

INDAGINE
CENSIS/FONDAZIONE SERONO

Foto di gruppo con Pma

Chi sono, perché lo fanno
e le difficoltà che incontrano.
Ecco il profilo della coppia tipo italiana
che ricorre alla Pma

■ **Il futuro del farmaco**

A colloquio con
Sergio Dompé, Guido Rasi
e Amedeo Bianco

■ **Chirurgia estetica**

Stop al Far west delle protesi
al seno. In arrivo un registro
nazionale ad hoc

■ **Cesarei**

Ecco come la Uoc di
Castellammare di Stabia
è riuscita a ridurre i Tc

■ **Segnalare i "clandestini"?**

Il dibattito
sull'emendamento
approvato al Senato

SIGO 2009

85° congresso nazionale SIGO
50° congresso nazionale AOGOI

TEMI CONGRESSUALI

- Essere Donna: l'evolversi delle emozioni dalla pubertà alla adolescenza - dall'età fertile alla menopausa
- La diagnosi prenatale: nuovi orizzonti e psicologia di coppia
- Le banche staminali: attualità e prospettive
- Clinica e psicologia della paziente endometriosica
- L'incontinenza urinaria: aspetti clinici terapeutici e psicologici
- La chirurgia plastica ed estetica nelle varie età della donna: stati emozionali
- Prevenzione, screening e vaccinazione HPV: stato dell'arte
- Dalla chirurgia della radicalità alla modulazione della stessa nell'interesse clinico, psicologico e di qualità di vita della donna
- Flussi migratori: vecchie e nuove patologie
- L'integrazione fra medicina di base, medicina territoriale e medicina ospedaliera nella gestione emozionale e clinica del percorso Donna
- Formazione, aggiornamento e qualificazione del ginecologo oggi
- La Responsabilità Professionale: nuovo stato dell'arte e tutela del ginecologo da parte delle Associazioni
- L'importanza della comunicazione il medico-l'ostetrica: "shock comunicativo"

EMOZIONE DONNA TRA LUCI ED OMBRE

Carissimi Colleghi,

È un grande piacere e motivo di orgoglio invitarvi all'85° Congresso della Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia ed al 50° Congresso della Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia Ospedaliera che si terranno a Bari dal 29 ottobre al 1 novembre 2009.

Sono trascorsi 29 anni da quando il Professor Giorgio Cagnazzo presiedette il Congresso SIGO a Bari nel 1980. I temi discussi, innovativi per quei tempi, riguardavano specificamente l'oncologia e l'uroginecologia, fulcro importante di ricerca della nostra scuola barese e che ancora oggi sono argomenti di studio e di confronto.

I percorsi diagnostici e terapeutici, tradizionali ed innovativi, che verranno trattati alla luce delle nuove acquisizioni in campo oncologico, di medicina prenatale, di infettologia, di uroginecologia, di ostetricia e di infertilità dovranno confrontarsi sempre, nel rispetto della patologia affrontata, con la sfera emotiva della paziente.

Le emozioni riassumono la complessità dello stato psico-fisico di ogni soggetto. Questo stato d'animo interviene, con un ruolo più o meno rilevante, nei processi di selezione ed archiviazione degli avvenimenti ritenuti "di valore".

In ginecologia ed ostetricia la salute dell'apparato riproduttivo femminile è legata a doppio filo con il benessere emotivo. Un numero sempre crescente di studi dimostra, infatti, che l'attenzione al vissuto emotivo è la vera chiave per guarire e, spesso, per non ammalarsi.

Bari è la seconda città del mezzogiorno continentale dopo Napoli e nona in Italia per numero di abitanti. È nota per essere la città nella quale riposano le reliquie di San Nicola, tale privilegio ha reso Bari e la sua Basilica uno dei maggior centri prediletti dall'ortodossia in Italia.

Nella parte antica della città si trovano notevoli monumenti, tra cui la cattedrale di San Sabino (1170-1178) con la sua bellissima Cripta, nei cui archivi è conservato un celebre Exultet (codice miniato) databile attorno al 1025, il celebre castello Normanno-Svevo fatto edificare da Federico II di Svevia, il Fortino di Sant'Antonio Abate (XIV secolo) ed il famoso Teatro Petruzzelli, da poco ristrutturato.

La città ha una solida tradizione mercantile e da sempre è punto nevralgico nell'ambito del commercio e dei contatti politico-culturali con l'Est europeo, consolidati grazie all'importante rassegna della Fiera del Levante nata nel 1930 e più recentemente dalla sede del segretariato per il Corridoio trans-europeo.

Da non trascurare i percorsi pedonali che da Piazza del Ferrarese portano, attraverso l'antica Piazza Mercantile, all'intrigo di vicoli della città vecchia, con i suoi profumi e gli scorci di improvvisa bellezza, e la suggestiva passeggiata lungo la Muraglia.

Di particolare interesse anche il territorio circostante ricco di fascino naturalistico oltre che di interesse storico, come la Valle d'Itria a Sud e la Murgia Barese a Nord.

Con l'augurio che i temi congressuali scelti, approfonditi senz'altro con la collaborazione delle vostre ricerche e dei vostri studi, siano per tutti noi di grande interesse, Vi aspettiamo numerosi e siamo certi che a Bari ci ritroveremo insieme vecchi e nuovi amici, uniti nella profonda stima ed amicizia che da sempre hanno contraddistinto la ginecologia italiana.

Sergio Schönauer

Vito Trojano

EMOZIONE DONNA TRA LUCI ED OMBRE

28-31 OTTOBRE 2009
BARI - FIERA DEL LEVANTE

Triumph & C

Via Lucilio, 60 - 00136 Roma
Tel: +39 06 355301 - Fax: +39 06 35340213
sigo2009@gruppotriumph.it

www.sigo2009.it

Presidenti: Sergio Schönauer, Vito Trojano

Presidenti Onorari: Dorothy Shaw, Gamal Serour, Peter Hornnes, Giovanni Monni, Giorgio Vittori



SIGO
SOCIETÀ ITALIANA
DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA

AOGOI
ASSOCIAZIONE
OSTETRICI GINECOLOGI
OSPEDALIERI ITALIANI

Editoriale di Giovanni Monni

Il ginecologo e la Pma

Secondo la recentissima indagine Censis/Fondazione Serono, cui dedichiamo l'apertura di questo numero, il ginecologo resta la figura chiave nel rapporto con l'assistito anche nel caso della procreazione medicalmente assistita.

In quasi tre casi su quattro, infatti, le coppie che hanno deciso di intraprendere la strada della Pma si rivolgono, come prima cosa, al ginecologo di fiducia. Una responsabilità indubbia per la nostra professione. Ma non sempre le cose vanno secondo le attese dei pazienti.

Queste coppie, infatti, hanno indubbiamente una sensibilità e un'attenzione verso il loro desiderio di avere un figlio che, come sottolineano gli estensori dell'indagine, può trovare un freno, o almeno così viene percepito, nelle risposte che il ginecologo dà dopo il primo incontro.

Molte di queste coppie vorrebbero essere direttamente indirizzate verso un centro specializzato, cosa che avviene però solo nel 9,9% dei casi, mentre nella metà dei casi è lo stesso ginecologo a prescrivere approfondimenti diagnostici oppure è anche frequente (quasi nel 30% dei casi) l'invito ad aspettare in attesa di una gravidanza naturale.

Questo percorso fa sì che mediamente una coppia debba aspettare più di un anno per ottenere una diagnosi certa di infertilità. Un lasso di tempo che tende ad allungarsi ulteriormente al Sud e nel caso delle coppie meno istruite e quindi meno "dialoganti" con il medico.

È solo un dato dell'indagine del Censis e della Fondazione Serono, ma certamente è tra quelli che più mi ha colpito e che penso debba porci tutti qualche riflessione in più sul come gestire al meglio questa delicatissima problematica.



Giovanni Monni
Presidente AOGOI

Indice numero 2-2009



www.donna-aogoi.it

Pagina 23
SCUDO GIUDIZIARIO AOGOI
Avviso importante



GYNECOLETTER AOGOI
Per ricevere la newsletter elettronica potete inviare una mail dal vostro indirizzo di posta a gynecoletter@hcom.it specificando nell'oggetto "GYNECOLETTER SÌ"

Primo piano

- 4 Pma: In Italia è ancora una corsa ad ostacoli**
di Giulio Maria Corbelli
- 7 LE INTERVISTE**
Farmaci: la nuova era
Interviste a Sergio Dompé, Guido Rasi e Amedeo Bianco
- 10 Minorenni: stop al seno rifatto, troppi rischi per la salute**
di Ester Maragò
- 12 Osteoporosi: epidemiologia della fragilità**
di Giulio Maria Corbelli
- Premio "Isa Coghi" alla ricerca farmacogenetica**
- 13 Regioni: il riparto dei finanziamenti statali per la sanità**
Hpv: le italiane dicono "sì" alla vaccinazione
di Michele Musso

Professione

- 14 Castellammare di Stabia: isola felice del parto fisiologico**
di Ciro Guarino

FOCUS ON Immigrazione e salute

a cura di G.M. Corbelli

- 16 Pazienti "clandestini": facoltà di denuncia?**
- 18 "Necessario un ripensamento"**
A colloquio con Aldo Morrone, direttore dell'Inmp

- 19 Medici per tutti**
L'esperienza d'ambulatorio del "San Gallicano" di Roma

Professione

- 20 Responsabilità professionale: medici specializzandi e tutor**
di Pier Francesco Tropea
- 21 Bando di concorso Borsa di studio "Ugo Tropea"**
- 22 AGITE: Partecipare alla ricerca sul territorio**
di Maurizio Orlandella

- 23 La Fesmed a Congresso**
di Carmine Gigli

Aggiornamenti

- 25 L'istmocele: fisopatologia e trattamento resettoscopico**
di Gaetano Raimondo et al.

Rubriche

- 27 Fatti & Disfatti 28 Libri 30 Congressi**

GYNECO
AOGOI

NUMERO 2 - 2009
ANNO XX

ORGANO UFFICIALE
DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI
GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

Presidente
Giovanni Monni
Direttore Scientifico
Felice Repetti

Comitato Scientifico
Giovanni Brigato
Antonio Chiantera
Valeria Dubini
Carlo Sbiroli
Direttore Responsabile
Cesare Fassari
Coordinamento Editoriale
Arianna Alberti
email: gynecoaoogoi@hcom.it
Pubblicità
Publiem srl
Centro Direzionale Colleoni
Palazzo Perseo 10
20041 Agrate (Milano)
Tel. 039 6899791
Fax 039 6899792

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

L. 46/04) Art. 1, Comma 1
Roma/Aut. n. 48/2008
Finito di stampare: marzo 2009
Tiratura 6.000 copie
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



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Tracciato il primo identikit della coppia italiana tipo di Giulio Maria Corbelli

Pma: in Italia è ancora una corsa ad ostacoli

Il ginecologo può creare difficoltà alla coppia nel percorso per la procreazione medicalmente assistita? Secondo l'indagine "Il desiderio di diventare genitori: problemi e speranze di chi combatte l'infertilità", anche l'atteggiamento dello specialista contribuirebbe spesso a rendere lungo questo percorso, ritardando il rinvio a un centro per la Pma delle coppie che gli si rivolgono dopo aver scoperto di soffrire di infertilità. Quasi sempre lo fa per effettuare approfondimenti diagnostici ma in un caso su quattro minimizza il problema e invita le coppie a pazientare.

Ma così il tempo passa, e alla fine tra il momento in cui ci si accorge del problema e l'avvio delle prime terapie per la procreazione medicalmente assistita possono passare anche tre o quattro anni, trascorsi consultando diversi medici specialisti e vivendo una esperienza di sospensione e isolamento che difficilmente si riesce a comunicare anche alle persone più vicine. Sono la fondazione Cesare Serono e il Censis a indagare la realtà vissuta dalle coppie che intraprendono un percorso di Pma in Italia, realizzando la prima indagine che, oltre a ricostruire il quadro di questa procedura così come è condotta nei 342 centri rilevati nel 2006 dal Registro nazionale istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità, rileva le opinioni di 606 coppie nel momento in cui vivono sulla loro pelle questa esperienza. Non solo: l'indagine ha anche realizzato uno studio di caso in un centro estero (l'Ivi di Barcellona in Spagna) per mettere a fuoco i motivi che spingono molte coppie italiane a intraprendere lì un cammino verso la realizzazione del loro desiderio di genitorialità.

La realtà della Pma in Italia

Quante sono le coppie infertili in Italia? Non esiste alcuno strumento scientifico che permetta di individuarne l'esatto numero e l'unico riferimento è quello dato dall'Organizza-

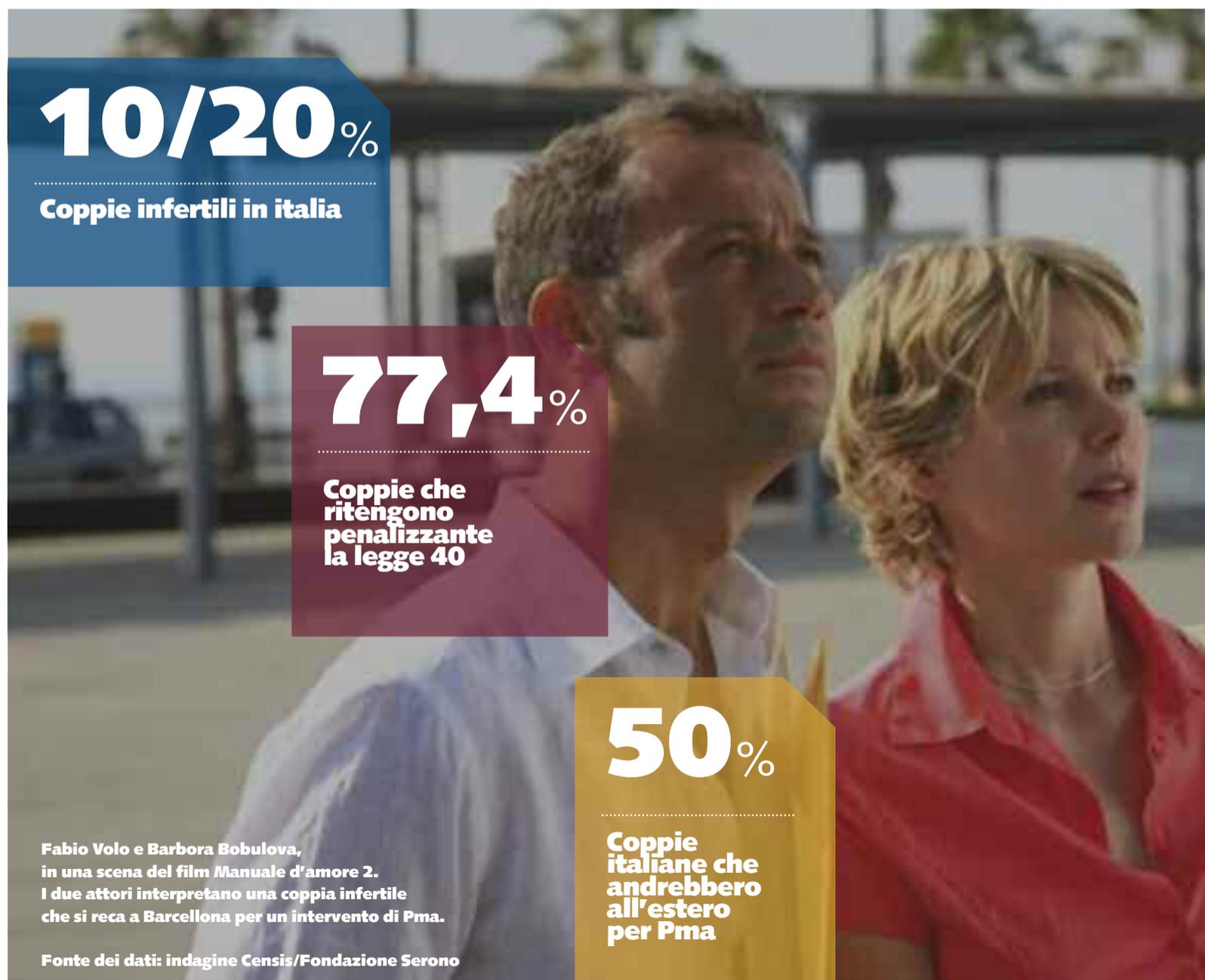
Sposata, colta, tra i 35 e i 38 anni, prevalentemente del nord. È questa l'istantanea scattata dal Censis/Fondazione Serono della coppia tipo italiana che ricorre alla Pma. Ma l'indagine non si ferma all'identikit e rivela che almeno 8 coppie su 10 hanno dovuto attraversare troppe difficoltà prima di arrivare a soddisfare il proprio desiderio di avere un figlio

zione mondiale della sanità che stima che l'infertilità colpisca il 10-20% delle coppie nei paesi industrializzati. Tra queste

coppie, alcune si rassegnano a vivere senza procreare, altre scelgono l'adozione e altre ancora decidono di intraprende-

re il percorso della Pma. Per queste ultime nel nostro Paese, secondo il registro nazionale Pma, esistono 342 cen-

tri autorizzati, ma solo nel 38,9% dei casi si tratta di una struttura pubblica, mentre la maggioranza (55%) è di tipo privato e il resto (6,1%) privato convenzionato. Come purtroppo spesso accade in sanità, la distribuzione territoriale di queste realtà penalizza le regioni meridionali ma soprattutto quelle del centro dove è pubblico solo un centro su quattro. Le coppie che sono state prese in carico nel 2006 in tutti questi centri sono state 52.206 e si sono sottoposte a 70.695 cicli terapeutici. Quasi due terzi di loro (62,2%) hanno intrapreso trattamenti di II e III livello, che rappresentano il 55,2% dei cicli avviati. Le gravidanze ottenute sono state 10.608, che corrispondono al 20,3% delle coppie e al 15,0% dei cicli avviati, ma di queste solo 8.108 hanno proseguito il follow-up e tra loro i centri hanno potuto verificare la nascita di 7.507 bambini.



10/20%

Coppie infertili in Italia

77,4%

Coppie che ritengono penalizzante la legge 40

50%

Coppie italiane che andrebbero all'estero per Pma

Fabio Volo e Barbora Bobulova, in una scena del film *Manuale d'amore 2*. I due attori interpretano una coppia infertile che si reca a Barcellona per un intervento di Pma.

Fonte dei dati: indagine Censis/Fondazione Serono

Identikit della coppia infertile

Se si volesse tracciare il profilo della coppia media contattata per l'indagine Censis/ Fondazione Serono si vedrebbe un uomo di quasi 38 anni sposato da sei anni e mezzo con una donna 35enne, alla ricerca del loro primo figlio da più di 4 anni. Considerando quindi che l'età media delle donne italiane al primo parto è di 29,6 anni secondo le stime dell'Istat risalenti al 2005, le donne in coppia infertile non sono particolarmente più tardive nella ricerca della genitorialità rispetto alla popolazione generale ma in loro la tendenza a posticipare la maternità comporta maggiori problemi: oltre a riflettersi sull'incidenza dell'infertilità che colpisce maggiormente quanto più è avanzata l'età dei partner, questa tendenza spinge le coppie infertili a rendersi conto del problema e quindi ad avviare una terapia in età già relativamente avanzata, quando le possibilità di successo si riducono sensibilmente.

Analizzando in maniera più dettagliata il campione dell'inda-

gine (vedi tabella 1), omogeneamente distribuito sul territorio nazionale, si tratta di coppie consolidate che vivono nella procreazione la concretizzazione di un progetto di vita già solido. La grande maggioranza è costituita da coppie sposate, mediamente appunto da 6,5 anni mentre quelle che dividono la loro quotidianità al di fuori del matrimonio convivono mediamente da circa 5 anni. Sono coppie con posizione sociale piuttosto elevata e la percentuale di laureati del campione è decisamente superiore alla media nazionale (le donne intervistate laureate rappresentano il 30,3% del campione, mentre la quota corrispondente nella popolazione generale è pari al 17,7%; tra gli uomini il rapporto è 26,9% nel campione contro il 14,2 nella popolazione maschile generale). Le coppie che hanno partecipato all'indagine hanno iniziato a cercare una gravidanza mediamente da 4,1 anni al momento dell'intervista e si tratta di un valore che tende a crescere con l'età della donna: se lei ha meno di 32 anni, infatti, i lo-

ro tentativi sono iniziati mediamente 3,0 anni prima mentre sono già passati 5,1 anni dal primo tentativo nel caso in cui abbia già passato i 40. Ma non è questa l'unica fase del percorso "Pma" in cui l'età della donna rappresenta una discriminante...

Scoprire il problema

Per arrivare ad avere un figlio attraverso una tecnica di riproduzione assistita si passano diverse fasi: la prima è quella che intercorre tra i primi tentativi naturali di concepimento e il momento in cui ci si rende conto che c'è un problema. È un intervallo di tempo che mediamente dura poco più di un anno (12,2 mesi) ma che arriva a 16,4 mesi per le donne di 37-39 anni e scende a 7,6 per quelle nella fascia 32-34. Ma soprattutto il dato varia in funzione del livello di scolarizzazione della coppia passando dagli oltre 20 mesi delle coppie di livello inferiore agli 8,5 di quelle più istruite (vedi tabella 2). Meno variabile con il livello culturale dei partner il tempo che intercorre tra i primi dubbi e la scelta di rivolgersi a un medico, tempo mediamente pari a 9,2 mesi e compreso tra il minimo di 7,0 per le coppie con un livello di istruzione più elevato e il massimo di 10,9 per quelle di livello medio.

Agognata diagnosi

Dopo i primi tentativi falliti, il rendersi conto del problema e il primo contatto con il medico, la tappa successiva del percorso è quella della diagnosi. E anche questa presenta non poche difficoltà: solo il 63,8% delle coppie, infatti, riesce a ottenere una risposta certa sulle cause dell'infertilità, mentre nel 29,1% non si riesce a comprendere dove risieda il problema. Ottenere una risposta significa, in molti casi (47,4%), significa interpellare diversi medici e questo vale ancora di più per le coppie residenti al Sud (55,1%) e per quelle con livelli di istruzione più bassi (56,0%). In quasi la metà dei casi in cui si risale alle cause, è il ginecologo ad emettere la diagnosi (48,4%) mentre le indicazioni per l'andrologo sono pari al 25,8% e quelle per lo specialista del centro per la Pma raggiungono il 22,4%.

La durata di questo percorso verso la diagnosi è mediamente di poco superiore a un anno (13,6 mesi) ma anche in questo caso ad essere più svantaggiate sono le coppie meridionali che ci mettono anche più di un anno e mezzo (18,7 mesi il valore medio) e quelle meno istruite per le quali ci vogliono 21,3 me-

Il ruolo chiave del ginecologo

Solo pochissime coppie, pari al 7,0 per cento del totale, una volta capito di avere dei problemi di fertilità, si rivolgono direttamente a un centro per la Pma. In quasi tre casi su quattro (74,8%) ci si rivolge ad un ginecologo, che si conferma figura centrale di questo processo. Una coppia su dieci, invece, afferma di aver consultato il medico di medicina generale. Queste due figure professionali solo raramente (nel 9,9% dei casi) rinviano la coppia verso un centro per la Pma mentre nella metà dei casi (49,1%) sono stati prescritti approfondimenti diagnostici. È questo l'atteggiamento che, secondo alcuni commentatori, procurerebbe ritardi che, in questo processo, vanno a tutto svantaggio del risultato finale. E va anche sottolineato che quasi una coppia su quattro (23,4%) afferma di aver ricevuto, al momento del primo contatto con il medico, rassicurazioni e inviti alla pazienza e questa percentuale sale al 25,5% se si trattava del medico di famiglia e addirittura al 28,0% in caso ad essere consultato fosse il ginecologo.

larizzate. Al momento dell'intervista, il 28,8% delle coppie si stava sottoponendo a terapie di I livello, il 71,2% di II o III. Per circa metà degli intervistati (52,3%) si trattava della prima terapia, mentre il 16,7% del campione aveva avuto esperienza esclusivamente di tecniche di I livello e oltre un quarto (26,3%) aveva già provato tecniche di II e III livello. Erano mediamente 2,9 i cicli sperimentati da chi si era sottoposta solo a procedure di I livello; nel 60,9% dei casi si trattava di inseminazione intrauterina, nel 42,9% di induzione all'ovulazione multipla. Tra chi aveva già provato tecniche di II e III livello, invece, il numero medio dei tentativi era stato 3,3 e nel 55,7% dei casi si era trattato di un'Icsi, nel 48,3% di una Fivet.

Pma, quando il tempo si ferma

La parte più qualificante della ricerca Censis/Fondazione Serono è senza dubbio quella sugli aspetti emozionali riferiti dalle coppie che attraversano l'esperienza della Pma. Un'esperienza che sconvolge le loro vi-

38,9%

Centri Pma pubblici

61,1%

Centri Pma privati (di cui 6,1% convenzionati)

L'"ostacolo" della legge

La legge 40? Necessaria, ma svantaggiosa. Per quasi tre quarti delle coppie intervistate era necessario regolare la Pma (73,3%) e tenere in considerazione anche i diritti dell'embrione (64,5%) ma l'80% concorda con l'idea che chi è infertile in Italia è svantaggiato rispetto a chi vive in altri paesi europei. Il 77,4% del campione pensa che la legge abbia ridotto le sue possibilità di diventare genitori e una percentuale identica ritiene che la legge finisca per penalizzare le coppie con minori possibilità economiche. Perplessità anche sugli aspetti etici che, secondo il 71,0% del campione, sono troppo preponderanti nei contenuti della legge mentre solo il 37,7% crede che metta al centro la salute della donna. È forse per questo che oltre la metà degli intervistati si dice pronto, in caso di necessità e avendone la possibilità, a rivolgersi a un centro all'estero e quasi un terzo di loro a sottoporsi alla fecondazione eterologa; possibilità contemplate anche rispettivamente dal 50,2% e dal 27,2% delle coppie in cui entrambi i partner si definiscono cattolici praticanti.

Tabella 1. Il profilo delle coppie

area di residenza	%
nord ovest	19,7
nord est	24,7
centro	25,6
sud e isole	30,0
totale	100,0
tipologia di coppia	%
coppie sposate	87,0
coppie conviventi	13,0
totale	100,0
età media dei partner	val. medio
partner maschile	37,7 anni
partner femminile	35,3 anni

Fonte: indagine Censis - Fondazione Cesare Serono, 2008

si di media, contro i 9,0 mesi del Nord-Est e i 10,4 medi delle coppie più istruite.

Quale terapia?

Sia nel caso in cui è stato possibile individuare una causa certa per l'infertilità di coppia sia per le coppie in cui questo non sia stato possibile, il periodo che va dal primo contatto con il medico all'avvio della terapia è stato di poco più di un anno (mediamente di 15,6 mesi) e dedicato per la maggior parte agli approfondimenti diagnostici. E anche in questo caso ad essere più svantaggiate sono le coppie dotate di strumenti culturali meno evoluti che ci possono mettere anche più di 20 mesi, contro i 13,9 delle coppie più sco-

te, provocando una sorta di "sospensione esistenziale": gli anni trascorsi senza successo a cercare di risolvere il problema dell'infertilità sono fonte di profonda sofferenza per quasi il 90% delle coppie intervistate mentre quasi la metà di loro (44%) vive questo problema come assillante, senza riuscire a pensare ad altro (tabella 3). Per sette coppie su dieci l'esperienza consolida il rapporto, ma resta una quota del 30% che lamenta problemi, come un peggioramento della vita sessuale. E anche la vita lavorativa presenta difficoltà, almeno secondo il 56,2% degli intervistati che non riescono a conciliare le esigenze della terapia con i tempi lavorativi.

Il disagio è aumentato dal fatto di vivere spesso questa esperienza in solitudine o comunque come qualcosa di cui si fa fatica a parlare: anche se circa l'80% delle coppie che hanno partecipato all'indagine ha parlato del problema o della terapia con i parenti e il 42% con gli amici, una coppia su quattro la-

menta di aver trovato scarsa comprensione. E preoccupa la quota del 10% che ha affrontato tutto il percorso, dalla presa di coscienza all'inizio della terapia, senza mai parlarne con nessuno, nella totale solitudine. Questo dato fa pensare alla quota, presumibilmente consistente, di coppie che, pur

avendo compreso di avere dei problemi di fertilità, non intraprende alcun percorso diagnostico né tanto meno terapeutico. Una realtà che sottolinea la mancanza di informazione esistente nel nostro Paese su questi argomenti.

Tabella 2. Quanto tempo è passato tra i primi tentativi, i dubbi e il contatto con il medico (%)

Livello di istruzione	Quanto tempo è passato...		
	tra i primi tentativi e i primi dubbi	tra i primi dubbi e il primo contatto con il medico	tra i primi tentativi e il primo contatto con il medico
basso	20,1	9,3	29,5
medio	12,4	10,9	23,3
alto	8,5	7,0	15,5
totale	12,2	9,2	21,4

Fonte: indagine Censis - Fondazione Cesare Serono, 2008

Tabella 3. Vivere la Pma per classe d'età della donna (possibili risposte multiple) (%)

	fino a 31	32-34	35-36	37-39	40 e più	totale
siamo consapevoli di un possibile insuccesso tentare la pma è la conseguenza inevitabile della nostra situazione	90,5	86,2	87,0	88,9	88,7	88,2
vivere insieme il problema ha consolidato il rapporto siamo convinti che riusciremo ad avere un figlio	73,3	75,0	83,5	77,8	76,3	77,3
questo problema è assillante, a volte ci sembra di non pensare ad altro	74,3	75,0	83,5	76,2	77,3	77,3
soprattutto uno della coppia è impegnato a cercare una soluzione al problema di infertilità il percorso terapeutico ha alterato la qualità dei rapporti sessuali	77,1	70,7	73,0	72,2	59,8	70,8
la scelta di tentare la pma è stata sofferta	45,7	46,6	46,1	42,1	39,2	44,0
temiamo che il nostro rapporto si deteriori senza un figlio	27,6	34,5	41,7	30,2	38,1	34,3
le esigenze della terapia stanno minando il rapporto di coppia	27,6	25,0	29,6	31,7	29,9	28,8
	16,2	30,2	28,7	26,2	34,0	27,0
	12,4	10,3	8,7	4,8	11,3	9,3
	8,6	7,8	14,8	7,9	7,2	9,3

Fonte: Indagine Censis - Fondazione Cesare Serono, 2008

Tabella 4. I centri per la Pma in Italia (%)

	nord ovest	nord est	centro	sud e isole	totale
pubblici	48,4	55,2	24,7	30,3	38,9
privati convenzionati	9,5	4,5	7,4	3,0	6,1
privati	42,1	40,3	67,9	66,7	55,0
totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazione Censis su dati Registro nazionale Pma - Istituto superiore di sanità

Tabella 5. Aspetti più problematici nel rapporto con i centri per la Pma per tipo di centro (possibili risposte multiple) (%)

	pubblico	privato convenzionato	privato	totale
nessuno in particolare	42,2	41,9	52,6	45,5
costi economici	18,2	18,1	46,8	27,5
difficoltà di accesso	34,9	24,8	6,9	23,9
tempi lunghi per i trattamenti	22,5	21,0	12,1	18,8
difficoltà di informazione	14,3	20,0	20,8	17,5
mancanza di un sostegno psicologico	11,2	20,0	15,0	14,2
aspetti logistici	16,7	13,3	9,8	13,8
scarsa attenzione agli aspetti comunicativo-relazionali	13,6	17,1	12,1	13,8
non disponibilità di tutti i servizi per condurre terapia	16,3	5,7	6,4	11,0
mancanza di un punto di riferimento unico	8,5	17,1	5,8	9,3

Fonte: Indagine Censis - Fondazione Cesare Serono, 2008

Quante sono le coppie infertili in Italia?

Non esiste alcuno strumento scientifico che permetta di individuarne l'esatto numero e l'unico riferimento è quello che stima che l'infertilità colpisca il 10-20% delle coppie nei paesi industrializzati

È il ginecologo ad effettuare la diagnosi sulle cause dell'infertilità in quasi un caso su due

Il centro che vorrei...

Il rapporto con il centro che le ha prese in carico (nel 43,0% dei casi nello stesso anno dell'intervista e nel 26,5% in quello precedente) è generalmente buono: dopo essere state indirizzate lì dal medico (nel 59,6% dei casi) o dalle notizie relative ai buoni risultati ottenuti dalla struttura (38,3%), le coppie si sono dichiarate molto o abbastanza soddisfatte nel 94,9% dei casi, senza differenziazioni significative tra centri pubblici, privati o privati convenzionati. La maggioranza delle coppie non segnala problemi particolari; tra chi ne segnala qualcuno, invece, il più "gettonato" è riferito ai costi economici che costituiscono un problema per il 27,5% delle coppie che diventa il 46,8% tra quelle che si sono rivolte a un centro privato. Chi si rivolge ai centri pubblici, invece, lamenta prevalentemente difficoltà legate all'accesso (liste d'attesa, ecc.) segnalate dal 34,9% di coloro che hanno scelto questo tipo di struttura; ma queste costituiscono ostacoli anche per il 24,8% di chi ha preferito il privato e per il 6,9% del privato convenzionato, così che la percentuale generale è del 23,9%

Care le promesse di Barcellona

Sono tante le donne italiane che scelgono di effettuare i trattamenti per la Pma all'estero e uno dei centri d'elezione è sicuramente l'Istituto valenciano de infertilitat (Ivi) di Barcellona. Qui, quasi la metà dei cicli di ovodonazione vengono effettuati su pazienti italiane, che rappresentano la quota preponderante tra le straniere afferenti al centro. Ma un terzo delle nostre connazionali che scelgono la capitale catalana effettuano cicli con gameti propri, legali anche nel nostro paese. Eppure, come testimonia anche Cristina Pozzobon che opera nel centro spagnolo, effettuare trattamenti a Barcellona costa molto, tanto che statisticamente la maggior parte delle pazienti italiane che scelgono questa soluzione appartiene a fasce economicamente benestanti, per il 70-80% provenienti dall'Italia settentrionale. E prima di approdare all'Ivi mediamente hanno già effettuato 2-3 cicli di Ii livello in Italia. Sarà quindi la speranza di trovare trattamenti con maggiori percentuali di successo a spingerle ad "emigrare" oppure il clima di efficienza e accoglienza che, pare, si respira nel centro catalano?

La stragrande maggioranza delle coppie intervistate lamenta come disagio il tempo trascorso senza riuscire ad ottenere una gravidanza

In tutte le fasi del trattamento terapeutico, le coppie più svantaggiate sotto il profilo culturale perdono più tempo, soffrono di più e probabilmente molte di loro rinunciano prima di arrivare al centro per la procreazione assistita

Il futuro del farmaco

Farmaci: la nuova era

Per l'industria del farmaco è tempo di grandi cambiamenti. Con il presidente di Farmindustria **Sergio Dompé**, il direttore dell'Aifa **Guido Rasi**, e il presidente della Fnomceo **Amedeo Bianco** abbiamo provato a tracciare i contorni di questa nuova stagione che si apre per la farmaceutica, mettendone a fuoco caratteristiche e obiettivi. Ne esce un quadro molto dinamico che si può riassumere nella forte

convincione, espressa in queste interviste, di essere alla vigilia di prossimi e potenti cambiamenti negli assetti industriali, nelle regole autorizzative, nei trials e nelle metodiche della ricerca, nei sistemi di distribuzione e soprattutto negli obiettivi di cura e terapia, che saranno sempre più incentrati sull'applicazione delle nuove conoscenze nel campo della genetica e della medicina molecolare.

INTERVISTA A SERGIO DOMPÉ,
PRESIDENTE DI FARMINDUSTRIA

“Niente sarà più come prima”

Neanche il brevetto che, così come lo conosciamo oggi, è superato. Per il futuro dobbiamo infatti aspettarci nuove forme di protezione del know-how che tengano conto dei nuovi sviluppi della ricerca

di **Cesare Fassari**

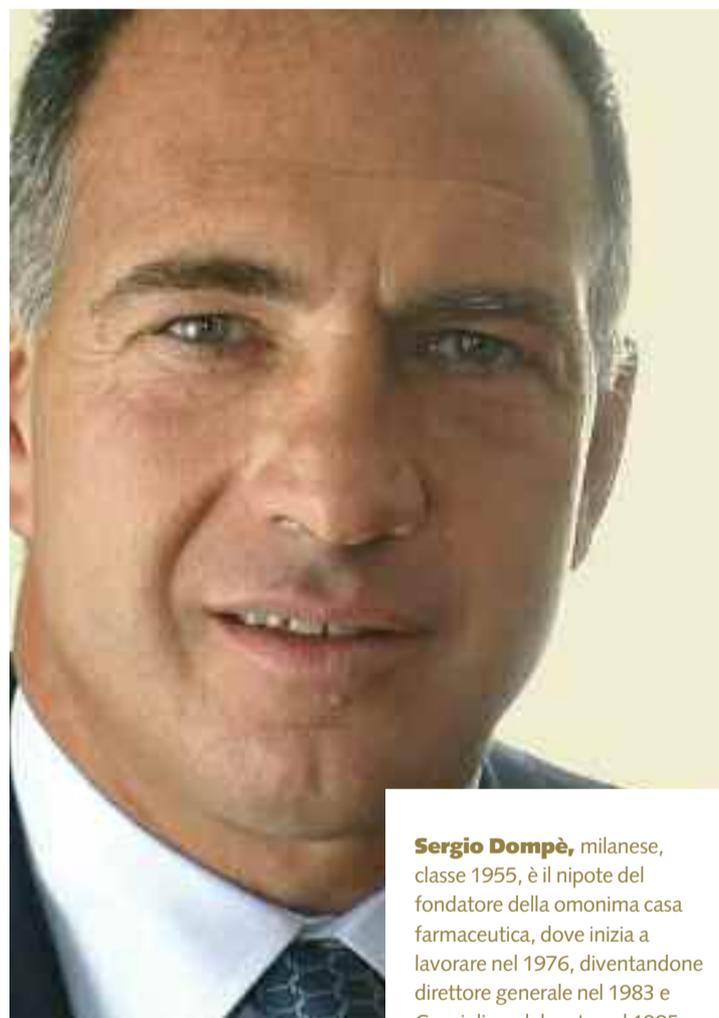
“Niente sarà più come prima. Il comparto farmaceutico conoscerà anni di grandi cambiamenti, ma non aspettatevi scenari apodittici con una Big Pharma mondiale monopolista del know how e della produzione. Il futuro che ci attende lo dobbiamo immaginare con molti colori e molte diversità. Nella ricerca, nella produzione, nelle regole che sovrintenderanno il nostro mercato. E questo futuro è già iniziato. Guardiamo alla Roche, per esempio. Dieci anni fa era un colosso con farmaci per terapie rivolte a platee universali. Dalle vitamine ai grandi antibiotici di massa. Oggi Roche – accanto alle molecole tradizionali – è tra le aziende all'avanguardia nella produzione di farmaci innovativi mirati, ultra specialistici e con target specifici di terapia. Questa è la via”.

La conversazione con Sergio Dompé, da quattro anni alla guida di Farmindustria, si avvia così, con questa visione di sviluppo per il settore farmaceutico verso la quale nutre molto ottimismo ma anche una buona dose di realismo che gli fa dire “O si farà così o si muore. È in gioco la stessa sostenibilità del sistema che non può più permettersi costi e tempi faraonici per lo sviluppo di una nuova molecola”. **Presidente Dompé, è la fine delle grandi acquisizioni, quindi?** Assolutamente no. Le concentra-

zioni e l'allargamento delle sinergie di ricerca e produzione continueranno, è ineludibile. Ma dobbiamo immaginare che nel nostro settore avverrà quanto già accaduto nel settore informatico. Grandi aziende ma inserite in un network costituito da migliaia di poli – imprese, centri di ricerca, laboratori – molto dinamico e agile e con forti caratteristiche di innovazione. Una realtà dove, per poter competere sul mercato, bisognerà essere capaci della massima collaborazione reciproca. Sembra un ossimoro ma non lo è affatto. È il futuro.

Ma collaborazione non fa rima con brevetto. Sta forse annunciando la fine del copyright farmaceutico, fino ad oggi difeso con le unghie e con i denti dalle grandi multinazionali del farmaco?

In parte sì, anche se il brevetto rimane essenziale. Il punto sarà semmai quello di valutare nuove forme di protezione del know how, ma è certo che il brevetto, così come l'abbiamo conosciuto, agganciato alla scoperta della singola molecola utile per la terapia di una singola patologia, è ormai storia. Un esempio. Fino a 15 anni fa un'azienda era in grado di produrre qualche centinaio di molecole al giorno. Oggi, la stessa azienda ne produce 10 mila nelle stesse ore. Come si può immaginare di blinda-



Sergio Dompé, milanese, classe 1955, è il nipote del fondatore della omonima casa farmaceutica, dove inizia a lavorare nel 1976, diventandone direttore generale nel 1983 e Consigliere delegato nel 1985. Dal 1998 al 2004 ricopre la carica di Presidente di Assobiotech. Da giugno 2005 è Presidente di Farmindustria

re tutto questo? Come si può pensare di non condividere lo sviluppo di un nuovo prodotto, nato dalla farmacogenetica e dalla medicina molecolare, che si è dimostrato in grado di incidere su un processo degenerativo, sapendo che potrebbe avere la stessa efficacia su altri 100 processi di alterazione genetica, corrispondenti ad altrettante cause di malattie e patologie?

Per il Professor Rasi la rivoluzione della ricerca genetica e molecolare porterà inevitabilmente ad un ridimensionamento della medicina basata sull'evidenza. È d'accordo?

Non c'è dubbio su questo. Quando si arriva a selezionare i trials clinici per lo sviluppo di un farmaco sulla base di un grande la-

cui si basa tradizionalmente l'evidence based medicine.

Quali saranno le aree terapeutiche più interessate a questa rivoluzione nei metodi e nelle tecniche di ricerca?

In realtà le nuove metodologie mettono in discussione la stessa idea di area terapeutica. In altri termini la ricerca non si orienterà più verso la soluzione terapeutica per quella patologia specifica, ma saranno i risultati stessi della ricerca a dire verso quali meccanismi patogeni potrà combattere il farmaco potenziale al quale si sta lavorando. Per questo oggi si possono finalmente aggredire le malattie rare. Perché nel segreto delle loro cause si cela ben più della ricetta per combatterle. La scoperta e l'isolamento dei meccanismi causali di queste patologie, così specifiche e con numeri epidemiologici piccolissimi, potrà infatti rivelarsi preziosa anche per isolare processi e guasti nel nostro organismo colpevoli di malattie ben più diffuse. In poche parole dal piccolo al grande, con un'inversione copernicana di metodi e approcci che ha bisogno del concorso di tutti. Comprese piccole e medie aziende ma anche dell'università e degli altri comparti di ricerca operanti nel mondo. È questo il senso del network di know how di cui le parlo poco fa.

E l'Italia, che ruolo ha in questo “grande gioco”?

Enorme. E questo è il momento giusto per mettersi in pista.

Perché?

Perché ci sono le condizioni per farlo. Con un Governo che ci segue con attenzione, confermando anche le scelte del precedente Esecutivo, al quale va riconosciuto di aver avviato nuove forme di relazione tra Stato e Industria farmaceutica, basate finalmente sulla convinzione che il nostro comparto sia una risorsa e un'opportunità per l'economia e non una palla al piede per la spesa pubblica. Gli scenari che ho appena raccontato sono già patrimonio condiviso di ministri come Sacconi, Scajola, Gelmini e del Sottosegretario Fazio, che ha competenze scientifiche di alto livello. E naturalmente anche per l'Aifa, con la quale abbiamo iniziato un confronto importante per far sì che, insieme ai metodi e alle tecniche di sviluppo di un nuovo farmaco, possano cambiare contestualmente anche le norme regolatorie che ne disciplinano il futuro. E infine diverso è il rapporto con Confindustria.

Vale a dire?

Non ci consideriamo e non siamo più considerati ospiti ma parte attiva del sistema. Si sono definitivamente archiviate alcune incomprensioni. E ciò è avvenuto proprio perché il sistema farmaceutico italiano è cambiato nel porsi verso il mercato e le sue sfide. Sono cresciute nuove realtà nazionali ma soprattutto si comincia a ragionare sul chi fa cosa per questo Paese. A prescindere dalla nazionalità degli azionisti. E questo è accaduto prima di tutto a casa nostra, in Farmin-

dustria, dove ormai non ha più senso parlare di italiane, americane, francesi, tedesche ma si parla finalmente di imprese operanti in Italia. E oggi l'Italia del farmaco è aperta alla competizione globale e lo dimostrano i nostri dati sull'export. Nel 1991 vendevamo all'estero non più del 10% della produzione. Oggi abbiamo superato il 53%.

E le Regioni, con loro come va? Temete che il processo di federalismo sanitario possa pregiudicare l'unitarietà dell'offerta farmaceutica?

La paura di una rincorsa forsennata all'autonomia per l'autonomia c'è. Ma paradossalmente sono convinto che più federalismo possa tradursi in più unitarietà. In termini di qualità, regole e livelli di assistenza. Dobbiamo pensare infatti che la vera motivazione delle rincorse all'autonomia regionale in materia di assistenza farmaceutica è sempre stata quella di fronteggiare la spesa. In realtà sappiamo che controllare la spesa farmaceutica è possibile. Senza limitare l'offerta e il diritto ad avere a disposizione gli stessi farmaci riconosciuti come essenziali dall'Aifa, in tutta Italia, senza discriminazioni. Riescono a farlo molte Regioni e lo hanno fatto intervenendo sull'appropriatezza e sulla corretta informazione ai medici e ai cittadini. Ecco, sono convinto che quando il processo federalista giungerà a compimento anche con il federalismo fiscale e con la massima autonomia e responsabilità delle Regioni, queste inizieranno a guardarsi reciprocamente con occhi diversi e più attenti alle rispettive performance. Il benchmarking diventerà uno strumento reale di cambiamento e favorirà i processi virtuosi di riallineamento sugli standard ottimali di spesa ma nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e dell'uniformità del diritto alla cura in tutto il Paese.

Ultima questione. La crisi economica globale. Il farmaco non ne sembra particolarmente toccato.

Solo apparentemente. Ma dobbiamo vedere da qui ai prossimi dieci anni. Il nostro è un settore che non si misura a breve termine. Gli effetti della crisi sul sistema economico generale noi li vedremo più in là ma li vedremo, purtroppo. Anche per questo dobbiamo attrezzarci da subito per ribaltare il nostro modo di porsi di fronte all'innovazione. Non possiamo permetterci più tempi biblici per nuove molecole blockbuster dal futuro incerto. Dobbiamo accorciare i tempi, con ricerche mirate, specifiche, in grado di offrirci prodotti sempre più personalizzati e rispondenti alle nuove possibilità di diagnosi e di predizione della malattia che la scienza ci offre e ci offrirà sempre di più nei prossimi anni.

INTERVISTA A GUIDO RASI, DIRETTORE DELL'AIFA

La rivoluzione delle regole e il tramonto dell'evidence based medicine

Sarà inevitabile, perché farmaco-genetica, genoma e medicina molecolare diventeranno protagonisti dell'innovazione. E il sistema delle regole dovrà essere pronto a confrontarsi con trials sempre più mirati e personalizzati. E in questo contesto la medicina basata sull'evidenza ha fatto ormai il suo tempo. Per l'Aifa in arrivo 200 nuove unità: con loro ridurremo i nostri tempi di lavoro del 40% entro il 2009

“È tempo di grandi cambiamenti per l'industria del farmaco, dopo troppi anni vissuti sugli allori di una stagione forse irripetibile. Quella delle grandi scoperte di terapie per grandi patologie di massa che hanno senz'altro fatto bene alla salute ma anche favorito grandi profitti in tutto il mondo. Oggi è diverso. La spinta all'innovazione, che resta nel dna dell'industria farmaceutica, è costretta entro confini sempre più stretti che non consentono più investimenti e tempi di ricerca ciclopici come quelli dell'età dell'oro.

E allora la strada è una sola: farmaco genetica e genomica e medicina molecolare per dare risposte ad una domanda sempre più personalizzata di terapia, con tempi e budget di ricerca dimezzati rispetto agli standard e ai trials clinici tradizionali”.

E' questa la ricetta di Guido Rasi, da qualche mese alla guida dell'Aifa, nominato dal ministro Sacconi al posto di Nello Martini, vittima, quest'ultimo, delle ombre sollevate dall'indagine avviata dal procuratore Guariniello su presunti illeciti commessi da alcuni funzionari dell'Agenzia. Rasi è un affabile e cortese professore universitario di microbiologia e accetta tranquillamente quest'intervista a tutto campo. E, almeno nella prima parte, è più il ricercatore e l'esperto a parlare, piuttosto che il potente direttore dell'Agenzia Italiana del Farmaco sulla quale, come vedremo, ha comunque idee molto chiare.

Professor Rasi, è quindi finita l'epoca delle vacche grasse, con farmaci blockbuster plurimiliardari e mercati apparentemente infiniti entro i quali piazzare nuove molecole una dopo l'altra?

Onestamente penso proprio che quel periodo sia finito. Del resto è oggettivo il fatto che su alcune grandi patologie, protagonisti di ritrovati farmacologici rivoluzionari e destinati quasi naturalmente a consumi di massa, diventi sempre più arduo trovare nuovi farmaci realmente innovativi rispetto a quelli già in commercio. Oggi la sfida è quella di col-



Guido Rasi, Direttore Generale dell'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa) dal luglio 2008, è nato a Padova nel 1954. Specialista in Medicina Interna e in Immunologia e allergologia clinica, è Professore Ordinario di Microbiologia ed è stato docente in "Immunology and Engineered implants" all'Università di California, Berkeley

pire bersagli più piccoli, mirati, con terapie personalizzate. E le industrie lo sanno, tant'è che stanno smontando intere catene di ricerca ormai obsolete e improduttive.

Dal macro al micro, quindi?

È inevitabile. È il futuro prossimo, dove farmaco genetica, genoma e medicina molecolare giocheranno a tutto campo. E il sistema delle regole dovrà essere pronto a questa rivoluzione.

Si spieghi.

Oggi le autorità regolatorie, l'Aifa in Italia, l'Emea in Europa, l'Fda negli Usa, basano le proprie valutazioni essenzialmente su trials clinici molto estesi, di fatto incentrati sulla logica della evidence based medicine che mostra da tempo diversi limiti. Soprattutto perché risultati migliori, con tempi e costi ridotti, si possono ottenere con altri metodi di valutazione e verifica, sia della tossicità che dell'efficacia. Senza contare poi che, anche con trials estesi a 10-20-30 mila persone, non si potranno considerare mai

tutte le variabili esistenti nell'essere umano.

So di dire una cosa forse impopolare ma è indubbio che ormai l'Ebm ha fatto il suo tempo. È stata, ed è ancora per molte applicazioni, un metodo valido e fondamentale per un'analisi seria dei rischi e dei benefici di una pratica terapeutica, ma per il farmaco in particolare oggi esistono metodi più avanzati. Con la possibilità di essere molto più mirati sull'obiettivo, con minori margini di variabilità rispetto alla tradizionale verifica osservazionale fatta su moltissimi pazienti, ma senza alcuna particolare selezione mirata del target. E questo vale anche per la farmacovigilanza post commercializzazione.

Si riferisce sempre alle nuove frontiere della genetica e della medicina molecolare?

Esatto. Queste nuove metodologie devono quindi essere fatte proprie anche dagli enti regolatori, ridisegnando completamente le regole del gioco e la metodologia degli studi clinici. Adottando trials mirati che ci consentiranno di identificare meglio sia i rischi che i benefici dei nuovi prodotti. Ma anche di spendere meno per le sperimentazioni, con benefici economici per le imprese che non potranno che ripercuotersi anche sul prezzo finale del prodotto, con un costo dell'innovazione inferiore rispetto ad oggi, sia per i servizi sanitari che per i cittadini.

Questo il futuro e oggi?

Guardi è un futuro prossimo con il quale è bene ci si confronti da subito. E poi le vorrei chiarire che non è solo una questione di nuove tecniche, dietro c'è anche un metodo più generale di valutazione della produzione del bene salute che ritengo applicabile da subito e non solo sul farmaco.

Cioè?

Resto all'oggi, senza alcun salto nel tempo. Quando valutiamo il prezzo di un farmaco, ma ritengo che questo possa valere anche per altre prestazioni sanitarie, siamo portati a limitare il confronto al costo brutale del prodotto. Costa di più o di meno di un farmaco o di una terapia già in uso? È più o meno conveniente? Limitarci a questo tipo di opzioni è assolutamente sbagliato e conduce a scelte ragionieristiche senza alcuna valutazione sul costo globale di quel paziente e di quella patologia. E per costi globali intendo, ad esempio, anche quelli potenzialmente evitabili grazie al fatto che quel farmaco, che magari costa un po' di più, può produrre una riduzione dell'ospedalizzazione.

Oggi non seguiamo questo criterio con metodo. Non escludo che in alcuni casi se ne sia tenuto conto, ma la regola è quella di guardare al prezzo del prodotto e basta. Vorrei invece che si cominciasse a guardare al costo complessivo della patologia e alla misura in cui il farmaco può o meno incidere su tale costo, facendo ovviamente il suo mestiere, che è quello di curare efficacemente e in sicurezza.

E secondo lei l'Aifa è in grado di fare questo?

Oggi no. Siamo troppo pochi ma conto sui 200 nuovi esperti annunciati dal sottosegretario Fazio.

Ma l'Aifa è accusata anche di essere lenta.

Mi verrebbe da dire che la lentezza non è di per sé un male, soprattutto considerando che l'Emea è forse troppo "veloce" nelle sue deliberazioni. Il problema è la certezza dei tempi nelle autorizzazioni e nelle altre procedure di nostra competenza. Questo non vuol dire che, anche grazie alla maggiore efficienza che deriverà dall'acquisizione del nuovo personale, non ci impegneremo a ridurre i nostri tempi standard...

Di quanto?

Di almeno il 40%, entro il 2009. Ma insisto, il problema è la cer-

tezza sui tempi di risposta che dobbiamo dare agli operatori, consentendo a tutti di programmare i passi successivi all'ingresso sul mercato di un nuovo prodotto.

Ultimamente le maggiori grane all'Aifa sembrano però venire dalle Regioni che spingono per una maggiore autonomia decisionale in materia di farmaci. L'ultima in ordine di tempo è quella che qualcuno ha già ribattezzato "Aifa 2", definendo così il programma di valutazione delle tecnologie sanitarie, farmaci compresi, varato dalla Lombardia. Non conosco nel dettaglio quel programma. Non ho dubbi sulla buona fede e la capacità tecnica della Lombardia di varare un progetto ambizioso e utile come quello di valutare l'impatto in termini di salute delle tecnologie e dei farmaci. Ci mancherebbe. Mi chiedo però se sia più utile farlo in una sola Regione, o anche in due tre, oppure unire le forze e farlo tutti insieme qui all'Aifa, con il concorso e le esperienze regionali che già oggi sono ampiamente rappresentate in tutti i nostri organismi, sia tecnici che gestionali.

Sì, ma le Regioni vogliono fare da sole...

Se è così sbagliano. Sia quando limitano con provvedimenti autonomi l'accesso ai farmaci inseriti nei Lea in una logica perversa di prontuari regionali diversi da una realtà all'altra, sia quando pensano di ricostruirsi in casa strumenti e organismi di valutazione che, nel migliore dei casi, non faranno che replicare quanto stiamo già facendo qui all'Aifa.

Come le dicevo le Regioni indicano componenti del cda ed esperti in tutte le nostre commissioni. La logica del legislatore che ha voluto l'Aifa era quella di coinvolgere direttamente le Regioni nella gestione, nell'attività scientifica e in quella di politica del farmaco che svolge l'Aifa. Sa cosa accade in realtà?

Me lo dica.

I rappresentanti ci sono. Tutti autorevolissimi. Ma purtroppo senza alcun reale ruolo di rappresentatività, con il risultato che qui a Roma votano sì su una determinata delibera, la stessa che poi sarà magari, e accade spesso, sconfessata a casa loro, nella stessa Regione che li ha indicati quali suoi rappresentanti. Ha senso tutto questo?

Lo stesso accade anche in altre realtà dove operano insieme rappresentanti del Governo e delle Regioni. Alla fine la decisione è politica e la prendono i Presidenti.

Lo so. Ed è ovvio che l'ultima parola spetti alla politica. Ma saperlo non mi toglie dalla testa che questi meccanismi decisionali rivelano un modo improduttivo di collaborare tra diversi livelli istituzionali. Qui all'Aifa c'è anche il Governo che ha poteri di indirizzo e che li esercita condividendo strategie e politiche dell'Agenzia. Perché lo stesso non si può fare anche con le Regioni? (C.F.)

L'OPINIONE DEL PRESIDENTE DELLA FNMCEO

Bianco: "I nuovi farmaci devono far crescere l'appropriatezza"

"I nuovi farmaci hanno finestre di efficacia più ristrette, per questo l'appropriatezza prescrittiva diventa il nodo centrale per la tenuta del sistema". E questo significa intervenire sulla formazione dei medici, sia nelle università che attraverso l'Ecm

di Eva Antoniotti

Amedeo Bianco crede molto nella trasparenza dei rapporti tra medici e industria del farmaco e in questi anni di presidenza della Fnomceo ha molto lavorato in questa direzione.

"I medici e l'industria hanno un obbligo di dialogo perché sono chiamati entrambi a corrispondere ad un bisogno di salute tutelato come diritto fondamentale della persona" ribadisce con energia e spiega: "Dialogare vuol dire riconoscersi, riconoscersi vuol dire capire reciprocamente quali sono i diritti, i bisogni, il codice etico dell'altro. Questo è quello che stiamo facendo. L'industria ha, ovviamente, un ruolo straordinario nella gestione del diritto alla salute, è un caposaldo fondamentale, perché la ricerca ci fornisce nuovi strumenti per affrontare le malattie".

Presidente Bianco, come può procedere questo rapporto trasparente tra medici e industria? Occorre conoscere i limiti e le norme etiche l'uno dell'altro. Per noi il farmaco è un prodotto etico che deve garantire il bene della persona, e questo resta il nostro scopo. Ma avere un dialogo aperto con l'industria, può portare benefici in molte direzioni, superando schemi preconfezionati e trovando vie più dirette. Ad esempio, possiamo contribuire ad alleggerire l'industria di molti oneri nella commercializzazione del farmaco, usati da sempre per "forzare" elementi di mercato. È un modo per liberare risorse da costi impropri e credo che sia un contributo importante in un momento difficile come l'attuale.

Lo sviluppo di farmaci innovativi pone anche problemi di accesso e di sostenibilità del sistema, visti gli alti costi. È preoccupato per questo?

I nuovi farmaci sono una straordinaria possibilità per la salute, ma impongono di cambiare molti paradigmi: cambia il paradigma delle metodologie, cambia il paradigma della ricerca e dunque deve cambiare in qualche modo anche il paradigma della formazione del medi-



Amedeo Bianco, è nato a Napoli il 20 luglio 1948. Laureato nel 1973, medico internista presso l'Ospedale Mauriziano Umberto I° di Torino, dal 2000 è presidente dell'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri del capoluogo piemontese. Nel marzo 2006 è stato nominato presidente della Fnomceo, incarico in scadenza proprio in questi giorni, ma che potrebbe essere rinnovato.

co, della formazione di base ma anche della formazione continua. Questo trend di sviluppo del farmaco è impensabile che possa svilupparsi compiutamente senza una responsabile e attiva partecipazione del medico. Per questo, deve cambiare anche il paradigma della presenza del medico all'interno dei processi decisionali. Se il medico è un elemento importante occorre che sia inserito a pieno titolo nel sistema, riconoscen-

"Questo trend di sviluppo del farmaco è impensabile che possa svilupparsi compiutamente senza una responsabile e attiva partecipazione del medico"

dogli autonomia e responsabilità e non pensando che possa essere eterodiretto, magari sulla base di protocolli rigidi, vin-

coli e prescrizioni. Autonomia, responsabilità e appropriatezza nell'uso del farmaco: questa è davvero la scommessa del futuro.

Perché dice che l'appropriatezza è ancora più importante che nel passato?

I nuovi farmaci hanno finestre di efficacia più ristrette, per questo l'appropriatezza prescrittiva diventa il nodo centrale per la tenuta del sistema. E l'appropriatezza è il territorio proprio dei professionisti, perché garantisce meglio di ogni altra procedura l'effica-

cia del trattamento. Inoltre, la scelta appropriata conduce insieme all'efficacia del trattamento e all'efficienza, cioè all'impiego migliore delle risorse disponibili. È indiscutibile che su questo terreno, quello della prescrizione e dell'uso del farmaco, ma anche su altri ambiti delle attività sanitarie, l'efficienza, intesa proprio nel senso del massimo ritorno delle risorse economiche impiegate, passa attraverso l'efficacia, cioè un buon ritorno in termini di risultati di salute.

Quando si parla di spesa, sempre più spesso si tira in ballo anche la cosiddetta medicina difensiva che costerebbe circa 15 miliardi di euro all'anno. Cosa si può fare?

Uno studio americano di qualche anno fa, molto ampio, valutava che negli Usa, patria del contenzioso, il costo della cosiddetta medicina difensiva si attestava tra il 7 e il 12%. Credo quindi che per l'Italia 15 miliardi sia un dato sovrastimato, ma ciò non toglie che questo sia oggettivamente un problema. Credo che la medicina difensiva sia una sindrome fatta di molti sintomi e molte cause ed è impossibile pensare di risolverla con una sola medicina. Sicuramente la pratica dell'appropriatezza è una medicina adatta, perché molte pratiche difensive sono radicate in cattive pratiche, nell'uso di comportamenti e di procedure datate e superate. Quindi la prima cosa da fare è incrementare le buone pratiche, attraverso le linee guida e i protocolli, implementando un sistema che nel nostro Paese ancora oggi è carente.

Altro elemento importante, utile anche per la ricerca clinica oltre che per combattere la medicina difensiva, è avviare un cambio di cultura nelle aziende e nell'intero sistema, per arrivare ad un utilizzo positivo dell'errore. Ovviamente l'errore non è una cosa positiva in sé, ma partendo dall'errore si possono e si devono migliorare i professionisti e le organizzazioni. È una pratica che in altri sistemi complessi, come l'aeronautica, è stata realizzata e che dobbiamo rapidamente introdurre anche nel mondo sanitario, superando resistenze antiquate che difendono una infallibilità "infantile". Senza dimenticare che la medicina difensiva non produce solo "eccessi", ma anche "carenze", quando ci si sottrae ad una pratica efficace ma che comporta inevitabili rischi. E sapendo che su questo tema occorre attivare, oltre alle strategie professionali, anche riflessioni in ambito assicurativo e giuridico.

di Ester Maragò

Stop al Far west delle protesi al seno. Parola di sottosegretario al Welfare, Francesca Martini che ha annunciato l'intenzione di istituire, a stretto giro di posta, un registro nazionale ad hoc per regolamentare il settore. E non finisce qui, potrebbe arrivare presto anche il divieto di ritocchi al seno per le minorenni non motivati da specifiche indicazioni mediche.

Il giro di vite del sottosegretario è arrivato, il 4 febbraio scorso, in occasione della presentazione di un inedito sondaggio "Medicina estetica: i perché e i rischi visti dalle donne italiane" promosso dalla Health Communication e realizzato dalla Swg di Trieste su un campione di 500 donne di età compresa tra i 16 e i 45 anni.

Basta guardarsi intorno per capire che l'abitudine di ricorrere al bisturi per mutare la propria immagine esteriore è ormai dilagante, soprattutto ha iniziato a contagiare le nuove generazioni: secondo stime non ufficiali sono, infatti, circa 180 mila gli italiani che, non sempre spinti da reali esigenze mediche, ogni anno ricorrono alla chirurgia estetica per la correzione di difetti fisici e di questi 25mila riguardano interventi di mastoplastica correttiva.

Ma l'universo femminile quanto è informato sui rischi fisici e psicologici che questi interventi possono comportare?

Dal sondaggio è emerso che una donna su tre ammette di essere scontenta del proprio aspetto fisico, il 36% delle minorenni non si piace e di queste il 17% non è soddisfatta del proprio seno. In generale il 49% delle intervistate ha ammesso che un seno prosperoso aumenta l'autostima migliorando la percezione di sé. Ma ben il 60% delle donne ha dichiarato di non avere sufficienti conoscenze sugli impianti di protesi mammarie e l'87% è favorevole ad una normativa che vieti tali interventi per le minorenni. Da qui la necessità di fare chiarezza una volta per tutte. "Il settore della medicina estetica - ha sottolineato Martini - negli ultimi dieci anni è diventato un vero e proprio Far West. Vi è stata una proliferazione di interventi di chirurgia estetica e in particolare di protesi mammarie di cui però non abbiamo dati epidemiologici certi. Nessuno ha mai valutato tutto questo come fatto che incide sulle politiche sanitarie del Paese. Per questo occorre dare una regolamentazione al settore".

In particolare - ha ricordato

Chirurgia estetica: in arrivo il registro protesi mammarie

Minorenni, stop al seno rifatto troppi rischi per la salute

Aumenta il ricorso alla chirurgia estetica. Ma in assenza di una regolamentazione specifica questo settore sta diventando una giungla inestricabile e pericolosa. Per questo il sottosegretario al Lavoro, Salute e Politiche Sociali, Francesca Martini sta pensando di istituire un registro nazionale delle protesi al seno che ne garantisca la tracciabilità. Ha inoltre annunciato - nel corso della presentazione di un sondaggio sulla medicina estetica promosso dalla Health Communication e realizzato dalla Swg di Trieste - l'intenzione di vietare l'impianto di protesi mammarie alle under 18 in assenza di indicazioni mediche



Scuola di Fontainebleau, Anonimo, Museo del Louvre, Parigi

Martini - sempre più spesso le adolescenti, più fragili e sensibili ai messaggi dei media, chiedono un seno nuovo: "Ma considerati i rischi per la salute di interventi eseguiti quando la ghiandola mammaria non è ancora formata, stiamo pensando di escludere i ritocchi sulle minorenni non motivati da problemi medici. Voglio chiarire - ha aggiunto - che non sono contraria alla chirurgia estetica, ma vorrei fornire a chi vuole sottoporsi a questo tipo di interventi garanzie e sicurezza".

E il sottosegretario ha già mosso le sue pedine: ha riunito al Ministero un tavolo tecnico-scientifico di cui fanno parte specialisti e società scientifiche, per arrivare a linee guida chiare nel settore e alla realizzazione entro il mese di febbraio di un Registro nazionale delle protesi al seno, che ne garantisca la tracciabilità.

Il Registro, sarà collegato con una banca dati nazionale dove dovranno essere registrati il numero degli interventi effettuati, i materiali usati per le protesi, le strutture dove vengono effettuati gli interventi e gli esiti degli stessi. "Tutto ciò - ha specificato Martini - per avere un quadro epidemiologico preciso, nella tutela della privacy delle pazienti".

I risultati dell'indagine

Ma qual è la fotografia delle donne italiane scattata dall'indagine condotta dalla Swg? Se è vero che il 65% delle donne intervistate dichiara di piacersi fisicamente, l'altra faccia della medaglia è che più di 1 su 3 - senza distinzioni di età - ammette di essere scontenta del proprio aspetto fisico, insoddisfazione che supera il 50% tra quante non lavorano e in particolare tra le casalinghe (56%). La scarsa accettazione di sé trova la sua origine soprattutto nella presenza di rotondità troppo accentuate di pancia e fianchi (71%), di gambe poco modellate (29%) o di un seno da ritoccare (18%).

Il 36% delle minorenni non si piace e di queste il 17% non è soddisfatta del proprio seno contro il 3% delle giovani donne tra i 18 e i 24 anni. Il 49% delle intervistate ammette che un seno prosperoso aumenta l'autostima migliorando la percezione di sé e il 33% sarebbe disposto a sottoporsi ad un intervento di chirurgia estetica per rimodellarlo.

Che si tratti di chirurgia del seno o di trattamenti riempitivi la propensione è molto più accentuata tra quante dimostrano un livello di autostima più elevato. L'inclinazione verso un intervento correttivo aumenta inol-

tre sensibilmente all'avanzare dell'età passando – nel caso del seno – dal 14% delle ragazze di 16-17 anni a quasi il 40% delle over 35. Più in generale è ragionevole ritenere che il dato sulla propensione sia persino sottostimato: basti pensare che oltre il 30% di quante si dichiarano meno inclini ad intervenire sul proprio seno o sulla pelle del viso, riconoscono allo stesso tempo che si vergognerebbero ad ammetterlo (soprattutto le meno giovani). Per quanto riguarda la percezione della diffusione del fenomeno, mediamente quasi una donna su due dichiara di conoscere almeno una persona che si è rifatta il seno o che ha cercato di attenuare le rughe; il 18% anche più di 3.

Interventi al seno: vince la disinformazione

Quanto sono informate le donne sui possibili effetti collaterali della medicina estetica, un settore il cui grado di rischio è tuttora oggetto di dibattito all'interno della comunità scientifica?

Una cosa è certa: per quanto se ne parli è evidente che non se parla mai abbastanza, o per lo meno non in maniera sufficientemente esaustiva affinché la maggioranza delle donne sia portata a conoscere limiti, effetti e rischi collegati degli interventi di medicina estetica. Infatti, sottolineano i ricercatori della Swg, i risultati della ricerca evidenziano e "denunciano" una disinformazione che dovrebbe far riflettere.

A fronte di una richiesta molto forte di linee guida in materia (il 91% delle intervistate ritiene, infatti, utile una campagna di informazione sulla sicurezza e rischi correlati agli interventi di chirurgia estetica), il 60% delle donne intervistate ammette di non avere sufficienti conoscenze sugli impianti di protesi mammaria; il 76% – e in particolare le giovanissime – si ritiene poco per niente informata sugli interventi di ringiovanimento del viso.

Se gran parte di questa disinformazione può imputarsi ad una mancanza di interesse personale nei confronti dell'oggetto di discussione va comunque sottolineato che solo una donna su quattro che si sottoporrebbe ad intervento di tipo estetico, dichiara di conoscerne tutti gli aspetti.

Un'analisi approfondita delle risposte evidenzia in realtà un'estrema confusione e frammentazione delle opinioni soprattutto in tema di sicurezza. Il 23% ad esempio ritiene che non vi siano limiti di età per sottoporsi ad un intervento esteti-

Lo stato dell'informazione sulle protesi al seno

Fonte: Health Communication - Swg

Secondo stime non ufficiali circa 180 mila italiani ricorrono ogni anno alla chirurgia estetica per correggere difetti fisici; di questi 25mila riguardano interventi di mastoplastica correttiva

Una donna su tre è scontenta del proprio aspetto fisico, il 36% delle minorenni non si piace e di queste il 17% non è soddisfatta del proprio seno

Per il 49% delle intervistate un seno prosperoso aumenta l'autostima migliorando la percezione di sé. Ma ben il 60% ha dichiarato di non avere sufficienti conoscenze sugli impianti di protesi mammarie. E l'87% è favorevole ad una normativa che vieti tali interventi per le minorenni



Francesca Martini, sottosegretario al Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali

co, mentre il 19% delle ragazze fissa tale soglia al di sotto dei 20 anni. Sebbene siano tutte consapevoli dell'esistenza di rischi, mediamente 1 su 5 ritiene che siano comunque trascurabili. Inoltre, di fronte ad una serie di possibili pericoli sui quali è stato chiesto alle intervista-

In generale quanto ritiene di essere informata sugli interventi di chirurgia estetica al seno?

	Dato Medio	16-17 anni	18-24 anni	25-34 anni	35-45 anni
Molto informata	5	0	3	4	6
informata	35	41	35	35	34
Molto informata + informata	40	41	38	39	40
Poco informata	49	45	50	50	49
Per niente informata	11	14	12	11	11
DATI RIPORTATI A 100 IN ASSENZA DI NON RISPOSTE					
non risponde	3	4	2	3	5

Che lei sappia quanto dura una protesi al seno

	Dato Medio	16-17 anni	18-24 anni	25-34 anni	35-45 anni
circa 5 anni	11	10	15	9	10
circa 10 anni	37	45	32	41	35
circa 20 anni	12	8	10	11	14
tutta la vita	9	16	9	10	8
non sa	31	21	34	29	33

Secondo lei i rischi legati ad un intervento di chirurgia estetica al seno sono...

	Dato Medio	16-17 anni	18-24 anni	25-34 anni	35-45 anni
molti	20	28	26	21	16
alcuni	57	53	55	52	62
pochi	23	19	19	26	22
nessuno	0	0	0	1	0

Se avesse bisogno di avere delle informazioni sui rischi degli interventi di protesi al seno, a chi si rivolgerebbe?

	Dato Medio	16-17 anni	18-24 anni	25-34 anni	35-45 anni
ad un familiare/amico	2	4	2	3	2
al medico di base	15	19	19	19	13
ad un chirurgo estetico	64	65	61	61	65
cercherebbe notizie su internet	14	12	12	12	17
a qualcuno che ha già fatto l'intervento	3	0	3	3	1
non sa	2	0	3	2	2

Tra i seguenti quali rischi sono, secondo lei, reali e quali invece solo delle false preoccupazioni:

	Rischio reale	Falsa preoccupazione	Non sa
perdita di sensibilità	46	29	25
maggior incidenza dei tumori	29	43	28
rottura delle protesi	63	24	13
Difficoltà nell'effettuare test clinici	44	30	26
problemi nell'allattamento	48	27	25
limitazioni nell'attività fisica	20	61	19
difficoltà a dormire in certe posizioni	18	60	22
rigetto	56	24	20
rischi di trasudo del gel di silicone	33	30	37
limitata durata della protesi	50	23	27
complicazioni di tipo psicologico	49	28	23

LA SOMMA DI OGNI RIGA È PARI A 100

te di esprimere un giudizio di valore in termini di veridicità, mediamente 1 su 4 non è stata in grado di rispondere e solo alcuni dei rischi testati hanno polarizzato le risposte in una direzione piuttosto che in un'altra. In particolare rispetto agli interventi al seno emerge che il 31% non conosce la durata massima di una protesi mentre la maggioranza relativa (37%) la stima intorno ai 10 anni; il rischio di maggior incidenza di tumori è per il 43% una falsa preoccupazione; la rottura della protesi è – con il 63% delle referenze, il rischio più accreditato; seguono il rigetto (50%), le compli-

canze psicologiche e la perdita di sensibilità (46%).

E ancora, mediamente per il 30% – soprattutto le più giovani – la difficoltà nell'effettuare screening clinici è una falsa preoccupazione; solo il 30% è a conoscenza della possibilità di trasudo, la stessa percentuale che invece considera più probabile una maggiore incidenza di tumori. I problemi nell'allattamento sono ritenuti una falsa preoccupazione dal 27% delle intervistate con punte del 33% tra le over 35, inoltre vengono fortemente sottovalutate le possibili difficoltà posturali e di movimento. Tirando le somme, si

evidenzia con forza un 'generalismo' dell'informazione in cui rischi più o meno possibili si mescolano a false preoccupazioni generando confusione soprattutto in materia di interventi al seno. D'altra parte continui studi clinici si sovrappongono cercando di avvalorare teorie spesso antitetiche risulta spesso difficile riuscire a selezionare le informazioni utili e corrette. Ed è probabilmente da qui che nasce e trova forza la richiesta unanime di una normativa che regolamenti questo tipo di interventi fornendo delle linee guida ufficiali in materia di sicurezza.

Osteoporosi

Epidemiologia della fragilità

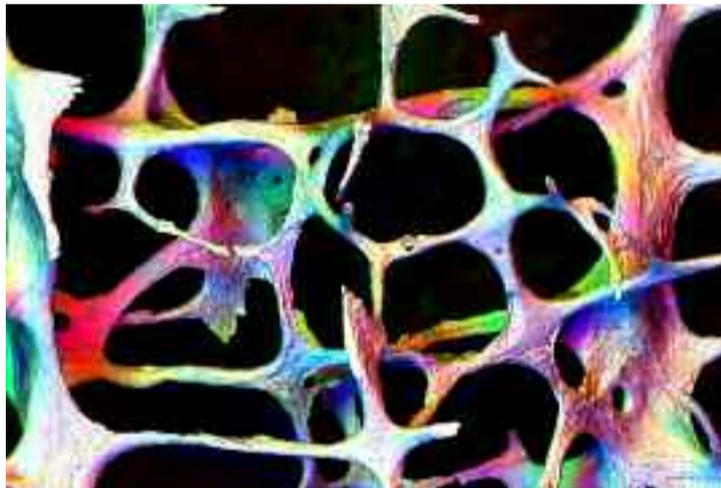
di Giulio Maria Corbelli

Non si tratta di una malattia rara o sconosciuta, eppure l'osteoporosi può essere considerata una patologia sommersa. Nonostante si stimi possa colpire fino a metà della popolazione femminile e un terzo di quella maschile, diventa "percepibile" sia all'analisi epidemiologica che alle attenzioni delle autorità sanitarie solo quando porta alla sua manifestazione più grave, cioè le fratture da fragilità. E i farmaci in grado di prevenirle sono rimborsati dal Ssn, in accordo con la "nota 79" che regola questa materia, solo a chi le ha già subite o in accordo con complicatissimi criteri densitometrici. La confusione regna sovrana, secondo associazioni dei pazienti, esperti del settore e anche rappresentanti delle Istituzioni; tanto che, per cercare di fare un po' di luce, nel dicembre scorso in Senato è stata approvata all'unanimità una mozione che prevede diverse misure per conoscere meglio e imparare a contrastare questa epidemia sempre più grave con l'innalzarsi dell'età media della popolazione.

Sorvegliare le fratture

Come ha spiegato **Umberto Tarantino** dell'Università "Tor Vergata" di Roma durante il convegno "Osteoporosi: le fratture da fragilità" promosso dall'Osservatorio Sanità e Salute nella sala Capitolare del Senato, "le problematiche connesse con l'osteoporosi risaltano in tutta la loro drammaticità soprattutto nei soggetti di sesso femminile in età postmenopausale".

■ **Quasi una donna su due è destinata a subire fratture da osteoporosi che nel 50% dei casi lasciano una disabilità permanente. E i criteri di rimborsabilità dei farmaci in grado di prevenirle sono complicatissimi. È sempre più necessaria la creazione di un sistema di sorveglianza sul fenomeno e di interventi di prevenzione efficaci. Lo sostiene anche il Senato che a dicembre ha approvato una mozione in tal senso**



Ma quali sono i numeri di questi eventi? Le stime affermano che tra il 30 e il 50% delle donne e tra il 15 e il 30% degli uomini è destinato a dover affrontare fratture osteoporotiche mentre nel nostro paese si ritiene che siano 5 milioni gli individui affetti da osteoporosi, di cui un quinto di sesso maschile. Si tratta però solo di stime dal momento che non esiste un sistema di sorveglianza affidabile.

"In Italia – precisa Tarantino – i dati vengono forniti dalle schede di dimissione ospedaliera (Sdo), resi noti dal ministero della Salute, in base ai quali viene riportato il numero delle fratture che hanno determinato un ricovero per il loro trattamento. L'unico dato attendibile riguarda le fratture del collo del femore poiché sono le sole che comportano sicuramente un ricovero".

Ossa care

Eppure le conseguenze di queste fratture sono disastrose: "nel 50% dei casi residua una disabi-

lità permanente – prosegue Tarantino – il 40% non recupera l'indipendenza, il 25% necessita di assistenza domiciliare ed il 20% dei casi evolve verso l'exitus". Notevoli anche gli esborsi a carico del sistema sanitario: i soli costi ospedalieri delle fratture di femore si attestano intorno ai 700 milioni di euro per anno, cifra destinata a raddoppiare entro il 2050 con l'invecchiamento della popolazione. "L'Italia già oggi – dice **Fabrizio Oleari**, direttore generale del dipartimento Prevenzione del ministero del Lavoro, Salute e Politiche sociali – rappresenta la nazione europea con la massima percentuale di ultrasessantacinquenni e, in considerazione del previsto aumento dell'aspettativa di vita nel prossimo decennio, si può facilmente intuire l'esposizione di queste persone al rischio di maggiori fragilità e di non autosufficienza. Questo è il motivo per cui sia l'Oms che l'Unione europea sottolineano come la lotta all'osteoporosi debba essere considerata come uno dei maggiori obiettivi per la salute".

Prevenire con la vitamina

Un ruolo cruciale nella prevenzione dell'osteoporosi è svolto dall'apporto di calcio e vitamina D, sostanze il cui introito medio giornaliero risulta insufficiente nella popolazione italiana, specie in età senile. "Le dosi consigliabili di supplementi di calcio vanno commisurate al grado di carenza alimentare – ha spiegato **Silvano Adami** dell'U.O. di reumatologia dell'Università di Verona – La sola supplementazione con calcio si è dimostrata capace di produrre modesti incrementi densitometrici in soggetti con apporto carente ed in menopausa da oltre 5 anni. Con la somministrazione di solo calcio (con un introito giornaliero complessivo di 1200 mg o più) è stata riportata una lieve riduzione del rischio di fratture, in particolare negli anziani. Ancora più drammatica è l'incidenza di ipovitaminosi D specie tra gli anziani (> 90% della popolazione ultrasessantenne). In Italia la supplementazione con vitamina D si è rivelata utile persino in prevenzione primaria tra gli anziani".

Farmaci, ma non per tutti

La ricerca ha reso oggi disponibili anche diversi farmaci anti-fratturativi (bifosfonati, Serms, Pth, ranelato di stronzio, ecc.). "L'utilizzo di questi farmaci – avverte però **Adami** – è condizionato dal rapporto rischio/beneficio, la cui valutazione è sempre complessa sul piano individuale, ed è spesso condizionata, quando si disegnano le strategie per interi segmenti di popolazione, da aspetti di farmaco-economia come il *Number Needed to Treat* o Nnt. Rischi superiori al 20-30% a 10 anni rappresentano una soglia di intervento socialmente inconfutabile. Condizioni di rischio di questa entità sono quelli associati a precedenti fratture osteoporotiche ed alla terapia cortisonica. In questi ultimi due casi il rischio di frattura è così elevato che la decisione di avviare una terapia farmacologica può prescindere dai valori densitometrici. Per questi livelli di rischio si applicano i criteri di rimborsabilità della nota 79".

Rimborsabili a chi?

Ma le associazioni dei pazienti premono perché i farmaci entrino in regime di rimborsabilità secondo criteri meno complessi che ne favoriscano l'impiego in prevenzione primaria. "È vero che la nota 79 prevede già la rimborsabilità per chi è in terapia cortisonica e chi risponde a certi criteri densitometrici – lamenta **Sergio Ortolani**, presidente della Lega italiana osteoporosi (Lios) e direttore del Centro malattie metaboliche ossee dell'Istituto auxologico di Milano – Ma si tratta di norme così complicate che non vengono applicate mai in ambito preventivo, come conferma il fatto che da quando sono state approvate la spesa farmaceutica del sistema sanitario in questo settore non ha subito particolari incrementi". D'altra parte il dibattito sui metodi utilizzati per definire la soglia di rimborsabilità prosegue. "Molte linee guida – spiega **Adami** – hanno cercato di identificare la soglia di intervento farmacologico sulla base di valori densitometrici, ma l'approccio più attuale è rappresentato dallo sviluppo di tabelle di rischio. Recentemente è stato sviluppato dal-

Borsa di studio "Isa Coghi"

Osteoporosi: un premio alla ricerca farmacogenetica

Comprendere il ruolo dei geni nella compliance alle terapie contro l'osteoporosi. È questo l'obiettivo dello studio che è valso alla ricercatrice **Franческа Marini** il premio dedicato alla compianta Isabella Coghi, componente del Comitato Nazionale di Bioetica e membro del comitato scientifico di Onda. Lo studio funzionale del polimorfismo A/C rs2297480 del gene FDPS in modelli cellulari di pre-osteoclasti umani trattati con

Il premio di ricerca istituito dall'Osservatorio Nazionale sulla salute della donna (O.NDa) con il contributo della Amgen Dompé punta a migliorare le conoscenze nel campo dell'osteoporosi e ad aiutare la ricerca italiana a condurre studi di qualità sull'osteoporosi postmenopausale

amino-bifosfonati proposto dalla dottoressa Marini, ricercatrice presso il Dipartimento di Medicina interna dell'Università degli Studi di Firenze, mira a identificare le differenze genetiche nei geni codificanti i bersagli mole-

colari degli amino-bifosfonati, ritenuti responsabili della risposta variabile di alcuni pazienti alle terapie contro l'osteoporosi. La ricerca prenderà in esame in particolare il gene FDPS, che codifica un enzima chiave della via me-

tabolica del mevalonato, che è il bersaglio molecolare degli amino-bifosfonati. Lo studio condotto dal gruppo di ricerca della dottoressa Martini ha mostrato infatti che il polimorfismo A/C rs2297480 di tale gene è coinvolto nella modulazione della diversa risposta agli amino-bifosfonati. Comprendere il ruolo funzionale di tale polimorfismo nella biologia delle cellule osteoclastiche e nella diversa risposta individuale al trattamento con amino-bifosfonati po-

trebbe avere importanti ripercussioni anche a livello clinico. "Le conoscenze acquisite mediante tale studio – ha spiegato la ricercatrice – potranno essere applicate in studi clinici di farmacovigilanza per identificare precocemente i soggetti che potranno trarre beneficio dalla terapia con amino-bifosfonati, evitando di sottoporre a trattamento coloro che non ne beneficerebbero o addirittura potrebbero sviluppare reazioni avverse".

La mozione antifrattura

Sollecitare il Governo a "un ulteriore impegno a porre in essere tutti gli strumenti più idonei alla sensibilizzazione e alla conoscenza dell'osteoporosi". Questo l'obiettivo primario della mozione approvata all'unanimità e con l'appoggio del Governo il 3 dicembre scorso, secondo le parole della senatrice Laura Bianconi, promotrice dell'iniziativa parlamentare. Nella mozione è prevista la promozione di "campagne informative sui corretti stili di vita, sulle cure oggi disponibili e sull'importanza di controlli specifici, presso le scuole e le strutture sanitarie, quali farmacie e ambulatori dei medici di famiglia". La mozione, inoltre, punta "ad introdurre opportune misure al fine di offrire un servizio pubblico adeguato alla prevenzione e alla cura dell'osteoporosi, attraverso l'istituzione del Registro delle fratture da fragilità e ad individuare e predisporre una specifica Scheda di dimissioni ospedaliera (Sdo) che permetta di vedere riconosciuti i propri diritti ad una terapia". Queste ultime iniziative serviranno anche per comprendere meglio l'epidemiologia che sarà oggetto di studi relativi e di un accordo, la cui stipula in sede di Conferenza Stato-Regioni la mozione promuove, "per definire comuni obiettivi epidemiologici anche attraverso l'utilizzo dello strumento dei registri di patologia". Tra gli altri obiettivi della mozione, "promuovere uno studio nazionale sui costi diretti, indiretti e privati connessi all'osteoporosi; monitorare l'offerta assistenziale extra-ospedaliera presente nelle diverse Regioni in relazione all'osteoporosi; promuovere l'adozione di specifici progetti di prevenzione sanitaria volti a diffondere l'assunzione di calcio e colecalciferolo; promuovere la diagnosi tempestiva della patologia attraverso la diffusione della densitometria ossea e dell'indagine mineralometrica".

L'Oms un algoritmo predittivo di libero utilizzo via internet denominato FRAX (<http://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.jsp?locatonValue=11>) che tuttavia risente dei limiti connessi al fatto di aver utilizzato come 'database' il registro svedese delle fratture. Per questo è stato elaborato un algoritmo alternativo che riflette meglio i dati epidemiologici italiani. Entrambi gli algoritmi dovranno essere validati da studi prospettici e in ogni caso dovranno comunque essere utilizzati in maniera flessibile, tenendo conto di fattori legati alla farmaco-economia, alla valutazione delle condizioni individuali e anche di quelle soggettive, dal momento che il rischio di frattura può essere percepito da taluni come accettabile".

Le Regioni si accordano sui finanziamenti per il 2009

Come si dividono i 101 miliardi dei Lea

■ Accordo tra i presidenti per il riparto del finanziamento statale dei Livelli essenziali di assistenza. Ma il Patto per la Salute 2010-2012 sembra ancora lontano

La Conferenza dei presidenti delle Regioni ha raggiunto il 6 febbraio scorso l'accordo che avvia l'iter per il finanziamento relativo all'anno 2009 del servizio sanitario nazionale. A regolare il riparto dei 101, 481 miliardi di euro complessivi il criterio della "popolazione pesata", che assegna maggiori risorse per la popolazione over 65, ma anche un meccanismo di solidarietà a sostegno delle sette Regioni che si trovano in maggiori difficoltà di bilancio. Apprezzamento per il lavoro svolto è stato espresso dal presidente della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani, secondo il quale le

Il riparto dei finanziamenti statali per la sanità

Regioni	Fabbisogno indistinto 2009
Piemonte	7.731.056.489,65
Valle D'Aosta	218.251.983,18
Lombardia	16.230.233.359,53
Bolzano	839.790.738,55
Trento	863.971.196,91
Veneto	8.113.875.934,55
Friuli VG	2.164.605.793,15
Liguria	3.056.612.672,55
Emilia R	7.527.478.815,40
Toscana	6.509.867.362,53
Umbria	1.565.508.766,69
Marche	2.711.105.227,30
Lazio	9.319.479.845,15
Abruzzo	2.254.319.011,10
Molise	559.742.154,71
Campania	9.499.454.962,15
Puglia	6.786.980.300,99
Basilicata	1.026.711.353,02
Calabria	3.419.443.699,75
Sicilia	8.272.943.492,39
Sardegna	2.810.266.840,75
Totale per livelli essenziali di assistenza	101.481.700.000
Fondi a destinazione vincolata	1.613.790.000
Altri finanziamenti	605.510.000
Totale risorse	103.701.000.000

Regioni "stanno dimostrando il loro senso di responsabilità istituzionale, ma non nascondono la forte preoccupazione per il futuro. Ora è urgentissimo ragionare sul nuovo Patto per la salute 2010-2012". In questa direzione c'è un preciso impegno del presidente del Consiglio, nell'accordo sottoscritto il 1° ottobre 2008, dove, sottolinea Errani, "si fa esplicito riferimento al fatto che le cifre finora previste nel Dpof determinerebbero una grave sottostima: per questo - ha concluso Errani - è importante avviare da subito il confronto Governo-Regioni sul tema delle risorse future per la sanità".

Anche il coordinatore degli assessori al Bilancio, Romano Colozzi, sottolinea come "la vera questione si porrà con il nuovo Patto per la salute", che secondo quanto previsto dalla legge di bilancio dello Stato avrebbe dovuto essere messo a punto entro il 31 dicembre scorso. "Per la nuova popolazione che dovrà usufruire del sistema sanitario nazionale, la Conferenza delle Regioni si è basata non su una quota capitaria media ma su una quota più bassa che equivale - ha spiegato l'assessore Colozzi - a circa 60-70 euro pro capite; in questo modo le Regioni sono riuscite a recuperare i 30 milioni di euro che servivano alle sette Regioni in maggiore difficoltà". Ecco la tabella della ripartizione del Fondo sanitario 2009 relativamente alla parte di finanziamento dei Livelli essenziali di assistenza. Ai 101,48 miliardi destinati ai Lea vanno sommati altri 2,21 miliardi, in gran parte legati a fondi a destinazione vincolata.

Indagine di Onda sulla conoscenza del vaccino tra le donne

Hpv: le italiane dicono 'sì' alla vaccinazione

di Michele Musso

Quasi l'85 per cento delle madri di adolescenti italiane sa cos'è l'Hpv, ma appena il 5,1 per cento ne ha parlato con il ginecologo. Lo rivela un sondaggio su un campione di 255 mamme di ragazze tra i 12 e 15 anni d'età, promossa da Onda, l'Osservatorio nazionale sulla salute della donna, proprio per valutare la consapevolezza delle donne rispetto all'argomento e, in particolare, sulla vaccinazione contro l'Hpv. I risultati dell'indagine sono stati illustrati in un incontro che si è tenuto a Roma verso la fine dello scorso gennaio, in occasione della settimana della prevenzione del tumore del collo dell'utero. Stando ai risultati - illustrati nell'occasione da Massimiano Bucchi, docente di Scienza, tecnologia e società

Ma è da potenziare il ruolo dei ginecologi nell'informazione



all'Università di Trento e autore dell'indagine - più di una intervistata su quattro ha ottenuto informazioni sull'Hpv attraverso la televisione, il 14,5% da giornali e riviste, una su dieci da opuscoli informativi e il 16,5% ne ha parlato con il medico di famiglia. Anche nel caso della campagna vaccinale contro l'Hpv, gran parte delle donne intervistate (l'85,5%) dice di esserne al corrente e, anche in questo caso, la principale fonte d'informazione risulta essere la televisione, con il suo 18 per cento, seguita dall'11% di giornali e riviste. Il 14,9% delle donne, poi, ha avuto informazioni dalla propria Asl, l'11% ne ha parlato con il pediatra, il 10,6% con amici e conoscenti, il 7,5% ne ha parlato con il medico di base; solo il 3,1% con il ginecologo. E se è vero che oltre la metà (il 52%) ha vaccinato la propria figlia contro il papilloma virus umano (15,3%) o pensa di farlo (39,6%), è anche vero che sono tante le madri contrarie al vaccino (16,5%) o ancora in dubbio. "Attualmente - ha sottolineato durante l'incontro Sergio Pecorelli, responsabile del

► Segue a pagina 24

Nel quinquennio 2004/08 il tasso dei cesarei all'Ospedale S. Leonardo è sceso dal 52,7 al 17,5 per cento

Castellammare di Stabia: isola felice del parto fisiologico

di **Ciro Guarino**

Si è concluso nel 2008 il primo quinquennio del progetto di "promozione del parto fisiologico nell'Ospedale S. Leonardo di Castellammare di Stabia, Asl NA 5", iniziato nel gennaio del 2004, anno in cui ho accettato l'incarico di Direttore dell'U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia di questo presidio ospedaliero.

Il progetto di promozione del parto fisiologico e la conseguente riduzione dei tagli cesarei rappresenta una risposta concreta alle più attuali direttive nazionali e internazionali che continuano con forza a richiedere agli operatori del settore un approccio più "umanizzato" alla gravidanza e al parto e, d'altronde, il supporto costante dell'Aogoi durante questo percorso è la testimonianza della importanza di questo cambiamento di rotta nell'assistenza ostetrica.

Bussola costante di questo cammino sono state due profonde convinzioni personali: la prima è che la più grande forza che sostiene ogni cambiamento è la forza delle idee, la seconda che migliorare è sempre possibile quando ci si impegna seriamente in un progetto. I dati che mi accingo a presentare infatti testimoniano gli importanti traguardi che sono stati raggiunti dall'U.O. in termini di professionalità e competenza scientifica. Il progetto prevedeva le seguenti attività:

- sviluppo e formalizzazione delle linee guida per l'adozione del parto fisiologico verso quello cesareo
- definizione di indicatori di riferimento qualitativi e quantitativi al fine di realizzare una raccolta dati in modo strutturato
- monitoraggio e creazione reportistica per l'analisi dei risultati.

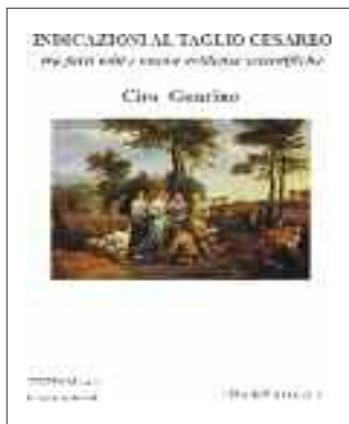
Il primo passo: le linee guida

Conscio che ogni cambiamento perché sia duraturo nel tempo ha bisogno di solide fondamenta, e che solo agendo secondo evidenze scientifiche forti e in

CON IL 38% DI PARTI CESAREI all'attivo il nostro Paese ha in assoluto il tasso più alto di parti cesarei in Europa ed è al terzo posto tra quelli industrializzati dopo Messico e Brasile. Tra le regioni italiane il record dei cesarei spetta alla Campania, con un tasso del 60 per cento, seguita da Sicilia (52,8%) e Lazio (42%). Valori significativamente elevati, soprattutto se confrontati con la percentuale ottimale individuata dall'Oms, del 15%. Tuttavia, anche in un contesto regionale come quello campano, dove il fenomeno sfiora punte del 62 per cento, una realtà come la Uoc di ostetricia e ginecologia di Castellammare di Stabia è riuscita a invertire questo trend innescando un cambiamento "culturale". Grazie al Progetto di promozione del parto fisiologico avviato nel 2004, l'incidenza dei TC in questa Uoc è scesa dal 52,7% al 17,5%. Il suo direttore, **Ciro Guarino**, ci illustra come è stato possibile raggiungere questo risultato, coniugando outcome migliori, in termini di benessere materno-fetale, e un notevole risparmio economico

modo omogeneo si può procedere in sicurezza per sé e per le pazienti, il primo passo obbligato di questo cammino è stato lo sviluppo di linee guida per l'adozione del parto fisiologico verso il taglio cesareo.

La formalizzazione delle stesse ha poi trovato eco nazionale attraverso la stesura da parte del sottoscritto del volume "Indicazioni al taglio cesareo: tra falsi miti e nuove evidenze scientifiche", pubblicato come "Libro Aogoi" nel maggio del 2008, che



I Libri dell'Aogoi

riassume le più recenti evidenze scientifiche relative al ricorso al taglio cesareo e rappresenta, dunque, il riferimento per la gestione delle pazienti ostetriche.

Gli indicatori monitorizzati

Per quanto concerne il monitoraggio dell'attività progettuale è stato necessario identificare un set di indicatori, sia qualitativi (non monetari) che quantitativi (monetari), che consentissero di realizzare una raccolta dati chiara e strutturata, al fine di effettuare un monitoraggio continuo e la successiva analisi dei risultati (vedi tabella 1).

Attualmente gli indicatori analizzati sono principalmente quelli qualitativi (non monetari) e, parzialmente, quelli quantitativi (monetari) relativi ai costi diretti, in quanto l'analisi di alcuni costi diretti (attività di laboratorio o radiologica), così come di quelli indiretti (energia, riscaldamento, costo-opportunità strutture e personale, etc.), prevede inevitabilmente una collaborazione con altri organi del



Presidio ospedaliero. Dall'analisi degli indicatori valutati, appare subito evidente che nel 2008 è stato raggiunto l'obiettivo primario del progetto, avendo ottenuto una percentuale di tagli cesarei pari al 17,5% (figura 1, tabelle 2, 3). Ma l'analisi degli indicatori monitorizzati rappresenta la base per ulteriori importanti considerazioni che consentono di valutare gli aspetti professionali e, come vedremo successivamente, gli aspetti economici che tale risultato comporta.

Gli aspetti qualitativi

Il primo aspetto qualitativo analizzato sono state le indicazioni al taglio cesareo. L'indicazione più frequente è risultata la presenza di taglio cesareo pregresso con segmento uterino inferiore non permissivo e/o tre o più tagli cesari pregressi, presente nel 30,3% dei casi (75,4% se si considera l'associazione con altre indicazioni).

A seguire, le altre indicazioni più frequenti sono state le distocie (del I e del II stadio) e le pre-

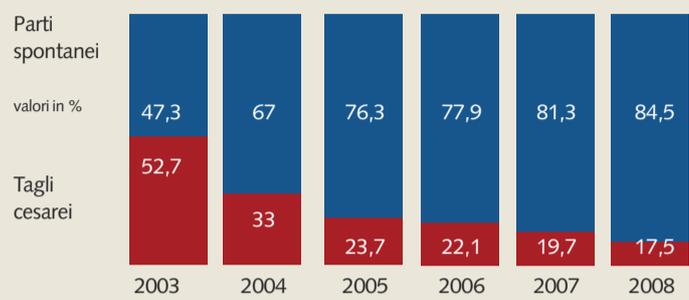
sentazioni anomale, che rappresentano il 12,3% dei casi ognuna, l'autodeterminazione materna, 7,4% dei casi, e infine le anomalie cardiocografiche, 4,9% dei casi. Il restante 32,8% dei casi è costituito da una miscelanea di altre indicazioni ostetriche quali placenta previa, distacco intempestivo di placenta, IUGR, macrosomia fetale. In relazione ai dati su citati, dal confronto con la letteratura internazionale, appare opportuno un commento su alcune delle indi-



Ciro Guarino

Grafico 1

Riduzione dell'incidenza dei T.C. nell'ospedale "San Leonardo"



fica e sociale da parte delle più prestigiose società mondiali di ginecologi (ACOG, RCOG, SOGC, ARCOG), viste le implicazioni socio-economiche di tale condotta.

Orbene, a differenza delle altre realtà nazionali e internazionali in cui sono soprattutto le primigravide a richiedere un taglio cesareo senza indicazione, nel 100% dei casi verificatisi nella nostra U.O. si è trattato di donne già cesarizzate almeno una volta, a testimonianza che una costante e adeguata divulgazione di informazioni in tal senso da parte sia del personale sanitario dell'U.O., che del personale sanitario operante sul territorio, ha efficacemente modificato l'atteggiamento culturale dell'utenza locale.

Ma, essendo l'obiettivo prioritario della nostra attività la tutela del benessere sia materno che fetale, gli aspetti qualitativi fondamentali per valutare la bontà del progetto perseguito sono quelli relativi ai tassi di mortalità e morbilità materna e neonatale. E dunque, coerentemente con quanto già riportato dalla più importante letteratura internazionale, dai nostri dati emerge che il ricorso al taglio cesareo è associato a una mortalità materna e una mortalità neonatale sovrapponibile a quella del parto spontaneo, mentre la morbilità materna e la morbilità neonatale risultano essere superiori nel taglio cesareo rispetto al parto spontaneo. In particolare la morbilità materna nelle donne sottoposte a taglio cesareo (1,7% vs 0,8%) è correlata principalmente a complicanze postoperatorie di lieve entità, quali ipertermia o complicanze della cicatrizzazione.

In un caso si è resa necessaria un'isterectomia post cesareo con successivo trasferimento della paziente in terapia intensiva, risoltosi, poi, in modo favorevole. Per quanto concerne, invece, la morbilità neonatale è evidente il beneficio del parto fisiologico rispetto al taglio cesareo, essendo stata riscontrata nei nati da taglio cesareo una morbilità circa quattro volte superiore a quella dei nati da parto spontaneo

(18,7% vs 4,5%) in assenza, tuttavia, di esiti significativi a lungo termine (Fonte: U.O. di Neonatologia del P.O. San Leonardo). Tale dato, dunque, sfta un altro falso mito che alberga nelle donne e, purtroppo, anche tra diversi colleghi, che ritiene erroneamente più favorevole per il benessere neonatale l'espletamento del parto per via chirurgica rispetto a quello vaginale.

Gli indicatori monetari valutati

In aggiunta a quanto riportato, alla luce della attuale situazione della sanità italiana, risulta particolarmente interessante anche l'analisi degli indicatori monetari valutati, che conferma quanto riportato dalla letteratura nazionale ed internazionale, ossia che l'effettuazione di un taglio cesareo comporta costi maggiori rispetto all'espletamento di un parto spontaneo.

Infatti, considerando il consumo medio di farmaci e di materiale d'uso necessari per l'esecuzione di un taglio cesareo, rispetto a quello necessario per l'assistenza di un parto spontaneo, nonché i giorni di degenza medi per le diverse modalità del parto, risulta che il parto spontaneo comporta un risparmio unitario medio di 494.54 Euro. A tal proposito si evidenzia che il calcolo del costo unitario di un taglio cesareo è stato valutato in maniera assolutamente ottimistica, considerando che l'intervento non comporti alcuna complicanza, in modo da poter limitare la degenza ospedaliera a soli quattro giorni verso i tre giorni del parto spontaneo. Si specifica che i dati relativi ai costi diretti presi in esame sono quelli forniti dalla Farmacia del P.O. e dall'Amministrazione dell'Asl NA 5 in relazione ai dati del 2007. Confrontando i dati relativi all'incidenza dei tagli cesarei e al numero totale di parti del 2003, anno precedente l'inizio del mio incarico, con quelli del quinquennio gennaio 2004 - di-

Tabella 1

Indicatori non monetari (qualitativi)	Indicatori monetari (quantitativi)
<ul style="list-style-type: none"> N° TC e relativa incidenza sul totale parti gg degenza totali relativi ai parti Delta gg di degenza TC N° TC pregressi e incidenza sui TC tot Tasso mortalità e morbilità materna totale e per tipologia di parto (fisiologico vs. tc) Tasso mortalità e morbilità neonatale totale e per tipologia di parto (fisiologico vs. tc) Incidenza distocie su TC tot Incidenza di posizione podalica su TC tot Incidenza alterazioni CTG non rassicuranti su TC tot Incidenza autodeterminazione materna su TC tot Ore di utilizzo sala operatoria per TC e PS Incidenza ore utilizzo sala operatoria TC sul totale ore utilizzo reparto ginecologia N° di infezioni post-chirurgiche per tipologia di parto N° di ricoveri post-parto per tipologia di parto (fisiologico vs. tc) N° di terapie intensive post-parto per tipologia di parto e relativi giorni di degenza 	<p>Costi diretti</p> <ul style="list-style-type: none"> Costo dei farmaci associati ai TC ed ai PS Costo materiale di consumo associato ai TC ed ai PS Costo dell'attività medica associata ai TC ed ai PS (es. ore anestesista) Costo attività di laboratorio associata ai TC ed ai PS Costo di attività di radiologia associata ai TC ed ai PS <p>Costi indiretti</p> <ul style="list-style-type: none"> Energia Riscaldamento Attività medica non dedicata Manutenzione strutture immobiliari Servizi di lavanderia Servizi di trasporto Costo opportunità per le strutture e per il personale Delta risparmio totale parti fisiologici vs. TC Delta risparmio parti fisiologici vs. TC secondo la media dell'ASL NA5 Delta risparmio parti fisiologici vs. TC secondo la media della Regione Campania

cembre 2008, periodo durante il quale è stato perseguito il progetto, è possibile valutare il risparmio cumulato con la riduzione dei tagli cesarei. Tale risparmio ammonta a 542.543,99 euro. Si evidenzia ancora una volta che il suddetto risparmio cumulato è riferito solo al costo diretto dei farmaci e del materiale d'uso necessari per le diverse modalità del parto e della degenza ospedaliera media. Per avere una stima completa del risparmio, dunque, sono da aggiungere i costi relativi al personale medico e paramedico di sala operatoria, nonché quelli relativi alle mancate opportunità di diverso utilizzo delle strutture di sala operatoria e del relativo personale, per interventi

di più alta specializzazione (ad esempio interventi per patologia oncologica) e, dunque, con un più vantaggioso rapporto costo/ricavo.

Una scelta di qualità

Concludendo, alla luce di queste considerazioni, è ancora più evidente che la scelta di riduzione dei tagli cesarei è innanzitutto una scelta di qualità, in quanto consente di tutelare nel modo più adeguato il benessere sia materno che fetale, restituendo alle donne la giusta centralità nel momento unico del parto, ma i benefici economici che ne derivano la rendono anche la scelta economicamente più opportuna alle attuali esigenze della sanità italiana.

cazioni riportate, quali le distocie e il taglio cesareo per autodeterminazione materna.

Infatti, diversamente da quanto emerge dalle casistiche internazionali più recenti, nelle quali è riportato che i tagli cesarei per distocia costituiscono oltre il 60% dei primi tagli cesarei e oltre il 30% dei tagli cesarei complessivi (Guarino 2008), nella nostra attività la distocia è presente solo nel 12,3% dei casi. Tale risultato è il frutto di una rigorosa applicazione dei criteri diagnostici di tale complicanza ostetrica individuati attraverso l'utilizzo costante e scrupoloso del partogramma, lo strumento più valido ad oggi riconosciuto e, pertanto, raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dalle principali società scientifiche internazionali. Per quanto concerne, invece, il taglio cesareo su richiesta materna senza indicazione medica, esso rappresenta una realtà ormai sempre più diffusa sia a livello nazionale che internazionale, tanto da essere oggetto di un'approfondita analisi scienti-

Tabella 2 Promozione del parto fisiologico nell'Ospedale S. Leonardo di Castellammare di Stabia, Asl Na5 - Dati 2008 Indicatori non monetari

N° TC	% TC su parti tot	gg degenza tot per parti	gg degenza per TC su gg degenza tot parti	TC pregressi	% TC pregressi su tot TC	% mortalità materna tot per parto	% mortalità materna per TC	% mortalità materna tot per parto	% mortalità materna per TC	% mortalità materna per PS
122	17,5	2701	610 (22,58%)	92	75,4	0	0	2,5	1,7	0,8
						% mortalità neonatale tot per parto	% mortalità neonatale per TC	% mortalità neonatale tot per parto	% mortalità neonatale per TC	% mortalità neonatale per PS
						0	0	0	0	0
						% distocie su TC tot				
						12,3	12,3	12,3	12,3	12,3
						% autodeterminazione materna su TC tot				
						4,9	4,9	4,9	4,9	4,9

* Fonte: U.O. di Neonatologia

N° ore utilizzo S.O. per TC	N° ore utilizzo S.O. per PS	% ore utilizzo S.O. per TC sul tot ore dell'U.O.	N° inferieri post-parto per TC	N° inferieri post-parto per PS	N° inferieri post-parto per TC	N° inferieri post-parto per PS	N° terapie intensive per TC	N° terapie intensive per PS	gg ricovero terapia intensiva per TC	gg ricovero terapia intensiva per PS
61,47	0	17,58	0	0	0	0	1	0	7	0

Tabella 3 Indicatori monetari - Costi diretti

Costo farmaci per TC (Euro)	Costo farmaci per PS (Euro)	Costo materiali di consumo per TC (Euro)	Costo materiali di consumo per PS (Euro)	Costo degenza tot per TC (Euro)	Costo degenza tot per PS (Euro)
1991,06	4715,20	3645,36	1411,81	201,000	901,000

a cura di Giulio Maria Corbelli

Pazienti "clandestini": facoltà di denuncia?

Segnalazione degli "irregolari": è polemica sull'emendamento contenuto nel Dl 733, il pacchetto sicurezza

L'approvazione al Senato di un emendamento al disegno di legge 733 sulla sicurezza cancella il divieto di segnalazione degli immigrati irregolari da parte dei medici. Ora il

provvedimento passa alla Camera per l'esame definitivo, ma tra organizzazioni mediche, associazioni e sindacati si accende il dibattito. La Aogoi, come anche la Sigo e la Fnomceo, ha espresso

tutta la propria contrarietà a una iniziativa giudicata contraria al codice deontologico. Tanto che si profila il paradosso per cui il medico che denunci il paziente straniero irregolare sarebbe sanzionabile da parte dell'Ordine mentre quello che non lo fa sarebbe perseguibile per legge...

154 favorevoli, 135 contrari, un astenuto. Così, il 5 febbraio scorso, il Senato ha approvato l'articolo 39, uno dei più discussi, del disegno di legge del Governo in tema di sicurezza nazionale. Per intenderci, l'articolo che, in seguito a un emendamento proposto dalla Lega Nord e approvato anch'esso dal Senato, prevede l'abrogazione del divieto di segnalazione degli immigrati irregolari da parte del medico. Un divieto contenuto nel quinto comma dell'articolo 35 del decreto legislativo 286 del 1998 che testualmente recita: "L'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano".

Il provvedimento ha naturalmente suscitato un dibattito assai acceso. Dal mondo dell'assistenza sanitaria si sono levate molte voci contrarie: anche l'Aogoi aveva fatto un appello alle istituzioni prima della votazione e, dopo il 5 febbraio, ha emanato un comunicato congiunto con la Sigo in cui si afferma che i ginecologi non denunceranno gli irregolari (vedi box). Ma c'è chi sostiene che, nonostante l'emendamento approvato non preveda un "obbligo" di denuncia ma semplicemente ne cancelli il divieto, di fatto l'istituzione del reato penale di immigrazione clandestina, anch'essa prevista dalle nuove norme sulla sicurezza, farebbe sì che il medico, nella veste di pubblico ufficiale, sia passibile di sanzioni se "omette o ritarda la denuncia", come previsto per ogni altro reato perseguibile d'ufficio.



Una contraddizione imbarazzante

Paradossalmente, il contrasto tra questa disposizione e il codice deontologico ha fatto sì che la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e odontoiatri (vedi box a fianco) si sentisse in dovere di ribadire che "le infrazioni del codice deontologico sono sanzionabili dagli ordini di appartenenza". Così ci si troverebbe – teoricamente, si spera – in una condizione per cui il medico che denuncia il paziente clandestino potrebbe essere sanzionato dal suo ordine professionale mentre quello che non lo fa lo sarebbe dalla Giustizia.

In ogni caso, bisogna ricordare che il provvedimento non è ancora definitivamente approvato

Codice deontologico dei medici, articolo 3

"Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza distinzioni di età, di sesso, di etnia, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace e in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera. La salute è intesa nell'accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona"

e non ha quindi, al momento, forza di legge. La gran parte del mondo medico spera che durante l'esame da parte della Camera dei Deputati, dove è giunto dopo la sua approvazione al Senato, vengano apportate quelle modifiche che lo rendano più consona sia sul piano giuridico che su quello professionale sanitario. Intanto Federconsumatori ha annunciato che metterà a disposizione i propri legali, in maniera totalmente gratuita, a tutti quei medici che dovessero subire sanzioni in seguito alle nuove norme.

Il no dei cattolici

Ma forte dissenso nei confronti del provvedimento viene espresso anche dal mondo cattolico, da sempre impegnato nell'assistenza ai cittadini immigrati. Il presidente delle Acli **Andrea Olivero** lo definisce "un gravissimo passo indietro sul piano dell'in-

Fnomceo "Netto contrasto" al provvedimento

Un netto contrasto con i principi della deontologia medica da parte del disegno di legge, approvato dal Senato il 5 febbraio e in discussione alla Camera, che abroga il divieto di denuncia, da parte del medico, degli immigrati irregolari in occasione di prestazioni sanitarie. Lo evidenzia il Con-

siglio nazionale della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomceo), riunito a Roma il 20 e 21 febbraio scorso, che ribadisce anche "che le infrazioni del codice deontologico sono sanzionabili dagli ordini di appartenenza". Al contrario la federazione si schiererà a fianco dei professionisti che, non segnalando gli irregolari e dunque non rispettando il contenuto dell'emendamento, "dovessero incorrere in proce-

dimenti sanzionatori per aver ottemperato agli obblighi deontologici". Il Consiglio nazionale guidato da Amedeo Bianco segnala inoltre che "la possibilità di denuncia creerà percorsi clandestini di cura, sottraendo al controllo della sanità pubblica le patologie diffuse emergenti che rappresentano un grave pericolo per ogni individuo e per la società tutta e che oggi sono monitorate e controllate". La risoluzione, approvata all'unanimità, si conclu-

de con un appello al Parlamento "con un fermo richiamo alle superiori esigenze di tutela della salute oltre che agli imprescindibili principi di solidarietà, patrimonio storico della nostra nazione". "Il Consiglio nazionale della Fnomceo sollecita pertanto la Camera dei deputati a non approvare questo emendamento, contrastante con i principi fondanti del rapporto persona malata e medico, ripristinando quanto previsto dalla normativa precedente".

Sigo-Aogoi "I ginecologi non denunceranno i clandestini. Madri e bambini: vanno tutelati i più deboli fra gli ultimi"

"I ginecologi non denunceranno. Questo provvedimento rischia di render ancor più compromessa la situazione di molte madri e dei loro figli. Persone che si trovano nella condizione di massima vulnerabilità e che devono poter contare su un'adeguata assistenza socio-sanitaria - questa la dichiarazione del prof. Giorgio Vittori, presiden-

te della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo) e del prof. Giovanni Monni, presidente dell'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (Aogoi) in merito all'eliminazione del divieto di denuncia da parte del personale sanitario del Servizio Sanitario Nazionale nel caso di assistenza agli immigrati clandestini. Questa norma, all'indomani della sua approvazione, ha già ottenuto il risultato negativo di spaventare chi si trova nel nostro Paese da clandestino e sarà un ottimo deterrente per scoraggiarli a rivolgersi al medico. Nonostante le nostre rassicurazioni. Nell'attuale situazione di "codice rosso" per tutto quanto at-

tiene alle prestazioni "al femminili", questo è inaccettabile. Gli immigrati regolari nel nostro Paese rappresentano il 5% della popolazione ma sono responsabili del 10% dei parti. È facile intuire come, anche fra la popolazione irregolare, vi siano molte donne, madri, bambini. Ogni medico ha giurato di curare allo stesso modo tutti i pazienti: non possiamo oggi permettere che ci siano malati "indesiderati". Le implicazioni, soprattutto nell'assistenza alla maternità e all'infanzia, sono molteplici e pericolose. Si rischia il rifiuto per i pazienti che non possono pagare, i meno redditizi. Oppure ancora, in un'epoca di medicina difensiva, si apre la strada a più o meno velate "pres-

sioni" di reciproca denuncia. Le nostre Società scientifiche hanno da sempre mostrato una particolare attenzione a cogliere i bisogni delle minoranze, con progetti specifici a favore delle donne immigrate, le più a rischio di gravidanze indesiderate e responsabili del 30% delle interruzioni di gravidanza in Italia. I proventi delle vendite del libro "Acrobate", promosso dalla SIGO e in vendita nelle librerie, sono destinati ad esempio, proprio a progetti a loro favore. Invece di discriminare queste persone, spaventandole, il sistema dovrebbe impegnarsi per favorire il più possibile il loro inserimento".
Comunicato congiunto Sigo-Aogoi, 6 febbraio 2009)

tegrazione e della stessa sicurezza" e auspica l'attivazione dell'obiezione di coscienza da parte di tutti gli operatori sanitari.

Anche monsignor **Domenico Segalini**, segretario della commissione per le migrazioni della Conferenza episcopale italiana, ribadisce che "le indicazioni che daremo sono quelle del rispetto delle leggi, ma al di sopra di tutto c'è il rispetto della salute. È grave che una persona in pericolo di vita non vada a farsi assistere per paura di essere denunciata. Compito di un medico è quello di assistere chi soffre senza guardare alla religione, al colore della pelle o se è un condannato a morte". Segue le sue indicazioni **Vincenzo Saraceni**, presidente dell'Associazione medici cattolici italiani, augurandosi "che i medici non ricorran a questa possibilità. La speranza è che in sede parlamentare ci siano modifiche a una norma ingiusta".

La voce dei favorevoli

Una misura che tutela meglio il malato

"In questo emendamento non è in discussione il diritto di cura, il diritto alla salute e le relative tutele che sono sancite dall'articolo 32 della nostra Costituzione. Qui è in discussione il divieto di denuncia, che è altra cosa". Con queste parole il senatore **Antonio Tomassini** ha presentato la sua posizione nell'aula di Palazzo Madama lo scorso 5 febbraio, prima della votazione sull'emendamento che abolisce il divieto di denuncia del paziente immigrato illegale da parte del medico.

Il divieto non funzionava

Secondo il senatore Tomassini, "il divieto di denuncia provoca molti più problemi di salute", perché "espone ad una difficoltà di continuità di cure e a gravi problemi igienico-sanitari per tutte le malattie infettive ed epidemiologicamente diffuse".

Un concetto spiegato anche in un'intervista rilasciata al quotidiano online *L'Occidentale* in cui precisa: "La facoltà di denuncia è una misura che tutela meglio il malato. Le faccio un esempio, una donna clandestina che partorisce un bimbo prematuro, se non venisse denunciata farebbe

■ È questa l'opinione del presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato **Antonio Tomassini** che difende il provvedimento: "Non limita il diritto alla salute, il nostro sistema sanitario continua ad essere universalistico; anzi, tutela meglio il malato consentendo una maggiore rintracciabilità". Favorevole anche l'anestesista **Fabio Rizzi**, senatore della Lega Nord: "In Germania e in Francia ci sono normative più rigorose"



perdere le sue tracce, e già poche ore dopo il parto sarebbe fuori dall'ospedale. Stessa cosa per chi deve essere seguito nel

tempo con cure particolari. Si tratta di una riforma che va nella direzione di tutelare maggiormente e complessivamente la sa-

lute di queste persone". L'analisi del senatore Pdl, presidente della Commissione Igiene e Sanità, parte dall'evoluzione storica: "Fino al '98 vigeva un obbligo assoluto di denuncia - ha spiegato all'Adnkronos - Poi, nell'intento sicuramente favorevole di proteggere chi si voleva curare in anonimato, fu imposto il divieto di denuncia. Ma i risultati non sono stati buoni. In questi sette anni ci sono state persone deboli che, come fantasmi, sono entrate e uscite dagli ospedali. Ci sono state donne che si sono registrate per partorire venti volte in due mesi, senza continuità di assistenza e con soggetti deboli a carico come i loro bambini. E ci sono state malattie per cui vige l'obbligo mondiale di denuncia che non sono state né denunciate né seguite".

Atto dovuto

Anche **Fabio Rizzi**, senatore della Lega Nord e medico anestesista nonché cofirmatario della proposta di emendamento, ha parlato a favore del provvedimento prima della votazione in Senato: "L'emendamento - ha spiegato - deve essere interpretato come un atto dovuto. Infatti, visto che stiamo discutendo dell'introduzione del reato di clandestinità, nel momento in cui un individuo, a maggior ragione se pubblico ufficiale, viene a conoscenza dell'esistenza di un reato, ha l'obbligo, non professionale, ma civile e civico di segnalare il reato all'autorità giu-

diziaria". Secondo Rizzi, con l'abrogazione del divieto di segnalazione "non viene minimamente negata l'assistenza sanitaria che individualmente, come medico, ma anche come Lega Nord, interpretando il pensiero del Gruppo che rappresento, ritengo essere un diritto assoluto di ogni individuo nel nome del principio indelebile che l'individuo sofferente deve essere assistito e curato nel migliore dei modi, come normalmente avviene grazie all'opera dei nostri medici e dei nostri infermieri in tutti gli ospedali d'Italia".

Rizzi ha anche paventato la possibilità che si configuri una discriminazione "al contrario" verso i cittadini italiani: "vogliamo evitare che, come al solito, vengano considerati di serie A e protetti in tutti i modi possibili ed immaginabili i clandestini, mentre noi italiani, se andiamo al pronto soccorso con il sospetto di reato veniamo subito segnalati". "Del resto - ha concluso - non dimentichiamo che in tutta Europa, soprattutto nei Paesi più civilizzati ed avanzati a cui facciamo riferimento, ad esempio la Germania e la Francia, c'è una disciplina più rigorosa. Con questo emendamento lasciamo ai medici libertà di coscienza nel decidere se segnalare o meno il reato: i medici tedeschi, invece, sono obbligati alla segnalazione; i medici francesi sono obbligati a non prestare le cure in ospedale ai clandestini".

A colloquio con Aldo Morrone, direttore dell'Inmp

"Necessario un ripensamento"

■ "Sono favorevole a inasprire la lotta alla immigrazione clandestina, vero schiavismo del XXI secolo. Ma bisogna garantire la salute di tutti gli abitanti del paese confermando il divieto di segnalazione". Sull'emendamento che cancella il comma 5 Aldo Morrone auspica un ripensamento, condiviso anche da molti esponenti della maggioranza

Espresso nella patologie tropicali e malattie della povertà, Aldo Morrone negli ultimi 25 anni si è occupato di medicina transculturale, contribuendo a focalizzare l'attenzione del pubblico e delle istituzioni sulla salute dei migranti e delle fasce a rischio di emarginazione sociale. In virtù di questo suo impegno, è stato nominato direttore generale dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà (Inmp) che ha la sua sede centrale presso l'Istituto San Gallicano di Roma, struttura nella quale da anni le persone straniere trovano servizi sanitari di qualità e pienamente accessibili.



Professor Morrone, quali cambiamenti si cominciano a percepire in seguito all'approvazione al Senato dell'emendamento che propone di abolire il divieto di segnalazione da parte dei medici?

Il problema principale riguardo a questa norma è che gli immigrati già percepiscono non che l'emendamento debba essere approvato anche dalla Camera ma che sia stato già approvato definitivamente. In particolare paradossalmente questo viene avvertito soprattutto dalle donne; abbiamo moltissime donne che hanno dei bambini che frequentano le nostre scuole, che sono assistiti dal punto di vista pediatrico ma le cui mamme sono in condizione di irregolarità. Le persone straniere stanno manifestando una grande paura di presentarsi ai servizi sanitari pubblici, preoccupate dalla possibilità che a denunciare gli immigrati irregolari possano essere proprio i medici di questi servizi, a cui loro si stanno rivolgendo da anni e che nel tempo, anche con qualche difficoltà, hanno imparato a riconoscere come luogo di eccellenza a cui rivolgersi per motivi sanitari.

Finora la legge infatti garantiva

gli immigrati irregolari da questo punto di vista...

Neanche la legge di revisione del Testo unico sull'immigrazione, la cosiddetta "Bossi-Fini" approvata nel 2002 modificò i due articoli che riguardavano l'assistenza sanitaria agli immigrati sia regolari che irregolari; questo perché ci fu un'intuizione da parte degli autori della legge che comunque modificare il divieto di segnalazione contenuto nella legge avrebbe potuto comportare una condizione di grande paura, col rischio di abbandono del servizio sanitario pubblico da parte degli immigrati irregolari e l'apertura di mercati clandestini, cioè illegali, che avrebbero sfruttato e lucrato sulla pelle degli immigrati allargando una sorta di clandestinità terapeutica e diagnostica in cambio della certezza di non denunciare la persona che si sarebbe rivolta a questi centri. Ci sono donne che hanno abortito in condizione di clandestinità e che sono state sfruttate economicamente e nella loro salute quando potevano benissimo rivolgersi al servizio sanitario nazionale.

Eppure ci sono altre iniziative del governo tese ad avvicinare la popolazione straniera. Penso al "Progetto per la promozione dell'accesso della popolazione immigrata ai servizi sociosanitari e lo sviluppo delle attività di informazione ed orientamento socio-sanitario nelle Asl italiane" organizzato dal Ministero con l'Inmp che prevede la formazione e l'inserimento nelle Asl di mediatori culturali.

Sicuramente il ministero della Salute è in prima linea nel garantire l'accesso al servizio sanitario degli immigrati. Ci sono state scelte strutturali in questa direzione che sono state compiute in passato e che sono state mantenute comunque dai vari governi che si sono succeduti. È una sorta di patrimonio del nostro ministero della salute e delle Regioni a cui, dopo la modifica del titolo V della Costituzione, è affidata la tutela sanitaria sul territorio. L'unico elemento di difficoltà è quello che riguarda questo comma 5 dell'articolo 35, su cui io ritengo sia necessaria una grossa riflessione.

Crede che ci siano possibilità perché questo emendamento non passi alla Camera?

Io sono convinto dell'importanza della lotta all'immigrazione clandestina e sono tra i fautori di un maggior impegno nella lotta alla criminalità organizzata che sfrutta le condizioni di salute, di speranza e di bisogno di sfuggire alla povertà di queste popolazioni. E le sfrutta in una maniera davvero criminale, organizzando viaggi che hanno come punto d'approdo la Libia e poi da lì l'Italia. Siamo a una sorta di neo-schiavismo del XXI secolo e questo va combattuto fortemente con impegni sul piano investigativo, con un impegno di polizia e con le condanne esemplari dei criminali, che possano essere d'esempio per fermare questo traffico. Io sono d'accordo su questo e anche sulla lotta alla immigrazio-

ne clandestina e favorevole a una maggiore sicurezza dei nostri cittadini, ma proprio perché sono favorevole a questo, la sicurezza alla salute diventa un altro impegno importante su cui investire. Nel grande rispetto per le decisioni sovrane del nostro Parlamento, credo che su questo particolare dell'emendamento che ha cancellato il comma 5 sia necessario un ulteriore approfondimento. Molti esponenti della stessa maggioranza si sono espressi a favore di questo ripensamento.

Il vostro Istituto si è fatto promotore di qualche iniziativa per cercare di favorire un cambiamento di rotta?

Noi abbiamo scritto alla Commissione affari sociali della Camera chiedendo anche un incontro per poter presentare le nostre problematiche. In maniera molto civile abbiamo espresso la nostra preoccupazione come medici, come operatori del servizio sanitario pubblico su questo rischio. Abbiamo anche concordato con altre strutture sanitarie una riflessione per poter aiutare i nostri parlamentari ad avere un maggiore numero di dati, di statistiche, e a precisare meglio che cosa avviene oggi nel nostro servizio sanitario quando una persona irregolare si presenta ai nostri ambulatori pubblici. Noi abbiamo già l'obbligo di referto quando si è in presenza di un reato, che venga commesso da immigrato o da italiano. Inoltre, noi denunciavamo tutte le malattie sia di natu-

"Sicuramente il ministero della Salute è in prima linea nel garantire l'accesso al servizio sanitario degli immigrati... L'unico elemento di difficoltà riguarda questo comma 5 dell'articolo 35, su cui io ritengo sia necessaria una grossa riflessione"

ra infettiva che non infettiva per avere un quadro epidemiologico attendibile che ci consenta poi di intervenire sui focolai di malattie infettive ma anche in caso di incidenti sul lavoro. Abbiamo cioè un sistema sanitario che di fatto controlla caso per caso tutti quelli che si rivolgono a questo servizio, ma con la garanzia ovviamente dell'anonimato. Noi stessi abbiamo più volte, anche negli anni passati, cercato di avere conferma che, ad esempio, il test per l'Hiv o per la sifilide avvenissero sempre in maniera anonima perché que-

sto era un modo per garantire a tutti la tutela della privacy e quindi contemporaneamente aumentare il numero di soggetti a rischio che potessero accedere nei nostri laboratori tranquillamente perché nessuno avrebbe saputo della loro eventuale positività. Questo ci ha permesso di contrastare efficacemente la diffusione della sindrome da Aids conclamato ma anche l'infezione da Hiv e altre malattie.

Può tracciare un quadro della salute della popolazione immigrata femminile? Quali sono i problemi maggiori e le carenze che più frequentemente si verificano?

Ci sono due principali carenze che sono di evidenza nazionale su cui occorre investire molto: la prima riguarda la necessità di abbassare il tasso di prevalenza e di incidenza dell'aborto tra le donne migranti. Oggi abbiamo regioni in cui tra il 31 e il 40% degli aborti avviene su giovani donne immigrate, segno che dobbiamo investire meglio nella salvaguardia della salute materno-infantile. Questo è un punto su cui ci stiamo impegnando e dobbiamo ulteriormente impegnarci perché il grafico che vede una linea decrescente degli aborti nella popolazione italiana avvenga anche tra le donne straniere. Ma c'è un secondo elemento, scaturito negli ultimi anni: dai dati preliminari che abbiamo potuto osservare c'è un aumento dei casi di tumore soprattutto nelle donne

immigrate e mi riferisco soprattutto al cervico-carcinoma dovuto all'infezione da Hpv. È quindi necessario facilitare l'accesso di queste donne alle campagne di screening per la diagnosi precoce. Terzo elemento, un aspetto che viene considerato sicuramente meno ma su cui noi abbiamo lavorato a lungo, è quello che noi abbiamo chiamato il "diritto alla bellezza". Abbiamo scoperto che moltissime donne nel nostro paese continuano ad usare prodotti di cosmesi che sono tossici, nocivi per la salute, che vengono acquistati in mercati cosiddetti etnici. In seguito a uno studio che abbiamo condotto con l'Iss e altri colleghi, prima fra tutti Chiara Castellani, abbiamo realizzato una campagna contro la diffusione di cosmetici tossici che sono un altro danno gravissimo alla salute delle donne, subdolo, meno evidente ma che porta a seri danni, non solo allergie. (G.M.C.)

Istituto San Gallicano di Roma: l'esperienza d'ambulatorio

Medici per tutti

“In questo ospedale non viene denunciato nessuno”. Decine di cartelli sparsi nei corridoi rassicurano la piccola folla multietnica in sala d'attesa. Un medico si affaccia dalla porta del suo ambulatorio per iniziare la visita successiva, una mediatrice culturale parla a bassa voce con un nordafricano alto e grosso, una dottoressa spiega a una donna orientale qualcosa sulle procedure da seguire. È una normale mattina di attività frenetica all'Istituto San Gallicano di Roma ma l'atmosfera è tranquilla. Nessun sintomo dei nervosismi che spesso albergano nelle sale per il pubblico degli ospedali italiani. Si direbbe quasi che tutti si conoscono. E in effetti l'Istituto è conosciuto ormai da più di due decenni nella capitale come punto di riferimento per tutti coloro che vivono una situazione di marginalità: poveri, immigrati, senza fissa dimora sanno cosa possono trovare nei vecchi locali dell'istituto dermatologico fondato da Papa Benedetto XIII nel 1725, uno dei primi centri in Europa specializzato in malattie dermatologiche. Professionalità, competenza, attenzione alle loro specificità e soprattutto accoglienza: ecco cosa porta questi pazienti in questo antico ospedale di Trastevere.

Ma da qualche tempo l'atmosfera è meno serena. “È innegabile, una riduzione dell'affluenza c'è stata, eccome”, lamenta **Lorenzo Nosotti**, dirigente medico internista dell'Istituto San Gallicano, responsabile dell'U.O. di Medicina delle migrazioni. “È questo nonostante il clima di fiducia che abbiamo creato sin dal 1985, quando questo istituto è diventato punto di riferimento per la popolazione immigrata, e i cartelli in tutte le lingue che abbiamo affisso per specificare che non denunceremo nessun irregolare. Eppure l'altro giorno, per fare un esempio, un paziente irregolare con una sintomatologia con carattere di urgenza a cui ho consigliato di recarsi al pronto soccorso aveva delle remore perché temeva di essere denunciato”.

Il fattore paura

L'emendamento che cancella il divieto di segnalazione degli immigrati irregolari da parte del medico è, nella percezione di

“Ho scelto di fare il medico, il mio lavoro è curare senza chiedermi quale sia il colore della pelle, non rintracciare gli irregolari”. I professionisti dell'Istituto San Gallicano di Roma, in cui da due decenni si fornisce assistenza sanitaria agli stranieri, non denunceranno gli immigrati senza permesso di soggiorno. Ma intanto il provvedimento approvato al Senato ha già scatenato la paura: “l'affluenza è in calo”, lamentano. E raccontano cosa vuol dire curare donne di tutti i paesi

molti stranieri, già una realtà, nonostante debba ancora essere approvato definitivamente dalla Camera per diventare legge. Nel frattempo, secondo Nosotti, è bene che i professionisti facciano sentire la loro voce contro questa norma che rischia di rovinare anni e anni di lavoro: “È necessario che sia gli ordini professionali sia i singoli medici esprimano il loro disaccordo e, se la legge passa, ricordare che non c'è un obbligo di denuncia, quindi il medico può opporsi per non diffondere il panico. Così da poter curare le patologie, quelle non infettive che causano un danno alla salute degli irregolari stessi, cosa di per sé eticamente sbagliata, ma anche

quelle infettive che oltre a questo presentano il pericolo della diffusione nella popolazione generale”.

“Non è un problema legato al rischio del contagio tra gli italiani di chissà quali malattie esotiche – precisa però **Gennaro Franco**, dermatologo dell'Istituto – Gli immigrati le malattie le contraggono qui, per le loro difficili condizioni di vita e di lavoro; semmai il rischio è che se una persona ammalata ha paura di rivolgersi al servizio sanitario, di fatto rende clandestina la patologia, e così anche il trattamento di malattie che si potrebbero affrontare facilmente nelle fasi iniziali si rinvierebbe sempre di più”.



Medici, non poliziotti

I medici di questo istituto, insomma, non sono disposti a presentarsi ai loro pazienti nella veste di delatori. “Quando esercito la mia professione – dichiara fiero il ginecologo **Roberto Sindico** – io medico non ho di fronte un italiano, uno straniero, un irregolare o altro: io ho di fronte una persona che ha bisogno di essere aiutata dal punto di vista sanitario. Non mi interessa che lingua parla, la mia professionalità mi impone di chiedermi qual è il suo problema e come posso aiutarlo, non chiedermi da dove viene”.

Peraltra, secondo Sindico, un medico ha anche poche possibilità di capire se un paziente è irregolare: “Posso intuirlo per via dell'Stp, il codice regionale fornito agli irregolari per accedere al servizio sanitario. Questo è l'unico aggancio con la realtà esterna che però non passa dalle mie mani, dal momento che la pratica viene fatta in accettazione”. E il peggio è che a essere colpite sarebbero, secondo il ginecologo, le persone meno pericolose: “Quelli che sguazzano nel torbido se ne fregano di venir denunciati o meno, perché la polizia li conosce tutti. Le persone che lavorano e sono qui per crearsi un'esistenza sono le uniche che hanno paura di essere individuate perché sono quelle che hanno da perdere, stanno cercando di crearsi una realtà nell'attesa di essere regolarizzati. Con questo emendamento andiamo a colpire proprio quella fetta della popolazione irregolare che può anche essere utile al paese”.

Una sanità più vicina

Lo scopo, quindi, dovrebbe essere quello di lavorare per avvicinare queste persone al sistema sanitario, non di scoraggiarle. “Bisognerebbe informarli sui servizi a cui possono accedere – prosegue Sindico – Ma c'è da dire che se sono disinformati è anche perché il nostro sistema sanitario non è facile neanche per noi. In più loro hanno difficoltà con la lingua, ma non solo: ci sono le usanze. In questo campo le difficoltà maggiori sono con le donne musulmane, che spesso non vogliono farsi visitare da un uomo. A volte rifiutano, a meno che non sia presente il marito e lui acconsente”. “Tra i nostri compiti c'è anche quello di portare avanti una educazione alla salute di cui i pazienti stranieri sono spesso sprovvisti – precisa Lorenzo Nosotti – Non hanno familiarità con concetti come prevenzione o malattia cronica e spesso per loro il bisogno di salute non è quello primario perché quello di cui si preoccupano di più è trovare lavoro o, se ce l'hanno, di non perderlo”.

Le differenze culturali possono essere superate in parte grazie al lavoro dei mediatori, che però raramente sono presenti nelle strutture pubbliche. Diverso è il caso del San Gallicano dove operano diversi mediatori cultu-

rali, come **Salvia Bellomi**, che lavora nella struttura già da dieci anni. “Prendiamo il caso di una donna straniera in gravidanza – racconta – Nella maggior parte dei casi, la considera una cosa naturale e normale: non corre verso l'ecografia né si preoccupa di fare le analisi. Capita che si presenti qui già in stato avanzato senza aver effettuato alcun controllo. Per esempio, ho incontrato una donna irachena richiedente asilo, con quattro bambini e incinta al sesto mese. Io l'ho accompagnata al consultorio e lì la dottoressa è andata in allarme; la cosa strana era che la donna irachena era tranquillissima mentre il personale medico si allarmava enormemente. Lei non si rendeva conto del rischio che aveva affrontato compiendo un viaggio così lungo, attraverso Siria, Libia, eccetera, durante la gravidanza. Ecco, la mediazione culturale arriva a decodificare e capire la malattia in un modo non medicalizzato, arriva all'aspetto più naturale, quello che viene percepito dalla paziente”.

Tra terapia ed educazione sanitaria

Non esiste un servizio di ostetricia al San Gallicano di Roma e quindi tutte le donne in gravidanza vengono inviate al consultorio. Gli altri motivi che portano le donne straniere a rivolgersi all'istituto San Gallicano di Roma sono grossomodo gli stessi delle donne italiane. “La cosa che si può notare è che, se si opera in una struttura destinata alla popolazione italiana, prevalgono le patologie legate all'invecchiamento, mentre in un ambulatorio per stranieri la fascia di età è molto più bassa” conferma il ginecologo della struttura, **Roberto Sindico**. Ma il problema maggiore è rappresentato dalla cultura sanitaria: “Io cerco di svolgere anche un ruolo consultoriale – spiega Sindico – perché le donne straniere generalmente non sanno cos'è la prevenzione. Dal momento che non hanno mai sentito parlare di pap test, cerco di spiegare loro l'utilità di questo esame. Col tempo siamo riusciti a fare un lavoro sulla contraccezione con molte di queste ragazze: all'inizio prescrivevo la pillola di ultima generazione ma mi sono accorto che aveva scarso successo perché dovevano pagare 13 euro per ogni confezione ed era una spesa che non potevano sopportare. Allora siamo tornati a pillole vecchie, in convenzione, che però vengono assunte regolarmente; questo dimostra che se riusciamo a fare capire l'utilità e a dare loro la possibilità di seguire un trattamento, lo fanno. Anche se non è completamente gratuito, dal momento che adesso pagano il ticket di 24 euro”.

Responsabilità professionale

Medici specializzandi e tutor

■ Nel caso di evento dannoso conseguente a una prestazione chirurgica, il problema dell'attribuzione della colpa medica può risultare di più complessa interpretazione qualora il medico collaboratore che fa parte dell'équipe chirurgica non sia strutturato, ma partecipi alle attività medico-chirurgiche in quella posizione di apprendistato connessa con il suo ruolo di specializzando

di Pier Francesco Tropea

Il problema dell'attribuzione della colpa medica nel caso di evento dannoso conseguente a una prestazione chirurgica è ancora lontano da una sua precisa definizione in ragione della molteplicità delle componenti che possono incidere nei differenti casi e in considerazione anche della non facile attribuzione della colpa ad un singolo componente dell'équipe operatoria. Fino ad oggi è sembrato prevalere il criterio della responsabilità del capo dell'équipe chirurgica (cui è devoluto il compito di coordinare l'attività del gruppo operatorio), pur rimanendo valido il principio dell'affidamento, in base al quale ciascun componente dell'équipe è chiamato a rispondere degli specifici compiti a lui affidati.

Sotto questo profilo, è ovvio ritenere che la scelta operata dal responsabile dell'équipe circa l'affidamento di una precisa mansione tecnica tenga conto della qualificazione professionale del collaboratore chiamato a svolgere tale compito, atteso che il capo equipe può essere chiamato a rispondere di "culpa in eligendo", ove si dimostrasse che l'evento dannoso sia dipeso da una inadeguatezza tecnica dell'operatore prescelto.

Nell'attività chirurgica svolta nelle sale operatorie degli ospedali, l'équipe operatoria è composta da personale medico e paramedico regolarmente struttura-

to e come tale in possesso di titoli professionali ufficialmente conseguiti e di capacità tecniche ampiamente collaudate. Diversa può essere la configurazione della routine chirurgica svolta negli istituti di cura universitari o negli ospedali convenzionati con le università, laddove l'équipe può essere composta, oltre che da personale medico di ruolo, anche da medici "in formazione" i quali, nella qualità di specializzandi, sono chiamati a svolgere un'attività pratica espressamente prevista dall'ordinamento vigente ai fini del conseguimento del titolo di specializzazione nella disciplina. È ovvio che le specifiche mansioni affidate ai medici specializzandi saranno stabilite di volta in volta dal Direttore o Primario della Struttura e in subordine dal "tutor" cui è assegnato il compito di guidare l'attività del singolo medico, modulandone le attribuzioni in base al livello di competenza e abilità tecnica del sanitario, tenendo conto soprattutto del grado di difficoltà della prestazione medica in oggetto.

Appare dunque evidente che il responsabile dell'équipe non può esimersi dall'esercizio costante di sovrintendere e coordinare l'attività del gruppo chirurgico e dei suoi singoli componenti, fermo restando l'obbligo di ciascun medico (e dunque anche degli specializzandi) di adempiere ai loro compiti con diligenza, perizia e prudenza, essendo titolari di una posizione di garanzia nei confronti dei pazienti affidati alle loro cure.

La responsabilità del medico in formazione

La responsabilità che assume direttamente il medico assistente, ancorché specializzando, è stata più volte affermata dalla giurisprudenza della Corte di Cassazione, nel senso che la posizione di subalternità del medico assistente nei confronti del Primario, non esime il suddetto sanitario dal dovere di rispondere presso il paziente della correttezza del proprio operato. In un giudizio concernente un evento dannoso conseguente ad una er-



rata operazione chirurgica praticata da uno specializzando, la Cassazione (Cass. Pen. Sez. IV, novembre 1999), confermando la condanna sia del Primario che del Medico in formazione, ha precisato che "anche colui che espleta mansioni chirurgiche in qualità di specializzando e quindi sotto diretta responsabilità del Docente, assume direttamente una posizione di garanzia nei confronti del paziente, condivisa con quella che fa capo a chi le direttive impartisce, sicché anche su di lui incombe l'obbligo dell'osservanza delle *leges artis* che hanno per fine la prevenzione del rischio non consentito, ovvero dell'aumento del rischio".

In proposito la Corte Suprema aveva in passato affermato che "l'assistente chirurgico non può invocare a sua discolora una precisa posizione subalterna rispetto all'operatore" (Cass. Pen. Sez. IV, gennaio 1982), precisando più recentemente che "il sanitario che riveste la qualifica di assistente non è un mero esecutore di ordini del Primario, ma si trova in una posizione di autonomia vincolata alle direttive ricevute" (Cass. Pen. Sez. IV, gennaio 2000).

Il problema può risultare di più complessa interpretazione nel caso in cui il medico collaboratore che faccia parte di un'équipe chirurgica non sia strutturato, ma partecipi alle attività medico-chirurgiche in quella posi-

zione di apprendistato connessa con il suo ruolo di specializzando.

In tali casi il Direttore della Scuola di specializzazione si trova nella necessità di dover conciliare due esigenze rappresentate da un lato dall'attuazione del vigente ordinamento che prevede l'esecuzione in prima persona da parte dello specializzando di un certo numero di interventi chirurgici e dall'altro dal dover garantire con la propria presenza al tavolo operatorio una corretta esecuzione delle operazioni previste, ancorché eseguite da un medico in formazione, come tale in possesso di una limitata esperienza tecnico-professionale. È bene noto agli

Il Direttore della Scuola di specializzazione si trova a dover conciliare due esigenze: da un lato, attuare il vigente ordinamento, che prevede l'esecuzione in prima persona da parte dello specializzando di un certo numero di interventi chirurgici, dall'altro, garantire con la propria presenza al tavolo operatorio una corretta esecuzione delle operazioni previste, ancorché eseguite da un medico in formazione

"addetti ai lavori" che, rispetto all'attività clinico-chirurgica affidata agli specializzandi, esistono Scuole universitarie ancora "conservatrici" rispetto ad altre più "aperturiste", nelle quali ultime al medico in formazione viene concessa piuttosto precocemente un'autonomia tecnico-professionale; ma è ben vero che negli ultimi anni i Direttori di strutture sanitarie ospedaliere o universitarie sono molto più restii ad affidare ai giovani medici l'esecuzione di interventi chirurgici, del cui esito sfavorevole può essere chiamato a rispondere, non soltanto l'operatore, ma anche il Primario della Divisione, ove non abbia esercitato i dovuti controlli (*culpa in vigilando*), o sotto il profilo della scelta rispetto all'équipe incaricata della prestazione (*culpa in eligendo*). La validità dei concetti fin qui espressi ci viene confermata dall'analisi di una sentenza della Corte di Cassazione (Cass. Pen. Sez. IV, n. 21594, giugno 2007) resa nota di recente, che merita di essere illustrata per gli insegnamenti che gli operatori sanitari possono trarre ai fini di un corretto esercizio degli incarichi rispettivamente a loro affidati. Nel caso in esame, l'evento dannoso occorso al paziente, si è dimostrato conseguente ad un errore di tecnica operatoria attribuito al medico specializzando che aveva praticato l'intervento, in assenza del Primario, ancorché designato inizialmente quale primo operatore, ma di fatto allontanatosi dalla sala chirurgica per una chiamata urgente dal Reparto.

Nel caso specifico, il reato di cui sono stati chiamati a rispondere i medici era configurabile nel novero delle lesioni gravissime in quanto, l'errata esecuzione dell'intervento, aveva comportato un'atrofia gonadica con perdita della funzione procreativa. L'errore tecnico compiuto dagli operatori (ambidue specializzandi in chirurgia) è stato considerato conseguente ad una condotta evidentemente imperita e negligente che tuttavia sarebbe stata certamente evitata dalla presenza attiva del Primario o di un tutor adeguatamente competente in materia. È opportuno a tal proposito rammentare che il D.Lgs. n.

368/1999, all'articolo 38, impone "la partecipazione guidata degli specializzandi alle attività mediche nonché l'esecuzione di interventi con autonomia vincolata alle direttive impartite dal tutore". Orbene, è del tutto evidente, a parere dei Giudici, che, in una disciplina di carattere eminentemente operativo, come la chirurgia, l'azione del tutor non può limitarsi agli insegnamenti teorici, ma deve concretizzarsi nella presenza fisica in sala operatoria e nella guida pratica all'attività manua-



Bando di concorso Borsa di studio "Ugo Tropea"

L'Aogoi bandisce un concorso per l'assegnazione di una borsa di studio intitolata a "Ugo Tropea" da assegnare alle tre migliori comunicazioni che verranno inviate alla Segreteria scientifica del IX Corso di aggiornamento Aogoi, che si terrà a Villasimius dal 27 al 31 maggio 2009. La somma complessiva disponibile di euro 6.000 sarà suddivisa in parti uguali tra le comunicazioni proclamate vincitrici dalla Commissione giudicatrice

I titoli per partecipare al concorso sono i seguenti:

- età dell'autore del lavoro scientifico (primo nome, se in collaborazione) non superiore a quarant'anni
- specializzazione o iscrizione alla Scuola di specializzazione nella disciplina ginecologica
- cittadinanza italiana.

Nella domanda i concorrenti dovranno indicare: cognome, nome, luogo e data di nascita, indirizzo e numero telefonico.

La domanda dovrà essere corredata da:

- certificato di laurea (in carta semplice o dichiarazione sostitutiva del certificato ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000)
- certificato di specializzazione o di iscrizione alla Scuola di specializzazione in

ginecologia e ostetricia (in carta semplice o dichiarazione sostitutiva del certificato ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000)

- curriculum vitae del primo autore
- testo del lavoro: carattere times new roman, dimensione 12, interlinea singola, testo giustificato, formato word (doc) comprese tabelle, figure (formato jpg, tif) e bibliografia.

Le domande, corredate dai documenti sopra elencati, dovranno pervenire alla Segreteria scientifica del IX Corso Aogoi per e-mail, all'indirizzo: prenatalmonni@tiscali.it, o per posta, su floppy disk, al seguente indirizzo: Servizio di ginecologia e ostetricia, diagnosi prenatale e preimpianto, terapia fetale, Via Jenner s.n., 09121 Cagliari (tel.

070.6095546) **entro il 30 aprile 2009.**

La Commissione giudicatrice sarà composta dal Presidente nazionale Aogoi, dal Segretario nazionale Aogoi e dal Prof. Pierfrancesco Tropea. Il giudizio della Commissione è insindacabile.

La proclamazione dei vincitori della borsa di studio avverrà in occasione del Corso nazionale Aogoi in programma dal 27 al 31 maggio 2009.

I vincitori della borsa di studio avranno inoltre la possibilità di frequentare, a titolo di aggiornamento professionale, previo accordi con il Direttore della struttura, una Divisione o Centro specialistico ginecologico di un Ospedale italiano per un periodo di tempo da concordare con il Direttore della struttura stessa.

le dei discenti, i cui gesti tecnici debbono essere pilotati e corretti dal Maestro. In sostanza si può affermare che, in casi del genere, viene a mancare la doverosa sorveglianza e l'opportuno controllo delle iniziative terapeutiche intraprese dal medico in formazione, da parte del Direttore della Struttura sanitaria, costituendo tale dovere di sovrintendenza del Primario, il limite di quel principio giuridico dell'affidamento che consente al capo équipe di assegnare ad un collaboratore di sua fiducia lo svolgimento di un preciso compito tecnico, della cui corretta esecuzione è chiamato a rispondere colui che ha ricevuto tale incarico. Peraltro, gli obblighi del chirurgo capo équipe si estendono, al di là dell'esecuzione dell'atto chirurgico, anche al controllo postoperatorio, sia vigilando sull'operato dei propri collaboratori nell'immediatezza dell'intervento, sia controllando il decorso postoperatorio attraverso i parametri vitali e la regolare esecuzione delle terapie stabilite (Cass. Pen., novembre

1988 - Cass. Civ., marzo 2002). Altra importante notazione riguarda l'eventuale ricorso all'art. 54 c.p. che stabilisce la non punibilità nel caso in cui si dimostri l'esistenza di uno stato di ne-

Il responsabile dell'équipe non può esimersi dall'esercizio costante di sovrintendere e coordinare l'attività del gruppo chirurgico e dei suoi singoli componenti

cessità. A fronte della frequente invocazione da parte del medico dell'art. 54 c.p. in virtù del quale la condotta del sanitario può trovare una valida giustificazione, è opportuno rammentare che molto raramente la giurisprudenza riconosce al medico tale esimente, ritenendo necessaria a tal fine la dimostrazione dell'esistenza di un pericolo grave, non altrimenti evitabile e della proporzionalità tra condotta ed evento. In sostanza, il me-

dico che invoca a sua discolpa l'applicazione dell'art 54 c.p. deve provare che il suo intervento (dal quale è scaturito un danno al paziente) è stato dettato dalla necessità di evitare l'avverarsi per il malato di un grave pericolo che non poteva essere evitato in alcun altro modo.

Per concludere, l'analisi della giurisprudenza in materia conduce a raccomandare ai medici strutturati che hanno la responsabilità dell'attività chirurgica svolta in sala operatoria la massima cautela nell'affidamento di compiti operativi autonomi a sanitari specializzandi o comunque in formazione, nei confronti dei quali non può mai venir meno il criterio del costante controllo del loro operato. Per questi ultimi vige comunque il principio di una diretta responsabilità che il medico, ancorché in fase di apprendistato, si assume nei confronti del paziente oggetto della prestazione sanitaria che deve comunque essere sempre svolta con il massimo di perizia, prudenza e diligenza.



9° Corso

di Aggiornamento Teorico Pratico in Medicina Embrio-Fetale e Perinatale



1° Congresso Nazionale AGITE



27 - 31 Maggio 2009
Villasimius, Cagliari, Atahotel Tanka Village Resort

PATROCINI

WAPM	World Association of Perinatal Medicine
EAPM	European Association of Perinatal Medicine
MED-UOG	Mediterranean Ultrasound Obstetrics and Gynecology
SIEOG	Società Italiana di Ecografia Ostetrica - Ginecologica
SIIMP	Società Italiana di Medicina Perinatale
SIOS	Società Italiana Ospedaliera per la Sterilità
SMIC	Società Medica Italiana per la Contraccezione
AGITE	Associazione Ginecologi Territoriali

INFORMAZIONI

La sede del 9° Corso AOGOI di Aggiornamento Teorico Pratico e del 1° Congresso Nazionale AGITE è l'Atahotel Tanka Village Resort di Villasimius (Cagliari), di proprietà dell'EMPAM. All'inizio del Corso sarà distribuito il libro degli Atti. Al termine del Corso sarà effettuato l'esame obbligatorio per l'ECM (richiesta Crediti in Corso).

ARGOMENTI

Ecografia • Screening Genetici e Ostetrici • Diagnosi Genetica Prenatale e Preimpianto Terapia Fetale • Infezioni Congenite • Aborto • Gravidanza Multipla • Gravidanza Extra • Patologie Materne e Fetalì in Gravidanza • Cardiocografia • Parto • Aspetti Neonatali • Contraccezione Fecondazione Assistita • Medicina Perinatale nei Consultori e nei Poliambulatori • Problematiche Medico-Legali e Contrattuali • Insegnamento Ospedaliero.

1° CONGRESSO NAZIONALE AGITE

Il 1° Congresso Nazionale AGITE si terrà Mercoledì pomeriggio, Giovedì e Domenica mattina. Gli altri giorni i gruppi di lavoro AGITE si incontreranno per affrontare le problematiche ostetrico-ginecologiche del territorio.

CORSI PRATICI

- Il Prof. I. Timor Tritsch (New York) terrà un Corso Teorico Pratico Interattivo di Ecografia Fetale.
- I Prof. A. Vacca e J. Vacca (Brisbane), C. Crescini e A. Ragusa, terranno esercitazioni pratiche su manichino, a piccoli gruppi, sul momento espulsivo del parto con applicazione della ventosa Kiwi, sulla distocia di spalla e sulla estrazione podalica.
- I Prof. A. Di Meglio, D. Paladini, F. Taddei, P. Volpe, M.A. Zoppi, terranno esercitazioni pratiche su donne gravide sull'ecocardiografia, sull'ecografia del cervello fetale, sulla Doppler flussimetria e sulla Nuchal Translucency.

COMUNICAZIONI ORALI "PREMIO U. TROPEA"

Domenica 31 Maggio verranno presentate, da giovani ricercatori, le 3 comunicazioni orali giudicate dall'AOGOI più rilevanti e attinenti al Corso. I 3 vincitori, regolarmente iscritti al Corso, riceveranno un premio di 2.000 euro ciascuno. Tutte le comunicazioni orali dovranno pervenire alla Segreteria Scientifica via e-mail (max 4 pag. in formato Word) entro il **20 Aprile 2009** e verranno pubblicate, previa iscrizione al Corso da parte degli autori, nel volume degli Atti, insieme alle relazioni dei Docenti.

INCONTRO CON I SEGRETARI AOGOI

Una Sessione di lavoro vedrà la presenza di tutti i Segretari Regionali AOGOI.

DOCENTI

Saranno presenti i più qualificati Esperti Italiani in Medicina Embrio-Fetale e Perinatale, nonché i seguenti Docenti Stranieri: **B. Ahmed** (Qatar), **A. Antsaklis** (Atene), **L. Cabero** (Barcellona), **F. Chervenak** (New York), **V. Chiantera** (Berlino), **W. Dunlop** (Newcastle), **W. Holzgreve** (Basilea), **N. Kavak** (Istanbul), **I. Timor Tritsch** (New York), **J. Troyano** (Tenerife), **A. Vacca** (Brisbane), **J. Vacca** (Brisbane), **Y. Ville** (Parigi), **L. Voto** (Buenos Aires).

DIRETTORE DEL CORSO: Giovanni Monni
PRESIDENTI DEL CORSO: Antonio Chiantera, Giovanni Monni, Giovanni Urru

<p>SEGRETARIA ORGANIZZATIVA I.M.C. Europe s.r.l. Viale Trieste 93 - 09123 Cagliari Tel. 070.273470 - Fax 070.273306 E-mail: imc.congressi@tin.it E-mail: agenziaaggiogio.imc@tiscali.it Internet: www.imc-congressi.it</p>	<p>SEGRETARIA SCIENTIFICA Servizio di Ginecologia e Ostetricia Diagnosi Prenatale e Preimpianto, Terapia Fetale Ospedale Regionale per le Microcitemie Via Jenner s/n - 09121 Cagliari Tel. 070.6095546/7 Fax 070.6095514 E-mail: prenatalmonni@tiscali.it</p>	<p>AOGOI Via G. Abamonti, 1 20129 Milano Tel: 02.29525380 Fax: 02.29525521 E-mail: aogoi@aogoi.it</p>
---	---	--

Studio SIGO-ISS sulla condilomatosi genitale

Partecipare alla ricerca sul territorio

di **Maurizio Orlandella**
Presidente AGITE

Da molti anni, come ginecologi del territorio, sosteniamo la necessità di ridefinire le nostre competenze e parliamo della necessità di coinvolgere la ginecologia del territorio in indagini scientifiche, al fine di valorizzare il nostro ruolo professionale. Valorizzare, dare valore economico alle prestazioni si può, entrando finalmente in progetti ad hoc per il territorio, così come esperienza frequente ed economicamente soddisfacente del medico di base. Le remunerazioni collegate a progetti già esistono, ma fanno parte della consuetudine di arricchire lo stipendio con progetti frequentemente fittizi. La remunerazione per progetto deve aumentare la sua valorizzazione garantendo qualità scientifica, mantenendo la quota dello stipendio dedicata ai progetti.

Come Agite, abbiamo ritenuto iniziare da una precisa definizione della prestazione "visita ginecologica" e delle prestazioni strumentali ambulatoriali, settando buona parte del 1° Congresso nazionale su tale item. Ma, oltre alla parte basica delle nostre attività, vi è ben altro. Se la parte degli "incontri con la popolazione" è abbastanza praticata, rimane ne-

■ **Investire nella ricerca sul territorio per recuperare alla comunità ginecologica e ostetrica scientifica quell'enorme attività clinica svolta nei consultori e negli ambulatori specialistici pubblici e privati**

gletta la "componente scientifica" che attiene a studi dedicati alla medicina del territorio. Questo articolo tratta la parte della professione che contempla lo sviluppo di altre competenze, la parte scientifica, che fino ad adesso semplicemente non è stata considerata, lasciando al ginecologo territoriale solo la semplice quota prestazionale, quella che considera la prestazione unicamente come semplice risultato economico: il "ticket". In linea con queste nuove aspettative raccogliamo l'invito della Sigo e dell'Iss a collaborare ad una indagine epidemiologica sulla condilomatosi riservata alla ginecologia del territorio.

■ **La ricerca clinica**

Misurare i risultati del proprio lavoro è l'unico elemento che permette una valutazione reale delle nostre attività, in qualsiasi luogo dove si pratici medicina. L'università, l'ospedale, qualsiasi studio professionale, accoglie sintomi, sindromi, malattie, casi chirurgici e per ognuna di queste attività vi sono risultati misurabili, *outcome* di salute compara-

bili, con risultati determinati da molte variabili.

Un ospedale specializzato in oncologia ginecologica dovrà essere in grado di fornire confronti per stadio, complicazioni lievi e gravi, a breve e a distanza, percentuale delle recidive e mortalità a 5 anni. Gli ospedali nei quali si espleta il parto registrano certamente tasso di tagli cesarei, la sopravvivenza dei prematuri e la morbilità neonatale e così via. Da queste valutazioni ne derivano opportunità per i professionisti e per l'utenza stessa. I professionisti avranno gli elementi che permettono un'analisi delle cause che determinano certi risultati, potendo porre le basi per modifiche di pratiche e consuetudini precedenti. Le pazienti, dovrebbero poter conoscere i risultati di tale impegno professionale, scegliendo conseguentemente il luogo di cura e premiando economicamente, con la propria scelta, la struttura che le garantisce risultati migliori. Esigenze professionali e di scelta individuale, che devono potersi incontrare.

Anche il professionista del terri-

torio e le proprie pazienti devono poter contare su un meccanismo di valutazione adattato a parametri diversi, mirati alle esigenze del territorio.

Tutto ciò semplicemente non è previsto, con grave nocumento della professionalità e delle stesse garanzie dell'utenza. Esperienze individuali di misurazioni dei risultati, in mancanza di un'attività unificante delle misurazioni, rischia di procurare risultati non confrontabili e quindi di modesto significato, che non possono essere seria base di una discussione scientifica. La stessa produzione di articoli scientifici non è più necessaria per la carriera nelle strutture territoriali e non vi è più la necessità di produrre dati. Eppure tutto ciò è molto pericoloso per la valorizzazione della nostra categoria. Deve aumentare la produzione scientifica dedicata alla ginecologia del territorio, con punti di riferimento nazionali, come l'Istituto superiore di sanità, che ha già grande attenzione alla ginecologia del territorio e alla salute riproduttiva. Manca, invece, il coordinamento tra politiche regionali e nazionali. La ricerca sul territorio è invece ben possibile, richiede certamente investimenti per la salute riproduttiva sul territorio, recuperando alla comunità ginecologica e ostetrica scientifica, quell'enorme attività clinica svolta nei consultori, ambulatori specialistici pubblici e privati. Studi *ad hoc* possono essere organizzati solo da un ministero della Salute che dedichi maggiore attenzione al territorio e alla prevenzione. Ma anche la formazione specialistica necessita di maggiore attenzione alla modalità di ricerca bibliografica, alla medicina dell'evidenza, all'analisi critica dei lavori scientifici, al corretto disegno di uno studio scientifico, e modalità di scrittura corrette di un lavoro scientifico, tenere relazioni a Congressi scientifici.

■ **Items di ricerca clinica sul territorio**

Aree di applicazione? Studi os-

servazionali, studi randomizzati in collaborazione con ospedali e università, valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici con valutazioni farmaco-economiche, valutazione degli *outcome* associati a processi di audit, studi epidemiologici mirati a indagini che necessitano di ambulatori di primo livello, gli unici in grado di non selezionare le patologie, individuando con correttezza la prevalenza nella popolazione generale. Lo stesso coordinamento territorio-ospedale non può basarsi, come spesso richiedono i colleghi ospedalieri, su un semplice invio, essendo necessario creare i presupposti, davanti a esperienze ancora pilota, di poter essere riproducibile nelle diverse realtà sanitarie regionali e locali; anche queste esperienze vanno misurate scientificamente, individuando gli elementi critici e creando i presupposti per un aggiornamento delle pratiche cliniche.

Studi di farmaco-economia sull'utilizzo di pratiche ambulatoriali contro interventi demolitivi sono stati eseguiti nella patologia disfunzionale uterina, dimostrando che l'approccio conservativo con applicazione di dispositivi intrauterini al levonorgestrel era più economico dell'isterectomia. Bene, un tale studio dovrebbe permettere un maggior utilizzo di tale metodo contraccettivo, valorizzare il ruolo dei ginecologi territoriali, favorire il mantenimento dell'integrità del corpo femminile. Eppure questi studi non vengono programmati dal sistema sanitario pubblico.

Un tema specifico del territorio è la gestione della contraccezione e professionalità richiederebbe la valutazione del *drop out* della contraccezione. Ciò permetterebbe di analizzarne le cause, programmare nuove modalità operative, dare ruoli complementari alle figure infermieristiche per il rinforzo alla motivazione della continuazione dell'assunzione. La mancanza di analisi favorisce l'adattamento ad approcci consuetudinari.

Organizzato dall'Iss e dalla Sigo
Uno studio epidemiologico per il territorio sulla condilomatosi genitale

Vi è, finalmente, una prima occasione di partecipare ad uno studio epidemiologico nazionale, organizzato dall'Iss e dalla Sigo. Occasione di qualificare il proprio curriculum con la partecipazione ad un "vero" studio scientifico specifico per il territorio. Non è remunerato, ma permette la partecipazione ad un primo gruppo di lavoro che sta procurandosi gli adeguati strumenti operativi. Il primo step del progetto è stato il corso mirato sulla ricerca bibliografica, corso pregressuale all'ultimo Congresso Sigo di Torino. Il prossimo 19 marzo si terrà a

Roma il Corso "Uso dell'epidemiologia nella valutazione della diffusione dei condilomi nella popolazione a rischio". È un'occasione di aggiornamento e qualità professionale che verte sull'omogeneizzazione delle diagnosi e delle procedure, mirando all'abolizione delle ancora diffuse procedure di trattamento diatermico o laser delle papillomatosi (quadri che non devono assolutamente essere trattati in quanto fisiologici). Formazione necessaria ad una precisa, benché rapida, raccolta dei dati e registrazione degli stessi, utilizzando un server dedicato a cui accedere con username e password. Partecipano al Corso i referenti regionali del progetto, che ha l'obiettivo di costituire un gruppo di 300-600 ginecologi, al fine di dare un'adeguata "potenza" al dato scientifico. Vi manterremo informati sui pros-

simi step del progetto, che partirà verosimilmente a fine giugno-inizio di settembre 2009.

CORSO DI AGGIORNAMENTO PER UNA INDAGINE EPIDEMIOLOGICA

Uso dell'epidemiologia nella valutazione della diffusione dei condilomi nella popolazione a rischio

■ **Istituto Superiore di Sanità Roma, 19 Marzo 2009**

A fronte dell'ampia diffusione del virus HPV, i dati sulla frequenza delle manifestazioni cliniche di questo virus nel nostro Paese sono scarsi e parcellizzati. Come noto, i condilomi non sono sottoposti a notifica obbligatoria e per-

tanto non sono disponibili dati nazionali. Viceversa, i dati raccolti dal Sistema sentinella di Sorveglianza delle Malattie Sessualmente Trasmesse e da alcuni studi ad hoc non hanno consentito a tutt'oggi di stimare in modo attendibile l'incidenza e la prevalenza dei condilomi nella popolazione generale.

Verranno analizzate le lacune di conoscenza sull'epidemiologia dei condilomi attualmente esistenti in Italia e verrà proposto uno studio che intende stimare l'incidenza e la prevalenza dei condilomi genitali nella popolazione femminile adulta italiana

Responsabili scientifici

Dott.ssa Barbara Suligoj, Prof.ssa Daniela D'Alessandro
Docenti: Barbara Suligoj, Daniela D'Alessandro, Fausto Boselli, Giorgio Vittori, Giuliano Ferrucci

I temi del Corso

- **Epidemiologia dei condilomi: il panorama nazionale e internazionale**
- **I condilomi genitali: quadri clinici**
- **La ricerca epidemiologica sui condilomi in Italia**
- **Disegno di uno studio epidemiologico sulla diffusione dei condilomi**
- **Modalità di campionamento della popolazione femminile a rischio**

Tavola Rotonda

- **Il trattamento elettronico dei dati**
- **Esercitazione pratica sul trattamento elettronico dei dati (divisione in piccoli gruppi)**
- **Definizione di un quadro conclusivo**
- **Test finale di valutazione e gradimento corso**

Rimini, 27 - 28 febbraio 2009

La Fesmed a Congresso

di Carmine Gigli
Presidente Fesmed

■ Per la rappresentanza della Fesmed, riunitasi a Rimini in occasione del Congresso nazionale il 27 e 28 febbraio scorso, l'appuntamento annuale ha rappresentato non solo un importante momento di incontro del Direttivo con i Fiduciari regionali e i Delegati aziendali, ma è stata anche l'occasione per prepararsi ai confronti regionali e alle trattative aziendali

I Fiduciari regionali infatti dovranno rappresentare le nostre istanze sui tavoli di confronto che sono stati aperti, o lo saranno a breve, in tutte le Regioni per emanare le linee generali di indirizzo previste dal Contratto, mentre i Delegati Aziendali parteciperanno alla contrattazione integrativa, che farà seguito al Coordinamento regionale in tutte le Aziende del Servizio sanitario nazionale.

La Fesmed, come firmataria del Ccnl 2006-2009, ha titolo a sedere ai tavoli regionali e aziendali,

insieme alle altre sette organizzazioni sindacali rappresentative a livello nazionale dell'area della dirigenza medica e veterinaria (Cgil, Cisl, Uil, Anaa, Cimo, Umsped e Civemp) e potrà portare le nostre richieste in queste sedi istituzionali.

Come ho avuto occasione di ricordare da queste pagine, il Contratto di lavoro ha lasciato ampio margine di manovra per disciplinare a livello aziendale alcune importanti questioni. A cominciare dal riposo dopo il servizio di guardia notturna, tratta-

Il Contratto di lavoro ha lasciato ampio margine di manovra per disciplinare a livello aziendale alcune importanti questioni di grande interesse per i ginecologi

to dall'articolo 7. Su questo tema, la posizione della Fesmed nella trattativa integrativa aziendale sarà orientata alla ricerca di un accordo che non preveda degli automatismi, relativamente alla durata del riposo, ma rego-

li la materia in maniera flessibile e riconosca il ruolo dirigenziale del medico, anche consentendogli l'autovalutazione delle sue energie psicofisiche, in modo che gli venga garantito il dovuto ristoro senza precludergli la possibilità di svolgere, per sua scelta, determinate attività come la libera professione.

Atro argomento di grande interesse per i ginecologi è quello affrontato dall'articolo 16, che impegna le Aziende "a dare ai dirigenti, con completezza e tempestività, tutti gli elementi conoscitivi relativi alle condizioni e modalità delle coperture assicurative e della tutela legale, assicurando la massima informazione e trasparenza, anche mediante comunicazioni periodiche idonee a fornire il costante aggiornamento dei dirigenti sulle garanzie assicurative in atto". Tutti coloro che in passato hanno cercato di ottenere, spesso senza successo, delle informazioni sulle polizze aziendali comprenderanno l'importanza innovativa di questo articolo.

Adesso, la trattativa integrativa aziendale dovrà definire le modalità più idonee per rendere trasparenti i contratti assicurativi stipulati dalle Aziende. Non solo ma, come stabilisce il secondo comma dello stesso articolo, le Aziende dovranno anche chiarire le modalità con le quali forniranno il "necessario supporto al dirigente", se dovesse rimanere coinvolto in un sinistro professionale. Quest'ultima clausola è stata inserita su esplicita richiesta della Fesmed. Come vedete gli argomenti non mancano e per sviscerarli a fondo sono stati invitati

degli esperti altamente qualificati, come la dottoressa Marta Branca, funzionaria dell'Aran e componente della delegazione di parte pubblica nella trattativa nazionale per il Contratto di lavoro.

Nel riquadro in basso troverete i nominativi e gli indirizzi e-mail dei colleghi che rappresenteranno la Fesmed nei confronti regionali. Purtroppo, motivi di spazio non consentono di pubblicare i nominativi dei Delegati aziendali, ma i fiduciari regionali potranno fornirvi indicazioni utili per mettervi in contatto con loro.



Rappresentanti regionali FESMED

Abruzzo	Di Michele Giuseppe	fesmed.abruzzo@tiscali.it
Basilicata	Schettini Sergio	schettini@ospedalesancarlo.it
Calabria	Perri Domenico	ginecologiasoveriam@libero.it
Campania	Rosa Antonio	antonio.rosa@tin.it
Emilia Romagna	Conigliaro Rita Luisa	conigliaro.rita@asmn.re.it
Friuli Venezia Giulia	Gigli Carmine	carminegigli@tin.it
Lazio	Cabassi Alessandro	cabassi.alessandro@libero.it
Liguria	Cogolo Luigi	luigi.cogolo@asl3.liguria.it
Lombardia	Canino Antonio	caninoantonio@iol.it
Marche	Castelli Ennio	enniocastelli@tin.it
Molise	Paglione Giancarlo	gpaglione@yaho.it
Piemonte	Schiavone Antonio	a.schiavone3@virgilio.it
Puglia	Catino Antonio	tcatino@hotmail.it
Sardegna	Rubattu Antonio	rubattuanto@tiscali.it
Sicilia	Canzone Giuseppe	gcanzone@tiscalinet.it
Toscana	Scatizzi Marco	mecatizzi@yahoo.it
Umbria	Lombardo Franco	dottlombardo@hotmail.com
Valle D'Aosta	Salvatores Dante	m.d.salvatores@libero.it
Veneto	Nenzi Federica	fnenzi@ulss.tv.it
P.A. Bolzano	Piazzi Lucia	lucia.piazzi@asbz.it
P.A. Trento	Papa Umberto	Umberto.papa@apss.tn.it

SCUDO GIUDIZIARIO A.O.G.O.I.

AVVISO IMPORTANTE

Ricordiamo che chi non è in regola con le quote associative, sia per morosità sia, se dipendente del Ssn, per il mancato adeguamento della quota trattenuta sulla busta paga, fissata in 30 euro mensili, non potrà usufruire delle importanti tutele previste dallo SCUDO AOGOI

Il pacchetto dei servizi previsti dallo SCUDO GIUDIZIARIO AOGOI (Polizza Convenzione "Protezione legale" Aogoi, Assicurazione della Responsabilità Civile degli Associati Aogoi, servizio di assistenza M.A.M.M.A. AOGOI, accesso al sito www.ginecologiaforense.it e partecipazione ai Corsi di Risk management), a causa dei costi elevati che comporta, verrà fornito integralmente soltanto ai soci la cui trattenuta sulla busta paga è stata adeguata a €30 mensili, dopo l'aumento del dicembre 2007.

I soci ai quali l'Azienda non ha applicato l'aumento della quota associativa a €30 mensili e continua a trattenere degli importi inferiori (es. €10; 12; 15; 20), NON POSSONO USUFRUIRE dell'intero pacchetto e, in particolare, non saranno coperti dalla Polizza Convenzione "Protezione legale" Aogoi e dall'Assicurazione della Responsabilità Civile degli Associati A.O.G.O.I di 2° rischio.

Per non perdere queste importanti tutele professionali, invitiamo i colleghi a verificare sulla busta paga l'esatto importo della trattenuta sindacale (Fesmed/Aogoi) e, nel caso risultasse inferiore a 30 euro mensili, a sollecitare l'Ufficio personale della propria Azienda affinché provveda tempestivamente al suo adeguamento.

**GINECOLOGIA ONCOLOGICA:
QUALE RADICALITÀ NELLA CHIRURGIA
DEL CANCRO UTERINO?**

**Se ne parlerà a Roma il 4 aprile nel convegno
organizzato dall'Istituto dei Tumori "Regina Elena"**



Il Workshop Internazionale sulla nuova classificazione dell'isterectomia radicale, organizzato dalla Divisione di oncologia ginecologica dell'Istituto dei Tumori "Regina Elena" di Roma, diretta da Enrico Vizza, si propone come uno degli appuntamenti scientifici più interessanti di questa prima metà del 2009.

A oltre trent'anni dalla pubblicazione dell'articolo di Piver, Rutledge e Smith (Five classes of extended hysterectomy for women with cervical cancer; 1974) gli organizzatori del convegno hanno invitato a Roma i migliori nomi, nazionali e internazionali, dell'oncologia ginecologica per discutere sulle nuove proposte di classificazione della chirurgia radicale del cervico-carcinoma. È un'occasione veramente unica, da non perdere. Il panel dei relatori è di tutto rispetto. L'impostazione e le tematiche proposte appaiono molto valide.

Il workshop si articola fondamentalmente in due sezioni. Nella prima parte vengono offerte le basi anatomiche ed embriologiche necessarie per una migliore e più precisa definizione della nuova classificazione dell'isterectomia radicale. Nella seconda, si discute sul ruolo che tutto questo può avere sulle varie tecniche chirurgiche e sulla necessità di parlare un linguaggio comune per un miglior confronto dei risultati. Infine, va rilevato che in questo convegno gli organizzatori giocano di bravura perché mettono sapientemente a confronto la cultura oncologica internazionale con quella nazionale. Non è cosa da poco.

► **Segue da pagina 13**

Comitato oncologia della Federazione internazionale di ginecologia e ostetricia e componente della Commissione ministeriale Prevenzione e screening – si stima che ogni anno in Italia siano diagnosticati circa 3.500 nuovi casi di carcinoma della cervice e che si contino circa 1.100 morti per questo tumore. Tuttavia negli ultimi anni, ha ricordato, la prevenzione in Italia è enormemente migliorata, anche se non si è ancora colmato il divario fra Nord e Sud: i programmi di screening con Pap-test interessano oggi il 65 per cento della popolazione al Nord, il 92 per cento al Centro e il 68 per cento al Sud, dove però è ancora scarsa l'adesione delle donne (27% contro il 47% al Nord e il 40% al Centro). In generale, una donna su tre tuttora non si sottopone mai

al Pap test, mentre un altro 30 per cento lo fa con cadenza annuale. Oggi abbiamo però a disposizione l'arma vincente per abbattere la mortalità provocata dal tumore della cervice: il vaccino. Con una copertura vaccinale dell'85%, la Gran Bretagna – ha ricordato ancora Pecorelli – ha già ottenuto in dieci anni una riduzione dei casi annuali di malattia da 3.700 a 800 e quindi "anche noi potremmo andare verso lo stesso obiettivo, con benefici sia in termini di salute della popolazione che dal punto di vista sociale". Ma il prezzo dei vaccini contro il Papillomavirus umano "è alto, molto alto – ha detto durante l'incontro il sottosegretario al Welfare, Francesca Martini, augurandosi che lo si possa abbattere per favorire una loro maggiore diffusione. Il prezzo

di questi prodotti "è sempre stato molto alto – ha proseguito Martini – ma ovviamente questo riguarda le prime fasi della messa in commercio, quando la diffusione del vaccino non è ancora così alta da permettere un abbassamento importante del costo. In questa direzione bisogna necessariamente andare, se vogliamo perseguire una politica integrata con pap-test e vaccino a protezione delle ragazze". In Italia il vaccino contro l'Hpv è offerto gratuitamente alle dodicenni dal 2008. Le adolescenti interessate dalla campagna vaccinale sono circa 280 mila e secondo i primi dati, diffusi a Nizza lo scorso novembre in occasione del congresso dell'Organizzazione europea per la ricerca sulle infezioni e neoplasie genitali (Eurogin), nelle Regioni che per prime hanno

avviato il programma di vaccinazioni (Veneto e Basilicata) si è già raggiunta una copertura attorno all'80 per cento. In 12 Regioni è stato attivato un prezzo agevolato per donne fra i 13 e i 26 anni che vogliono vaccinarsi e cinque hanno già esteso la copertura gratuita ad altre fasce d'età.

"La tendenza alla riduzione della mortalità è estremamente positiva e ci induce a sperare che sia davvero possibile sconfiggere presto il tumore al collo dell'utero – ha auspicato infine Francesca Merzagora, presidente di Onda – La strada per riuscirci passa anche e soprattutto da una corretta informazione: molte donne ancora non conoscono bene l'Hpv e cosa fare per prevenirlo, c'è tuttora poca chiarezza sulla vaccinazione. Per questo Onda ha messo in

campo anche per il 2009 iniziative di sensibilizzazione, tra cui un progetto di educazione nelle scuole per coinvolgere in prima persona le giovanissime. È importantissima un'azione congiunta con i medici di medicina generale, i ginecologi e i pediatri: occorre parlare di più di Hpv e del vaccino alle ragazze, alle donne adulte, alle madri e alle nonne. Siamo però soltanto all'inizio della campagna vaccinale e i dati raccolti ci rendono ottimisti: dopo appena un anno la maggioranza delle donne ha già sentito parlare dell'argomento e metà di loro ha un atteggiamento positivo nei confronti della vaccinazione. Un ottimo risultato, che autorizza a sperare che anche le donne restie a vaccinare le proprie figlie possano presto convincersi a farlo".



WORKSHOP INTERNAZIONALE
NUOVA CLASSIFICAZIONE DELL'ISTERECTOMIA
RADICALE
DEFINIZIONE, BASI ANATOMO-EMBRIOLOGICHE, TECNICHE CHIRURGICHE
ROMA, 4 APRILE 2009
 Presidenti
Denis Querleu
Enrico Vizza
C. Paul Morrow

<p>9.00 Introduzione ai lavori Francesco Derire - Direttore Generale IFO Paolo Monti - Direttore Oncologia RE Sergio Primi - IFO Giorgio Vignani - AOGO Giovanni Meoni - AOGOI</p> <p>9.30-10.00 Letture magistrali: "Evoluzione ed attualità dell'isterectomia radicale nella oncologia ginecologica" Angelo Maggioni</p>	<p style="text-align: center;">I Sessioni</p> <p style="text-align: center;">Basi embriologiche ed anatomiche della chirurgia pelvica</p> <p style="text-align: center;">PANEL DI ESPERTI</p> <p style="text-align: center;">SHIRAZI, - MANSI, GILBERTI, SCOLLOTTI - TROIANO, V. ANGIOLINI</p> <p>10.00-10.30 Basi embriologiche della chirurgia pelvica Michael Hockel</p> <p>10.30-11.00 Anatomia delle strutture vascolari pelviche Fabrizio Barberici</p> <p>11.00-11.30 Colfee break</p> <p>11.30-12.00 Anatomia delle vie linfatiche pelviche A. Edoardo Livi</p> <p>12.00-12.30 Anatomia delle vie nervose pelviche Belgino Marnoy</p> <p>12.30-13.00 Discussione</p> <p>13.00-13.30 Letture magistrali: "Nuova classificazione dell'isterectomia radicale" Denis Querleu</p> <p>13.30-14.30 Lunch</p>	<p style="text-align: center;">II Sessione</p> <p style="text-align: center;">Dalla nuova classificazione alla tecnica chirurgica: esperienze a confronto</p> <p style="text-align: center;">PANEL DI ESPERTI</p> <p style="text-align: center;">MANGIONI, C. BENEDETTI, PANCIPI, SCAMBIA, G. VIGORIO, G. MALZONI, C.</p> <p>14.30-15.00 Isterectomia radicale laparoscopica C. Paul Morrow</p> <p>15.00-15.30 Isterectomia radicale laparoscopica nerve-sparing Francesco Raspagliesi</p> <p>15.30-16.00 Isterectomia radicale vaginale celio-assistita Adam Schacter</p> <p>16.00-16.30 Isterectomia radicale totalmente laparoscopica Enrico Vizza</p> <p>16.30-17.00 Isterectomia radicale robotica Fabio Lamboni</p> <p>17.00-18.00 Tavola rotonda: L'attualità e l'evoluzione dell'isterectomia radicale nella pratica clinica quotidiana. Luci ed ombre</p>
--	--	---

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Francesco Mancini - Irene Anna Barbieri
 Giacomo Corallo
 S.C. Ginecologia Oncologica - Istituto Regina Elena - Roma
 tel: 0652666973 Fax: 0652666975
 mail: info@og65@ifo.it

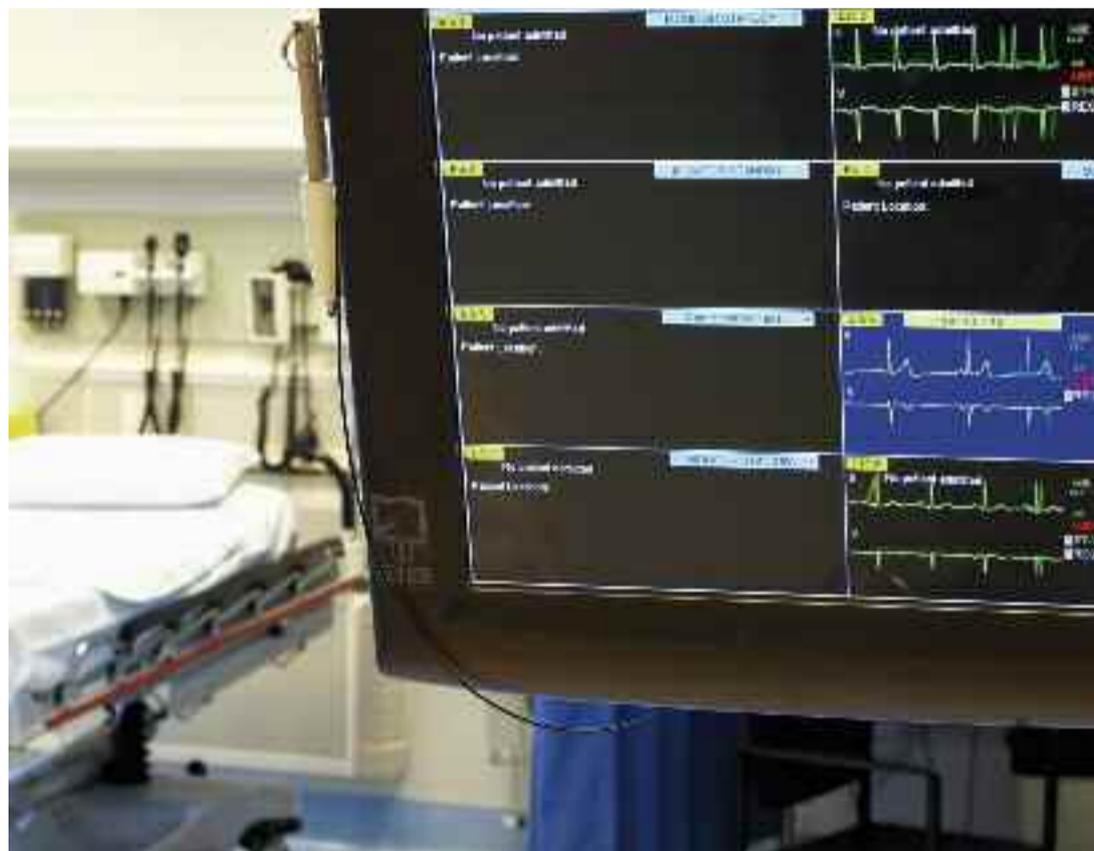
L'istmocele: fisiopatologia e trattamento resettoscopico

G. Raimondo, A. Ronga, G. D'Aniello, C. Russo, A. Forte*, A. Di Meglio*

Centro di Isteroscopia Diagnostica e Chirurgia Resettoscopica, Ospedale "San Giovanni di Dio", Frattaminore (Napoli), Asl NA 3 (Direttore: Dott. G. Raimondo) rinoraimondo@gmail.com

* Centro di diagnostica ecografica e prenatale "DiMed", Napoli (Direttore: Dott. A. Di Meglio)

Complicanza del taglio cesareo, l'istmocele è una patologia molto diffusa anche se raramente diagnosticata, in quanto spesso confusa con altre numerose cause di spotting. Con inutili e frustranti terapie. Nell'esperienza qui riportata viene illustrata una tecnica chirurgica eseguita per via resettoscopica che si è dimostrata efficace nel migliorare e in alcuni casi risolvere il problema



L'incidenza del taglio cesareo (T.C.) è aumentata notevolmente negli ultimi anni. In Italia, nel 1999, la percentuale dei T.C. ha superato la soglia del 30% continuando a crescere nel tempo (34% nel 2001) con notevoli variazioni regionali (18% nella Provincia di Bolzano e 53% in Campania). Questo dato si presta a molteplici interpretazioni anche in considerazione del fatto che non vi è stata una provata efficacia per quanto riguarda gli esiti perinatali e per la riduzione della morbilità e mortalità delle gestanti. Anzi, sembra che le regioni con un tasso medio di cesarei più basso della media nazionale registrino una minore mortalità perinatale e morbilità neonatale rispetto alle regioni con maggiore tasso di cesarei (1).

Tra i tanti i motivi che spingono gli ostetrici ad adottare questo atteggiamento probabilmente si deve tener conto dei pressanti aspetti medico-legali derivanti da una vera e propria esplosione dei contenziosi.

L'incisione del segmento inferiore eseguita trasversalmente e successivamente suturata in mono o doppio strato con filamenti riassorbibili lascia a livello istmico una cicatrice o fovea, a volte particolarmente profonda, che viene definita da taluni autori "diverticulum", "niche" o ancora "Caesarean Delivery Scar Pouch" e che il nostro gruppo ha rinominato con il termine di Istmocele (Di Meglio, Raimondo) (2,3). Indipendentemente dal numero di T.C. eseguiti, essa è causa di fastidiosi sintomi il più comune dei quali è rappresentato da uno spotting ematico postmestruale (Post-Menstrual Abnormal Uterine Bleeding - P.M.A.U.B.)

Per i meccanismi che di seguito illustreremo nessuna terapia medica è veramente efficace e pertanto spesso la paziente è destinata a "convivere" con tale sintomatologia.

Probabilmente l'intervento chirurgico da noi messo a punto ed eseguito per via resettoscopica potrebbe risolvere in maniera definitiva il problema.

Fisiopatologia dell'istmocele

Con il termine di istmocele si definisce una particolare deformazione "a coppa" indovata nella parete anteriore del canale cervicale nel terzo superiore o più spesso nel terzo medio come evidente conseguenza del o dei pregresso/i T.C (2,3).

L'istmo uterino è definito come una zona di collegamento tra il corpo uterino e la cervice in stretta associazione tra queste

due aree sia da un punto di vista vascolare che muscolare. Esso ha una struttura muscolo-connettivale (quest'ultima componente è predominante) lunga da 2 a 10 mm, caratterizzata da fibre irregolarmente disposte ed in stretta sinergia funzionale.

La funzione specifica e l'anatomia dell'istmo dipendono da:

- tipo e direzione delle fibre collagene
- quantità e arrangiamento spaziale delle fibre muscolari
- modificazioni biochimiche (7).

L'incisione dell'utero nel taglio cesareo - contrariamente a quanto suggerito come tecnica iniziale - viene eseguita abitualmente sul segmento inferiore. Sanger (1882) e successivamente Kerr (1926) suggerirono rispettivamente la sutura della breccia ed il duplice strato per favorirne la cicatrizzazione.

L'isterorrafia da una iniziale lun-

ghezza di circa 7,5 cm in seguito alla singolare e rapida involuzione puerperale si riduce a circa 1,5 cm solo dopo pochi giorni. Nella guarigione e stabilizzazione della ferita tuttavia sembrano giocare diversi fattori co-

Lo scopo del nostro studio è di valutare se la tecnica chirurgica "istmooplastica" determini una guarigione e/o un miglioramento della sintomatologia dell'istmocele

me ad esempio il tipo di filo di sutura, la tecnica (mono vs doppio strato), eventuali difetti dell'attività fibroblastica, per esempio dovuti ad ipercortisolismo

caratteristico della gravidanza (6), l'insorgenza di flogosi per infezione della ferita chirurgica. L'insieme di questi fattori finisce poi per condizionare lo stato della cicatrice uterina che da normale e asintomatica, transitando per gradi intermedi, si trasforma in istmocele variabili per diversa "capacità", forma (spesso è più profondo nel versante sinistro che non destro), per assenza o meno di rivestimento mucoso, con frequente presenza di adenomiosi (postchirurgica) e infine per localizzazione (tratto alto o medio del canale cervicale).

La diagnosi è clinica e strumentale

Il sintomo più frequente e spesso patognomonico della patologia è rappresentato dallo spotting postmestruale, caratterizzato da un sanguinamento di colore rosso-scuro presente da 7 a 15 giorni dalla cessazione del flusso, talvolta maleodorante. In alcuni casi è possibile che si stabiliscano anche flogosi croniche endocervicali ed endometriali (endometrite satellite) per via retrograda o perdite ematiche postcoitali. In Letteratura sono riportati anche casi di infertilità. La sintomatologia riconosce una genesi meccanica: il flusso mestruale in gran parte viene spinto all'esterno ma in piccola parte viene catturato e "stoccato" in questo innaturale "reservoir" da dove viene dismesso in maniera intermittente nei giorni successivi. Lo stesso viene modificato nelle sue componenti organolettiche come conseguenza del ristagno di sangue, a sua volta ottimo *pabulum* per la proliferazione batterica (causa del cattivo odore e di eventuale insorgenza di processi flogistici cronici).

Il deposito di sangue in una neocavità rende ragione di come la diagnosi possa essere quanto meno fortemente sospettata con un esame ecografico (4) meglio se per via transvaginale. La parete anteriore uterina, in corrispondenza della pregressa cicatrice isterotomica

presenta un'area di "minus", solitamente triangolare, a contenuto transonico - anecoico, di dimensioni variabili (Figure 1, 2).

Tale diagnosi risulta esser agevole però solo per i grossi difetti di parete, in quanto

numerosi studi mettono in evidenza l'estrema difficoltà e la variabilità intraosservatore nel diagnosticare ecograficamente un istmocele. ▶



Una strada sicuramente più specifica per arrivare alla diagnosi è l'isteroscopia diagnostica (5) (Figura 3): essa se eseguita in fase proliferativa tardiva (tra la 10°-12° giornata del ciclo) consente di osservare nella fovea della pregressa cicatrice isterotomica sangue ad essa adeso, per lo più scuro, mentre la cavità uterina ne è completamente libera.

Una caratteristica costante dell'istmocele è che non si presenta in tutta la sua superficie uniformemente profondo, essendo di solito a sinistra più profondo che a destra (Figura 3).

In alcuni casi, l'esame isteroscopico consente di evidenziare sul fondo (o cupola) dell'istmocele delle invaginazioni (da cui fuoriesce sangue color cioccolato) suggestivi di adenomiosi di verosimile natura iatrogena o tessuto esuberante con formazioni polipoidi o pseudopolipoidi associate ad una vascolarizzazione molto accentuata.

Quest'ultimo aspetto riteniamo sia dovuto a cronici processi flogistici che di solito regrediscono dopo l'intervento resettoscopico non richiedendo altra terapia.

In base alla presenza o meno di tali caratteristiche anatomopatologiche macroscopiche potrebbe essere utile una classificazione dell'istmocele, sebbene essa necessiti di una descrizione combinata con aspetti ecografici,

isteroscopici e istologici. Ulteriori studi a cui stiamo lavorando potranno essere chiarificatori dell'argomento.

La tecnica resettoscopica

Considerata la natura meccanica postmestruale (P.M.A.U.B.), non sembra esserci spazio per una terapia medica sebbene es-

Nessuna terapia medica si è dimostrata veramente efficace e spesso la paziente è destinata a "convivere" con una serie di fastidiosi sintomi

sa sia stata proposta negli anni '90 senza tuttavia grosso entusiasmo. La tecnica da noi proposta definita "istmooplastica" (Raimondo), viene eseguita per via resettoscopica e prevede dopo dilatazione del canale cervicale con dilatatori metallici di Hegar fino al numero 10, l'impiego del resettore di Iglesias (Storz, Tuttlingen, Germania), ansa retta angolata (90°) ed energia elettrica in modalità taglio puro, monopolare. La distensione del canale cervicale e della cavità uterina è ottenuta con l'uso di glicina 1,5%. L'intervento non

è a rischio di intravasazione essendo, come vedremo, la nostra azione chirurgica portata su un tessuto cicatriziale, avascolare. L'azione viene condotta in senso antiorario da sinistra verso destra laddove, come detto, è presente una maggiore profondità della fovea. Viene resecato il tessuto cicatriziale riducendo (fino qualche volta ad annullare) il dislivello con il canale cervicale a valle (Fig. 4 e 5). Essendo l'isterotomia condotta sulla parete anteriore dell'istmo è evidente che andranno resecati i 2/3 anteriori e laterali di questo "arco", tralasciando ovviamente la parete posteriore.

Il gesto chirurgico va condotto in maniera molto delicata e superficiale, tenendo conto che la fovea è in stretto contatto con la vescica sopra ed ai lati con i fasci vascolari delle arterie uterine. A differenza di alcuni AA (8) (Gubbini G. et al) che ritengono opportuna la detersione sistematica della cupola associando al trattamento descritto la rimozione del tessuto di rivestimento, riteniamo, anche sulla scorta dei dati in nostro possesso, efficace l'intervento da noi presentato in quanto meno invasivo e dunque gravato da minori possibili complicanze precoci e tardive.

La nostra esperienza

Essa si basa su 18 istmooplastiche eseguite presso il Centro di Isteroscopia diagnostica e chirurgia isteroscopica dell'Asl NA 3 Presidio Ospedaliero "S. Giovanni di Dio" dal dicembre 2007 al dicembre 2008. Sono risultati preliminari di uno studio prospettico osservazionale che sebbene necessitino di una amplificazione della casistica, attualmente appaiono a favore della tecnica chirurgica da noi adoperata.

Lo scopo dello studio è stato quello di valutare se la tecnica chirurgica resettoscopica sopra descritta, definita da noi istmooplastica, determini una guarigione e/o un miglioramento della sintomatologia dell'istmocele. Pertanto sono state incluse pazienti con uno o più tagli cesari pregressi e spotting postmestruale. Alle pazienti incluse, in fase prechirurgica, è stato eseguito un esame ecografico e isteroscopico (quest'ultimo in 10° gg. del ciclo) rispettivamente presso il Centro di ecografia DIMED di Napoli e presso il nostro Centro di Isteroscopia diagnostica e Chirurgia resettoscopica. Tutte le pazienti sintomatiche per P.M.A.U.B. col tipico aspetto



Figura 1. Aspetto ecografico dell'istmocele



Figura 2. Aspetto ecografico dell'istmocele



Figura 3. Aspetto isteroscopico dell'istmocele



Figura 4. Aspetto isteroscopico dell'istmocele (inizio intervento)



Figura 5. Aspetto isteroscopico dell'istmo dopo istmooplastica

ecografico e isteroscopico di istmocele sono state candidate all'intervento chirurgico di istmooplastica. È stato eseguito

Per saperne di più

1. Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (ottobre 2003)
2. www.dimed.it
3. www.hysteroscopypoint.it
4. Armstrong V, Hansen WF, Van Voorhis BJ, Syrop CH. Detection of Cesarean Scars by Transvaginal Ultrasound. *Obstet Gynecol* 2003 Jan;101(1):61-5
5. Fabres C, Arriagada P, Fernandez C et al. Surgical treatment and follow-up of women with intermenstrual bleeding due to caesarean section scar defect. *Minim Invasive Gynecol* 2005 Jan-Feb; 12(1):25-8
6. Poidevin Lo. Caesarean section scar safety. *Br Med J*. 1959 Nov; 21;2(5159):1058-61
7. Sampaolo P, Godeau G, Danesino V, de Brux J. Histophysiology of the uterine isthmus. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1987 Feb;82(2):73-8
8. Gubbini G, Casadio P, Marra E. Resectoscopic correction of the "isthmocele" in women with postmenstrual abnormal uterine bleeding and secondary infertility. *J Minim Invasive Gynecol* 2008 Mar-Apr;15(2):172-5

un controllo isteroscopico post-intervento dopo 1 mese.

Risultati e conclusioni

Le pazienti reclutate avevano un'età media pari a 40,2±4,44. Il difetto anatomico è stato corretto in tutte le pazienti (100%) confermato dal controllo post-intervento. Il 77% delle pazienti (14/18) ha avuto una guarigione con scomparsa dei sintomi clinici; il 17% delle pazienti (3/18) ha avuto un miglioramento della sintomatologia e solo una paziente (1/18, 6%) ha avuto uno scarso miglioramento in seguito all'intervento.

Possiamo concludere, in base alla nostra esperienza, che l'istmocele è una patologia molto diffusa ma che, raramente diagnosticata, spesso viene confusa con altre numerose cause di spotting con inutili e frustranti terapie. La diagnosi risulta agevole se si conduce una corretta anamnesi cui tuttavia deve seguire una verifica ecografica e isteroscopica; l'intervento chirurgico resettoscopico (istmooplastica) sembra essere molto efficace nell'abolire o ridurre la fastidiosa sintomatologia.

Ulteriori dati sono tuttavia necessari al completamento della casistica, sebbene quelli ottenuti finora sembrano incoraggianti; così come numerose sono le questioni ancora aperte sull'istmooplastica: ad esempio, la possibilità di un parto spontaneo post intervento o considerare l'istmooplastica un virtuale punto "minoris resistentiae" con consecutiva indicazione a reiterare un T.C.

Solo studi futuri e follow-up più lunghi potranno fornire risposte più adeguate.

Fatti & Disfatti

di Carlo Maria Stigliano



DAGLI ADDOSSO AL GINECOLOGO!

Ho digitato su internet con un motore di ricerca la frase "colpa del ginecologo": soltanto nelle pagine in italiano ho trovato 25.900 (venticinquemilannovecento!) voci che in tutti i modi possibili e immaginabili illustrano la 'colpa' di questo specialista. E la lista si allunga di giorno in giorno! Se invece provate a digitare 'colpa dell'ortopedico', che pure esercita un mestiere difficile e ben "visibile" negli eventuali danni, ebbene le voci trovate sono in tutto solo 207!

Già perché prendersela con il ginecologo pare sia uno sport molto diffuso, soprattutto nel nostro Paese: dobbiamo renderci conto del fatto che siamo la categoria di specialisti più "colpevolizzata" nella medicina italiana. Tra un po' molti di noi proveranno a nascondere ai propri figli la loro specializzazione professionale, spacciandosi magari per oculisti, categoria notoriamente benemerita (Santa Lucia benedicente!); e ci si porrà il quesito se sia meglio rivelare alla donna del cuore, appena conosciuta, la bieca professione di ginecologo o piuttosto spacciarsi per un più sereno medico di laboratorio d'analisi.

È evidente che c'è del risentimento nei confronti dei ginecologi. Eppure questo medico era un tempo visto come portatore di vita per eccellenza: ho sempre pensato che l'arcangelo Gabriele nell'atto dell'Annunciazione potesse essere considerato come simbolo del ginecologo che annunciava alle donne il loro stato di gravidanza, soprattutto nel tempo in cui tale



diagnosi era alquanto difficile e indagosa. Nel volgere dei secoli, la figura del ginecologo ("il medico delle donne") assunse sempre più un'aureola di familiarità, di sacrificio nella professione, di serenità nel favorire la nascita di un nuovo essere alla vita, per cui appare francamente incomprensibile l'attuale acredine nei nostri confronti che traspare dalla aggressività legale verso la categoria.

A tal proposito, e sempre da quella incredibile fonte che è internet, si ricava che alla voce "studio legale colpa del ginecologo" nelle pagine in italiano sono presenti addirittura 4.360

(quattromilatrecentosessanta!) siti, quasi tutti grondanti livore verso i ginecologi. Forse dovremo cominciare seriamente a pensare di recarci al lavoro corazzati e con l'elmetto? Dovremo veramente vergognarci di presentarci come specialista

ostetrico-ginecologo? Ma come si è arrivati a questo punto? Certo gli italiani hanno la denuncia facile; certo ci sono troppi avvocati e questo spiega bene quanto sopra; certo molti di noi non si aggiornano e si comportano nella professione come se la specialità fosse ferma a 25-30 anni fa. Eppure questo non basta a spiegare tanta aggressività nei nostri confronti. Le altre branche chirurgiche sono pure gravate da errori e incidenti di percorso eppure non inducono a reazioni così virulente: ormai le compagnie di assicurazione ci vedono come soggetti troppo a rischio da assicurare.

La spiegazione? A mio sommo parere risiede in due questioni importanti: la prima è che nella nostra professione rimane un certo che di magico, di naturale e al tempo stesso complesso, come è la nascita, che si confronta e si scontra con una medicina ipertecnologica attraverso la quale

tutti ritengono sicuramente che sia possibile risolvere ogni problema; la seconda questione è legata al difetto di comunicazione tra ginecologo e paziente (e naturalmente ai suoi familiari), particolarmente difficile in caso di eventi non previsti. Relativamente al primo punto, nessun ginecologo avverte mai la paziente ad esempio dei potenziali rischi legati al parto o ad interventi sull'apparato genitale, con buona pace del frettoloso e spesso irriso consenso informato: "è un'esagerazione", "è un fatto burocratico", "in tanti anni non è mai successo nulla", "è solo un calcolo statistico"! Non sono forse queste alcune delle più comuni frasi elargite dal ginecologo alle pazienti di fronte alle avvertenze previste dal "burocratico" consenso informato e che poi ci inchiodano se qualcosa va storto? Sul secondo argomento non c'è molto altro da dire se non che si sente forte l'esigenza di insegnare

al medico a migliorare il colloquio con i pazienti e i loro familiari. Non va dimenticato che né l'università né la scuola di specializzazione ci insegnano a comunicare con i cittadini utenti: parlare serenamente, spiegare, essere empatici con le persone che ci affidano la loro salute è fondamentale e consente spesso di evitare contenziosi giudiziari! Dobbiamo inoltre tener ben presente che la nostra è una medicina di genere che si rivolge quasi esclusivamente alle donne e che in talune circostanze trascura il rapporto e l'informazione al partner della donna stessa: dunque vi è già in nuce il rischio di un attrito tra partner-padre del futuro figlio e ginecologo per carenza di informazione e di colloquio!

E dunque? Credo proprio non si possa più fare a meno di imparare a parlare serenamente con le nostre pazienti e i loro familiari, a spiegare loro, correttamente e con franchezza, i rischi connessi con le pratiche di ostetricia e ginecologia, evidenziando le difficoltà di un settore in cui le tecnologie non possono essere sempre perfette e chiarendo che sì, esiste un piccolo rischio potenziale e non prevedibile di errore umano, come in ogni attività di questo mondo. Quando malauguratamente, e magari per errore del pilota, un aereo precipita, a nessuno viene in mente di maledire o aggredire il pilota che ha sbagliato: forse perché è anch'egli morto nell'incidente (!)? Dovremmo fare che in caso di tragico evento in sala parto o in camera operatoria per pareggiare il conto a qualcuno cominci a venire in mente di eliminare il responsabile (vero o presunto) dell'errore...

Internet



www.donna-aogoi.it

È attivo sul sito dell'Aogoi il nuovo spazio DONNA AOGOI creato per andare incontro alle esigenze delle donne di oggi, donne più moderne, pratiche, che usano Internet e puntano alla comunicazione affidabile, rapida ed efficace, anche – e soprattutto - quando riguarda la loro salute.

Il progetto parte con un servizio innovativo: Aogoi Video



Channel, una WebTV dedicata a diversi temi della salute femminile, sessuale e riproduttiva.

Per i Ginecologi Ospedalieri è un modo per stare sempre vicino alle donne: come e quando ne hanno bisogno. Gli specialisti Aogoi saranno a disposizione per rispondere alle loro domande e risolvere dubbi e paure.

Libri



IL CODICE VIOLATO 2008

III rapporto sulle violazioni del Codice Internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno rilevate in Italia

Allattamento al seno: i rischi che arrivano dalla pubblicità del latte artificiale
 Dai dati di un'indagine presentata al recente congresso della Società Italiana di Pediatria, in Italia solo il 52% dei bambini di 6 mesi è ancora allattato al seno, il 2% in modo esclusivo, gli altri con l'aggiunta di latte artificiale o di altri alimenti e bevande. Tutto ciò nonostante la percentuale di donne impossibilitate ad allattare (per mancata produzione di latte o controindicazioni mediche) non superi il 5%, e nonostante Oms, Unicef e Ministero della Salute raccomandino a tutte le donne



di allattare in maniera esclusiva fino a 6 mesi. Questi numeri in parte riflettono quella cultura del biberon veicolata anche dalla pubblicità, che mina la fiducia delle donne nelle loro capacità di nutrire ed allevare i propri figli, ostacola la pratica dell'allattamento con danno alla salute della donna e del

bambino, porta a un dispendio di risorse sia per il singolo che per il sistema sanitario e l'intera società.

Il rapporto, elaborato e pubblicato dall'associazione Ibfan (International Baby Food Action Network) Italia con il contributo del Comitato Italiano per l'Unicef, raccoglie le violazioni al Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno rilevate in Italia. Esempi di violazioni sono: distribuzioni di campioni gratuiti di latte artificiale, vendite sottocosto, pubblicità con immagini che esaltano "presunti" benefici del

latte artificiale, pubblicità selvaggia di biberon e tettarelle, ecc. Il rapporto è organizzato in: una parte introduttiva con informazioni sull'alimentazione del bambino (capitoli "Allattare è naturale", "Gli omogeneizzati sono necessari?") e sulle tecniche di marketing utilizzate dai produttori per convincere le madri; una parte centrale sulle violazioni nei punti vendita, nelle strutture sanitarie, su siti internet, nelle pubblicità e nelle etichette, e sulle azioni intraprese per contrastarle (l'iniziativa Ospedali Amici dei Bambini). Nonostante il Codice sia stato sottoscritto anche dalle

principali aziende produttrici di sostituti del latte materno, e sia stato da tempo recepito dalle normative nazionali (in misura variabile nei diversi paesi), ancora oggi si registrano numerose violazioni in tutto il mondo, con gravi conseguenze per la salute. È per questo che Ibfan Internazionale, una rete di associazioni che lavora per ridurre la mortalità dei neonati e dei lattanti e garantire il loro benessere grazie alla promozione dell'allattamento al seno, si impegna a monitorare a livello internazionale le violazioni più frequenti del Codice, per fare pressione sulle compagnie produttrici e sensibilizzare i consumatori e i legislatori su questa tematica.

IBFAN (International Baby Food Action Network) Italia con il contributo del Comitato Italiano per l'Unicef

Le edizioni precedenti del rapporto sono gratuitamente consultabili sul sito dell'IBFAN www.ibfanitalia.org L'edizione 2008 può essere acquistata (5 euro la singola copia, prezzo da contrattare per l'acquisto di molte copie) contattando Paola Negri all'indirizzo paola.negri@ibfanitalia.org

ELEVIT – RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

ELEVIT compresse rivestite con film

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

Una compressa rivestita con film contiene:

Vitamina A (Retinolo) ¹⁾	3600 U.I.
– sotto forma di Vitamina A sintetica concentrato polvere, Vitamina A palmitato secco 500	
Vitamina B₁ (Tiamina nitrato)	1,55 mg
– corrispondenti a 1,6 mg di Tiamina cloridrato	
Vitamina B₂ (Riboflavina)	1,8 mg
Vitamina B₆ (Piridossina cloridrato)	2,6 mg
– sotto forma di Rocoat piridossina cloridrato 33 e 1/3%	
Vitamina B₁₂ (Cianocobalamina)	4,0 µg
– sotto forma di polvere allo 0,1% idrosolubile	
Vitamina C (Acido ascorbico)	100,0 mg
– sotto forma di Calcio ascorbato diidrato	
Vitamina D₃ (Colecalciferolo)	500 U.I. ²⁾
– sotto forma di Colecalciferolo concentrato (in polvere dispersibile in acqua)	
Vitamina D₂ di tipo 100 CWS secco	
Vitamina E (DL-α-tocoferolo acetato)	15 U.I. ³⁾
– sotto forma di DL-α-tocoferolo acetato concentrato (in polvere): Vitamina E 50% di tipo SD secco	
Calcio pantotenato	10,0 mg
Biotina	0,2 mg
Nicotinamide	19,0 mg
Acido folico	0,8 mg
Calcio	125,0 mg
– sotto forma di 133,00 mg di calcio ascorbato diidrato	
– sotto forma di 10,50 mg di calcio pantotenato	
– sotto forma di 378,99 mg di calcio fosfato dibasico anidro	
Ferro	60,0 mg
– sotto forma di 183,00 mg di ferroso fumarato	
Magnesio	100,0 mg
– sotto forma di 114,42 mg di magnesio ossido leggero	
– sotto forma di 217,95 mg di magnesio idrogeno fosfato triidrato	
– sotto forma di 15,00 mg di magnesio stearato	
Manganese	1,0 mg
– sotto forma di 2,52 mg di manganese solfato monoidrato	
– determinato da 183,00 mg di ferroso fumarato	
Rame	1,0 mg
– sotto forma di 2,51 mg di rame solfato anidro	
Fosforo	125,0 mg
– sotto forma di 378,99 mg di calcio fosfato dibasico anidro	
– sotto forma di 217,95 mg di magnesio idrogenofosfato triidrato	
Zinco	7,5 mg
– sotto forma di 20,60 mg di zinco solfato monoidrato	

¹⁾ corrispondenti a 1080,0 µg di retinolo

²⁾ corrispondenti a 12,5 µg di colecalciferolo

³⁾ corrispondenti a 15,0 mg di DL-α-tocoferolo acetato

Per gli eccipienti, vedere il paragrafo 6.1.

3. FORMA FARMACEUTICA

Compressa rivestita con film. Compresse gialle, biconvesse, oblunghe rivestite con film, con linea di incisione.

4. PARTICOLARI CLINICI

4.1 Indicazioni terapeutiche. Prevenzione o correzione dei disturbi dovuti a squilibrio o carenza di vitamine o minerali o carenze dietetiche durante la gravidanza e l'allattamento. **4.2 Posologia e modo di somministrazione. Una compressa al giorno** da assumere intera con un bicchiere d'acqua (0,25 l), preferibilmente durante i pasti. In caso di nausea mattutina, si raccomanda di assumere la compressa a mezzogiorno o alla sera. **La durata del trattamento raccomandata è di un mese prima del concepimento (o quando si programma una gravidanza), per tutto il corso della gravidanza e dell'allattamento.** **4.3 Controindicazioni.** Ipersensibilità ai principi attivi o ad uno qualsiasi degli eccipienti. Ipervitaminosi A o D. Compromissione della funzione renale. Accumulo di ferro. Ipercalcemia. Ipercalcemia. **4.4 Avvertenze speciali e precauzioni di impiego.** Non superare la dose consigliata. Non assumere Elevit insieme ad altri medicinali contenenti Vitamina A e/o Vitamina D, al fine di evitare il sovradosaggio di queste vitamine. Alte dosi di vitamina A e D per lunghi periodi di tempo possono causare ipervitaminosi. Alte dosi di ferro possono essere dannose. L'acido folico, la Vitamina B₁₂ ed il ferro possono mascherare alcune forme di anemia. Questo medicinale non contiene iodio. Dovrebbe essere fornita un'adeguata integrazione di iodio. Questo medicinale contiene lattosio e mannitolo come eccipienti. I Pazienti con rari problemi ereditari di intolleranza al galattosio, deficienza della lattasi di Lapp o malassorbimento di glucosio-galattosio non devono assumere questo medicinale. Il mannitolo può avere un lieve effetto lassativo. **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione.** La somministrazione concomitante di antiacidi e preparati a base di ferro per via orale può ridurre l'assorbimento del ferro. Si consiglia di interporre un intervallo di tre ore tra la somministrazione di antiacidi e di preparati a base di ferro per via orale. La somministrazione orale di preparati a base di ferro inibisce l'assorbimento delle tetracicline da parte dell'apparato gastroenterale e viceversa, determinando una diminuzione delle concentrazioni sieriche sia dell'antibiotico che del ferro. Qualora si renda necessaria la somministrazione concomitante di entrambi i medicinali, i pazienti devono assumere la tetraciclina 2 ore dopo o 2 ore prima della somministrazione di ferro per via orale. Sono state osservate interazioni con i seguenti medicinali: levodopa, bifosfonati, fluorochinoloni, penicillamina, tiroxina, digitale e diuretici tiazidici. **4.6 Gravidanza e allattamento.** Elevit è indicato durante la gravidanza e l'allattamento, tuttavia si raccomanda di non superare il dosaggio consigliato (vedere il paragrafo 4.4). Dosi di vitamina A superiori a 10000 IU/die sono risultati essere teratogeni se somministrati durante il primo trimestre di gravidanza. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari.** Non sono stati descritti effetti sulla capacità di guidare e usare macchinari. **4.8 Effetti indesiderati.** Elevit è ben tollerato. In casi rari possono verificarsi disturbi gastrointestinali (ad esempio, stitichezza, diarrea e nausea) che in genere non richiedono la sospensione del trattamento. In casi molto rari sono state segnalate reazioni da ipersensibilità tra cui esantema, asma, angioedema ed orticaria. Elevit contiene ferro che può conferire colore nero alle feci, ma questo fenomeno non ha alcuna rilevanza clinica. **4.9 Sovradosaggio. Non sussiste rischio di sovradosaggio alle dosi nutritive di vitamine e minerali contenuti in Elevit** (vedere anche paragrafo 4.4). Un'assunzione eccessiva di Vitamina A può causare affaticamento, irritabilità, anoressia, disturbi gastrointestinali, alterazioni della pelle e capelli (es. eritema e prurito). Il sovradosaggio di vitamina D porta ad ipercalcemia, che mostra i seguenti sintomi: nausea, vomito, sete, polidipsia, poliuria e stitichezza. Alte dosi di ferro causano irritazioni gastrointestinali e dolore addominale con nausea e vomito. Altri effetti gastrointestinali possono comportare stitichezza e diarrea. In caso di sintomi da sovradosaggio l'uso del medicinale deve essere interrotto.

5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE

5.1 Proprietà farmacodinamiche. Categoria farmacoterapeutica: multivitaminico e minerali/oligoelementi. Codice ATC: A 11A A03. **Elevit** è un preparato **multivitaminico/polimineral**

che contiene **12 vitamine** in associazione con **3 minerali** e **4 oligoelementi**, appositamente studiato per garantire un **adeguato apporto di micronutrienti sia al feto che alla futura madre. Le vitamine sono nutrienti essenziali**, indispensabili per il normale **sviluppo e la crescita del feto e del neonato**, per il metabolismo e la formazione di carboidrati, energia, lipidi, acidi nucleici e proteine, nonché per la sintesi di aminoacidi, collagene e neurotrasmettitori. I preparati multivitaminici/poliminerali sono indicati per la **prevenzione e la correzione delle carenze nutrizionali di micronutrienti**. La gravidanza e l'allattamento sono periodi in cui si verifica un aumento del fabbisogno di micronutrienti e, di conseguenza, un maggior rischio di carenza di micronutrienti **sia per la madre che per il bambino. Durante la gravidanza**, in particolare, **la carenza di micronutrienti comporta un rischio ancora più serio per la salute, poiché può compromettere anche il normale sviluppo del feto. L'integrazione con l'acido folico o con un multivitaminico contenente acido folico è raccomandata per prevenire malformazioni congenite incluso i difetti del tubo neurale.** **5.2 Proprietà farmacocinetiche.** I principi attivi contenuti in Elevit, vitamine, minerali ed oligoelementi, sono micronutrienti essenziali largamente distribuiti nel corpo umano. I livelli di micronutrienti presenti nel plasma e nei tessuti sono regolati omeostaticamente ed influenzati da vari fattori come fluttuazioni diurne, stato nutrizionale, crescita, gravidanza e allattamento. Non sono disponibili dati farmacocinetici sui principi attivi di Elevit. **5.3 Dati preclinici di sicurezza.** I principi attivi di Elevit, vitamine, minerali ed oligoelementi sono nutrienti essenziali considerati sicuri se somministrati alle dosi raccomandate. Non sono stati condotti studi di teratogenicità con Elevit negli animali.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

6.1 Elenco degli eccipienti. Nucleo della compressa: Lattosio monoidrato, Mannitolo, Dispersione acquosa di etilcellulosa (etilcellulosa, sodio laurilsolfato, alcool cetilico), Macrogol 6000, Macrogol 400, Glicerolo distearato, Gelatina, Cellulosa microcristallina, Etilcellulosa, Amido di sodio glicolato, Magnesio stearato, Povidone K90, Povidone K30. **Rivestimento della compressa:** Ipromellosa, Dispersione acquosa di etilcellulosa (etilcellulosa, sodio laurilsolfato, alcool cetilico), Macrogol 6000, Talco, Titanio diossido (E171), Ossido di ferro giallo (E172). **Componenti dei premix vitaminici:** • Vitamina A palmitato secco 500: Vitamina A palmitato, butilidrossitoluene, gelatina, saccarosio, amido di mais. • Rocoat piridossina cloridrato 33 e 1/3%: Piridossina cloridrato, mono- e digliceridi di acidi grassi edibili. • Vitamina B₂, 0,1% idrosolubile: Cianocobalamina, citrato trisodico, acido citrico anidro, maltodestrina. • Vitamina D₃ polvere 100 CWS: Colecalciferolo, DL-α-tocoferolo, olio di semi di soia parzialmente idrogenato, gelatina idrolizzata, saccarosio, amido di mais. • Vitamina E 50% di tipo SD secco: DL-α-tocoferolo acetato, gelatina idrolizzata, silicio diossido. **6.2 Incompatibilità.** Non pertinente. **6.3 Periodo di validità.** 2 anni. **6.4 Precauzioni particolari per la conservazione.** Non conservare a temperatura superiore ai 25 °C. Conservare al riparo dall'umidità. **6.5 Natura e contenuto del contenitore.** Blister di PVC/PE/PVDC/Alluminio da 30 e 100 compresse. È possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate. **6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento e la manipolazione.** Nessuna istruzione particolare.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

Bayer S.p.A. – Viale Certosa, 130 – Milano

8. NUMERO(I) DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

30 compresse rivestite con film AIC 037072016/M

100 compresse rivestite con film AIC 037072028/M

9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE

9/11/2006

10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO

Ottobre 2006



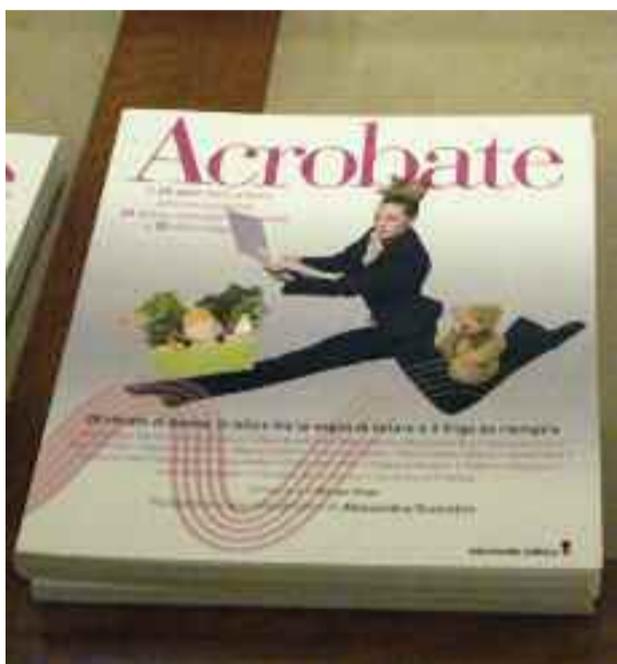
Libri



Acrobate

A 50 anni dalla pillola anticoncezionale, 40 dalla rivoluzione sessuale e 30 dalla legge 194

Acrobate è un affresco delle italiane di oggi, un mosaico composto attraverso la prospettiva di 20 donne affermate nei loro rispettivi ambiti. Professioniste diverse per formazione, ambizioni ed età, a cui vengono pubblicamente riconosciuti successo e autorevolezza. Ma anche e soprattutto donne, che vivono le difficoltà e le soddisfazioni di conciliare una carriera impegnativa con la vita familiare. Perché la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo) ha avvertito il bisogno di promuovere una riflessione su questo tema? Per essere davvero a fianco della donna, con la convinzione che il nostro ruolo non si esaurisca nella sola tutela della salute femminile, ma debba anche comprendere quanto le dinamiche sociali ed economiche possano determinare nuove criticità, opportunità o fattori di rischio. Il mezzo secolo della pillola anticoncezionale, i 40 anni dall'avvio "ufficiale" della rivoluzione culturale e sessuale, e il trentesimo anniversario della 194, la legge che ha legalizzato l'interruzione volontaria di gravidanza nel nostro Paese rappresentano gli spunti da cui si è partiti nella riflessione. Avvenimenti contrassegnati da un filo rosso: la volontà delle donne di riappropriarsi del proprio corpo e prendere da sé le decisioni in ambito sessuale e procreativo. Da qui è iniziato il grande cambiamento nella condizione femminile, che ha permesso alle donne italiane di conquistare sempre maggiori spazi nella vita pubblica e professionale ma che ha nello stesso tempo acuito l'eterno conflitto fra carriera e famiglia, una contrapposizione che appare ancora ben lungi dall'essere risolta. E che determina nuovi scenari, con una diretta ricaduta anche in termini di salute e benessere: pensiamo alla sempre più elevata età alla gravidanza, alle malattie a trasmissione sessuale, al rapporto talvolta patologico con l'immagine di sé. Le testimonianze personali e le riflessioni delle professioniste coinvolte mostrano le numerose tensioni e contraddizioni della società attuale. Le pari opportunità non sono ancora garantite, il rapporto uomo-donna



Nella foto in alto, Giorgio Vittori e Ilaria D'Amico. In basso, nella foto a sinistra: Josefa Idem, Valeria Dubini, Maria Concetta Vaccaro e Chiara Micheletti. A destra: Giovanni Monni e Monica Bellucci durante la presentazione del volume al Senato il 3 febbraio scorso.



20 ritratti di donne, in bilico fra la voglia di volare e il frigo da riempire

Jole Baldaro Verde, Monica Bellucci, Diana Bianchedi, Nancy Brilli, Margherita Buy, Nicoletta Conti, Ilaria D'Amico, Cipriana Dall'Orto, Valeria Dubini, Emanuela Falcetti, Elena Gianini Belotti, Josefa Idem, Lucrezia Lante Della Rovere, Silvia Maffei, Chiara Micheletti, Federica Olivares, Federica Pellegrini, Alda Maria Scopesi, Concetta Maria Vaccaro, Lucia Visconti Parisio
Introduzione di Giorgio Vittori
Prefazione e approfondimenti di Alessandra Graziottin

vive una fase di crisi che spesso trova nella violenza una valvola di sfogo. Restano molti tabù in tema di educazione sessuale, con un livello di informazione che appare insufficiente e un utilizzo scarsissimo della contraccezione, dove siamo il "fanalino di coda" dell'Europa. Fanno pochi figli e sempre più avanti negli anni e le nuove generazioni devono fare i conti con un precariato diffuso che penalizza soprattutto l'occupazione femminile. Alcune questioni sono più tipiche del nostro Paese, come una certa immagine consumistica e "televisiva" della donna o il ruolo della Chiesa nella vita pubblica. Altri cambiamenti appartengono invece a dinamiche globali, ad

esempio l'influenza di altre strutture o modelli religiosi, la minaccia del fanatismo, l'avvento di innovazioni dirompenti come internet. Fenomeni complessi, spesso ancora in divenire, che hanno costretto sia le donne che gli uomini a inventarsi nuovi ruoli e li chiamano a lavorare insieme per costruire un altro modello di società e di coppia. Il quadro che emerge è variegato, tra rimpianti ed entusiasmi, nuove aspettative e delusioni, conquiste e conflitti. Su questi temi si confrontano voci diverse: attrici, giornaliste, lettrici, docenti universitarie, sportive, professioniste. Donne pubblicamente affermate che possono rappresentare un punto di riferimento per molte altre e contribuire, con la loro testimonianza, a promuovere un dibattito sincero sui nuovi orizzonti femminili. Un dibattito di cui la Sigo vuole essere protagonista, con l'obiettivo ultimo che guida la nostra Società scientifica: ridare valore alle tematiche della donna. *Dall'Introduzione di Giorgio Vittori Presidente Sigo*

Il ricavato del volume, promosso dalla Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO) ed edito da Intermedia - in vendita nelle principali librerie al prezzo di 12 euro - è destinato a progetti educazionali a favore delle donne immigrate.

Ulteriori informazioni su come acquistare il libro sul sito www.sigo.it



Congressi convegni e corsi



CONGRESSO AOGOI Portovenere (Sp) 2-4 aprile

Segreteria organizzatrice P.R. e Communication Srl Vocabolo Cugnetto Snc 02046 Magliano Sabina (Ri) Tel. 0744.921040 Fax 0744.91531 info@precommunication.com

CONGRESSO CONGIUNTO AOGOI - AGITE REGIONE EMILIA ROMAGNA: I COLORI DELLA SALUTE Grand Hotel Bologna Pieve di Cento (Bo) 16-18 aprile

Segreteria organizzatrice D.B. Srl Viale Alfeo Corassoli 70 41100 Modena Tel. 059.358788 Fax 059.358788 segreteria@eziobergami.it

CONVEGNO REGIONALE AOGOI-FESMED-AGITE: PROLASSO UTERO-VAGINALE E INCONTINENZA

URINARIA:TECNICHE CHIRURGICHE E RIABILITATIVE INNOVATIVE Salerno 16-18 aprile

Segreteria organizzatrice Grafica Pubblicitaria Napoli Via Michelangelo Testa 8 84127 Salerno Tel.: 089-2595886 Fax: 089-799102 info@graficapubblicitarianapoli.it

CORSO DI FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO IN FISIOPATOLOGIA CERVICO-VAGINALE E VULVARE, COLPOSCOPIA E MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE Ascoli Piceno 20-23 aprile

Segreteria organizzatrice Ced Servizi Via G. Ungaretti 84 - 62100 Macerata Tel. 0733.33844 Fax 0733.33811 segreteriacorsi@cedservizi.it

IL PARTO EPIDURALE: VENTI ANNI DI ESPERIENZA Palermo 7-9 maggio

Segreteria organizzatrice: D.ssa Maria Rosa D'anna U.O.C. Ospedale Buccheri La Ferla - F.B.F. Palermo Tel. 091.479111

CONGRESSO S.I.D.I.P. Roma 15-16 maggio

Segreteria organizzatrice D.ssa Monica Argentino Viale Liegi 49 - 00198 Roma Tel. 06.8505206 Fax 06.8505315 info@thefetus.it

CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN LAPAROSCOPIA GINECOLOGICA San Daniele del Friuli (Ud) 18-20 maggio

Segreteria organizzatrice A.S.S. Via Pozzuolo 330 N. 4 Medio Friuli - S.O.S. Formazione e

Aggiornamento Via Pozzuolo 330 - Udine Tel. 0432.806050 Fax 0432.806091 cfa@ass4.sanita.fvg.it

AGGIORNAMENTO IN TEMA DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA E DIAGNOSI PRENATALE Bologna 22-23 maggio

Segreteria organizzatrice: Gynepro Educational Via Lame 44 - 40122 Bologna Tel. 051.223260 Fax 051.222101 educational@gynepro.it

9° CORSO AOGOI DI AGGIORNAMENTO TEORICO PRATICO IN MEDICINA EMBRIO-FETALE E PERINATALE - 1° CONGRESSO NAZIONALE AGITE Villasimius (Ca) 27-31 maggio

Segreteria organizzatrice I.M.C. Europe Srl Viale Trieste 93 - 09123 Cagliari

Tel. 070.273470 Fax 070.273306 imc.congressi@tin.it

ECOGRAFIA TRANSVAGINALE IN ONCOLOGIA GINECOLOGICA Milano Marittima (Ra) 6 giugno

Segreteria organizzatrice Dolphin Organization Strada Maggiore 90 40125 Bologna Tel. 051.6360801 Fax 051 - 4292250 mail@dolphinorganization.com

ADVANCES IN GYNAECOLOGICAL ONCOLOGY MILANO 18-20 giugno

Segreteria organizzatrice: ENDOGROUP INTERNATIONAL S.R.L. VIA TURATI 7/E 22036 ERBA CO Tel.: 031 - 646141 Fax: 031 - 646731 alessandra@endogroupinternational.com



M.A.M.M.A AOGOI

Movement Against Medical Malpractice and accident of Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

WWW.GINECOLOGIAFORENSE.IT

Questo modulo può essere utilizzato per richiedere l'assistenza di "M.A.M.M.A. AOGOI". Dopo averlo compilato, dovete ritagliarlo ed inoltrarlo alla Segreteria nazionale AOGOI, via G. Abamonti, 1 - 20129 Milano, per posta, oppure via fax (02.29525521). In maniera più semplice, potrete compilare il modulo "on line", andando al sito



www.ginecologiaforense.it, nel settore "Help-desk", sotto l'icona "Help-desk on line", dove troverete un percorso guidato che vi aiuterà a compilare correttamente la richiesta di assistenza. È anche possibile telefonare alla Segreteria nazionale AOGOI (tel. 02.29525380) ed esporre a voce il problema.

SOCIO	nome	cognome	indirizzo	
	città	provincia	cap	sede di lavoro
	e-mail	mobile	telefono	fax

TIPO evento sanitario avverso atti della magistratura contenzioso amministrativo

EVENTO

descrivere in modo sintetico l'evento per il quale si richiede assistenza

ASSISTENZA parere legale parere sindacale o amministrativo altro parere di esperto clinico verifica della linea difensiva già in atto

DESCRIZIONE

descrivere in modo sintetico il tipo di assistenza richiesto

CONTATTO telefono e-mail fax mobile *Indicare la modalità con cui si preferisce essere contattati*

CONSENSO il sottoscritto dichiara di aver preso visione e di accettare integralmente le condizioni generali di funzionamento del servizio di "tutela legale" pubblicate sul sito www.aogoi.it e sulla rivista dell'associazione "Gynecoogoi"

data _____ il socio _____

DENTRO C'È MOLTO DI PIÙ.



In una **bomboniera** Save the Children c'è il diritto di ogni bambino ad avere un futuro.

In occasione di matrimoni, battesimi, comunioni, lauree e ogni altra ricorrenza, festeggia con una bomboniera Save the Children. Puoi trasformare il tuo momento felice in un contributo per scuole, libri, cure mediche, acqua potabile, protezione e assistenza per offrire una vita migliore a tanti bambini. Parenti e amici riceveranno una scatolina porta confetti o una pergamena a testimonianza di un gesto di solidarietà importante. Save the Children dal 1919 lotta per i diritti dei bambini e per migliorare le loro condizioni di vita in tutto il mondo.

Per informazioni su bomboniere, partecipazioni e liste nozze:
www.savethechildren.it/bomboniere
bomboniere@savethechildren.it - Tel 06-4807.0067



Save the Children
Italia ONLUS

elevit

Aiuta la mamma, protegge il bambino.



**Novità
da Bayer**

Elevit,

il nuovo farmaco OTC,

multivitaminico e multiminerale,

specificamente formulato per la gravidanza e l'allattamento,

contribuisce allo sviluppo di un bambino sano

- ↪ riducendo il rischio di **malformazioni congenite** (quali la spina bifida)¹
- ↪ fornendo alla mamma l'adeguato apporto di vitamine e minerali per soddisfarne l'**umentato fabbisogno** durante la gravidanza e l'allattamento².

L'efficacia e la tollerabilità di Elevit sono dimostrate da un importante studio clinico¹ e dall'utilizzo da parte di milioni di donne nel mondo.

1. Czeizel AE. Prevention of congenital abnormalities by periconceptional multivitamin supplementation. Br Med J 1993; 306:1645-8

2. Livelli di Assunzione giornaliera Raccomandati di Nutrienti per la popolazione italiana



Bayer HealthCare