

AOGOI

Piccole affiliate crescono

Da Sigite all'ultima nata, l'Aio. Da Agite e Smic, che si preparano al loro secondo congresso nazionale a Roma, fino ad Aiug, Sios e Sidip: le "piccole" società scientifiche affiliate Aogoi stanno crescendo. Una vitalità emersa chiaramente nel corso del recente congresso nazionale di Palermo



Palermo 2011

Report Congresso Sigo-Aogoi-Agui, ultimo grande appuntamento prima del Mondiale 2012

Agite-Smic

Prevenzione, clinica, integrazione. Parte il 2° congresso nazionale della ginecologia del Territorio

Rapporto Onda

Terza edizione del libro bianco sullo stato di salute della popolazione femminile italiana



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



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





4 Il congresso della maturità

6 Vito Trojano

Contare nelle scelte... conta



8 Roma 2012

Globalizzazione e pari opportunità



Report Congresso Sigo-Aogoi-Agui 2011

- 4 Il congresso della maturità
- 6 Contare nelle scelte... conta
Intervista al presidente Aogoi Vito Trojano
- 6 Orlando: "La priorità è far crescere la fiducia nel Ssn"
- 7 Surico: "Un congresso con molti spunti di novità"
- 7 Punti nascita: la riqualificazione parte dalla Sicilia
- 8 Verso Figo 2012
SIGITE
La cura della menopausa nella paziente con precedenti oncologici
Accompagnare la donna nel "ritorno alla normalità"
A colloquio con il presidente Sigite Costante Donati Sarti
- 9 Tumori ormonosensibili: mammella e utero
Mario Gallo, Antonio Alfeo, Giuseppe Regaldo, Marisa Mussetta
- 10 Limiti e controversie sull'uso delle terapie non ormonali
Maria C. Pandolfo, Francesco Cancellieri
- 10 Le terapie estrogeniche possono avere significativi effetti sistemici?
Angelamaria Becorpi, Sara Nannini, Giovanni Sisti
- 11 **AIO**
...Come l'Araba Fenice!
Antonella Marchi
- 2° Congresso nazionale AGITE-SMIC
La ginecologia e l'ostetricia nel territorio: prevenzione, clinica, integrazione
- 12 Agite e la ricerca epidemiologica sul territorio
Giovanni Fattorini
- 12 Professione Ginecologo Ostetrico Medico Preventivo
Maurizio Orlandella
- 13 Contraccezione: novità recenti, novità in arrivo
Emilio Arisi
- 13 Non solo "salute" ma anche "benessere"
Francesca Fiorillo
- 14 Una cartella consultori adolescenti condivisa
Antonella Deborah Turchetto
- 14 Aborto medico: com'è lontana l'Europa
Marina Toschi
- La salute della Donna: Libro bianco 2011**
- 15 La fotografia dello stato di salute della popolazione femminile italiana
- 23 **FESMED**
"Cambiamo la manovra!"
Carmine Gigli
- 23 **AGGIORNAMENTI DALLE AZIENDE**
Il Pap test si veste di molecolare
a cura del Gruppo IHS - Italian HPV Study group
- 26 **RUBRICHE**
Meditazioni
Giuseppe Gragnaniello
- 27 Fatti & disfatti
Carlo Maria Stigliano
- 29 AogoiNetwork
- 30 Convegni

12

2° Congresso Nazionale Agite Smic

Roma 24-26 novembre



15

Libro bianco 2011

La fotografia dello stato di salute della popolazione femminile italiana





52° Congresso Nazionale Aogoi

Il congresso della MATURITÀ

A dieci mesi dal Congresso di Milano, lo scenario è ora all'estremo meridione della penisola, Palermo, dove dal 25 al 28 settembre si è celebrato l'87° Congresso Sigo, 19° Agui, 52° Aogoi che sancisce, dopo anni di divergenze e contrapposizioni, l'unità della ginecologia italiana.

Nonostante l'apertura sia avvenuta nei fasti dello storico teatro Politeama della città siciliana, è l'austerità ad aver improntato l'evento. Fin dalla location del congresso, il Reale Albergo delle Povere, un istituto sorto a fine '700 con lo scopo di accogliere poveri inabili, giovani vagabonde e orfane.

A dispetto della crisi, tuttavia, il congresso è stato tra più vitali: per l'attualità che bussava alle porte, con il riordino della rete materna infantile siciliana in cui l'Aogoi ha avuto larga parte, al punto da spingere l'assessore alla Sanità della Regione, Massimo Russo, a presentare in anteprima il Piano nel corso del congresso. Per i temi scientifici portati ai tavoli di lavoro. E per quelli ai confini tra scienza, politica e società che il titolo del Congresso ha ben evocato.

"Donne oltre le pari opportunità. Sociali, professionali... biologiche". Un titolo quasi visionario, ha sottolineato la senatrice PdL **Laura Bianconi**, membro della 12ª Commissione Igiene e sanità del Senato nonché della Commissione parlamentare di

Il riordino dei punti nascita, le pari opportunità, la formazione dei ginecologi di domani e l'integrazione con altre professionalità. Questi i temi al centro del Congresso di Palermo, l'ultimo Nazionale prima del Mondiale di Roma 2012

inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, che ha portato al congresso il saluto del ministro Ferruccio Fazio. Infatti, ha precisato la senatrice molto impegnata nella tutela della salute della donna, "si dibatte molto, nella politica o nelle professioni, in merito all'accesso delle donne". Ma ancora molto rimane da fare nel concreto. Ancor più in quel campo della parità uomo-donna che è rappresentato "dalla medicina di genere: l'applicazione delle pari opportunità nella clinica. Dico con grande piacere che questa frontiera si sta aprendo. È vero, la politica arriva un passo dopo, ma se il legislatore viene aiutato a comprendere le ragioni può operare quella sintesi legislativa che può diventare un bio culturale".

Non è un caso il riferimento della senatrice Bianconi alla collaborazione tra politica e società

scientifiche: negli anni, la ginecologia italiana è stata in grado di uscire dalla posizione di isolamento per conquistare un ruolo di primo piano tra gli interlocutori delle istituzioni, proponendo interventi legislativi, agendo come consulente tecnico... "Essere stati in grado di interloquire con le istituzioni e trovarci laddove si decidono e si creano leggi è stato un grande passo in avanti", ha sottolineato il presidente Aogoi **Vito Trojano** che ha ricordato come l'Aogoi sia "nella Commissione d'inchiesta sul Servizio sanitario nazionale, nella commissione Sanità al Senato come componente tecnica, in quella sui Punti nascita".

È un primo grande passo, che proprio in Sicilia ha avuto un importante laboratorio. Lo ha voluto ribadire l'assessore **Massimo Russo** che ha spiegato che il "sistema sanitario siciliano è stato impegnato in questi tre anni

in un difficile percorso di ristrutturazione che ha riguardato anche il settore di vostro primario interesse. E lo ha fatto insieme a voi. Abbiamo fatto scelte complicate e impopolari, ma lo abbiamo fatto con l'ausilio e le competenze di tutti voi". Sono stati molti infatti i soci Aogoi che hanno contribuito alla valutazione tecnica e alla proposta della nuova rete dei punti nascita siciliani. Per questo, ha aggiunto l'assessore, "vi voglio ringraziare perché avete aiutato la Sicilia e tutte la nazione". Ma il contributo che la sanità siciliana chiede ai ginecologi non si ferma qui: "Utilizzo questa platea per chiedervi un forte aiuto. È uno di quei provvedimenti che crea dissidi, reazioni nelle comunità. C'è un gap culturale da colmare, quando nella politica si insinua il gap del qualunquismo, è difficile confrontarsi e comunicare il perché di scelte che guardano alla sicurezza dei nostri pazienti. Chiedo che la società scientifica faccia sentire la sua voce". Quella di Russo al congresso, come ha sottolineato lo stesso assessore, "è una presenza interessante, perché sono convinto che la scienza e le coscienze possano tornare utili alla buona politica che sa ascoltare e condividere".

I passi che di gran lena sta compiendo la Regione Sicilia non sembrano però interessare le altre Regioni. "A 9 mesi dall'approvazione del Piano Fazio abbiamo sollecitato le Regioni inviando una lettera per verificare l'attuazione del piano di riordino della rete dei punti nascita - ha spiegato il presidente Sigo **Nicola Surico** - ma soltanto sei di esse ci hanno finora risposto e tra queste soltanto la Basilicata si è adoperata per adottare misure concrete per la





A sinistra: il Reale Albergo delle Povere, sede del congresso, e in basso: un momento della cerimonia inaugurale con la Banda dei carabinieri che suona al Teatro Politeama

In alto da sinistra: Paolo Scollo, Massimo Petronio, Antonino Perino, Antonio Chiantera, Luigi Alio e Massimo Russo

riduzione dei tagli cesarei”. Si è infatti tutti ben consapevoli che i veri problemi, “si presenteranno ora in fase di attuazione della riforma”, ha precisato Surico che ha chiarito come la ginecologia italiana debba muoversi ora su un doppio binario: “dovrà pretendere dalle istituzioni migliori condizioni di organizzazione delle strutture per una riconversione ragionata”, mentre, dall'altra parte, “sensibilizzare la popolazione, in particolare le donne, che devono scegliere consapevolmente dove farsi seguire”. Ed è quello che ha ribadito **Massimo Petronio**, presidente del congresso con **Antonino Perino** e **Luigi Alio**. “La priorità assoluta, ora, è mettere in sicurezza i punti nascita e la salute delle madri e dei bambini”.

La politica, tuttavia, che è rimasta sullo sfondo per l'in-

tera durata del Congresso, non ha oscurato il dibattito scientifico e professionale. A cominciare dal tema della formazione che le tre società scientifiche considerano prioritario per il futuro della professione medica e ginecologica: “Da tempo, come Aogoi, siamo interessati e impegnati nella formazione dei giovani medici. Puntare sulla formazione significa investire nel futuro e far sì che i professionisti di domani siano all'altezza di una medicina sempre più complessa e specializzata”, ha sottolineato il presidente Aogoi Trojano. Dello stesso avviso il presidente Agui **Massimo Moscarini**. “Eravamo abituati a essere formati e formare in un certo modo, ma oggi il mondo è cambiato. È chiaro che è ormai troppo impegnativo occuparsi di un'intera branca con l'emergere di subspecialità sempre più articolate. Allo stesso tempo, pensando al medico del futuro, dobbiamo capire che tipo di ginecologo vogliamo: abbiamo bisogno sia del professionista impegnato nel piccolo ospedale sia del superspecialista che opera nella grande struttura. Per far ciò occorre differenziare la preparazione e questo dovrà essere oggetto di una profonda riflessione in seno a tutta la ginecologia italiana”.

In questo, un grande passo è già stato fatto, ha ricordato **Luigi Alio**. “Per molto tempo si sono sprecate energie, ritenendo erroneamente che qualcuno fosse depositario della formazione, qualcun altro della buona pratica clinica. Oggi, appare chiaro che non ci possa essere buona pratica clinica senza formazione, né formazione senza pratica clinica”.

Un argomento, questo, su cui da tempo il presidente Aogoi Vito Trojano invita alla riflessione, indicando gli ospedali di insegnamento come optimum a cui il sistema sanitario-formativo dovrebbe tendere. “Gli ospedali di insegnamento devono essere centri di eccellenza come gli Irccs, strutture di alta specializzazione che hanno individuato nell'ambito delle proprie peculiarità un sistema di governo clinico che vada a integrare e sovrapporre quello che è il percorso clinico con la ricerca. Se fai ricerca e clinica sei aperto alla formazione. Il medico, se non fa ricerca e clinica integrata, fa una medicina che oggi non ha più significato”, ha sottolineato Trojano.

Nè il ginecologo, oggi e ancor più nel futuro, può agire senza l'integrazione con altre professionalità. L'interdisciplinarietà rappresenta uno dei capisaldi della medicina moderna. E in questo quadro, ha ricordato Alio, un ruolo di primo piano spetta anche all'interazione con la figura dell'ostetrica, “che si è ripresa uno spazio immenso negli ultimi anni. Uno spazio che è rappresentato dal parto fisiologico e da tutte le fasi che lo precedono e lo seguono”.

Non meno intensi sono i rapporti con gli anestesisti, il cui ruolo si amplia al crescere del ricorso della parto-analgesia, ancora tuttavia troppo poco impiegata, soprattutto per carenza di risorse e personale. Nè sono da meno quelli con i radiologi interventisti diventati i primi attori in numerose emergenze ostetriche. Capitolo non meno importante è quello dei rapporti con i pediatri. “I pediatri e i ginecologi – ha ricordato il presidente della Società Italiana di Pediatria (Sip) **Alberto Ugazio** – sono legati da vincoli molto stretti che, se possibile, dovrebbero essere ancora più stretti. L'epidemiologia e la ricerca molecolare ci dicono che la salute, non soltanto del bambino ma anche dell'adulto e del-

l'anziano, si determinano durante la gravidanza e nei primi mesi di vita. Sono momenti essenziali che hanno effetti in grande parte non modificabili. Nonostante ciò – ha denunciato – i dipartimenti materno infantili, vanno scomparendo lungo tutta la penisola in misura che i pediatri ritengono preoccupante. Siamo convinti che pediatri, ginecologi, ostetrici uniti debbano contrastare l'affievolirsi di questi legami insito nella scomparsa dei dipartimenti materno-infantili, perché questa unione è essenziale per promuovere la salute della donna e del bambino”. Quello di Palermo, tuttavia, è un

Nonostante la crisi, il congresso è stato tra i più vitali: per l'attualità che bussa alle porte, con il riordino della rete materno infantile siciliana in cui l'Aogoi ha avuto larga parte, al punto da spingere l'assessore alla Sanità della Regione, Massimo Russo, a presentare in anteprima il Piano nel corso del congresso. Per i temi scientifici portati ai tavoli di lavoro. E per quelli ai confini tra scienza, politica e società che il titolo del Congresso ha ben evocato

Congresso che non può rimanere “chiuso” nei confini italiani. È l'ultimo prima del mondiale Figo del prossimo anno a Roma, che porterà la ginecologia italiana sotto gli occhi del mondo e per cui è prevista la partecipazione di almeno 10 mila ginecologi provenienti da tutti gli angoli del globo.

L'Italia ci arriverà da protagonista. “La Sigo – ha ricordato il presidente Figo **Gamal Serour** – è tra le più attive società in seno alla Federazione. E si è distinta per attività rilevanti. Ma il con-

gresso Figo 2012 dovrà essere l'occasione per trasformare gli impegni in azioni. Lavorando insieme”.

Non è possibile dimenticare, infatti, che ogni giorno circa 1000 donne muoiono per cause prevenibili legate alla gravidanza o al parto e che il 99 per cento di questi decessi si verificano nei Paesi in via di sviluppo. Nè che nonostante gli Obiettivi del millennio, tra il 1990 e il 2008 la mortalità materna nel mondo si è ridotta soltanto del 30 per cento.

Dati ribaditi dal direttore delle relazioni esterne dell'Unicef Italia, **Donata Lodi**, che ha sottolinea-

to come l'Obiettivo di sviluppo del millennio relativo alla mortalità materna è “quello su cui siamo più indietro. Non arriveremo mai a ridurla del 70 per cento ai tassi attuali. Per questo – ha aggiunto – stiamo ragionando con la Sigo per fare passi concreti, attraverso forme di tirocinio, di volontariato destinato alla formazione del personale locale”. Ma il lavoro per i Paesi in via di sviluppo si intreccia indissolubil-

mente con i miglioramenti portati avanti in questa nostra parte del mondo. “Un altro terreno di lavoro comune – ha sottolineato – è la promozione dell'allattamento al seno. La promozione dell'allattamento esclusivo al seno nei primi sei mesi è infatti il singolo intervento più importante per ridurre la mortalità infantile”. Ed è importante cominciare dalle nostre latitudini, perché i Paesi in via di sviluppo ci guardano ed è a noi che si ispirano per modellare i loro sistemi e le loro consuetudini sanitarie. **Y**



Professor Trojano, quello di Palermo è stato un Congresso che ha riservato molta attenzione alla politica sanitaria, soprattutto al riordino dei punti nascita. Complici i provvedimenti che stanno per essere attuati in Sicilia, presentati in anteprima dall'assessore alla Salute della Regione, Massimo Russo.

Dopo essere stata artefice, con la Commissione affari sociali della Camera, della formulazione di quelli che poi sono diventati i 10 punti Fazio, l'Aogoi si è posta un secondo obiettivo prioritario: l'applicazione a livello regionale di quella che è la regolamentazione e la messa in sicurezza dei punti nascita che hanno meno di 1000 parti l'anno. Come è stato ribadito nel corso del Congresso, e in particolare nella sessione dedicata alla qualità e al rischio clinico, l'errore è molto più alto dove ci sono meno parti e quindi c'è una minore possibilità di seguire le gravide a termine.

L'Aogoi ha chiesto e ottenuto in molte Regioni italiane che fosse presente nelle commissioni regionali che andranno a riorganizzare i punti nascita. È avvenuto in Sicilia, ma anche in Puglia. Nel corso del Consiglio direttivo, l'Aogoi ha sottolineato che quello che è avvenuto in alcune Regioni diventi la norma su tutto il territorio, soprattutto laddove la riorganizzazione dei punti nascita rientra in un contesto di ristrutturazione complessiva del sistema sanitario regionale, come nelle Regioni alle prese con i piani di rientro o in quelle in cui si sta varando il nuovo piano sanitario regionale. A livello nazionale, poi, è già alla Camera il nuovo Piano sanitario nazionale che stiamo attentamente seguendo e che rivedrà tutta quella che è l'organizzazione ospedaliera e territoriale nazionale, non solo nel campo ostetrico-ginecologico, ma anche in quello della prevenzione e delle malattie croniche. Insomma, è un momento di intenso lavoro, che stiamo affrontando insieme alla Sigo.

La partecipazione di numerosi autorevoli politici può considerarsi un segno tangibile del nuovo corso dell'Aogoi, improntato

Contare nelle scelte... conta

“Abbiamo lavorato molto per diventare tra i partner principali nel dialogo con le istituzioni e rafforzare la nostra presenza nelle sedi istituzionali” afferma il presidente Aogoi in questa intervista raccolta durante il congresso nazionale di Palermo. E aggiunge: “il nostro dialogo con le istituzioni punta ad andare oltre i classici ambiti dell'ostetricia e ginecologia”



Vito Trojano

a una collaborazione sempre più attiva con le istituzioni...

Certamente la loro presenza testimonia il grande lavoro che l'Aogoi ha fatto per diventare quello che è oggi: un partner privilegiato delle Istituzioni. Nella commissione errori sanitari c'è l'Aogoi, come componente tecnica nella Commissione Sanità al Senato c'è l'Aogoi, in quella sui punti nascita c'è l'Aogoi. E

ancora, l'Aogoi sarà tra gli autori del Libro bianco sulla situazione della rete dei punti nascita, che verrà presentato in occasione del Congresso mondiale.

Non suoni velleitario, ma l'Aogoi è davvero uno dei partner principali nel dialogo con le istituzioni. Questi rapporti, inoltre, si stanno espandendo anche oltre gli ambiti “classici” della ginecologia e ostetricia. Stiamo già

formulando delle proposte riguardo ai poli di eccellenza, che sono la premessa fondamentale per la costruenda rete degli ospedali di insegnamento. Un tema ovviamente legato al nostro futuro. Occorre un riordino dell'ordinamento universitario che passi attraverso l'individuazione di ospedali di eccellenza ultraspecialistici che puntino sulla formazione dei giovani medici. L'Aogoi sta investendo molto sui giovani: in questi dieci mesi abbiamo attivato numerosi corsi di formazione e stiamo facendo il nostro meglio per garantire ai nostri giovani colleghi quello che una società scientifica può e deve dare loro. Da una copertura assicurativa e legale proiettata nel tempo alla garanzia di una qualificazione professionale di alto livello.

La costruzione di una rete di ospedali di insegnamento è il grande obiettivo da realizzare nel prossimo futuro. Intanto, però, in molte strutture sta cambiando l'organizzazione dei reparti, come dimostra l'esperienza del “Dipartimento Donna”, da lei diretto, in seno all'Istituto Tumori di Bari, che supera la frammentazione delle branche specialistiche attraverso un approccio complessivo alla paziente.

Negli ultimi anni siamo passati da unità che non dialogavano affatto tra di loro a dipartimenti che sono cresciuti sempre di più, spesso in modo caotico. Il passo successivo, nonché il vero punto di svolta, è quello dei dipartimenti integrati: mega-dipartimenti in cui opereranno gomito a gomito gruppi di specialisti afferenti a diverse discipline. La medicina non è a compartimenti stagni e la ginecologia lo è an-

cora di meno. Il concetto che deve passare – ed è l'idea per cui mi sono battuto a Bari – è che tutta la patologia femminile deve interessare questi dipartimenti: il materno infantile, l'oncologia, l'uroginecologia, la medicina della riproduzione. La medicina è sempre più complessa, le branche articolate in subspecialità sempre più dettagliate, cresce il numero di servizi disponibili... Per questo non è più concepibile la frammentarietà che ha caratterizzato finora i nostri ospedali. Questa complessità, questa pluralità di competenze, deve essere ricomposta intorno al letto della donna.

Questa riorganizzazione degli ospedali, quindi, potrebbe rappresentare la leva per rilanciare la ricerca clinica in Italia. Ma qual è oggi il livello della nostra ricerca nello scenario internazionale?

La nostra ricerca è buona, anche se noi ci muoviamo con numeri piccoli rispetto ad altri paesi. Sarebbe fondamentale che in Italia si cogliesse l'opportunità rappresentata dagli studi multicentrici, che ci consentono di fare studi randomizzati unendo esperienze di più parti. L'Italia ha la peculiarità di essere una penisola nel Mediterraneo che “raccolge” patologie diverse rispetto a quelle in altre nazioni. Siamo una Paese di frontiera e dobbiamo sfruttare anche sul piano della ricerca questa peculiarità.

La verità, però, è che la maggior parte degli ospedali non fa né ricerca né formazione. La ricerca, nella maggior parte dei casi, viene effettuata nelle università e negli Ircss. Sono questi ultimi che possono rappresentare il seme per una rinascita della ricerca clinica in Italia, magari con l'aiuto di un ricambio generazionale. Una ricerca che sia unita alla clinica perché sono due realtà inscindibili: l'una migliora l'altra e una crea i presupposti scientifici e terapeutici per risolvere determinate patologie. Inoltre, soltanto se unita alla clinica la ricerca si può interessare alla salute, non soltanto in termini di “quantità” di vita guadagnata, ma anche in termini di “qualità di vita”, in modo che non si dia solo più anni alla vita ma anche più vita agli anni. **Y**

“Formazione, qualità e rischio clinico” Orlando: la priorità è far crescere la fiducia nel Ssn

“È la fiducia motore di ogni attività umana e la si costruisce non mettendo la polvere sotto il tappeto, ma dividendo la polvere dal sistema sano”. Così il presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari **Leoluca Orlando** nel corso della sessione congressuale “Formazione, Qualità, Rischio clinico”, da lui presieduta insieme al presidente Aogoi **Vito Trojano**, ha sintetizzato l'attività

della Commissione che negli ultimi anni si è data una linea di condotta tesa proprio a far crescere la fiducia nel Sistema sanitario nazionale. Un sistema che, ha precisato Orlando, rimane “di livello medio-alto, ma non sempre si manifesta in maniera uniforme sul territorio”.

Miglioramenti sono senza dubbio necessari, ma qualunque intervento non può prescindere dal “coinvolgimento degli operatori



Leoluca Orlando con il presidente Aogoi

che sono le prime vittime giacché vedono spesso mortificata

la loro professionalità”. Quanto al tema degli errori me-

dici, il presidente della Commissione ha sottolineato come troppo spesso ci si concentri sul “chi” e non sul “perché”, trascurando cioè quegli elementi strutturali che fanno sì che l'errore avvenga. Per questa ragione, “vorremmo che fosse coinvolto anche il manager quando si verificano errori medici perché il manager determina il contesto nel quali questi errori si verificano”. Fermo restando che gli errori esistono e sono, almeno in parte, inevitabili “occorre fare in modo che si tratti di errori e non di conseguenze delle storture del sistema”, ha concluso Orlando. Alla sessione è intervenuto anche un altro componente

MIl Congresso è stato molto interessante, con molti spunti di novità. Naturalmente si è parlato molto dei punti nascita. In particolare della riorganizzazione della rete, che auspichiamo si concretizzerà nel più breve tempo possibile. Lo stato di applicazione del piano Fazio sul riordino dei punti nascita – sottolinea il presidente della Sigo – è ancora deludente e, come dimostra la reazione all'imminente varo del decreto regionale in Sicilia, che porterà alla chiusura o al riaccorpamento di almeno una ventina di punti nascita, richiederà un forte impegno da parte dei ginecologi anche sul piano della comunicazione. Occorrerà infatti mettere in atto al più presto un processo di informazione alle donne gravide per far comprendere loro che non è una penalizzazione non avere l'ospedale sotto casa, ma che al contrario è di maggiore garanzia percorrere 30 km per partorire in un punto nasci-

Surico Un Congresso interessante, con molti spunti di novità

“E a proposito di ricerca, il presidente della Sigo afferma: “la ginecologia italiana è al vertice ed è una delle poche discipline quasi non toccate dal brain drain”



Nicola Surico

ta più sicuro”. Sulla ricerca, un altro tema che ha trovato spazio nel programma congressuale, il presidente Surico tiene a sfatare un luogo comune: “la ginecologia italiana è una delle discipline che fa più ricerca in Italia e che pubblica di più su riviste internazionali con elevato *impact factor*. E questo succede da circa venti anni. Al punto che moltissimi ginecologi italiani sono conosciuti all'estero”. Non è un caso allora che la ginecologia “sia una disciplina che non vede tanto i giovani cervelli fuggire all'estero. Riusciamo a fare sufficiente ricerca in Italia ma ciò anche perché la disciplina si presta a un tipo di ricerca, non solo di base ma anche di tipo cli-

nico, poco costosa”. La disponibilità di risorse economiche è infatti scarsa e anche in questo campo il reperimento dei fondi sta diventando sempre più difficile. L'unico modo per accedere a fondi, sia italiani sia europei è fare dei grandi gruppi attivi in progetti di ricerca importanti”. Le strutture in Italia in grado di supportare la ricerca non mancano: “sono diversi i centri di eccellenza che hanno laboratori e strumentazioni adeguati” e da anni ormai ai tradizionali universitari si sono aggiunti i “ginecologi ospedalieri che collaborano attivamente nella ricerca italiana” afferma Surico. Intanto, in vista del Congresso mondiale di ginecologia che si terrà il prossimo anno a Roma, il presidente Surico assicura che: “La Sigo si sta preparando per dare un'alta impronta scientifica ai corsi pregressuali e alle sessioni speciali da noi organizzate. Faremo in modo che a rappresentare l'Italia siano le eccellenze della ricerca ginecologica italiana”. **Y**

Ancora oggi in Italia una nascita su 10 avviene in strutture che assistono meno di 500 parti l'anno. E ciò avviene nonostante sia passato quasi un anno dal varo del Piano di riordino dei punti nascita voluto dal ministro della Salute Ferruccio Fazio.

In questo lasso di tempo, i casi di centri chiusi o riconvertiti sono rare eccezioni e le Regioni che ci hanno provato si sono scontrate con fortissime resistenze, anche da parte della popolazione. C'è tuttavia un'eccezione: la Sicilia, che ha approvato nelle scorse settimane un piano molto ambizioso presentato dall'assessore alla Salute Massimo Russo proprio in occasione del Congresso di Palermo.

“La nostra regione vanta il triste primato, dopo la Campania, del più alto tasso di ricorso al taglio cesareo, utilizzato in più di un parto su due (53,1%) – ha spiegato **Paolo Scollo**, vicepresidente Sigo e direttore dell'U.O. di Ginecologia e Ostetricia dell'Ospedale Cannizzaro di Catania. “Altri segnali preoccupanti sono il basso numero di gravidanze seguite presso i consultori (< 15%) e un'elevata percentuale di assistenza ostetrica privata (86%). Tutte ‘storture’ che la riforma prevede di correggere e che il nuovo piano sanitario regionale accoglie”. In Sicilia si registra inoltre il più alto numero di punti nascita con meno di 500 parti l'anno, ben 38.

Il decreto prevede, entro il luglio 2012, la chiusura per 23 punti nascita: un intervento che farà passare la rete materno infantile siciliana da 70 a 47 strutture.

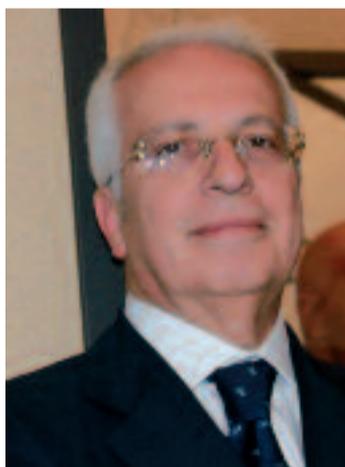
La presentazione in anteprima davanti ai ginecologi non è sta-

Punti nascita la riqualificazione parte dalla Sicilia

A quasi un anno dall'approvazione del Piano Fazio poco è stato fatto dalle Regioni per riorganizzare la rete di assistenza materno-infantile. Salvo la Sicilia dove nei prossimi mesi si realizzerà una vera e propria rivoluzione



Paolo Scollo



Giuseppe Ettore



Massimo Russo

ta casuale: è un coup de théâtre dell'assessore. Ma suggella anche una collaborazione che, ha sottolineato l'assessore **Massimo Russo**, non ha precedenti. “Per la prima volta la Sicilia si avvale di chi è esperto della materia, della scienza. Non ci siamo arrogati una conoscenza che non abbiamo”, ha detto. Il documento è infatti il frutto del lavoro di un tavolo tecnico di cui i ginecologi sono stati larga parte. “A qualcuno che mi ritiene presuntuoso e arrogante – ha sottolineato l'assessore – vorrei dire che quello che abbiamo fatto è la più grande espressione di umiltà: cioè rivolgersi a chi sa-

Sta poi alla politica mettere la faccia su una scelta di responsabilità”.

Per Russo è l'occasione di togliersi qualche sassolino dalla scarpa e il ricorso ai tecnici diventa l'emblema della contrapposizione a una logica clientelare. Quelle che abbiamo compiuto “non sono scelte fatte per tutelare questa o quella comunità che è il serbatoio elettorale di questo o quel politico. Sono scelte che guardano all'interesse generale della comunità”, ha precisato. E ciò non significa ignorare le comunità: “la democrazia è ascoltare anche la voce che viene dal basso, ma rischia di di-

ventare demagogia se non si ha la capacità di scegliere direzione verso cui bisogna andare”.

Il decreto è improntato a una logica di progressività: per ora, in deroga al Piano Fazio che prevedeva la chiusura dei punti nascita con meno di 1000 parti l'anno, si limita a dismettere soltanto quelli al di sotto dei 500. Nè questa è l'unica deroga. Sei strutture resteranno in vita nonostante siano ben al di sotto degli standard stabiliti: la loro localizzazione avrebbe reso troppo difficile e poco sicuro per la popolazione raggiungere gli ospedali vicini. Quindi, si potrà continuare a partorire negli

ospedali di Santo Stefano di Quisquina (153 parti l'anno), Marsala, Lentini, Mussomeli, Bronte e Nicosia.

Per altri piccoli ospedali, il salvataggio è stato ottenuto grazie all'accorpamento con altre strutture vicine preferendo la struttura che offriva i maggiori standard di sicurezza.

“Bisogna procedere rapidamente ad una riconversione, senza creare allarmismo”, ha commentato **Antonino Perino**, direttore della Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università di Palermo e co-presidente del Congresso. “Queste strutture possono essere mantenute in caso di motivate valutazioni legate alla specificità dei bisogni reali del territorio e in caso risulti difficile o impossibile attivare i servizi di trasporto assistito materno. Oltre al numero di parti vanno inoltre considerate le dotazioni strutturali indispensabili per garantire un'assistenza ottimale”. A questi interventi – ha aggiunto Russo – si è aggiunto un rafforzamento della rete territoriale e del sistema dell'emergenza. Insomma, ha precisato, “non abbiamo tagliato senza riorganizzare”.

Quello che ne verrà fuori, per l'assessore, sarà un sistema in grado di garantire i valori fondamentali “che sono la sicurezza della madre e del bambino e dei professionisti”.

Russo sa già che la scelta è impopolare. E che la mozione non è che la prima delle difficoltà che incontrerà il piano di riordino. Il prossimo segnale di contestazione arriverà di certo dalle comunità: “Vi chiedo di aiutarmi”, aveva detto ai ginecologi nella cerimonia di apertura del congresso “È uno di quei provvedimenti che crea dissidi,

► Segue da pagina 7

Punti nascita la riqualificazione parte dalla Sicilia

reazioni nelle comunità. Ma le donne devono capire che partorire sotto casa non è garanzia di sicurezza". E dai ginecologi ha avuto una mano tesa.

"Tenga duro", ha esortato il presidente della Società italiana di ginecologia e ostetricia **Nicola Surico**, auspicando che il processo innescato in Sicilia sia di esempio per le altre Regioni dove, a 9 mesi dal varo del Piano Fazio sui punti nascita, ancora poco si è mosso. Un processo che, oltre "a garantire migliore assistenza alla madre e al nascituro" potrebbe consentire di liberare risorse e riorganizzare il personale dei punti nascita mettendo una pezza alla carenza divenuta ormai strutturale.

Il sostegno a Russo è arrivato anche dal segretario dell'Aogoi **Antonio Chiantera** che è ricorso alla tradizione cinese per confermare il suo appoggio: "in questo momento c'è vento forte. Ma quando il vento soffia sulla casa del Taipan, il Taipan si rafforza se ha amici fidati", ha detto.

Di certo sembra che qualcosa si stia muovendo in Sicilia. "Quando ci siamo insediati - ha sottolineato Russo - non conoscevo nemmeno il numero dei posti letto, né quali fossero i nostri debiti. Abbiamo fatto una politica della conoscenza". Che, insieme a interventi mirati, sembra stia producendo frutti.

Il decreto che ha equiparato il Drg del parto fisiologico con quello cesareo, approvato lo scorso luglio, a quanto pare, sta già cominciando a incidere. "È ancora presto per dare numeri - ha precisato Russo - ma possiamo osservare un'inversione di tendenza". Certo, nella Regione continua a nascere con il cesareo un bambino su due, ma c'è aria di cambiamento. E sembra si stia riuscendo ad andare oltre a "quello stereotipo culturale per cui se fai ti macchi del'imperdonabile peccato del fare e l'alternativa è che si faccia perché tutto rimanga come prima", ha concluso Russo.

Intanto, per definire i requisiti minimi che i punti nascita dovranno possedere, è stato costituito il Gruppo Intersocietario Nascita Sicura (Gins), che sta lavorando a un progetto per la certificazione dei reparti su criteri oggettivi. "Sono pronti gli indicatori e a breve presenteremo il manuale operativo", ha spiegato Surico. "Siamo partiti dagli standard internazionali che abbiamo adattato al contesto italiano. Fra i punti chiave vi è la copertura di una guardia medico-ostetrica, anestesiologicala e medico-pediatria attiva 24 ore su 24".

► Segue da pagina 6

Orlando: la priorità è far crescere la fiducia nel Ssn

della Commissione Errori sanitari, il collega **Benedetto Fucci**, che proprio lo scorso agosto è riuscito a ottenere un importante risultato per la nostra associazione in materia di assicurazione obbligatoria per tutti i professionisti. L'approvazione nella manovra dell'Odg 84 da lui proposto infatti impegna il Governo a individuare "urgentemente dei meccanismi di tutela nei confronti del personale medico e sanitario per ciò che concerne la copertura dei costi delle polizze assicurative". Ricordiamo che la misura, fortemente caldeggiata dall'Aogoi, è mirata a tutelare in particolare gli



8 mila precari e i giovani medici incapaci di far fronte ai costi delle polizze, spesso troppo elevati in rapporto allo stipendio percepito. Nel suo intervento, incentrato sulla verifica dei punti nascita e il disavanzo delle Asl, Fucci ha ricordato che nel 2010 l'accumulo di disavanzo di queste ultime ha raggiunto quota 37 miliardi di euro, una cifra astronomica che ha ricordato "è an-

che conseguenza di politiche sanitarie errate, in cui hanno giocato un ruolo importante anche disinvolve politiche relative alle assunzioni, dettate per lo più da fini elettorali, e l'ambiguità di fondo, mai risolta, dello status dei policlinici universitari e del loro rapporto con le Regioni - (uno status privilegiato per le prospettive di carriera dei medici universitari e l'entità dei fi-

Da sinistra: Leoluca Orlando, Vito Trojano e Benedetto Fucci

nanziamenti annui) che ha concorso all'esplosione del disavanzo complessivo su cui è dovuto intervenire il governo con un apposito decreto che ha destinato 85 milioni di euro alle Regioni più in difficoltà".

Le sfide su cui si dovrà confrontare la nostra ginecologia ostetrica sono tante e complesse, ha affermato Fucci, e, "come non mi stancherò mai di ripetere, rendono imprescindibile un legame sempre più stretto e diretto tra istituzioni e società scientifiche. Solo proseguendo su questo percorso potremo dare delle serie e concrete risposte alle tante problematiche che investono la professione del ginecologo".

Roma 2012: globalizzazione e pari opportunità

Verso Figo 2012

"Un'occasione unica per contribuire al miglioramento della salute e qualità di vita delle donne dei paesi meno privilegiati"

M contributo della Sigo in seno alla Federazione internazionale di ginecologia e ostetricia è un contributo importante, come testimonia del resto proprio la scelta dell'Italia quale Paese ospite del XX congresso mondiale di ginecologia" ha ricordato il presidente Figo **Gamal Serour** nel corso dei lavori congressuali che hanno riservato un'intera sessione a "Roma 2012: globalizzazione e pari opportunità". Per Serour il nostro Paese può giocare un ruolo di primo piano "nella *global strategy for women's health*, grazie anche alla sua grande esperienza di cooperazione, peraltro non solo in ambito sanitario" e il meeting mondiale "rappresenta per l'Italia un'occasione unica per contribuire al miglioramento della salute e qualità di vita delle donne dei paesi meno privilegiati", anche in quanto "tappa importante in quel processo che necessariamente dovrà vedere gli impegni tradursi in azioni concrete".

Ad illustrare i principali aspetti organizzativi del congresso mondiale nel corso della sessione dedicata, che oltre a un vasto programma scientifico prevede una ricca gamma di eventi sociali e culturali, è stato **Giovanni Scambia**, che ha sostituito Giorgio Vitori alla guida del Comitato organizzatore locale Sigo, che sta lavorando in sinergia con il Comitato organizzatore del congresso Figo, presieduto da **Jac-**

**Gamal Serour**

ques Milliez. "Dovremo impegnarci per creare un circuito mediatico che dia all'evento la

massima risonanza - ha affermato Scambia. Nonostante la grave crisi internazionale, come Comitato locale faremo del nostro meglio per far risaltare i punti di forza della nostra ginecologia e della nostra ospitalità". Al centro del vasto programma scientifico del Mondiale 2012 (consultabile sul sito www.figo2012.org) - che per la prima volta prevede una serie di corsi pregressuali e workshop organizzati dal Figo

Committee for Capacity Building in Education and Training, presieduto da **Luis Cabero** -

non saranno le tematiche delle sub-specialità ha affermato il past president Aogoi **Giovanni Monni**, che è responsabile locale del Comitato scientifico internazionale. Naturalmente gli argomenti

scientifici "cutting edge" avranno grande spazio, ha precisato, ma il "core" dell'evento scientifico saranno gli argomenti di interesse comune alla gran parte dei ginecologi di tutto il mondo, in particolare di quei paesi a basso-bassissimo reddito dove

il quadro della salute materno infantile è reso quanto mai fosco da una serie di cause che contribuiscono all'elevatissima mortalità materna e perinatale - per larga parte (si stima circa il 40 per cento) - evitabile. Perché, come è stato ricordato, di "abnormal bleeding nei Paesi in via di sviluppo si può morire".

"In Italia abbiamo molte eccellenze in tanti ambiti, dall'ecografia alla medicina fetale e perinatale, all'endocrinologia, oncologia, uroginecologia...- ha proseguito Monni illustrando il processo di avvicinamento al congresso mondiale - e, tra queste, selezioneremo dei giovani che possano dare la migliore immagine della nostra ginecologia". "Ancora la selezione finale non c'è stata" ha spiegato Monni che proporrà le candidature al presidente del Comitato scientifico internazionale **William Dunlop** a cui spetta l'ultima parola.

Il Figo 2012, come è stato sottolineato nei vari interventi, sarà un momento importante anche per calarci in un'ottica di globalizzazione della salute, per rafforzare la nostra coscienza sociale e farci promotori attivi di un cambio culturale che metta la salute al centro delle politiche di tutti i paesi ("ecografi al posto dei missili"). Una grande occasione per riflettere sulle più efficaci modalità e strategie per fare cooperazione sanitaria, principalmente attraverso la formazione, e per migliorare quella "lingua comune" che fa fare alla comunità scientifica passi da gigante. Perché il "primo obiettivo della Figo è fare cultura" e, come spesso ricorda il presidente Serour, "ognuno di noi deve essere il tassello di un mosaico: dai ginecologi alle ostetriche, dai trainer agli *advocates*".



La cura della menopausa nella paziente con precedenti oncologici

Ai tumori ormonodipendenti in perimenopausa e terza età Sigite ha dedicato una speciale sessione al Congresso di Palermo. Il tema, come aveva sottolineato il presidente della Sigite Costante Donati Sarti in una precedente intervista su queste pagine (vedi *GynecoAgoi* n. 4/2011), rispecchia un problema emergente che la Società affiliata Agoi sta affrontando già da qualche anno con un gruppo operativo ad hoc. Un team coordinato dal presidente Sigite e che fa capo ad Angelamaria Becorpi (Firenze), Lino Del Pup (Aviano), Milena Mincigrucci (Perugia) e Sonia Baldi

A colloquio con il presidente Sigite Costante Donati Sarti

Accompagnare la donna nel "ritorno alla normalità"

L'importanza di intensificare studi e ricerche sulle cure più idonee ad alleviare la sintomatologia della donna in menopausa precoce iatrogena o che comunque abbia alle spalle un vissuto oncologico presuppone la creazione di centri specifici a lei dedicati, sviluppando una stretta collaborazione con l'oncologo, innanzitutto, ma anche con altre figure professionali come lo psicologo. L'organizzazione di questo progetto che coinvolge territorio, ginecologi curanti, ospedale ed università rappresenta la scommessa su cui Sigite sta profondendo un grande impegno. Ma un aspetto non meno importante di questa scommessa – afferma Donati Sarti in questa breve intervista – è l'accompagnamento della donna nel suo percorso di ritorno alla normalità dopo l'esperienza della malattia oncologica che così profondamente impatta con la sfera della femminilità e della sessualità.

Dottor Donati Sarti, la "cura" della menopausa nella paziente oncologica è un ambito che richiede una serie particolarmente complessa di valutazioni clinico-scientifiche.

L'evoluzione tecnologica, la migliore diagnostica e il trattamento terapeutico, il follow-up rigoroso permettono oggi alla donna malata di cancro di sopravvivere e anche molto a lungo ed in buone condizioni. In questo senso, il problema è di offrire a queste pazienti il miglior percorso di cura e di accompagnamento nella difficile fase di passaggio ad una menopausa insorta in maniera brusca ed intempestiva. Come sappiamo molti tumori della sfera genitale sono ormonodipendenti, ovvero legati all'azione degli estrogeni. Estrogeni e progestinici che fanno, per così dire, il bello e il cattivo tempo nella donna. Tutti i tumori ormonodipendenti ed in particolare il ca della mammella e dell'endometrio necessitano, oltre all'atto chirurgico, di trattamenti adiuvanti che si protraggono per diversi anni, con a volte effetti indesiderati quali turbe neuro vegetative, del sonno e dell'umore con ricadute sulla vita quotidiana e sulla femminilità. Per questo dobbiamo prendere in esame terapie alternative per limitare questi disturbi a volte insopportabili.

Un altro aspetto importante riguarda quelle donne che hanno

subito l'asportazione dell'utero e/o delle ovaie, o che hanno delle menopausa indotte dopo trattamenti radio/chemioterapici e che necessitano di terapie. In questi casi dobbiamo cercare di capire qual è il migliore trattamento per mantenere la loro femminilità. Per le donne che poi hanno ancora l'utero valutare la possibilità di avere flussi mestruali indotti regolari... così da farle sentire in tutto e per tutto delle donne "normali".

Altri aspetti che incidono profondamente nella vita delle pazienti, soprattutto più giovani, riguardano la preservazione della fertilità, oggi divenuta una realtà grazie alla crioconservazione degli ovociti e del tessuto ovarico. Ed ancora la sessualità dopo il tumore, un tema sempre più attuale che affrontiamo spesso anche nei nostri convegni di recente a Firenze e prossimamente a Pescara.

Con quali soluzioni terapeutiche aiutare queste pazienti, ridimensionando, se non è possibile risolvere, i problemi ingenerati dalla menopausa?

La valutazione clinica di ciascuna ci farà propendere ora per una terapia ormonale sostitutiva siste-

mica, altre volte piuttosto per un trattamento ormonale vaginale, o anche per i fito-ormoni o i fitoterapici. Questi ultimi rappresentano una vera scommessa, dovremo valutarli nel tempo. Allo stato attuale non abbiamo ancora dati certi dalla letteratura, ma dall'esperienza clinica emergono segnali incoraggianti e positivi. Del resto siamo molto aperti anche a tutte le altre medicine alternative.

In questo quadro, la collaborazione con le varie figure professionali, in primis l'oncologo di riferimento, non è solo utile ma indispensabile.

Certamente, ma altrettanto importante è riuscire a condividere con figure più "tecniche", come il radioterapista e l'oncologo medico un "nuovo orizzonte" in cui si delinea - al di là di quello che è lo scopo più alto dell'atto terapeutico, cioè quello di salvare la vita della paziente - un altro traguardo, quello della migliore qualità di vita per la paziente.

Il punto di partenza rimane comunque la creazione di una rete ben organizzata nel territorio composta da ambulatori dedicati per la menopausa oncologica magari uno per ogni regione.

Centri dove si possa fare diagnostica, follow-up e garantire una continuità assistenziale e centri di eccellenza oncologica dove le pazienti sono sottoposte alle terapie adiuvanti, a monitoraggio per controllo di ricadute, a trattamenti per gli effetti collaterali dei farmaci e ad un sostegno con il supporto dello psiconcologo.

Perché è così importante rilanciare la rete nazionale dei Centri della Menopausa?

La rete nazionale nata con il Progetto menopausa Italia utilizza un linguaggio comune e questo rappresenta uno strumento chiave non solo per valutazioni epidemiologiche ma anche per effettuare indagini di ricerca ed efficacia di protocolli terapeutici. Inoltre l'esperienza di molti centri menopausa, in particolare quello di Firenze, di Perugia e di Aviano è un patrimonio che, lungi dall'essere disperso, deve essere valorizzato e replicato su tutto il territorio nazionale.

Naturalmente i centri menopausa dedicati alle pazienti con problematiche onco-ematologiche possiedono alcune importanti peculiarità, a partire innanzitutto dal legame strettissimo tra ginecologo e oncologo di riferimento – siano essi dislocati sul territorio o nelle strutture di alta specializzazione.

Queste strutture dovranno caratterizzarsi per un approccio molto "delicato": è importante evitare che le nostre pazienti avvertano troppo il peso di un follow-up che le faccia sentire "malate". La donna, al contrario, deve vivere questo percorso in maniera serena, all'insegna della "normalità", e noi dobbiamo fare di tutto per permetterle di recuperare quel benessere psico-fisico, inteso anche in termini affettivi, socio-relazionali e lavorativi, di cui è stata privata nel corso della malattia. La "presa in carico" di queste pazienti persegue insomma un duplice obiettivo: da un lato, dobbiamo identificare il trattamento ideale per ciascuna, che non le esponga ad ulteriore rischio oncologico, dall'altro prenderci cura del loro benessere psico-fisico restituendole ad una piena normalità.

La domanda è molto forte e in crescita. Per questo dobbiamo cercare di partire al più presto con un progetto articolato su tutto il territorio nazionale. 

Mario Gallo*, Antonio Alfeo Giuseppe Regaldo, Marisa Mussetta**

S.C. Ostetricia e Ginecologia, Ospedali Riuniti Ciriè-Lanzo (Torino)

* Direttivo Sigite

** S.C. Geriatria e Malattie Metaboliche dell'Osso Università di Torino

Tumori ormonosensibili: mammella e utero

Gli studi più recenti evidenziano l'importanza del metabolismo estrogenico "in situ" nello sviluppo e nella progressione di varie neoplasie estrogeno-dipendenti, tra cui il carcinoma della mammella e dell'endometrio

Lo sviluppo dei tessuti è strettamente dipendente dalla presenza di un ormone specifico. Gli Estrogeni (E) e i fattori di crescita hanno una funzione chiave nella crescita e nella differenziazione di

molti organi e tessuti bersaglio tra questi la mammella e l'utero. La loro azione è mediata dai recettori alfa e beta, localizzati a livello del nucleo, strutturalmente assai simili tra loro e distribuiti in vari organi e tessuti.

Funzionano sia come trasduttori del segnale sia come fattori di trascrizione per modulare l'espressione di geni bersaglio (effetto genomico).

Gli estrogeni sono in grado di aumentare la sintesi di Dna e il

numero dei recettori per i fattori di crescita con conseguente aumento della proliferazione cellulare; regolano anche la trascrizione di proto-oncogeni. In situazioni di duplicazione accelerata risulta un minor tempo

per riparare un eventuale danno del Dna con conseguenti alterazioni del genoma che portano ad una proliferazione cellulare incontrollata fino al cancro. Recentemente è stata evidenziata l'importanza del metabolismo estrogenico "in situ" nello sviluppo e nella progressione di varie neoplasie estrogeno-dipendenti tra cui il carcinoma della mammella e dell'endometrio.

Numerosi studi hanno evidenziato nei tumori mammari ed uterini una concentrazione tissutale di Estrone (E1), Estradiolo (E2) e dei loro metaboliti solfati marcatamente più elevata ri-

spetto a quella plasmatica o riscontrata nel tessuto non neoplastico a dimostrazione di una biosintesi e accumulo intratumorale per la presenza di sistemi enzimatici necessari per la biosintesi locale dell'estrogeno attivo.

Sull'endometrio tutti i progestinici possiedono un'azione antiestrogenica simile: down-regulation dei ER (maggior turnover e minore sintesi), inibizione della proliferazione cellulare con promozione della differenziazione delle cellule ghiandolari e stromali, stimolazione della sulfotransferasi e sulla 17 beta HSD, inibizione dell'aromatasi e promozione di decidualizzazione, attività secreto-

ria e vascolarizzazione endometriale.

La loro azione sulla mammella è invece un argomento molto controverso. Le differenti proprietà farmacologiche delle molteplici molecole progestiniche possono dipendere dalla diversa affinità recettoriale, dalla struttura, dalla dose e via di somministrazione e dai tessuti target. Studi in vivo ed in vitro hanno infatti dimostrato un differente controllo sulla proliferazione e sull'apoptosi cellulare mammaria a seconda del progestinico utilizzato (effetto neutro del progesterone naturale). Alla luce di questi dati possiamo riassumere che una adeguata dose di progestinico

(P) deve essere associata agli estrogeni nelle donne con utero intatto; il P è più importante dell'E nell'aumentare il rischio del carcinoma mammario e deve essere "safe" o "tailored". Infatti i P non sono tutti uguali per potenziali effetti metabolici avversi o rischio di carcinoma se associati all'estrogeno per lungo tempo. L'E da solo stimola l'endometrio in modo dose-dipendente.

La Tos combinata continua si associa a minor incidenza di iperplasia e cancro rispetto alla popolazione normale e i regimi sequenziali non offrono una protezione ottimale. Le dosi basse o ultrabasse determinano minor stimolazione e sanguinamento.

Il rischio di carcinoma dell'endometrio persiste per anni dalla sospensione. L'associazione Tos e carcinoma della mammella rimane controversa, pertanto occorre rassicurare le donne sulla bassa incidenza; infatti il rischio non aumenta nei primi 5-7 anni di Tos nelle donne "ormono-naive" e non aumenta nei primi 7-15 anni di sola terapia estrogenica; il rischio si riduce dopo 3 anni dalla sospensione.

L'incremento del rischio rispetto al solo E è presente nella terapia combinata che utilizza i

progestinici e non il progesterone naturale.

Nel post-Women's Health Initiative (WHI) la contemporanea riduzione dell'utilizzo della Tos e dell'incidenza del carcinoma è presentata come prova dell'effetto carcinogenico dell'estrogeno e recenti dati hanno evidenziato un incremento dell'incidenza del tumore nonostante la stabilizzazione del numero di donne in Tos: a dimostrazione della Tos come "promoter" e non come "iniziatore".

Sul prossimo numero gli altri approfondimenti sui temi sviluppati nella sessione

Limiti e controversie sull'uso delle terapie non ormonali

Nelle donne in menopausa, sintomatiche, la presenza di controindicazioni all'impiego degli estrogeni, o la decisione di non assumerli, si traduce spesso nella richiesta al medico di alternative farmacologiche non ormonali o prodotti "naturali", finalizzati principalmente al controllo dei disturbi vasomotori

Maria C. Pandolfo*,
Francesco Cancellieri**

*Dirigente medico Ospedale
Buccheri La Ferla FBF Palermo

**Professore presso il Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia dell'Università degli studi di Messina

Nelle donne sottoposte a terapia antiestrogenica, generalmente per neoplasie ormono-dipendenti, è frequente una esacerbazione dei sintomi vasomotori e, di conseguenza, la richiesta di terapie non estrogeniche in grado di migliorare la qualità della vita. A tal fine il medico ha a disposizione dei farmaci aventi altre indicazioni ma che si rivelano in qualche misura efficaci anche sul controllo dei sintomi vasomotori e sostanze di derivazione vegetale, dotate, almeno in teoria, di effetti terapeutici su questi disturbi.

I farmaci "non ormonali". Si tratta di composti eterogenei, dotati di meccanismi d'azione che interferiscono con i sistemi principalmente neurotrasmettitoriali coinvolti nella regolazione vasomotoria e sono in commercio per lo più con indicazioni diverse dal trattamento dei sintomi vasomotori. Gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRIs) e della noradrenalina (SNRIs) oggi sono i farmaci più comunemente utilizzati nella pratica clinica per la riduzione della sintomatologia menopausale in alternativa alla terapia ormonale sostitutiva.

Esiste una quantità significativa di prove sull'efficacia di tali farmaci nel trattamento dei sintomi vasomotori. L'efficacia è risultata inferiore a quella degli estrogeni ma, specie con farma-

ci quali la Venlafaxina e la Desvenlafaxina succinato (SNRIs), si può ottenere una riduzione significativa (60-70%) del numero e/o della gravità delle vampate di calore ed un effetto antidepressivo, con modesti effetti collaterali.

Uno studio controllato sullo Escitalopram (SSRIs) (pubblicato su Jama 2011) sembra indicare una efficacia di tale molecola nel controllo della sintomatologia vasomotoria (nel 60% dei casi) nelle pazienti trattate rispetto alle non trattate.

Il principale svantaggio di queste preparazioni, in particolare dei farmaci SNRIs, è l'incidenza di nausea, che può essere ridotta iniziando la terapia con bassi dosaggi e assumendo i farmaci ai pasti.

La clonidina, un farmaco alfa-2 agonista ad azione centrale, è stata una delle preparazioni alternative più popolari per il trattamento dei sintomi vasomotori, ma è anche una delle preparazioni per le quali esistono scarse prove di efficacia. La gabapentina, un farmaco antiepilettico, si è dimostrato parzialmente efficace nella riduzione delle vampate di calore rispetto al placebo: in uno studio con un dosaggio di 900 mg / die, è stata dimostrata una riduzione del 45% della frequenza delle vampate di calore ed una riduzione del 54% della gravità dei sintomi menopausali, ma gli effetti negativi possibili (sonnolenza, vertigini, affaticamento) possono limitare l'uso di questo prodotto. **I farmaci a base di erbe.** Una grande varietà di sostanze estratte dalle piante sono usate dalle donne per ridurre l'intensità dei sintomi vasomotori, con vantaggi clinici limitati e contrastanti,

ma sono state intraprese poche ricerche ben condotte sull'utilizzo di terapie farmacologiche non ormonali.

Una delle principali preoccupazioni è che i farmaci a base di erbe abbiano azioni farmacologiche e quindi possano provocare effetti indesiderati, oltre ad avere interazioni potenzialmente pericolose con altri farmaci (sia a base di erbe sia convenzionali), inoltre, poiché molti prodotti a base di erbe medicinali sono senza licenza, non sempre sono rispettate le norme di qualità e di buona pratica di produzione.

Nelle donne con **tumori estrogeno/progesterone-dipendenti**, come il cancro al seno, i medici di famiglia potrebbero utilizzare un SSRIs o un SNRIs, ma è importante ricordare che la paroxetina può ridurre l'efficacia del tamoxifene inibendo la sua bioattivazione attraverso il citocromo P450 2D6 (CYP2D6), con conseguente aumento del rischio di morte nelle donne affette da patologia tumorale al seno.

Stile di vita e dieta. Le modificazioni dello stile di vita sembrano essere efficaci nel modificare i sintomi menopausali ed esistono prove sul fatto che donne che svolgono una regolare attività fisica hanno una minore intensità sintomatologica menopausale. La riduzione di un uso eccessivo di alcol e caffeina può ridurre la gravità e la frequenza dei sintomi vasomotori; inoltre le modificazioni della dieta possono non solo influenzare lo stato di benessere presente, ma anche determinare lo sviluppo futuro di malattie quali il cancro, le patologie cardiovascolari e il diabete.

Le terapie estrogeniche vaginali possono avere significativi effetti sistemici?

Le ripercussioni della carenza estrogenica sul tratto urogenitale nelle situazioni di menopausa oncologica possono determinare implicazioni significative in termini di qualità di vita in donne spesso giovani e sessualmente attive

Angelamaria Becorpi*, **Sara Nannini**, **Giovanni Sisti**

*Direttivo SIGiTE

Menopausa Oncologica - Azienda Ospedaliero-Universitaria, Careggi Firenze

Limpiego di terapia estrogenica locale in soggetti con neoplasie estrogenosensibili non è ad oggi supportato da dati di sicurezza derivanti da adeguati trial clinici randomizzati e controllati.

Numerosi dati in letteratura (Dugal et al, 2000; Naessen et al, 2002; Notelovitz et al, 2002; Simunic et al, 2003) evidenziano con trattamenti locali assenza di variazioni significative dei livelli plasmatici di estradiolo, FSH, LH e di ripercussioni sistemiche in pazienti in menopausa non associata a patologia neoplastica, con trattamenti con estradiolo (da 10 a 25 mcg) ed estriolo (0.5 mg). I dati preliminari suggeriscono che queste dosi molto basse di steroidi vaginali possono ridurre significativamente la sintomatologia legata alla distrofia urogenitale determinando livelli plasmatici di estradiolo contenuti nel range menopausale. D'altra parte i dati della letteratura sono da considerarsi ad oggi insufficienti per potere escludere che un'eventuale, seppur minima variazione dei livelli circolanti di estrogeni possa esercitare un effetto negativo su pazienti con pregresso carcinoma mammario. Studi retrospettivi (O' Meara et al, 2001; Dew et al, 2003) riportano come in pazienti con pregresso carcinoma mammario la terapia estrogenica locale non sembri associata ad un aumento di recidive e ripresa di malattia. In un recente studio preliminare di Biglia et al, (2010) su donne con pregressa neoplasia mammaria, l'impiego di 17 beta estradiolo, alla dose di 12.5 mcg, e di estriolo, alla dose di 0.25 mg, somministrati due volte alla settimana mette in evidenza un effetto terapeutico a fronte di innalzamenti minimi dei livelli plasmatici a 12 settimane di trattamento.

Una questione che viene sollevata dal gruppo di Kendall (2006) è rappresentato dal possibile innalzamento transitorio a breve termine (prima settimana di terapia locale) dei livelli plasmatici di estradiolo rilevato in pazienti trattate con anastrozolo. In attesa di ulteriori dati, di fronte a pazienti selezionate, il coinvolgimento decisionale della donna per la scelta di estrogeni topici potrà esser preso in esame dopo il fallimento di altri presidi farmacologici non ormonali. Laddove la sintomatologia urogenitale rappresenti per la donna un problema significativo in termini di qualità di vita e le alternative terapeutiche non ormonali non siano risolutive, potrebbe essere opportuno quindi un adeguato counseling sui rischi e i benefici di un eventuale trattamento estrogenico locale.

...Come l'Araba Fenice!

Il nostro Simposio al Congresso nazionale di Palermo è stato un successo, sia per la qualità delle relazioni sia per la nutrita partecipazione: oltre 120 le colleghe, molte delle quali giovani ostetriche, che vi hanno preso parte! Approfitto di questo spazio per ringraziare i relatori e i moderatori che si sono adoperati per i lavori scientifici e affinché i tempi del Simposio venissero rispettati, in particolare il segretario regionale Sicilia, Peppe Lombardo, il coordinatore del Corso di Laurea di Ostetrica/o di Catania, Sara Taverna, e le amiche siciliane

Antonella Marchi
Presidente Aio

Le iscrizioni all'A.I.O. sono in continua crescita e la meraviglia di questo "movimento" è che vi aderiscono colleghe ostetriche e colleghi ginecologi di ogni parte d'Italia. Stiamo già incominciando a valutare i primi risultati (che presto vi illustreremo anche su queste pagine) insieme ad Aogoi e alle altre componenti della rappresentanza. E stiamo partendo con una serie di "battaglie" che riguardano alcuni temi che ci toccano da vicino, come quello in difesa dei nostri ambiti professionali nei



confronti di *doule*, consulenti di ogni natura e professionisti che operano fuori dal loro ambito professionale.

C'è però un fondo di amarezza: la sensazione di una classe politica, e in particolare di un'amministrazione interna alla categoria,

che ha difficoltà a rapportarsi ai problemi della base, che propone lontanissimi "modelli di leadership" e non dà voce alle ostetriche senza lavoro, usurpate nel ruolo da soggetti non legi-



slativamente riconosciuti o da professionisti opportunisti che prestano il fianco a "false riorganizzazioni" del personale nelle strutture sanitarie.

Una dirigenza forse inesperta, non in grado di indicare una rotta precisa, con una visione del mondo professionale limitata e che individua ruoli tutti al di sotto del reale valore delle ostetriche. Come rappresentanti dell'Aio vorremmo si desse il via ad un'assunzione di responsabilità poiché scelte sbagliate o una cattiva gestione si traducono con la perdita della credibilità personale. Il divario tra la Dirigenza e noi Ostetriche è enorme, sono venuti meno importanti punti di riferimento per la nostra collettività professionale e proprio per col-

Segue a pagina 30

Come sviluppare una professionalità ostetrica completa

Esce in seconda edizione la nuova Collana "Midwifery arte ostetrica ritrovata". Un manuale completo che si propone di perfezionare la formazione di base per le discenti e di accrescere ed impreziosire il background culturale e professionale delle Ostetriche inserite nel mondo del lavoro, nonché di essere una guida per coloro che si avvicinano o che si appassionano alla Medicina non Convenzionale

Dopo il grande successo della prima edizione, che ha visto esaurire tutti i testi, ho deciso di riproporre una seconda edizione aggiornata con le nuove evidenze scientifiche e linee guida.

L'opera completa è costituita da 3 volumi monotematici: il primo riguarda l'assistenza dell'ostetrica alla gravidanza (in uscita in inverno completamente rinnovato); il secondo, dedicato al travaglio e al parto, riserva una parte alla chirurgia tradizionale ed endoscopica in ostetricia e ginecologia (di competenza dell'ostetrica); il terzo volume (inedito) verte sul puerperio e l'assistenza alla donna ed al suo bambino/a. I volumi, ricchi di immagini, tabelle e schede tecniche, vogliono essere soprattutto un manuale di utilità pratica per "ritrovare" quell'ostetrica sempre meno presente nel lavoro di Ostetrica, che invece è alla base della nostra Pro-

Segue a pagina 30

Antonella Marchi
MIDWIFERY
ARTE OSTETRICA
RITROVATA

Travaglio e parto fisiologico.
Chirurgia tradizionale ed endoscopica
in Ostetrica e Ginecologia

Pagine 360,
circa 200 illustrazioni,
tabelle e schemi
Euro 70 spese
di spedizione escluse
Euro 50 per ordini cumulativi
(min. 10 volumi) spese
di spedizione escluse
Per acquistare i volumi inviare
una richiesta con i propri dati via
fax: 0577.1959055)
o via email:
info@formazioneostetrica.com



I nuovi segretari regionali AIO



Peppe Lombardo
Segretario regionale AIO della Sicilia



Marina Tabò
Segretario regionale AIO della Liguria



Antonella Toninato
Segretario regionale AIO del Friuli Venezia Giulia

in caso di infertilità maschile

Utile per migliorare la qualità dello sperma

PROXEED® NF
INTEGRATORE ALIMENTARE

a base di L-carnitina,
Acetil-L-carnitina,
Fruttosio, Acido citrico,
Coenzima Q₁₀,
Vitamine ed
Antiossidanti





La ginecologia e l'ostetricia nel territorio: prevenzione, clinica, integrazione

In linea con le nuove regole Ecm abbiamo privilegiato un Congresso che prevede solo 200 partecipanti, riservando una quota di iscrizioni gratuite per un certo numero di iscritti Agite al 2011-2012.

Il nostro Congresso nazionale, cui sono stati assegnati 9,5 punti Ecm, sarà preceduto da una tavola rotonda in cui verranno presentate le **proposte AGITE e AOGOI per il riordino dei Consulenti familiari** e dei servizi per

AGITE va al suo secondo Congresso Nazionale, organizzato in collaborazione con la **SMIC**.

Dal 24 al 26 novembre 2011 presenteremo il lavoro complesso che i gruppi di lavoro su base tematica hanno svolto dal 2007, anno di costituzione di AGITE, ad oggi

la salute della donna, con il coinvolgimento del presidente Aogoi Vito Trojano, del segretario nazionale Aogoi Antonio Chiant-

era e del presidente Sigo Nicola Surico, in linea con la mission di Agite - un'associazione professionale predisposta ad un lavoro

condiviso con le Società scientifiche rappresentative della realtà ginecologica italiana.

LE SESSIONI che abbiamo or-

ganizzato verteranno su: i **rischi professionali**, la loro minimizzazione, le polizze assicurative, la gestione dello studio professio-

I TEMI CONGRESSUALI

CONDILOMATOSI GENITALE

Agite e la ricerca epidemiologica sul territorio

Giovanni Fattorini
Presidente AGITE

Dal 2009 Agite è impegnata in una importante ricerca epidemiologica (Genital Warts 2) che grazie allo sforzo di diversi colleghi sta fornendo molti dati sulla diffusione di una rilevante patologia sessualmente trasmessa: la condilomatosi genitale. In Italia si stima che ogni anno 250mila persone siano affette da condi-

lomi genitali. I dati italiani provenienti da varie fonti, soprattutto dal Sistema di Sorveglianza Sentinella delle Infezioni Sessualmente Trasmesse dell'Iss, convergono ad evidenziare i seguenti risultati:

- alta frequenza di questa patologia, che rappresenta la diagnosi più frequente presso i centri sentinella Ist, un trend in aumento - il numero dei casi è duplicato tra il 2004 e il 2008

- una maggiore diffusione di

questa patologia tra i giovani, sia maschi che femmine sotto i 25 anni

- un'alta prevalenza di Hiv tra i soggetti con condilomi, circa 15 volte più alta della popolazione generale.

Lo studio attualmente in corso è stato preceduto da uno studio (GWI) promosso dalla Sigo, che ha consentito una prima stima dell'incidenza e prevalenza della condilomatosi genitale femminile nel nostro paese. L'incidenza era risultata del 4,3 per mille donne e la prevalenza di 6 casi per 1000. Questo lavoro, pur importante, presentava però il grande limite di essere uno studio retrospettivo. Ciò ha portato a disegnare questo secondo studio e cioè "Un'indagine osservazionale prospettica sui Condilomi Ge-

nitali da HPV" che si prefigge di fornire elementi di conoscenza sull'epidemiologia e sul trattamento di questa infezione. L'acquisizione dei dati in questo caso avviene ad opera dei ginecologi aderenti all'iniziativa, via Internet, attraverso un Network dedicato. I dati finora raccolti da circa 40 ginecologi "di primo livello", e che si riferiscono ad un campione di circa 20000 donne, tendono a confermare i dati di prevalenza e incidenza già segnalati dagli studi precedenti, ma il valore aggiunto consiste nell'aver costituito un **network nazionale** che ormai opera da più di due anni e che potrebbe in futuro progettare ulteriori ricerche epidemiologiche su problematiche inerenti la nostra disciplina. Attualmente si sta valutando con

Aogoi la possibilità di sviluppare ulteriormente questo progetto che, lo vogliamo ricordare, non è risultato un lavoro di facile realizzazione per le difficoltà incontrate nel reclutamento dei colleghi, per i problemi a stabilire un rapporto fiduciario con i Comitati Etici delle diverse aziende sanitarie, per le carenze di informatizzazione dei Servizi sanitari pubblici, in particolare dei Consulenti familiari. L'appuntamento di Roma prevede un'intera sessione dedicata a discutere dei risultati di questo lavoro, delle criticità che si sono incontrate e delle prospettive che si vanno aprendo: sarà un momento importante per tracciare un bilancio e per mettere a punto gli sviluppi futuri di questa iniziativa. **Y**

RISCHIO PROFESSIONALE

Professione Ginecologo Ostetrico Medico Preventivo

Maurizio Orlandella
Past president AGITE
Vice presidente SMIC

L'intero Congresso è dedicato alla figura professionale del ginecologo territoriale, ma questa sessione tocca specifici aspetti della professione. Intendiamo parlare di rischio professionale senza spaventarci, perché avvertiamo la re-

sponsabilità della professione e la necessità di tutelarci con una strategia che richiede diverse competenze, che questa sessione intende presentare. Tra queste, un'adeguata formazione in tema di modalità di relazione e di buona comunicazione, che mantenga un basso livello di conflitto medico paziente - certamente il miglior argine al contenzioso e più in generale alla

medicina difensiva - e di gestione del conflitto con la paziente: cosa possiamo fare per evitare che sia messo in dubbio il nostro operato? Quali sono i corretti passi da fare se si è davanti ad un danno di cui si è imputati?

La sessione prenderà in esame anche altri aspetti legati al rischio professionale, che riguardano in particolare la definizione delle competenze della gestione della gravidanza tra ostetrica e ginecologo del territorio, il rispetto delle linee guida e il consenso informato. Un altro tema che verrà affrontato riguarda i problemi connessi ad attivi-

Ci auguriamo che Roma 2011 rappresenti un punto di partenza per farci meglio conoscere. Per crescere, intensificando la collaborazione con le realtà della ginecologia del Territorio del Centro Italia dove abbiamo ancora pochi iscritti

tà definite "procedure invasive" in ambulatori protetti dove si eseguono per esempio biopsie e cauterizzazioni cervicali o introduzioni di IUD. C'è omogeneità tra le diverse legislazioni regio-

nali? E gli strumenti di rianimazione, ad esempio, devono essere presenti in studio? Non verrà trascurato un altro tema centrale - item principale già a partire dal 1° Congresso Nazionale AGITE: "Il tempo". Solo un adeguato tempo per la visita ginecologica e ostetrica permette di espletare una corretta anamnesi e raccolta accurata dei dati, senza quelle forzature di sintesi a cui alcuni di noi si sono ormai quasi rassegnati. Nel corso di questo momento formativo verranno anche illustrate le 5 polizze assicurative promosse da Agite, che differenziano i diversi rischi del ginecologo consultoriale e ambulatoriale, pubblico e privato. **Y**



nale (un obiettivo formativo spesso sottovalutato nel percorso specialistico); la **Cartella Nazionale adolescenti**, con una formazione all'uso, utile all'uniformazione delle procedure preventive e gli spazi di indagine su base nazionale che tale cartella presuppone. Le due sessioni sulla gravidanza saranno dedicate ad alcune scelte criticità delle prime **linee guida** per la gravidanza fisiologica e al **coordinamento territorio ospedale**, ai corsi di accompagnamento alla nascita (Can) secondo metodologia dell'Iss. Inoltre sono pre-

viste tre sessioni su **Contracezione ormonale**, **contraccezione d'emergenza** e **aborto medico**. In particolare verranno presentate la contraccezione di ultima uscita, dopo un percorso storico farmacologico della contraccezione ormonale e di emergenza; la contraccezione continuativa e ormonale intrauterina per la gestione clinica di numerosi disturbi del ciclo ormonale, del sanguinamento uterino fino alla patologia pretumorale endometriale. La prevenzione degli interventi demolitivi trova infatti nella contraccezione ormonale

una grande amica e nuove opportunità conservative.

Altre due sessioni sono dedicate al percorso clinico della **menopausa**, ai servizi territoriali ad hoc, ad una visione di genere dell'ambulatorio e alla pratica clinica nel climaterio nonché al **progetto di ricerca epidemiologica sulla condilomatosi genitale**, che si pone già tra i primi studi epidemiologici mondiali. Come nel nostro progetto iniziale, Agite promuove un ruolo di ricerca sul territorio, che deve essere considerato un elemento di valorizzazione della ginecologia territoriale pubblica, rivendicando un ruolo scientifico, la conseguente professionalità e riconoscimento economico.

Come potrete constatare nel programma (disponibile sul nostro sito www.agite.eu), il Congresso è specificamente dedicato ai ginecologi che praticano la clinica ostetrico ginecologica, dalla prevenzione alla pratica medica – specialisti che risiedono nei loro studi privati e nei consultori e ambulatori territoriali pubblici. **Y**

AGITE promuove le nuove polizze assicurative *tailor made*

Nella homepage del nostro sito (sotto il riquadro dedicato al Congresso Nazionale) potrete consultare le polizze assicurative dedicate ai colleghi territoriali degli studi privati e degli ambulatori pubblici, che garantiscono premi proporzionati ai rischi specifici dei colleghi che non svolgono attività chirurgica e di assistenza al parto. Ricordiamo che per usufruire delle polizze assicurative è necessario essere in regola con l'iscrizione ad Agite. Le quote previste, inferiori di circa 1000 euro, e le maggiori garanzie rispetto alle polizze proposte dai sindacati degli specialisti ambulatoriali pubblici dimostrano quanto fosse necessario individuare polizze *tailor made* sulla base delle peculiarità del ginecologo territoriale!

■ Su www.agite.eu sono disponibili anche tutti gli approfondimenti sui temi congressuali

MENOPAUSA

Non si parlerà solo della salute ma anche del benessere della donna

Francesca Fiorillo

Consiglio Presidenza AGITE
Vice presidente SIGITE

L'insorgenza della menopausa nella donna coincide approssimativamente con l'inizio del declino funzionale, con l'invecchiamento gli organi che regolano la crescita, la riproduzione e la sopravvivenza vanno incontro a un progressivo esaurimento. Accanto all'esaurimento della funzione gonadica compaiono modificazioni delle funzioni ipotalamiche e tiroidee, declina l'asse gh/igf-1, si modifica l'attività surrenalica con deficit del DHEA e aumento del cortisolo, si riduce l'attività del sistema immunitario e compaiono infiammazioni croniche multiple a bassa intensità o un'infiammazione cronica sistemica. Tali cambiamenti sono responsabili della comparsa delle malattie croniche che colpiscono le donne nella terza età: malattie cardiovascolari, artrosi, osteoporosi, demenze, tumori, ma anche della disabilità e della segregazione sociale che tanto affliggono le donne anziane. Ciò detto, appare evidente quanto sia impegnativo per il ginecologo un attento counseling e un capace management della donna in menopausa che non si limiti alla semplice gestione dei disturbi legati alla menopausa, ma serva anche a fare prevenzione. Prevenzione delle malattie croniche degenerative innanzitutto, ma anche prevenzione in termini socio-relazionali, per attuare quella solitudine e isolamento che tanto affliggono le donne in questa delicata fase della vita. È noto che il trattamento dei disturbi legati alla menopausa riveste una notevole importanza per la salute e il benessere psico-fisico della donna.

na, pertanto verranno analizzati tutti gli strumenti a nostra disposizione: dalle terapie non convenzionali ai trattamenti con fitoestrogeni e alle terapie sostitutive con estroprogestinici, riabilitati proprio dagli stessi autori del WHI che nel 2002 li avevano condannati.

Saranno inoltre discusse le linee guida e la position statement ufficiale della North American Menopause Society (Nams), per chiarire una volta per tutte la concreta utilità della terapia ormonale sostitutiva: le nuove formulazioni a basso dosaggio mantengono l'efficacia della terapia e riducono al minimo i rischi per le pazienti. Verranno inoltre affrontate le nuove acquisizioni in tema di prevenzione e trattamento dell'osteoporosi e delle malattie cardiovascolari. Non si parlerà solo della salute ma anche del benessere della donna in menopausa, che sicuramente passa attraverso il recupero della propria identità femminile e quindi della capacità seduttiva e della capacità di soddisfare la propria sessualità. Saper contrastare l'aging con adeguati stili di vita, senza demonizzare sapienti interventi estetici, contrastare il dolore e aiutare a ritrovare il piacere nel rapporto di coppia, significa aiutare la donna a mantenere saldo il proprio equilibrio psicofisico e quindi a mantenere uno stato di benessere. **Y**

Il razionale scientifico del nostro Congresso è favorire la formazione del Ginecologo Territoriale in tema di prevenzione e buona prassi clinica. Per una rispettosa gestione della salute riproduttiva e della persona-donna nella sua interezza

CONTRACCEZIONE

Novità recenti, novità in arrivo

Emilio Arisi
Presidente SMIC

Generalità. Se volessimo sintetizzare i cambiamenti avvenuti nell'ambito della contraccezione dal 1961, anno in cui la pillola è ufficialmente nata, ad oggi, possiamo tranquillamente affermare che in effetti sono pochi i paradigmi di base cambiati. Essa è sempre costituita da un estrogeno ed un progestinico. Ma se andiamo a meditare bene all'interno di questa affermazione riassuntiva, vediamo come in realtà di cambiamenti nell'ambito della contraccezione ve ne siano stati moltissimi, e non solo nell'ambito della pillola per via orale.

Gli estrogeni. Intanto sono cambiati gli estrogeni, nel senso che l'etinilestradiolo, l'estrogeno da sempre presente in ogni pillola, è stato progressivamente ridotto nel dosaggio nel corso degli anni fino ad arrivare alle attuali bassissime dosi, oltre le quali sembra arduo andare per una serie di considerazioni cliniche (ad esempio il mantenimento del regolare metabolismo osseo nell'adolescente). Alla riduzione delle dosi ha corrisposto una notevole riduzione di molti fenomeni collaterali. Recentemente, nel 2009, il tradizionale fronte estrogenico è stato rotto dall'ingresso di un estrogeno naturale, con l'intento di ridurre ancora di più le problematiche legate all'estrogeno totalmente chimico. Ed i risultati sembrano molto evidenti, tanto che la pillola che lo contiene ha già occupato ampio spazio del mercato, e l'idea di qualcosa di più na-

turale è entrato nel cuore delle donne. Inoltre viene inseguita da una ulteriore pillola con estrogeno naturale, che entrerà in commercio in Italia nei prossimi mesi. **I progestinici.** La parte progestinica della pillola è quella che ha visto affacciarsi il maggior numero di attori nel corso degli anni. I progestinici si sono succeduti in generazioni e famiglie. Oggi quelli più comunemente utilizzati ed apprezzati, soprattutto dalle giovani utenti, sono i progestinici ad effetto antiandrogenico (drospirenone, dienogest, clomadinone), che ottengono miglioramenti notevoli anche sui problemi cutanei, quali acne, pelle grassa, peluria abbondante. In particolare il drospirenone, essendo un derivato da un diuretico, riduce o limita i liquidi trattenuti. Mentre il dienogest è quello che si accompagna all'estrogeno naturale nella prima pillola di questo tipo.

Le modalità di assunzione. Anche le modalità di assunzione si sono evolute. Si è allungato il numero di giorni di effettiva assunzione degli ormoni, passando da 21 a 24 e più giorni, con l'intento raggiunto di impedire una eventuale ovulazione nonostante la riduzione delle dosi. Oggi si tende a far scomparire anche l'artificio della pseudo-mestruazione con somministrazioni di lungo periodo, anche di molti mesi, cosiddetto uso esteso, sempre più apprezzato da molte donne.

Vie di somministrazione e strumenti. Alla tradizionale via orale si sono aggiunte la via transvaginale (anello) e quella tran-

scutanea (cerotto), ognuna con caratteristiche tali da soddisfare i bisogni di alcuni particolari gruppi di utenza. Ma si sono affacciate anche altre vie di utilizzo. La prima di queste è certamente quella intrauterina, nella quale la spirale al rame è stata affiancata dalla spirale al levonorgestrel, dieci volte più sicura e con caratteristiche positive di utilizzo, che la rendono privilegiata in molte situazioni (riduce la quantità del mestruo, riduce il dolore mestruale). Dopo una veloce comparsa alcuni anni fa, è ritornato in Italia un impianto sottocutaneo di solo progestinico. E finalmente, a coprire un grosso vuoto tecnico e mentale, è arrivato da noi anche il preservativo femminile. **La contraccezione di emergenza.** Uno strumento anticoncezionale di supporto è rappresentato dalla contraccezione di emergenza, che, come dice il nome, viene utilizzato quando qualche altro metodo ha fallito il suo scopo, oppure non è stato usato nessun metodo. Oggi in Italia si sta discutendo della introduzione di una molecola già presente pressoché in tutti i paesi d'Europa, l'ulipristal acetato, rispetto alla quale vi sono evidenti resistenze ideologiche più che scientifiche. **Il futuro vicino.** Il futuro si presenterà con pillole arricchite di nutrienti, ad esempio acido folico. Ma vi sarà anche una pillola distribuita da una confezione intelligente con la quale la donna potrà modulare ad libitum la durata in giorni della assunzione. **Conclusioni.** Se dei cambiamenti vi sono stati, essi sono stati progressivi, ma tali da portare veramente una rivoluzione sociale e scientifica a disposizione del medico e della donna. Oggi si può in effetti avere un contraccettivo a misura di ogni donna. **Y**

SIGO-AGITE-SIGIA-SMIC

Una cartella consultori
adolescenti condivisa**Antonella Debora
Turchetto**Consigliera Presidenza AGITE
Ginecologa Psicoterapeuta
Venezia

Le società scientifiche che riuniscono i professionisti competenti sull'adolescenza e operanti sul territorio (Agite, Sigia e Smic) hanno dato vita, con il patrocinio della Sigo, ad un gruppo di lavoro per la costruzione di una Cartella per Consultori Adolescenti. Il risultato di questo lungo lavoro è ora pubblicato sui siti delle società scientifiche.

La Cartella di un Consultorio Adolescenti comprende diverse tipologie di raccolte dati che rispondono alle esigenze psico-sociali, cliniche, epidemiologiche, educative.

Si sviluppa in varie sezioni:

1) dati generali; 2) percorso per l'accesso; 3) educazione sessuale pregressa; 4) quale richiesta viene formulata; 5) storia futura (anamnesi con particolare attenzione alle Ncd; 6) storia contraccettiva e di protezione da Mst; 7) storia ginecologica; 8) storia affettiva e sessuale.

Sezioni speciali sono: la scheda per Spazio Maschio (andrologia), per gravidanza, per Ivge e la

cartella delle consultazioni psicologiche o gli interventi dell'assistente sociale. Inoltre è in preparazione la scheda per adolescenti immigrati.

La Cartella per Consultorio Adolescenti non è un semplice elenco di dati selezionati da raccogliere, bensì uno strumento di relazione, intesa come conoscenza reciproca tra servizio e adolescente, tra mondo degli adulti di riferimento e mondo adolescenziale. Sarà quindi fondamentale muoversi in maniera flessibile in funzione della complessità del mandato.

Lo stile comunicativo personale e il contesto operativo devono condizionare le modalità dell'espressione di senso di ciascuna domanda.

La cartella del consultorio adolescenti è strumento di colloquio, di apertura di nuovi argo-

menti, strumento di empowerment professionale per gli operatori e di promozione culturale per i ragazzi. Crea i presupposti per una raccolta di dati autotoni, che permetterà di migliorare la conoscenza della popolazione giovanile italiana in termini di bisogni, conoscenze, effettivo accesso e utilizzo di strumenti utili per promuovere e conservare la salute sessuale e riproduttiva. Dai dati uniformemente ed omogeneamente raccolti sul territorio nazionale sarà così possibile partire per programmazioni operative, mirate e verificabili. La diffusione della cartella per consultori adolescenti avverrà attraverso i canali ufficiali del Ministero, Regioni, Asl e sotto l'egida delle società scientifiche coinvolte nella stesura della cartella. Verrà proposta agli operatori con momenti formativi che non si li-

mitano, negli obiettivi, all'introduzione di una rilevazione dati unificata, ma mirano a trasmettere un vero e proprio modus operandi. Si punterà inoltre alla diffusione di competenze di formazione basate su metodologie attive, utilizzandole in un'ottica esperienziale, per approfondire certe tematiche particolari, analizzate con questionari specifici come "Ivg" e "Spazio Maschio". I corsi di formazione avranno anche una funzione motivazionale riguardo all'importanza della raccolta e condivisione di dati omogenei sugli adolescenti italiani, fermo restando che la Cartella per Consultori Adolescenti, così concepita e correttamente utilizzata, aiuta a creare la relazione con l'adolescente che costituisce la quidditas e la ragione d'essere del Consultorio Adolescenti stesso. **Y**

ABORTO MEDICO

...com'è lontana l'Europa

Marina Toschi
Segretario AGITE

Sembra incredibile ma ancora oggi nel nostro Paese le procedure più avanzate - impiegate in Europa da più di 20 anni - stentano ancora a diffondersi... Come nel caso del mancato utilizzo su tutto il ter-

ritorio nazionale del mefipristone acetato, più conosciuta come RU486, la pillola da somministrare in associazione con le prostaglandine e con diverse forme di "ospedalizzazione". Le virgolette sono necessarie per ricordare che in Belgio e in Francia, per esempio, la procedura viene svolta dai medici di famiglia

in collegamento con gli ospedali, da raggiungere solo quando necessario (nel 10% dei casi circa). Il numero di donne che scelgono di ricorrere alla RU486 è ormai in crescita anche nel nostro Paese, anche se è circoscritto ad alcune aree geografiche dal momento che è la legislazione regionale che deve mettere a regime le procedure. A questo proposito non si può non rilevare come nella maggioranza delle Asl regni sovrana la disinformazione. Proprio per avere un

quadro più chiaro e completo abbiamo scelto di partire con l'**analisi della raccolta dati**, che l'Istituto superiore di sanità effettua per conto del Ministero, incentrandola non solo sull'Ivg chirurgica ma anche sui dati della Ivge medica, avvalendoci per questo della collaborazione di Angela Spinelli. Contemporaneamente daremo voce alle diverse realtà territoriali, con il supporto di Marinella Lenzi per l'Emilia Romagna, unica Regione che effettua la procedura in

Day hospital; di Barbara del Bravo per la Toscana, che ha realtà organizzative differenziate; di Giovanna Scassellati, forte della sua esperienza all'ospedale S. Camillo di Roma, per il Lazio, e di Antonio Belpiede per la Regione Puglia.

La parola d'ordine è "più informazione", a cominciare "da noi" e "tra noi". Un passo necessario per poterla poi trasmettere correttamente alle donne, mettendole in grado di fare una scelta davvero informata. **Y**

HRA Pharma

Leader nella Contraccezione d'Emergenza



La salute della Donna: Libro bianco 2011

La fotografia dello stato di salute della popolazione femminile italiana

Con questa terza edizione del Libro bianco O.N.Da conferma il proprio impegno nella promozione della cultura della salute di genere e nella stimolazione della ricerca nel campo delle patologie femminili con l'obiettivo di garantire, secondo i principi fondamentali di equità e pari opportunità, il diritto alla salute delle donne

O.N.Da
Osservatorio Nazionale
sulla salute della Donna



O.N.Da
Osservatorio Nazionale
sulla salute della Donna

LA SALUTE DELLA DONNA

Stato di salute e assistenza nelle regioni italiane

Libro bianco 2011

In collaborazione con



FrancoAngeli



L'Osservatorio Nazionale sulla salute della

Donna, impegnato in prima linea nella promozione di una cultura della salute di genere, propone con questa nuova edizione del Libro bianco una fotografia dello stato di salute della popolazione femminile italiana.

Continua così, in collaborazione con l'Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni Italiane, il cammino intrapreso nel 2007 con la prima pubblicazione, che ha l'obiettivo di presentare, con cadenza biennale, un quadro aggiornato sulla salute delle donne, offrendo approfondimenti e spunti di riflessione su aspetti clinico-epidemiologici e sanitario-assistenziali di particolare rilievo.

Il Libro bianco 2011 si articola in due parti: la prima è dedicata alle caratteristiche socio-demografiche della popolazione femminile, la seconda analizza le condizioni di salute e la distribuzione del benessere delle donne nelle diverse regioni italiane in relazione alle principali patologie femminili, evidenziando le aree di maggior criticità e le necessità di assistenza sanitaria.

La Medicina moderna non può infatti prescindere da un approccio di genere che, nell'ottica di garantire il diritto alla salute delle donne secondo i principi di equità e pari opportunità, riveste un ruolo di prioritaria importanza nella definizione degli interventi di programmazione sanitaria e delle strategie preventive.

Hanno curato il Libro bianco:

Dott.ssa Tiziana Sabetta,
Dott.ssa Silvia Longhi,
Dott.ssa Antonella Sferazza
(Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane)
Con la collaborazione di:
Giulia Di Donato, Valentina Orlandi,
Nicoletta Orthmann
(Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna)

PREMESSA

O.N.Da: la terza edizione del Libro bianco sulla salute della donna

Francesca Merzagora

Presidente O.N.Da Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna

L'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (O.N.Da) nasce nel 2005 con l'obiettivo di promuovere una cultura della salute di genere e stimolare la ricerca sulle principali patologie che colpiscono l'universo femminile, valutandone gli aspetti preventivi, diagnostici e terapeutici nonché le relative implicazioni economiche, politiche e sociali. La medicina, fin dalle sue origini, ha avuto un'impostazione androcentrica, relegando gli interessi per la salute femminile ai soli aspetti specifici correlati alla riproduzione. Gli studi condotti in ambito clinico e farmacologico sono sempre stati compiuti considerando quasi esclusivamente soggetti uomini ed adattando poi i risultati alla donna, senza tuttavia valutare che la biologia femminile, con le peculiarità anatomiche, funzionali ed ormonali che la caratterizzano, può influenzare, talvolta in modo determinante, lo sviluppo e la progressione delle malattie.

La medicina di genere si propone, quindi, di studiare l'impatto del genere e di tutte le variabili che lo caratterizzano (certamente biologiche, ma anche ambientali, culturali e socio-economiche) sulla fisiologia, sulla fisiopatologia e sulle caratteristiche cliniche delle malattie. L'obiettivo è, dunque, quello di comprendere i meccanismi attraverso i quali le differenze legate al genere agiscono sullo stato di salute e sullo sviluppo delle patologie.

Tali aspetti devono essere considerati anche nel campo della farmacologia, dal momento che, come si è dimostrato, il genere di appartenenza influenza significativamente i processi di farmacocinetica e farmacodinamica, producendo risposte differenti tra i due generi alle medesime terapie.

In sostanza, l'ottica di genere, dalla quale la medicina moderna non può più prescindere, applica alla medicina stessa il principio di "diversità tra generi" per garantire a tutti, uomini e donne, il migliore approccio clinico, diagnostico e terapeutico in funzione delle specificità di genere.

Il primo passo verso la medicina di genere è stato compiuto nel 1991 quando Bernardine Healy, direttrice dell'Istituto Nazionale di Salute Pubblica, presentò un articolo dal titolo "Yentl Syndrome" sul New England Journal of Medicine per documentare il comportamento discriminante da parte dei cardiologi nei confronti delle pazienti donne in termini di maggior numero di errori diagnostico-terapeutici e minor numero di interventi di angioplastica e bypass.

Nel 2000 la medicina di genere è stata inserita, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nell'Equity Act a testimonianza che il principio di equità deve essere applicato all'accesso ed all'appropriatezza delle cure, considerando l'individuo nella sua specificità e come appartenente ad un genere con caratteristiche definite. Due anni dopo, presso la Columbia University di New York, è stata condotta la prima sperimentazione riservata alle donne.

Da allora sono stati avviati a livello mondiale, europeo e nazionale un numero sempre maggiore di studi di genere, dai quali sono emerse differenze significative tra donne ed uomini, soprattutto per il sistema cardiovascolare, nervoso ed immunitario.

Oggi sta maturando una nuova sensibilità e, attraverso le indicazioni che provengono dall'Oms, dall'Istituto Superiore di Sanità e dall'Agenzia Italiana del Farmaco, si sta sviluppando un'attenzione crescente verso le differenze di genere nell'ambito della medicina clinica e della farmacologia.

Nonostante l'impegno e gli sforzi compiuti in quest'ultimo decennio, c'è ancora molta strada da percorrere per approdare ad una politica sanitaria che rispetti le distinzioni di genere. La Commissione Europea ha più volte sottolineato la necessità che quanto prima si promuova una politica in difesa della salute, tenendo conto della diversità di genere, ed il Consiglio dell'Unione Europea sol-



Francesca Merzagora

INTRODUZIONE

Un contributo autorevole all'attuale dibattito scientifico

Massimo Scaccabarozzi

Presidente Farmindustria



Massimo Scaccabarozzi

Farmindustria è lieta di rinnovare la collaborazione alla terza edizione del Libro bianco curato dall'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna. Le pagine che seguono rappresentano un contributo autorevole all'attuale dibattito scientifico, sia per le oggettive competenze degli autori, sia per la passione dimostrata da questi ultimi nella loro attività.

Secondo un diffuso pregiudizio le malattie delle donne sarebbero causate da fattori prevalentemente biologici, mentre quelle degli uomini deriverebbero soprattutto da cause socio-ambientali. Leggere il volume curato da O.N.Da contribuisce a sfatare questo luogo comune, a dimostrazione del rigore con il quale sono state condotte le analisi.

Le donne vivono e si ammalano più degli uomini, usano maggiormente medicine e servizi

sanitari e sono soggette più della popolazione maschile alle reazioni avverse da farmaci. La medicina di genere tiene conto di tutte queste peculiarità, studiando le differenze biologico-funzionali tra i due sessi. Questo approccio si rivela imprescindibile per promuovere la Ricerca ed adeguare la politica della salute alle esigenze dei Pazienti.

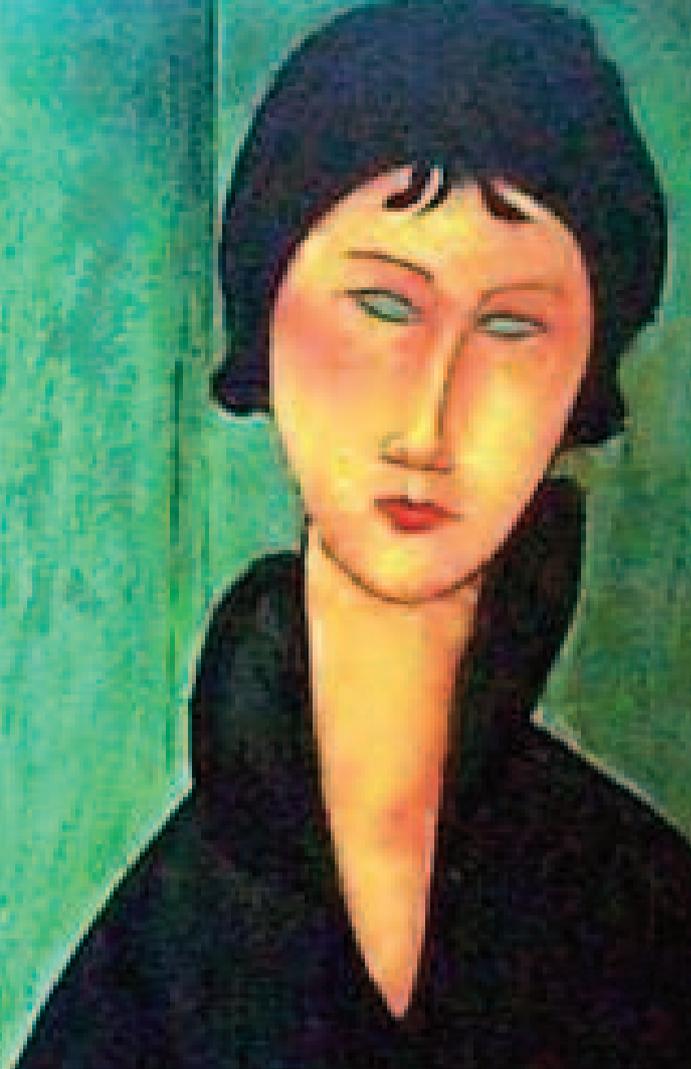
Farmindustria promuove un'autentica prospettiva di genere per assicurare paritariamente i benefici dell'innovazione. Lo fa con la consapevolezza che i risultati terapeutici sono strettamente connessi alla disponibilità di nuovi trattamenti. E con la convinzione che l'uniformità di accesso ai farmaci innovativi debba realizzarsi su tutto il territorio nazionale, superando le disparità regionali.

Conoscere le differenze di genere significa, quindi, favorire una maggiore appropriatezza della terapia ed una migliore tutela della salute.

I temi affrontati nel Libro bianco rappresentano una sfida complessa, che non potrà essere vinta senza un fruttuoso lavoro di squadra che coinvolga anzitutto le Regioni. Valorizzazione del ruolo della donna e appropriatezza delle cure: chiunque abbia a cuore la prima non potrà non impegnarsi per la seconda.

Buona lettura.





“Se una stessa malattia colpisce un uomo ed una donna, l'uomo viene considerato il punto di vista “privilegiato”, la norma su cui formulare una valutazione dei sintomi, una prognosi ed un'efficacia di trattamenti



INTRODUZIONE

La politica della salute non può prescindere da un orientamento di genere

Emanuela Baio

Commissione Igiene e Sanità del Senato

Superare ogni forma di discriminazione nei confronti delle donne è l'obiettivo che i parlamentari di tutti i Paesi devono porsi come essenziale per una politica equa e realmente rappresentativa. Ci siamo trovati spesso, infatti, nell'Aula del Senato ad affrontare il tema della discriminazione femminile stratificato in più tessuti sociali. Accanto all'approccio economico, culturale e sociale oggi, purtroppo, questo atteggiamento trova una sua accezione anche all'interno del settore sanitario. La medicina ha sempre cercato di porsi, sia nella teoria che nella pratica, in maniera neutrale rispetto “all'essere uomo” ed “all'essere donna”, riconoscendo una specificità alle donne solo in relazione alla riproduzione. Questo ha provocato l'affermazione del principio dell'inferiorità biologica e “naturale” delle donne. A differenza del termine “sesso”, che sottolinea solo la caratterizzazione biologica dell'individuo, il termine “genere”, infatti, intende le categorie “uomo” e “donna”, non solo in base a differenze biologiche, ma anche secondo fattori ambientali, sociali e culturali. Per questo è necessario che la medicina sia orientata verso una logica di genere, tenendo conto delle fisiologiche differenze tra donne ed uomini, durante tutto il percorso clinico.

Anche la ricerca medica ha orientato la sua attività verso “il genere”: tutta la metodologia, le argomentazioni, la raccolta e la successiva analisi dei dati, focalizzano l'osservazione da un punto di vista maschile. Se una stessa malattia colpisce un uomo ed una donna, l'uomo viene considerato il punto di vista “privilegiato”, la norma su cui formulare una valutazione dei sintomi, una prognosi ed un'efficacia di trattamenti. In quest'ottica emerge un vizio di fondo che compromette gravemente la modalità di somministrazione delle cure offerte alle donne, proprio perché considerate “differenti” solo per quanto riguarda le capacità riproduttive.

Questo pregiudizio della medicina, nei confronti della donna, viene definito, dagli addetti ai lavori, un “bias” di genere, un pregiudizio, appunto, evidente non solo nella scelta dei temi, ma anche nel disegno di molte ricerche.

In medicina si parla per la prima volta della “questione femminile” nel 1991 quando l'allora direttrice dell'Istituto Nazionale di Salute Pubblica americano, Bernardine Healy, pubblica due studi sul



Emanuela Baio

INTRODUZIONE

Gli “indicatori per la salute” in una visione di genere: uno strumento necessario

Laura Bianconi

Commissione Igiene e Sanità del Senato



Laura Bianconi

In Italia, come nella maggioranza degli altri Paesi europei, le donne rappresentano le principali utenti dei servizi sanitari. Vivono più a lungo degli uomini, ma sono quelle che tendono ad ammalarsi di più. Non si può, però, parlare solo di malattie prettamente femminili e questo aspetto ha portato alla consapevolezza che la medicina deve essere considerata in una logica di genere. È, infatti, necessario che tenga conto delle fisiologiche differenze tra uomini e donne nella teoria come nella pratica clinica, nella gestione delle strutture ospedaliere e, più generalmente, nella gestione dei centri per l'assistenza alla persona. Questa pubblicazione di O.N.Da, giunta alla terza edizione, mette in evidenza proprio questa nuova filosofia con cui si è analizzato il sistema sanitario del nostro Paese così da fornire, con adeguati approfondimenti ed informazioni utili, innovativi “indicatori per la salute” in una visione di genere sicuramente necessaria per strutturare al meglio il sistema nazionale di tutela della salute e dei servizi alla persona.

L'obiettivo principale, per quanto complesso, in questa visione di riforma del sistema socio sanitario nazionale orientato ad accrescere ulteriormente l'efficienza, in un quadro di federalismo sanitario oramai maturato, ed a garantire livelli omogenei di prestazioni di alta qualità su tutto il territorio nazionale, deve essere quello di un'adeguata integrazione tra politiche sociali e politiche sanitarie, così come tra soggetti istituzionali (Regioni, Aziende Sanitarie Locali, Comuni singoli ed associati) e coloro che operano nei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali adottando un sistema integrato di strumenti informativi a supporto di tutti i cittadini.

Nel ringraziare O.N.Da e la sua Presidente per questa pubblicazione, che anche quest'anno ci fornisce informazioni utili e più che esauritive di cui terrò conto anche per il mio lavoro di parlamentare, vorrei soffermarmi su alcuni aspetti inerenti la salute di genere da me maggiormente approfonditi nell'ultimo periodo all'interno della Commissione Igiene e Sanità del Senato, ma anche alla Conferenza dei Presidenti delle Commissioni Sanità dei Paesi dell'Unione Europea, che si è svolta a Budapest lo scorso 14 e 15 aprile, nell'ambito delle iniziative organizzate dall'Ungheria, come Stato membro che detiene la presidenza del Consiglio Europeo, e dove ho



Segue da pagina 16

O.N.Da: la terza edizione del Libro bianco sulla salute della donna

Francesca Merzagora

lecita una maggior consapevolezza e conoscenza in tale ambito da parte degli operatori sanitari per affrontare le disuguaglianze nella salute e garantire parità di trattamento e di accesso alle cure.

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

Il Libro bianco mantiene l'impostazione delle precedenti edizioni, presentando i dati e gli indicatori di salute e malattia attraverso un'analisi comparativa tra i generi condotta per regioni, ed articolandosi in due sezioni.

Nella prima parte del volume vengono presentate le caratteristiche socio-demografiche della popolazione femminile, attraverso l'analisi di molteplici aspetti, quali: distribuzione per età e genere nelle singole regioni, fecondità, grado d'istruzione, occupazione e disoccupazione, mortalità, disabilità, incidenti stradali e domestici. La seconda sezione è dedicata all'analisi delle condizioni di salute e della distribuzione del benessere delle donne nelle diverse regioni italiane in relazione alle principali tematiche di patologia femminile, al fine di evidenziare i bisogni di salute e di assistenza sanitaria declinati al femminile.

L'analisi della popolazione italiana evidenzia come il processo di invecchiamento risulti piuttosto avanzato con una composizione per genere in cui le donne rappresentano, su scala nazionale, il 53,7% della popolazione con età compresa tra i 65-74 anni ed il 62,6% della categoria ultra-75enne.

L'aumento della quota di anziani nella popolazione ed il correlato incremento delle patologie cronico-degenerative incidono pesantemente sulla richiesta di assistenza, rendendo necessario lo sviluppo di una rete integrata di servizi e la creazione di percorsi ad hoc, idonei a soddisfare i bisogni di salute emergenti.

La maggior longevità femminile non si associa, tuttavia, ad una migliore qualità di vita: le donne presentano un carico di disabilità maggiore e risultano le principali fruitrici dei servizi socio-assistenziali con un tasso più del doppio superiore rispetto agli uomini; anche per quanto riguarda l'impiego di farmaci, che nell'ultimo decennio è incrementato per effetto dell'invecchiamento della popolazione, la quota di consumatrici donne è significativamente superiore rispetto a quella degli uomini (44,62% vs 34,94%).

Tale condizione trova ragione in molteplici aspetti. Anzitutto, avendo maggior aspettativa di vita, le donne sviluppano con elevata incidenza patologie cronico-degenerative, che sono tipiche della senescenza, come demenza ed artrosi. Molte patologie ad elevato impatto debilitante sono tipicamente femminili: si pensi ad alcune forme neoplastiche, all'artrite reumatoide o all'osteoporosi. Le donne hanno poi ritmi di vita frenetici, dettati dall'esigenza di coniugare impegni lavorativi e familiari, di gestire casa e figli, condizione questa che ha trasferito loro patologie che sino a qualche decennio fa erano diffuse soprattutto fra gli uomini.

I notevoli cambiamenti socio-culturali hanno concorso a diffondere scorretti stili di vita, in passato prerogativa della popolazione maschile, come l'abitudine al fumo e l'assunzione di alcolici. In Italia fumano prevalentemente donne giovani e la fascia di età caratterizzata dalla maggior prevalenza è quella compresa tra i 25-44 anni, con una percentuale di fumatrici pari al 28%. Dall'analisi delle tendenze evolutive nella frequenza di consumo di alcolici emergono differenze di genere soprattutto nelle fasce di età più giovani, che vedono maggiormente sfavorite le donne.

La comparazione dei tassi standardizzati d'incidenza dei tumori maligni rispetto ai dati presentati nell'edizione precedente del Libro bianco (2009) documenta un trend di aumento nella popolazione femminile, che interessa tutte le regioni.

Per quanto l'attività di prevenzione oncologica sia migliorata, registrando un incremento generale dell'adesione ai programmi di screening, come mammografia e pap-test, permangono ancora marcate differenze regionali con evidente divario tra Nord e Sud. Per quanto attiene alle malattie cardiovascolari, che continuano a rappresentare la principale causa di morte in Italia, i dati di mortalità per malattie ischemiche cardiache documentano un eviden-

te svantaggio maschile, con un tasso di decessi quasi doppio rispetto alle donne. Per queste ultime l'effetto dell'età è assai più rilevante. Infatti, nelle donne di età avanzata, il tasso di mortalità risulta fino a 144 volte maggiore rispetto a quello delle più giovani.

L'offerta di servizi di assistenza sanitaria per la tutela della salute mentale presenta ancora una distribuzione territoriale non omogenea con inevitabili conseguenze sulla possibilità di accesso da parte della popolazione.

In tema di salute materno-infantile, la percentuale di parti chirurgici risulta sempre molto elevata, ben al di sopra dei valori raccomandati dall'Oms con i numeri più alti registrati nelle regioni meridionali, dove la Campania continua a detenere il primato.

Questi sono solo alcuni degli aspetti che vengono presentati ed analizzati nel Libro bianco. Nel complesso i dati evidenziano un incremento delle differenze in termini di salute e distribuzione del benessere, accessibilità ed appropriatezza dei servizi offerti, tra macroaree geografiche e singole regioni, con il Meridione in posizione nettamente più sfavorita rispetto alle regioni centro-settentrionali.

Con questa terza edizione del Libro bianco O.N.Da conferma il proprio impegno nella promozione della cultura della salute di genere e nella stimolazione della ricerca nel campo delle patologie femminili con l'obiettivo di garantire, secondo i principi fondamentali di equità e pari opportunità, il diritto alla salute delle donne.

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

Segue da pagina 17



La politica della salute non può prescindere da un orientamento di genere

Emanuela Baio



comportamento discriminante dei cardiologi nei confronti delle donne. Le sue conclusioni evidenziavano una chiara discriminazione messa in atto dai cardiologi nei confronti del sesso "debole". Nessuno pensò che la studiosa parlasse di discriminazione nel vero senso della parola, però i suoi studi portarono ad una riflessione nel mondo scientifico su quale valore potesse avere l'"essere donna" nel trattamento della malattia coronarica.

Lentamente la critica alla medicina, dal punto di vista di genere, si è spostata dalla cardiologia anche in altri campi, come la psichiatria, la gastroenterologia e l'oncologia.

La necessità di testare un farmaco o un presidio medico-chirurgico direttamente sulle donne risulta evidente se si vogliono conoscere le reali condizioni di efficacia e di sicurezza su di loro. È essenziale ricordare che in medicina efficacia e sicurezza si misurano attraverso parametri fortemente correlati a variabili come l'età, il genere, le caratteristiche di composizione dei tessuti, che a loro volta sono associati, in maniera specifica, alle caratteristiche biologiche legate al genere, come gli ormoni, o alla prevalenza nei due generi di particolari caratteristiche: corporatura, abitudini e stili di vita, concomitanza di disturbi più frequenti in uno dei due generi ecc. La tutela e gli investimenti sulla salute della donna e sulla cura del suo corpo sono i tasselli fondamentali per la costruzione dell'uguaglianza di genere, ma anche per un significativo miglioramento delle condizioni di salute sia della donna che dei bambini e delle future generazioni.

La medicina oggi inizia ad avere più chiara la prospettiva di genere e, quindi, riesce a soddisfare meglio i bisogni di salute delle donne e, indirettamente, anche quelli degli uomini. Questo grazie ad un passo avanti nel superare un difetto di impostazione che, difficilmente, coniugava bene il confronto tra le necessità di salute dell'uomo e quelle della donna.

Nel 2002, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) ha costituito il "Dipartimento per il genere e la salute della donna", grazie al quale riconosce il sesso (dati biologici) ed il genere (dati di ruolo socio-culturale) come fattori determinanti della salute.

L'importanza di questo tema rende necessario un complesso di studi che possa operare per garantire una uguaglianza nella medicina di genere ed una corretta analisi delle differenze fisiologiche e culturali tra uomini e donne. In Italia, a livello universitario, nelle Facoltà di Medicina e Chirurgia si è fatto poco in questo senso e sia-

Il nostro obiettivo è fornire indicazioni per migliorare la pianificazione e l'organizzazione dei servizi

Walter Ricciardi

Direttore Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane

Tiziana Sabetta

Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane

L'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, che studia le principali patologie e tematiche che interessano l'universo femminile, ha elaborato, in collaborazione con l'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, il Libro bianco "La salute della donna. Stato di salute ed assistenza nelle regioni italiane".

Questo Rapporto, pubblicato con cadenza biennale e giunto alla terza edizione, si propone di offrire sia una visione d'insieme sullo stato di salute delle donne che vivono nel nostro Paese, sia di promuovere una cultura sulla "medicina di genere".

L'obiettivo principale è di fornire, attraverso l'analisi dei dati disponibili, indicazioni per migliorare la pianificazione e l'organizzazione dei servizi, a partire da una migliore conoscenza dei bisogni di salute e delle necessità assistenziali specifiche del genere femminile.

Per raggiungere tale obiettivo è necessario il monitoraggio degli indicatori definiti "core" la cui lettura permette di analizzare, per ciascuna patologia o tematica di salute, l'evolversi nel tempo e, quindi, di intervenire con l'attuazione, ad esempio, di campagne di sensibilizzazione e prevenzione ad hoc.

Il volume è strutturato in due sezioni dedicate la prima alla descrizione della popolazione femminile e la seconda ai bisogni di salute ed all'erogazione dei servizi di assistenza sanitaria.

Nel complesso, sono stati elaborati:

– 44 Core Indicators: in cui sono stati descritti gli aspetti essenziali della salute e dei servizi sanitari presenti sull'intero territorio italiano, con l'ausilio anche di tabelle, grafici e cartogrammi;

– 1 Box: in cui è stato proposto un esempio di best-practice;

– 7 Approfondimenti: in cui sono state trattate specifiche problematiche per prospettare possibili soluzioni.

La metodologia utilizzata nell'elaborazione degli indicatori è estremamente rigorosa dal punto di vista scientifico e riguarda sia l'elaborazione che l'analisi dei dati provenienti da fonti ufficiali o da banche dati.

L'alta attendibilità delle elaborazioni consente ai responsabili delle Istituzioni di settore, sia a livello nazionale che regionale, di valutare e di adottare strategie in modo da garantire a tutti i cittadini, indipendentemente dal luogo di residenza, dallo status socio-economico e, soprattutto dal "genere", un'adeguata ed equa assistenza sanitaria.

L'augurio è che questo volume, nel quale vengono analizzati i principali "indicatori di salute" al femminile, sia utile affinché tutti coloro che hanno responsabilità decisionali nel settore sanitario operino con la consapevolezza dell'esistenza di problematiche specifiche della popolazione femminile italiana e delle opportunità di una medicina di genere.

Segue da pagina 17

Gli "indicatori per la salute" in una visione di genere: uno strumento necessario

Laura Bianconi

rappresentato il Parlamento italiano. Proprio in questo importante consesso europeo, con riferimento in particolare alla popolazione adulta, è emersa l'esigenza di idonee strategie di prevenzione mediante l'adozione di stili di vita più sani, oltre a programmi di profilassi, quali la riduzione del fumo (causa del 90% delle neoplasie polmonari, per un terzo della popolazione europea fumatrice), la promozione del movimento fisico contro l'obesità, nonché la conservazione e lo sviluppo della salute mentale.

Aspetti, come si evince, che toccano fortemente la salute ed il benessere della donna e che devono farci riflettere su come sia necessario guardare al mondo della sanità non più solo dentro ai confini nazionali, ma confrontandosi sempre più con gli altri Paesi ragionando in termini di "sanità europea".

In questo quadro il Commissario Europeo alla sanità, Dalli, ha preannunciato l'adozione di specifiche proposte legislative entro il prossimo anno per rafforzare l'azione dell'Ue nel settore, ampliando la legislazione vigente ai nuovi prodotti del tabacco, migliorando le regole sul packaging e sulle informazioni al pubblico, contrastando la diffusione degli additivi del tabacco nelle caramelle, e rendendo tali prodotti meno disponibili per i giovani. In secondo luogo, è stata posta in luce l'importanza dell'innovazione nell'assistenza sanitaria, attraverso un più ampio ricorso alle applicazioni dell'e-health nonché alla telemedicina.

Si tratta di strumenti che occorre implementare a livello europeo, in quanto attualmente scontano la scarsa interoperabilità tra i sistemi sanitari nazionali, oltre che regionali e locali. In tal senso, la Direttiva Europea 2011/24/UE sull'assistenza sanitaria transfrontaliera. L'innovazione in campo medico e farmaceutico, inoltre, deve tener conto di un alto livello di sicurezza, ambito nel quale – insieme alle tematiche riguardanti le informazioni verso il paziente – la Commissione è in procinto di presentare specifiche proposte legislative. Tra le altre tematiche emerse, è stata

Segue a pagina 22

mo ancora indietro rispetto agli Stati Uniti dove la Columbia University di New York ha organizzato corsi specifici di medicina di genere, basati su un nuovo approccio che considera significanti le differenze biologiche tra uomini e donne.

In Svizzera, per esempio, esiste un Corso di Laurea in medicina di genere presso la Facoltà di Medicina. La Comunità Europea, dal 1998, ha aperto un invito alle donne a partecipare ai programmi di ricerca ed oggi esiste un settore della ricerca europea con un focus sulle donne. Nel 1999 nasce in Italia "Medicina Donna Salute", un gruppo di lavoro che ha dato un contributo importante al nostro Paese per l'individuazione e la comprensione della problematica di genere. Sempre in Italia, nel 2005, nasce O.N.Da, Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, che ringrazio per il suo impegno e per questa pubblicazione, giunta alla terza edizione, che ci fornisce informazioni utili ed interessanti spunti di riflessione di cui tengo costantemente conto nel mio lavoro parlamentare.

Nel 2005, a novembre, presso il Ministero della Salute, nasce il progetto "La salute delle donne", nell'ambito del quale, ad ottobre 2006, viene avviato lo "Studio della medicina di genere attraverso il sistema di monitoraggio delle dimissioni ospedaliere".

La stessa Oms ha inserito poi la medicina di genere nell'Equity Act, a testimonianza che il principio di equità implica che la cura sia appropriata e sia la più consona al singolo genere.

Ci sono, dunque, tutti i presupposti affinché nel nostro Paese si ponga, con maggiore determinazione, l'attenzione su questo tema, perché non si può rimanere indifferenti davanti a questa assurda discriminazione. Le pari opportunità possono realizzarsi solo in un'ottica di uguaglianza d'intenti, di analisi delle tipicità di genere nella tutela della salute e nel rispetto della persona umana.

La necessità di istituire un corso di studi specifico presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia; sviluppare ed innovare la rete dei consultori; sostenere la sperimentazione della medicina di genere; considerare il punto di vista di genere come una delle Linee Guida del Servizio Sanitario Nazionale; coinvolgere la rete dei Centri anti-violenza in un'opera di monitoraggio e prevenzione della violenza alle donne, soprattutto durante e subito dopo la gravidanza.

Tutti questi elementi sono un punto di partenza ideale per garantire un processo di crescita e di completa integrazione del genere umano. Sono gli strumenti attraverso cui sviluppare una efficace politica di prevenzione perché solo con il radicarsi della cultura del-

la diagnosi precoce si può ridurre la mortalità e migliorare la qualità della vita delle donne.

Senza un orientamento di genere, la politica della salute rischia di sviluppare metodologie scorrette, oltre che generare discriminazioni, e le disparità possono aumentare gravosamente a causa dell'odierna necessità di una forza lavoro sempre più mobile e flessibile. Per questo motivo la medicina di genere è ormai una realtà dalla quale non si può prescindere. Oggi, più che mai, è necessario affrontare il tema della salute attraverso il confronto con gli altri Paesi, in modo da garantire una prospettiva ed un approccio europeo alla salute. In questo senso riveste un ruolo fondamentale l'innovazione tecnologica nell'assistenza sanitaria, anche attraverso il ricorso all'e-health e alla telemedicina. Di pochi mesi fa, infatti, la Direttiva Europea, dir. 9 marzo 2011 n. 2011/24/UE, che prevede il miglioramento tecnologico a livello comunitario e stabilisce la creazione di una rete volontaria di valutazione delle tecnologie sanitarie in grado di offrire, a tutti gli Stati membri, informazioni affidabili sull'efficacia, a breve ed a lungo termine, delle tecnologie sanitarie innovative.

Concludendo, vorrei porre l'attenzione sull'importanza di stabilire un rapporto più diretto ed efficace con le donne immigrate con lo specifico obiettivo di analizzare e seguire le loro problematiche sociali e culturali.

Una politica attenta verso dati sensibili quali la cultura, la religione, la provenienza geografica e i diversi approcci terapeutici non può ignorare la rilevanza di queste caratteristiche sociali determinanti. A fronte di una sempre maggiore esigenza d'integrare, in ogni pratica sanitaria, il punto di vista delle donne, la messa a punto di Linee Guida che inseriscano, nella sperimentazione farmacologica e nella ricerca medica, valutazioni relative ad entrambi i generi assume un'importanza fondamentale. Sono certa che il preziosissimo lavoro che O.N.Da sta sviluppando possa offrirvi ogni anno risultati sempre più soddisfacenti in grado di fotografare meglio e maggiormente lo stato dell'arte della sanità italiana e di rintracciare i reali bisogni delle donne italiane in linea con un approccio d'avanguardia a livello europeo.

Le donne rappresentano le principali utenti dei servizi sanitari. Vivono più a lungo degli uomini, ma sono quelle che tendono ad ammalarsi di più

Accesso e percezione del Servizio sanitario nazionale

Il prolungamento della vita media, l'invecchiamento della popolazione, il conseguente aumento delle patologie cronicodegenerative e l'indebolimento del ruolo della famiglia nella gestione dell'anziano, stanno rendendo necessario lo sviluppo di una rete integrata di nuovi servizi e percorsi socio-assistenziali idonei a soddisfare i bisogni di salute emergenti.

Chi ne usufruisce

Secondo gli ultimi dati disponibili (2006), sia regionali che nazionali le donne risultano le principali fruitrici dei servizi socio-assistenziali (ricoveri per anziani) con un tasso pari a più del doppio rispetto agli uomini: 25,82 per 1.000 vs 11,11 per 1.000. La ragione va ricercata soprattutto nella maggiore longevità della donna e in fattori di ordine culturale. Tuttavia, a livello regionale, si osserva un marcato gradiente tra Nord che presenta tassi di ospiti anziani al di sopra della media nazionale e Sud in cui la situazione è all'opposto.

Consumo dei farmaci

Recenti studi dimostrano che sono le donne le principali consumatrici di farmaci con un con-

sumo pari al 20-30% in più rispetto agli uomini (e il 40% in più di integratori alimentari) soprattutto nelle fasce di età tra i 15 e i 54 anni. Inoltre il quadro demografico in continuo invecchiamento ha fatto sì che negli ultimi 10 anni il consumo dei farmaci si sia incrementato con una aumentata richiesta di farmaci per il trattamento di patologie dell'apparato cardiovascolare, gastrointestinale e/o oncologiche. Nel 2009 il consumo di farmaci ha interessato il 39,91% della popolazione, confermando il trend di crescita dal 2000.

Ospedalizzazione

Nel 2008 il tasso di dimissioni ospedaliere per acuti in regime di ricovero ordinario risulta sovrapponibile tra uomini e donne con un valore nazionale di 1.251,20 (per 10.000) per il genere maschile e di 1.245,59 (per 10.000) per il genere femminile, i cui valori massimi per entrambi i sessi si registrano nelle regioni del Sud. Una situazione speculare si verifica anche per i ricoveri in regime di Day Hospital, con le regioni del Sud che presentano valori tendenzialmente più elevati della media nazionale: uomini 557,42 per 10.000 e donne 591,14 per



10.000. Da notare invece che tra la popolazione femminile si registra un tasso di ospedalizzazione in regime ordinario in costante diminuzione dal 2000 a differenza dei ricoveri in Day Hospital che hanno avuto un trend di crescita fino al 2006 per poi diminuire gradatamente a partire dal 2007.

Percezione del Ssn

In entrambi i sessi non si rilevano grosse divergenze in relazione al grado di soddisfazione verso il Ssn, come dimostrano i dati sulla qualità percepita. Si dichiarano insoddisfatti: ambedue i generi: 17,2%; soddisfatti: uomini 43,5% e donne 43,2%; molto soddisfatti: uomini 34,1% - donne 34,0%. Con l'avanzare degli anni cresce il numero di persone che si ritiene 'molto soddisfatta' (considerando le classi 40-64 anni e 65 ed oltre) di 5,8 punti percentuale negli uomini e di 5,5 punti percentuale nelle donne. In relazione al grado di maggior soddisfazione degli utenti nell'uso dei servizi sanitari si osserva una disomogeneità tra il Nord, con valori superiori alla media nazionale, ed il Sud. Una situazione intermedia la si registra invece al Centro.

Malattie cardio e cerebrovascolari

Incidenza

Le malattie del sistema cardio-circolatorio rappresentano la causa principale di morte in Italia, con una percentuale di decessi pari al 39% di cui il 24% causato da malattie ischemiche del cuore e da malattie cerebrovascolari.

Cause di sviluppo

I principali fattori di rischio sono rappresentati da età, familiarità e genere a cui si aggiungono fumo, obesità, diabete e ipertensione. Su questi ultimi fattori è possibile agire attraverso l'adozione di comportamenti e stili di vita più corretti o l'uso di farmaci.

Soggetti a rischio

Sono maggiormente a rischio per lo sviluppo di patologie cardio- e cerebrovascolari gli uomini, ma nelle donne il rischio aumenta dopo la menopausa. Sono tuttavia queste ultime a sottovalutare spesso il problema: in-

fatti, studi recenti confermano che le malattie cardiache e l'ictus cerebrale rappresentano la principale causa di morte e invalidità nel mondo occidentale non soltanto per gli uomini ma anche per le donne. In Italia infatti fra la popolazione femminile si registrano ogni anno 130.000 decessi per malattie cerebrovascolari. Di questi 33.000 per infarto del miocardio, arrivando così al triplo dei decessi causati dal tumore della mammella. Secondo le ultime stime più del 46% annuo (un dato tuttavia in costante crescita) delle morti fra la popolazione femminile avviene in conseguenza di una malattia cardiovascolare.

Ospedalizzazione

Nel 2008 si sono registrate marcate differenze di genere per le malattie ischemiche con tassi di ospedalizzazione più che doppi negli uomini rispetto alle donne, con maggior prevalenza al Sud. Stessa situazione la si rileva

per le malattie cerebrovascolari, per le quali sempre nel 2008, si sono avuti tassi di ospedalizzazione per gli uomini superiori di quasi il 39% rispetto alle donne. I tassi per entrambe le patologie sono comunque in diminuzione rispetto al 2007.

Mortalità

Le malattie ischemiche del cuore rappresentano la prima causa di morte in Italia. Nel 2007 si sono registrati decessi per l'uomo pari a 15,04 (per 10.000), quasi il doppio rispetto a quello delle donne (8,56 per 10.000) i cui valori massimi per entrambi i generi si sono registrati al Sud (Campania).

Analizzando la mortalità per classi di età si osserva negli uomini di 75 anni e oltre, un tasso maggiore di 34 volte rispetto alla clas-

se di età più giovane (45-54 anni) con rispettivamente 119,10 e 3,41 decessi (per 10.000). Fra le donne più anziane il tasso di mortalità risulta addirittura 144 volte più alto rispetto a quello delle più giovani (rispettivamente 92,56 e 0,64 decessi per 10.000), a dimostrazione di come per il genere femminile l'effetto dell'età sia più rilevante che negli uomini.

Nell'ultimo ventennio...

...a differenza di quanto avveniva negli anni Novanta del Novecento, il rischio di morte prematura per malattie cardiovascolari è molto inferiore, mentre è aumentato il numero di anziani che muoiono per questo tipo di patologie, in particolare le don-

ne. Le stime rilevate da alcuni studi recentemente condotti parlano chiaro: mentre il tasso dei decessi nella popolazione maschile è in costante diminuzione (da 143,7 a 140,5 per cardiopatia ischemica ogni 100.000 abitanti dal 1990 al 2002), nella popolazione femminile il tasso dei decessi è aumentato passando da 106,9 a 121,5 ogni 100.000 abitanti (+14,6%), in ragione del fatto che la donna vive in media sei anni in più dell'uomo.



Salute mentale e dipendenze

Disturbi psichici: che cosa sono

Appartengono ai disturbi psichici le psicosi, le nevrosi, i disturbi della personalità ed altre patologie correlate anche all'abuso di sostanze.

Soggetti maggiormente a rischio

A differenza dai maschi, le femmine sono più predisposte ad ansia, depressione e obesità. In particolare nella donna i disturbi psichici sono spesso associati alla sfera riproduttiva (gravidanza, puerperio e menopausa) a cui si aggiunge l'assunzione di ruoli di responsabilità in ambito lavorativo e familiare. Nonostante questo, si riscontra da parte della donna un minor ricorso alle strutture socio-sanitarie, dovuto in parte anche a fattori socio-culturali.

Ospedalizzazione

Nel 2008 si è registrato un tasso standardizzato di ospedalizzazione per disturbi psichiatrici con un valore nazionale di 45,81 (per 10.000) per gli uomini e di 43,11 (per 10.000) per le donne, ma comunque con una generale tendenza a partire dal 2003 alla riduzione dei ricoveri sia per gli uni che per le altre (rispettivamente -5,4% e -6,5%).

Nel 2007 va registrata una maggiore ospedalizzazione per disturbi psichici da abuso di droghe negli uomini, sia a livello nazionale (uomini 1,38 per 10.000 vs donne 0,85 per 10.000) che regionale, specie in età compresa tra i 25 e i 54 anni.

Mortalità

Nel 2007 la mortalità per disturbi psichici, che interessava principalmente la fascia dei 75 anni e oltre, presentava valori sostanzialmente sovrapponibili tra uomini e donne, pari rispettivamente a 1,33 (per 10.000) e 1,37 (per 10.000). Nell'arco temporale 2000-2007 è stato possibile osservare una generale riduzione dei tassi per entrambi i generi fatta eccezione per alcune regioni (Trentino-Alto Adige). Il suicidio è il risultato dell'interazione di molteplici fattori di rischio psicologici, biologici e sociali. Tra i principali determinanti vi è la presenza di disturbi mentali, cui è associato un rischio di suicidio maggiore rispetto ad altre patologie, ma su di esso interferiscono anche fattori familiari, genetici ed ambientali, eventi psicosociali (lutto), le malattie fisiche (tumori, Aids) e l'assunzione cronica di alcol e droghe. Nel 2007 a livello nazionale sono stati osservati tassi standardizzati di mortalità per suicidio ed autolesione pari a 1,00 (per 10.000) per il genere maschile ed a 0,26 (per 10.000) per il genere femminile. Rispetto al 2000 si può notare un trend positivo della mortalità con una riduzione dei tassi per entrambi i generi, in particolare quello femminile (-23,5 per 10.000 vs -14,56 per 10.000). Per il genere femminile i tassi specifici aumentano con il progredire dell'età, raggiungendo valori più elevati tra i 75 anni ed oltre (0,48 per 10.000).

Il nemico della donna

La menopausa è il nemico principale per il cuore della donna. Infatti durante l'età fertile, l'organismo femminile è protetto dagli estrogeni, gli ormoni che agiscono sull'endotelio (il tessuto che riveste la parete interna dei vasi sanguigni e del cuore) favorendo il rilascio di sostanze che stimolano la dilatazione dei vasi. Con l'arrivo della menopausa e il calo improvviso nella produzione di estrogeni, l'organismo femminile si trova impreparato a fronteggiare le malattie cardiovascolari, in particolare l'infarto. Numerosi studi riportano che in menopausa, la donna è improvvisamente esposta a tutti i fattori di rischio, sia genetici se nella famiglia esistono casi di malattie coronariche, sia esterni legati a fumo, scarsa attività fisica e cattiva alimentazione.

Fattori di rischio di genere

Nella donna esiste una forte associazione tra ipertensione arteriosa, coronaropatia e morte precoce. Il legame che unisce menopausa e ipertensione non è ancora del tutto chiaro, ma si ritiene che possano giocare un ruolo importante sia il deficit di estrogeni, che aumenta la rigidità delle arterie, sia l'aumento di peso che si accompagna spesso alla menopausa e si associa a una maggiore produzione di insulina da parte del pancreas, sia infine l'aumento dell'emoglobina nel sangue dovuto alla cessazione del flusso ormonale. Inoltre, fonti autorevoli attestano che non è da sottovalutare il diabete che aumenta il rischio di mortalità coronarica di 3-7 volte rispetto a donne non diabetiche.

L'Osservatorio del rischio cardiovascolare

L'Osservatorio del Rischio Cardiovascolare nasce dalla collaborazione tra l'Istituto Superiore di Sanità e il Consor-

zio Interuniversitario per il Calcolo Automatico dell'Italia nord-Orientale. Esso ha l'ambizione di diventare nel tempo lo strumento di monitoraggio e prevenzione delle malattie cardiovascolari.

I dati, per classe di rischio cardiovascolare e genere, rivelano che la maggior parte degli uomini (56,7%) è a rischio 'moderato' (rischio cardiovascolare a 10 anni tra 3-19%), mentre la maggior parte delle donne sono a rischio 'basso' (rischio cardiovascolare a 10 anni <3%).

Solo lo 0,4% delle donne, circa 54.000 nella popolazione di età tra 35-69 anni, è a rischio 'alto' rispetto all'8% degli uomini (circa 1.200) nella medesima fascia di età (rischio cardiovascolare a 10 anni >20%). Se si considerano gli eventi attesi per rischio cardiovascolare in 10 anni su 100 persone per classe di età e genere, si evidenzia che il rischio cardiovascolare a 10 anni risulta pari al 2,9% nelle donne e a 7,6% negli uomini. Evidente è il trend di aumento del rischio con l'età in entrambi i generi.

La salute materno infantile

Punti nascita

Secondo il DM 24 aprile 2000, 'Adozione del Progetto Obiettivo Materno-Infantile relativo al Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000', i punti nascita di I livello dovrebbero effettuare almeno 500 parti annui, 800 quelli di II livello ed almeno 1.000 quelli di III. Tuttavia... a livello regionale esistono delle notevoli differenze nell'offerta dei

al 2007 (39,29%) e una notevole variabilità a livello regionale, con valori tendenzialmente più alti nelle regioni del Sud rispetto a quelle del Nord. Nella maggior parte delle regioni, si ha una diminuzione della proporzione di tagli cesarei primari ed un aumento (costante dal 2005) di quelli ripetuti. Nel 2008, sia per i tagli cesarei che per quelli ripetuti, il primato in negativo lo detiene la



punti nascita, registrando ad esempio nel 2008 1.230 parti in Valle d'Aosta contro i 98.392 della Lombardia. Dunque in termini percentuali si evidenzia che circa il 9% dei parti sono avvenuti in punti nascita con meno di 500 parti annui, un volume ritenuto non soddisfacente a garantire uno standard qualitativo accettabile. È da rilevare un forte gradiente fra Nord e Sud, con percentuali in meridione nettamente superiori alla media nazionale (in particolare in Molise e Basilicata), per la classe di parti inferiori a 500, mentre circa l'80% di essi sono eseguiti in strutture con classi di ampiezza superiore agli 800 parti e di questi il 66,7% effettuato in punti nascita con più di 1.000 parti.

Parti con taglio cesareo

In molti Paesi Occidentali si ricorre sempre più al parto con taglio cesareo. In Italia il loro numero supera il 30% del totale dei parti un valore ampiamente eccedente il 10-15%, quale soglia raccomandata dall'OMS.

I dati

Nel 2008 a livello nazionale la percentuale di tagli cesarei sul totale dei parti è risultata pari a 39,19% con un lieve decremento rispetto

Campania, mentre la provincia autonoma di Trento si qualifica come quella più virtuosa con i valori più bassi di tagli cesarei primari ed il Friuli Venezia Giulia per i tagli cesarei ripetuti.

Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale presenti nei punti nascita

Sempre secondo il DM 24 aprile 2000, per garantire dei buoni standard qualitativi alla donna e al bambino occorrerebbe che ogni struttura effettuasse almeno 1.000 parti annui e disponesse di una Unità di Neonatologia con Unità Operativa di Terapia Intensiva Neonatale Autonoma (Uotin), ciascuna efficace ed efficiente per un bacino di utenza di almeno 5.000 nati annui.

I dati

125 Uotin erano presenti nel 2008 nei 551 punti nascita sul territorio e di esse solo 100 collocate in strutture in cui venivano eseguiti almeno 1.000 parti all'anno. Le restanti 25 Uotin erano all'interno di punti nascita con meno di 1.000 parti annui. Tutto ciò a detrimento di una assistenza qualitativamente adeguata ai neonati ad alto rischio di vita e di un impiego appropriato di risorse specialistiche e tecnologiche.

CONCLUSIONI

Manca ancora un'attenzione particolare alla "medicina di genere" al femminile

Walter Ricciardi

Direttore Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

I dati analizzati evidenziano il continuo consolidamento dello stato di salute del genere femminile che risulta complessivamente buono, ma sottolineano il progressivo aumento delle differenze tra macroaree geografiche, tra singole regioni e tra uomini e donne. Tali differenze sono emerse anche per quanto riguarda le performance dei Sistemi Sanitari Regionali, sia in funzione di determinanti di tipo geografico che di fattori economici e sociali. Queste difformità sono gli aspetti più preoccupanti poiché, in alcune regioni, l'offerta e la qualità dei servizi erogati non sono adeguate ed a volte insufficienti a soddisfare le richieste della popolazione di riferimento. Ciò ha determinato situazioni di inadeguata assistenza sanitaria, con il Meridione nettamente sfavorito rispetto alle regioni centro-settentrionali.

Negli ultimi anni questa situazione di svantaggio, dovuta alla mancanza di un'adeguata pianificazione dei servizi in base ai bisogni ed alla domanda della popolazione di residenza, è addirittura peggiorata in seguito alle ripercussioni della crisi economica che

ha investito pesantemente anche il nostro Paese.

La prima parte del volume è stata dedicata alla descrizione della popolazione femminile italiana con indicatori relativi agli aspetti demografici, al grado d'istruzione, al livello di occupazione, alla sopravvivenza e mortalità, allo stato di disabilità ed agli incidenti sia stradali che domestici.

Nella seconda parte, invece, incentrata sulle condizioni di salute e sull'assistenza sanitaria, sono stati presentati indicatori relativi ai principali fattori di rischio e stili di vita, ad alcune patologie, all'assistenza ospedaliera, territoriale e farmaceutica ed al grado di soddisfazione dei cittadini nei confronti del servizio sanitario presente nel proprio territorio. Diversi sono anche gli indicatori specificamente femminili riguardanti, in particolare, la prevenzione e la salute materno-infantile.

Importante, inoltre, è la parte dedicata agli approfondimenti nella quale sono state trattate problematiche e patologie tipicamente femminili o che si manifestano più frequentemente nelle donne. Dall'analisi dei dati è emerso, principalmente, quanto segue:

- una forte tendenza all'invecchiamento della popolazione con uno sbilanciamento, nelle età più avanzate, a favore delle donne che godono di una maggiore sopravvivenza;
- l'aspettativa di vita è a vantaggio del genere femminile, ma il divario, in "anni di vita guadagnati", si sta riducendo a sfavore delle donne;
- una riduzione della mortalità oltre il primo anno di vita più alta negli uomini;
- le donne risultano maggiormente esposte al rischio di incidenti domestici in considerazione del ruolo che svolgono all'interno della casa;
- lo svantaggio del genere femminile nei confronti di alcuni stili di vita (alimentazione, alcol, attività fisica) è dovuto ai comportamenti che le donne stanno assumendo, avvicinandosi sempre più alle abitudini meno salutari degli uomini;
- i tassi di prevalenza del fumo evidenziano una dipendenza maggiore degli uomini rispetto alle donne, ma sottolineano un lieve aumento nel genere femminile;
- i tassi di prevalenza di persone obese ed in sovrappeso sono elevati, ma si registra una minima riduzione, per entrambe le condizioni di eccesso ponderale, nelle donne;
- i tassi di prevalenza per tutti i tumori maligni sono maggiori nelle donne, mentre la mortalità è più elevata negli uomini. L'incidenza, invece, è minore nelle donne, ma in aumento;
- il grado d'istruzione influenza sia l'accesso ai servizi che la conoscenza di check-up medici preventivi;
- l'attività di prevenzione oncologica si è sviluppata molto nell'ambito dell'attività degli screening organizzati ed è migliorata quasi ovunque anche se il gradiente tra Sud, Centro e Nord persiste;
- nel nostro Paese la proporzione di parti cesarei è la più elevata tra i Paesi dell'Unione Europea, soprattutto al Sud ed in particolare in Campania;
- è aumentata l'abortività spontanea in correlazione all'avanzare dell'età al parto;
- le donne usufruiscono maggiormente dei presidi residenziali socio-assistenziali e risultano più esposte al rischio di istituzionalizzazione;
- si registra un più alto consumo di farmaci nel genere femminile dovuto anche alla maggiore longevità;
- non si riscontrano opinioni divergenti tra uomini e donne sul giudizio nei confronti del servizio sanitario, ma i cittadini del Nord sono i più soddisfatti.

In conclusione, questa terza edizione del Libro bianco continua ad evidenziare come, nonostante gli apprezzabili guadagni nella salute e nell'aspettativa di vita della popolazione in generale, il nostro Paese sia ancora caratterizzato da profonde differenze geografiche e da una mancata attenzione particolare alla "medicina di genere" al femminile.



Segue da pagina 19

Gli "indicatori per la salute" in una visione di genere: uno strumento necessario
Laura Bianconi

segnalata l'importanza dell'innovazione con riferimento alle cure personalizzate, ambito in cui la diagnostica e la terapia sono altamente correlate, con particolare attenzione ai profili di genere ed agli aspetti genetici del paziente.

Infine, permettetemi una breve riflessione in merito alla patologia del tumore alla mammella, proprio per il fatto che lo si debba ancora considerare la prima causa di morte tra le donne colpite da tumore. La Commissione Igiene e Sanità del Senato, su mia richiesta, ha promosso un'indagine conoscitiva sul tumore alla mammella le cui risultanze sono state presentate al Senato lo scorso 8 marzo c.a. Tale indagine è nata partendo dalla consapevolezza dei colleghi e mia che il continuo aumento dell'incidenza del tumore al seno in tutti i Paesi del mondo, e lo stretto rapporto di questa malattia con la sfera affettivo-familiare della po-

polazione femminile, necessitasse di ulteriori approfondimenti per conoscere meglio i diversi aspetti della situazione senologica italiana, al fine di identificarne le criticità ed individuare gli ambiti su cui concentrare gli interventi. Ma, nello stesso tempo, ci siamo prefissati l'obiettivo di valutare quali potessero essere gli strumenti migliori per far crescere la consapevolezza nella popolazione della rilevanza sociale del tumore della mammella, così da diminuire le disuguaglianze territoriali dei percorsi diagnostico-terapeutici relativi a questa malattia; questo anche alla luce delle Raccomandazioni provenienti proprio dall'Ue che ha da tempo invitato gli Stati membri ad affrontare la problematica di questa patologia in un'ottica di Breast Unit, cioè di centri di senologia strutturati in modo da offrire alla paziente "un'attenzione" alla sua salute più mirata ed all'avanguardia sotto ogni aspetto. Il mio augurio è che nella quarta edizione di questo Libro bianco possa emergere ancora più forte il fatto che la sanità italiana sia riuscita ad intercettare maggiormente le aspettative e le necessità delle donne che vivono nel nostro territorio.



La redazione di *GynecoAogoi* ringrazia vivamente la pittrice **Maria Cristina Della Berta** che ci ha autorizzato a riprodurre i suoi dipinti che hanno spesso come tema centrale volti e corpi di donne con un forte contenuto espressivo

“Cambiamo la manovra!”

di Carmine Gigli
Presidente FESMED

Idirigenti medici del Servizio sanitario nazionale sono la categoria che paga il prezzo più alto per il risanamento dei conti pubblici.

Le recenti manovre economiche hanno concentrato gli interventi restrittivi del Governo sui dipendenti pubblici, sommandoli al già previsto congelamento dei contratti di lavoro.

Il blocco degli aumenti stipendiali è stato ulteriormente prolungato, con le conseguenti ripercussioni previdenziali. Siamo stati assoggettati all'addizionale Irpef, tassa non prevista per il settore privato, che la manovra finanziaria ha lasciato in vita solo per il pubblico impiego, ignorando ogni principio di eguaglianza dei cittadini di fronte al fisco. A questi tagli si è aggiunto anche il congelamento del Tfr, nonostante si tratti di salario differito e come tale, largamente autofinanziato.

Per i medici non è in discussione la necessità di partecipare ai

■ Ben 25 sigle sindacali hanno partecipato alla grande manifestazione di Roma lo scorso 13 ottobre per rappresentare il disagio della categoria e per chiedere più attenzione ai problemi della sanità. Oltre 10mila i firmatari dell'appello: “Cambiamo la manovra!” consegnato da una delegazione ricevuta dalla Presidenza della Camera dei Deputati al termine di un sit-in davanti a Montecitorio



sacrifici richiesti dalle condizioni economiche del Paese. Quello che non si comprende è il fatto che i medici dipendenti deb-

bano pagare in misura maggiore di tutti gli altri. La sanità pubblica esce da questa manovra impoverita da deva-

stanti sottofinanziamenti, mentre nulla viene fatto per ridurre gli sprechi e le clientele. Già oggi il diritto alla salute non è più esigibile in egual misura in tutte le Regioni ed è passato da diritto inalienabile di ogni cittadino a variabile, legata alla regione dove si vive.

Il taglio di 8 miliardi, previsto per il 2013-2014, si andrà a sommare ai 4 miliardi falciati nel 2010-2012, portando a 12 miliardi in meno il finanziamento nel settore sanitario. Inoltre, si vocifera che il “decreto sviluppo” taglierà un miliardo dall'edilizia ospedaliera. Tutto questo spingerà ulteriormente la sanità italiana in una fase recessiva.

Siamo stati colpiti anche come professionisti, con carichi di lavoro sempre più burocratizzati e con le carriere esposte all'invadenza pervasiva della politica, senza alcuna certezza di essere confermati nell'incarico, anche in caso di valutazione positiva. Inoltre, a causa della riorganizzazione delle Aziende sanitarie, siamo stati assoggettati ad una mobilità le cui regole sono di-

ventate discrezionali fino all'arbitrio.

Noi medici, che garantiamo quotidianamente milioni di prestazioni negli ospedali e nei presidi sanitari territoriali, siamo diventati il bersaglio privilegiato di numerose penalizzazioni e siamo costretti a lavorare in Aziende spesso prive di tutele assicurative, nelle quali la prevenzione del rischio clinico è spesso soltanto un'etichetta sulla porta di un ufficio inerte. A conferma della prassi oramai consolidata in molte aziende, di fare in modo che il contenzioso sanitario venga riversato sui medici, lasciando i vertici dell'Azienda sempre liberi da ogni colpa.

Il lavoro che svolgiamo tutti i giorni e tutte le notti a tutela della salute, il bene più prezioso della persona, merita quel rispetto che sino a non molto tempo fa ci veniva tributato. Una volta era normale riconoscere i meriti della nostra professione, da sempre pronta a rispondere ai bisogni dei cittadini, nei momenti più delicati della loro vita. Oggi, noi svolgiamo gli stessi compiti con la stessa dedizione e non ci riconosciamo nell'immagine che danno di noi i media, quando ci additano come i responsabili della “malasanità”.

► **Segue a pagina 30**

cod.: 07-16-MLT-2011-IT-5666-J



Organon
Salute della Donna



Una scelta
per ogni esigenza

Nexplanon®
68 mg etonogestrel

Cerazette®
75 µg desogestrel

Mercilon®
0,020 mg etinilestradiolo/0,150 mg desogestrel

Lucille®
Desogestrel + Etinilestradiolo

NUVARING®

Livial®
tibolone

Prima della prescrizione, consultare i riassunti delle caratteristiche dei prodotti disponibili su richiesta.

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.

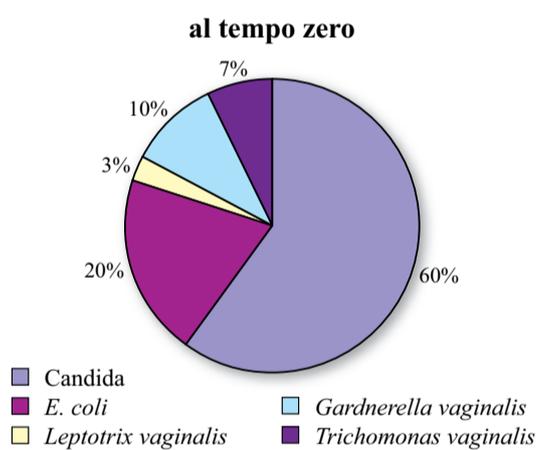
Alle donne del gruppo A sono stati somministrati probiotici per via orale per 10 gg (Lacto 5® due capsule/die).

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.

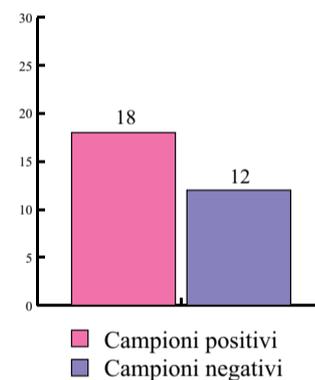
Ad entrambi i gruppi è stato effettuato un tampone al tempo zero, al 10° giorno di terapia (T1) e dopo 1 mese dalla prima visita (T2).

RISULTATI

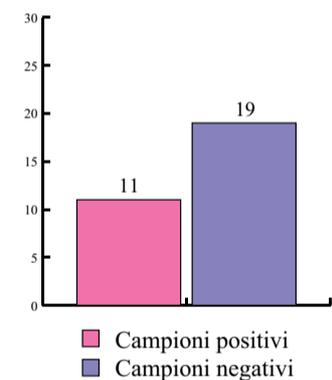
GRUPPO A Per os



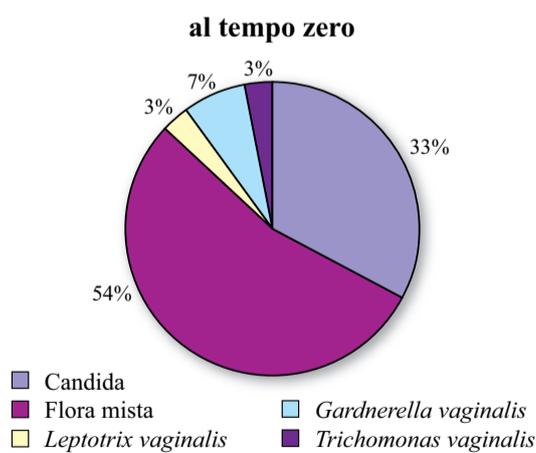
a 10 giorni



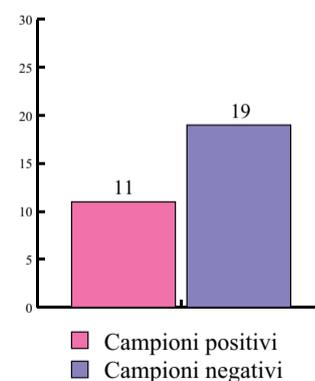
a 30 giorni



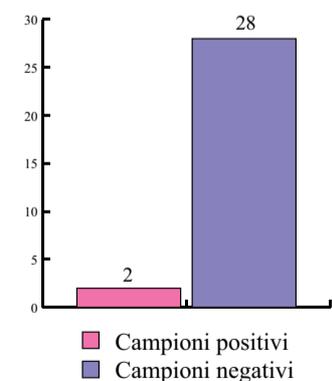
GRUPPO B Topico



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.

Il test di scelta per triage delle donne con pap ASC-US o LSIL

Il Pap test si veste di molecolare

A cura del gruppo IHSG
(Italian HPV Study Group)
www.ihsg.it, info@ihsg.it

Lo screening per il carcinoma del collo dell'utero ha utilizzato fino ad ora come test di base il Pap test. Tale metodica ha dimostrato con il tempo la sua efficacia nel ridurre l'incidenza e la mortalità per il cervico-carcinoma. Il Pap test, però, con i suoi oltre 50 anni di storia presenta alcune limitazioni quali la soggettività, la variabilità e la relativamente bassa sensibilità. Il Pap test, inoltre, è stato introdotto quando ancora non si sapeva che il Papillomavirus umano (HPV) fosse la causa necessaria del carcinoma del collo dell'utero.

Il riconoscimento del ruolo eziopatogenetico del virus ha aperto nuovi scenari preventivi e ha portato allo sviluppo di metodologie atte a riconoscere l'HPV ad alto rischio (HR-HPV) ed il suo effetto a livello della cervice uterina. Sono stati quindi introdotti test che ricercano la presenza del genoma di uno dei 13 ceppi oncogeni di HPV. La presenza di uno di tali ceppi aumenta di 100 volte il rischio di una donna di sviluppare una lesione pre-tumorale e tumorale al collo dell'utero. Sappiamo, però, che l'infezione da HPV è comunissima mentre le lesioni pre-tumorali e il tumore sono un evento raro; infatti, la maggior parte delle infezioni da HPV sono transitorie e non causano alterazioni precancerose. Per questo sono stati sviluppati biomarcatori d'infezione persistente o di displasia che permettono d'identificare quelle infezioni che hanno caratteristiche trasformanti. Tra

I sei componenti dell'Italian HPV Study Group (IHSG)



Luciano Mariani



Paolo Cristoforoni



Massimo Orioni



Mario Sideri

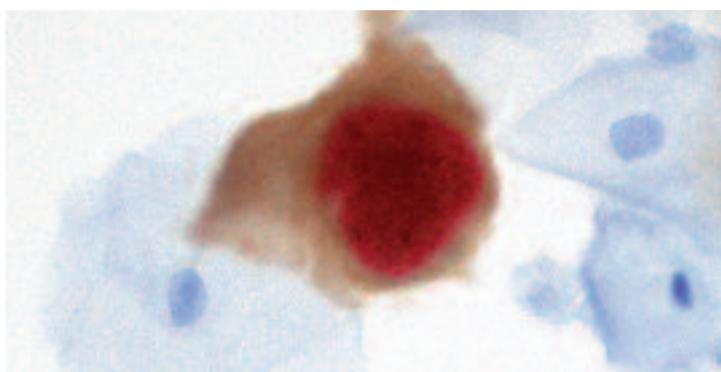


Silvano Costa



Mario Preti

Valutazione citologica dell'iperespressione di p16^{INK4a} nel triage del pap borderline



Cellula a doppia colorazione; colorazione citoplasmatica marrone di p16^{INK4a} e colorazione nucleare rossa di Ki-67

questi biomarcatori c'è la proteina p16^{INK4a} normalmente espressa in quantità molto basse, quasi impercettibili all'immunoistochimica, ma che viene iperespressa in cellule displastiche a causa dell'attività dell'oncogene E7 dell'HR-HPV; è stato dimostrato che l'immunocolorazione della p16^{INK4a} fornisce una precisa identificazione delle cellule epiteliali cervicali displastiche su vetrino. I ginecologi hanno molto chiara la sfida clinica rappresentata dal riscontro di un esito citologico SIL di basso grado oppure ASC-US. Mentre il test HPV può essere utilizzato nei casi di ASC-US, vi sono ancora difficoltà nella gestione ottimale delle SIL di basso grado e degli esiti borderline nelle donne giovani. La gestione degli esiti borderline ancora oggi è una problematica lontana da una soluzione semplice ed efficace. La novità è che ora c'è un test che usa due biomarcatori, p16^{INK4a} e Ki-67 su uno stesso vetrino citologico. Questo test, chiamato CINtec[®] PLUS (mtm laboratories, Heidelberg, Germania), ha dimostrato di essere estremamente preciso nell'identificare neoplasie cervicali intraepiteliali di alto grado (CIN2+) nel-

le donne con risultati del Pap ASC-US o SIL di basso grado. Numerosi studi hanno dimostrato l'accuratezza del test. Il più importante è stato pubblicato recentemente in *Cancer Cytopathology*.

Background

La citologia SIL di basso grado (L-SIL) rappresenta il 2-3% di tutte le diagnosi citologiche. È ben noto che il 15-20% di L-SIL nasconde una sottostante CIN2 o una diagnosi peggiore. Tuttavia, l'invio diretto alla colposcopia basato sull'esito citologico porta ad una significativa quota di overdiagnosi e conseguente sovratattamento. Il test del Papillomavirus umano (HPV) è noto per essere molto sensibile nel rilevare la presenza di sottostanti CIN2+ in risultati citologici lievemente anormali del Pap, ma mostra una positività in un'alta percentuale di casi (sino all'85%) L-SIL ed è perciò inefficace. L'ASC-US rappresenta un altro 2-4% di tutte le interpretazioni citologiche; il 6-10% dei casi ASC-US possono nascondere una sottostante CIN2 o lesione più severa. Come nel caso delle L-SIL, anche nell'ASC-US, le opzioni gestionali comprendono la ripetizione del test a sei mesi oppure l'invio diretto alla colposcopia; in più, nella gestione dell'ASC-US c'è anche l'opzione di triage con il test HR-HPV. Anche con l'uso di questo test rimane una percentuale del 40-50% dei casi con risultati positivi da inviare a colposcopia.

Le caratteristiche del nuovo test

Il CINtec[®] PLUS test risponde

a questa necessità combinando la rilevazione della proteina p16^{INK4a}, la cui sovra-espressione è legata alla trasformazione oncogena del papilloma virus ad alto rischio con un marker di proliferazione (Ki-67). In termini più semplici, la simultanea positività ai due marcatori è un segnale che il controllo del ciclo cellulare si è interrotto ed indica la presenza di una CIN di alto grado (CIN2 o lesione più severa). In normali condizioni fisiologiche, l'espressione di una delle due proteine esclude l'altra; la loro co-espressione identifica le cellule oncologicamente trasformate dal papilloma virus sui normali vetrini del Pap test, indipendentemente dall'interpretazione morfologica soggettiva. Le cellule con doppia immunoreattività sono facili da localizzare e interpretare nel campione citologico, come mostrato nella Figura 1. La colorazione citoplasmatica marrone segnala sovra-espressione di p16^{INK4a}, mentre un segnale rosso nucleare indica l'espressione di Ki-67. Ciò elimina la variabilità lettore-dipendente di un'interpretazione dei parametri basata sulla morfologia, aggiungendo un alto livello di certezza offerto dal CINtec[®] PLUS test. Ciò rende il Pap test uno strumento oggettivo di indagine delle alterazioni molecolari indotte dal virus del papilloma ad alto rischio. L'identificazione di almeno una cellula con doppia colorazione è un indicatore per procedere all'esame colposcopico.

Pubblicazioni recenti

Lo studio EEMAPS (European Equivocal Mild Atypical Pap Study) pubblicato su *Cancer Cytopathology* ha confermato questi vantaggi del CINtec[®] PLUS test. Obiettivo dello studio era quello di confrontare la doppia colorazione immuno-citochimica di p16/Ki-67 con il test HPV in casi di citologia ASC-US o L-SIL su di un totale di 776 casi. La presenza di uno o più cellule con doppia immunoreattività è stata valutata come un risultato positivo al test, indipendentemente dalla morfologia. I risultati dei test sono stati correlati all'istologia della biopsia mirata in colposcopia. Gli autori concludono che il CINtec[®] PLUS test identifica con elevata precisione il gruppo di donne con CIN di alto grado nei casi di citologia ASC-US o L-SIL ed è superiore al test HPV. CINtec[®] PLUS ha fornito una sensibilità paragonabile al test HPV, ma una specificità nettamente superiore. Questi risultati sottolineano il potenziale diagnostico del test d'immunocitochimica applicato al Pap test nello screening cervicale.

Lo studio della Sapienza di Roma pubblicato su *Experimental and Therapeutic Medicine* ha valutato 191 pazienti affette da ASC-US con positività ai genotipi vi-

rali ad alto rischio (84 casi) oppure affette da SIL di basso grado (107 casi). La percentuale di casi ASC-US e di L-SIL positivi alla p16^{INK4a} è risultato simile (circa il 40%) e tutte le pazienti sono state inviate a colposcopia. Dei 96 casi con colposcopia positiva (39 ASC-US e 57 L-SIL) tutti i CIN2 (n = 18) ed i CIN3 (n = 3) sono risultati positivi alla p16^{INK4a}, tranne due CIN2; dei 95 pazienti (45 ASCUS e 50 LSIL) con colposcopia negativa e con follow-up colposcopico o citologico a 1 anno, un solo caso di CIN2 (Pap test di invio L-SIL) è stato osservato nei casi negativi alla p16^{INK4a} (1/62; 1,6%). Gli autori concludono affermando che la determinazione della p16^{INK4a} ha un ruolo importante nella gestione degli esiti citologici borderline ASC-US, HPV test positivi e SIL di basso grado; un risultato negativo per p16^{INK4a} rappresenta un marker dell'assenza di una CIN di alto grado e sottolinea il valore diagnostico-prognostico del marcatore; infatti nessuna delle donne p16^{INK4a} negative ha sviluppato una CIN2 nel follow-up ad un anno.

Conclusioni

Sulla base di questi dati, che dimostrano una chiara correlazione tra i risultati del test e la presenza o assenza di CIN2+, il CINtec[®] PLUS test dovrebbe essere il test di scelta per triage delle donne con pap ASC-US o LSIL. Una delle caratteristiche salienti del test è che non richiede prelievi aggiuntivi e può essere utilizzato sullo stesso vetrino allestito per il Pap test. Questa tecnologia rappresenta un importante progresso per la gestione della paziente, offrendo una performance di sensibilità pari al test di ricerca molecolare del HPV ma con una maggiore specificità.

Per saperne di più

- Schmidt et al. p16/Ki-67 Dual-Stain Cytology in the Triage of ASCUS and LSIL Papanicolaou Cytology Results. From the European Equivocal or Mildly Abnormal Papanicolaou Cytology Study. *Cancer Cytopathol* 2011; 119 in press
- Denton et al. The Sensitivity and Specificity of p16^{INK4a} Cytology vs HPV Testing for Detecting High-grade Cervical Disease in the Triage of ASC-US and LSIL Pap Cytology Results. *Am J Clin Pathol* 2010; 134:12-21
- Lukic A, Sbenaglia G, Carico E, di Properzio M, Giarnieri E, Frega A, Nobili F, Moscarini M and Giovagnoli MR. Prediction of clinical outcome using p16^{INK4a} immunocytochemical expression in low-grade squamous intraepithelial lesions and high-risk HPV-positive atypical squamous cells of undetermined significance in patients with and without colposcopic evident cervical disease. *Experimental and Therapeutic Medicine* 2011; 2: 853-858

Meditazioni

di Giuseppe Cragnaniello



Coerenza

Questa volta per tanti è andata bene, ma...

Quando si inizia un gioco, le regole si stabiliscono prima e poi non possono proprio essere cambiate nel corso della gara.

Figuriamoci se invece di un gioco si tratta di un problema ben più serio, qual è quello delle pensioni. E se chi gestisce la partita, e al tempo stesso ne è garante della regolarità, è lo Stato, la sua credibilità ne esce irrimediabilmente compromessa. Sinora le leggi davano certezza che gli anni di laurea riscattati ed il servizio militare, prima a titolo oneroso poi gratuito, erano utilizzabili sia per il calcolo

dell'anzianità che del maturato economico a fini pensionistici. Con l'ultima manovra economica, resasi necessaria per la perdurante crisi finanziaria internazionale, questo "privilegio" (che poi privilegio non è, trattandosi solo di un accumulo, non diverso dalle pensioni integrative) nell'arco di nemmeno due giorni ha rischiato di essere cancellato per tutti, senza alcuna salvaguardia temporale. Diverso, ma non meno iniquo, era stato il passaggio per il calcolo delle pensioni dal sistema retributivo a quello contributivo, quando

almeno era stata fissata una data spartiacque. Fortunatamente tale disposizione è stata cancellata in tutta fretta di fronte alla marea montante della protesta di non meno di centotrentamila lavoratori che potrebbero usufruirne, a suo tempo incoraggiati, quando ancora risultava conveniente, dai sindacati e dalle stesse amministrazioni. Molte le voci giustamente adirate sui giornali e nella rete, soprattutto di medici, più penalizzati di altri per il più lungo iter di studi e per il servizio di leva più pesante, anche in termini di responsabilità, quando fatto da ufficiale di complemento. Questa volta per tanti è andata bene, ma... Ritorniamo alla famosa "rottamazione" proposta non molto tempo fa dal ministro Brunetta. Anche in quel caso si levarono alte grida dalla nostra categoria che, attraverso i buoni

uffici dei sindacati, ottenne che si facesse differenza tra i quaranta anni "figurativi" e quelli "effettivi", concedendo la famosa proroga - a mio parere vergognosa - per la cessazione al compimento del settantesimo anno per il raggiungimento del limite. La richiesta attuale, a ben guardare, per certi versi va nel senso opposto. Nulla da eccepire sulla sua opportunità, sia in

difesa di un diritto sancito dall'attuale legislazione, sia perché probabilmente la maggioranza dei colleghi - specialmente i turnisti, purtroppo non compresi nemmeno nei lavori usuranti - intende usufruirne per affrancarsi prima da impegni talvolta fin troppo gravosi. Non si potrà però affermare che brilliamo in coerenza...



Lavanda Vaginale

Eutrofico
Igienizzante Intimo

ALIS[®]
GININTIMO

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

Fatti & Disfatti

di Carlo Maria Stigliano



La Santa Inquisizione

Nella patria del diritto i ginecologi rischiano di finire sul rogo dopo processi sommari?

L'Italia è notoriamente la patria del Diritto: essa ha dato i natali a grandi giuristi che hanno posto le basi della civiltà giuridica sulla quale sono state fondate le moderne società rispettose della tutela dei diritti dei cittadini di fronte alla Legge. Ciononostante nell'arco della storia qualche scivolata, diciamo così, in questo campo l'abbiamo avuta anche noi: qualcosa hanno sperimentato i vari Giordano Bruno (bruciato vivo come eretico a Campo de' Fiori, a Roma), Galileo (salvatosi per il rotto della cuffia con l'abiura: ricordate, "eppur si muove..."), Tommaso Campanella (imprigionato praticamente a vita) e tanti altri per i quali il Bel Paese non deve essere sembrato propriamente la culla del diritto! Era il tempo della "Santa" Inquisizione e la vicenda umana di chi incappava nei rigori della legge volgeva certamente al brutto. L'iconografia di quel tempo ci riporta immagini di processi feroci e di torture inenarrabili a poveri cristi colpevoli a volte di aver creduto nei principi della scienza e nel progresso e di rifiutare il conformismo acritico, spesso imposto con metodi non proprio rispettosi delle regole del Diritto. Ebbene nella patria di Cicerone e di Cesare Beccaria oggi si verificano degli accadimenti che lasciano francamente sconcertati perché in un certo senso richiamano metodi e comportamenti che potrebbero somigliare a quelli appunto della Santa Inquisizione. Il fatto: in un piccolo ospedale del nostro Paese accade purtroppo che si verifichi in sala parto un evento avverso. Non dovrebbe succedere, è un evento doloroso, che tuttavia fa parte dei rischi connessi con la nascita. Che cosa accade in un caso come questo? I familiari della puerpera protestano, chiedono giustizia, presentano prontamente una denuncia contro l'ospedale e contro tutto il personale ritenuto responsabile e comunque coinvolto a vario titolo. Conseguenze immediate: la procura della Repubblica apre un'inchiesta ed invia prontamente una dozzina di comunicazioni (di garanzia!), notoriamente riservate e personali (ah!!!), ad altrettanti soggetti, dal primario alla puericultrice di turno. Data la riservatezza di questi atti, soltanto il giorno dopo su tutti i giornali vengono pubblicati i nomi (qualche volta anche le foto, se



disponibili) dei malcapitati, in particolare dei medici, che naturalmente vengono tutti accomunati in questo tragico esempio di chiara malasanità! In appena 5-8 anni, come minimo, si verrà a capo del processo nei suoi vari gradi di giudizio. Intanto però potrebbe scattare tutta una serie di meccanismi degni della famosa patria del diritto e della giustizia: l'azienda sanitaria apre da parte sua un'inchiesta sull'accaduto e valuta se sospendere il medico di turno ed eventualmente il primario del reparto, ritenuto comunque responsabile 'in vigilando' (è il famoso latinorum delle fregature...); l'ordine dei medici da parte sua indaga sugli aspetti deontologici del comportamento dei sanitari; la Regione, attraverso l'assessorato alla Sanità, invia ispettori per un'indagine approfondita; qualche solerte deputato presenta un'interrogazione al Parlamento sulla vicenda e conseguentemente il ministero della Salute invia ispettori per verificare il funzionamento del reparto di maternità e dell'ospedale teatro dell'evento. Neanche a dirlo la Commissione sugli errori sanitari si precipita in loco per una giusta e approfondita valutazione dei fatti;

il tribunale del malato promette di costituirsi parte civile e sollecita un'inchiesta accurata; l'associazione per i diritti civili eleva una accorata protesta contro l'ennesimo caso di malasanità che ha colpito un inerme pargolo proprio al momento di venire a questo mondo difficile. Intanto i Carabinieri del Nas discretamente indagano su possibili violazioni delle norme igieniche e di sicurezza. La Guardia di Finanza, secondo le sue competenze, indaga sulle presenze del personale e in particolare sul rispetto degli orari di servizio da parte dei medici di turno. Il dipartimento di prevenzione della stessa Asl aprirà

un'inchiesta specifica sul rispetto delle prescrizioni anti-infortunistiche e di sicurezza degli impianti, ciò che potrebbe avere una qualche relazione con l'incidente. Persino il sindaco della città, in qualità di massima autorità sanitaria del luogo, potrebbe inviare i vigili urbani a verificare il rispetto delle normative comunali. Naturalmente in tale contesto i giornali regionali (all'inizio anche quelli nazionali) danno esauriente conto di tutte queste iniziative di indagine (almeno due settimane di articolese sono garantite), dando ampio spazio ai legittimi lamenti dei familiari e della neo-mamma, evidenziando lo strazio dei familiari e (si fa così!) riesumando tutti i casi negativi in sala parto degli ultimi 5-10 anni. Dei poveri (e in caso di risarcimenti: miseri!) medici, del loro dramma di dover andare a dormire con il peso di tutte queste indagini, di dover lavorare ancora in quella sala parto, a nessuno praticamente importa. Del costo delle difese affidate agli avvocati, dello stress conseguente ai vari interrogatori non si cura alcuno. Intanto per la stampa e l'opinione pubblica la sentenza è stata già emessa: nella patria del diritto, appunto, il colpevole è già bell'e pronto! Sicuramente il medico ha sbagliato e... "deve pagare". Ma non è evidentemente abbastanza tutto questo enorme sistema inquisitorio messo in moto dall'incidente in sala parto, c'è ancora dell'altro, incredibilmente. Proprio nel caso in questione, forse

non ritenendo sufficienti le pur numerose iniziative di indagine svolte, un altro soggetto giuridico si è aggiunto inopinatamente: la Corte dei conti! Essa ha con appositi periti all'uopo nominati, esaminato il caso e sviscerato i comportamenti e gli eventi fin dentro la sala parto (è il caso di dire, ora facciamo "i conti" con la corte), ciò a causa della richiesta da parte dell'ospedale di rivalsa sul ginecologo di turno per il risarcimento pagato (in assenza di assicurazione) alla parte lesa. In buona sostanza su un singolo evento si sono accese una dozzina e più di indagini, con una miriade di interrogatori, richieste di spiegazioni, incerti ricordi (magari a distanza di tempo), memorie difensive, testimonianze, perizie giudiziarie eccetera eccetera! La stampa in tutto questo ha già dato comunque in pasto il colpevole. Chiudete gli occhi per un attimo: se foste voi al posto del povero collega indagato e messo alla gogna, come vi sentireste? Perseguitati è un termine che rende abbastanza l'idea? In questo magnifico affresco di civiltà giuridica, sorge spontanea una domanda: per un incidente ovviamente non voluto nel corso del lavoro si va incontro a tante inchieste, ma se un pazzo fosse entrato armato nella maternità dell'ospedale dell'esempio e avesse fatto una strage, non sarebbe stata aperta soltanto l'indagine della procura? La sproporzione sembra balzare agli occhi! Che si tratti di accanimento anti-sanitario? Il grande Galileo Galilei per non finire sul rogo, dinanzi all'Inquisizione arrivò persino a negare la rotazione della Terra: noi medici, noi ginecologi, che cosa saremo costretti a fare per sopravvivere a tanto... accanimento?

AOGOI LIGURIA

ELETTO IL NUOVO SEGRETARIO REGIONALE

Dopo un mandato pluriennale Felice Repetti passa il testimone a Vincenzo Maritati

■ In occasione del Congresso regionale GiLT (Ginecologi Liguri del Territorio) - Aogoi Liguria sul tema "Donne tra presente, passato, condizionale e futuro", il 15 ottobre scorso a Genova, si è tenuta l'assemblea regionale per l'elezione del nuovo segreta-

rio regionale. L'assemblea è stata presieduta dal segretario regionale uscente Felice Repetti, alla presenza del vice presidente nazionale Sandro Viglino, in rappresentanza del presidente Aogoi Vito Trojano impossibilitato ad intervenire. Felice Repetti ha presentato un bilancio del suo mandato pluriennale alla guida di Aogoi Liguria. Proprio in considerazione del lungo impegno profuso in questi anni, Repetti ha annunciato la sua intenzione di dimettersi, individuando il suo successore nella persona di Vincenzo Maritati che aveva manifestato la sua disponibilità ad assumere l'incarico di segretario regionale. L'Assemblea dei soci, dopo aver ringraziato Felice Repetti per il lavoro svolto in questi anni, ha approvato all'unanimità la nomina di Vincenzo Maritati a segretario regionale ligure.



Riassunto delle caratteristiche del prodotto

1. DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ BELARA compresse rivestite con film. **2. COMPOSIZIONE QUALI-QUANTITATIVA** Una compressa rivestita con film contiene: clormadinone acetato 2 mg, etinilestradiolo 0,030 mg. Per gli eccipienti, vedi paragrafo 6.1. **3. FORMA FARMACEUTICA** Compresse rivestite con film. Compresse rivestite con film rotonde, leggermente rosate. **4. INFORMAZIONI CLINICHE** **4.1 Indicazioni terapeutiche** Contraccezione ormonale. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** **4.2.1 Somministrazione delle compresse** Ciascuna compressa deve essere assunta ogni giorno alla stessa ora (preferibilmente alla sera) per 21 giorni consecutivi. La somministrazione deve essere sospesa per i successivi 7 giorni; una emorragia simil mestruale dovrebbe iniziare da due a quattro giorni dopo l'assunzione dell'ultima compressa. La somministrazione deve riprendere dopo i 7 giorni di sospensione, utilizzando un nuovo blister di BELARA, sia che l'emorragia sia terminata o continui ancora. Le compresse devono essere tolte dal blister e deglutite intere, se necessario con poca acqua, scegliendo quella contrassegnata dal corrispondente giorno della settimana. Le compresse vanno assunte giornalmente secondo la direzione della freccia. **4.2.2 Inizio della terapia** Quando non sia stato assunto un altro contraccettivo ormonale (durante l'ultimo ciclo mestruale) La prima compressa deve essere assunta il primo giorno della mestruazione. Se la prima compressa è assunta il primo giorno della mestruazione, l'efficacia della contraccezione inizia a partire dal primo giorno di terapia e continua anche durante i 7 giorni di sospensione. La prima compressa può anche essere assunta dal 2° al 5° giorno del periodo mestruale sia che l'emorragia sia terminata o no. In questo caso occorrerà prendere ulteriori misure contraccettive per i primi 7 giorni di somministrazione. Se le mestruazioni sono iniziate da più di 5 giorni, occorre attendere il successivo periodo mestruale per iniziare la terapia con BELARA. **Passaggio a BELARA da un altro contraccettivo ormonale** **Passaggio da un contraccettivo ormonale a 22 giorni o a 21 giorni:** tutte le compresse del precedente contraccettivo devono essere assunte come di consueto. La prima compressa di BELARA deve essere assunta il giorno successivo. In questo caso non c'è intervallo fra i due trattamenti e non si deve attendere il successivo periodo mestruale per iniziare la terapia con BELARA. Non è necessaria alcuna altra misura contraccettiva. **Passaggio da un contraccettivo ormonale in confezione da 28 compresse:** BELARA deve essere iniziato dopo aver terminato l'ultima compressa "attiva" della confezione (cioè dopo aver assunto la 21ª o 22ª compressa). La prima compressa di BELARA deve essere assunta il giorno successivo. Non deve esserci intervallo tra i due trattamenti e non si deve attendere il successivo periodo mestruale per iniziare la terapia con BELARA. Non è necessaria alcuna altra misura contraccettiva. **Passaggio da un contraccettivo solo progestinico (mini pillola):** la prima compressa di BELARA deve essere assunta il giorno dopo la sospensione del contraccettivo progestinico. Nei primi sette giorni devono essere utilizzate altre misure contraccettive. **Passaggio da un contraccettivo ormonale iniettabile o ad impianto:** si può iniziare con BELARA il giorno della rimozione dell'impianto od il giorno in cui era prevista l'iniezione successiva. Devono essere prese ulteriori misure contraccettive per i primi 7 giorni. **Dopo un raschiamento o un aborto nel primo trimestre** Dopo raschiamento o aborto nel primo trimestre la somministrazione di BELARA può essere iniziata subito. Non è necessaria alcuna altra misura contraccettiva. **Dopo il parto o dopo raschiamento o aborto nel secondo trimestre** Dopo il parto, la somministrazione a madri che non allattano può essere iniziata dopo 21-28 giorni dal parto; in questo caso non è necessaria alcuna altra misura contraccettiva. Se la somministrazione inizia dopo oltre 28 giorni dal parto, sono necessarie ulteriori misure contraccettive per i primi 7 giorni di trattamento con BELARA. Se la paziente ha avuto nel frattempo un rapporto, occorre escludere una possibile gravidanza prima di iniziare la terapia o attendere il successivo periodo mestruale. **Allattamento (vedi 4.6)** BELARA non deve essere impiegato nelle donne che allattano. **Dopo l'interruzione di BELARA** Dopo aver interrotto la terapia con BELARA, il primo ciclo mestruale potrebbe ritardare di circa 1 settimana. **4.2.3 Assunzione non corretta** Se si è dimenticato di assumere una compressa, ma la si assume comunque entro 12 ore, non sono necessarie ulteriori misure contraccettive. Le successive compresse vanno assunte come di norma. Se sono passate più di 12 ore dalla dimenticanza, l'effetto contraccettivo è ridotto. La compressa dimenticata deve essere assunta immediatamente. Le compresse successive devono essere assunte all'ora usuale. Inoltre devono essere prese ulteriori misure contraccettive meccaniche, ad esempio i preservativi, per i successivi 7 giorni. Se questi 7 giorni vanno oltre la fine della confezione in uso, la confezione successiva di BELARA deve essere iniziata subito dopo aver terminato la precedente, cioè senza interruzione alcuna (regola dei 7 giorni). Il flusso mestruale probabilmente non si verificherà se non al termine della seconda confezione. Comunque, una emorragia intermestruale o uno "spotting" potrebbe verificarsi durante l'assunzione delle compresse. Se il flusso manca al termine dell'assunzione della seconda confezione deve essere eseguito un test di gravidanza. **4.2.4 Istruzioni in caso di vomito** Se il vomito si verifica entro 3-4 ore dopo l'assunzione della compressa o se compare severa diarrea, l'assorbimento può essere incompleto e non è assicurata un'adeguata contraccezione. In tal caso devono essere seguite le istruzioni sopra indicate nel paragrafo "Assunzione non corretta". L'assunzione di BELARA deve essere continuata. Tuttavia devono essere prese ulteriori misure contraccettive meccaniche per il resto del ciclo. **4.3 Controindicazioni** I contraccettivi orali combinati non devono essere utilizzati nelle condizioni sotto elencate. Inoltre l'uso di BELARA deve essere interrotto immediatamente in caso sopraggiunga una di queste situazioni: – trombosi venosa o arteriosa pregressa o in corso, (per esempio trombosi venosa profonda, embolia polmonare, infarto miocardico, ictus) – prodromi o primi segni di trombosi, tromboflebiti o sintomi embolici, per esempio attacco ischemico transitorio, angina pectoris – interventi chirurgici programmati (almeno 4 settimane prima dell'intervento) e per i periodi di immobilità, ad esempio dopo incidenti (es. apparecchi gessati dopo un incidente) – diabete mellito con sofferenza vascolare – diabete non controllato – ipertensione non controllata o aumento significativo della pressione arteriosa (valori costantemente superiori a 140/90 mmHg) – epatite, ittero, alterata funzionalità epatica fino a quando i valori di funzionalità epatica sono tornati normali – prurito generalizzato, colestasi, specialmente durante una precedente gravidanza o terapia estrogenica – sindrome di Dubin-Johnson, sindrome di Rotor, disturbi del flusso biliare – anamnesi di tumore epatico pregresso o in atto – dolore epigastrico grave, ingrossamento del fegato o sintomi di emorragia intraddominale (vedi sezione 4.8) – inizio o ricaduta di porfiria (tutte e 3 le forme, in particolare la porfiria acquisita) – presenza o anamnesi di tumori maligni ormono-sensibili per es. della mammella o dell'utero – gravi alterazioni del metabolismo lipidico – pancreatite o anamnesi di pancreatite se associata con ipertrigliceridemia grave – comparsa di emicrania o di attacchi più frequenti di cefalea di inusuale intensità – anamnesi di emicrania con sintomi neurologici focali (emicrania accompagnata) – disturbi sensoriali ad insorgenza acuta, es. disturbi della vista o dell'udito – disturbi motori (in particolare paresi) – aumento di frequenza di crisi epilettiche – depressione di grado severo – otosclerosi aggravata durante precedenti gravidanze – amenorrea da causa non accertata – iperplasia endometriale – sanguinamento genitale da causa non accertata – ipersensibilità al clormadinone acetato, all'etinilestradiolo o agli eccipienti La presenza di un fattore di rischio grave o di fattori di rischio multipli per trombosi venosa o arteriosa possono costituire controindicazione (vedi sezione 4.4). **4.4 Avvertenze speciali e opportune precauzioni d'impiego** **Avvertenze** Il fumo aumenta il rischio di severi effetti collaterali cardiovascolari se associato all'impiego dei contraccettivi orali combinati (COC). Il rischio aumenta con l'età e con il numero di sigarette ed è molto pronunciato nelle donne oltre i 35 anni di età. Le pazienti fumatrici oltre i 35 anni di età devono adottare altri metodi contraccettivi. La somministrazione di COC comporta un rischio aumentato di malattie severe, quali infarto miocardico, tromboembolia, ictus o tumori epatici. Altri fattori di rischio come l'ipertensione, l'iperlipidemia, l'obesità e il diabete aumentano distintamente il rischio di morbilità e di mortalità. In presenza di una delle condizioni o fattori di rischio di seguito indicati, il beneficio legato alla somministrazione di BELARA deve essere valutato in rapporto ai rischi e discusso con la paziente prima di iniziare la terapia. Se durante il trattamento si osserva peggioramento di una di queste forme morbide o dei fattori di rischio, la paziente deve contattare il medico. Il medico dovrà poi decidere se il trattamento debba essere sospeso. **Tromboembolia e altri disturbi vascolari** • I risultati di studi epidemiologici indicano una correlazione fra l'uso dei contraccettivi orali e l'aumento del rischio di trombosi e tromboembolia venosa e arteriosa come infarto del miocardio, ictus cerebrale, trombosi venosa profonda ed embolia polmonare. Questi eventi sono rari. • L'uso di contraccettivi orali combinati (COC) comporta un aumento del rischio di tromboembolismo venoso (TEV) rispetto a chi non li usa. Il rischio di TEV è maggiore durante il primo anno di utilizzo di un contraccettivo orale combinato. Questo aumento del rischio di TEV è minore di quello associato alla gravidanza che è stimato in 60 casi ogni 100.000 gravidanze. L'esito di TEV è fatale nel 1-2% dei casi. Non è noto se BELARA incida sulla comparsa di questi eventi, al confronto con altri COC. Il rischio tromboembolico venoso è aumentato dai fattori seguenti: – età – anamnesi familiari positive (es. trombosi venosa o arteriosa in fratelli, o genitori in età relativamente giovane). Se si sospetta una predisposizione ereditaria è preferibile richiedere una visita specialistica prima di decidere l'uso di COC – immobilizzazione protratta (vedi sezione 4.3) – obesità (indice di massa corporea > a 30 Kg/m²). Il rischio di tromboembolia arteriosa aumenta con: – età – fumo – dislipoproteinemie – obesità (indice di massa corporea > 30 kg/m²) – ipertensione – disfunzione delle valvole cardiache – fibrillazione atriale – anamnesi familiare positiva per tromboembolia arteriosa in fratelli o genitori in età relativamente giovane. Se si sospetta predisposizione ereditaria è preferibile richiedere una visita specialistica prima di decidere l'impiego di COC. Altre condizioni mediche correlate alla circolazione sanguigna sono: diabete mellito, LES, sindrome uremica emolitica, malattie infiammatorie croniche dell'intestino (morbo di Crohn, colite ulcerosa), anemia a cellule falciformi. In considerazione del rapporto beneficio/rischio si deve tener presente che un adeguato trattamento delle malattie sopra indicate può ridurre il rischio di trombosi. Fattori biochimici, che indichino una predisposizione ereditaria o acquisita alla trombosi venosa o arteriosa, sono: resistenza alla APC (proteina C attivata), iperomocitinemia, carenza di antitrombina III, carenza di proteina S, anticorpi anti-fosfolipidi (anticorpi anti-cardiolipina, lupus anticoagulanti). Bisogna tenere in considerazione l'aumentato rischio tromboembolico durante il puerperio. Non esiste un'opinione condivisa sulla possibile relazione fra tromboflebiti superficiali e/o vene varicose e l'etiologia del tromboembolismo venoso. Sintomi di una trombosi venosa o arteriosa potrebbero essere: – dolore e/o gonfiore ad un gamba – improvviso e forte dolore toracico con o senza irradiazione al braccio sinistro – improvvisa dispnea, improvviso attacco di tosse da causa non nota – inattesa intensa e persistente cefalea – improvvisa perdita parziale o totale della vista, diplopia, disartria o afasia – vertigini, perdita di conoscenza che in taluni casi può includere un attacco di epilessia focale – improvvisa debolezza o intorpidimento di un lato del corpo o di parte di esso – disturbi motori – dolore addominale acuto. Le donne che assumono COC devono essere informate che devono consultare il loro medico nell'evenienza di possibili sintomi di trombosi. BELARA deve essere sospeso in caso di sospetto o di conferma di trombosi. L'aumento della frequenza e dell'intensità di attacchi di emicrania durante l'assunzione di BELARA (che può essere segno prodromico di accidente cerebrovascolare) può essere motivo di sospensione immediata dell'uso di COC. **Tumori** Studi epidemiologici hanno evidenziato un aumento del rischio di tumore della cervice in relazione all'uso prolungato di contraccettivi orali in pazienti con infezioni da papilloma virus umano, ma è discusso il ruolo di altri fattori in tale evenienza, (ad es. il numero di partners o l'uso di contraccettivi meccanici) (vedi anche "Controlli medici"). Una metanalisi di 54 studi epidemiologici ha evidenziato che, con l'uso di contraccettivi orali, esiste un lieve incremento del rischio di tumore mammario (RR=1.24). L'aumento del rischio è transitorio e decresce gradualmente entro 10 anni dopo la sospensione del trattamento. Questi studi non danno indicazione delle cause. Il maggior rischio osservato può essere attribuito alla diagnosi precoce di tumore mammario nelle pazienti che assumono COC, agli effetti biologici dei COC, o ad entrambi i fattori. In rari casi, nelle pazienti che assumono contraccettivi orali, sono stati riscontrati tumori epatici benigni ed, in casi ancora più rari, tumori maligni. In casi isolati questi tumori hanno causato gravi emorragie intra-addominali. In caso di intenso dolore addominale che non regredisce spontaneamente, di epatomegalia o di segni di emorragia intra-addominale la possibilità di tumore epatico deve essere presa in considerazione e BELARA deve essere sospeso. **Altre condizioni** Sono stati osservati modesti aumenti della pressione arteriosa in molte pazienti che assumono contraccettivi orali ma gli incrementi clinicamente significativi sono rari. La correlazione fra uso di contraccettivi orali ed ipertensione clinicamente manifesta non è stata finora confermata. Se in corso di trattamento con BELARA l'incremento della pressione arteriosa fosse clinicamente rilevante, il medico dovrà sospendere BELARA ed instaurare una terapia anti-ipertensiva. La terapia con BELARA potrà essere ripresa dopo che la terapia anti-ipertensiva ha riportato i valori pressori nella norma. Nelle pazienti con anamnesi di herpes gestazionale può esservi recidiva durante assunzione di COC. Nelle pazienti con ipertrigliceridemia o con anamnesi familiari di ipertrigliceridemia aumenta il rischio di pancreatite in trattamento con COC. Disturbi epatici acuti o cronici possono richiedere l'interruzione del trattamento con COC fino a quando i valori di funzionalità epatica non si siano normalizzati. Recidive di ittero colestatico che si sia manifestato precedentemente in gravidanza o con uso di ormoni sessuali, richiedono l'interruzione del trattamento con COC. I contraccettivi orali possono modificare la resistenza periferica all'insulina o la tolleranza al glucosio. Pertanto, le pazienti diabetiche che utilizzano contraccettivi orali devono essere monitorate attentamente. In rari casi può comparire cloasma, in particolare nelle donne con storia di cloasma gravidico. Le pazienti con tendenza al cloasma devono evitare l'esposizione al sole ed ai raggi ultravioletti durante l'uso di contraccettivi orali. Le pazienti con rari problemi ereditari di intolleranza al galattosio, carenza di Lapp lattasi, o malassorbimento di glucosio-galattosio, non devono assumere questo medicinale. **Precauzioni** La somministrazione di estrogeni o COC può avere effetti negativi su alcune condizioni o patologie. Un'attenta osservazione medica è necessaria in questi casi: – epilessia – sclerosi multipla – tetania – emicrania (vedi sezione 4.3) – asma – insufficienza cardiaca o renale – chorea minor – diabete mellito (vedi sezione 4.3) – malattie del fegato (vedi sezione 4.3) – alterazioni del metabolismo lipidico (vedi sezione 4.3) – malattie auto immuni (incluso il lupus eritematoso sistemico) – obesità – ipertensione (vedi sezione 4.3) – endometriosi – varici – flebiti (vedi sezione 4.3) – disturbi dell'emocoagulazione (vedi sezione 4.3) – mastopatia – miomi uterini – herpes gestazionale – depressione (vedi sezione 4.3) – malattie infiammatorie croniche intestinali (morbo di Crohn, colite ulcerosa, vedi sezione 4.3) **Controlli medici** Prima di prescrivere contraccettivi orali, deve essere effettuata una completa anamnesi personale e familiare, prendendo in considerazione le controindicazioni (vedi sezione 4.3) ed i fattori di rischio (vedi sezione 4.4) e deve essere effettuata una visita medica. Il controllo deve essere ripetuto almeno 1 volta l'anno durante l'uso di BELARA. È anche importante un controllo periodico dello stato generale di salute in quanto alcune controindicazioni (es. attacchi ischemici transitori) o alcuni fattori di rischio (es. anamnesi familiari di trombosi venosa o arteriosa) possono comparire per la prima volta nel corso della terapia con contraccettivi orali. La visita deve includere il controllo della pressione arteriosa, l'esame delle mammelle, dell'addome, la visita ginecologica, uno striscio vaginale, nonché appropriati test di laboratorio. Le pazienti devono essere informate che i contraccettivi orali, BELARA incluso, non proteggono dall'infezione HIV (AIDS) o da altre malattie a trasmissione sessuale. **Riduzione dell'efficacia** La dimenticanza di una compressa (vedi "Assunzione non corretta"), il vomito o malattie intestinali che comportano diarrea, la somministrazione prolungata di alcuni farmaci (vedi sezione 4.5) o, raramente, disturbi metabolici possono ridurre l'efficacia contraccettiva. **Alterazioni del ciclo Spotting o emorragie intermestruali** Tutti i contraccettivi orali possono causare perdite ematiche irregolari (spotting o emorragie intermestruali), in particolare durante i primi mesi d'uso. Pertanto una valutazione medica dell'irregolarità del ciclo deve essere fatta dopo un periodo di assestamento di circa tre cicli. Se durante la somministrazione di BELARA le emorragie intermestruali persistono o si verificano dopo precedenti cicli regolari, deve essere effettuato un controllo medico per escludere una gravidanza o una malattia organica. Dopo l'esclusione di gravidanza o di malattia organica la somministrazione di BELARA può essere continuata o si può passare all'impiego di altro prodotto. L'emorragia intermestruale può essere indice di un'insufficiente efficacia contraccettiva (vedi "Assunzione non corretta", "Istruzioni in caso di vomito" e sezione 4.5). **Assenza di flusso mestruale** Dopo 21 giorni di assunzione, normalmente si ha un'emorragia da sospensione. Occasionalmente, particolarmente nei primi mesi di terapia, il flusso può non verificarsi; questo fenomeno non deve essere interpretato come ridotta efficacia contraccettiva. Se il flusso non si verifica dopo un ciclo in cui non è stata dimenticata alcuna compressa, non è stato prolungato l'intervallo di 7 giorni, non sono stati assunti altri farmaci e non si sono verificati episodi di vomito o diarrea, non è probabile un concepimento e BELARA può essere continuato. Se BELARA non è stato assunto secondo le istruzioni prima della mancata emorragia da sospensione o se l'emorragia da sospensione non si verifica per due cicli consecutivi si deve escludere una gravidanza prima di continuare la somministrazione. Prodotti fitoterapici contenenti Iperico (Hypericum perforatum) non devono essere usati in concomitanza della terapia con BELARA (vedi sezione 4.5). **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme d'interazione** L'interazione dell'etinilestradiolo, il componente estrogeno di BELARA, con altri farmaci può aumentare o ridurre le concentrazioni plasmatiche dell'etinilestradiolo. Se è necessaria una terapia a lungo termine con queste sostanze attive, devono essere usati metodi contraccettivi non ormonali. Ridotte concentrazioni plasmatiche di etinilestradiolo possono aumentare le emorragie intermestruali e i disturbi del ciclo e ridurre l'efficacia contraccettiva di BELARA; elevati livelli plasmatici di etinilestradiolo possono aumentare l'incidenza e la gravità degli effetti collaterali. I seguenti prodotti medicinali o sostanze attive possono ridurre la concentrazione plasmatica dell'etinilestradiolo: – tutti i farmaci che aumentano la motilità gastrointestinale (ad es. metoclopramide) o riducono l'assorbimento (ad es. carbone attivato) – sostanze attive che inducono enzimi microsomiali epatici, come rifampicina, rifabutina, barbiturici, antiepilettici (come carbamazepina, fenitoina e topiramato), griseofulvina, barbacalona, primidone, modafinil, alcuni inibitori della proteasi (ad es. ritonavir) e Hypericum perforatum (vedi sezione 4.4) – alcuni antibiotici (ad es. ampicillina, tetraciclina) in alcune pazienti, probabilmente a causa della riduzione del circolo enteropatico da parte degli estrogeni. Nel caso di concomitante trattamento con questi farmaci o sostanze attive e BELARA devono essere usati addizionali metodi contraccettivi meccanici durante il periodo di trattamento e i sette giorni successivi. Con sostanze attive che riducono la concentrazione plasmatica di etinilestradiolo per induzione degli enzimi microsomiali epatici, addizionali metodi contraccettivi meccanici devono essere usati fino a 28 giorni dopo il termine del trattamento. I seguenti prodotti medicinali o sostanze attive possono aumentare la concentrazione plasmatica di etinilestradiolo: – sostanze attive che inibiscono la solfatazione di etinilestradiolo nella parete intestinale (ad es. l'acido ascorbico o il paracetamolo) – atorvastatina (aumenta la AUC dell'etinilestradiolo del 20%) – sostanze attive che inibiscono gli enzimi microsomiali epatici, come imidazolo, antimicotici (ad es. fuconazolo), indinavir o troleandomicina. L'etinilestradiolo può modificare il metabolismo di altre sostanze attive: – inibendo gli enzimi microsomiali epatici ed elevando di conseguenza la concentrazione plasmatica di sostanze attive come il diazepam (ed altre benzodiazepine metabolizzate per idrossilazione), la ciclosporina, la teofilina ed il prednisolone – inducendo la glicuroconiugazione epatica e riducendo di conseguenza la concentrazione plasmatica di clofibrato, paracetamolo, morfina e lorazepam. Il fabbisogno di insulina o di antidiabetici orali può modificarsi in conseguenza dell'effetto sulla tolleranza al glucosio (vedi sezione 4.4). Questo può verificarsi anche per medicinali assunti di recente. Il RCP del farmaco prescritto deve essere letto attentamente per una possibile interazione con BELARA. **Test di laboratorio** Durante la somministrazione di COC i risultati di alcuni test di laboratorio possono risultare alterati, inclusi i test di funzionalità epatica, surrenalica e tiroidea, i livelli plasmatici di proteine vettrici (ad es. SHBG, lipoproteine) ed i parametri del metabolismo di carboidrati, della emocoagulazione e della fibrinolisi. La natura e l'entità di queste modificazioni sono in parte dipendenti dalla natura e dalla dose dell'ormone impiegato. **4.6 Gravidanza e l'allattamento** BELARA non è indicato durante la gravidanza. La gravidanza deve essere esclusa prima di iniziare la somministrazione del medicinale. Se durante la terapia con BELARA dovesse verificarsi l'inizio di una gravidanza, il farmaco va interrotto immediatamente. La maggior parte degli studi epidemiologici condotti fino ad oggi hanno escluso evidenze cliniche di effetti teratogeni o fetotossici quando gli estrogeni, in combinazione con altri progestinici sono stati accidentalmente assunti in gravidanza in dosaggi simili a quelli contenuti in BELARA. Anche se gli studi sugli animali hanno mostrato evidenze di tossicità sulla riproduzione (vedi sezione 5.3), i dati clinici su oltre 330 gravidanze umane esposte al clormadinone acetato, non hanno evidenziato effetti embriofossici. L'allattamento può essere influenzato dagli estrogeni in quanto questi possono modificare la quantità e la composizione del latte materno. Piccole quantità di steroidi contraccettivi e/o i loro metaboliti possono essere escreti nel latte materno ed influire sul bambino. Pertanto BELARA non deve essere assunto durante l'allattamento. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari** contraccettivi ormonali non hanno dimostrato di influenzare negativamente la capacità di guidare o di operare su macchinari. **4.8 Effetti indesiderati** Studi clinici con BELARA hanno dimostrato che i più frequenti effetti collaterali (>20%) sono perdite di sangue intermestruali (emorragia intermestruale e spotting), cefalea e tensione mammaria. I seguenti effetti indesiderati sono stati riportati dopo somministrazione di BELARA in uno studio clinico controllato 1629 donne. La loro frequenza viene definita così: molto comuni ≥1/10; comuni: ≥1/100, <1/10; non comuni: ≥1/1000, <1/100; rari: ≥1/10000, <1/1000; molto rari: <1/10000. **Disturbi psichiatrici** Comuni: stato depressivo, irritabilità, nervosismo. **Alterazioni del sistema nervoso** Comuni: vertigini, emicrania (e/o peggioramento dell'emicrania). **Disturbi oculari** Comuni: disturbi visivi. Rari: congiuntivite, fastidio nell'uso delle lenti a contatto. **Alterazioni dell'apparato uditivo e vestibolare.** Rari: improvvisa perdita dell'udito, tinnito. **Alterazioni del sistema vascolare** Rari: ipertensione, ipotensione, collasso cardiocircolatorio, varici. **Alterazioni dell'apparato gastrointestinale** Molto comuni: nausea. Comuni: vomito. Non comuni: dolore addominale, gonfiore addominale, diarrea. **Alterazioni della cute e del tessuto sottocutaneo** Comuni: acne. Non comuni: anomalie della pigmentazione, cloasma, perdita dei capelli, secchezza della cute. Rari: orticaria, reazioni allergiche, eritema, prurito, peggioramento della psoriasi, irsutismo. Molto rari: eritema nodoso. **Alterazioni dell'apparato muscoloscheletrico, del tessuto connettivo e osseo** Non comuni: lombalgia, disturbi muscolari. **Disordini del sistema riproduttivo e della mammella** Molto comuni: perdite

Vi aspettiamo numerosi in Rete su **AOGOINETWORK**

Rafforziamo la collaborazione professionale e le discussioni scientifiche all'interno della grande comunità dei ginecologi ospedalieri, del territorio e dei liberi professionisti con **AOGOINETWORK**: un punto di incontro dove confrontarsi sui temi più importanti e urgenti della professione, dalle linee guida che devono orientare la propria pratica e che necessitano di un confronto continuo, alle problematiche che quotidianamente si devono affrontare negli ospedali, negli ambulatori e nei consultori

Online le prime discussioni sulle Linee Guida della Fondazione Confalonieri Ragonese

Le linee di guida sono strumenti sistematicamente sviluppati per assistere i medici nell'assunzione di decisioni relative alle cure più appropriate in determinate circostanze. La loro finalità è migliorare e uniformare le prestazioni sanitarie, ma anche indicare agli amministratori una più razionale allocazione delle risorse; esprimono raccomandazioni e non hanno carattere impositivo anche se, chi opera in contrasto di quanto in esse riportato, deve tenere conto del rischio di implicazioni medico-legali. Se elaborate con diligenza e se esaminate con pari diligenza, rappresentano anche uno strumento di promozione culturale. La Fondazione Confalonieri e Ragonese, su

mandato dell'Aogoi ha prodotto e continua a produrre linee di guida applicabili nelle nostre realtà ospedaliere.

Nel corso dell'ultimo congresso nazionale Sigo-Aogoi-Agui, tenutosi a Palermo, sono state presentate le nuove linee di guida su La sorveglianza del benessere fetale in travaglio, da parte del dottor Yoram Meir, e su Il parto nella donna con precedente cesareo, da parte del professor Vincenzo Giambanco, e gli aggiornamenti delle linee di guida su Macrosomia fetale, presentate dal professor Gianpaolo Mandruzzato, e su Gravidanza protratta, presentate dal professor Paolo Scollo e dal dottor Giancarlo Conoscenti. Per Macrosomia fetale e Gravidanza protratta la discussione che si è aperta in sede congressuale sta proseguendo sulla piattaforma **AOGOINETWORK**.

Le linee guida sulla sorveglianza del benessere fetale in travaglio e sul parto nella donna con precedente cesareo saranno pubblicate a breve all'interno della sezione Fondazione Confalonieri Ragonese del sito dell'Aogoi, pertanto la discussione verrà aperta alla loro pubblicazione.

Tutti gli iscritti alla discussione riceveranno un messaggio di invito.



Gianpaolo Mandruzzato



Maurizio Silvestri

Di prossima pubblicazione La discussione su tutte le novità in tema di contracccezione

La contracccezione implica un impegno quotidiano del ginecologo, sia esso consultoriale, ospedaliero o libero professionista, ma anche del medico di medicina generale. E lo implica perché il sesso è esercitato nel mondo milioni di volte ogni giorno, ma soprattutto perché le conseguenti gravidanze non desiderate sono

numerossime e le malattie sessualmente trasmesse altrettanto importanti. L'impegno del ginecologo quindi deve svolgersi in due direzioni. La prima è quella educativa-informativa, che può essere esercitata nell'ambulatorio ma anche nella società, ad esempio nelle scuole o in altre istituzioni. La seconda è quella più propriamente clinica, che impegna il ginecologo a scegliere insieme con la donna e con la coppia i metodi o gli

strumenti per evitare le gravidanze o distanziarle nel tempo a seconda dei casi. Tutto ciò va fatto con competenza e precisione, tenendo conto delle linee guida e dei criteri di prescrivibilità proposti dagli enti



Emilio Arisi

nazionali e sovranazionali dedicati alla salute sessuale e riproduttiva, ma anche tenendo d'occhio le nuove conoscenze che progressivamente vengono portate dalla esperienza pratica e dalla ricerca. La contracccezione è una specie di "grande torta" da consumarsi nel corso della vita, in cui ogni metodo ha la sua fetta più o meno grande. Dal contraccettivo maschile a quello femminile, dalla pillola all'anello al cerotto, dalla spirale con il

progestinico a quella con il rame, ai metodi cosiddetti naturali, ognuno ha un suo ruolo e un suo scopo che vanno collocati nel tempo e nella clinica. Di tutto questo si può discutere per soddisfare sempre più il bisogno di sapere della nostra utenza, ed in particolare delle adolescenti e della popolazione immigrata, che, da diversi punti di vista, sono i gruppi più fragili. Vi aspettiamo numerosi in Rete su **AOGOINETWORK!**

vaginali, dismenorrea, amenorrea. Comuni: dolore pelvico. Non comuni: galattorrea, mastopatia fibrocistica, candidosi genitale, cisti ovarica. Rari: ingrossamento del seno, vulvovaginite, menorragia, sindrome premenstruale. **Disordini generali** Comuni: stanchezza, pesantesse delle gambe, ritenzione idrica, aumento del peso. Non comuni: ridotta libido, sudorazione. Rari: aumento dell'appetito. **Esami di controllo** Comuni: aumento della pressione sanguigna. Non comuni: alterazioni dei lipidi ematici, inclusa ipertrigliceridemia. I seguenti effetti collaterali sono inoltre stati osservati durante la somministrazione di contraccettivi orali combinati • la somministrazione di contraccettivi orali combinati si associa, come noto, ad un aumentato rischio di trombo-embolia venosa ed arteriosa (trombosi venosa, embolia polmonare, ictus, infarto miocardico). Tale rischio può essere aggravato da altri fattori associati (vedi sezione 4.4) • un aumentato rischio di patologia delle vie biliari è stato riportato in alcuni studi sulla somministrazione a lungo termine di COC. La possibilità di formazione di calcoli biliari durante il trattamento con prodotti contenenti estrogeni è controversa • in rari casi sono stati osservati tumori epatici benigni, e più raramente maligni, dopo somministrazione di contraccettivi ormonali, in casi isolati tali tumori hanno causato una grave emorragia intra-addominale potenzialmente fatale (vedi sezione 4.4) • peggioramento di malattia infiammatoria cronica intestinale (morbo di Crohn, colite ulcerosa, vedi anche sezione 4.4). Per altri effetti collaterali gravi, quali il carcinoma della cervice o della mammella, vedi sezione 4.4. **4.9 Sovradosaggio** Non si hanno informazioni su gravi effetti tossici in caso di sovradosaggio. Si potrebbero verificare i seguenti sintomi: nausea, vomito e, soprattutto nella prima adolescenza, un modesto sanguinamento vaginale. Non vi sono antidoti; il trattamento è sintomatico. In casi rari potrebbe essere necessario il controllo del bilancio idro-elettrolitico e della funzionalità epatica. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE 5.1 Proprietà farmacodinamiche** Gruppo farmacoterapeutico: contraccettivi ormonali sistemici, preparazioni monofasiche con <50 mcg di estrogeno. Codice ATC: G03AA. Con l'uso continuato di BELARA per 21 giorni, si ha l'inibizione della secrezione ipofisaria di FSH e LH e quindi la soppressione dell'ovulazione. L'endometrio prolifera con successiva trasformazione secretoria. Viene modificata la consistenza del muco cervicale. Ciò previene la migrazione spermatica attraverso il canale cervicale e modifica la motilità dello sperma. Il più basso dosaggio giornaliero di clormadinone acetato per la completa inibizione della ovulazione è 1,7 mg. La dose complessiva per la completa trasformazione endometriale è di 25 mg per ciclo. Clormadinone acetato è un progestinico anti-androgeno. Il suo effetto è basato sulla sua capacità di spiazzare gli ormoni androgeni dai loro recettori. **Efficacia clinica** Negli studi clinici in cui è stata studiata la somministrazione di BELARA fino a 2 anni di terapia in 1655 donne, comprendendo più di 22.000 cicli mestruali, si sono verificate 12 gravidanze. In 7 donne nel periodo del concepimento si sono verificati errori di assunzione, insorgenza di malattie che hanno causato nausea o vomito, somministrazione contemporanea di farmaci noti per ridurre l'efficacia contraccettiva degli anticoncezionali ormonali. **5.2 Proprietà farmacocinetiche Clormadinone acetato (CMA) Assorbimento:** Dopo somministrazione orale CMA viene assorbito rapidamente e quasi completamente. La biodisponibilità sistemica di CMA è alta dato che non è soggetto a metabolismo di primo passaggio epatico. I livelli di picco plasmatico si raggiungono dopo 1-2 ore. **Distribuzione** La frazione di CMA legata alle proteine plasmatiche, albumina principalmente, è superiore al 95%. Comunque, CMA non ha affinità di legame per SHBG o CBG. Nell'organismo CMA si deposita principalmente nel tessuto adiposo. **Metabolismo** Diversi processi di riduzione e ossidazione e la coniugazione a glucuronide e solfato determinano una serie di metaboliti. I principali metaboliti nel plasma umano sono 3α e 3β-idrossi-CMA, la cui emivita non differisce essenzialmente da quella di CMA

Indice di Pearl	N. di gravidanze	Indice di Pearl	Intervallo di confidenza 95%
pratico	12	0,698	[0.389; 1.183]
teorico	5	0,291	[0.115; 0.650]

non metabolizzato. I metaboliti 3α-idrossidi mostrano di possedere un'attività antiandrogena simile a quella di CMA. Nelle urine i metaboliti di CMA sono prevalentemente coniugati. Dopo la scissione enzimatica, il principale metabolita risulta essere il 2α-idrossi-CMA oltre ai 3-idrossi metaboliti e diidrossi metaboliti. **Eliminazione** CMA viene eliminato dal plasma con una emivita di circa 34 ore dopo dose singola e di circa 36-39 ore dopo dosi ripetute. CMA ed i suoi metaboliti, dopo somministrazione orale, vengono escreti sia per via renale che fecale in analoga percentuale. **Etinilestradiolo (EE) Assorbimento** EE viene rapidamente e quasi completamente assorbito dopo somministrazione orale; il picco plasmatico medio si raggiunge in circa 1.5 ore. A causa della coniugazione presistemica e del metabolismo di primo passaggio epatico, la biodisponibilità assoluta è di circa il 40% e soggetta a considerevoli variazioni interindividuali (20-65%). **Distribuzione** La concentrazione plasmatica di EE riportata in letteratura è caratterizzata da una marcata variabilità. Circa il 98% di EE si lega alle proteine plasmatiche, quasi esclusivamente all'albumina. **Metabolismo** Come gli estrogeni naturali, EE viene biotrasformato attraverso il citocromo P-450 mediante idrossilazione dell'anello aromatico. Il metabolita principale è 2-idrossi-EE che viene ulteriormente metabolizzato in metaboliti coniugati. EE soggiace ad una coniugazione presistemica sia nella mucosa dell'intestino tenue che nel fegato. Nelle urine sono presenti principalmente i glucuronidi, mentre nella bile e nel plasma i solfati. **Eliminazione** EE viene eliminato dal plasma con un'emivita di circa 12-14 ore. EE viene escretto per via renale e fecale in un rapporto urine/feci di 2:3. L'EE solfato escreto nella bile dopo idrolisi da parte dei batteri intestinali è soggetto al circolo enteroepatico. **5.3 Dati preclinici di sicurezza** La tossicità acuta degli estrogeni è bassa. Tenendo conto della notevole differenza fra specie animali e in relazione con la specie umana, i risultati degli studi con estrogeni sugli animali hanno solo un limitato valore predittivo per l'uso nell'uomo. L'etinilestradiolo, un estrogeno di sintesi usato frequentemente nei contraccettivi orali, ha un effetto embriofetale negli animali da laboratorio anche a dosi relativamente basse; sono state osservate anomalie del tratto urogenitale e femminilizzazione dei feti maschi. Questi effetti sono considerati specie-specifici. Clormadinone acetato ha mostrato effetti embriofetali e teratogeni nei conigli, ratti e topi. Inoltre l'effetto teratogeno è stato osservato nei conigli alle dosi embriotossiche ed anche nei topi alle dosi più basse testate (1 mg/Kg/die). La significatività di tali dati in relazione alla somministrazione nell'uomo non è chiara. I dati preclinici derivati dagli studi convenzionali di tossicità cronica, genotossicità e potenziale carcinogenetico, non hanno mostrato rischi particolari per la specie umana, a parte quelli descritti nelle altre sezioni di questo RCP. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE 6.1 Elenco degli eccipienti** Lattosio monoidrato, amido di mais, povidone K30, magnesio stearato, ipromellosa, macrogol 6000, glicole propilenico, talco, titanio diossido (E171), ossido di ferro rosso (E172). **6.2 Incompatibilità** Non pertinente. **6.3 Periodo di validità** 3 anni. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** Conservare a temperatura non superiore ai 30°C. **6.5 Natura e contenuto della confezione** Blister in PVC/PVDC/Al o PP/Al confezioni con 1x21 compresse rivestite con film; Blister in PVC/PVDC/Al o PP/Al confezioni con 3x21 compresse rivestite con film; Blister in PVC/PVDC/Al o PP/Al confezioni con 6x21 compresse rivestite con film. **6.6 Istruzioni per l'uso** Conservare a temperatura non superiore ai 30°C. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** Gedeon Richter Plc. - Gyömrői út 19-21 - 1103 Budapest, Ungheria. **8. NUMERO(I) DELL'AUTORIZZAZIONE (DELLE AUTORIZZAZIONI) ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** 1x21 compresse rivestite con film in blister in PVC/PVDC/Al - A.I.C. n. 036875019/M; 3x21 compresse rivestite con film in blister in PVC/PVDC/Al - A.I.C. n. 036875021/M; 6x21 compresse rivestite con film in blister in PVC/PVDC/Al - A.I.C. n.036875033/M; 1x21 compresse rivestite con film in blister in PP/Al - A.I.C. n. 036875045/M; 3x21 compresse rivestite con film in blister in PP/Al - A.I.C. n. 036875058/M; 6x21 compresse rivestite con film in blister in PP/Al - A.I.C. n. 036875060/M. **9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/ RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE** Data di prima autorizzazione: Maggio 2005. **10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO** 20.09.2011





GINECOLOGIA, UROGINECOLOGIA, OSTETRICIA BASATA SULL'EVIDENZA

Castel Volturno, 11 - 14 Dicembre 2011
Hotel Holiday Inn Resort Naples

PROGRAMA DEFINITIVO



Comitato d'Onore G. FATTORINI, A. PERRONE, P. PIRILLO, N. SURICO, V. TROJANO.
Presidente Onorari R. ARIENZO, A. CHIANTERA, C. DONATI SARTI.
Presidenti D. DE VITA, P. IACOBELLI, F. SIRIMARCO.
Comitato Scientifico M.G. DE SILVIO, F. FIORILLO, C. RAPPA.

TOPICS

- UROGINECOLOGIA
- MEDICINA DI GENERE
- ENDO CRINOLOGIA GINECOLOGICA
- CONTRACCEZIONE
- CELLULE STAMINALI
- PATOLOGIA CERVICO-VAGINALE
- NUTRIGENOMICA IN GRAVIDANZA
- EMORRAGIA IN OSTRETICIA E GINECOLOGIA

CORSI PRECONGRESSUALI - Domenica 11 Dicembre 2011

1° Corso - Sala Scorpio
SEMIOTICA E TERAPIA DEI DISTURBI PELVIPERINEALI

2° Corso - Sala Pisces
LA SALUTE DELLA DONNA NELLA TERZA ETÀ
CON L'OTTICA DI GENERE

3° Corso - Sala Aquarius
SIMULAZIONE IN OSTETRICIA

4° Corso - Sala Capricorn
SEZIONE GIOVANI: COMUNICAZIONI LIBERE

COORDINAMENTO SCIENTIFICO

Dott. Davide De Vita Dirigente Medico U.O. Ginecologia-Ostetricia a P.O. di Battipaglia (SA)
Tel. 089482638,1 Cell. 339 8503997, E-mail: davidedevita@tiscali.it
Dott.ssa Francesca Fiorillo Department Menopausal Service, Vicepresidente SIGITE,
Consigliere AGITE Tel. 081 5563150, Cell. 333 6357075, E-mail: fiorillof@libero.it

Segreteria Organizzativa
S.E.L. Congressi s.a.s.
Via Arangio Ruiz, 107 - 80122 Napoli
Tel. 081 666733 - Fax 081 661013
E-mail: info@selcongressi.it
Web: www.selcongressi.it

► **Segue da pagina 23**

"Cambiamo la manovra!" di Carmine Gigli

Si preferisce ignorare che le condizioni in cui lavoriamo diventano ogni giorno più gravose e rischiose, a causa di ritmi sempre più incalzanti e di un contenzioso medico legale che segna crescita esponenziali. Gli addetti a lavori sanno che il contenzioso sanitario potrebbe essere frenato da provvedimenti legislativi, alcuni in gestazione da tempo memorabile, ma si preferisce ignorarli, salvo farli ricomparire di tanto in tanto, per il tempo necessario ad alimentare le nostre speranze e spingerci ad andare avanti. Per noi aumentano i carichi amministrativi che tolgono spazio alle attività assistenziali, siamo prigionieri del "blocco del turnover", che in alcune Regioni ha ormai raggiunto i 6 anni, con ripercussioni negative sul livello di sicurezza delle cure e sulla stessa possibilità di garantire i Lea. L'abuso di contratti atipici espone i medici del Ssn ad un precariato diffuso, che mina la continuità assistenziale e nega le necessarie certezze per programmare la propria esistenza. La sfida della sostenibilità non

solo economica di un sistema sanitario equo, accessibile ed efficace, esige un sostanziale cambio di paradigma culturale e politico che ridefinisca anche ruolo e responsabilità dei professionisti della salute. Per tutto questo, lo scorso 13 ottobre 2011, le Organizzazioni sindacali dei medici dipendenti, insieme ai convenzionati, pubblici e privati, alla dirigenza amministrativa, tecnica e professionale, hanno tenuto una grande manifestazione di protesta contro i contenuti della manovra economica. I rappresentanti di ben 25 sigle sindacali hanno affollato il Teatro Capranica di Roma e poi si sono recati nella vicina Piazza Montecitorio, con bandiere e cartelli, e qui hanno dato vita ad un sit-in, al termine del quale una delegazione è stata ricevuta dalla Presidenza della Camera dei Deputati ed ha consegnato formalmente le oltre 10.000 firme dei sottoscrittori dell'appello: Cambiamo la manovra! È stata una grande e partecipata manifestazione, a compimento della quale è stata inviata una lettera ai rappresentanti delle istituzioni, per rappresentare il disagio della categoria e per chiedere più attenzione ai problemi della sanità. Attendiamo risposta.

► **Segue da pagina 11**

...Come l'Araba Fenice! di Antonella Marchi

mare questo vuoto è nata l'Aio. Forte della propria mission e delle competenze dei professionisti che la compongono, la nostra associazione può rappresentare (nell'attuale confusione) l'unico punto di riferimento certo per costruire nuove forme di rappresentanza con chiunque voglia collaborare e quindi lottare per il lavoro, per una buona retribuzione e per una maggiore professionalità. Occorre portare avanti politiche che non siano solo corporative, ma anche capaci di affrontare i tanti temi caldi che ci riguardano, per creare un consenso intorno alle nostre proposte professionali, sindacali, di sostegno tra pari - finalizzate a migliorare il contesto in cui lavoriamo. In noi c'è una reale volontà di cambiamento ma per attuarlo ab-

biamo bisogno del contributo di ogni singola ostetrica e di ogni ginecologo. Nelle prossime settimane continueranno i nostri Congressi regionali per eleggere i nostri segretari regionali e, in stretta collaborazione con i segretari regionali e la Dirigenza Aogoi, faremo il punto sull'identità, la mission e la vision comune del nostro Team, regione per regione, ed elaboreremo strategie per orientare il nostro lavoro nei prossimi anni. Per questo, chiediamo a tutte/i voi di contribuire con idee e proposte. Stiamo vivendo un momento molto complesso e faticoso, ma anche stimolante. Sono sicura che con la nostra passione e le nostre competenze potremo guidare in prima persona il cambiamento che tutti auspichiamo. È tempo di agire, di tornare a credere nelle nostre capacità di essere "Ostetriche" e non "altro", di metter fine ad un certo sistema di relazioni e di spingere le

Regioni e le Aziende ad assumere e dare promozioni a chi veramente ha il "merito". Solo così potremo incominciare a recepire nel prossimo futuro quei modelli anglosassoni che ben valorizzano le qualità delle Ostetriche e, a livello associativo, proporre come dei veri promotori e contenitori di idee. I paesi anglosassoni da tempo ci insegnano che la strada del merito è l'unica da percorrere se si vuole recuperare in fretta terreno in termini di competitività. Al congresso nazionale di Palermo abbiamo ribadito la necessità di realizzare "pari opportunità di inizio per tutte/i", ma da questo obiettivo iniziale dovremo partire con un bagaglio pieno di capacità, impegno, studio e rigore. È finito il tempo delle scorciatoie, per tornare a parlare di efficienza e di merito dobbiamo avere il coraggio di abbandonare quei vizi storici che oggi vedono la Fenice bruciare.

► **Segue da pagina 11**

Come sviluppare una professionalità ostetrica completa

fessione. L'ostetrica moderna effettua i piani di assistenza, lavora

per obiettivi, valuta i bisogni ma "deve" ancora saper bene usare le mani ed eseguire quelle manovre, esterne/interne che le permettono di fare diagnosi e valutare la pelvimetria. Spero che la lettura di questi volumi possa coinvolgerci nell'avvincente per-

corso che ha come meta la costruzione di una professionalità ostetrica completa. Un percorso che ho cercato di tracciare "visitando" non solo il piano fisico, ma anche quello emozionale e spirituale che sono l'essenza della nostra vita. (Antonella Marchi)



NUMERO 8 - 2011
ANNO XXII

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: gynecoogoi@hcom.it
Pubblicità
Publiem srl
Centro Direzionale Colleoni
Palazzo Perseo 10
20041 Agrate (Milano)
Tel. 039 6899791
Fax 039 6899792

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
Anno: 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: ottobre 2011
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



Belara®

30 µg etinilestradiolo + 2 mg clormadinone acetato

Elevata efficacia contraccettiva^{1,2}
Tollerabilità e sicurezza ottimali^{3,4}

Una rosa di benefici

Stabilità
del peso corporeo¹²

Effetto positivo
sulla pelle^{5,6}

Controllo
del ciclo^{10,11}

Riduzione
della dismenorrea^{8,9}

Miglioramento
del tono dell'umore⁷

Classe SSN: C

P. P. € 13,80

Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica.

Bibliografia

1. Medical eligibility criteria for contraceptive use. WHO. 2009;Fourth edition. 2. Trussel J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2011;83:397-404. 3. Cagnacci A et al. Insulin sensitivity and lipid metabolism with oral contraceptives containing chlormadinone acetate or desogestrel: a randomized trial. *Contraception*. 2009;79:111-116. 4. Schramm GAK, Schrah G. The efficacy and safety of an oral contraceptive containing chlormadinone acetate: results of a pooled analysis of non-interventional trials in adult and adolescent women. doi:10.1016/j.contraception.2011.03.024 5. Schramm G, Steffens D. A 12-month evaluation of the CMA-containing oral contraceptive Belara®: efficacy, tolerability and anti-androgenic properties. *Contraception*. 2003;67:305-12. 6. Plewig G et al. Efficacy of an oral contraceptive containing EE 0.03 mg and CMA 2 mg (Belara®) in moderate acne resolution: a randomized, double-blind, placebo-controlled Phase III trial. *Contraception*. 2009;80:25-33. 7. Heskamp ML et al. Efficacy of the low-dose combined oral contraceptive chlormadinone acetate/ethinylestradiol: physical and emotional benefits. *Contraception*. 2010;81:49-56. 8. Zahradnik HP. Belara® - a reliable oral contraceptive with additional benefits for health and efficacy in dysmenorrhoea. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2005;10(Supplement 1):12-18. 9. Zahradnik HP. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and hormonal contraceptives for pain relief from dysmenorrhoea: a review. *Contraception*. 2010;81:185-196. 10. Pushparajah et al. Safety Data and Beneficial Effects of the Combined Oral Contraceptive Ethinylestradiol 0.03mg/Chlormadinone Acetate 2mg (Belara®): A 13-Cycle, Observational Study in Routine Clinical Practice. *Clin Drug Investig*. 2011; 31(2):121-134. 11. Schramm G et al. Switching hormonal contraceptives to a chlormadinone acetate c-containing oral contraceptive: The Contraceptive Switch Study. *Contraception*. 2007;76:84-90. 12. Uras R et al. Evidence that in healthy young women, a six-cycle treatment with oral contraceptive containing 30 mcg of ethinylestradiol plus 2 mg of chlormadinone acetate reduces fat mass. *Contraception*. 2009;79:117-121.

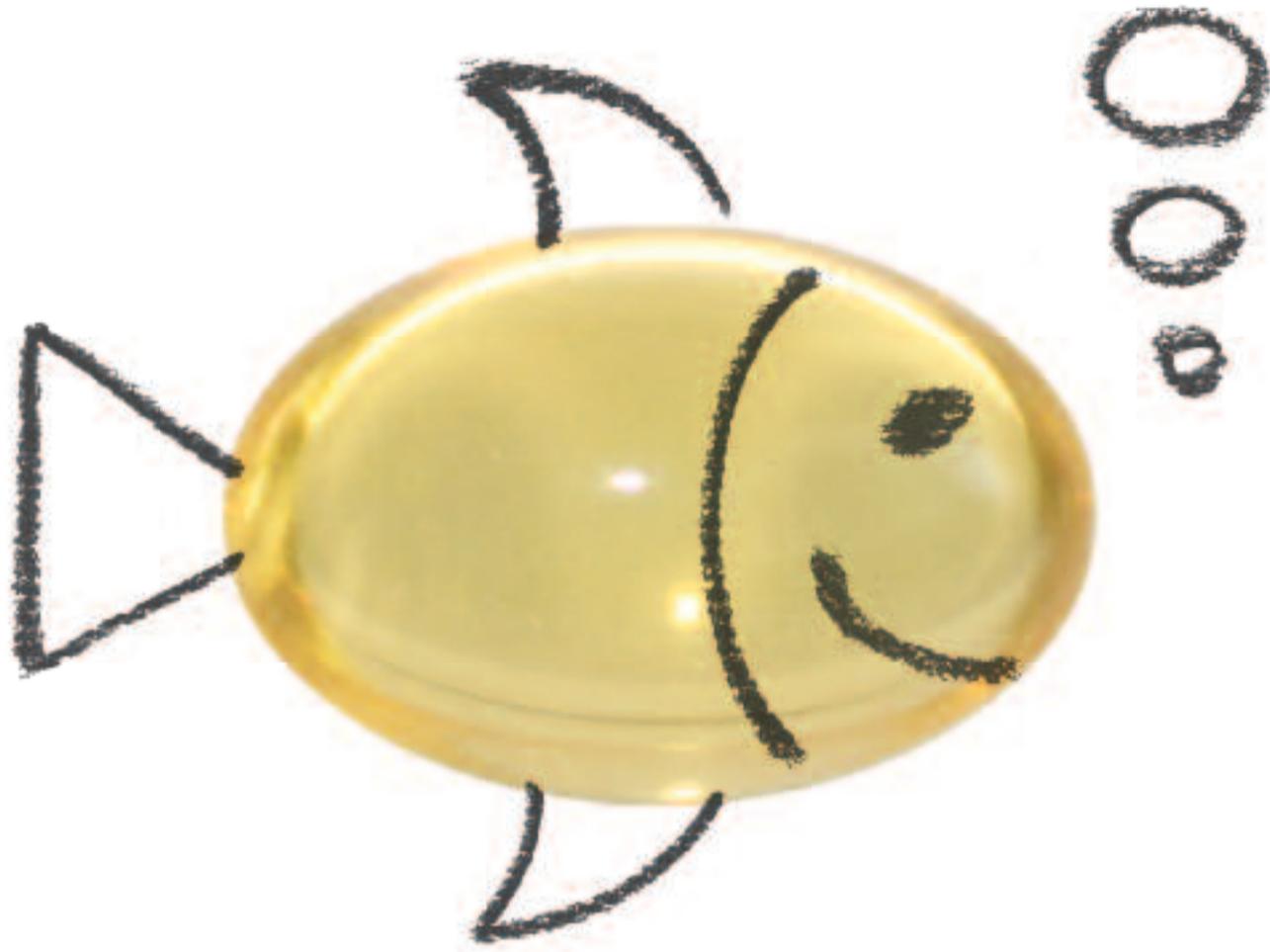


GEDEON RICHTER

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)

