FORMAZIONE EUROPEA DEL GINECOLOGO

"L'Italia si avvicina all'Europa. Ma chi controllerà il controllore?"

Vincenzo Giambanco
Palermo, Azienda di Rilievo Nazionale di Alta Specializzazione (A.R.N.A.S.) - P.O. Civico e Benfratelli, responsabile Ginecologia II

L'esigenza di uniformare i percorsi formativi dei medici specialisti nella Comunità Europea nasce dalla consolidata normativa che garantisce la libera circolazione delle professioni in ambito comunitario. È chiaro infatti che nessun governo nazionale accetterebbe di ridurre i livelli di efficienza dell'assistenza sanitaria a causa della insufficiente preparazione degli operatori provenienti da altri Paesi.

Il percorso verso l'omogeneità dei percorsi formativi è stato piuttosto lungo e complesso e affidato soprattutto alla Uems (Unione Europea dei Medici Specialisti), organismo riconosciuto dalla Comunità Europea. Per quanto riguarda in particolare la ginecologia e ostetricia è stata attivata una sezione di specialità della Uems, che ha finito per confluire, da circa cinque anni, nell'Ebcog (European Board and College of Obstetrics and Gynaecology), organo quest'ultimo all'inizio prevalentemente accademico.

L'Ebcog ha messo a punto e sviluppato un sistema di accreditamento delle Scuole di specialità mediante visite *in situ* e ha realizzato il relativo Log-Book, vale a dire il diario formativo dello specializzando in cui registrare tutte le attività teorico-pratiche ritenute indispensabili. Tale accreditamento da parte dell'Ebcog è stato – ed è

tuttora – condotto su base volontaria. Solo gli Istituti che ne fanno richiesta vengono visitati da un'apposita commissione, di cui deve far parte anche un rappresentante degli specializzandi.

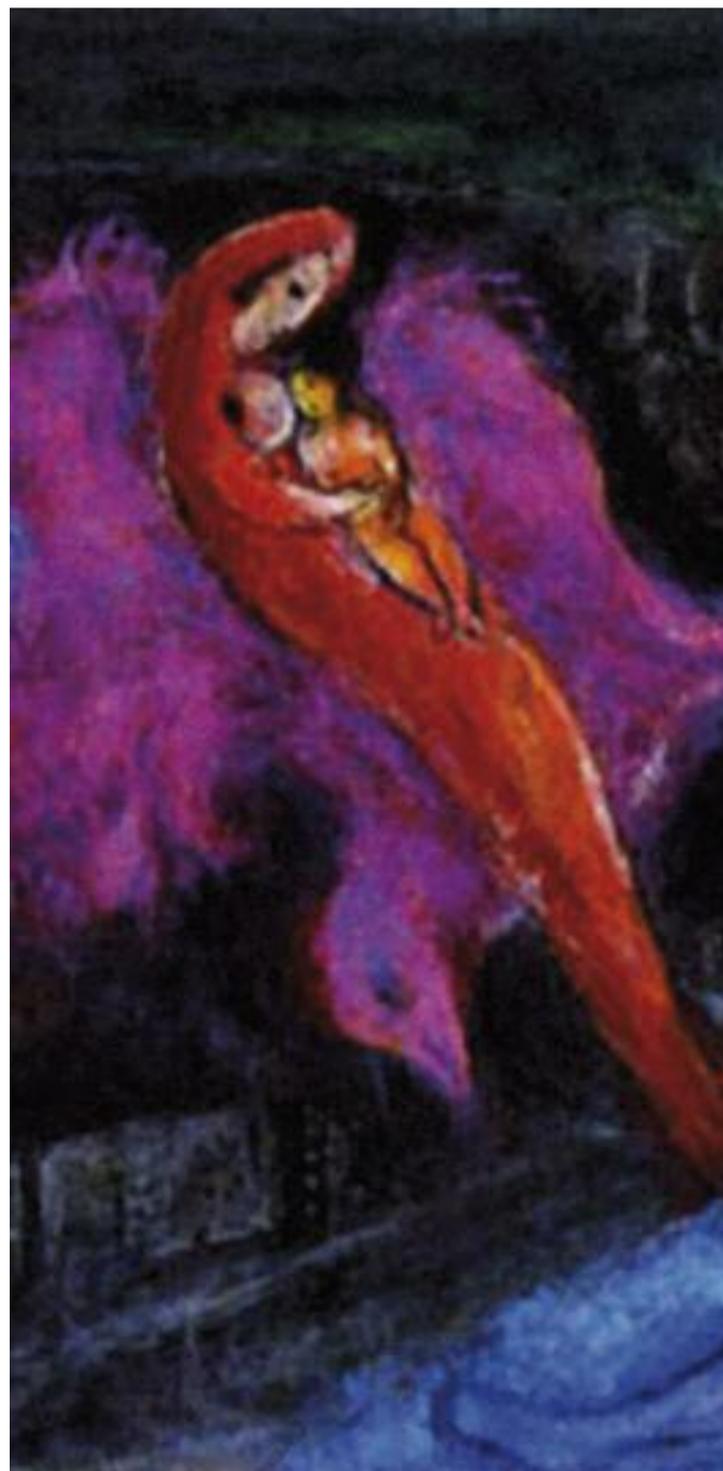
In Italia solo sei Scuole hanno ricevuto la visita di accreditamento, senza peraltro gli aggiornamenti previsti. In realtà l'Ebcog ormai da qualche anno tende a sollecitare l'istituzione di sistemi nazionali di accreditamento cui la società europea dovrebbe fornire solo consulenza iniziale e sostegno in corso d'opera, assicurandosi per esempio che la rappresentanza degli specializzandi, riuniti a livello europeo nell'Entog (European Network of Trainees in Obs. Gyn.), sia effettivamente assicurata. In Francia tale programma è stato tempestivamente realizzato e in Germania stanno per attuarlo. In Italia non sembra si proceda su tale binario, a meno di voler considerare come valida alternativa quanto previsto dal Nuovo Ordinamento Didattico delle Scuole di Specializzazione in Area Sanitaria del marzo 2009,



Vincenzo Giambanco

che per la verità si esprime in modo alquanto difforme, pur affermando in premessa di essere "finalizzato al conseguimento di una piena e autonoma capacità professionale fondata su una solida base scientifica".

Alcune indicazioni appaiono, a prima vista, coerenti con questa impostazione: "oltre due ter-



zi dell'impegno orario dello specializzando sono riservati alle attività pratiche professionalizzanti"; "l'attività formativa è affidata a docenti universitari e docenti operanti in strutture non universitarie inserite nella rete della Scuola"; "la verifica della qualità dell'apprendimento è affidata a diversi strumenti, quali le prove in itinere, il libretto-diario (il famoso Log-book) e la prova finale (tesi di specializzazione)"; "a ciascuna Scuola è assegnata una autonomia funzionale ed organizzativa, con afferenza alla Facoltà di Medicina e Chirurgia e l'integrazione in una rete formativa di strutture universitarie ed extrauniversitarie proporzionata al numero degli specializzandi e adeguata al conseguimento di un completo addestramento professionale, secondo gli obiettivi formativi della Scuola". In particolare "per l'Area Chirurgica un regolamento ad hoc identifica per ogni tipologia di Scuola gli interventi di piccola, media ed alta chirurgia necessari alla formazione dello spe-

Il "Procedimento di verifica e controllo dei requisiti minimi delle scuole di specializzazione mediche" e le "Modalità per l'attuazione dei risultati della qualità della formazione nelle scuole di specializzazione mediche" sono stati oggetto di Decreti Direttoriali del M.I.U.R. in data 21 e 29 luglio 2009, rispettivamente. Vale la pena di riportare integralmente l'allegato al primo decreto (Allegato al D.D. 21/7/2009):

1. Procedimento di verifica e controllo
L'Osservatorio provvederà a verificare e a controllare il possesso dei requisiti richiesti alla Scuola di Specializzazione, dei presupposti, delle condizioni, degli standard richiesti per l'accreditamento e del rispetto dell'ordinamento

didattico della scuola avvalendosi anche dell'opera di esperti appositamente designati e in collaborazione con gli Osservatori regionali. La verifica avverrà con periodicità biennale, dando preavviso al responsabile della Scuola. Resta comunque salva la facoltà di effettuare controlli e verifiche, anche senza preavviso, indipendentemente dalla scadenza biennale. Tutti i dati personali forniti dalle Università per l'espletamento della istruttoria saranno trattati ai sensi della legge 675/96. In fase di verifica dei requisiti, l'Osservatorio Nazionale chiederà di provvedere all'adeguamento delle scuole ai requisiti prescritti. L'ottemperanza delle prescrizioni sarà oggetto di verifica nei termini fissati dall'Osservatorio Nazionale.

2. Sospensione e decadenza della Scuola
Qualora l'Osservatorio rilevi, a seguito di verifica, la difformità o il mutamento di uno o più presupposti, condizioni e/o di uno o più standard che avevano consentito l'accreditamento della struttura, oppure l'inosservanza di uno o più impegni assunti, o la difformità o il mutamento di uno o più requisiti, o il mancato rispetto all'ordinamento didattico della scuola provvede a segnalare (al Ministero) all'Università eventuali inadempienze, cui fa riferimento la Scuola di Specializzazione, eventuali inadempienze riscontrate e contestualmente invita la stessa a ripristinare, entro il termine indicato dall'Osservatorio, la conformità ai requisiti prescritti. Entro lo stesso termine l'Università potrà produrre memorie scritte e documenti. Decorso inutilmente il termine

assegnato il Ministro dell'Istruzione adotta il provvedimento di sospensione della Scuola indicando le misure atte a garantire la continuazione e conclusione degli studi agli specializzandi. La sospensione non potrà in ogni caso essere inferiore a 10 giorni e non potrà superare i 6 mesi. Qualora lo stato di difformità o di mutamento dei presupposti, delle condizioni, degli standard, dei requisiti o l'inosservanza degli impegni assunti permanga oltre il periodo di sospensione, il Ministero dell'università e della ricerca adotta il provvedimento di pronuncia di disattivazione della Scuola, provvedendo, nello stesso provvedimento, ad indicare le misure atte a garantire la continuazione e conclusione degli studi agli specializzandi.

cializzando".

Il "Procedimento di verifica e controllo dei requisiti minimi delle scuole di specializzazione mediche" e le "Modalità per l'attuazione dei risultati della qualità della formazione nelle scuole di specializzazione mediche" sono stati oggetto di De-

creti Direttoriali del Miur (Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca) rispettivamente in data 21 e 29 luglio 2009 (cfr. box). In essi non mancano le misure che segnalano che, seppur con grande ritardo, la decretazione italiana sulle scuole di specializzandi in tali organi, nazionali e regionali? Chi garantirà l'autenticità del diario clinico, posto che l'effettuazione diretta di interventi da parte degli specializzandi comporta anche problemi medico-legali? Insomma, oggi come ieri, *quis custodiet custodes?*

mediche si sta adeguando alle normative comunitarie. Restano tuttavia nodi cruciali che non sembrano definitivamente sciolti dalla recente normativa: in che modo avverrà di fatto il controllo di qualità? Chi vi parteciperà? (gli esperti?) Che ruolo avranno gli spe-

cializzandi in tali organi, nazionali e regionali? Chi garantirà l'autenticità del diario clinico, posto che l'effettuazione diretta di interventi da parte degli specializzandi comporta anche problemi medico-legali? Insomma, oggi come ieri, *quis custodiet custodes?*

UROGINECOLOGIA

Una sfida tra presente e futuro

Mauro Cervigni
Direttore U.O.C.
Uroginologia, Ospedale
S.Carlo-IDI di Roma

Il Congresso Nazionale Sigo Aogoi di Bari rappresenterà sicuramente un evento molto importante per la Uroginologia italiana, richiamando alla memoria un indimenticabile Congresso Sigo, organizzato dal Professor Cagnazzo nel 1980, che aveva tra i temi dominanti proprio la Uroginologia, scienza a quei tempi ancora giovane nel nostro paese. I temi di questo Congresso abbracciano praticamente tutti gli aspetti della disciplina, da quelli prettamente chirurgici - includendo tra questi l'Incontinenza Urinaria (IU) femminile e la gestione del Prolasso genitale - a quelli di tipo medico-conservativo: quali la Vescica Iperattiva, le Cistiti ricorrenti ed Interstiziali, il Dolore Pelvico Cronico.

Incontinenza Urinaria. La TVT proposta agli inizi degli anni '90 da Ulmsten e Petros come trattamento mini-invasivo della IUS, grazie ai risultati fortemente positivi ha riscosso un successo planetario, mai rag-

giunto da nessun'altra metodica (1.300.000 impianti fino ad oggi). Da allora si è avuta un'ulteriore evoluzione, mediante l'ancoraggio della benderella alla membrana transotturatoria, che ne ha ulteriormente ridotto le complicanze (TOT). Più recentemente, nel tentativo di ridurre al minimo il trauma chirurgico, sono state proposte delle Sling ad incisione unica (Single Incision Sling-SIS) con risultati preliminari altrettanto promettenti.

Un altro argomento di rinnovato interesse nel trattamento mininvasivo della IUS grave (ISD) sono i materiali iniettabili. Dopo il Teflon varie sostanze sono state proposte tra cui: il Collagene bovino (Contigen) e il Silicone (Macroplastique). Più recentemente è venuta all'attenzione una sostanza già utilizzata nel campo della chirurgia estetica (Bulka-



Mauro Cervigni

mid), che ha il vantaggio della estrema biocompatibilità, della facile maneggevolezza oltre ad un altro indubbio effetto positivo che è quello di rimanere localizzata nello stesso punto di infiltrazione, grazie alla estrema idrofilia.

Prolasso Genitale. Il trattamento chirurgico del Prolasso degli Organi Pelvici (POP) è una delle patologie attualmente più controverse perché, pur avendo una incidenza sempre più elevata, visto l'aumento della età media della popolazione, presenta un tasso di recidive ancora estremamente elevata (35-40%). Il nuovo razionale della chirurgia ricostruttiva protesica prevede l'uso di reti monofilamento (in genere Prolene) che vengono introdotte ed agganciate mediante trocar passanti attraverso il perineo, alla membrana otturatoria anteriormente per correggere il descensus anteriore o attraverso il legamento sacro-spinoso posteriormente per correggere il difetto centrale o posteriore. I risultati che si sono raggiunti sono estremamente validi (75-90% di correzione anatomica), anche se vi sono effetti collaterali quali: erosione vaginale dei materiali impiantati associata ad un dolore pelvico e dispareunia. Un altro aspetto di rinnovato interesse è la preservazione dell'utero in donne desiderose del suo mantenimento (nonostante l'età), consideran-

do il fatto che nel POP l'utero è uno spettatore passivo più che un attore protagonista e la sua rimozione non interferisce con il buon o cattivo andamento dei risultati.

Vescica Iperattiva. La Vescica Iperattiva (OAB) ha una incidenza di circa il 16% nella popolazione con età maggiore di 40 anni ed aumenta con l'età. La OAB è presente nella popolazione, 9 volte più del diabete anche se ovviamente quest'ultimo ha una risonanza sicuramente più importante. Ma a questi numeri così elevati non corrisponde poi un trattamento adeguato perché in Europa, ad esempio, su 49 milioni di persone affette da OAB solo 5 milioni di persone ricevono un trattamento specifico. L'uso degli antimuscarinici è considerato come il trattamento di prima linea, per la indubbia efficacia di queste sostanze ad azione mirata sui recettori muscarinici (in particolare M2-M3), l'Ossibutinina è quella ad essere nata per prima intorno alla metà degli anni '60 e che, grazie ad una nuova formulazione terapeutica (gel ad assorbimento cutaneo) riduce al minimo gli effetti collaterali (secchezza delle fauci, stipsi) mantenendo inalterata l'efficacia terapeutica. Altri antimuscarinici di nuova generazione (Solifenacina, Darifenacina, Fesoterodina) mostrano un'efficacia ancora più elevata.

LA DONNA AL CENTRO DELLA CURA TRA TECNICISMO ED EMOZIONI

Ascoltare le donne, sentirle, anche con il cuore. Per migliorare la qualità dei servizi

Annalaura Giannelli
Avvocata, Commissario
Regionale Lilt per la Puglia

Intervengo come volontaria, rivestendo il ruolo di Commissario regionale per la Puglia in seno alla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (Lilt) e, non meno, come professionista, essendo un avvocato quotidianamente a contatto con i problemi personali e familiari delle donne. Ma intervengo innanzitutto come donna toccata da un'esperienza personale (seppure indiretta) con il cancro, un'esperienza ventennale e ancora in corso.

È una storia travagliata e ricca di sofferenza. Mia madre si è ammalata di cancro nel 1989. Da allora si è sottoposta a numerosissimi interventi chirurgici, circa venti, per il formarsi e riformarsi di una patologia tumorale, al seno, ai polmoni. In seguito, la parentesi di un melanoma. Attualmente è in cura per delle metastasi ossee.

In questi anni ho visto mia madre combattere quotidianamente con forza e determinazione. Il cancro è diventato il suo nemico, un nemico con cui bisogna saper convivere. Convivere con il cancro significa, infatti, confrontarsi con la paura della morte, con le aspettative di un futuro che si trasforma in un'ipotesi angosciante e improbabile.

È proprio dalla sofferenza che nasce il desiderio di combattere, di non arrendersi, la voglia di conquistare giorno dopo gior-



Annalaura Giannelli

no il proprio domani, se possibile accompagnati dalla fede. Questa malattia infida e cattiva è stata la malattia della mia famiglia perché inevitabilmente gli effetti che il cancro provoca ricadono a pioggia su tutto il nucleo familiare, improvvisamente disorientato, impegnato in attività di assistenza e di supporto fisico e psicologico in favore del proprio caro, impegnato ad affiancarlo nei controlli sistematici che sfiancano e demotivano, che spesso costringono a lunghe attese. La presenza fisica dei propri cari accompagnata dal sostegno psicologico e dall'amore costituiscono la

migliore
medi-
ci-

na per il malato.

Tra i ricordi più dolorosi di questa esperienza c'è quello incancellabile legato agli effetti collaterali della chemioterapia che, tra le altre, in pochi giorni devastò e annientò la chioma fluente e bellissima di mia madre che era il suo orgoglio e tanto femminile, lasciandole in testa pochi ciuffi di capelli sparuti e scoprendole un viso magro, pallido e smunto, ma anche due grandi occhi neri ricchi di carica vitale che gridavano di non volersi arrendere.

Vi rendo partecipi di questo ricordo che sottolinea la cattiveria di una malattia che non dà tregua, che vuole ricordare in ogni momento a chi si ammala e ancor più alle donne il suo potere di sopraffazione, che in molti casi si accanisce contro di loro flagellandone la dignità.

Penso al cancro all'utero che rende sterili annullando il ruolo procreativo e materno della donna e di conseguenza al cancro al seno. Il seno rappresenta non solo il simbolo più autentico della femminilità ma racchiude tutta la dolcezza dell'affetto materno.

La mastectomia è senza dubbio una mutilazione dagli effetti psicologici che a volte, possono rivelarsi devastanti. L'evoluzione del costume ha valorizzato e, il più delle volte messo a nudo, il seno. La moda ne ha esaltato il potere di seduzione, la pubblicità ne ha fatto un importante veicolo promozionale. Per questo

l'asportazione di una mammella rende oggi molto più difficile che in passato l'adattamento alla vita sociale di una donna ed è causa di molte penose rinunce. Per non parlare di quanto negativamente incide una mastectomia nei rapporti con il proprio partner.

La storia che ha segnato la mia famiglia è una storia come moltissime altre di famiglie vorrei dire italiane, ma dirò del Sud Italia. È inaccettabile, ma

anche nel cancro, in questo percorso, in questo calvario di dolore registriamo differenze nell'iter della cura legate o rivenienti da situazioni territoriali, carenze strumentali e strutturali, deficienze amministrative, indifferenza e incapacità politica proprie del nostro territorio a discapito di chi è malato.

Possiamo condividere le parole contenute nel Piano Regionale della Sanità che ci ricordano che "la salute delle donne presenta

specificità di genere" e apprezzare

l'apoteosi sul ruolo della sfera femminile nella nostra società e sulla sua centralità all'interno del sistema-famiglia, ma che ne abbiamo se non siamo in grado di garantire a tutt'oggi alle nostre donne la possibilità di effettuare gratuitamente e in tempi ragionevolmente brevi un esame di routine come la mammografia?

Allo stesso modo non ci interessa prendere cognizione del-

la maturata consapevolezza dei nostri amministratori che "l'universo dei bisogni del paziente oncologico è così complesso da richiedere un approccio innovativo" per poi, di seguito, dover amaramente prendere atto che "la patologia tumorale rappresenta la prima causa di ricovero in strutture extra regionali con un andamento della mobilità passiva in progressiva ascesa". Abbiamo bisogno di risposte concrete.

Abbiamo bisogno non solo di



ANTEPRIMA
CONGRESSO
SIGO-AOGOI



LINEE DI GUIDA: COME SI FANNO E A COSA SERVONO

“Indispensabili. Ma non possono sostituire completamente il buon giudizio clinico”

Gian Paolo Mandruzzato
Libero docente in clinica
ostetrica e ginecologica, già
primario ostetrico-ginecologo
Istituto per l'Infanzia Burlo
Garofolo, Trieste

Le linee di guida sono documenti che vengono sistematicamente sviluppati con la finalità di assistere i medici nell'assumere decisioni relative a cure appropriate per i pazienti in diverse specifiche circostanze. Peraltro le finalità possono essere diverse. Il clinico può ritenerle un valido metodo per migliorare il risultato delle proprie prestazioni, l'amministratore o un'altra autorità della politica sanitaria possono considerarle come un utile indicatore per ottimizzare la distribuzione ed allocazione delle risorse. Ne consegue che gli obiettivi possibili che le linee di guida si propongono sono in primo luogo la riduzione delle inappropriate variazioni nella condotta clinica spesso dovute a valutazioni soggettive e non suffragate dall'evidenza scientifica. Inoltre esse possono stimolare l'introduzione nella corrente pratica clinica di nuove strategie basate sull'evidenza scientifica.

L'elaborazione delle linee di guida è un'attività lunga e laboriosa. Deve essere selezionato un gruppo di lavoro composto da esperti del problema clinico in esame, deve essere raccolta la letteratura medica esistente interrogando le banche dati (PubMed, Medline, etc), e gli articoli individuati devono essere attentamente e completamente esaminati. Ne segue un confronto tra gli esperti e la ricerca di un consenso. La struttura delle linee di guida è in larga misura standardizzata: Introduzione, Definizione (classificazione), Prevalenza, Etiolo-



Gian Paolo Mandruzzato

gia, Fattori di rischio, Complicazioni, Diagnosi, Prevenzione, Trattamento. Ne segue la presentazione di Raccomandazioni catalogate a seconda del livello di evidenza scientifica. Anche se si è osservato che i clinici preferiscono linee di guida brevi, la qualità di queste è spesso scadente. Va sottolineato che le raccomandazioni non devono essere prescrittive ma devono aiutare a migliorare le prestazioni tenendo anche in dovuto conto le diverse realtà possibili nelle quali si è chiamati a operare. In vista della continua evoluzione delle realtà scientifiche le linee di guida devono essere periodicamente aggiornate. Talora l'atteggiamento dei medici nei riguardi delle linee di guida è ambivalente: desiderate e temute. Questo timore non è giustificato. Le linee di guida non possono considerare tutte le variabili di ogni singolo caso né sostituire completamente il buon giudizio clinico (supportato da basi scientifiche) ma il rispettarle può evitare o ridurre i rischi di contenzioso medico-legale.

LO SHOCK COMUNICATIVO

Il terremoto che sconvolge la vita

**Vittorio Mattioli,
Rosanna Montanaro,
Francesca Romito**

Dipartimento di Area Critica e
Quartiere Operatorio - Servizio
Sperimentale di Psicologia
Oncologica, IRCCS Istituto
Tumori "Giovanni Paolo II", Bari

La comunicazione rappresenta un formidabile strumento di relazione con gli altri e con il mondo che ci circonda e, sia consapevolmente sia inconsapevolmente, non possiamo farne a meno. Ancor di più nel campo medico la comunicazione assume importanza vitale, rappresentando, soprattutto nella configurazione del rapporto medico-paziente, un momento strategico e un argomento molto delicato e complesso da esplorare.

Il medico ha scelto un mestiere che impone di lenire il dolore e la sofferenza, perciò comunicare a una persona la diagnosi di una malattia di grave impatto, come il cancro, potrebbe significare dare un dolore ritenuto definitivo ed insopportabile. Il modo in cui viene data la "notizia" ha un ruolo fondamentale per quello che sarà il primo impatto con la malattia e le parole del medico, e soprattutto il suo atteggiamento, saranno ricordati per tutta la vi-

ta con disagio oppure con riconoscenza. Per questa ragione sarebbe auspicabile evitare il più possibile le anomalie della comunicazione impropria come l'iperinformazione, la distorsione della verità e, ancor peggio, la collusione con la famiglia nella cosiddetta congiura del silenzio, in cui tutti sanno, ma fanno finta di non sapere.

Sono noti i quattro criteri indispensabili per comunicare la diagnosi in modo soddisfacente. È necessario che il medico sia empatico, prestando la sua presenza fisica, psichica e anche emozionale e accettando allo stesso tempo di dover dare una sofferenza inevitabile, ma che col tempo diventerà affrontabile. Deve inoltre manifestare rispetto, riconoscendo la personalità e la dignità emozionale del paziente pur nella giusta distanza emotiva che deve caratterizzare il rapporto professionale. Ancora, occorre che sappia individuare uno spazio privato per dare alla persona la possibilità di esprimere emozioni e fare domande senza rischi di essere interrotti da estranei o da altri eventi. Infine, il tempo: è necessario che il paziente percepisca che il medico possa essere presente per tutto il tempo necessario per l'incontro e per un colloquio esauriente.

Tale serie di attenzioni sono indispensabili soprattutto nel caso di diagnosi particolarmente gravi, che possono essere paragonate ad un evento traumatico, di tipo catastrofico. Infatti la sensazione che genera è proprio quella di un terremoto che sconvolge la vita, tanto da poter indurre una vera e propria sindrome definita "Disturbo Post Traumatico da Stress" (Dpts). È noto da tempo che lo stress possa avere effetti sul sistema immunitario e indurre riduzione della resilienza, cioè di quella capacità individuale di resistere agli eventi stressanti. In queste situazioni risulta dalla letteratura scientifica che il supporto sociale sia un fattore protettivo determinante per la salute, in quanto influenza positivamente la risposta immunitaria.

Una diagnosi di cancro e le terapie anticancro sono eventi negativi nella vita individuale e, nonostante gli eventi negativi non determinino sempre stress e riduzione della qualità di vita, i dati riportati da molti studi documentano la presenza di stress acuto e severo dopo la diagnosi di cancro e durante la guarigione. Le risposte psicologiche negative alla diagnosi ed alla te-

rapia negli individui con il cancro sono importanti di per sé in quanto indicatori di processi di controllo del cancro. Inoltre i dati suggeriscono che le risposte allo stress sono accompagnate da variazioni non casuali in un'ampia gamma di risposte immunitarie.

Le metanalisi suggeriscono che lo stress psicologico e l'esperienza di eventi stressanti sono riconducibili ad alterazioni immunitarie negative in pazienti non affetti da cancro (per esempio livelli più elevati di stress sono correlati quantitativamente e funzionalmente a una ridotta risposta cellulare immunitaria, come una più bassa lisi delle cellule "natural killer" NK).

Questo effetto è stato riscontrato sistematicamente in soggetti nel corso di eventi stressanti ed alcune delle più ampie risposte e variazioni sono state trovate per i più grandi stressors e per quelli che hanno componenti interpersonali. Alcuni dati illustrativi riferiti da autori che hanno seguito un campione di persone durante la lunga, stressante esperienza del prendersi cura del coniuge con diagnosi di Alzheimer dimostrano in modo non sorprendente che i caregivers hanno presentato alti livelli di stress e d'influenza negativa, dal momento che si misuravano con la grave difficoltà comportamentale ed il severo deterioramento mentale dei loro cari. Inoltre questi ricercatori hanno evidenziato che i soggetti fortemente stressati hanno manifestato una risposta proliferativa molto bassa



Vittorio Mattioli

ai mitogeni, deficit sostanziali nella risposta anticorpale e T-cell virus specifica al virus influenzale vaccino nonché disturbi correlati allo stress nella cicatrizzazione delle ferite.

Altri studi, basati sulla teoria dell'origine biopsicosociale dei tumori confermano il ruolo determinante del supporto sociale sulle risposte neuroendocrine e/o immunitarie, dimo-



strandando che l'associazione di interventi psicologici strutturati, finalizzati alla riduzione del distress emozionale, hanno dato incremento della sopravvivenza, riduzione delle riprese di malattia e della mortalità. Anche il cambiamento di alcuni stili di comportamento come dieta corretta, attività fisica, aderenza ai trattamenti prescritti, è risultato fattore protettivo per la salute, in quanto produce riduzione dello stress.

In conclusione, pur nella scarsità dei dati in letteratura sulla relazione tra stress e stato immunitario, vi sono studi sempre più numerosi i cui risultati suggeriscono che la risposta di una persona allo stress, come lo stress a sua volta, possono influenzare la risposta immunitaria.

L'attuale livello di conoscenza rende auspicabile dunque che, già dalla comunicazione della diagnosi, si strutturi un intervento psicologico che coinvolga tutti gli operatori sanitari, nell'ottica multidisciplinare di presa in carico del paziente come persona.

gestire la propria sessualità e capacità riproduttiva, il rimandare a tempo indeterminato la realizzazione del desiderio di figli. Situazioni, queste, che possono provocare, in molte donne, profonde lacerazioni sul tessuto della propria identità. Vi sono altri casi (diffusi tra le donne sudamericane, europee orientali e cinesi) in cui la maternità sembra entrare in una sorta di sospensione: le donne lasciano i propri figli nei Paesi di origine, affidandoli ad altri, in attesa di poter tornare a casa o farsi raggiungere da loro.

In Italia, l'attuale assistenza sanitaria per la gravidanza e il parto ha ormai soppiantato la passata tradizione di assistenza domiciliare alla partoriente, delle nostre nonne e delle levatrici. I vantaggi apportati da questo cambiamento, per la sicurezza e la tutela della salute della madre e del neonato, sono stati innumerevoli. Tuttavia sotto alcuni aspetti si è rischiato di trasformare uno degli eventi più naturali della vita di ogni donna in un periodo "iperassistito" e quasi "medicalizzato". Oggi, in un mondo ultra-modernizzato e multietnico, se tutto questo è una realtà per la donna italiana, lo diviene ancora di più per la donna immigrata, per la quale partorire in casa ed essere assistita dal gruppo familiare (per lo più femminile) nel suo paese tutt'ora costituisce una normalità.

D'altro canto, se da una parte si rischia che la donna immigrata venga ultra-assistita, andando così a snaturare il momento della sua gravidanza, esiste anche il reale pericolo che proprio il suo essere immigrata, e i disagi che troppo spesso questa condizione comporta, siano corresponsabili di un'insufficiente assistenza al suo divenire madre. Tanto che la maternità rischia di diventare per le donne immigrate, uno dei momenti più delicati della loro esistenza, dove il confronto fra culture differenti può divenire assai critico. Le ricerche e i dati inerenti alle donne immigrate che si trovano a dover vivere il delicato momento di gravidanza, parto e maternità sono ancora scarse, sufficienti però a tracciare un breve profilo: molto spesso è giovane, pluripara, con gravidanze ravvicinate, discreta presenza di anemie e di infezioni genito-urinarie, non conosce o non comprende pienamente le pratiche di contraccezione. Unite a queste caratteristiche, il disagio interculturale, le condizioni socio-

economiche spesso precarie e un'accertata difficoltà di conoscenza e di accesso alle strutture socio-sanitarie, si giunge al risultato di una popolazione femminile altamente esposta alle malattie e alle complicanze. Da alcune ricerche eseguite in diverse regioni d'Italia sulla popolazione immigrata emerge infatti una percentuale maggiore di complicanze durante la gravidanza rispetto alle gestanti italiane, una maggiore incidenza di aborti spontanei, l'incremento di parti prematuri, un'elevata percentuale di neonati con basso peso alla nascita. A riprova del disagio vi è inoltre l'aumento delle interruzioni volontarie di gravidanza nelle donne immigrate, in calo da anni nella popolazione italiana. Questo dato, dovuto anche al costante aumento della loro presenza nel Paese, rappresenta una criticità importante. L'Ivg è infatti dovuta soprattutto a una scarsa conoscenza generale della fisiologia della riproduzione e a scarse conoscenze specifiche riguardo all'impiego corretto di metodi per la procreazione responsabile. Verso questa popolazione si impongono quindi specifici interventi di promozione della salute e di prevenzione che tengano conto anche delle loro diverse condizioni di vita e di cultura.

Altro capitolo di rilievo è il ricorso al taglio cesareo su immigrate. È stato rilevato che esso viene praticato in un'alta percentuale di casi. A questo proposito viene da chiedersi se effettivamente la donna straniera abbia la medesima possibilità di essere informata, se sia realmente consapevole delle conseguenze che questa metodica comporta e abbia la medesima possibilità di scelta della donna italiana.

Da questo seppur breve profilo emerge un ritratto complesso della posizione della donna immigrata nel nostro Paese. Generalmente esposta a una pluralità di fattori di rischio per la salute a causa del-



Aldo Morrone



LA SALUTE DELLE DONNE IMMIGRATE

Il fenomeno immigratorio potrà favorire un nuovo modello di sanità

Aldo Morrone e Emma Pizzini

Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (Inmp), Roma

La salute delle donne immigrate in Italia, pur presentando un quadro sovrapponibile a quello degli immigrati maschi, contiene delle specificità legate sia alla tipologia migratoria, sia alla specificità di genere. Infatti, le cause maggiori di ricovero sono da attribuire a ragioni prettamente fisiologiche come la gravidanza e il parto. Da ciò deriva il prevalere di un ricorso alle strutture sanitarie da parte delle donne immigrate (60%). Le difficoltà date dalla migrazione si ripercuotono sulla maternità, sviluppando spesso un rapporto problematico e conflittuale. Da qui il frequente ricorso all'aborto, la difficoltà a

SIMPOSIO AGITE

Ospedale-territorio: dalle parole ai fatti

Riportare le pazienti agli ambulatori e ai consultori familiari

Maurizio Orlandella
Presidente Agite, Associazione dei Ginecologi Territoriali

Se al 1° Congresso nazionale, svoltosi qualche mese fa a Villasimius, abbiamo relazionato sui progetti che Agite sta elaborando, l'appuntamento con il Congresso Sigo-Aogoi, il terzo dalla nostra nascita, porta all'attenzione di tutte le So-

la condizione giuridica e della posizione sociale, ma anche dell'estraneità dai consueti circuiti dell'informazione e dall'impossibilità di accesso ai servizi socio-sanitari.

È perciò necessaria una revisione e riorganizzazione dei servizi affinché possano risultare compatibili all'identità culturale e alle rilevazioni dei bisogni delle comunità di donne. Occorre impegnarsi perché la presenza degli stranieri rilanci una politica socio-sanitaria più attenta alle fasce deboli della popolazione, alle famiglie che vivono in precarie condizioni socio-economiche e culturali. Paradossalmente, potrà essere il fenomeno immigratorio a favorire un nuovo modello di sanità più attento alla realtà delle persone che ai ricavi nell'erogazione di prestazioni.



cietà della nostra area le iniziative su cui è opportuno che Agite concentri le sue iniziative per ottenere risultati che riteniamo vitali per la ginecologia territoriale e per le politiche per la salute riproduttiva. In particolare sono due i principali argomenti su cui intendiamo concentrarci: il coordinamento territorio-ospedale e le politiche preventive delle malattie a trasmissione sessuale e le modalità operative per gli adolescenti. Coordinamento territorio-ospedale. Il Simposio Agite, in occasione del Congresso Sigo 2007 a Napoli, enfatizzava la necessità di un coinvolgimento complessivo di tutta la classe medica. Aveva infatti come titolo: "Il coordinamento territorio ospedale: una formazione comune tra medico di medicina generale, ginecologo territoriale e ospedale". Il territorio avrà, nei prossimi anni, uno spazio sempre maggiore per portare l'assistenza sanitaria sempre più vicina all'utenza, per gestire le patologie croniche, mantenere o migliorare l'assistenza. Ciò consentirà di ottenere una maggiore



Maurizio Orlandella

re umanizzazione dell'assistenza, un più appropriato utilizzo delle strutture ospedaliere e una notevole riduzione dei costi. Riportare le pazienti agli ambulatori e ai consultori familiari sul territorio, disabituandole al ricorso al pronto soccorso, richiede un'organizzazione dei servizi sanitari pubblici ove la possibilità di comunicare bidirezionalmente con le strutture ospedaliere non sia più dipendente da rapporti personali tra gli operatori, ma da un sistema organizzato di relazioni molto complesso, che richiede l'utilizzo di una pluralità di strumenti e di una capillare formazione degli operatori.

Superfluo ribadire il ritardo che la sanità italiana sconta su questo fronte. Sono ancora moltissimi gli ambulatori e i consultori che non dispongono di com-

puter, e non mancano quelli in cui non è disponibile neanche il telefono. Garantiti gli strumenti di comunicazione, la struttura ospedaliera, oltre ai classici compiti assistenziali, deve mettere a disposizione un sistema in grado di recepire le richieste provenienti dal territorio, evitando alla paziente di presentarsi in ospedale, rendendo superfluo ogni precedente intervento di adeguamento. Ancora adesso, in molti luoghi, la paziente è costretta a riprendere un nuovo appuntamento ambulatoriale affrontando una nuova attesa per la prestazione di primo livello o presentandosi al pronto soccorso. Ma non soltanto di strumenti si tratta. Di pari importanza è la formazione degli operatori.

Il sistema Ecm, per esempio, deve pretendere per il territorio un approccio formativo peculiare: oltre alle procedure di altissima specializzazione è fondamentale differenziare fin dove arriva il primo livello nelle diverse sotto specializzazioni ginecologiche (sterilità, oncologia, ecografia, endoscopie, endometriosi, ecc.). Se la formazione aziendale comprendesse, come richiediamo, la frequenza ospedaliera, ipotizzabile per una settimana complessivamente, come un corso Ecm, oltre alle competenze verrebbe facilitata la conoscenza reciproca degli operatori, favorendo la condivisione delle procedure diagnostiche e delle linee guida.

Il coordinamento territorio-ospedale evoca infine un altro problema storico: la mancanza di responsabilità dirigenziale dei ginecologi territoriali, che fa mancare una delle interfacce al coordinamento.

Malattie a trasmissione sessuale: dalla diagnosi alle strategie preventive. Il 2008 ha visto azioni comuni della Sigo, Aogoi, Agite e Smic, finalizzate alla messa a punto una politica complessiva per il mondo adolescenziale. In due occasioni di incontro tra professionisti e politici, nel 2008 e 2009 (entrambe alla Biblioteca del Senato), si è enfatizzata la necessità dell'adozione di politiche speciali destinate alla prevenzione dell'aborto volontario e al ruolo dell'educazione sessuale nelle donne fragili (adolescenti e migranti).

Non si può impostare una politica nazionale per la salute riproduttiva che non parta dalle donne che si affacciano alle problematiche post-puberali. L'importanza dell'informazione alle donne è caratteristica dei movimenti e della cultura degli anni '60-'70 e delle nuove modalità del rapporto medico paziente,

non più paternalistico ma informativo finalizzato alla ricerca di un consenso consapevole della donna. Ciò, tuttavia, presuppone che scuola, famiglia, servizi consultoriali e medico di medicina generale prestino una costante attenzione alle giovani donne che entrano nel loro periodo di vita fertile, sia sul versante della contraccezione sia della prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale.

Il Simposio Agite del 2008 alla Sigo di Torino tentò di prestare ascolto a tutti gli Sos mandati dagli adolescenti agli operatori, enfatizzò l'importanza delle infezioni inapparenti come la Chlamydia, in relazione alle conseguenze di diagnosi e prevenzioni non effettuate.

Un ultimo accenno a un corso pregressuale che abbiamo promosso proprio per uno degli approfondimenti necessari alla gestione di livello ultraspecialistica. In questo caso si tratta della sterilità. Un numero della rivista Agite dedicato a questo aspetto specifico, recante il titolo "Percorsi preventivi e diagnostici di primo livello nella infertilità di coppia", è in corso di stampa.

ANTEPRIMA
CONGRESSO
SIGO-AOGOI

LO SHOCK COMUNICATIVO / 2

I punti critici della comunicazione: il caso Hpv

Fabio Parazzini

Istituto di Ricerche
Farmacologiche "Mario Negri",
Milano

L'infezione da Hpv è la più comune malattia a trasmissione sessuale. Studi condotti in Italia hanno documentato una prevalenza dell'infezione da Hpv tra le donne che si sottopongono a screening o a controlli ginecologici



Fabio Parazzini

compresa tra il 7-16%. Si stima che circa il 75% delle donne sessualmente attive si infetti nel corso della propria vita. Malgrado ciò, alcune ricerche hanno documentato come molte donne sappiano poco dell'infezione da Hpv.

In un'indagine condotta dall'Aogoi nell'ambito della iniziativa Mese della protezione, 440 donne in premenopausa di età superiore o uguale a 18 anni che hanno richiesto un consulto ginecologico gratuito attraverso un numero verde sono state invitate al momento della visita a compilare un questionario. Tale questionario mirava a valutare le loro opinioni/conoscenze rispetto alle malattie a trasmissione sessuale e le infezioni vaginali. Il questionario era anonimo e la sua compilazione facoltativa e non correlata in alcun modo alla prestazione sanitaria.

Tra le infezioni a trasmissione sessuale l'infezione più conosciuta è quella dovuta al virus Hiv, seguita dalla candida e dall'infezione da virus dell'epatite B. Circa il 60% delle donne dichiara di conoscere l'infezione da Hpv. È interessante notare come il livello di conoscenza sia largamente simile nelle donne di differenti strati di età. Solo il 50% delle donne dichiara di sapere che ci si può vaccinare nei confronti dell'infezione da Hpv, ma, se informato, circa il 90% delle giovani è disposta a vaccinarsi.

Dati simili sono emersi anche da indagini condotte in altre nazioni in particolare negli Usa. La mancanza di informazione è spesso la causa dello "shock comunicativo" che la donna ha quando le viene comunicata una diagnosi di infezione da Hpv. Le reazioni possono essere molteplici: ansia, paura del cancro, preoccupazione rispetto alla fertilità/gravidanza, mutamento della percezione del corpo, diminuito desiderio sessuale, preoccupazioni rispetto alla infedeltà del partner e alla sua reazione, ostilità nei confronti della persona creduta fonte dell'infezione. Ma dopo le reazioni nascono le domande e la richiesta di risposte.

La vasta iniziativa "le 100 domande sull'Hpv" ha ben identificato i dubbi che animano le donne: Come mi sono infettata? È possibile infettarsi anche senza rapporti sessuali? L'Hpv ha conseguenze sulla gravidanza? Se la diagnosi è clinica, come posso esserne certa? Avrò sempre l'infezione? Posso prevenire il contagio mio e degli altri? È possibile il passaggio a ping-pong? Avrò il cancro? Co-

sa devo dire al mio partner? Cosa devo fare per guarire?

Numerosi studi hanno documentato come queste domande siano comuni a tutte le età e gli strati sociali. Alcune indagini hanno tuttavia sottolineato come le donne giovani siano più interessate ad avere informazioni sui tipi "basso rischio".

Proprio la difficoltà nel comprendere la differenza tra tipi a basso e alto rischio è probabilmente uno dei punti critici della comunicazione della diagnosi di infezione. Altri sono la sovrastima del rischio di cancro e la relazione tra l'infezione da Hpv e l'esito del Pap-test.

Oggi la principale fonte di informazione rispetto alle problematiche relative alla salute sono i media. Un'osservazione valida anche per l'infezione da Hpv. I medici e i ginecologi non possono però lasciare ad altri il compito di informare. Anche se vi sono iniziative che forniscono alla donna materiale utile per informarsi, il colloquio medico-paziente deve rimanere il momento principale per la donna per ottenere tutte le informazioni di cui necessita. Il ginecologo, da parte sua, deve imparare a offrire un'informazione facile da comprendere, aggiornata, basata sulle evidenze, trasparente sui limiti e capace di indicare possibilità di approfondimento. Infine ogni comunicazione deve essere mirata alle esigenze che la donna ha in quel momento. Conoscere migliora la cura.

ANTEPRIMA
CONGRESSO
SIGO-AOGOI

FORMAZIONE: LE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE

Gli insegnamenti coincidono con le reali necessità?

Ernesto Tajani

Ostetrico ginecologo,
Ospedali di Terlizzi e Corato

L'Università italiana con le Scuole di Specializzazione ha avuto un ruolo trainante per lo sviluppo dell'Ostetricia nell'ultimo secolo. Oggi tuttavia il modello di formazione del medico adottato dall'Università viene ritenuto inadeguato ai tempi e al nuovo profilo del paziente.

È convincimento diffuso che si debbano rivedere i percorsi formativi, arricchendoli e razionalizzandoli, coinvolgendo nella formazione le strutture ospedaliere italiane più qualificate oltre a prestigiosi centri esteri, con l'obiettivo di formare specialisti in grado di operare con competenza ed efficienza appena immessi nel Sistema sanitario nazionale. Ciò a vantaggio dell'utenza e con risparmio per il bilancio della sanità. Attual-

mente, invece, può accadere che giovani specialisti inizino il vero percorso di apprendimento solo quando assunti in ospedale: "imparano facendo", grazie all'aiuto dei colleghi più anziani e più esperti.

La poca esperienza pratica non è dovuta alla cattiva qualità dell'insegnamento, ma alla difficoltà che alcune università incontrano nel gestire consistenti numeri di allievi con carenza di personale docente e con una significativa riduzione dei posti letto che limita la casistica disponibile. Ne deriva che non tutti potranno essere seguiti con la stessa cura e assiduità e farsi una sufficiente esperienza.

Un primo passo nella riforma dell'insegnamento potrebbe essere il riconoscimento di un ruolo più incisivo nella formazione al Servizio sanitario nazionale, creando finalmente quegli "ospedali d'insegnamento" tante volte proposti ma mai veramente realizzati, pur esistendo norme di legge ben precise in proposito (Decreto Legislativo 517).

Le strutture pubbliche, che si distinguono per livello scientifico-assistenziale e per adeguata casistica, dovrebbero assumersi questo compito, conservando la propria autonomia ma articolandosi con le scuole di specializzazione in una sorta di dipartimento integrato ospedaliero-universitario.

Di certo non mancherebbero gli effetti positivi: l'abolizione dell'arcaico dualismo università-ospedale, che si risolve solo in un danno per la Sanità, minore affollamento nelle cliniche universitarie, con maggiore possibilità di coinvolgere i giovani nelle attività pratiche, impiego dei medici ospedalieri più esperti nel ruolo di tutor e un apporto di forza lavoro negli ospedali, utile anche all'espletamento di attività scientifiche e di ricerca.

Potrebbero, inoltre, essere adottate a pieno titolo le linee guida pubblicate fin dal 1998 e poi aggiornate nel 2005 da "The Uems Section of Obstetrics and Gynaecology" e da "The European Board and College of Obstetrics and Gynaecology" (Ebcog), che elencano un numero minimo di atti tecnici che ogni specializzante deve aver eseguito in prima persona nei cinque anni di corso.

In Italia molte scuole di specializzazione hanno previsto dei programmi simili nei cinque anni di corso, ma purtroppo non sempre riescono ad attuarli per le difficoltà già esposte. Sarebbe, invece, molto importante che quel numero minimo di procedure diagnostiche e di interventi previsti venissero rag-

giunti non solo per fini formativi, ma anche per svelare al giovane stesso la sua vera inclinazione o un suo particolare talento.

Un secondo passo sulla via del rinnovamento potrebbe consistere in una nuova attenzione alla sala parto e al parto stesso.

Infatti il grande sviluppo della medicina fetale e della diagnostica prenatale, i progressi nella gestione della gravidanza a rischio, l'affinamento delle tecniche di monitoraggio del travaglio hanno in qualche modo ridimensionato il parto sottraendogli molta dell'importanza che gli si attribuiva prima.

Oggi abbiamo ottimi ecografisti, esperti perinatologi, ma vanno diminuendo i bravi ostetrici: quelli che nei momenti di difficoltà sono chiamati a risolvere con competenza e rapidità i problemi che un parto distocico, a volte in modo imprevedibile, presenta.

Si è forse banalizzato il rischio legato alla nascita affidando spesso il travaglio ai meno esperti, dimenticando che l'assistenza alla nascita costituisce forse la parte più difficile della nostra professione, certamente quella che ci carica delle maggiori responsabilità. Occorre quindi



Ernesto Tajani

che i docenti più esperti si dedichino con rinnovato impegno alla sala parto trasmettendo ai giovani quel patrimonio di conoscenze teorico-pratiche indispensabili all'esercizio dell'antica arte dell'aiutare a nascere. Una particolare attenzione deve essere dedicata alla modernizzazione degli strumenti impiegati nel percorso formativo. Le possibilità che i fu-



turi ostetrici possano assistere in prima persona a numero tale di parti distorcibili da acquisire manualità e controllo emotivo non è alta. Ancora minore esperienza riusciranno a maturare nel campo delle urgenze ed emergenze ostetriche che per fortuna hanno una bassa incidenza. Le tecniche di simulazione con l'impiego della realtà virtuale possono fornire un utile supporto proprio nel campo ostetrico dove non è possibile esercitarsi in vivo. Sono stati perfezionati scenari per l'eclampsia, l'emorragia post partum, la presentazione podalica e la distocia di spalle. Anche il forcipe è stato impiegato utilizzando simulatori e realtà virtuale. Inoltre il comportamento più corretto da tenersi in corso di urgenze ed emergenze ostetriche può essere appreso per mezzo di simulazioni con manichini interattivi (high-tech o low-tech), correggendo gli errori soprattutto nell'ap-

prendimento dei cosiddetti basic skills.

Uno spazio di rilievo nel percorso formativo andrebbe riservato all'insegnamento delle tecniche di comunicazione. L'ostetrico ospedaliero deve saper amalgamare con i colleghi, ma deve, innanzitutto, stabilire una comunicazione empatica con quel soggetto emotivamente fragile che è la gestante o la donna in travaglio. Costruendo un buon rapporto con la donna che si assiste si creano i presupposti per un buon esito della gravidanza e del parto, e si esorcizzano le vertenze medicolegali nella malaugurata ipotesi di insuccessi.

Infine, resta aperta una questione che si situa a monte di ogni percorso formativo: i meccanismi di accesso alle scuole di specializzazione. Siamo sicuri che quello oggi in uso sia adeguato allo scopo? Attualmente, non si prendono in considerazione importanti doti come la capacità di riflettere e di ragionare o la capacità deduttiva, non si valuta la passione per la professione, un eventuale talento per un settore specifico della specializzazione, la capacità di dominare le emozioni in situazioni critiche, le capacità

relazionali. Non si tenta una valutazione attitudinale tramite colloqui con docenti esperti nella disciplina e psicologi, anche per aiutare il giovane a scegliere consapevolmente la propria strada.

La prova d'ammissione, esclusivamente di carattere nozionistica, finisce per privilegiare i concorrenti dotati di buona memoria e qualche volta i più furbi. Non che manchino le soluzioni a questa impasse. Un aiuto importante all'orientamento e alla valutazione del giovane potrebbe venire già dagli ultimi anni di studio universitario prima della laurea. L'internato nella Clinica prescelta dovrebbe prevedere un maggior coinvolgimento attivo nelle varie attività che vi si svolgono e una particolare attenzione da parte del tutor a cui lo studente è assegnato. Questi alla fine dovrebbe esprimere un giudizio che serva a valutare e a indirizzare il futuro medico. Il giudizio verrebbe preso in opportuna considerazione in sede di corso di ammissione alla specializzazione.

Una selezione fatta con superficialità può far perdere alla sanità futuri specialisti di buon livello o viceversa diplomare Ostetrici poco portati verso quella specifica attività che negli anni continueranno a esercitare a livelli modesti e con scarse soddisfazioni professionali, delusi e "con in tasca i propri sogni avvizziti..."

CONTENZIOSO MEDICO-LEGALE

L'alleanza terapeutica, il migliore strumento preventivo

Pier Francesco Tropea
Ginecologo, esperto di ginecologia forense

Non si può mettere correttamente a fuoco la problematica del contenzioso legale medico-paziente senza indagare, seppur brevemente, le motivazioni che hanno condotto al suo incremento nella realtà italiana. Molteplici sono infatti le ragioni che possono spiegare, se non giustificare, una denuncia della paziente nei confronti del proprio ginecologo, la cui finalità non è tanto quella di concretizzare una vendetta o una ritorsione rivolta al proprio consulente (ritenuto colpevole di una condotta professionale imperita o negligente), quanto di conseguire un risarcimento in termini economici di un danno più o meno grave subito dalla paziente stessa.

Va preliminarmente sottolineato che in questi ultimi anni il rapporto medico-paziente è pro-

fondamente mutato: è definitivamente tramontata la posizione paternalistica del medico, depositario indiscusso delle iniziative terapeutiche intraprese nei confronti del malato. Si è venuta invece affermando una completa autonomia del paziente circa la scelta del trattamento terapeutico da attuare nel singolo caso. Ciò ha comportato la necessità per il medico di acquisire un preliminare consenso del paziente stesso per ogni atto diagnostico o curativo di cui il malato sia un potenziale destinatario.

L'autonomia decisionale del malato non nasce casualmente, ma si richiama alle norme della costituzione italiana laddove agli articoli 2 e 13, viene affermata l'invulnerabilità della libertà personale, mentre più specificamente l'art. 32 di detta legge costituzionale sancisce il divieto al medico di praticare qualsiasi trattamento sanitario senza il preventivo consenso informato del paziente.

Volendo esaminare in modo analitico le ragioni che muovono il paziente a chiamare in causa il proprio medico è indubbio che la diffusione di una garanzia assicurativa che copre sia il medico sia la struttura sanitaria ha reso consapevole il malato del fatto che, in caso di evento dannoso occorso in ospedale, la società di assicurazione provvederà, a seguito di procedura giudiziaria o in via transattiva, al risarcimento economico del danno, lasciando (salvo rari casi di accertata colpa grave del medico) quest'ultimo indenne da oneri finanziari. Inevitabilmente ciò sollecita il paziente ad avanzare una richiesta di risarcimento che in definitiva non colpisce direttamente il sanitario. Inoltre, un forte incentivo ad accendere un contenzioso giudiziario per colpa medica proviene da alcuni studi legali, la cui pubblicità persegue l'obiettivo di illustrare al paziente la concreta possibilità di trattamento medico.

Un ulteriore contributo viene inoltre dalla diffusione, presso l'utenza, del convincimento della "naturalità" dell'evento parto, il cui esito obbligato deve necessariamente essere rappresentato dall'assenza di danno per la puerpera e dall'ottenimento di un bambino vivo, vitale ed esente da qualsiasi handicap presente o futuro. Sulla base di tale assunto, nel comune sentire della popolazione, è ben radicata la convinzione che qualsiasi anomalia del parto che si caratterizzi per un danno al feto o alla madre debba essere ricondotta, non già a una patologia intercorrente, ma a un difetto di diligenza o di competenza dell'ostetrico.

Tale argomento può avere un suo fondamento nel caso in cui una causa patologica sopravvenuta in corso di gravidanza o di travaglio di parto richieda un intervento attivo, in realtà ome-

so, da parte dell'ostetrico, sebbene in tali casi, ai fini dell'accertamento della colpa medica, venga richiesta la dimostrazione dell'esistenza di un nesso di causalità tra la condotta del medico e l'evento dannoso.

Un motivo di contenzioso di grande rilevanza in ragione della sua sempre maggiore incidenza è costituito dalla mancata diagnosi prenatale di un'anomalia morfologica del feto, in quanto la grande disponibilità di strumenti tecnici sofisticati, rendendo possibile una raffinatezza diagnostica fino a qualche anno fa inimmaginabile, ha in un certo senso contribuito a creare un'aura di infallibilità del medico in campo diagnostico. Di conseguenza, l'errore diagnostico prenatale, in genere di tipo ecografico, non viene in alcun modo considerato possibile dalla gestante, se non nel caso in cui l'operatore abbia omissso la comune perizia o la dovuta diligenza.

Il problema dell'errore diagnostico prenatale, considerato oggi di palpitante attualità, ha un suo preciso riscontro di ordine pratico in quanto il mancato accertamento prenatale di una patologia malformativa del feto impedisce alla gestante di ricorrere a una interruzione cosiddetta



Pier Francesco Tropea

ta terapeutica di gravidanza. In tali casi, la donna possiede il pieno convincimento che sia a lei impedito l'esercizio di un assoluto diritto all'aborto di cui la gestante si sente depositaria dal momento in cui acquista consapevolezza di essere portatrice di un feto malformato.

Nella realtà giuridica e nell'applicazione delle norme da parte della giurisprudenza non esiste invece alcun automatismo tra la scoperta prenatale di un'anomalia del feto e il diritto della donna a interrompere la gravidanza. Ai fini della legittimità del ricorso all'aborto al di là del 1° trimestre di gestazione è infatti necessario giungere a dimostrare che l'avvenuta conoscenza da parte della gestante di essere portatrice di un feto malformato conferisce il diritto al-

l'interruzione della gravidanza solo nei casi in cui tale consapevolezza ha determinato un danno alla salute fisica o psichica della madre. Quest'ultima condizione patologica, poi, deve essere documentata attraverso una certificazione medico-psichiatrica.

In queste circostanze, la giurisprudenza italiana ha chiarito che non esiste un diritto del feto a non nascere se non sano, il che configurerebbe (se si ricorresse all'aborto) una "eugenesi prenatale" che non è contemplata dal nostro ordinamento. Inoltre, una siffatta interpretazione giurisprudenziale conferirebbe al bambino nato malformato un diritto al risarcimento del danno consistente nel non aver impedito la sua na-

rebrale neonatale, cui fa seguito l'errore diagnostico prenatale in caso di malformazioni del feto.

È piuttosto frequente altresì la chiamata in giudizio dell'ostetrico nel caso di handicap fetale conseguente a una distocia delle spalle in corso di parto per via vaginale, segue in ordine numerico l'evenienza del danno subito dalla paziente in coincidenza con un intervento chirurgico praticato o omesso dal ginecologo.

Tutto ciò premesso, è opportuno richiamare le strategie che il medico deve porre in essere onde evitare l'insorgenza di un contenzioso giudiziario dagli esiti imprevedibili e comunque altamente pregiudizievoli per il sa-

nalizzato a ottenere dalla paziente un consenso che non sia uno strumento burocratico solo formale e protettivo per il medico, ma il frutto di un convincimento della malata, maturato a seguito di un'informazione puntuale e obiettiva.

L'obiettivo che il medico deve proporsi consiste nell'attuazione di un'alleanza terapeutica che rappresenta lo strumento più valido per il raggiungimento di una rapida guarigione della malata stessa.

Una misura autoprotettiva essenziale per l'operatore sanitario è costituita invece dalla minuziosa compilazione della cartella clinica nella quale venga annotato ogni atto diagnostico o

di salute del feto, rendendo in tal modo possibile la valutazione della correttezza della condotta dell'ostetrico, sia sul piano dell'iniziativa terapeutica assunta, sia su quello dell'astensione rispetto a un eventuale intervento attivo invocato (come omesso) dalla paziente in fase processuale.

CELLULE STAMINALI

Il ruolo della bioetica nella società

Ughetta Vergari

Dipartimento di Filologia classica e Scienze filosofiche, Università del Salento

Negli ultimi decenni, la costante evoluzione della ricerca scientifica e delle applicazioni tecnologiche che da essa sono derivate hanno indubbiamente garantito alla società dei benefici in ambito culturale, economico, medico, ma, contemporaneamente, il susseguirsi sempre più rapido delle nuove conoscenze biologiche e mediche ha anche cambiato profondamente la nostra concezione della salute e della malattia e persino di cosa sia l'essere umano.

In questo scenario si colloca la bioetica, cioè quella disciplina che si propone di comprendere quali applicazioni e quali conseguenze si potranno verificare a partire dai risultati ottenuti dagli studi scientifici. Essa si è sviluppata come luogo di incontro tra diversi saperi, sia scientifici che umanistici, col fine di individuare quei principi etici che possano guidare le scelte dell'uomo nell'ambito delle scienze della vita e di delineare le regole di un agire che, per quanto al passo con gli sviluppi della scienza, sia anche rispettoso della natura stessa dell'uomo. I temi bioetici, del resto, toccano aspetti fondamentali della vita umana e, forse proprio per questo, soprattutto negli ultimi tempi, è stato possibile riscontrare un significativo aumento dell'attenzione a essi rivolta, non solo nell'ambito accademico, ma anche da parte dell'opinione pubblica e dei mass media.

Tra i nuovi ambiti della scienza che necessitano di una riflessione approfondita e con i quali la bioetica si viene a confrontare c'è sicuramente quello relativo alla ricerca sulle cellule staminali. Si tratta di un campo di ricerca che apre nuovi scenari di cura per diverse patologie, anche gravi, ma che richiede, con-

temporaneamente, un'attenta valutazione etica strettamente correlata anche alle diverse fonti da cui è possibile ottenere le cellule staminali. In particolare, il dibattito pubblico è diventato particolarmente infuocato quando si sono utilizzate le cellule staminali embrionali, perché per ottenerle si deve procedere alla distruzione di embrioni umani. Ne consegue, pertanto, che la valutazione sull'eticità o meno della ricerca sulle staminali embrionali differisce soprattutto in base al valore che i diversi approcci culturali, religiosi e legislativi danno all'embrione umano nelle sue prime fasi di sviluppo.

Inoltre, l'utilizzo di cellule staminali, in particolare di quelle derivate dall'embrione e dal cordone ombelicale, comporta anche un'attenta riflessione in ambito biopolitico, perché, richiedendo la creazione di apposite banche dove le cellule staminali possano essere raccolte e tipizzate, deve fare i conti con le reali possibilità di accesso a tali banche, in un'ottica di giustizia sociale e di pari opportunità. Di qui la necessità di sviluppare efficaci politiche, che, da un lato, garantiscano l'accesso a tali banche, in modo che tutti i cittadini possano usufruire dei possibili benefici offerti dalla ricerca scientifica, e, dall'altro, siano basate su principi etici rispettosi anche della pluralità dei valori espressi dalle diverse culture.

Da quanto detto appare chiaro come l'ampia gamma delle questioni sociali, giuridiche, politiche, economiche, religiose e filosofiche connesse allo sviluppo delle scienze della vita determinino anche una continua trasformazione della società e, in questo scenario, il ruolo della bioetica prima, e della biopolitica poi - lungi dal voler rappresentare un'invasione del pubblico nel privato - diviene invece determinante per valutare quali possano essere le alternative valide e quali i valori condivisi in una società democratica e multiculturale.



Ughetta Vergari



scita, cosa che appare non ammissibile anche sul piano squisitamente etico, oltre che giuridico.

Pertanto, se si vuole analizzare la casistica giudiziaria in ordine di incidenza numerica delle cause di contenzioso giudiziario in campo ostetrico-ginecologico vanno considerati innanzi tutto gli eventi ostetrici che conducono a una morbilità o a una mortalità perinatale, con particolare riguardo alla paralisi ce-

nitario chiamato a risponderne. È indispensabile innanzi tutto instaurare un franco ed esaustivo dialogo con la paziente, svolto su basi paritarie, eliminando atteggiamenti velleitari di supremazia culturale da parte del medico, con l'obiettivo dichiarato di spiegare alla paziente tutti gli aspetti del trattamento terapeutico programmato, con particolare riguardo ai rischi, ai vantaggi e alle alternative terapeutiche possibili. Il tutto è fi-

terapeutico attuato. In tal modo, "a posteriori", potrà risultare da parte di qualsiasi perito, la ricostruzione della corretta condotta del medico.

In campo ostetrico, è essenziale corredare la cartella clinica degli esami concernenti il benessere fetale, con particolare riguardo alle ecografie e ai tracciati cardiocografici praticati che, a tutt'oggi, rappresentano lo strumento più idoneo per valutare in fase prenatale lo stato

CONGRESSO
SIGO-AOGOI