

# Periti e consulenti: sempre all'altezza del loro compito?

Perizie superficiali, lacunose o errate non sono purtroppo casi sporadici. A monte, un sistema che regola l'attività degli albi dei Ctu ormai "anacronistico". Da riformare, come l'Aogoi chiede da anni. Ecco come si potrebbe voltare pagina.



### ■ Medicina di genere

Ancora troppi i medici la ignorano. L'approccio di genere stenta ad affermarsi. Ecco perché l'iniziativa Aogoi-Fondazione Lorenzini è una vera sfida

### ■ Linee guida taglio cesareo

Publicata la seconda parte delle linee guida sul Tc. L'Aogoi le sottoscrive, ma con alcune riserve. Le "osservazioni" riguardano 5 raccomandazioni

### ■ Pma eterologa

Il diritto del nato a conoscere la verità. Problema etico o di biodiritto? Il nuovo documento del Comitato di bioetica e l'intervista a Carlo Flamigni

# Gynefam<sup>®</sup> ORO



PER LA **GRAVIDANZA**



## VITAMINE e MINERALI

	mg PER BUSTA	% RDA
Vitamina PP	14	88
Acido pantotenico	6	100
Vitamina B2	1,4	100
Vitamina B6	1,4	100
Vitamina B1	1,1	100
<b>Folato</b>	0,40	200
Vitamina H	0,05	100
Vitamina D	0,005	100
Vitamina B12	0,0025	100
<b>Calcio</b>	250	31
<b>Magnesio</b>	200	53
<b>Ferro</b>	30	214
Zinco	10	100
Fluoro	0,7	20
Iodio	0,175	117
Selenio	0,055	100

RDA: Livelli di Assunzione Giornaliera Raccomandata

Gli integratori non vanno intesi come sostituti di una dieta varia ed equilibrata e di uno stile di vita sano

**INTEGRATORE OROSOLUBILE IN BUSTINE,  
SI SCIoglie IN BOCCA SENZA ACQUA**

**GIA' DAL 1°  
TRIMESTRE**

## 5

**Vito Trojano**

*“Sarà impossibile ottenere risultati positivi senza un grande lavoro di squadra”*



## 7

**Figo2012**

*Il programma di Fellowship realizzato dal Comitato organizzatore locale presieduto da Giovanni Scambia*



5

**Anticorpi contro la crisi**

Vito Trojano

6

**FIGO 2012****L'anno della ginecologia italiana**

Carlo Sbiroli

**“Sarà l'edizione con il maggior numero di fellowships”**

Intervista a Giovanni Scambia, presidente del Comitato organizzatore locale

8

**FOCUS ON****Periti e consulenti tecnici: sempre all'altezza del loro compito?****Il Punto** Chi sono i colleghi che lavorano nei tribunali**L'intervista** “L'attuale sistema che regola gli albi dei Ctù è inadeguato e anacronistico”

Intervista a Benedetto Fucci

**La proposta** Il testo della proposta di legge d'iniziativa Fucci

“in materia di consulenti tecnici del giudice nelle discipline medico-chirurgiche”

**Le Italie della salute**

Vania Cirese

13

**Linee guida taglio cesareo: Scarsa attenzione dell'Iss alle osservazioni dell'Aogoi**

Carmine Gigli

16

**Pma eterologa: il problema etico del diritto del nato a conoscere la verità**

Stefano Simoni

17

**“La conoscenza delle proprie origini biologiche è un problema di biodiritto”**

Intervista a Carlo Flamigni

18

**Medicina di genere: un decollo difficile**

Andrea Peracino

19

**Un grande evento per la rinascita dell'ostetricia ginecologia campana**

Davide De Vita

21

**Liberalizziamoci...con giustizia**

Carlo Maria Stigliano

22

**AGITE****Programmi e buoni propositi per il 2012**

Giovanni Fattorini

23

**Profili più frequenti nel contenzioso ginecologo paziente**

Pier Francesco Tropea

24

**AIO****L'orgoglio di essere una squadra**

Antonella Marchi

27

**Intramoenia: scadenza anticipata al 30 giugno 2012**

Carmine Gigli

27

**RUBRICHE****Meditazioni**

Giuseppe Gragnaniello

29

**Fatti&Disfatti**

Carlo Maria Stigliano

## 9

**Benedetto Fucci**

*“Necessarie le massime garanzie in termini d'imparzialità e soprattutto di capacità tecnica di giudicare l'operato del medico”*



## 13

**Linee guida sul taglio cesareo**

*Partecipa al forum di discussione attivo su aogoinetwork.it*

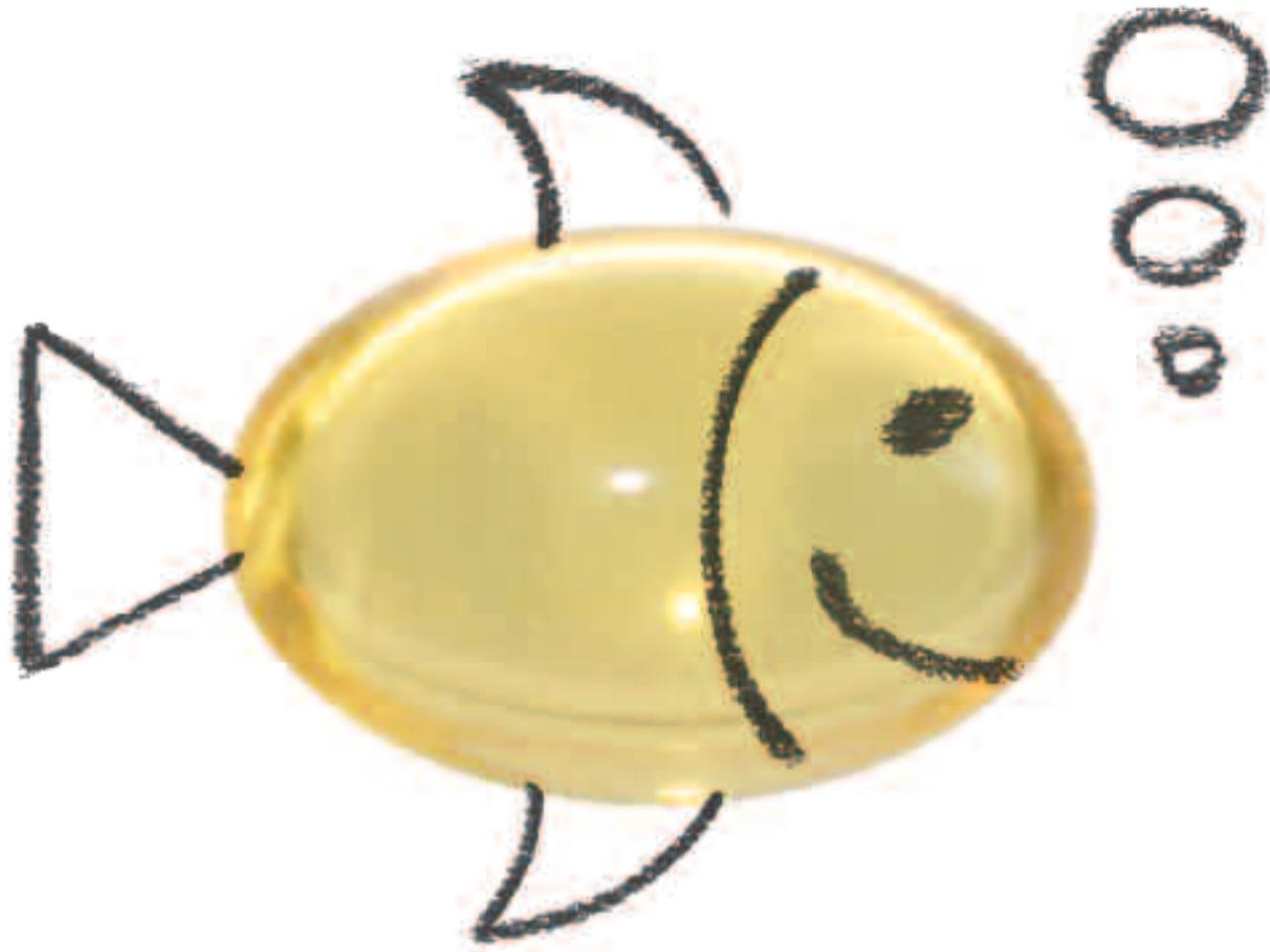
## 16

**Pma eterologa**

*In questa intervista Carlo Flamigni spiega il suo dissenso sul nuovo documento del Cnb*

# NUOVO MULTICENTRUM MATERNA DHA

LA COMPLETEZZA E LA QUALITÀ DI SEMPRE  
(con qualcosa in più)



LA LINEA DI INTEGRATORI MULTICENTRUM MATERNA SI ARRICCHISCE DI UN NUOVO PRODOTTO

Multicentrum Materna DHA contiene tutte le vitamine e i principali minerali con l'aggiunta di DHA, un nutriente importante per il benessere della mamma e del bambino.

#### IL NOSTRO DHA

L'olio di pesce contenuto nella formulazione di Multicentrum Materna DHA è stato scelto per la sua elevata concentrazione di DHA e la sua purezza, requisiti essenziali per l'integrazione in gravidanza e allattamento.

#### FONTE DICHIARATA

(DHA da olio di pesce)

#### DHA IN FORMA FISIOLGICAMENTE ATTIVA

(esteri di trigliceridi)

#### TRATTATO PER EVITARE IL REFLUSSO

(raffinato/deodorizzato)

#### QUALITÀ E PUREZZA ELEVATE

(trattato per eliminare i contaminanti ambientali)

#### RAPPORTO OTTIMALE EPA:DHA 1:5

(simile al latte materno)

#### 200 MG AL GIORNO

(come raccomandato dalla Comunità Europea)



# Anticorpi contro la crisi

di Vito Trojano  
Presidente Aogoi

L'anno che si è aperto da poco ha al centro un appuntamento per noi importantissimo: il Congresso mondiale di ginecologia. Nonostante la morsa della crisi, che ci preoccupa come cittadini e ancor più come operatori della sanità pubblica, "il 2012 promette di essere un anno fortunato per la ginecologia italiana", come scrive Carlo Sbiroli, con una punta di sano ottimismo, nel suo articolo dedicato al congresso Figo. In effetti, a parte le difficoltà e lo sforzo organizzativo e di coordinamento che un evento di questa portata richiede, sono tanti i motivi per essere orgogliosi. Il fatto di "giocare in casa" comunque ci dà anche una grande responsabilità. Come in una partita giocata in casa, la nostra squadra non solo non può permettersi di perdere ma deve anzi mostrare il suo miglior biglietto da visita: "chi siamo, cosa facciamo e dove stiamo andando".

Anche per questo presenteremo un Libro Bianco in cui ripercorriamo il lavoro svolto dalla nostra società scientifica con le istituzioni, sviluppando in particolare due tematiche: lo stato dell'arte nella realizzazione e nello sviluppo dei Punti nascita e la realtà del contenzioso medico legale in ostetricia e ginecologia. Sappiamo bene che gli occhi del mondo ginecologico saranno puntati su Roma e in questa straordinaria vetrina mondiale vogliamo mettere in luce i risultati raggiunti dalla ginecologia italiana in proiezione verso il futuro. Di qui, la scelta di dare più spazio ai giovani, scelti tra i professionisti che hanno pubblicato su riviste internazionali "impattate". Gli argomenti principali dei loro interventi verteranno sull'oncologia ginecologica, in particolare per il tumore dell'ovaio e il cervico-carcinoma; gli screening in ostetricia, per definire lo stato dell'arte nella prevenzione; le nuove evidenze nell'applicazione degli ultrasuoni nella medicina fetale; la sessualità, con particolare attenzione allo specifico degli adolescenti; l'isteroscopia; l'emergenza in ostetricia e ginecologia.

In tutti gli "slot" saranno presenti anche i rappresentanti delle società specialistiche del mondo della ginecologia che fanno riferimento a noi e che, accogliendo



**La nostra agenda 2012 prevede un programma di lavoro ampio e impegnativo. Per questo sappiamo che sarà impossibile ottenere risultati positivi senza mettere in campo una grande alleanza, un lavoro di squadra che valorizzi tutti i protagonisti delle nostre associazioni, dai vertici nazionali alle realtà locali**

do le indicazioni di Sigo e Aogoi, hanno rinunciato a tenere i propri congressi annuali per concentrare tutte le energie nell'appuntamento di Roma.

Come sapete, dopo il mondiale di Kuala Lumpur il ruolo del paese ospitante è stato molto ridimensionato, questo però non ci ha impedito di ritagliarci un ruolo incisivo in seno al Congresso. Oltre ad aver acquistato spazi congressuali liberi (slot) per poter dare più spazio ai nostri relatori con sessioni dedicate alla ricerca e alle esperienze made in Italy, abbiamo puntato molto su due eventi pregressuali che nelle edizioni precedenti erano più marginali: i corsi teorico-pratici, coordinati da Luis Cabero Roura, e il programma di fellowship, gestito dal Comitato organizzatore locale, presieduto da Giovanni Scambia. Al di là del loro aspetto scientifico, queste due iniziative formative sono importanti perché rappresentano una straordinaria occasione di cooperazione sanitaria, di interazione e scambio di esperienze che avviene non tra i quattro pannelli di una sala congressuale ma all'interno di quella che è davvero la nostra seconda casa: l'ospedale.

Malgrado le grandi energie che questa prossima scadenza necessariamente assorbe, non possiamo certo trascurare i rapporti che l'Aogoi sta sviluppando, sempre più intensamente, con le realtà istituzionali della sanità italiana. A cominciare dalle Commissioni parlamentari di Camera e Senato e dal ministero della Salute. L'anno appena concluso ha fatto registrare, proprio in ragione di questi positivi rapporti istituzionali, innovazioni e successi che non dobbiamo lasciar

cadere. Penso innanzi tutto al decalogo sui Punti nascita approvato dal ministro Fazio, del quale dobbiamo seguire con attenzione la concreta attuazione, affinché la riorganizzazione della rete ospedaliera si realizzi in ciascuna Regione promuovendo la salute materna infantile nel pieno rispetto del contributo professionale degli operatori. E proprio su quest'ultimo argomento sono stato convocato per un'audizione alla Commissione Igiene e Sanità del Senato il prossimo 21 febbraio.

Per la stessa ragione, e con i medesimi obiettivi, seguiremo l'evoluzione del nuovo Patto per la Salute, attualmente in via di definizione tra Governo e Regioni. Definire finanziamenti e obiettivi per il Ssn dei prossimi anni non è, ne siamo convinti, questione che interessi solo gli amministratori, ma è invece un elemento essenziale che deve stare a cuore a tutti i professionisti della sanità. A questo riguardo siamo convinti di poter dare suggerimenti utili per ridurre gli sprechi senza derogare alla qualità della nostra sanità. Su questo punto, cruciale e delicato, non dobbiamo abbassare la guardia. Sia riguardo le prospettive future, perché l'investimento in sanità, pur ad altissimo rendimento, "ha un difetto essenziale per la classe politica: è a redditività differita", come bene scrive Vania Cirese nell'articolo "Disegnare il futuro nelle Italie del-

chezza costata anni di studio e di lavoro, che non sarebbe facile reintegrare. Sulla salvaguardia della qualità della nostra assistenza dunque vigileremo: la salute non è un bene voluttuario e il diritto alle cure migliori è un valore che anche in tempo di crisi non può essere declassato.

In quest'ottica seguiremo con attenzione il progetto dei poli di eccellenza, affinché si giunga presto all'individuazione degli ospedali di insegnamento, definendo gli standard qualitativi efficaci per la concreta realizzazione dell'integrazione ospedale/territorio.

A questo progetto si legano due aspetti essenziali per il futuro della nostra professione: la volontà di dare sempre migliori strumenti alla

formazione dei giovani ginecologi e la scelta di sostenere la ricerca ospedaliera, come elemento fondamentale per la riqualificazione degli stessi. Siamo consapevoli che la nostra agenda 2012 prevede un programma di lavoro

ampio e impegnativo. E proprio per questo sappiamo che sarà impossibile ottenere risultati positivi senza mettere in campo una grande alleanza, un lavoro di squadra che valorizzi tutti i protagonisti delle nostre associazioni, dai vertici nazionali alle realtà locali. Questo sarà un ottimo rodaggio anche in vista di altre importanti tappe future. Prima tra tutte quella di cui parla l'amico Giovanni Fattorini nel suo articolo, invitando "ad assumere tutte le iniziative per aggregare le forze presenti nel mondo dell'associazionismo ginecologico in vista dell'obiettivo comune di un Collegio unico dei ginecologi italiani". Un sogno che oggi, in questo contesto difficile, assume un significato, anche simbolico, ancora più forte.

Mai come ora la classe medica, per prima la ginecologia, è chiamata a dare un segnale alto, di tenuta del nostro Ssn. Sappiamo bene che se finora la "nave" ha retto è stato anche grazie all'impegno e al sacrificio personale di migliaia di operatori della salute. Ma non possiamo tirarci indietro. Al contrario, dobbiamo aumentare i nostri anticorpi contro una rassegnata, impotente resa alle conseguenze dei tagli e dei piani di rientro che tocchiamo con mano ogni giorno. Ognuno di noi, dal primo all'ultimo anello della catena, può contribuire a migliorare le cose. Questo, in altra dimensione, vale anche nel nostro ambito associativo. Per conservare le tutele assicurative e legali, nostro fiore all'occhiello, ci aspettano alcune scadenze faticose dal punto di vista economico nei prossimi mesi, come spiega sempre Carlo Sbiroli nel suo articolo "L'anno della Ginecologia Italiana".

**Mai come ora la classe medica, per prima la ginecologia, è chiamata a dare un segnale alto, di tenuta del nostro Ssn**

Rivolgo quindi un invito a tutti i membri della famiglia Aogoi a sviluppare le migliori sinergie, a una piena partecipazione ai nostri progetti, ai nostri obiettivi.

Soprattutto ai segretari regionali Aogoi, che spesso definiamo i nostri "megafoni sul territorio", chiedo di perseverare con tenacia nel loro compito: essere tramite in ambedue le direzioni, portando in periferia le iniziative centrali e facendo arrivare al centro l'eco di ciò che accade nelle concrete realtà operative.

Soprattutto ai segretari regionali Aogoi, che spesso definiamo i nostri "megafoni sul territorio", chiedo di perseverare con tenacia nel loro compito: essere tramite in ambedue le direzioni, portando in periferia le iniziative centrali e facendo arrivare al centro l'eco di ciò che accade nelle concrete realtà operative.

Soprattutto ai segretari regionali Aogoi, che spesso definiamo i nostri "megafoni sul territorio", chiedo di perseverare con tenacia nel loro compito: essere tramite in ambedue le direzioni, portando in periferia le iniziative centrali e facendo arrivare al centro l'eco di ciò che accade nelle concrete realtà operative.



## L'anno della Ginecologia Italiana

**Il 2012 sarà un anno storico per la Ginecologia Italiana. Sarà l'anno in cui si svolgerà il Congresso Mondiale FIGO a Roma. Tanti i motivi per essere orgogliosi. Le difficoltà organizzative. L'incognita della crisi economica**

di Carlo Sbiroli

**Sicuramente sarà un mondiale all'insegna dell'austerità. Questo però non ridurrà il successo della manifestazione, almeno sul piano scientifico e partecipativo**

**L**e società scientifiche, come le persone, vivono anni fortunati e altri sfortunati: segnati da crisi, litigi, congiunture sfavorevoli, oppure da riconoscimenti a livello nazionale o internazionale, da successi nel campo degli studi clinici e della ricerca, da boom d'iscritti. Il 2012 promette di essere un anno fortunato per la Ginecologia Italiana. Anche se afflitte da problemi economici, come quasi tutte le altre società scientifiche occidentali, Sigo e Aogoi stanno facendo un notevole sforzo organizzativo e di coordinamento perché il Congresso Mondiale Figo 2012 possa registrare un buon successo. Certamente Roma rappresenta la sede ideale per ospitare una manifestazione di questo tipo. Ma non basta. È importante cogliere l'occasione per mostrare alla ginecologia internazionale il nostro "biglietto da visita": chi siamo, cosa facciamo, dove stiamo andando. In altre parole, è importante confrontarsi con gli altri. Abbiamo il grande vantaggio di giocare in casa. Non è poca cosa per sentirsi favoriti nel "buttare" nell'agone scientifico i nostri talenti. E, come sanno bene i dirigenti delle società scientifiche, tutto questo è terribilmente importante se si vuole crescere e porsi a livello delle nazioni più avanzate. Un confronto cui non si può e non si deve sfuggire. Anzi è necessario incentivare e sviluppare. L'atteggiamento di menefreghismo di alcuni è sgradevole e da condannare appieno.

### Gli occhi puntati su Roma

Non c'è dubbio che nei prossimi mesi gli occhi del mondo ginecologico punteranno su Roma. Cinque anni dopo Kuala Lumpur, dove fu assegnato il Congresso Figo a Roma, dopo l'*annus horribilis* dei litigi societari, dopo gli stravolgimenti politici, e nonostante la grave crisi economica che incombe, "...in questo 2012 - come ha detto il presidente dell'Aogoi Vito Trojano - dobbiamo essere uniti. Dobbiamo dimostrare cosa sappiamo fare ed esprimere il meglio di noi stessi, il nostro orgoglio".

Le società scientifiche italiane (e internazionali) di ginecologia sono a corto di fondi. I rubinetti delle case farmaceutiche si sono prosciugati. L'Aogoi sta cercando di mantenere alcuni privilegi di copertura legale e di aggiornamento clinico-scientifico per i propri iscritti. Ci aspettano alcune scaden-

ze faticose dal punto di vista economico. In luglio bisognerà dare soluzione ai problemi dello scudo legale, che significa probabilmente un esborso notevole di euro. E non avendo la bacchetta magica per risolvere questi problemi, si stanno facendo notevoli sforzi per evitare una sorta di recessione (nel senso di tornare alla situazione di 15 anni fa) in questo campo. È evidente che tutto questo influisce sulla partecipazione al Mondiale di ginecologia. Sì, avete capito bene: partecipazione e non organizzazione. Perché quest'ultima è appannaggio esclusivo della Figo.

### La macchina organizzativa

Nella realtà la Ginecologia Italiana si è venuta a trovare nella scomoda situazione di dover ospitare la manifestazione mondiale e, nello stesso tempo, non essere protagonista dell'organizzazione. Per capire come stanno precisamente le cose è bene cominciare dall'inizio. A Kuala Lumpur nel 2007, al momento dell'assegnazione del Mondiale all'Italia, vigeva la regola che la nazione a cui veniva assegnato il Congresso assumesse anche l'onere e l'onore di organizzarlo. Ma già due anni dopo a Città del Capo queste regole furono completamente cambiate. Le società scientifiche locali ospitanti il Congresso furono messe fuori gioco. La completa organizzazione della manifestazione fu avocata alla sede centrale Figo di Londra. Alle società scientifiche ospitanti fu lasciato solo il compito di nominare il Comitato Organizzatore Locale (Loc) al solo scopo di controllare localmente la fattibilità delle proposte impartite da Londra.

Inizialmente un assetto organizzativo di questo tipo ha creato qualche difficoltà, perché in diverse occasioni la non florida situazione economica e la rigida mentalità anglosassone si sono venuti a scontrare con la realtà italiana, e romana in particolare. Ma poi le cose si sono appianate. Attualmente l'organizzazione della manifestazione è a buon punto e molte difficoltà sembrano superate.

### Ma veniamo alla partecipazione italiana

La Figo ha consultato le principali società scientifiche, per stilare i temi (topics) delle principali sessioni del congresso e i nomi dei relatori leader. Fra questi ultimi ci sono numerosi italiani. Nelle vesti di Paese ospitante però l'Italia ha voluto assumere un

ruolo più incisivo, per far risaltare la ricchezza della sua esperienza culturale nel campo delle scienze ostetriche e ginecologiche. Per tale motivo Sigo e Aogoi hanno acquistato spazi congressuali liberi (slot). Questo ha permesso di organizzare sessioni con temi più strettamente legati alla realtà della ricerca italiana e con relatori nazionali. In questo modo il confronto con le realtà clinico-scientifiche delle altre nazioni sarà più diretto. Il tutto è stato approvato dal Comitato Scientifico Figo che ha valutato con attenzione gli argomenti proposti e l'*impact factor* dei singoli relatori.

Sigo e Aogoi si sono impegnate anche nel realizzare un **programma di fellowship** allo scopo di "promuovere la salute delle donne nei Paesi in via di sviluppo". Questo programma s'interesserà particolarmente della riduzione della mortalità materna. I partecipanti saranno selezionati dai Paesi in via di sviluppo e prenderanno parte a un programma di formazione nei nostri ospedali per circa due o tre settimane.

Infine sono stati definiti i **workshop pregressuali** che riguardano argomenti rilevanti di ostetricia e ginecologia. Si è approfittato della presenza di relatori esperti nei giorni del congresso per stilare programmi di grande interesse, basati su competenze prevalentemente pratiche. I corsi si svolgeranno in diversi ospedali romani, per cui la comunità scientifica romana è stata coinvolta appieno nell'organizzazione. I corsi saranno gestiti da ginecologi italiani e stranieri. E questo permetterà un confronto diretto tra i "nostri" ginecologi e i leader mondiali nei vari settori.

### Austero ma partecipato

Sicuramente sarà un mondiale all'insegna dell'austerità. Questo però non ridurrà il successo della manifestazione, almeno sul piano scientifico e partecipativo. Anche se è prematuro fare dei bilanci, e tanto meno trarre delle conseguenze, si può comunque dire che questo Congresso Mondiale una prima sfida l'ha già vinta: essere stati capaci, anche se tra difficoltà economiche e organizzative, di dare una grossa impronta italiana alla manifestazione. Essere stati capaci di guardare avanti. Scoprire i tanti elementi che renderanno il Congresso di Roma un luogo unico dove potersi incontrare, discutere, stringere amicizie. Sarà sicuramente un anno storico per noi ginecologi italiani.

### FIGO 2012 Fellowships Programme

## Scambia: "Sarà l'edizione con il maggior numero di fellowships"

Il programma di Fellowship realizzato dal Comitato organizzatore locale, presieduto dal professor Giovanni Scambia, rappresenta uno dei momenti più significativi del mondiale di ginecologia, non solo per le ricadute positive delle attività di cooperazione sanitaria ma anche per il loro valore simbolico. L'iniziativa consentirà ai giovani medici dei Paesi in via di sviluppo di frequentare alcuni ospedali italiani due o tre settimane prima dell'inizio del Congresso mondiale. "La sua organizzazione richiede un grande impegno, afferma Scambia in questa intervista, ma ci darà anche grandi soddisfazioni"



**Giovanni Scambia**  
Presidente del Comitato organizzatore locale FIGO 2012

#### Professor Scambia che cosa rappresenta il Congresso Mondiale per la ginecologia italiana?

Credo che sia un'occasione unica per la Ginecologia Italiana, come del resto intuibile visti gli sforzi che sono stati fatti per far accettare la candidatura di Roma che, come sapete, era in concorrenza con altre città europee.

L'importanza dell'evento è data sia dall'alto valore scientifico del convegno stesso nel quale vengono affrontati tutti i principali argomenti legati alla nostra disciplina (sono anche previste sessioni che affronteranno molti argomenti di interesse socio-sanitario legati alla salute femminile nel suo complesso), sia dal fatto che il convegno ci consentirà di porre la nostra attenzione, ma anche quella del mondo politico e istituziona-

le italiano, sulle principali complessità del settore in oggetto che ad oggi è uno dei più delicati dal punto di vista delle problematiche economico-sanitarie.

#### A che punto è l'organizzazione dell'evento?

Va specificato che l'organizzazione del programma scientifico è stata totalmente curata dalla sede FIGO di Londra, come riportato anche dal Prof. Sbiroli nell'articolo a fianco. Alla FIGO sono stati riservati degli spazi congressuali che la società stessa ha potuto gestire in modo autonomo in accordo con la FIGO, così come i corsi pre-congressuali, sempre coordinati dalla FIGO nella persona del Prof. Luis Cabero Roura.

Grande impegno è stato richiesto dalla Società Italiana per l'organizzazione del

programma di Fellowships, realizzato per consentire ai giovani medici dei Paesi in via di sviluppo di poter frequentare ospedali italiani due o tre settimane prima dell'inizio del Congresso stesso. Tale programma è stato gestito con successo dal nostro Comitato organizzatore locale; questa sarà, infatti, per la FIGO l'edizione con il maggior numero di fellowships.

#### Il congresso quindi si sta preannunciando come un successo per l'Italia

Mi auguro proprio di sì, anche se la crisi economica che sta coinvolgendo tutta l'Europa ci obbligherà a delle scelte di austerità riguardo ad alcuni aspetti organizzativi. Comunque, la portata dell'evento e la validità di alcune scelte, non ultima quella di Roma come sede congressuale, sta facendo registrare una notevole partecipazione dei Ginecologi ed Ostetrici di tutto il mondo e da parte delle aziende del settore.

## I 5 corsi pre-congressuali

I corsi, organizzati dal FIGO Committee for Capacity Building in Education and training (CCBET) in collaborazione con la Sigo, si svolgeranno in alcuni ospedali della Capitale. L'obiettivo di questi corsi, tenuti da illustri esponenti della comunità scientifica romana, è di fornire un percorso formativo di base a carattere eminentemente pratico.

Ricordiamo che tutti i corsi pre-congressuali avranno inizio la mattina di domenica 7 ottobre 2012 e che sarà possibile registrarsi ad un solo corso. L'iscrizione ad uno dei 5 corsi pre-congressuali, che prevede un costo di 100 euro (Iva inclusa), è subordinata all'iscrizione al Congresso mondiale

#### Corso di base in ecografia

Il corso, realizzato in collaborazione con la Società Italiana di Ecografia Ostetrica e Ginecologica (Sieog), si prefigge di fornire le conoscenze di base sulle tecniche ecografiche e sull'utilizzo delle apparecchiature. Particolare attenzione verrà data all'utilizzo dell'ecografia nella diagnostica di primo livello di patologie come la viabilità embrio fetale, gravidanze gemellari, placenta previa, situazione fetale, gravidanza ectopica, tumori ovarici e uterini (fibromi, polipi ecc). Presidenti del corso: **Eric Jauniaux** e **Dario Paladini**; Co-presidente: Prof. **Massimo Giovannini**, Ospedale Sandro Pertini

#### Diabete e gravidanza nei paesi a basso reddito

In partnership con la World Diabetes Foundation questo corso intende evidenziare l'importante influenza che il diabete ha sulla salute materna, come patologia non comunicabile che può portare a molte cause di mortalità sia per

la madre (pre-eclampsia, travaglio ostruito, emorragia post partum ecc) sia per i nuovi nati e gli adulti nel lungo termine. Il corso prenderà in esame anche le strategie per lo screening di base e il trattamento del diabete nei paesi a basso reddito.

Presidente del corso: **M.Hold** /



Co-presidente Prof. **Claudio Donadio**, Azienda ospedaliera S. Camillo

#### Emorragia post partum

L'emorragia post partum (PPH) è, come noto, la più importante causa di mortalità materna nel mondo. Il CCBET ritiene che a questa problematica debba essere dedicato uno specifico corso di formazione pratica. Il corso illustrerà l'utilizzo pratico del "balloon" attraverso i dispositivi e una serie di video sui trattamenti chirurgici (suture di B-Lynch, suture ipogastriche legatura delle arterie ipogastriche). Sono previste anche delle linee guida per il trattamento olistico della PPH.

Presidente del corso: **A. Lande** / Co-presidente Dott. **Elio Cinese**, Ospedale Fatebenefratelli

#### Corso di base in endoscopia

Questo corso di formazione pratica è organizzato in collaborazione con l'Università Cattolica di Roma e la Sigo. Nel corso dei lavori i relatori presenteranno i materiali di base per l'endoscopia, i differenti approcci chirurgici di primo livello (diagnosi, cistectomie,

gravidanze ectopiche, ecc.) e anche le più importanti complicazioni in endoscopia. I partecipanti avranno l'opportunità di seguire gli interventi in teleconferenza con varie sale operatorie, interloquendo direttamente con i chirurghi.

Presidente del corso: Prof. **Giovanni Scambia**, Policlinico Gemelli

#### Corso di base in colposcopia

La colposcopia è un importante strumento per la diagnosi di vari problemi della cervice, vulva e vagina, ma la formazione a riguardo è insufficiente in molti centri. Il corso illustrerà la metodologia di esplorazione, l'uso corretto del colposcopio, le fondamentali immagini colposcopiche relative alle presentazioni normali e anomale, concentrandosi in particolare su quelle premaligne e maligne. Il contenuto del corso sarà di carattere prevalentemente pratico. Presidente del corso: **TBC** / Co-presidente Prof. **Enrico Vizza**, Istituti Fisioterapici Ospitalieri

# Periti e consulenti tecnici: sempre all'altezza del loro compito?

Proseguiamo con la seconda parte del nostro approfondimento affrontando un tema delicato e particolarmente avvertito dalla nostra categoria: il ruolo, o meglio la responsabilità del perito/Ctu nei procedimenti giudiziari per colpa medica. Sappiamo bene, a volte per averlo sperimentato in prima persona, quanto una consulenza lacunosa, negligente, imprudente o peggio ancora errata possa orientare il magistrato ad una conclusione erronea. Con un danno enorme per il medico condannato ingiustamente, marchiato a vita da un'accusa spesso infamante. E naturalmente anche per il cittadino a cui viceversa potrebbe non venire riconosciuto un diritto. Ma questi colleghi tenuti a valutare il nostro operato possiedono sempre le necessarie competenze, sia in ambito medico legale sia nella specifica area medico specialistica oggetto della consulenza? E davvero sono sempre scelti tra i migliori "esperti" in materia?

L'aumentata complessità e



specializzazione delle controversie sanitarie che approdano nei tribunali hanno reso sempre più impellente l'esigenza di prevedere dei meccanismi che supportino una corretta e consapevole scelta del consulente tecnico del giudice.

Un'esigenza avvertita non solo dagli operatori della sanità ma anche dagli operatori del diritto e dai cittadini. Da anni viene auspicata una riforma complessiva della normativa vigente, ad

iniziare da meccanismi di revisione dei criteri di iscrizione e tenuta degli albi. A questo riguardo l'Aogoi si è molto battuta per la creazione di elenchi regionali di consulenti/esperti - validati dall'Associazione dei ginecologi italiani - nelle specialità e subspecialità in campo ostetrico ginecologico. Elenchi che è attualmente in fase di elaborazione. La recente proposta di legge dell'onorevole Benedetto Fucci, qui di seguito pubblicata, rappresenta un passo importante in questa direzione poiché interviene su alcuni aspetti critici che attengono i criteri di accesso e le modalità di iscrizione all'albo dei consulenti tecnici del giudice, prevedendo anche l'istituzione di un tavolo tecnico, composto da rappresentanti del ministero della Salute e della Giustizia, finalizzato all'elaborazione di un piano per una razionalizzazione qualitativa e quantitativa degli albi dei CtU della categoria medico chirurgica

**IL PUNTO**  
DI CARLO SBIROLI

## Chi sono i colleghi che lavorano

**Sgombriamo** subito il campo da fraintendimenti. In queste pagine di GynecoAogoi non si parlerà dei colleghi specialisti in medicina legale, cioè di chi si occupa più strettamente dei rapporti tra medicina e legge. Si dà per scontato che questi, non essendo dei tuttologi, devono cercare di agire collegialmente con colleghi esperti nel particolare settore specialistico del caso in esame, cercando di evitare pericolose improvvisazioni. Si vuole parlare invece degli altri professionisti. In particolare, dei colleghi ginecologi scelti come consulenti/periti nei tribunali del nostro Paese. Della delicatezza del compito che viene loro affidato, dell'importanza e portata sociale. Ma anche della superficialità e scarsa preparazione settoriale che alcune volte ci sorprende evidenziare nelle perizie o nelle consulenze elaborate da alcuni di loro. E che frequentemente costituiscono uno degli elementi nodali su cui si basa il giudizio. Molto spesso approdano nei tribunali vertenze che appartengono ad aree superspecialistiche che richiedono una competenza particolare in uno specifico settore della nostra specialità, oltre che della relativa dottrina giuridica. Questa caratteristica di superspecializzazione rende spesso più complessa una controversia giudiziaria. Di qui l'esigenza di una sempre più corretta e consapevole scelta del consulente sia da parte degli operatori del diritto, che del medico imputato. È uno degli obiettivi della proposta di legge di Fucci (vedi a fianco). Infatti, è

Ecco l'identikit dei consulenti/periti. La delicatezza del compito affidato. L'importanza e la portata sociale. Ma sono sempre all'altezza della situazione?

impensabile che al giorno d'oggi le problematiche giudiziarie in tema di malpratica sanitaria siano affrontate da medici non specializzati nel settore. Addirittura, alla luce delle sentenze degli ultimi tre-quattro anni, anche il "semplice" specialista appare ormai inadeguato. La scelta cade ormai sul superspecialista. E mi spiego meglio. Ad esempio, un ginecologo oncologo, non può essere un professionista capace, idoneo a trattare una qualsiasi ipotesi di responsabilità nel campo della Pma per il semplice motivo che non ha esperienza in quel particolare settore. Non ha mai eseguito una fecondazione assistita. Il Gruppo di Studio di Medicina e Legalità dell'Acoi nella premessa dell'opuscolo "Perizie e Consulenze" così scrive: "è di fondamentale importanza che lo specialista della branca, a cui afferrisce il sanitario al quale viene addebitato il comportamento inadeguato, pratici quotidianamente la metodica della quale si discute e non sia un conoscitore generico della materia, o peggio ancora, vanti un titolo accademico acquisito magari da anni, ma mai concretamente utilizzato". È evidente che una buona competenza dello specialista all'interno del collegio peritale costituisce la migliore garanzia nella valutazione dell'operato del medico indagato. L'eccessivo numero di medici (cinque mila) presenti

nell'Albo dei Consulenti Tecnici rappresenta un altro elemento di confusione. È facile capire (o almeno sospettare) che un pubblico ministero o un giudice non è in grado di muoversi con sufficiente destrezza all'interno del "mare magnum" dell'Albo dei Consulenti. Che vuoi che sappia, ad esempio un giudice, che il ginecologo, "pescato" nell'Albo come consulente/perito, abbia sufficiente esperienza e specifica competenza (superspecialistica) nella branca medica su cui si discute? Quasi sempre si affida ad uno specialista che conosce. Che gli garantisce una certa valutazione dell'operato del medico indagato. Poi eventuali particolari emergeranno dal dibattito in aula, dal confronto con gli altri consulenti di parte. Ma chi è questo collega specialista, chiamato (sarebbe meglio dire "che si offre") come consulente/perito. Qual è il suo identikit? Ho sempre pensato che questo collega funziona un po' come un lapsus freudiano: basta una niente per trovarsi dall'altra parte. Può infatti scegliere di essere "servo di differenti padroni". E, a seconda della scelta, può assumere denominazione diversa: consulente (del pubblico ministero o delle parti nel processo penale), perito (del giudice penale), consulente tecnico d'ufficio (detti CTU, del giudice civile), consulente tecnico di parte (detti CTP, delle parti nel giudizio

## Intervista a Benedetto Fucci

# “L'attuale sistema che regola gli albi dei Ctù è inadeguato e anacronistico”

**Onorevole Fucci, da quale esigenza nasce la sua proposta di legge?**

Certamente dalla presa d'atto di come l'attuale sistema che regola l'attività degli albi dei consulenti tecnici del giudice sia per molti aspetti anacronistico e poco adatto a rispondere alle esigenze del mondo attuale, con particolare riguardo alle cause giudiziarie che hanno al centro presunti casi di errore medico.

**In che senso?**

Le norme in vigore prevedono correttamente che, negli albi dei consulenti presenti in ogni tribunale, sia rappresentata la categoria medico-chirurgica. Ma al medesimo tempo non prevedono in modo specifico, all'interno di questa categoria, distinzioni tra i vari specialisti. In tal modo, come a volte è avvenuto e tuttora avviene, succede che per esempio il giudice possa chiamare un ortopedico ad effettuare una consulenza per un caso di presunto errore sanitario avvenuto in sala parto. Ciò avviene non solo perché il giudice effettua la scelta del

**Specialità mediche non rappresentate nell'albo dei consulenti a disposizione di un dato tribunale. E ancora un numero eccessivo di consulenti, spesso sprovvisti dell'adeguata capacità tecnica per giudicare l'operato del collega rinviato a giudizio per presunto errore sanitario. Per l'onorevole Fucci, a cui abbiamo chiesto di riassumerci i punti salienti della sua iniziativa parlamentare, “la situazione attuale presenta molti punti delicati e occorre un riordino della materia. Anzitutto sotto tre aspetti”**

consulente a sua totale discrezione, ma anche e soprattutto perché talune specialità mediche semplicemente non sono rappresentate nell'albo dei consulenti a disposizione di un dato tribunale.

**In che modo interviene la sua iniziativa parlamentare?**

Ritengo necessario – e ciò è il frutto anche di un confronto con molti esponenti del mondo medico che seguono da vicino questo genere di aspetti – un riordino della materia anzitutto sotto tre aspetti: la composizione degli albi; le modalità di affidamento degli incarichi di consulenza da parte del giudice; infine l'eccessivo disordine quantitativo e qualitativo degli albi tenuti nei tribu-

nali italiani di dimensioni maggiori.

**Per quanto riguarda la composizione degli albi?**

L'articolo 1 della mia proposta di legge interviene sul regio decreto n. 1368/1941, stabilendo il principio secondo cui i consulenti del tribunale in campo medico debbano essere scelti con criterio e programmazione in base alla loro capacità nelle varie specialità mediche.

**E le modalità di affidamento degli incarichi ai singoli consulenti?**

Con l'articolo 2 della mia iniziativa si prevede, attraverso alcune limitate ma ben mirate modifi-



**La mia proposta prevede una delega al governo per l'avvio di un tavolo tecnico che coinvolga le parti interessate a queste tematiche**

che alle norme in vigore, un nuovo tipo di organizzazione finalizzata a valorizzare le specialità mediche anche dopo la fase di accesso dei consulenti agli albi.

**Infine ci ha parlato di disordine**

**qualitativo e quantitativo in molti albi dei consulenti del giudice.**

In molte realtà giudiziarie particolarmente complesse si è venuto a creare, con ciò sacrificando la qualità e la professionalità sull'altare della quantità, un problema legato all'eccessivo numero di consulenti. Non a caso dal Tribunale di Roma è arrivato l'annuncio di un processo di razionalizzazione dell'albo dei consulenti tecnici del giudice, ridotti alla pur ancora notevole quota di 11mila (tra cui circa 5mila medici). Per questo la mia proposta di legge prevede, all'articolo 3, una delega al governo per l'avvio di un tavolo tecnico che coinvolga le parti interessate a queste tematiche.

**Volendo riassumere in poche parole la filosofia alla base della sua iniziativa?**

Sappiamo come una causa giudiziaria per presunto errore in corsia, anche quando si risolve con la piena assoluzione del medico, possa danneggiarne irrimediabilmente la professionalità e l'immagine. Per questo è necessario far sì vi siano leggi e norme in grado di garantire iter processuali che presentino le massime garanzie in termini d'imparzialità e soprattutto di capacità tecnica di giudicare l'operato del medico. Mi auguro che questa proposta di legge possa rappresentare, a livello parlamentare, un contributo concreto e significativo, tenendo conto del fatto che il tema dei consulenti è in qualche modo collegato con la grande questione, al centro di più proposte di legge già depositate, della responsabilità medica e delle coperture assicurative per i medici.

## nei tribunali

civile). In altri termini il nostro collega specialista ha un ampio ventaglio di possibilità per infilarsi nell'avventura delle consulenze giudiziarie. A grandi linee si può dire che può servire lo Stato, iscrivendosi all'albo dei consulenti istituito presso ogni tribunale, oppure può essere nominato consulente da parte del difensore del preteso danneggiato. E infine può essere scelto come consulente dal medico imputato. Comunque in tutti casi il consulente/perito dovrebbe soprattutto mostrare requisiti d'imparzialità, affidabilità e trasparenza idonei a caratterizzare il rapporto processuale in termini di grande fiducia da qualsiasi parte venga visto. “Una consulenza errata può orientare il magistrato, la parte e la pubblica accusa, per lo più ignari dello scibile medico, verso intendimenti, orientamenti e conclusioni erronee”, scrive il prof. Introna, cattedratico di Medicina Legale all'Università di Bari. E così continua, “questo può rappresentare una fonte di possibile danno sia per il medico, che potrà essere condannato ingiustamente, sia per il cittadino a cui potrà non essere riconosciuto un diritto”. Certamente il consulente/perito non ha vita facile. Oltre a dover studiare e interpretare faldoni di dati clinici, deve reggere nelle aule dei tribunali il confronto con gli altri colleghi. Ognuno di questi

racconterà la sua verità, cercando di portare acqua al proprio mulino. Ricordate il film I sette samurai? La verità non dovrebbe essere una sola? Saltando fra secoli e culture, penso anche a Pantagruel alle prese con la giustizia del suo tempo. Era rimasto interdetto nel momento in cui aveva scoperto che il giudice aveva tirato i dadi per emettere la sentenza. Non inganni il paradosso. Non meravigli che si cerchi nel racconto di Rabelais un parallelismo con la situazione che spesso avviene nei tribunali italiani in tema di malpratica sanitaria. Frequentemente si assiste a perizie superficiali e contraddittorie, condotte da specialisti inadeguati per esperienza nel particolare settore su cui si discute. In tali situazioni il giudice è spesso costretto a destreggiarsi e a fare salti mortali per emettere sentenza. Come vedete sono tematiche rilevanti che necessitano di una riforma complessiva della disciplina vigente. L'Aogoi da anni si sta battendo perché migliorino le modalità di utilizzo dello strumento peritale in campo civile e penale. Perché si adeguino i meccanismi di controllo dei criteri d'iscrizione e tenuta degli albi. Perché si realizzi un efficace sistema sanzionatorio del comportamento peritale non corretto. Speriamo che questa proposta di Fucci cominci a modificare le cose.

## Il testo della Proposta di legge dell'on. Benedetto Fucci, presentata l'11 novembre 2011 in prima lettura alla Camera

**“Modifiche alle disposizioni per l'attuazione del codice di procedura civile, di cui al regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368, in materia di consulenti tecnici del giudice nelle discipline medico-chirurgiche” (4775)**

In base agli artt. 61-64 e 191-201 del Codice di procedura civile, presso ogni Tribunale della Repubblica è istituito un albo dei Consulenti tecnici del giudice (Ctù). In particolare, l'art. 61 afferma: “Quando è necessario, il giudice può farsi assistere, per il compimento dei singoli atti o per tutto il processo, da uno o più consulenti di particolare competenza tecnica. La scelta dei consulenti tecnici deve essere normalmente fatta tra le persone iscritte in albi speciali formati a norma delle disposizioni di attuazione del presente codice”.

A loro volta le disposizioni di attuazione del Codice di procedura civile (regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368) statuiscono: “L'albo è diviso in categorie. Debbono essere sempre comprese nell'albo le categorie: 1. medico-chirurgica; 2. industriale; 3. commerciale; 4. agricola; 5. banca-

ria; 6. assicurativa". Inoltre l'albo è tenuto dal presidente del Tribunale e tutte le decisioni relative all'ammissione all'albo sono deliberate da un comitato da lui presieduto e composto dal procuratore della Repubblica, da un rappresentante dell'Ordine o Collegio professionale, designato dal Consiglio dell'Ordine o dal collegio della categoria a cui appartiene l'aspirante consulente tecnico del giudice.

L'Ufficio CTU è istituzionalmente preposto alla tenuta e formazione dell'Albo dei Consulenti tecnici d'Ufficio, a disposizione della Magistratura, alla contestazione di addebiti disciplinari, alla seguente irrogazione delle relative sanzioni ed alla revisione periodica dell'Albo stesso, al fine di verificare il perdurare dei requisiti (speciale competenza, specchiata moralità, residenza anagrafica, iscrizione all'Ordine, ecc...) necessari all'iscrizione all'Albo stesso.

La situazione attuale presenta però molti punti delicati, a partire dalla reale trasparenza e dall'effettiva esistenza di criteri razionali e validi ovunque per quanto riguarda sia le modalità di iscrizione all'albo che le concrete modalità alla base della scelta di un certo consulente, nell'ambito di una data causa giudiziaria, da parte del presidente del Tribunale.

Ciò vale in particolar modo per i Consulenti tecnici del giudice impiegati per effettuare consulenze nel delicatissimo settore della sanità. Un settore che, sul piano giudiziario, ha una particolare importanza visto il proliferare di cause giudiziarie, per responsabilità professionale, avviate contro i medici. La delicatezza del settore, peraltro, sembrava essere già ben riconosciuta a suo tempo dal Legislatore che, già nel 1941, aveva citato proprio la categoria medico-chirurgica al primo posto tra quelle che devono essere obbligatoriamente rappresentate negli albi dei Consulenti tecnici del giudice di ogni Tribunale italiano.

In tale contesto l'attuale assetto degli albi dei Consulenti tecnici del giudice presenti nei vari Tribunali della Repubblica pare largamente inadeguato e, soprattutto, nella maggior parte dei casi incapace di garantire effettivamente il massimo livello possibile di professionalità e competenza specifica nel merito della branca della medicina chiamata in causa nelle singole cause da parte del consulente. In altre parole oggi, non vigendo all'interno degli albi l'obbligo di una "separazione" tra le varie specialità mediche e alla luce della pressoché totale discrezionalità del presidente del Tribunale nella scelta del consulente anche al di là della specifica competenza in merito all'oggetto della singola causa, può benissimo accadere che, per esempio, una delicatissima causa giudiziaria per responsabilità professionale di un medico ortopedico possa vedere come consulente del giudice un medico ginecologo.

Oltre a quelli (appena sopra descritti) dei criteri di accesso e delle competenze, vi è inoltre un terzo elemento di criticità di cui tener conto costituito dall'eccessivo numero di consulenti che, in molte realtà giudiziarie particolarmente complesse, a partire dai Tribunali di Roma e delle altre più grandi città italiane, si è venuto a creare, con ciò sacrificando la qualità e la professionalità sull'altare della quantità e della confusione. Non a caso, nell'ottobre 2010, proprio dal Tribunale di Roma è arrivato l'annuncio della decisione di avviare un processo di razionalizzazione nell'albo dei Consulenti tecnici del giudice, ridotti alla pur ancora notevole quota di 11mila (tra cui circa 5mila medici).

Alla luce delle considerazioni svolte, la presente proposta di legge intende intervenire sulle tre criticità di cui sopra con il seguente articolato:

**Articolo 1.** Interviene sull'articolo 14 del regio decreto n. 1368/1941 stabilen-

do il principio secondo cui i consulenti dei tribunali in campo medico debbano essere scelti con criterio e programmazione in base alla loro capacità nelle varie specialità mediche.

**Articolo 2.** Apporta alcune modifiche agli articoli 13, 15, 18 e 23 del medesimo regio decreto stabilendo un nuovo tipo di organizzazione - nel senso indicato dalla presente proposta di legge in merito alla valorizzazione delle specializzazioni mediche - all'interno degli albi dei consulenti tecnici del giudice.

**Articolo 3.** Riporta una norma di carattere generale contenente un principio (quello della razionalizzazione quantitativa e qualitativa degli albi dei consulenti tecnici del giudice), prevedendo altresì per il Governo il compito di dargli in una fase successiva concreta attuazione.

\* \* \*

**Art. 1.**

**(Disposizioni in materia di accesso agli albi dei consulenti tecnici del giudice)**

All'articolo 14 del regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368, sono apportate le seguenti modifiche:

- a) il comma 2 è abrogato;
- b) al terzo comma è aggiunto infine il seguente periodo: "Quando trattasi di domande presentate da medici-chirurghi, il professionista iscritto all'albo professionale cui appartiene il richiedente deve essere specializzato nella medesima branca della medicina nella quale è specializzato l'aspirante consulente".

**Art. 2.**

**(Disposizioni in materia di affidamento delle perizie ai consulenti tecnici del giudice)**

1. Al primo comma dell'articolo 13 del regio decreto 18 dicembre 1941, n.

1368, le parole: "1. medico-chirurgica", sono sostituite dalle seguenti: "1. medico-chirurgica, all'interno della quale sono rappresentate tutte le specializzazioni".

2. Al primo comma dell'articolo 15 del regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368, tra le parole: "in una determinata materia", e: ", sono di condotta morale specchiata", sono inserite le seguenti: "e in una determinata specializzazione nella categoria medico-chirurgica".
3. All'articolo 22 del regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368, è aggiunto infine il seguente capoverso: "Quando si tratta di una causa riguardante la categoria medico-chirurgica, le consulenze devono essere obbligatoriamente affidate agli specialisti competenti nella singole specializzazioni della medicina".
4. Al primo comma dell'articolo 23 del regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368, è aggiunto infine il seguente periodo: "Altre, con riguardo alla specifica categoria medico-chirurgica, il presidente del tribunale vigila affinché sia attuata e rispettata la previsione di cui all'articolo 22 relativa alle specializzazioni della medicina".

**Art. 3.**

**(Delega al Governo)**

1. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, è istituito un tavolo tecnico, composto da rappresentanti del Ministero della Salute e del Ministero della Giustizia, finalizzato a elaborare, anche alla luce delle modifiche apportate dalla presente legge al regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368, un piano con la finalità di razionalizzare i criteri di accesso agli albi e la quantità di consulenti tecnici del giudice della categoria medico-chirurgica.



Lavanda Vaginale

Eutrofico  
Igienizzante Intimo



**Eutrofico - Multifunzionale  
il primo probiotico - antiossidante  
a difesa dell'ecosistema vaginale**

## SFIDE

# Disegnare il futuro nelle **Italie della salute**

di Vania Cirese

**P**er dirla in gergo medico, "l'attuale emorragia" di denaro pubblico per la tutela della salute dei

cittadini non può più essere fronteggiata. Morale ed etica, economia e marketing si intrecciano ma soprattutto: politica.

A parte le linee di tendenza, i debiti, i crediti, i numeri, è poi dalla politica che vengono o non vengono le risposte. La "cura dimagrante" è necessaria, proclamano le Istituzioni, perché la spesa è divenuta insostenibile e la dieta è già iniziata da un pezzo. Le Regioni, incapaci di raggiungere gli obiettivi, paralizzate davanti ai piani di rientro, vincolano le assunzioni, prorogano il blocco del turnover del personale sanitario, restringono gli investimenti sui presidi e sui macchinari, limitano manutenzioni e rinnovo delle strutture.

I provvedimenti sono necessari ma discutibili sotto un duplice aspetto: in primo luogo i sacrifici pesanti gravano su chi richiede assistenza e cure e su chi è chiamato nel disservizio a doverle comunque erogare al meglio, in secondo luogo non se ne vedono i benefici. Sprechi e incapacità di scegliere tra programmi alternativi d'intervento, l'errato utilizzo delle risorse disponibili sono mali costanti che affliggono la Sanità italiana. Un motivo lampante è che l'investimento in Sanità è invero ad altissimo rendimento, ma con un difetto essenziale per la classe politica: è a redditività "differita". I costi si ascrivono a bilanci che impegnano la responsabilità attuale di determinati soggetti, mentre i risultati, i ricavi si godono in altri bilanci in un altro momento storico a favore e nella celebrazione di nuovi soggetti. In Italia la mancanza di stabilità politica, l'alternarsi da un ministro all'altro, il ricominciare tutto da capo da un Ddl all'altro per l'avvicinarsi delle persone, impediscono di ascrivere o prevedere in bilancio e di goderne i risultati. La dimensione straordinaria di queste altalene, i cambiamenti sociali e istituzionali, cui si unisce il preoccupante aggravarsi della crisi fiscale dello Stato e la più generalizzata fase

“ La coltre di silenzio periodicamente calata sui morsi di una crisi profonda del Ssn e sulle sorti della classe medica sollecita una sfida non più rinviabile. Per tenere alta la guardia, per difendere l'art. 32 Cost., la dignità e il valore della classe medica. E in particolare della componente ostetrico-ginecologica, chiamata ad attuare i più profondi valori costituzionali



di contrattazione economica non consentono l'adozione di doverose scelte risolutive.

## La salute, valore non negoziabile

Il particolare connotato che hanno assunto le questioni inerenti alla Salute per i mercati e gli investimenti produttivi sembra far dimenticare che la Salute è un valore non negoziabile, di natura etica e civile oltre che un bene sociale ed economico e impone in uno Stato democratico di sanare il conflitto tra principio economico dell'efficienza e finalità solidaristica del welfare. Non c'è dubbio che per avere risposte occorra fornire proposte, avendo ben presente che

il contenimento della spesa sanitaria non è solo un problema economico, ma è prima di tutto una questione politica: di pianificazione, di fissazione di obiettivi, di azioni da adottare secondo scelte prioritarie. Ciò per evitare i dannosi fenomeni di lottizzazioni, corruzioni, sprechi, medicina difensiva, privilegiando invece misure di programmazione, monitoraggio, controllo, razionalizzazione dell'organizzazione del lavoro in favore del miglior percorso assistenziale possibile.

## Caccia al colpevole o clinical governance?

Occorre garantire al paziente gravemente danneggiato un in-

dennizzo a titolo di solidarietà sociale senza far ricorso indiscriminatamente (quale unico mezzo disponibile) alla caccia al colpevole, in quei casi in cui il danno non deriva né da colpa del medico né da difetto organizzativo della struttura ma deriva causalmente dall'alea terapeutica in quanto insito nella metodica, nella patologia. La clinical governance, un sistema nazionale-regionale di gestione del rischio clinico, la previsione di sanzioni in caso di mancata ottemperanza all'obbligo di monitorizzare e prevenire il più possibile rischi ed eventi avversi, la previsione di una copertura assicurativa obbligatoria per danni ai pazienti, a carico delle strut-

ture sanitarie, le previsioni del fondo vittime da alea terapeutica su base regionale, sono gli ultimi approdi di una accurata elaborazione strategica in materia di Sanità e anche le ultime novità della politica per suggerire risposte adeguate. In un'epoca di risparmi sembra legittimo chiedere a gran voce che siano risparmiate quelle proposte faticosamente portate all'attenzione dei politici dai pazienti e dagli operatori sanitari in sinergia e concordia, per le scelte decisionali da adottare. Certo c'è molto da lavorare perché la barca fa acqua in più punti ma non vogliamo scendere dalla barca per annegare!

## Governare la "barca"

Il segno tangibile di una politica sanitaria efficiente è l'oculato utilizzo di proposte, misure e disegni di legge che sono già disponibili e hanno raggiunto il consenso e il grado di maturazione per arrivare in porto. Un impegno fondamentale è senz'altro quello di sviluppare una cultura sociale della salute che investe in formazione di validi medici e cittadini responsabili ed è in grado di contrastare le distorsioni che da troppo tempo gravano sul sistema sanitario italiano. Risolvere i problemi della Sanità con l'unico ricorso alla sanzione del giudice si rivela ictu oculi un approccio errato in partenza. Appare di gran lunga più logico sottoporre al vaglio del giudizio ed irrogare la sanzione quando la prevenzione non è stata debitamente adottata, se il rischio non è stato monitorizzato, se non è stata posta alcuna barriera per evitare l'evento avverso, ciò implicando un discorso organizzativo di corretta amministrazione della struttura sanitaria anziché unicamente la chiamata in causa del singolo medico, capro espiatorio sol perché impossibilitato ad erogare una corretta prestazione a causa del deficit strutturale-organizzativo dell'ambiente in cui lavora.

Una moderna concezione di tutela della salute non può considerare l'efficienza e l'equità come due concetti che procedono su binari separati dell'economia e dell'etica, ma al contrario li de-

ve far avanzare di pari passo perché il danno al paziente è spesso il prodotto di cattiva distribuzione delle risorse umane, razionamento economicistico di beni e servizi che creano il rischio e danno origine a diritti finanziariamente condizionati.

### Non è (solo) un problema di risorse

Dai dati emersi dall'Eurispes e Censis gli italiani hanno un Nord con un grado di soddisfazione in crescita, un Centro stabile negli stessi valori (di criticità), un Sud che è progressivamente più insoddisfatto.

Si sarebbe portati a credere che la situazione sia critica perché le risorse investite sono esigue, la scoperta inquietante è che invece è vero l'esatto contrario. Si spende di più dove il servizio è peggiore. Circa il 10% del Pil in Campania e Sicilia contro un 6% di regioni come la Valle d'Aosta, Veneto, Emilia Romagna, Trentino, Lombardia, che offrono servizi e assistenze migliori.

La parte maggior di spesa è assorbita dall'assistenza ospedaliera (51,6%) e seguita dall'assistenza primaria (21%), da quella farmaceutica (14,1%), dalla specialistica (13,2%). Tra le regioni che hanno una spesa sanitaria ritenuta troppo elevata spiccano il Lazio, la Campania, la Puglia, la Calabria, la Sicilia. L'Umbria sembra aver maturato una capacità di controllo della spesa e della qualità dei servizi distinguendosi come modello da seguire per risparmiare senza perdere efficienza e sicurezza nell'erogazione delle cure. D'altro canto i Drg, congegnati per contribuire al contenimento dei costi facendo scendere i tassi di ospedalizzazione, non hanno dato prova del raggiungimento degli obiettivi prefigurati. La progressiva aziendalizzazione della Sanità accanto alla forte regionalizzazione ha comportato il sorgere di numerosi centri iperspecializzati che costringono il cittadino a recarsi in regioni diverse dalla propria per ottenere diagnosi e cure, legate a quella specifica patologia, con conseguente aggravio di costi pubblici e privati. Spesso dietro un ricovero evitabile si nasconde un intervento improprio, ma la valutazione è complessa. Come per il "cesareo" secondo l'Oms il parto in sala operatoria non dovrebbe superare il 15% ma in Italia si arriva a più del 78%, la media più alta in Europa. In Campania e Sicilia si arriva al 50%: una nascita su due. Anche in una regione "virtuosa" come il Friuli Venezia Giulia la percentuale non scende sotto al 23%. Eppure le società scientifiche ri-

badiscono che solo 1/3 dei cesarei è dovuto a cause cliniche. Possiamo insinuare il fatto che il Drg per un cesareo prevede rimborsi più alti di un parto naturale ma il maggior guadagno non significa minor stress perché un intervento chirurgico è pur sempre gravato da rischi non trascurabili (complicanze anestesologiche, emorragiche ecc). L'aspetto cautelativo ha sicuramente il suo peso, tenuto conto che un ginecologo-ostetrico su quattro è sottoposto ad indagine e che il PM o il Giudice del dibattimento, nella verifica se il danno al paziente sia stato cagionato da colpa del professionista, pone immediatamente il quesito al CT se sia stato ritardato od omesso il cesareo.

### La necessità chiama alle sinergie

Non v'è dubbio che medici e pazienti desiderino mettere al bando da ogni vocabolario la parola "rassegnazione" perché deficit, sprechi, cattiva gestione, scarsa partecipazione della società civile e della politica non uccidano definitivamente il nostro diritto alla salute.

La necessità chiama a raccolta forze sinergiche, per agire come e dove si può, senza tirarsi indietro, sviluppando un impegno di condivisione e cooperazione. L'impegno è sollecitato da molte voci autorevoli per sviluppare una sorta di ateismo nei confronti di un'economia diventata religione, che si è emancipata dalla politica e dall'etica, mettendosi alla guida di un mondo considerato solo "merce"; corpo compreso. Quale parte dell'ingranaggio produttivo anche il corpo (e la persona) è infatti vittima della crisi e si trova in serio pericolo, al pari del sistema posto a sua tutela, che all'origine ha rappresentato una delle più apprezzabili conquiste dell'Europa.

Occorre reagire ai segni di cedimento del nostro Ssn, alla mannaia che cade inesorabilmente sulla Sanità a causa delle logiche del mercato tese a ridurre i deficit degli Stati anche a discapito dei diritti fondamentali. È innegabile che quando l'assistenza sanitaria non è adeguata, a farne le spese sono i medici delle strutture sanitarie specie quelli delle branche specialistiche più esposte, come gli ostetrici-ginecologi.

### Risorse in fumo

I costi dei tagli al personale, liste di attesa, infezioni nosocomiali, eventi avversi evitabili incidono sulla spesa sanitaria pubblica europea con somme comprese tra i 13 e i 24 miliardi di euro l'anno che vanno in fumo per sprechi ed inefficienze. 11

## L'investimento in Sanità è ad altissimo rendimento. Ma con un difetto essenziale per la classe politica: è a redditività "differita"

milioni di giornate di degenza che si sarebbero potuti evitare e almeno un 25% di ricoveri inutili; 2 miliardi di euro l'anno buttati per incauti acquisti di apparecchi, a volte quasi il 30% in più del necessario, aumentando il debito a carico delle Asl (già arrivato a 4,6 miliardi di euro). La Commissione Parlamentare sugli errori sanitari e sui disavanzi regionali e il Ministero della Salute hanno evidenziato l'esigenza di sottrarre alle Asl il potere di approvvigionarsi autonomamente centralizzando a livello regionale gli acquisti dei dispositivi medici. Tra l'altro ci sono differenze clamorose: un defibrillatore della stessa marca e stesso modello costa a Trento 13.500 euro, a Bolzano 16.100, uno stent 504 euro a Terni e 1250 a Genova! E così i cardiocardiografi, gli ecografi ecc... Differenze tanto marcate dovrebbero richiamare l'attenzione delle Istituzioni per affrontare il problema della corretta gestione e del corretto approvvigionamento dei mezzi e delle persone, per il controllo e la manutenzione dei presidi e delle dotazioni, per il monitoraggio dei rischi e degli eventi avversi.

Basti considerare che per i dispositivi sanitari il fatturato è di più di 7 miliardi l'anno! Lo spazio per gli abusi o l'inerzia è innegabile, così come il problema della carenza dei posti letto, della carenza di organico dei medici per la pesante crisi occupazionale. L'emorragia di talenti è inesorabile, sotto i colpi dei tagli indiscriminati e la paralisi degli investimenti che corrode il Ssn assegnando alle Regioni il ruolo di esecutrici del collasso.

### La sfida valoriale

La coltre di silenzio periodicamente calata sui morsi di una crisi profonda del Ssn e sulle sorti della classe medica, sollecita una sfida non più rinviabile per tenere alta la guardia, per difendere l'art. 32 Cost., la dignità e il valore della classe medica ed in particolare, la componente ostetrico-ginecologica chiamata ad attuare i più profondi valori costituzionali.

La posta in gioco è alta poiché

con la salute, oltre alla vita umana, ci sono le sorti della stessa democrazia. Occorre una politica non più incentrata sulla "caccia al colpevole" ma sul miglioramento del sistema e sulla risoluzione di problemi procedurali e strutturali.

Le politiche e le amministrazioni della giustizia che hanno progressivamente ammalato la Sanità italiana continueranno a deteriorare il sistema se non si oppongono interventi mirati di competenze e risorse strategicamente dedicate a combattere omissioni, mistificazioni, invasioni criminose, manipolazioni, sprechi, pseudo rimedi, ignoranza. Il presente è grigio, il futuro può essere nero.

Affinchè il colore muti verso tinte meno fosche, occorre che Aogoi diventi il "cambiamento che vuole vedere".

### Dall'Aogoi una road map per il cambiamento

Il contenzioso nelle aree ostetrico-ginecologiche ed i processi nell'ambito penale sono purtroppo destinati ad un inevitabile incremento nei prossimi an-



ni al fine di ottenere risarcimenti di danni ai pazienti ritenuti a torto o ragione patiti. Occorre indicare ed adottare soluzioni diverse.

Un reale deflattivo del contenzioso, la tranquillità sul lavoro, il ripristino del rapporto fiduciario medico-paziente potrà aver-

si solo con l'azione di più misure, a diversi livelli.

Non v'è dubbio che si appalesino urgenti misure che introducano:

1. l'assicurazione obbligatoria in favore dei medici ed in particolare di ostetrici-ginecologi che prestano attività nelle Strutture in caso di danni cagionati al paziente da condotte dei sanitari;
2. l'assicurazione obbligatoria della struttura per fatto proprio ossia in caso di eventi riconducibili a deficit organizzativo (come in Francia, UK, Svezia, Finlandia, Danimarca);
3. la responsabilità della struttura per omesso approntamento di un sistema obbligatorio di monitoraggio-prevenzione dei rischi e degli eventi avversi (unità di gestione del rischio clinico);
4. un sistema a livello nazionale, regionale e locale di prevenzione, riduzione e gestione del rischio clinico;
5. un sistema "no fault" per la responsabilità sanitaria, con la previsione del superamento di una soglia di punibilità per qualificare la condotta a rilevanza penale;
6. l'istituzione a livello regionale del "fondo vittime da alea terapeutica" per quei danni gravi pazienti non imputabili né alla negligenza, imprudenza, imperizia del ginecologo-ostetrico, né a carenze strutturali e omessa prevenzione-gestione del rischio clinico da parte delle strutture bensì derivanti da complicanze insite nella patologia, nella metodica, non prevedibili né evitabili.

È necessario collaborare con la Commissione Sanità per recuperare e migliorare i Ddl che contengono le previsioni di salvataggio del Ssn, per il ripristino del rapporto fiduciario medico-paziente, specialmente in ambito ostetrico-ginecologico per assicurare la corretta, tempestiva erogazione delle cure e assistenza medica in strutture efficienti e sicure. È necessario confidare nelle figure politiche che

possono costituire punti di riferimento indispensabili nell'affrontare le problematiche del settore, per averle seguite nel tempo maturando una particolare sensibilità. Occorre fornire ausilio e sorvegliare l'impegno dei nostri politici senza abbassare la guardia per portare a casa risultati concreti!

Raccomandazioni per la pratica clinica sul taglio cesareo

# Scarsa attenzione dell'ISS alle osservazioni dell'AOGOI

di Carmine Gigli

L'Aogoi, su richiesta di alcuni associati che non concordavano con le raccomandazioni riportate nelle linee guida "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole - Seconda parte", ha deciso di sollevare la questione presso l'Istituto Superiore di Sanità (Iss), soprattutto in considerazione degli effetti che dette raccomandazioni potranno avere sulla qualità dell'assistenza prestata alle donne in gravidanza, oltre che sul contenzioso medico-paziente. Ricordo che, in seguito ad un accordo siglato nel dicembre 2006 tra la Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute e l'Iss, la stesura delle linee guida viene affidata al Sistema nazionale per le linee guida (Snlg), situato presso lo stesso Iss, che le diffonde attraverso il sito [www.snlg-iss.it](http://www.snlg-iss.it).

Su mandato dell'Aogoi, il presidente della Fondazione Confalonieri-Ragonese, prof. Gianpaolo Mandruzzato, e il sottoscritto hanno esaminato la sintesi delle prove e le raccomandazioni contenute nelle linee guida sollevando le seguenti considerazioni sull'impostazione metodologica e sui contenuti:

- 1) l'approccio al problema del Parto Cesareo non può essere considerato metodologicamente corretto, poiché il Tc è stato trattato come un problema clinico a sé stante; al contrario, l'appropriatezza del suo impiego dovrebbe essere affrontata in relazione alle specifiche situazioni cliniche che ne pongono l'indicazione, le quali devono essere valutate nella loro completezza, tenendo conto che per le stesse il Parto Cesareo costituisce solo una delle opzioni di trattamento.
- 2) All'interno delle raccomandazioni contenute nel documento si rilevano delle inesattezze, che vanno al di là del-

La seconda parte delle linee guida sul Taglio cesareo elaborate dal Sistema nazionale per le linee guida (Snlg) dell'Istituto superiore di Sanità è stata presentata ufficialmente il 31 gennaio scorso ed è consultabile sul sito [www.snlg-iss.it](http://www.snlg-iss.it). Come ricorderete (vedi articolo su *GynecoAogoi* 5/6 2011), questo secondo documento, che segue la pubblicazione di una prima

linea guida sul Tc finalizzata a migliorare la comunicazione tra le donne e i professionisti sanitari, era stato lasciato in revisione aperta per raccogliere osservazioni, commenti e proposte di modifica da parte dei soggetti interessati. Purtroppo registriamo con insoddisfazione che alcuni rilievi e proposte di modifica che l'Aogoi ha avanzato su richiesta di

alcuni associati non sono state accettate. Ve ne diamo conto in questo articolo che illustra le osservazioni dell'Aogoi riguardo 5 raccomandazioni e le relative risposte del Panel dell'Iss. Vi invitiamo a leggere il documento integrale, disponibile anche sul sito Aogoi, e a partecipare al forum di discussione attivato su [aogoinetwork.it](http://aogoinetwork.it)



la semplice differenza di opinioni, sempre possibile in campo clinico, le quali potrebbero indurre comportamenti non corretti e contenziosi non giustificati.

## Le 5 osservazioni dell'Aogoi

Per i suddetti motivi sono stati sollevati 5 rilievi, su altrettante raccomandazioni, che vengono illustrati alle pagine seguenti nei riquadri numerati da 1 a 5. Le

considerazioni e i rilievi sono stati inoltrati dall'Aogoi al responsabile del Reparto epidemiologia clinica e linee guida dell'Iss, il quale, dopo averle sottoposte al Panel che ha prodotto queste linee guida, ci ha inviato le risposte, che potrete leggere nei corrispondenti riquadri insieme alle osservazioni e alle proposte da noi avanzate nel tentativo di rendere più facilmente applicabili nella pratica clinica le raccomandazioni contenute nelle li-

nee guida sul Taglio cesareo. Purtroppo solo una delle 5 osservazioni presentate è stata presa in considerazione e parzialmente accolta, negli altri casi c'è stata una completa chiusura da parte dell'Iss con la conferma, fra l'altro, ad eseguire il Taglio cesareo a 32 settimane di gestazione nelle gravidanze monocoriali monoamniotiche non complicate. Lo stesso dicasi per la ratifica alla raccomandazione per il supporto prestato duran-

te il travaglio da persone al di fuori dell'ambito familiare e non dotate di adeguata preparazione professionale, ponendo l'Italia sullo stesso piano dei paesi in via di sviluppo, dove non sono disponibili in numero adeguato le ostetriche professioniste. Simili raccomandazioni possono prestarsi a pericolose interpretazioni e ad aprire le porte della sala parto alle figure più disparate.

## Esprimete la vostra opinione sul forum Aogoi

Il documento delle linee guida "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole - Seconda parte" investe in maniera diretta la nostra professione di ostetrici-ginecologi ed è bene che ogni iscritto Aogoi abbia la possibilità di esprimere la sua opinione, non solo sulle 5 raccomandazioni che vengono qui presentate in quanto oggetto di osservazione all'Iss, ma su tutte le raccomandazioni relative ai 21 quesiti contenuti nel documento. Per questo l'Aogoi ha aperto un apposito forum di discussione sul suo sito <http://aogoinetwork.it/forum>, al quale siete invitati ad intervenire tutti.

**Linee guida Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole – seconda parte**

**Le osservazioni e le proposte avanzate dall’Aogoi su 5 raccomandazioni vengono qui illustrate nei riquadri insieme alle relative risposte del Panel di esperti dell’Iss**

**1°**

**Gravidanza gemellare**

vedi pag. 43 delle Linee guida

**QUESITO 6**

**Quale modalità di parto è più indicata per ridurre la mortalità e la morbosità perinatale in caso di gravidanza gemellare, anche in considerazione delle possibili varianti di presentazione del primo e del secondo gemello?**

**Raccomandazione**

Nelle gravidanze gemellari bicoriali/biamniotiche in cui uno dei due gemelli non ha presentazione cefalica non sono disponibili prove conclusive a sostegno dell’efficacia del taglio cesareo nel ridurre la morbosità e mortalità neonatale. (Livello di prova / Forza della raccomandazione: IV C)

Nelle gravidanze gemellari bicoriali/biamniotiche in cui uno dei due gemelli non ha presentazione cefalica l’assistenza al parto per via vaginale deve essere offerta in una struttura ospedaliera che possa garantire una expertise ostetrico-ginecologica e neonatologica appropriata. (Livello di prova / Forza della raccomandazione: BPC)

**Osservazione dell’AOGOI**

**Considerando la combinazione delle due raccomandazioni, andrebbe chiarito che nella struttura ospedaliera da proporre, la expertise ostetrico-ginecologica e neonatologica appropriata deve essere disponibile 24 ore su 24.**

**Proposta dell’AOGOI**

**Nelle gravidanze gemellari bicoriali/biamniotiche in cui uno dei due gemelli non ha presentazione cefalica l’assistenza al parto per via vaginale deve essere offerta in una struttura ospedaliera che possa garantire una expertise ostetrico-ginecologica e neonatologica appropriata, disponibile 24 ore su 24**

**ISS - Risposta del Panel**

Non ci sono elementi di letteratura che possono essere valutati per accettare o meno l’integrazione della specifica: disponibile 24 ore su 24. In altre raccomandazioni si fa riferimento all’expertise ostetrico-ginecologica e neonatologica e mai è stata specificata la disponibilità 24 ore su 24. Pertanto il panel ha ritenuto di non accettare la specifica, in quanto pleonastica e a rischio di indurre confusione rispetto alle altre raccomandazioni.

**2°**

**Gravidanza gemellare**

vedi pag. 46 delle Linee guida

**QUESITO 8**

**Esistono differenze nell’indicazione al taglio cesareo elettivo in caso di gravidanza gemellare monocoriale o bicoriale e monoamniotica o biamniotica?**

**Raccomandazione**

Nelle gravidanze monocoriali monoamniotiche non complicate si raccomanda l’espletamento del parto mediante taglio cesareo a 32 settimane di gestazione. (Livello di prova / Forza della raccomandazione: V B)

**Osservazione dell’AOGOI**

**Questa raccomandazione non appare suffragata neppure dalle stesse citazioni della letteratura che vengono riportate a loro supporto (n. 3 studi dello stesso autore, bassa numerosità delle casistiche, assenza di RCT). Seguire una simile raccomandazione potrebbe verosimilmente indurre un aumento di mortalità e morbilità neonatali, dovute alla bassa età gestazionale, in assenza di prove certe sul beneficio. La raccomandazione andrebbe riformulata.**

**Proposta dell’AOGOI**

**Nelle gravidanze monocoriali monoamniotiche non complicate, sulla base delle evidenze disponibili, non è raccomandato l’espletamento elettivo del parto mediante taglio cesareo già a 32 settimane di gestazione.**

**ISS - Risposta del Panel**

Le gravidanze monocoriali mono-amniotiche sono gravidanze che è arduo non definire ad alto rischio, poiché caratterizzate da elevata mortalità neonatale determinata principalmente da incidenti del cordone ombelicale che possono verificarsi nel secondo e nel terzo trimestre di gravidanza, come concordemente indicato dagli studi inclusi (Pasquini L, 2006; Sau AK, 2003; Ezra Y, 2005; Demaria F, 2004). La prevenzione della mortalità neonatale è dunque il razionale alla base della decisione del panel di indicare il taglio cesareo quale intervento salva-vita, in un’epoca di gravidanza - 32 settimane - scelta per bilanciare i danni di una nascita pretermine.

**3°**

**Ritardo di crescita fetale**

vedi pag. 55 delle Linee guida

**QUESITO 10**

**Quale modalità di parto è più indicata per ridurre la mortalità e la morbosità perinatale e materna in caso di ritardo di crescita fetale ed esistono predittori validi in grado di influenzare la scelta?**

**Raccomandazione**

In caso di alterazioni della velocimetria Doppler il ricorso al taglio cesareo va valutato in funzione della gravità del caso. (Livello di prova / Forza della raccomandazione: BPC)

**Osservazione dell’AOGOI**

**Al momento esiste l’evidenza che l’impiego dello studio Doppler sulle arterie ombelicali migliori l’esito perinatale, ma l’esame non fornisce indicazioni per quanto riguarda la via del parto. Inoltre, è necessario specificare su quale vaso lo studio Doppler debba essere effettuato (arterie ombelicali, uterine, fetali, vena ombelicale, dotto venoso, etc.). La raccomandazione andrebbe riformulata.**

**Proposta dell’AOGOI**

**Sulla base delle evidenze disponibili, in caso di restrizione di crescita fetale il parto cesareo può essere raccomandato, sulla base della flussimetria Doppler, in condizione di flussi assenti o invertiti in diastole, a livello delle arterie ombelicali.**

**ISS - Risposta del Panel**

Il panel ha ritenuto di non accettare la proposta di modifica, dal momento che non esistono elementi a supporto in letteratura.

4°

## Interventi e procedure assistenziali in corso di travaglio di parto

vedi pag. 77 delle Linee guida

**QUESITO 15**

**Quali sono gli interventi e le procedure da effettuare durante l'assistenza intrapartum che si sono dimostrate efficaci nel ridurre la probabilità di un parto mediante taglio cesareo?**

**Raccomandazione**

**In caso di gravidanza senza complicazioni, si raccomanda l'offerta dell'induzione del travaglio tra 41+0 e 42+0 settimane per ridurre il rischio di mortalità e morbosità perinatale. (Livello di prova / Forza della raccomandazione: I A)**

**Osservazione dell'AOGOI**

**A suffragio di questa raccomandazione viene riportato un solo RCT laddove la letteratura ne riporta ben di più (8) e 1 revisione sistematica, quando ve ne sono disponibili n.4. Da sottolineare inoltre che lo studio riportato (Heimstadt R e coll) conclude che non c'è differenza tra induzione o attesa. Sulla base delle evidenze, la mortalità e morbosità perinatali, non sono ridotte in caso di induzione a 41+0, rispetto al trattamento di attesa.**

**Proposta dell'AOGOI**

**In assenza di complicazioni materne o fetali, non c'è evidenza che la mortalità e morbosità perinatale siano diverse a seconda che il travaglio venga indotto tra 41+0 e 42+0 settimane, oppure si osservi un atteggiamento di attesa. Pertanto, sia l'induzione che l'attesa possono essere raccomandati a queste età gestazionali. (Livello di prova / Forza della raccomandazione: I A)**

**ISS - Risposta del Panel**

I riferimenti bibliografici 1, 2, 3 e 5, 6, 7, 8, della lista proposta sono, in realtà, stati presi in considerazione nella stesura della linea guida, perché fanno parte della revisione Cochrane di Gulmezoglu citata nella sintesi delle evidenze e in bibliografia. E' prassi non citare in bibliografia i lavori inclusi nelle revisioni sistematiche prese in esame dal momento che i loro risultati sono riportati nelle conclusioni della metanalisi.

Il riferimento bibliografico 9 è la stessa revisione di Gulmezoglu già presa in esame dal panel. Il riferimento 4 (Heimstad 2007) è un RCT condotto in Svezia che ha confrontato gli effetti dell'induzione del travaglio (n=254) con un gruppo di attesa seguito con una serie di monitoraggi fetali (n=254) in donne con gravidanza fisiologica a 41+2 sett. (giorno 289) di gestazione e parità mista. Le donne del gruppo di attesa sono state seguite con monitoraggi cardiotocografici e valutazione del liquido amniotico ogni 3 giorni fino all'insorgenza spontanea del travaglio o all'induzione nel giorno 300. I due gruppi non hanno presentato differenze per i seguenti esiti: incidenza TC, parti vaginali operativi, danni perineali gravi, emorragie >500ml, liquido tinto di meconio, Apgar a 5' <7, ricovero in TIN, morte intrauterina e neonatale. Gli ultimi 2 esiti non sono in realtà valutabili a causa dell'esigua numerosità del campione preso in esame nello studio. Gli autori concludono che, in caso di gravidanza fisiologica, se è possibile eseguire un'appropriate sorveglianza del benessere fetale la decisione relativa all'induzione deve essere presa in base al desiderio della donna. Non è stato selezionato perché non aggiungeva molto alla revisione Cochrane e non aveva altrettanto peso. Lo abbiamo inserito nella nuova stesura della sintesi delle evidenze. Il riferimento 10 (revisione sistematica di Sanchez-Ramos del 2003) è precedente alla revisione di Gulmezoglu e conclude a favore di una politica di induzione a 41 settimane in caso di gravidanza singola fisiologica perché, rispetto al gruppo di attesa, l'induzione riduce l'incidenza di tagli cesarei (OR 0.88; 95% IC 0.78-0.99). Nessuno degli RCT selezionati ha una potenza sufficiente per rilevare una riduzione statisticamente significativa del tasso di mortalità perinatale. La stima complessiva della mortalità perinatale ha prodotto un OR=0.41 a favore del gruppo induzione rispetto all'attesa che tuttavia non è statisticamente significativo (95%IC 0.14-1.18). Il riferimento 11 (Wennerholm 2009) è una revisione sistematica con metanalisi che prende in esame 3 revisioni sistematiche (comprese quelle di Gulmezoglu e Sanchez-Ramos) e 13 RCT che hanno incluso solo donne in gravidanza di età gestazionale pari o superiore a 41 settimane. L'induzione rispetto all'attesa è risultata associata in maniera statisticamente significativa ad un minor tasso di sindrome da aspirazione del meconio (RR 0.43 95%IC 0.23-0.79) mentre l'attesa è risultata associata ad un maggior ricorso al TC (RR 0.87; 95%IC 0.80-0.96), tale associazione perde la significatività statistica nell'analisi di sensibilità effettuata escludendo il trial canadese (Hannah 1992). Non sono state rilevate differenze significative nell'incidenza delle morti perinatali tra gruppo induzione e attesa. Dal momento che la metanalisi non dimostra differenze nella mortalità perinatale tra i 2 gruppi, gli autori concludono che sia raccomandabile sia l'induzione sia l'attesa e che la scelta deve essere individualizzata. E' stato inserito nella sintesi delle evidenze e insieme alla revisione di Caughey giustifica la proposta di modifica della raccomandazione. Il riferimento 12 (Caughey 2009) non è stato preso in esame dal panel in quanto la seconda e ultima interrogazione delle banche dati è stata effettuata a Giugno 2009 mentre il lavoro è stato pubblicato ad Agosto dello stesso anno. Si tratta di una revisione sistematica che ha incluso 11 RCT e 25 studi osservazionali solo in lingua inglese. Dalla metanalisi risulta, per le donne con epoca gestazionale pari o superiore alle 41 settimane, nel gruppo di attesa rispetto all'induzione hanno un rischio aumentato di TC (OR 1.22 95%IC 1.07-1.39) e di liquido amniotico tinto di meconio (OR 2.04 95%IC 1.34-3.09). Gli autori concludono raccomandando di non trasferire questi risultati nella pratica clinica senza avere conferma da altri RCT di dimensioni e disegno adeguati al quesito clinico. In conclusione le evidenze epidemiologiche suggeriscono che le gravidanze protratte oltre la 40esima settimana comportano un lieve aumento di rischio in termini di mortalità perinatale. Per la madre sembra aumentare il rischio di TC. Si tratta tuttavia di rischi molto contenuti e i dati delle revisioni non dimostrano una loro riduzione statisticamente significativa a seguito dell'induzione del travaglio di parto anche se gli studi effettuati non presentano una potenza statistica sufficiente per rispondere al quesito della riduzione della mortalità perinatale. La linea guida del NICE (2004) e la successiva Clinical Guideline RCOG del 2008 "Induction of labour in specific circumstances" formulano raccomandazioni analoghe a quelle predisposte in prima battuta dal panel. Tuttavia, alla luce delle 2 revisioni (Wennerholm e Caughey 2009) successive a quella di Gulmezoglu, il panel ha deciso di accettare la richiesta di revisione e propone la seguente versione:

**In caso di gravidanza senza complicazioni materne o fetali, a partire dalla settimana 41+0 si può ricorrere all'induzione del travaglio o osservare un atteggiamento di attesa perché mancano prove di efficacia conclusive a sostegno dell'una o dell'altra procedura. I/B**

5°

## Interventi e procedure assistenziali in corso di travaglio di parto Sostegno emotivo offerto alla donna durante il travaglio di parto

vedi pag. 80 delle Linee guida

**QUESITO 15**

**Quali sono gli interventi e le procedure da effettuare durante l'assistenza intrapartum che si sono dimostrate efficaci nel ridurre la probabilità di un parto mediante taglio cesareo?**

**Raccomandazione**

Le donne in gravidanza devono essere informate che un sostegno emotivo continuo durante il travaglio di parto, effettuato da persone con o senza una formazione specifica, riduce la probabilità di un taglio cesareo e di parto operativo. Tale sostegno riduce inoltre la probabilità di alcuni interventi medici durante il travaglio di parto (analgesia/anestesia, CTG) e migliora la soddisfazione percepita dalle donne rispetto all'esperienza del parto. (Livello di prova / Forza della raccomandazione: I A)

**Osservazione dell'AOGOI**

**Pur essendo ben documentata l'efficacia di un adeguato supporto emotivo in travaglio, non vi è una chiara evidenza sull'utilità del supporto che viene prestato da persone al di fuori dell'ambito familiare e non dotate di adeguata preparazione professionale. La raccomandazione così formulata può prestarsi a pericolose interpretazioni.**

**Proposta dell'AOGOI**

**Le donne in gravidanza devono essere informate che un sostegno emotivo continuo durante il travaglio di parto, effettuato da familiari o persone con una formazione specifica, riduce la probabilità di un taglio cesareo e di parto operativo. Tale sostegno riduce inoltre la probabilità di alcuni interventi medici durante il travaglio di parto (analgesia/anestesia, CTG) e migliora la soddisfazione percepita dalle donne rispetto all'esperienza del parto. (Livello di prova / Forza della raccomandazione: I A)**

**ISS - Risposta del Panel**

La sintesi delle evidenze riportata nel testo della linea guida che precede la raccomandazione in questione esplicita chiaramente che la revisione Cochrane di Hodnett, cui si fa riferimento, prende in esame 16 trial in cui il supporto continuo uno a uno è offerto alle donne in travaglio da parte di donne con un'ampia gamma di esperienze diverse: donne che avevano già partorito, infermiere, ostetriche, doula o puericultrici. Quindi la valutazione di efficacia del sostegno emotivo continuo durante il travaglio di parto riguarda qualsiasi figura con o senza una formazione specifica e i migliori esiti registrati non possono essere attribuiti solo ad alcune delle figure professionali o non professionali coinvolte nei trial della revisione sistematica. Il panel non ritiene pertanto di poter modificare la formulazione della raccomandazione.

**Pma eterologa**

# Il problema etico del diritto del nato a conoscere la verità

■ È stato reso noto il documento del Cnb che affronta il tema della delicata "conoscenza delle proprie origini biologiche nella procreazione medicalmente assistita eterologa". Tecnica che la legge 40/04 vieta ma che una sentenza della Consulta potrebbe far cambiare

di **Stefano Simoni**

Verso la fine del mese di novembre era uscita la notizia dell'approvazione da parte del Comitato nazionale per la bioetica del documento: "Conoscere le proprie origini biologiche nella procreazione medicalmente assistita eterologa", prima di poterlo leggere e quindi commentare si è dovuta aspettare la pubblicazione avvenuta qualche settimana più tardi appena prima della fine dell'anno. Si tratta nel complesso di un documento di 32 pagine, diviso in 6 capitoli, con alle fine inserite due postille di due membri del Comitato, la prima a firma Maria Luisa Di Pietro e la seconda di Carlo Flamigni, in cui i due membri del Cnb spiegano, con argomentazioni diverse, il perchè del loro dissenso al documento.

È importante notare che il testo del Cnb è uscito prima dell'importante udienza presso la Corte Costituzionale, fissata per il 22 maggio, che dovrà decidere sulla costituzionalità del divieto dell'eterologa relativa all'art. 4 comma 3 della legge 40 del 2004. Il Comitato, pur non entrando nel merito della valutazione etica della Procreazione medicalmente assistita e della sua regolamentazione giuridica nel nostro Paese, si limita a considerare il problema etico del diritto del nato a conoscere la verità sulle modalità in cui è stato concepito e conseguentemente della propria discendenza biologica.

"Il documento - si legge - ritiene raccomandabile che i genitori rivelino al figlio le modalità del suo concepimento attraverso filtri e criteri appropriati (proporzionalità, sostenibilità, rilevanza,



attinenza, ecc.) anche con l'ausilio di una consulenza". E inoltre viene raccomandato "che al nato si riconosca sempre il diritto di accedere a quei registri dove sono conservati i dati genetici e la storia clinica dei datori di gameti, dato che trattasi di notizie a volte indispensabili per la sua salute".

Per quanto concerne invece l'altro aspetto ovvero "se la ricerca

di una discendenza possa giustificare nell'ambito della fecondazione artificiale il diritto del nato di conoscere anche i dati anagrafici del donatore/donatrice o datore/trice di gameti", il comitato non è stato in grado di dare una risposta unitaria. Alcuni membri del Cnb sono convinti che sia più opportuno conservare l'anonimato anagrafico in considerazione del fatto che il lega-

me tra i "procreatori biologici" e il "nato" è di carattere "genetico ma non relazionale". In questo caso infatti "la preoccupazione primaria è quella che il disvelamento anagrafico possa alterare l'equilibrio esistenziale della famiglia di origine con possibili interferenze esterne nel progetto familiare". Gli altri membri del Comitato, che di contro riconoscono al nato il diritto ad un'in-

formazione piena nei confronti di chi ha ceduto i gameti, ritengono che "una informativa sulle proprie origini è ritenuta indispensabile per la ricostruzione della identità personale del nato". Ricostruzione dell'identità "come diritto fondamentale del nato" in contrapposizione "all'interesse dei genitori a mantenere il segreto e dei donatori a conservare l'anonimato. Una conoscenza, altresì, motivata da ragioni di parità e non discriminazione, non essendo legittimo sotto l'aspetto sia etico che giuridico impedire solo ai nati attraverso tale tecnica di ricercare le informazioni sulle loro origini biologiche".

I genitori dunque è bene che rivelino al figlio le modalità del suo concepimento seppur attraverso filtri e criteri appropriati come la "consulenza psicologica in grado di fornire il sostegno necessario a tutte le parti coinvolte lungo il percorso del disvelamento". Viceversa secondo il Cnb è sbagliato "eludere la richiesta di conoscere la verità" che viene vista come "una specifica forma di violenza: la violenza di chi, conoscendo la verità che concerne un'altra persona e potendo comunicargliela, si rifiuta di farlo, mantenendo nei suoi confronti un'indebita posizione di potere". Qualora, infine, la cura e la tutela della salute del minore lo rende necessario, il Cnb ritiene "indispensabile che il medico e/o la struttura medica, venuti a conoscenza delle modalità di procreazione del nato, informati in modo esauriente i genitori, o previa autorizzazione di questi ultimi o, nel caso del loro diniego, dell'autorità giudiziaria competente, abbiano sempre la possibilità di richiedere l'accesso ai registri e l'utilizzo dei dati necessari per i trattamenti diagnostici e terapeutici del minore paziente. Con analoghi finalità si auspica la possibilità che tra i centri medici e il donatore/datore vi sia

**INTERVISTA A CARLO FLAMIGNI**

## "La conoscenza delle proprie origini biologiche è un problema di biodiritto"

**Carlo Flamigni**, membro del Comitato Nazionale per la Bioetica, Ginecologo, Libero Docente in Clinica Ostetrica e Ginecologica, autore di un migliaio di memorie scientifiche nonché di molti libri, in questa intervista espone il dissenso rispetto al documento elaborato a fine novembre dal Cnb sul tema: "Conoscere le proprie origini biologiche nella Procreazione medicalmente assistita eterologa".

Un dissenso motivato sia da ragioni di carattere sostanziale: "questo è un problema di biodiritto che concerne principalmente le famiglie" spiega Flamigni che di carattere formale in quanto il termine eterologa "è sbagliato" e sarebbe più giusto parlare di donazione di gameti.

**Professor Flamigni, lei si è espresso in dissenso rispetto al parere del Comitato nazionale per la bioetica sul "Conoscere le proprie origini biologiche nella Procreazione medicalmente assistita eterologa". Per quale motivo?**

Intanto perchè questo è un problema di biodiritto e non di bioetica che concerne quindi principalmente le famiglie; secondo sarei stato d'accordo qualora esistesse un diritto assoluto a conoscere la verità ma non è così e infine, le faccio un esempio che ho fatto anche all'interno del Comitato e che però tutti hanno fatto finta di dimenticare.

**Prego...**

Lei immagini di avere un amico e viene a sapere che questo suo amico è frutto di un in-

cesto. Credo che non glielo direbbe mai perché si rende conto che quel diritto a conoscere la verità è minato dal fatto che l'apprendimento della verità è drammatico. Ci sono persone che avendo saputo di essere frutto di un rapporto all'interno della famiglia si sono uccise. Bisogna quindi tenere conto di questo problema ovvero: l'interesse della persona e non mettere l'individuo in condizione di patire una sofferenza che potrebbe essere drammatica in base a questo supposto diritto alla conoscenza.

È ai genitori che va affidato il compito di capire se il carattere, la sensibilità, l'intelligenza di questo giovane che cresce è tale da non comportare sofferenza in caso di apprendimento di questa verità. Sono i genitori che devono scegliere. Ci sono genitori che dicono che decideranno nel corso della vita del bambino e altri che probabilmente terranno la cosa per sé.

**Il parere del Comitato però parla anche di diritto per il nato ad "accedere ai registri dove sono conservati i dati genetici e la storia clinica dei datori di gameti, dato che trattasi di notizie a volte indispensabili per la sua salute".**

un rapporto continuativo nel tempo”.

**I pareri contrari**

Il documento, come detto, nella parte conclusiva contiene anche le motivazioni di chi come Maria Luisa Di Pietro, bioeticista, professore associato facoltà di medicina e chirurgia presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore, e Carlo Flamigni, bioeticista, ginecologo libero docente in Clinica Ostetrica e Ginecologica, hanno espresso il proprio voto contrario al testo. “La Pma

nella forma eterologa priva – scrive Maria Luisa Di Pietro – il nascituro della garanzia di essere pensato e portato all'esistenza all'interno di una relazione interpersonale esclusiva, viola il suo diritto a conoscere la propria identità familiare e introduce elementi di disordine sociale non facilmente gestibili. Si pensi, tra l'altro, alla difficoltà di ricostruire una storia sanitaria familiare in un contesto in cui le relazioni parentali sono state stravolte”. La bioeticista pone inoltre l'accento sul fatto che la

Legge n. 40/2004 vieta la fecondazione eterologa e si sarebbe aspettata “una riflessione più ampia sulla questione”, anche a fronte della sentenza della Corte Ue che stabilisce che “vietare la Pma nella forma eterologa non costituisca in alcun modo una violazione dei diritti dell'Uomo, avvallando indirettamente la stessa legge italiana”. Diverso, per ragioni di metodo e di merito, il voto contrario di Carlo Flamigni che firma la seconda postilla alla fine del documento del Cnb. “Gli scopi del parere non

rientrano nei compiti istituzionali previsti, e l'analisi etica è carente” è il primo giudizio del ginecologo che poi a conclusione del suo lungo argomentare aggiunge: “Mi sono chiesto molte volte le ragioni per le quali si è scelto di discutere un documento che non ha niente a che fare con la bioetica e che mi sembra assolutamente inutile; mi sono chiesto anche le ragioni della scelta di promuoverlo prima della fine dell'anno, malgrado che qualche voce di dissenso si levasse, di tanto in tanto, nelle

discussioni. Credo che il Comitato – che malgrado abbia detto ben poco non ha ormai più niente da dire – sia preoccupato per l'eventualità di una decisione governativa che lo collochi tra gli “enti inutili” e che per questo stia accelerando la conclusione di documenti che meriterebbero una diversa attenzione (o, come in questo caso, di attenzione non ne meriterebbero). Se fosse così, sarebbe un errore: non c'è niente di più inutile di un ente inutile che non sa di esserlo”.

Quello che conta è una cosa sola: che tra il donatore e il centro che effettua le donazioni rimanga sempre una relazione e questo perché possono esistere malattie genetiche di cui i famigliari devono essere avvisati. Sono rare ma bisogna tenerne conto. La mia contrarietà va anche oltre perché tra le righe di quel documento si esprime un giudizio negativo sulla donazione. Io dico che le donazioni sono una forma di genitorialità nella quale il diritto di definirsi genitori nasce da una cosa molto semplice: una persona dice ad un bambino “io mi siedo vicino a te per darti quello di cui hai bisogno”. E questo fa di lui un genitore.



**Nella postilla finale, dove lei spiega il motivo del suo dissenso, dice di essere contrario anche al termine fecondazione eterologa. Perché?**

L'uso del termine eterologo non è soltanto scorretto ma è anche utilizzato per sovrapporre alla donazione di gameti un elemento di bestialità per renderlo partico-

larmente odioso. Secondo alcuni dizionari il termine fa riferimento a “organo, tessuto o sostanza organica che proviene da una specie animale diversa da quella in oggetto”. Insomma sembrerebbe un tentativo, che è sempre fallimentare, di mescolare due specie.

**I pareri del Cnb sono richiesti oppure siete voi che decidete di pronunciarsi su un determinato argomento?**

I pareri prevalentemente li scegliamo noi. Poi possono esserci occasioni in cui qualcuno ce li chiede. Noi dovremmo essere al servizio del Presidente del Consiglio dei Ministri che a dire il vero di pareri ce ne chiede pochi.

Lei fa anche una critica di carattere metodologico, accusando il Cnb di operare come se dovesse disporre delle normative mentre il suo compito è un altro.

Il Comitato di bioetica si comporta come un comitato che predispone normative mentre dovrebbe essere un laboratorio. Il Cnb dovrebbe essere una fonte di informazioni per i cittadini, per i ministri e per i parlamentari, un luogo dove vengono esa-

minate le differenze e i dissensi sui problemi morali che vengono compresi e spiegati nel modo più semplice possibile anche perché noi non siamo stati eletti ma siamo stati nominati d'autorità dal presidente del Consiglio dei ministri e quindi le nostre maggioranze sono molto relative.

**Come si può inserire questo parere con il fatto che a maggio la Corte Costituzionale si pronuncerà sul divieto di fecondazione eterologa contenuto nell'articolo 4 della legge 40/2004?**

In via preliminare credo che la Corte Costituzionale confermerà il divieto di eterologa anche perché la Commissione dei Diritti dell'Uomo di Strasburgo ha dato ragione all'Austria che è nella stesse condizioni dell'Italia e quindi non credo che almeno per il momento ci saranno delle variazioni. Per rispondere alla sua domanda il parere del Comitato può essere letto come un documento per prevenire atti di eccessiva indipendenza laica come a dire “se per caso la Consulta decidesse diversamente intanto cominciamo a tamponare i danni”. (S.S.)

**Come nel caso delle adozioni?**

Esatto, le adozioni sono la stessa cosa. Io sono convinto che questo documento non doveva essere scritto perché, ripeto, non ha nulla a che fare con la bioetica, è stato scritto con una fretta eccessiva forse perché il Comitato nazionale di bioetica doveva far vedere che sta lavorando molto e comunque avrebbe dovuto contenere anche la mia posizione.

Utile per migliorare la qualità dello sperma

**PROXEED<sup>®</sup> NF**  
INTEGRATORE ALIMENTARE

a base di L-carnitina,  
Acetil-L-carnitina,  
Fruttosio, Acido citrico,  
Coenzima Q<sub>10</sub>,  
Vitamine ed  
Antiossidanti



**in caso di infertilità maschile**

# Medicina di genere

## Un decollo difficile

**Andrea Peracino**

Vice Presidente Fondazione Giovanni Lorenzini e Fondazione Italiana per il Cuore, Membro fondatore della Società Italiana e della Società Europea per la Salute e la Medicina di Genere, e del Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere

Il ginecologo oggi desidera essere più consapevole della visione allargata che la salute della donna richiede nei confronti delle patologie legate all'età fertile e di quelle che la colpiscono dopo la menopausa, come malattie cardiovascolari e osteoarticolari, diabete, obesità, alcuni tumori – ora comprese nella definizione di malattie croniche non trasmissibili – NCD. È noto che queste patologie, che colpiscono la donna spesso con prevalenza maggiore rispetto all'uomo, hanno una evoluzione lenta che inizia in età assai giovane per presentarsi spesso in modo improvviso dopo la menopausa, un periodo particolarmente delicato in cui la donna è meno preparata ad affrontarle, sia da un punto di vista organico che fisiopatologico.

Solo negli ultimi decenni la scienza medica sta portando un'attenzione diversa rispetto al passato alle cause delle disuguaglianze di evoluzione clinica della donna paziente. Evoluzione che comporta sofferenze, disabilità ed esito infausto, prevalente nelle donne rispetto all'uomo. Sotto la spinta dell'Oms, l'allarme è riuscito a destare l'attenzione di medici, operatori sanitari, società scientifiche, centri di ricerca, centri di eccellenza, tanto che il termine "Medicina di Genere" ha cominciato a percorrere i congressi, le pubblicazioni, internet, i media scientifici e laici, producendo stimoli di interesse e progetti di intervento. In tutti questi eventi emerge forte il richiamo alla differenza di prevalenza tra uomo e donna in molte delle patologie indicate e nelle loro conseguenze di sofferenza, disabilità o morte. Compagno, e sono apprezzate, le motivazioni bio-funzionali che sono alla base delle differenze di esito di dette patologie.

Appare, tuttavia, piuttosto scarsa, o non bene evidenziata, l'informazione che alla base delle differenze di evoluzione, e di esito soprattutto, vi sia una risposta diversa del medico e della società al bisogno di salute differenzialmente esplicitato dall'uomo e dalla donna. Inoltre l'attenzione viene a volte deviata verso l'organizzazione o la strutturazione sanitaria o l'adeguamento degli

**Perché la Medicina di Genere stenta ancora, dopo alcuni decenni, ad affermarsi come approccio consapevole ed efficace di comportamento del medico verso l'uomo e la donna? Cosa ostacola l'approccio di genere nella cura delle malattie croniche non trasmissibili? E perché sono ancora così pochi i ginecologi che richiedono percorsi di**

**approfondimento professionale che tengano conto della medicina di genere? La risposta a queste e altre domande è contenuta nelle riflessioni qui proposte, tratte dall'intervento del Prof. Andrea Peracino al corso pregressuale sulla Medicina di Genere, svoltosi a Castelvolturno lo scorso dicembre nell'ambito del convegno regionale Aogoi Campania.**



investimenti. Sembra quasi ci sia un pudore nel riconoscere che il medico, in ogni specialità specifica, è poco informato sulle differenze di genere e, di conseguenza, è culturalmente poco preparato su questo tema. Di qui la riluttanza nell'affrontare in modo esplicito il necessario percorso informativo/formativo di ogni medico sull'approccio al genere.

### L'etichetta "di genere"

Il termine "di genere" (in vero molto misterioso e attrattivo) viene spesso utilizzato per colorare approcci di marketing, tanto che, spesso, viene adottato più come brand per richiamare l'in-

teresse su una medicina dedicata alla donna che come riferimento culturale. Come se nel nome della nuova moda di genere la donna potesse trovare delle risposte alle sue molte domande di salute. Di ciò, tutto sommato, non vale la pena rammaricarsi troppo, spesso il rumore aiuta a sensibilizzare e questo è utile.

Anche per questo, all'inizio del nostro percorso comune, abbiamo deciso di affrontare il rischio di utilizzare il concetto di genere per dare maggiore forza all'attenzione per la donna, non solo nei confronti delle autorità.

È quasi lapalissiano affermare che un approccio corretto alla

medicina di genere consente di affrontare meglio un approccio clinico al proprio paziente, e questo è tanto più vero per il ginecologo che si relaziona alla donna sulla quale, per motivi diversi, pesa di più la disuguaglianza di risposta della società, e quindi della medicina, ai suoi bisogni di salute. Altrettanto lapalissiano è domandarsi se le cause delle disuguaglianze di trattamento dell'uomo e della donna siano solo imputabili alle oramai note, anche se non completamente studiate, differenze ormono-recettoriali.

Ma il vero nocciolo della questione risiede in una domanda che spesso ci poniamo: perché dopo

alcuni decenni la Medicina di Genere stenta a diventare un approccio consapevole ed efficace di comportamento del medico verso l'uomo e la donna?

### L'allarme del mondo scientifico

All'inizio del Duemila le autorità scientifiche americane mettevano in evidenza le differenze di composizione della popolazione negli studi clinici e lanciavano un allarme: la sottorappresentazione (nei casi migliori non raggiungeva il 30%) del genere donna nella sperimentazione clinica dei farmaci più usati, per esempio a livello cardiovascolare, espose le stesse al pericolo di interventi farmaceutici non provati, o non efficaci, o anche dannosi. Questo allarme era accompagnato da un invito sulle più importanti riviste mediche mondiali (1) a migliorare la rappresentatività del genere femminile negli studi clinici. Dieci anni dopo le stesse autorità dovevano constatare che detta sottorappresentazione, malgrado i ripetuti richiami dei farmacologi, non si era modificata di molto: nell'inverno del 2010 la American Heart Association (AHA) constatava che la rappresentatività della donna nei clinical trials si era alzata di pochi punti percentuali.

L'attenzione sugli effetti collaterali da uso di farmaci nella donna viene sollevata spesso ma rimane la constatazione che non molto si muove nella direzione giusta. Un articolo recente su il New England Journal of Medicine nel rivalutare un'ampia casistica di ricoveri ospedalieri dovuti a effetti collaterali da farmaci metteva, fra l'altro, in evidenza che quattro approcci farmacologici, come warfarin (33,3%), insuline (13,9%) agenti antiplateletici orali (13,3%) e ipoglicemizzanti orali (10,7%), comparivano nel 67% di ospedalizzazioni di emergenza per effetti collaterali da farmaci negli anziani, fra i quali quasi il 60% era rappresentato da donne (3).

Le differenze di evoluzione delle malattie croniche richiamate più sopra derivano dunque da una serie di fattori in cui la nota differenza di costellazione ormonale, pur essendo la spiegazione delle differenze biologiche, non è la sola responsabile. Un ruolo importante nei confronti del diritto alla salute dei due generi lo giocano l'approccio e la risposta culturale, medica e socio-sanitaria dell'organizzazione (non sempre consapevole e preparata).

### Le barriere

Sicuramente esistono delle barriere che impediscono all'approccio di genere di essere inserito in modo sempre più efficace nell'approccio alle NCD, contribuendo quindi a ridurre le disuguaglianze tra uomo e donna nella società, come auspicato dall'Oms.

Questi ostacoli risiedono essenzialmente:

■ nella ancora non estesa cono-

## Medicina di genere: il progetto Aogoi-Fondazione Giovanni Lorenzini

**Aogoi e Fondazione Giovanni Lorenzini hanno avviato un'importante iniziativa per promuovere l'ottica di genere nell'approccio ginecologico attraverso la formazione e**

**l'aggiornamento. Una delle prime tappe di questo progetto di ampio respiro riguarda la realizzazione di percorsi multidisciplinari diagnostico-terapeutici e di prevenzione su**

**aree patologiche emblematiche delle malattie croniche non trasmissibili (NCD) nella donna in tre fasce di età: adolescenza, età riproduttiva, menopausa e terza età.**

scienza delle differenze di genere nella storia clinica e nella risposta al trattamento;

- nella difficoltà di avere numeri affidabili per conoscere l'epidemiologia differenziata in paesi come il nostro;
- nella ancora ridotta disponibilità di linee guida verificate e di protocolli certificati per i due generi;
- nella necessità di rivedere il valore predittivo globale di un utilizzo dei fattori di rischio differenziati;
- nella necessità di meglio riconoscere la ricaduta economica di una non adeguata attenzione alla differenza di genere nell'organizzazione sanitaria;
- nella necessità di aumentare il dialogo tra specialisti diversi perché l'approccio al soggetto possa portare tutto il vantaggio dell'integrazione di competenze;
- nell'ancora imperfetta organizzazione di programmi di prevenzione efficaci che tengano conto della differenza di genere;
- nella resistenza che alcuni sistemi sanitari hanno ancora nell'utilizzare le conoscenze sulle differenze di genere per ridurre mortalità, disabilità e sofferenze inutili ai due generi.

**Le domande**

È stata sottolineata la necessità di integrazione di discipline mediche e sanitarie diverse: infatti un'alleanza di intenti e una integrazione multidisciplinare di genere dovrebbe ridurre le summenzionate barriere e potrebbe portare risposte alle molte domande che ancora oggi, malgra-

do il tanto parlare di medicina di genere, esistono. Alcune di queste, tra le molte, sono:

- Perché molti uomini e ancora un maggiore numero di donne muoiono prematuramente per le malattie cardiovascolari, quando è dimostrato che dette patologie godono di strumenti di dimostrata efficacia, sotto il profilo della prevenzione, diagnosi precoce e trattamento? (3).
- Perché i 28 o 34 anni che la media attuale di aspettativa di vita concede a un uomo o una donna di 50 anni, debbono comprendere rispettivamente 15 o 20 anni di disabilità e sofferenza (e carico economico sui Ssn)?
- Quali delle patologie croniche citate ricadono nell'ambito del ginecologo? E quali il ginecologo è preparato a riconoscere in tempo e ad affrontarne un percorso di prevenzione efficace?
- Quanto e come sono strutturati i percorsi specialistici o multispecialistici per un efficace approccio di genere a uomo e donna? E come trattare uomo e donna con quelle polipatologie in quelle età che sono escluse dagli studi clinici di evidenza da cui derivano le linee guida dei trattamenti farmacologici e non? (4)

Integrare questi concetti nella cultura ed esperienza del ginecologo costituisce indubbiamente un vantaggio per la donna e fa scaturire altre domande: Quanto della cultura del ginecologo e delle sue competenze specialistiche specifiche è possibile integrare nell'organizzare

un trattamento pluridisciplinare delle NCD? Esistono linee guida integrate? Esistono e funzionano dei modelli di integrazione? Ci sono percorsi formativi integrati? Quali sono i vantaggi di una integrazione? Quali sono gli svantaggi? Quali sono le

**Sembra quasi ci sia un pudore nel riconoscere che il medico, in ogni specialità specifica, è poco informato sulle differenze di genere e di conseguenza è culturalmente poco preparato su questo tema**

barriere che impediscono l'integrazione?

E ancora: perché sono ancora pochi i medici (nel caso parliamo del ginecologo) che si impegnano a richiedere percorsi di approfondimento professionale che tengano conto della medicina di genere? Non per aggiungere una specializzazione in più e non per competere con i clinic esperti in cardiologia, diabete, obesità etc., ma per riconoscere in tempo nel proprio assistito la necessità di un inizio di prevenzione o trattamento precoce. Perché non si moltiplicano fino alla sufficienza le strutture sanitarie in cui la gestione integrata multidisciplinare sul paziente è capace di ridurre molte sofferenze ed esiti infelici?

**Due generi. Anzi 3**

L'attenzione alla Medicina di Genere si basa su un approccio concreto per costruire delle risposte adeguate a molte delle domande sopra riportate. Essa è indirizzata a studiare le differenze tra uomo e donna intesi non solo come sessi ma come insieme dell'azione e reazione che i due generi hanno nei confronti di patologie comuni, inclusa la risposta del medico, della società e, di conseguenza, il modo come viene protetta o recuperata la loro salute. Non deve essere intesa come una nuova specialità medica bensì come una esigenza di conoscenza per rispondere al bisogno di salute dei due generi. Ma forse non sono due i generi bensì tre: dopo una certa età infatti le condizioni biologiche e le condizioni sociali dei due generi tendono a congiungersi e a "costruire" un genere nuovo, ancora più bisognoso di aiuto. Certamente la gerontologia e geriatria ha dato moltissimo a queste età, ma è l'etichetta di γέρων, geron, che riduce la valenza sociale e economica di questa età. È un'altra storia questa, ma va ripresa perché, nell'ambito della protezione della salute e della riduzione delle disuguaglianze (anche di genere), l'applicazione della medicina di genere costituisce un valore aggiunto e di misura del ritorno di investimento nei sistemi sociali e non ultimo nel lavoro.

**Per saperne di più**

1. L. Sherman, R. Temple, R. Merkatz Women in Clinical Trials: An FDA Perspective Science 1995; 269:793-795. Mosca L, Grundy SM, Judelson D, King K, Limacher M, Oparil S, Pasternak R, Pearson TA, Redberg RF, Smith SC Jr, Winston M, Zinberg S.

- Guide to preventive cardiology for women: AHA/ACC Scientific Statement Consensus panel statement. Circulation. 1999;99:2480-2484. Patrick Y. Lee, Karen P. Alexander, Bradley G. Hammill, Sara K. Pasquali, Eric D. Peterson. Representation of Elderly Persons and Women in Published Randomized Trials of Acute Coronary Syndromes. JAMA. 2001;286:735-736. Mosca L, Mochari-Greenberger H, Dolor RJ, Newby LK, Robb KJ. Twelve-year follow-up of American women's awareness of cardiovascular disease risk and barriers to heart health. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2010;3:120-127
2. (Chiara Melloni, Jeffrey S. Berger, Tracy Y. Wang, Funda Gunes, Amanda Stebbins, Karen S. Pieper, Rowena J. Dolor, Pamela S. Douglas, Daniel B. Mark, L. Kristin Newby. Representation of Women in Randomized Clinical Trials of Cardiovascular Disease Prevention. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2010;3:135-142). Ancora più recentemente Lancet riprendeva il tema e richiamava l'attenzione a migliorare detta rappresentatività (nell'Editorial intitolato: Taking sex into account in medicine. Lancet 2011; 378: 1297-305 "The Lancet encourages researchers to enroll more women into clinical trials of all phases, and to plan to analyze data by sex, not only when known to be scientifically appropriate, but also as a matter of routine")
  3. Daniel S. Budnitz, Maribeth C. Lovegrove, Nadine Shehab, and Chesley L. Richards. Emergency Hospitalizations for Adverse Drug Events in Older Americans. N Engl J Med 2011;365:2002-12).
  4. Earl S. Ford, Umed A. Ajani, Janet B. Croft, Julia A. Critchley, Darwin R. Labarthe, Thomas E. Kottke, Wayne H. Giles, and Simon Capewell. Explaining the Decrease in U.S. Deaths from Coronary Disease, 1980-2000 N Engl J Med 2007;356:2388-98.
  5. vedi anche Patrick Y. Lee, Karen P. Alexander, Bradley G. Hammill, Sara K. Pasquali, Eric D. Peterson. Representation of Elderly Persons and Women in Published Randomized Trials of Acute Coronary Syndromes. JAMA. 2001;286:735-736.

di Davide De Vita

Il Congresso regionale Aogoi 2011 "L'ostetricia e ginecologia basata sull'evidenza", organizzato a Castel Volturno dall'11 al 14 dicembre, ha centrato l'obiettivo: la formazione pratica del ginecologo e dell'ostetrica, sottolineando i livelli di evidenza e le raccomandazioni cliniche in uroginecologia, oncologia ginecologica, ostetricia, trombofilia e contraccezione. È stato proprio il taglio pratico infatti che ha contraddistinto questo evento multidisciplinare, fortemente voluto dal professor Antonio Chiantera e dal dottor Davide De Vita, coadiuvati dai co-presidenti Riccardo Arienzo, Piero Iacobelli e Fabio Sirimarco e dall'intenso lavoro del comitato scientifico Maria Grazia De Silvio, Francesca Fiorillo e Carlo Rappa. I corsi pregressuali di semeiotica e terapia dei disturbi pelviperineali, di simulazione in ostetricia e la Live Surgery hanno contribuito significativamente ad attirare un numero considerevole di partecipanti, che si sono visti impegnati attivamente, diventando i protagonisti insieme ai docenti. La stretta col-

**Congresso regionale Aogoi Campania**

**Un grande evento per la rinascita dell'ostetricia e ginecologia campana**

**La partecipazione attiva delle società scientifiche affiliate Aogoi è stato l'elemento determinante per il successo di questo importante evento multidisciplinare**

laborazione delle società scientifiche affiliate Aogoi - Aiug, Sigite, Sccl e Aio - nell'organizzazione del Congresso è stata la chiave del suo successo, sotto il profilo scientifico e sociale. L'unione delle risorse infatti ha evitato una dispersione di energie e, nonostante la durata di 4 giorni e il particolare periodo di fine anno in cui i budget aziendali sono già proiettati al 2012, il congresso è stato molto generoso ed elegante. Significativo soprattutto è stato il livello scienti-



fico dei docenti, per lo più provenienti dalla regione Campania, a conferma delle alte professionalità espresse dal nostro territorio.

La cerimonia inaugurale ha visto presenti tutti i presidenti delle diverse società scientifiche organizzative. Hanno aperto i lavori il presidente Aogoi Vito Trojano, il presidente Sigo Nicola Surico, il presidente Sigite Costante Donati Sarti, il presidente Aiug Antonio Perrone, il presidente Agite Giovanni Fattorini, il presidente Aio Antonella Marchi e il presidente Sccl-Societ. Campano Calabro Lucana di ostetricia e ginecologia P. Perrillo.

Le letture magistrali del professor M. Glezerman dal titolo "Obstetric aspects of Gender Medicine", del professor Vincenzo Mirone sulle "Disfunzioni sessuali femminili" e del professor Gian Battista Scambia sulla Chirurgia oncologica hanno inchiodato sulla sedia i numerosi e altrettanto autorevoli invitati alla cerimonia inaugurale.

Nell'ambito della giornata dedicata all'uroginecologia sono stati approfonditi il ruolo degli aspetti epidemiologici e lo stile

➤ **Segue a pagina 30**

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



## Lactoflorene Gyn®

### 10 CAPSULE VAGINALI

- Cranberry (*Vaccinium macrocarpon*, mirtillo rosso) succo disidratato titolato al 4% in proantocianidine (PAC)
- *Lactobacillus acidophilus* Vis K8, 1.2 miliardi UFC
- Acido Lattico 60%
- Calendula (*Calendula officinalis*) estratto secco, titolato 1% in flavonoidi
- Acido poliacrilico (*Policarbophil*)

*Cosmetic Technology, 2/2011*  
Estratto dello studio

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

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

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

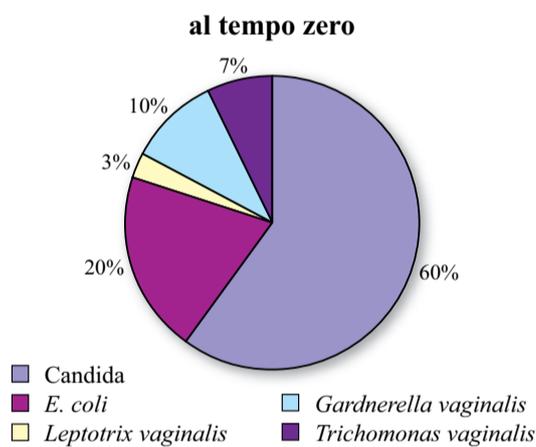
Alle donne del gruppo A sono stati somministrati probiotici per via orale per 10 gg (Lacto 5® due capsule/die).

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

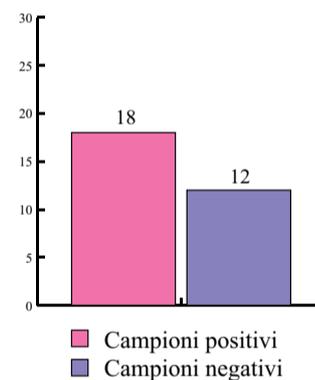
Ad entrambi i gruppi è stato effettuato un tampone al tempo zero, al 10° giorno di terapia (T1) e dopo 1 mese dalla prima visita (T2).

## RISULTATI

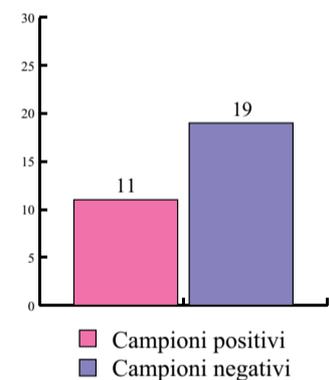
### GRUPPO A Per os



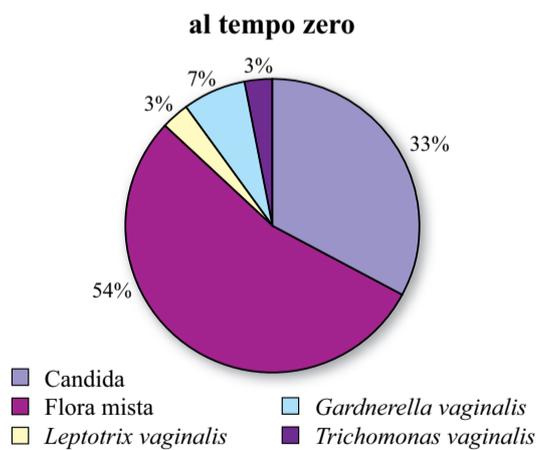
### a 10 giorni



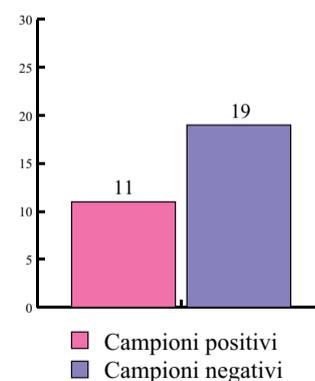
### a 30 giorni



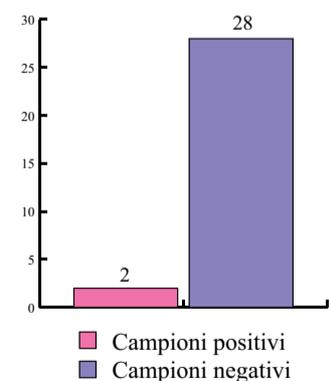
### GRUPPO B Topico



### a 10 giorni



### a 30 giorni



### Gruppo A

a 10 gg presentava  
a 30 gg presentava

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

### Gruppo B

a 10 gg presentava  
a 30 gg presentava

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

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

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

di Carlo Maria Stigliano

**L**a concorrenza è sempre stata un formidabile strumento di progresso e di miglioramento in tutti i settori delle attività umane: quando c'è stata la possibilità della scelta sulla base della migliore offerta si è avuto sviluppo e avanzamento della società e soprattutto si è salvaguardato il legittimo principio della tutela dell'interesse del cittadino. In effetti, anche nel campo delle professioni, la molla del confronto e la possibilità di verificare la qualità dell'offerta, ha consentito di pretendere il meglio ed al prezzo più conveniente: su questa base ed in piena libertà ciascuno ha avuto quindi la possibilità di scegliere chi o che cosa ritiene più vantaggioso o più adeguato alle proprie richieste ed esigenze.

Nell'ambito della nostra professione i cittadini hanno il diritto di poter scegliere liberamente da chi e dove farsi curare, salvo rispettare le regole che la collettività ("lo Stato") si è dato per tutelare le esigenze di tutti. Non era forse questo lo spirito della "aziendalizzazione" della sanità, non si dovevano mettere in concorrenza tra loro gli ospedali, le Asl, gli ambulatori, per offrire in uno spirito di sana emulazione le migliori prestazioni ai cittadini-utenti? Che ciò sia realmente accaduto su tutto il territorio nazionale è da verificare ma è

tuttavia evidente che la gente (soprattutto per le patologie più gravi) va dove ritiene di trovare le risposte più qualificate alle sue esigenze di salute. Ritengo quindi profondamente giusto che anche nel campo della sanità le cosiddette liberalizzazioni consentano meno vincoli alle scelte dei cittadini e nel contempo siano riconosciuti e valorizzati i soggetti e le istituzioni che meritano di più per capacità, bravura e qualità dell'offerta. A fronte della disponibilità e della pronta risposta dei medici alla liberalizzazione delle professioni e delle attività connesse, sarebbe auspicabile un'altrettanto ampia e decisa apertura anche di altri settori della vita del nostro Paese, nell'ambito dei servizi e delle professioni, verso cui la nostra categoria paga pedaggi inaccettabili: penso agli avvocati, ai notai, agli ingegneri ed architetti, per citarne solo alcune, tutte categorie professionali piuttosto restie ad aprirsi alla concorrenza reale e a fornire prestazioni in regime libero da difese corporative variamente mascherate. Ma anche nel setto-

# Liberalizziamoci... con giustizia!

**"È in atto nel nostro paese il tentativo di favorire una maggiore concorrenza in molti campi di attività. Qualcuno osserva che sarebbe stato importante estendere le cosiddette liberalizzazioni anche in altre direzioni e con ben altri risultati. Comunque consideriamo quanto fatto un utile inizio, un'apertura verso una società meno bloccata, meno dirigista e finalmente più liberale"**

**l'opinione**



**La madre di tutte le liberalizzazioni, quella che manca e di cui nessuno parla, è quella che riguarda la giustizia nel nostro Paese. A questa liberalizzazione noi medici e soprattutto noi ginecologi siamo molto interessati, come cittadini e come professionisti**

re dei servizi le cose non vanno molto bene: ad esempio le proteste dei tassisti sono comprensibili ma difficilmente accettabili: sarebbe come dire che a Roma non possano esercitare più di un certo numero di medici in considerazione dei costi sostenuti per gli studi dalla famiglia di ciascun professionista che pretenderebbe quindi un adeguato ritorno economico, evidentemente ridotto dall'aumento dell'offerta! È dunque indispensabile introdurre nella nostra Italia delle congreghe e delle corporazioni una ventata di trasparenza e di sana concorrenza, anche tra singole istituzioni. Fuori dai denti: un espe-

dale ha una lunga lista d'attesa? Non fornisce prestazioni adeguate? Il personale è poco disponibile e non incline alla buona accoglienza? Intanto i cittadini-utenti vanno in altra struttura e quello finirà per essere ridimensionato, ricevendo meno finanziamenti: di chi poi è la responsabilità si vedrà e si sanzionerà. Il manager è incapace di gestire in termini di efficienza e di efficacia l'Asl: va a casa e se ha fatto danni inescusabili gli si chiederà conto (la Corte dei Conti in qualche caso lo fa già). Nella libera professione non è forse

una legge naturale che chi più vale più viene richiesto? Dunque questo aureo principio valga per tutti! Viva dunque le liberalizzazioni! In verità quella che manca e di cui nessuno parla, la madre di tutte le liberalizzazioni è quella che riguarda la giustizia nel nostro Paese. A questa liberalizzazione noi medici e soprattutto noi ginecologi siamo molto interessati, come cittadini ovviamente e anche come professionisti: le lungaggini, l'incertezza del diritto, i costi della difesa e la farraginosità delle procedure sono la causa principale del

rifiuto delle compagnie di assicurazione di coprire i rischi della nostra professione. I Lloyds di Londra non fanno problemi ad assicurare chi chiedi di andare in guerra in difficili e pericolosi teatri di operazioni ma rifiutano di assicurare chi voglia fare il ginecologo in Italia! Questa è l'amara realtà che la dice lunga sulle difficoltà del nostro lavoro. E allora viene spontanea una proposta risolutiva: liberalizzazione! Sì, liberalizziamo anche la giustizia! I nostri magistrati non riescono a stare dietro ai processi? I tribunali hanno liste d'attesa quinquennali? Qualche tribunale lavora meglio, è più efficiente? Ebbene, mettiamoli in concorrenza (come si fa con i medici e con gli ospedali...) quelli che non vanno proprio, ridimensioniamoli e magari trasferiamoli. I capi dei tribunali non funzionano? Trattiamoli come i manager (o come i primari a cui non si rinnova il contratto e che vengono verificati ogni anno): via, messi da parte (e... la Corte dei Conti chiederebbe... il danno d'immagine all'istituzione come si fa per un povero medico?). Insomma se concorrenza ha da essere deve valere per tutti! Certo il lavoro di indagine della Magistratura inquirente non può essere "scelto" e il procuratore della Repubblica deve per forza essere quello naturale (è un principio costituzionale); ma in caso di rinvio al giudizio di una corte allora no: voglio avere il diritto di poter ottenere una "prestazione" certa, equa, uguale su tutto il territorio nazionale e in tempi celeri. Se qui occorrono 8 o 10 anni per una sentenza ebbene voglio essere giudicato dal tribunale di Stoccarda dove in un anno sarà fatta giustizia, a favore o a sfavore mio. E finalmente troverò una compagnia assicuratrice che a buon prezzo mi assicurerà! Non siamo forse cittadini d'Europa? E solo per pagare le tasse? E chi ha bisogno, se ritiene (a torto o a ragione) di non trovare in Italia le cure adeguate non ha forse diritto di recarsi in un altro Paese della CEE? A Stoccarda, a Stoccarda...

## post scriptum

**Al ministro della Giustizia, Severino, che chiedeva con decisione ai magistrati un "recupero di efficienza" della macchina (non proprio veloce) della giustizia italiana, pronunciando parole quali produttività, organizzazione ed efficienza, un alto magistrato in occasione dell'inaugurazione del nuovo anno giudiziario ha risposto risolutamente: "La giustizia non è un'azienda"! E ancora: il magistrato perde l'anima nella corsa alla sola efficienza produttiva, non conta solo la quantità è importante ancor più la qualità degli atti e delle sentenze!**

Oh perbacco! E a noi medici hanno imposto le 'Aziende' sanitarie e ci hanno fatto credere che dovessimo essere ad ogni costo "produttivi, efficienti e rapidi"! Che dovessimo diventare innanzitutto dei manager e tenere d'occhio i costi di gestione e le risorse disponibili! Che dovessimo privilegiare soprattutto il numero delle prestazioni! E addirittura che una buona parte di responsabilità della spesa per la Sanità fosse da addebitare alla nostra incapacità ad "aziendalizzarci"! Che allocchi siamo stati! Prendiamo esempio dai magistrati: che cos'è questa fregola dell'organizzazione, dell'efficienza, della rapidità!

Prendiamoci il nostro tempo, con calma: preferiamo la 'slow medicine'!

(C.M.S.)



**AGITE: Bilanci e Prospettive**

# Programmi e buoni propositi per il 2012

**di Giovanni Fattorini**  
Presidente AGITE

**U**a nostra Associazione viene da un anno importante. Nel corso del 2011 sono stati celebrati almeno 10 Congressi regionali per la quasi totalità in stretta collaborazione con Aogoi, che hanno visto un'ottima partecipazione da parte dei colleghi del territorio e un elevato livello della qualità scientifica dei contributi.

Le iniziative di studio, formazione, aggiornamento svolte in collaborazione tra Aogoi, Agite e Aio sono ormai un'abitudine acquisita in molte regioni, anche se non dobbiamo abbassare il nostro impegno per diffonderle in maniera più capillare nelle varie realtà locali. Non credo di esagerare affermando che alcuni di questi appuntamenti, in particolare quelli annuali, stanno diventando per i nostri iscritti un importante punto di riferimento culturale e associativo, sia ai fini dell'aggiornamento sia per conoscere le ultime novità in tema di problematiche professionali e anche per vivere un paio di giorni in un clima di convivialità.

Il 2011 è stato anche l'anno in cui l'associazione ha intensificato la sua presenza e collaborazione con Aogoi e Sigo e con altre Società affiliate per quanto concerne la realizzazione di impegnativi progetti di ricerca epidemiologica. Abbiamo inoltre intensificato l'approfondimento, dal punto di vista pratico e teorico, su alcune tematiche che abbiamo individuato come prioritarie: il controllo e la tutela della fertilità nei diversi aspetti, l'evoluzione delle tecniche contraccettive, le novità relative alla contraccezione di emergenza, le novità cliniche e antropologiche connesse alla diffusione, ancora limitata nel nostro paese, dell'aborto medico, le iniziative per la prevenzione del ricorso alla interruzione volontaria di gravidanza, soprattutto tra le donne immigrate e tra le fasce più fragili della popolazione femminile. E ancora il tema della assistenza alla gravidanza e al parto alla luce della pubblicazione delle recenti Linee guida sulla sorveglianza della gravidanza

**Intensificare la collaborazione con Aogoi, in tutte le sedi e in tutti i progetti. Estendere e radicare in modo omogeneo la presenza di Agite in tutte le regioni italiane. Aggregare le forze presenti nel mondo dell'associazionismo ginecologico in vista della creazione di un Collegio Unico dei ginecologi italiani. Dare concreta applicazione alle indicazioni per la riorganizzazione dei servizi dedicati alla salute della donna, presentate al recente Congresso nazionale Agite-Smic. E sul fronte della tutela assicurativa, spuntare le migliori polizze tailor-made per il ginecologo territoriale. Sono questi per il presidente Agite i primi 5 "buoni propositi" da attuare nel 2012**



fisiologica e quelle riguardanti il Taglio Cesareo. Altrettanto impegno è stato rivolto ai problemi più strettamente clinici, come la diagnosi e il trattamento del pavimento pelvico disfunzionale e a tematiche in cui le valenze cliniche si intrecciano con quelle sociali, storiche ed etiche, ovvero l'invecchiamento della popolazione, la medicina di genere, l'attenzione alla salute sessuale e procreativa delle giovani generazioni, la violenza nei confronti delle donne, l'aggiornamento e la rivalutazione del rapporto medico-paziente.

Ma il 2011 è stato anche l'anno del 2° Congresso nazionale, il primo svoltosi a Roma e organizzato integralmente con le nostre

energie in sintonia organizzativa, scientifica e culturale con Smic, la Società medica italiana di contraccezione presieduta da Emilio Arisi. Dedicheremo successivi interventi ad una valutazione più attenta dei risultati, sicuramente soddisfacenti del Congresso, e delle criticità emerse nel corso della preparazione e dello svolgimento dello stesso. Avremo tempo per farlo, perché quest'anno, in convinto accordo con le indicazioni della Sigo, non celebreremo il Congresso nazionale al fine di dedicare le migliori energie al successo del Congresso Mondiale Figo che si svolgerà per la prima volta nel nostro paese, il prossimo ottobre a Ro-

ma. Prima di affrontare il capitolo "programmi e buoni propositi per il 2012", mi preme ribadire l'opzione strategica che è alla base della nascita di Agite e la sua prima ragione sociale. Agite è nata come società affiliata Aogoi per rappresentare con serietà, senso della misura e piena autonomia la cultura, le aspirazioni, le legittime esigenze dei ginecologi italiani che lavorano nelle strutture pubbliche dedicate alla salute della donna: i Consultori Familiari in primo luogo (ma non solo) e dei ginecologi che operano in strutture private e che si riconoscono nei valori di equità, universalità, uguaglianza delle cure – valori alla base del nostro sistema sanitario e prima ancora della nostra Costituzione. La cooperazione con la principale associazione dei ginecologi italiani non è stata una scelta obbligata né tanto meno una scelta strumentale. È stata la scelta più idonea a favorire l'affermazione della ginecologia territoriale nella prospettiva della costituzione del Collegio dei Ginecologi e Ostetrici Italiani. Questo obiettivo, a cui ribadiamo di aderire senza dubbi – senza se e senza ma – va peraltro meglio precisato nei suoi dettagli istituzionali, giuridici, organizzativi affinché diventi, da

**“La cooperazione con la principale associazione dei ginecologi italiani non è stata una scelta obbligata né tanto meno una scelta strumentale. È stata la scelta più idonea a favorire l'affermazione della ginecologia territoriale nella prospettiva della costituzione di un Collegio unico dei Ginecologi e Ostetrici Italiani**

puro auspicio, percorso concreto e meta individuabile. Per quanto ci riguarda, la nostra disponibilità ad entrare nel merito di questa discussione e a dare fin da subito il nostro contributo alla realizzazione di questo “sogno” con le nostre idee è totale. Nel frattempo è nostro compito mettere in campo tut-

te le energie per costruire questo itinerario per la parte che ci riguarda. In altri termini, operare per intensificare la collaborazione con Aogoi in tutte le sedi e in tutti i progetti che sono già in essere e che vedranno la luce nei prossimi mesi. Del resto, come sempre, sono la conoscenza e il lavoro in comune che rendono più facile la stima reciproca e che alla lunga rendono la collaborazione non una scelta imposta ma la conseguenza logica di una relazione tra professionisti. Un altro obiettivo importante è quello di conseguire, anche in vista di Roma 2012, la definitiva legittimazione, per merito del lavoro svolto (e non per investitura divina), come l'unica associazione di ginecologi territoriali affiliata alla Sigo. Per quanto la nostra capacità di iniziativa e di influenza sia senza dubbio cresciuta in questi anni – in alcune regioni in modo particolare e l'istituzione di alcuni sezioni provinciali ne è l'esempio più convincente – non ci nascondiamo che è necessario lavorare ancora molto per estendere e radicare in modo omogeneo la presenza della nostra Società in tutte le regioni italiane, oltre a superare alcuni ritardi organizzativi a livello centrale. Lo abbiamo affermato con trasparenza in molte occasioni, il che non accade spesso nel mondo delle Associazioni. Ai colleghi di Agite e Aogoi che più si sono impegnati in questa impresa va il nostro riconoscente ringraziamento.

In questo contesto dunque andranno assunte tutte le iniziative possibili per aggregare le forze presenti nel mondo dell'associazionismo ginecologico in vista dell'obiettivo comune che rimane quello del Collegio Unico dei ginecologi italiani. E proprio a partire dalla positiva esperienza del Congresso Nazionale è nostra intenzione sviluppare una permanente e sempre più stretta collaborazione con le società scientifiche che affrontano temi analoghi a quelli nei quali siamo impegnati, in primo luogo la Smic. Lo richiede anche la situazione, non solo economica, per molti e intuibili motivi.

Per quanto riguarda la riorganizzazione dei servizi dedicati alla salute della donna, le indicazioni che abbiamo presentato in occasione del nostro Congresso e che hanno incontrato il consenso di Aogoi e Sigo, non devono rimanere un manifesto teorico ma una proposta che sta a noi rendere credibile, non solo a livello nazionale ma anche (e soprattutto) nelle diverse realtà regionali. È qui del resto che concretamente si assumono molte delle più rilevanti scelte

di politica sanitaria e da qui, come abbiamo denunciato apertamente, arrivano preoccupanti segnali di involuzione politica e di scelte talvolta davvero punitive nei confronti dei servizi più esposti sul fronte del welfare. Infine non voglio dimenticare gli impegni che ci siamo assunti sul fronte della tutela assicurativa per cercare di offrire a tutti i colleghi maggiori garanzie sul piano professionale. A questo proposito intendiamo rilanciare una campagna informativa rivolta ai nostri iscritti finalizzata ad ottenere la migliore copertura assicurativa, con polizze tagliate su misura in base alle caratteristiche specifiche del singolo professionista. Sono queste le priorità a cui, come gruppo dirigente nazionale e come associazione tutta, lavoreremo con impegno nel corso del 2012. Segnalateci le vostre difficoltà e insieme cercheremo di superarle. In conclusione vorrei lanciare un forte invito a tutti i colleghi: partecipiamo numerosi all'appuntamento di Roma, l'aver ottenuto questo Mondiale è una grande vittoria per la ginecologia italiana e un importante riconoscimento per l'Agoi e la Sigo.

**Primo convegno regionale AGITE Toscana Pisa 4 febbraio 2012**

## La donna con disfunzione del pavimento pelvico e vulvodinia: inquadramento diagnostico e terapeutico

**di Barbara del Bravo**  
Specialista ambulatoriale Asl 5 Pisa  
Segretaria regionale Agite Toscana

**L'**idea di un convegno sul pavimento pelvico disfunzionale e sulla vulvodinia, nasce dalla consapevolezza che le patologie riguardanti l'area in questione hanno subito, specie negli ultimi anni, una dimensione rilevante in termini numerici ed impatto sulla salute delle donne. I sintomi, talvolta di difficile interpretazione, quasi sempre invalidanti nei confronti della qualità di vita, necessitano di una conoscenza e competenza da parte del medico a cui la donna si rivolge sia degli strumenti diagnostici più accurati che delle scelte terapeutiche più appro-



priate. In realtà ad oggi le tematiche del dolore vulvare, della dispareunia e del tono del pavimento pelvico hanno ricevuto poca attenzione da parte dei ginecologi se non in relazione al prolasso genitale e all'incontinenza urinaria. La complessa fisiopatologia del problema necessita inoltre di un approccio multidisciplinare sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico. Cosa si conosce oggi di questa malattia? Come si arriva alla diagnosi? Il convegno si è rivolto pertanto non solo agli specialisti in ginecologia che operano prevalentemente sul territorio, ma alle ostetriche, fisioterapisti, figure sicuramente chiave nell'ottica di un approccio integrato e completo alla complessità del problema.

**Ad oggi le tematiche del dolore vulvare, della dispareunia e del tono del pavimento pelvico hanno ricevuto poca attenzione da parte dei ginecologi se non in relazione al prolasso genitale e all'incontinenza urinaria**

**di Pier Francesco Tropea**

**I** ginecologi, tra gli operatori sanitari più coinvolti nell'attuale contenzioso legale che caratterizza la professione medica, sono certamente interessati a conoscere in dettaglio la casistica giudiziaria concernente il loro operato, e ciò al fine di predisporre le opportune misure atte a prevenire la denuncia da parte della paziente che assuma di aver subito un danno conseguente alla prestazione sanitaria. Un'analisi statistica delle sentenze giurisprudenziali di merito e di legittimità relative agli ultimi anni ci ha consentito di individuare, pur nella loro molteplicità, quelle evenienze cliniche più frequentemente oggetto di contenzioso, sia penale che civile, con le pesanti ripercussioni, anche di ordine economico, che possono derivare al ginecologo chiamato in causa dalla paziente. L'evento maggiormente incidente nella casistica giudiziaria in ambito ostetrico-ginecologico riguarda il mancato o tardivo ricorso al taglio cesareo, nel caso in cui una sofferenza fetale passata inosservata o non tempestivamente diagnosticata abbia comportato la morte del feto o una disabilità neuromotoria del feto stesso. In tali casi la

## Profili più frequenti nel contenzioso ginecologo-paziente

**Un breve excursus sugli aspetti medico legali dei tre principali eventi che maggiormente incidono nella casistica giudiziaria in ambito ostetrico-ginecologico**



disputa medico legale innesca dal procedimento giudiziario riguarda l'omesso ricorso ai mezzi diagnostici atti al controllo del

benessere fetale (soprattutto la cardiocografia), ovvero l'interpretazione del tracciato cardiografico che la pratica clinica

ha dimostrato di possedere in molti casi caratteri di non univoca lettura. In tali evenienze la difesa dell'operato del ginecologo può risultare tutt'altro che agevole, nel presupposto, diffuso nella cultura corrente, che il parto rappresenti un evento parafisiologico e quindi naturale, che comporta necessariamente la nascita di un feto vivo, vitale ed esente da handicap, potendosi in caso contrario evocare l'esistenza di una colpa medica. In concreto, in ambito ostetrico, il ginecologo corre il rischio di essere chiamato a rispondere, non solo della tradizionale obbligazione di mezzi (l'obbligo di adoperare gli strumenti tecnici che la scienza mette a disposizione del medico in quel dato momento storico), ma anche di obbligazione di risultato (e cioè dell'obbligo di garantire alla paziente il risultato comunemente atteso, conseguente alla prestazione sanitaria). L'impegno del "risultato" è divenuto ancora più vincolante per

l'ostetrico da quando si è diffusa, essendone stata riconosciuta la legittimità, la pratica del taglio cesareo effettuato su richiesta della paziente, finalizzato ad ottenere precise garanzie sul benessere postnatale del feto rispetto ai potenziali rischi legati al travaglio del parto. Numerose pronunce giurisprudenziali hanno visto l'ostetrico soccombente per aver privilegiato il parto vaginale piuttosto di far ricorso al taglio cesareo, con nascita di un feto portatore di handicap neurologici, sebbene la genesi intrapartum di tale patologia si sia dimostrata, alla luce della attuali conoscenze, di ben rara incidenza, rispetto alla molto più frequente patogenesi prepartum. Di non raro riscontro giurisprudenziale è altresì la lesione neurologica del feto conseguente alla distocia della spalla, non necessariamente connessa con la macrosomia fetale che, della suddetta complicanza, rimane peraltro la causa più frequente. In as-

► Segue a pagina 29

**di Antonella Marchi**  
Presidente AIO

**O**ra sì che iniziamo ad essere una vera squadra! L'unione con Aiorce, l'Associazione che ha rappresentato le Ostetriche Italiane nei contesti internazionali e che con Aogoi ha promosso la nascita di Aio, consolida le nostre prospettive e ne apre di nuove.

Lavorare in squadra è molto più di un semplice slogan, l'apporto di ogni singolo professionista, con la sua peculiarità, il suo carattere, la sua storia personale e la sua esperienza contribuisce a un'alchimia che ci proietta verso obiettivi ambiziosi e successi talvolta insperati. L'ho imparato nel tempo, vincendo a volte con difficoltà il mio spirito di "battitrice libera". Me l'hanno insegnato la professione, le interazioni umane, l'importanza di costruire insieme... il valore di quello spirito di squadra che tiene uniti colleghe e colleghi, spronandoci ad ottimizzare il nostro operato attraverso l'integrazione e la collaborazione reciproca. L'Aio oggi, dopo un anno di attività, ha completato il cerchio definendo il suo Team leader nazionale e internazionale, che in-

**L'AIORCE si unisce all'AIO**

# L'orgoglio di ess

**Oggi abbiamo raggiunto un nuovo, importante risultato: AIORCE si è unita all'AIO, per rappresentarci a livello mondiale**

dicherà la rotta da intraprendere congiuntamente per la trasformazione della Professione di Ostetrica (oggi incagliata in una visione obsoleta) in una professione moderna, che rivendica con impeto la sua identità! Sembra quasi impossibile essere riuscite a creare questo movimento in cui in-sieme lavoriamo assiduamente per raggiungere obiettivi che oggi davvero possiamo definire "di squadra". Realizzare questa "impresa col-

lettiva" è stato come sentirsi risorgere con una voglia di vincere la sfida, di distinguersi dagli altri per mentalità, determinazione, impegno, spirito di sacrificio e abnegazione che ci fa sentire invincibili. Siamo quindi determinati a non cedere i centimetri conquistati e andremo dritti per la nostra strada, proiettati verso quel rinnovamento della professione ostetrica che tutti noi auspichiamo. Non lasceremo indietro nessuno perché sappiamo

bene che questa sfida può essere raccolta solo da una squadra. Una squadra vincente, quella che tutti noi vogliamo costruire: una squadra in cui tutti hanno gli stessi diritti, opportunità e regole. Una squadra che punta sull'ascolto e che perciò è capace di raccogliere e mettere a frutto

ogni suggerimento, critica e sprone che giunga dalle colleghe e colleghi di ogni regione. Una squadra che sa trasmettere con entusiasmo la sua visione a ogni ostetrica e ginecologo che si avvicina all'Aio. È questa la nostra scommessa e... riusciremo a vincerla!



Loredana Tessarin



Bianca Lamboglia



Antonella Di Matteo



Antonella Pesce



Angela Suni



Elsa Del Bo



Gianna Turazza



Antonella Toninato



Marina Tabò



Anna Maria Picciano



Flavia Allegretti



Michela Zuffrano



Maria Caggiano



Maddalena Tedde



Peppe Lombardo



Emanuela Busa



Cristina Panizza

# ere una squadra

## I SEGRETARI REGIONALI AIO La nostra squadra

### ABRUZZO

Antonella Di Matteo

### BASILICATA

Antonella Pesce

### CALABRIA

Angela Suni

### CAMPANIA

Bianca Lamboglia

### EMILIA

Gianna Turazza

### FRIULI VENEZIA GIULIA

Antonella Toninato

### LIGURIA

Marina Tabò

### LOMBARDIA

Elsa Del Bo

### MARCHE

Flavia Allegretti

### MOLISE

Anna Maria Picciano

### PUGLIA

Maria Caggiano

### ROMAGNA

Michela Zuffrano

### SARDEGNA

Maddalena Tedde

### SICILIA

Pepe Lombardo

### VENETO

Busa Emanuela

Panizza Cristina

### VAL D'AOSTA

Loredana Tessarin

## Consiglio Direttivo e di Presidenza AIO

### PRESIDENTE

Antonella Marchi (Siena),  
Ostetrica

### VICE PRESIDENTE

Giuseppe Ettore (Catania),  
Ginecologo

### SEGRETARIO

Giuseppina Di Lorenzo (Napoli),  
Ostetrica

### TESORIERE

Claudio Crescini (Bergamo),  
Ginecologo

### CONSIGLIERI

Marzia Cantoni (Verbania),  
Ostetrica

Valeria Dubini (Firenze),  
Ginecologa

Sebastiana Ferraro (Catania),  
Ostetrica

### Segretario AIORCE

(per i rapporti con l'Estero)  
Elsa Del Bo, Ostetrica

### REVISORI DEI CONTI

Giancarlo Cecchini (Milano),  
Ginecologo

Roberta Giornelli (Gorizia),  
Ostetrica

### PROBIVIRI

Carmine Gigli (Gorizia),  
Ginecologo

Fabrizio Perillo (Desenzano),  
Ostetrica

Serenella Carta (Alghero),  
Ostetrica

### Presidenti onorari

Antonio Chiantera (Napoli),  
Ginecologo

Berta Comitini (Pisa),  
Ostetrica

HOLOGIC PRENATAL HEALTH

## È già ora di nascere?

Rapidf<sup>FN</sup>  
10Q System

QuikCheck<sup>FN</sup>

Il Test della Fibronectina fetale  
per la predizione precoce del parto pretermine

*Il valore predittivo negativo della Fibronectina fetale equivale al 99%;  
con l'uso contestuale della cervicometria raggiunge il 100%<sup>1</sup>*

Per ulteriori informazioni sulla fibronectina fetale  
è possibile visitare il sito [www.ffntest.com](http://www.ffntest.com)  
oppure contattare la **Hologic Italia** ad  
[italy@hologic.com](mailto:italy@hologic.com)

**HOLOGIC**<sup>TM</sup>  
The Women's Health Company



## promensil®

CONTRO I DISTURBI DELLA MENOPAUSA

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

**Riduce i disagi**  
**Protegge dall'invecchiamento**  
**Integra le carenze**

 **IN FARMACIA**

# promessa di benessere



**Promensil®,  
integratore a base di Trifoglio rosso,  
la fonte naturale più ricca,  
pregiata e sicura di isoflavoni.**

Numero Verde  
**800-900064** [promensil.it](http://promensil.it)



# Anticipata al 30 giugno 2012 la scadenza per l'intramoenia

■ Con due emendamenti al decreto "Milleproroghe" del 23 dicembre 2011 un gruppo di deputati del Partito democratico ha anticipato di 6 mesi la scadenza della proroga per la libera professione intramuraria allargata agli studi medici. Scadrà il 30 giugno 2012, invece del 31 dicembre 2012 previsto nel testo originario. È stato modificato anche il termine assegnato alle Regioni per costruire all'interno delle aziende degli spazi da dedicare alla libera professione. Passa anch'esso al 30 giugno 2012

**di Carmine Gigli**  
Presidente FESMED

Il termine del 30 giugno 2012 per costruire all'interno delle aziende degli spazi da dedicare alla libera professione dei medici è irrealistico e lascia spazio al sospetto che qualcuno stia approfittando della situazione che attraversa il paese per mettere in di-

scussione il diritto alla libera professione dei medici del Ssn. Ci sono diversi indizi a sostegno di questa ipotesi. Il settimanale *Sole24Ore Sanità* del 10 gennaio u.s. titolava: "Intramoenia, briciole al SSN". Nel testo dell'articolo l'autore si rammaricava perché: "poco è rimasto ad Asl e ospedali dopo che 1,056 miliardi sono subito stati girati a chi ha eseguito le



prestazioni". Non si comprende per quale motivo le aziende dovrebbero guadagnare sulla libera professione dei medici.

Forse si dimentica che la legge 120/2007, i contratti di lavoro e lo stesso accordo Governo-Regioni del 2010, stabiliscono che

le tariffe della libera professione intramoenia devono essere remunerative dei costi sostenuti dalle aziende e nessuno ha mai ipotizzato che debbano comportare dei guadagni per le stesse Aziende.

Dopo che la legge 111/2011 ha reintrodotta il ticket di 10 euro per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, la Toscana e altre regioni hanno approvato una tassa sulle visite mediche in libera professione, contrabbandandola come una misura di "partecipazione ai costi fissi sostenuti dal Ssr per la funzionalità della libera professione in regime intramoenia, in proporzione alle tariffe già applicate".

A questi signori la FESMED ricorda che in tutte le sedi istituzionali i medici si sono dimostrati compatti nella difesa del diritto ad esercitare la libera professione, che oltre ad essere una loro fonte di guadagno è anche un servizio per i cittadini.

## Meditazioni

di Giuseppe Gragnaniello



# Dove ci portano le linee guida?

Dall'enfasi del titolo (una scelta appropriata e consapevole) mi sarei aspettato di più. Sono, come tutte le altre, "raccomandazioni di comportamento" tendenti a correggere comportamenti clinico-assistenziali non appropriati, legati essenzialmente a due motivi: insufficiente preparazione (ed in effetti si parla di scarsa competenza, e così ritorna il discorso dell'adeguatezza delle scuole) e superficialità (considerare, come si legge, il taglio cesareo una modalità elettiva di parto), esasperati, non dobbiamo dimenticarci, dalla paura delle conseguenze medicolegali. Ma crediamo davvero che l'offerta attiva di informazioni possa invertire la tendenza? È uno degli scopi dei corsi di accompagnamento alla nascita, ormai attivati un po' dappertutto, che comunque hanno seppellito il training autogeno, unica possibilità non farmacologica per

fronteggiare il dolore, ovviamente per chi riesce ad applicarlo bene. Eppure nello stesso documento si riconosce che anche una buona esposizione della problematica, tale da giungere ad una vera decisione condivisa, non porti ad una riduzione della percentuale di tagli cesarei! Tralasciando il consenso informato, che dovrebbe essere ormai ben entrato così nella mentalità come nell'uso, quali le cose più interessanti della prima parte? Viene fuori la novità, del secondo parere: a) nel rifiuto della donna verso la proposta di un taglio cesareo elettivo (stabilendo la necessità di parlarne per tempo) e b) nel rifiuto del medico verso il taglio cesareo su richiesta. Ma è interessante sapere che, secondo la "buona pratica clinica", la richiesta materna, in assenza di motivazioni cliniche, non rappresenta un'indicazione valida. E ancora che, in assenza di un'appropriata indicazione clinica, il medico ha il diritto di rifiutare



**Alla fine son arrivate le tanto attese linee guida ministeriali sul taglio cesareo. Dopo più di un anno è da poco uscita la seconda parte, necessariamente traboccante di riferimenti alle prove scientifiche...**

detta richiesta. Opinabile, invece, che, in caso di rifiuto della donna all'intervento, possibile anche in caso di emergenza, il medico "può assecondarne la volontà e assistere il parto per via vaginale".

Li entrerebbe in gioco il concetto del "coraggio" a darsi da fare in sala parto, che è poi quello per esercitare tutta l'arte medica, al di là di ogni ipotetico rischio medico-legale. L'epidemiologia evidenzia che i tagli cesarei sono più numerosi nei punti nascita che hanno un più basso numero di parti in totale. Ciò conferma che più grandi sono i punti nascita migliore è l'assistenza che si riesce ad offrire. Quindi, oltre che essere antieconomico tenere in piedi punti nascita che fanno meno di 1000 parti/anno, probabilmente si guadagnerebbero 14,4 punti sulla percentuale dei tagli cesarei. E non è poco. Certo fare più tagli cesarei non migliora gli esiti, dato che nel Meridione vi è un tasso maggiore sia di essi che della mortalità perinatale. Dopo più di un anno è da poco uscita la seconda parte, necessariamente traboccante di riferimenti alle prove scientifiche, con l'intento di migliorare la comunicazione efficace, al fine di orientare le donne verso decisioni informate e consapevoli. Informazioni che dovrebbero già far parte del bagaglio di ogni professionista con buona preparazione e sufficiente esperienza, ma che a ben vedere molto spesso non garantiscono

condotte consoni alle circostanze. Vengono infatti ribadite in gran parte cose arcinote (ad esempio la non ineluttabilità del taglio cesareo nella gravidanza gemellare e nella donna precesarizzata) sebbene poco applicate nella pratica. Serve a giustificare che tutto ciò sia possibile solo in presenza di una buona organizzazione assistenziale (appropriate capacità e esperienza degli operatori, adeguati strumenti di diagnosi e monitoraggio, immediata disponibilità di ambienti operatori idonei)? Comunque, chi si aspettava assoluizioni a invasi comportamenti di grande comodità ma di dubbia utilità sarà rimasto profondamente deluso. Ma non poteva essere altrimenti. In molte delle raccomandazioni, mancando prove certe, si fa riferimento alla buona pratica clinica, ma nello specifico - così come riportato - formulate sulle opinioni degli estensori, quindi scontatamente personali, per cui alla fine la decisione ultima è in realtà demandata all'esperienza e alla competenza del singolo. Ancora una volta ritorna quindi l'importanza della qualificazione professionale di ogni ginecologo. Un auspicio e un impegno per il domani.

Dalle aziende



## Da Essure una nuova procedura per la contraccezione permanente

La procedura Essure è la risposta contraccettiva per tutte quelle donne la cui famiglia è già al completo. Si tratta di una tecnologia innovativa che elimina la necessità di ricorrere a soluzioni di tipo temporaneo. Vediamo nel dettaglio di cosa si tratta. **Essure®** è un metodo contraccettivo non reversibile che lavora con l'organismo per creare una barriera naturale contro le gravidanze. Offre alle donne una risposta permanente senza necessità di ricorrere ad ormoni, incisioni, bruciature né possibili rischi legati ad un'anestesia generale. La procedura, infatti, può essere eseguita in soli 10 minuti presso un ospedale o una clinica. A questo bisogna aggiungere che, in Italia, **Essure®** è rimborsata al 100% dal Ssn. Lo studio clinico retrospettivo multicentrico "Esthyme", condotto in 12 ospedali pubblici e privati della Francia, su un campione di 1032 pazienti che si sono sottoposte alla procedura Essure tra il 2002 e il 2006, ha dimostrato la sua efficacia nel 99,74% dei casi, su 5 anni di follow-up, fornendo una tranquillità non paragonabile agli



altri metodi di controllo delle nascite. Nello studio è inoltre emerso come il 90% delle pazienti abbia ripreso le proprie attività familiari e il 75% le proprie attività lavorative entro 24 ore dall'esecuzione della procedura. Altro fattore da non sottovalutare per la qualità di vita

delle pazienti è che **Essure®** non ha avuto un impatto negativo sulla loro vita sessuale. Il 33% delle pazienti ha riferito anche un miglioramento della propria sessualità e una sensazione di maggiore libertà dovuta proprio al non dover più preoccuparsi per una gravidanza non

programmata. Sintetizzando possiamo quindi dire che la procedura contraccettiva di Essure presenta i seguenti vantaggi:

- può essere eseguita in meno di 10 minuti da ginecologi certificati **Essure®**;
- è efficace nel 99,74% dei casi;
- può essere eseguita anche a livello ambulatoriale;
- non necessita di anestesia generale;
- le donne possono generalmente riprendere le normali attività quotidiane entro 24 ore;
- non comporta l'assunzione di ormoni.

A tre mesi dall'esecuzione della procedura viene effettuato un test di conferma per dare modo all'organismo di formare una barriera naturale attorno ai micro-inseriti. Durante questo periodo è importante continuare a usare un metodo contraccettivo, diverso dalla spirale, per prevenire possibili gravidanze. Il test consiste in un semplice esame radiografico finalizzato a controllare il posizionamento dei micro-inseriti. Dopo tale conferma, la paziente potrà essere sicura di poter contare su **Essure®** come unico metodo contraccettivo.

A seconda dei risultati del test, può talvolta essere necessario effettuare un secondo test di conferma. Finché non si riceve la conferma diretta dal proprio medico, risulta quindi necessario continuare a usare un altro metodo contraccettivo. Ecco, infine, spiegato in 3 step come funziona l'intero procedimento:

**Fase 1**  
Un ginecologo certificato **Essure®** inserisce degli inserti morbidi e flessibili nelle tube di Falloppio. Non è necessaria alcuna incisione perché questi piccoli inserti sono inseriti attraverso la vagina e la cervice.

**Fase 2**  
Durante le settimane seguenti, si crea una barriera naturale attorno agli inserti impedendo agli spermatozoi di raggiungere gli ovuli. Le ovaie continueranno a rilasciare gli ovuli ma questi saranno riassorbiti dal corpo.

**Fase 3**  
Dopo tre mesi, si effettua un test di conferma. Questo test, a raggi X, verifica la posizione degli inserti e il blocco per dare la certezza alla paziente che non dovrà più preoccuparsi di una gravidanza indesiderata.



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

Riconosciuta dalla I.U.S.T.I - EUROPE  
International Union Against Sexually Transmitted Infections  
Riconosciuta dalla AOGOI - Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani  
quale Polo Culturale di Eccellenza per le attività didattiche e scientifiche promosse



#### CORSO DI FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO IN FISIOPATOLOGIA CERVICO-VAGINALE E VULVARE, COLPOSCOPIA E MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE

Ascoli Piceno, 26 - 29 Marzo 2012

Sede prevista dell'insegnamento :  
Centro Congressi - Complesso Fieristico della Camera di Commercio

COORDINATORE DELL'INSEGNAMENTO: DOTT. MARIO PERONI

#### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:

**ETRUSCA CONVENTIONS**  
Via Bonciario, 6d - 06123 PERUGIA  
tel./fax: 075/5722232  
e-mail: info@etruscaconventions.com

Fatti & Disfatti

di Carlo Maria Stigliano



# Màrtiri

**Sembra ormai che i ginecologi italiani abbiano un concreto ed urgente bisogno di un santo protettore a cui chiedere il... miracolo di difenderli dai quotidiani assalti che vengono loro da più parti**



vendere più copie al loro giornale e cresceranno nella professione; e ancora gli avvocati che... fanno il loro mestiere; e i politici che allontanano un poco l'attenzione dalle loro malefatte e assecondano nel contempo il senso di pur comprensibile rivalsa delle persone (potenziali elettori!) colpite dalla malattia; e persino i magistrati spesso

**Chi sarebbe meglio indicato per la nostra categoria se non San Sebastiano, solitamente rappresentato nell'iconografia sacra trafitto dalle innumerevoli frecce dei suoi nemici?**

aggiungono del loro con risarcimenti astronomici in caso di condanna! Ma anche i medici legali, non sempre sufficientemente addentro ad una

branca specialistica così difficile come la nostra, qualche... "difficoltà" (*digiamolo...!*) ce la creano. Per la verità qualcuno sostiene che un santo protettore, anzi una santa, già c'è nel nostro ambiente: Sant' Anna! In verità Ella è la protettrice delle partorienti che infatti la invocano al momento del travaglio e del parto; ma ai ginecologi chi pensa in quei momenti non sempre facili neanche per loro? In buona sostanza: la Santa protegge le partorienti ma di noi chi si preoccupa, chi dovremmo implorare nel momento della difficoltà o peggio della disperazione? Ecco dunque la necessità di avere anche noi un santo protettore (o una santa protettrice). E chi sarebbe meglio indicato per la nostra categoria se non S. Sebastiano (Martire, eh...!), solitamente rappresentato nell'iconografia sacra trafitto dalle innumerevoli frecce dei suoi nemici? Questo martire della Chiesa era infatti un bravo soldato al servizio

dell'imperatore Diocleziano: ma si sa, fare il proprio dovere non sempre paga e in più essere credente (anche) a quei tempi era pericoloso assai per cui fu prima flagellato e poi definitivamente messo a morte dai suoi stessi commilitoni (ah! I colleghi...!) che lo colpirono con il lancio di innumerevoli frecce. Credo quindi indispensabile e non rinviabile un'iniziativa corale della ginecologia italiana che ufficializzi la richiesta alla Chiesa dell'istituzione del Santo Patrono dei ginecologi e delle ginecologhe: l'Aogoi potrebbe provvedere a stampare i santini da distribuire agli associati e i fedeli sarebbero invitati ad avere maggior rispetto per dei poveri professionisti quotidianamente impegnati in un lavoro che di per se presenta già notevoli incognite e difficoltà ma che ormai rischia di apparire agli occhi della categoria (e dei loro familiari) come un sacrificio inaccettabile. Passi la pur ingiusta diffidenza verso di noi, accettiamo i rischi connessi alla professione, subiamo lo stress inevitabile in un mestiere difficile, la decurtazione degli 'emolumenti', l'arroganza della burocrazia, i sermoni dei politici sulla cosiddetta malasanità e persino la crisi finanziaria: ma arrivare ad essere additati come i responsabili del fallimento economico del servizio sanitario o peggio dello stato italiano è decisamente troppo! Pure le frecce (avvelenate) no! Nell'iscrizione all'albo dei medici chirurghi non è contemplato anche il... martirio!

Considerate le difficoltà connesse attualmente alla professione di ostetrico-ginecologo credo proprio che sia indispensabile votare la nostra specialità ad un santo protettore: in fin dei conti categorie che svolgono compiti rischiosi (e ditemi che oggi entrare in sala parto come ginecologo sia cosa da poco!) e che per lavoro di norma combattono contro dure avversità, hanno tutte un santo patrono da invocare quando butta male o almeno da festeggiare quando le cose vanno bene; giusto per citare operatori del rischio, pensiamo agli artificieri (che disinnescano le bombe), ai poliziotti (che hanno a che fare con i delinquenti), ai pompieri (che se la vedono con il fuoco e non solo), ai marinai (che affrontano i gorgi), per citarne solo qualcuna. Tutti hanno un santo protettore! Tenuto conto di tutto ciò, ritengo proprio che i ginecologi italiani abbiano anch'essi un concreto ed urgente bisogno di un santo a cui chiedere il... miracolo di difenderli dai quotidiani assalti che vengono loro da più parti. Sono in molti infatti a scagliare frecce (pietre?) contro i poveri ginecologi! Innanzitutto le pazienti ed i loro familiari, spesso prevenuti nei confronti dei medici in generale, accusati di scarso attaccamento alla professione e di mero interesse economico nello svolgimento dell'arte di Esculapio; nel nostro caso, poi, se qualcosa va storto, diveniamo immediatamente dei biechi figure

che "devono pagarla"; e poi i giornalisti sempre convinti che esasperando i toni della cronaca di un (presunto) incidente in sala parto o in sala operatoria faranno

► Segue da pagina 21

**Profili più frequenti nel contenzioso ginecologo-paziente**

senza di dati certi (soprattutto ecografici) di definizione della megalosomia del feto (fatta eccezione per alcuni casi di diabete gestazionale nei quali la correlazione tra i due dati appare evidente), la distocia di spalla costituisce evento imprevedibile e quindi imprevedibile, rimanendo a carico dell'ostetrico l'obbligo di dimostrare in sede di giudizio di aver fatto ricorso, con rigorosa sequenza cronologica, a quelle manovre tecniche, note in letteratura, che debbono essere attuate in presenza di una distocia di spalla, non essendo sufficiente l'affermazione del gi-

necologo "di aver eseguito una qualche manovra, la cui effettuazione sarebbe dimostrata dalla presenza di lesioni a carico del feto" (Cass. Civ. Sez. III n. 10297, maggio 2004). Solo se la macrosomia fetale è di chiara evidenza in epoca prepartum, l'ostetrico può essere chiamato a rispondere delle lesioni neurologiche prodottesi nel feto, come nel caso di cui alla sentenza della Sez. IV penale della Cassazione, n. 716, emessa nell'aprile 2008. La terza evenienza incidente nell'ambito della colpa professionale del ginecologo concerne il mancato riconoscimento prenatale di uno stato malformativo del feto, ciò che impedirebbe alla gestante di esercitare il diritto di interrompere la

gravidanza. In realtà, contrariamente a quanto risulta acquisito nell'opinione corrente, tale diritto della donna non è automatico, ma subordinato all'accertamento medico di un pericolo (conseguente all'avvenuta conoscenza della malformazio-

**Un'analisi statistica delle sentenze giurisprudenziali di merito e di legittimità relative agli ultimi anni ci ha consentito di individuare quelle evenienze cliniche più frequentemente oggetto di contenzioso, sia penale che civile**

ne fetale) per la salute psichica della gravida. La giurisprudenza sanziona comunque la mancata informazione, dovuta alla paziente da parte del medico, dallo stato malformativo del feto, indipendentemente dalla facoltà della donna di procedere all'aborto, ciò in quanto verrebbe meno la possibilità per la coppia, adeguatamente informata, di prepararsi psicologicamente alla nascita di un neonato malformato (Cass. Pen. Sez. VI n. 3599, luglio 2004). Un problema, ad un tempo medico-legale ed etico, riguarda l'esistenza di una malformazione fetale minore, compatibile con la vita ex-

trauterina e talvolta correggibile con procedura chirurgica, anche in epoca prenatale, evenienze nelle quali la legittimità del ricorso all'aborto rimane discutibile, anche sotto il profilo morale. Riguardo alla tematica sopra accennata, è facilmente prevedibile che, in ragione della diffusione di una diagnostica strumentale raffinata che crea nella gestante la logica aspettativa di un'infalibilità degli strumenti tecnici adoperati dal ginecologo, il contenzioso giudiziario in ordine alla diagnosi prenatale registrerà nel prossimo futuro un cospicuo incremento, il che deve rendere gli operatori sanitari particolarmente prudenti e scrupolosi, soprattutto nell'esecuzione dell'ecografia morfologica fetale.

## Aogoi Campania De Vita nuovo segretario regionale

Dopo un mandato ventennale il professor Riccardo Arienzo cede il testimone al dottor Davide De Vita

► Segue da pagina 19

### Un grande evento per la rinascita dell'ostetricia e ginecologia campana

di vita nelle patologie uro-ginecologiche, la prevenzione e la riabilitazione nei disordini perineali da ipotono e da ipertono, il ruolo del supporto farmacologi-



In occasione del Congresso regionale Aogoi Campania si è tenuta l'assemblea per eleggere il nuovo segretario regionale. L'assemblea, presieduta dal segretario nazionale Antonio Chiantera e dal segretario regionale uscente Riccardo Arienzo, ha approvato all'unanimità e per acclamazione la nomina di Davide De Vita a nuovo segretario regionale.



Dopo aver espresso la sua "viva gratitudine per l'importante incarico" affidatogli, De Vita si è detto "onorato di assumere l'impegno di creare un gruppo di lavoro, una 'squadra che diventi protagonista e che integri le diverse forze associative e affiliate Aogoi' e "pronto ad accogliere tutte le proposte che vorranno convergere in tale direzione".

fano Palmieri, Enrico Vizza, Mario Malzoni e Vito Chiantera, trasmessi in diretta dalla Casa di Cura Pineta Grande alla sede congressuale, hanno mostrato le più attuali ed avanzate tecniche chirurgiche in oncologia ginecologica. Nell'ambito del congresso si è svolta l'Assemblea regionale che ha eletto il nuovo segretario: il dottor Davide De Vita che è subentrato al segretario uscente prof. Riccardo Arienzo.

co sui disturbi pelvi-perineali e sulla sfera sessuale femminile. L'obiettivo del Corso è stato quello di divulgare a livello nazionale le nuove strategie chirurgiche innovative, come la robotica e fisioterapiche più attuali, avvalendosi di esperti del settore. Sono emerse tematiche mol-

to attuali ed innovative, come il concetto di conservatività chirurgica, nel rispetto della funzione e della tutela dell'integrità fisica del corpo della donna. In particolare, sono state proposte terapie chirurgiche conservative dei prolapsi utero-vaginali, capaci di garantire efficacemente il risul-

tato di ricostruzione del pavimento pelvico con la minore invasività chirurgica. Il tutto facilitato dall'efficacia terapeutica della riabilitazione e dell'assistenza pre e post-operatoria. Infine la live surgery: gli interventi laparoscopici e di oncologia ginecologica effettuati da Ste-

**L'Aogoi e la redazione di Gyneco esprimono la loro vicinanza e il loro affetto a Giorgio Vittori, past president Sigo, per la perdita della mamma**



NUMERO 1 - 2012  
ANNO XXIII

ORGANO UFFICIALE  
DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI  
GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

Presidente  
Vito Trojano  
Direttore Scientifico  
Felice Repetti

#### Comitato Scientifico

Giovanni Brigato  
Antonio Chiantera  
Valeria Dubini  
Carlo Sbiroli

#### Direttore Responsabile

Cesare Fassari

#### Coordinamento Editoriale

Arianna Alberti  
email: gynecoaogoi@hcom.it

#### Pubblicità

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

#### Editore

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

#### Progetto grafico

Giancarlo D'Orsi

#### Ufficio grafico

Daniele Lucia, Barbara Rizzuti

#### Stampa

Union Printing  
Viterbo

#### Abbonamenti

Annuaio: Euro 26. Prezzo singola copia: Euro 4  
Reg. Trib. di Milano del 22.01.1991 n. 33  
Poste Italiane Spa - Spedizione in  
abbonamento postale - D.L. 353/03 (Conv.

L. 46/04) Art. 1, Comma 1

Roma/Aut. n. 48/2008

Finito di stampare: gennaio 2012

Tiratura 6.000 copie. Costo a copia: 4 euro

La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di

articoli e immagini del giornale sono formalmente

vietate senza una preventiva ed esplicita

autorizzazione da parte dell'editore. I contenuti delle

rubriche sono espressione del punto di vista degli

Autori. Questa rivista le è stata inviata tramite

abbonamento: l'indirizzo in nostro possesso verrà

utilizzato, oltre che per l'invio della rivista, anche per

l'invio di altre riviste o per l'invio di proposte di

abbonamento. Ai sensi della legge 675/96 è nel suo

diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o

l'aggiornamento dei dati in nostro possesso. L'Editore

è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei

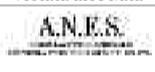
diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse

riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Organo ufficiale



Testata associata



Editore



Edizioni Health Communication srl  
Edizioni e servizi di interesse sanitario

# MyrtiMax<sup>®</sup>



## Estratto di Cranberry

per la prevenzione  
e il trattamento delle infezioni  
delle vie urinarie



Contiene il CranMax<sup>®</sup>, un estratto brevettato di Cranberry

- Ottenuto usando tutti i componenti del frutto di mirtillo (*Vaccinium Macrocarpon*): particolarmente ricco in proantocianidine (PACs), le molecole biologicamente attive contro i patogeni delle infezioni urinarie
- Protetto con la tecnologia Bio-Shield: assicura che le PACs raggiungano integre il tratto intestinale
- Testato clinicamente



30 compresse masticabili  
con zucchero ed edulcorante.

Si consiglia l'assunzione  
di due compresse masticabili al giorno.



Prezzo al pubblico € 17,90

#### INFORMAZIONI NUTRIZIONALI

Per dose giornaliera	Per dose giornaliera	RDA
Cranberry ( <i>Vaccinium macrocarpon</i> , CranMax <sup>®</sup> )	500,00 mg	
pari a PaCs	36,00 mg	
Vitamina C	20,00 mg	25,00 %
Vitamina A	200,00 mcg	25,00 %



GEDEON RICHTER



GEDEON RICHTER



Più di 100 anni  
di esperienza  
in Ricerca e  
Sviluppo

Un'azienda  
leader nel  
settore della  
Salute della  
Donna



Terapie  
all'avanguardia in  
più di 100  
paesi nel mondo

**Terapie di qualità** da diverse generazioni

[www.gedeonrichter.it](http://www.gedeonrichter.it)

# Il 50% delle donne prova a concepire un bambino nel momento sbagliato: aiutale a trovare quello giusto

È piuttosto naturale credere che una gravidanza avvenga con facilità e in fretta. In realtà, per molte donne può occorrere molto più tempo di quanto si pensi: quasi il 20% delle donne non rimane incinta dopo 6 mesi di tentativi (1).

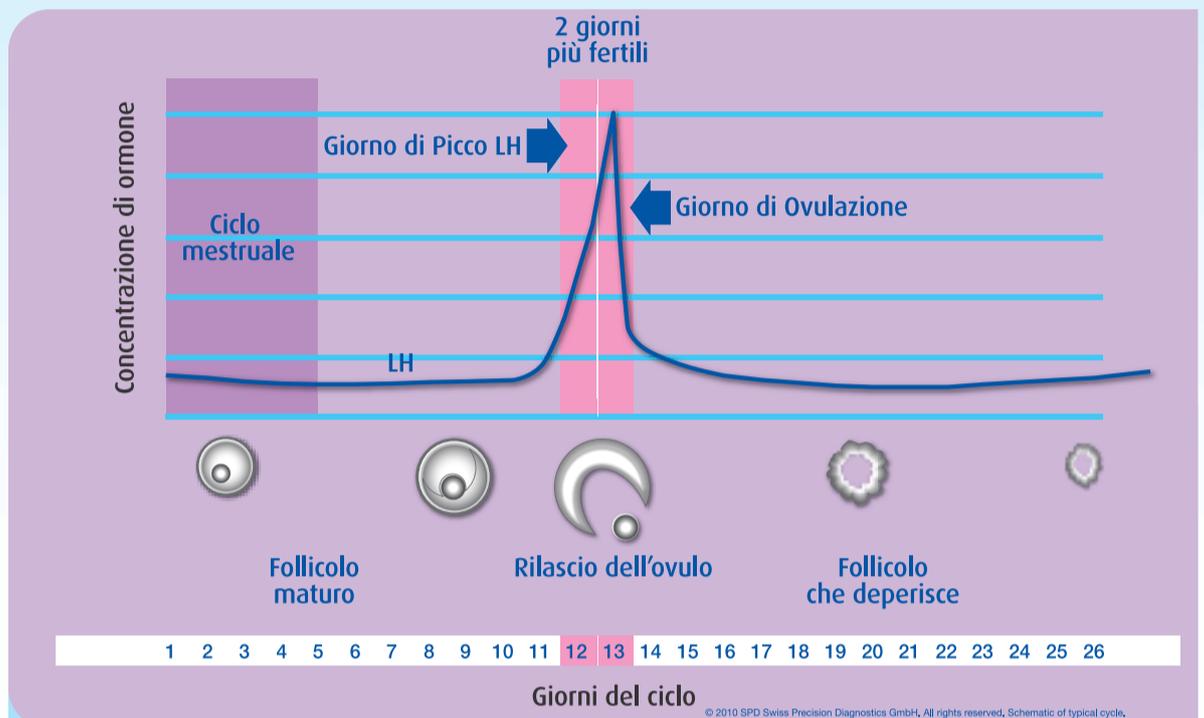
Molti sono i fattori che portano a questi ritardi nel concepimento, ma il momento in cui si hanno rapporti sessuali è il fattore determinante.

Infatti, una coppia su due prova a concepire un bambino nel momento sbagliato del ciclo (2) e molte donne non sanno che ci sono solo alcuni giorni fertili durante il ciclo mestruale.

Molte donne decidono di diventare mamme più tardi quando la loro fertilità diminuisce: molte aspettano di aver prima avviato la carriera per avere una stabilità economica.

Quando una gravidanza non avviene nei tempi desiderati, una donna può sentirsi ansiosa e delusa, per questo **il tuo aiuto può risultare fondamentale** per sfruttare al massimo le sue possibilità di concepire senza perdere tempo prezioso.

Una donna che conosce il suo periodo fertile ha più possibilità di concepire un bambino nel momento desiderato.



Con l'avvicinarsi dell'ovulazione c'è un improvviso aumento dei livelli di LH, l'ormone luteinizzante. Questo è l'ormone che provoca l'ovulazione e può essere misurato nelle urine. L'ovulazione avviene quando l'ovocita viene rilasciato nelle Tube di Falloppio, in genere tra il 12° e il 16° giorno del ciclo. Il follicolo quindi si sfalda e viene espulso. I giorni del picco dell'ormone LH e il giorno successivo sono quelli più fertili del ciclo. I test di ovulazione individuano nell'urina i due giorni più fertili indicando quando sta per avvenire il picco dell'ormone LH. Trattandosi di test delle urine da svolgersi in pochi minuti, sono inoltre assolutamente naturali e non invasivi.

Clearblue, il marchio più venduto al mondo di test per uso domestico, ha sviluppato il primo test di ovulazione digitale.

Affidabile oltre il 99% nella individuazione del "picco" dell'ormone LH, è stato valutato come il test che le donne usano con più affidabilità, aiutandole ad identificare i due giorni del ciclo in cui è possibile concepire.

La ricerca ha dimostrato che 1 donna su 4 può sbagliare a interpretare la "linea" tradizionale dei test di ovulazione (3), non c'è dunque da sorprendersi se 9 donne su 10 preferiscono il test di ovulazione Clearblue ad altri marchi.



Nessuna linea difficile da interpretare, solo un chiaro risultato digitale con Clearblue



## clearblue

**clearblue**, ottimizza le possibilità di concepire naturalmente

Per maggiori informazioni visita il sito: [www.clearblue.com/it](http://www.clearblue.com/it)

(1) Gnoth, C. et al. Time to pregnancy: results of the German prospective study and impact on the management of infertility. Human Reproduction (2003) 18(9): 1959-1966'

(2) Data on file. 'How Knowledgeable Are Women About Their Menstrual Cycle'. A survey of 463 women, 18 to 45 years of age. (GfK Roper Public Affairs)

(3) Data on file. In a study of 72 women reading Ovulation Tests typical of normal cycle results, more women obtained the same result as a laboratory professional when reading Clearblue Digital Ovulation Test than when reading other Ovulation Tests