

MEDICINA DI GENERE

Le differenze trascurate

Dal Congresso di Bari si conferma l'impegno
della ginecologia italiana per una nuova
attenzione alla salute della donna

■ **Speciale Congresso**
Ultimi scatti
sulle giornate di Bari

■ **Rapporto Onda 2009**
La salute della
donna in Italia

■ **Ostetricia forense**
Parto vaginale
e danno neonatale

■ **Medici over 65**
Il tributo previdenziale
per la libera professione

10
2009

Sensilube

RITROVA LA TUA FEMMINILITÀ



È un dispositivo medico CE. Leggere attentamente le avvertenze e le istruzioni d'uso. Autorizzazione del 5 agosto 2009

RISPOSTA INNOVATIVA PER LA PREVENZIONE E IL TRATTAMENTO DELLA SECCHENZA VAGINALE

Una formula che previene ed aiuta ad eliminare i disagi causati dalla secchezza vaginale perché:

- favorisce il ripristino del trofismo della mucosa vaginale
- agisce come umettante e lubrificante delle mucose vaginali
- crea un ambiente favorevole per ristabilire la naturale secrezione vaginale
- aiuta a ristabilire l'integrità della mucosa vaginale.

Testato da:



Editoriale

...ma non dormiamo sugli allori

Il Congresso di Bari è stato un successo. Così grande da risultare in parte inatteso. Alta partecipazione, interventi e sessioni di grande livello scientifico e culturale, consolidamento di un dialogo con la politica che si annuncia quanto mai proficuo. Una dimostrazione di vitalità forse senza precedenti per la ginecologia italiana che si è dimostrata matura ad affrontare le sfide del presente e sufficientemente consapevole da accogliere quelle che il futuro riserva. Una vitalità riconosciuta anche sulla scena internazionale, come dimostra il conferimento all'Italia del prestigioso compito di ospitare nel 2012 il Congresso mondiale Figo. Una ragione in più per essere fieri del lavoro fin qui svolto e consci di aver meritato tale fiducia.

Ma sbaglieremmo se considerassimo i successi del Congresso di Bari e l'assegnazione a Roma del Congresso Figo 2012 come traguardi raggiunti. L'uno e l'altro non possono e non devono essere altro che stimoli a proseguire sulla strada fin qui intrapresa. Molto, infatti, è stato fatto. Ma tanto altro rimane da fare. Come gli interventi congressuali riportati all'interno del numero dimostrano, sono ancora molte le faglie aperte: all'interno della professione, nei suoi rapporti con le istituzioni e con gli interlocutori internazionali. Piani, questi, che il più delle volte si intersecano richiedendo, prima ancora che soluzioni, il collaudo di un nuovo modello di dialogo in cui alla ginecologia venga riconosciuto un ruolo di primo piano.

L'eccessivo ricorso alla medicina difensiva e i problemi medico-legali, la collocazione della ginecologia in una nuova organizzazione della rete ospedale-territorio, la formazione del ginecologo in un contesto europeo e una vera promozione della Medicina di Genere: eccole alcune delle sfide che occorrerà affrontare al più presto.

E proprio a quest'ultima sfida abbiamo voluto dedicare particolare attenzione in questo numero, con un approfondimento sulle malattie croniche non comunicabili, al centro dell'importante nuovo progetto frutto della collaborazione tra Aogoi e la prestigiosa Fondazione Lorenzini e con la sintesi della seconda edizione del Libro Bianco sulla salute delle donne promosso da Onda, che ci fornisce un quadro aggiornato dello stato di salute e dei bisogni di carattere assistenziale delle donne italiane, affrontando in particolare alcune patologie che interessano maggiormente la salute femminile, ma di cui raramente si sente parlare.


Giovanni Monni
Presidente AOGOI



Libro Bianco sulla salute delle donne

Sintesi della seconda edizione del rapporto "Onda" 2009
pagine 13-20



Indice numero 10-2009

85° Congresso Sigo – 50° Congresso Aogoi

- 4 Le emozioni che portano al futuro**
Ultimi scatti sulle giornate di Bari:
bilanci e prospettive dalla voce dei protagonisti
- 5 IL CORSIVO DI CARLO SBIROLI**
Da Napoli a Bari
- 8 LE MALATTIE CRONICHE NON COMUNICABILI**
Una sfida per il ginecologo nella medicina e nella società del 2000
di Alberto Lombardi, Francesca Fiorillo e Andrea Peracino
- 10 DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO**
Una direzione obbligata per il ginecologo del futuro
di Sandro Massimo Viglino
- 12 PROGETTO AOGOI**
Nascere con l'acqua
di Ciro Guarino
- 21 SIMPOSIO SIGITE**
Ageing e menopausa sotto i riflettori
Interventi di Milena Mincigrucci, Massimo Stomati,
Mario Gallo e Stefano Lello
- 24 SIMPOSIO AGITE**
Eventi & relazioni Agite nelle sessioni congressuali
di Maurizio Orlandella
- 25 RICERCA AOGOI**
Secchezza vaginale in menopausa:
ciò che le donne spesso non dicono
di Carlo Maria Stigliano
- 25 PROGETTO CMV**
Citomegalovirus sotto osservazione
di Fabio Parazzini

Professione

- 26 Parto vaginale e danno neonatale: spunti di ostetricia forense**
di Pier Francesco Tropea
- 27 MEDICI OVER 65**
I pensionati devono pagare il tributo previdenziale per la libera professione
di Carmine Gigli

Rubriche

28 Fatti & Disfatti / 30 Congressi

GYNECO
AOGOI

NUMERO 10 - 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: gynecoagoi@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: novembre 2009
Tiratura 8.000 copie. Costo a copia: 4 euro
La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza una preventiva ed esplicita autorizzazione da parte dell'editore. I contenuti delle rubriche sono espressione del punto di vista degli Autori. Questa rivista le è stata inviata tramite abbonamento: l'indirizzo in nostro possesso verrà utilizzato, oltre che per l'invio della rivista, anche per l'invio di altre riviste o per l'invio di proposte di abbonamento. Ai sensi della legge 675/96 è nel suo diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o l'aggiornamento dei dati in nostro possesso. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Organo ufficiale



Testata associata



Editore



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario



Le emozioni che portano al futuro

di Antonino Michienzi

“Il 50° Congresso Aogoi e l'85° Congresso Sigo è stato un appuntamento di notevole interesse scientifico, sociale e umano”. Non ha dubbi **Giovanni Monni**, presidente Aogoi sul successo del Congresso. “Bari ha rappresentato certamente un'ulteriore conferma che la ginecologia italiana, unita, è pronta ad affrontare e vincere tutte le grandi sfide che l'attendono avendo come obiettivo primario il benessere della donna, della coppia e del nascituro”. Un parere, quello di Monni, che è la sintesi del pensiero dei colleghi che si sono riuniti nel capoluogo pugliese. “La cornice è stata straordinariamente stimolante e molto accogliente e il messaggio scientifico che stiamo portando avanti dimostra che la ginecologia è molto vigile e vivace, capace di andare a cogliere quelle che so-

Si è concluso il Congresso di Bari. Un grande successo. Per il numero di partecipanti, italiani e stranieri. Per l'attualità dei temi trattati che hanno dimostrato quanto la ginecologia italiana sia viva. Per i nuovi rapporti con la politica e con i colleghi universitari, che da tempo non erano così fecondi

no i sottili cambiamenti scientifici e sociali nell'interesse ginecologico”, è il commento di **Giorgio Vittori**, presidente Sigo, a cui fa eco il co-presidente del Congresso **Sergio Schona-uer** che afferma che “La soddisfazione dei partecipanti per essere stati presenti è la migliore dimostrazione della positività dell'evento”. Si concentra invece sui rapporti ospedaliero-universitari, il commento del segretario nazionale Aogoi **Antonio Chiantera**,: “Questo congresso

ha visto l'inizio della fase di riconciliazione tra il mondo universitario e il mondo ospedaliero. L'essere finalmente di nuovo uniti ci dà maggiore forza contrattuale oltre che maggiore valenza scientifica”. Risultati positivi che alimentano la speranza dell'altro co-presidente del Congresso **Vito Trojano**: “Speriamo che gli sforzi che stiamo compiendo possano in poco tempo trasformarsi in realizzazioni concrete per far sì che

la nostra professionalità, con i mezzi che la politica sanitaria ci continua a mettere a disposizione, fornisca una migliore assistenza non solo in termini di percorsi clinici e terapeutici, ma anche di benessere emotivo della paziente”.

Plauso anche dal nuovo presidente della Figo, l'egiziano **Gamal Serour**, che si è complimentato con gli organizzatori per aver saputo porre l'accento su temi molto spesso ignorati: “L'etica, l'impegno politico, la necessità di incentivare la collaborazione internazionale e la salute delle adolescenti, parte essenziale del nostro mondo professionale”. Una simile concordanza di opinioni nasce dai risultati del Congresso. Circa 2200 tra partecipanti e relatori, oltre cento sessioni, simposi e letture magistrali su temi che hanno riguardato non soltanto la professione nel suo svolgersi quotidiano ma anche e soprattutto i grandi temi di fondo della ginecologia.

A cominciare dal titolo del congresso: “Emozione donna, tra luci e ombre” che fotografa il passaggio epocale per la ginecologia italiana, che passa dall'esclusività dei fatti della medicina all'integrazione di questi nel vissuto delle persone. Un mutamento culturale vero e proprio. “Il nostro obiettivo ora – ha aggiunto Vittori – è portare queste nostre emozioni, quelle dei ginecologi e quelle delle donne, alle istituzioni”.

Il dialogo con la politica

Questo travaso di esperienze dal mondo professionale alla politica ha avuto avvio proprio nel corso del Congresso, dove diversi rappresentanti delle istituzioni hanno portato il loro contributo al dialogo. A cominciare dal governatore della Regione Puglia **Niki Vendola** che ha riconosciuto alla ginecologia italiana di aver saputo riportare l'attenzione verso le differenze di genere: “Le donne nella storia –

CONGRESSO
SIGO-AOGOI

IL CORSIVO

di Carlo Sbiroli

Da Napoli a Bari



Dal congresso nazionale Sigo 2007 di Napoli a quello di Bari sono passati appena due anni, ma sembra un secolo. Molte cose sono cambiate nella ginecologia italiana e nell'Aogoi. È cambiata la Sigo. Forse è proprio la Sigo ad aver registrato il cambiamento maggiore

S spesso ci sorprendiamo a dire che i problemi che affliggono la ginecologia italiana sono, al di là delle apparenze, sempre gli stessi. Ed è vero. Ma è altrettanto vero che il modo di pensare è profondamente diverso. È cambiato il rapporto con le istituzioni, il rapporto con se stessi. È cambiata perfino la percezione che gli individui hanno della propria felicità. Su questi aspetti credo sia importante riflettere, perché coinvolgono il modo di agire (anche dal punto di vista politico), il modo di pensare e naturalmente il rapporto che ognuno di noi ha con le compagini associative e le istituzioni. Un primo effetto di questa onda nuova è stato il profondo cambiamento che si è verificato nella gestione delle società scientifiche, soprattutto nella Sigo. Un anno fa scrissi su queste stesse pagine che il congresso Sigo di Napoli aveva segnato per la ginecologia italiana la fine di un'epoca: aveva dimostrato che era indispensabile cambiare rotta. In altri termini si andava prefigurando "una via nuova" per realizzare finalmente quel necessario adeguamento della nostra specializzazione ai cambiamenti che negli ultimi anni erano avvenuti nella società italiana e nel mondo della sanità. In quel "litigio", che pure era frutto delle vecchie logiche della contrapposizione universitario-ospedaliera, vedevo un'occasione reale di rinnovamento. Ero convinto che la discussione vivace, finanche accesa, fosse un mezzo necessario, forse lo scotto da pagare per spazzar via "vecchie apatie" e una certa pigrizia associativa. Una specie di antidoto, indispensabile per promuovere il "bene comune societario" tanto spesso evocato negli ultimi tempi.

A distanza di due anni queste aspettative si sono realizzate? Credo di sì, o se non lo sono del tutto almeno sono in via di realizzazione. La Sigo si è presentata al Congresso di Bari con idee nuove che rivalutano il presente e guardano con ottimismo al futuro. Certamente sono cambiate vecchie mentalità e non vi è più posto per diatribe egoistiche. La Sigo si è presentata al Congresso di Bari con importanti attestazioni di consenso per il lavoro svolto, sia a livello nazionale che internazionale. Il Presidente del Consiglio, Silvio Berlusconi, nel suo recente messaggio ai partecipanti al Congresso Mondiale 2009 della Figo a Città del Capo ha scritto: "...le scelte fatte (dalla Sigo, n.d.r) testimoniano il riconoscimento internazionale del ruolo, dell'impegno costante e della professionalità della Società Italiana. La Sigo c'è ed il Governo Italiano tutto, a partire dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, la accompagnerà da oggi all'appuntamento dell'ottobre 2012 in tutte le iniziative e attività che tale incarico comporta".

E il viceministro alla Salute, Ferruccio Fazio, dalle colonne di *GynecoAogoi* (vedi n. 8/9 2009) auspica che le Società scientifiche, Sigo e Aogoi, "costituiscano l'indispensabile partner con cui condividere obiettivi e priorità". Si deve ammettere che per la prima volta le nostre società scientifiche sono chiamate ad esporre il loro parere quando vengono stilati nuovi progetti di legge che riguardano la nostra specializzazione. Ma la cosa più sorprendente è che in qualche modo il Governo si è accorto di noi e ci sta ad ascoltare. E questo non è poco. A livello internazionale la ginecologia italiana si è conquistata un posto di tutto rilievo. La presenza a Bari del nuovo presidente Figo Gamal Serour, del presidente uscente Dorothy Shaw e di altri illustri personaggi della ginecologia internazionale è la più evidente testimonianza del ruolo indiscutibile, importante che si sono conquistate le nostre società scientifiche nel mondo ginecologico sovranazionale.

Fino a due anni fa la "politica ginecologica" era condivisa tra universitari e ospedalieri in un dibattito abbastanza franco e ben equilibrato in seno alla Sigo. Quest'ultima appariva come la palestra naturale per una sana politica specialistica. Lo strappo di Napoli ha disperso la forza universitaria che negli ultimi mesi ha cercato di ricompattarsi, senza riuscirci. E questo non è un fenomeno che galleggia nel vuoto, un effetto privo di causa. La mancanza di una forza fattiva universitaria in seno alla Sigo è stata, ed è, un fatto negativo. Molti, sia in campo universitario sia ospedaliero, si rallegrarono per lo strappo di Napoli tra Agui e Aogoi. Allora sembrò qualcosa di paragonabile al taglio di un cordone ombelicale, un vero e proprio sganciamento da una fase di politica ingessata e controllata. Da ambo le parti ci si sentiva finalmente liberi di decidere con la propria testa, liberi di far saltare i castelli di carta... le caste.

Era davvero questo il mutamento che o si sperava o quanto meno ci si prefigurava? Credo proprio di no. Sono anche convinto che se in questi due anni l'Agui e l'Aogoi avessero compiuto insieme questo stesso percorso certamente il cammino sarebbe stato più agevole. Sbaglia chi oggi sostiene che lo strappo di Napoli, creando di fatto una competizione, ha incentivato gli sforzi organizzativi e programmatici delle due società scientifiche. L'Aogoi ha continuato, come se nulla fosse accaduto, nel suo programma internazionale del Congresso Figo 2012 di Roma e nelle sue iniziative per la tutela e l'aggiornamento degli ospedalieri. L'Agui invece ha impegnato le sue forze migliori nella creazione di nuove società scientifiche, dimostratesi poi, nella realtà dei fatti, ben poco utili se non inutili.

Questa è la situazione in cui ci troviamo due anni dopo Napoli. Sono cadute tutte le motivazioni che apparentemente erano alla base di quella rottura (vedi la lettera dell'Agui al presidente Sigo del 17.09.2009, pubblicata sul numero scorso di questo giornale). Siamo in pratica al punto di partenza. Formalmente due anni sembrano passati invano. Ma non è così perché intanto il mondo è andato avanti. Credo che ancora una volta sia giunta l'ora di serrare i ranghi per non sparpagliarci, che si prenda coscienza di quanto accade e ci si assuma la responsabilità di metter fine all'avventura napoletana.

È ora che si riprenda il cammino insieme.

ha sottolineato Vendola – hanno dovuto contestare la scienza medica, che si riferiva agli uomini senza considerare le differenze di genere. Il corpo delle donne è entrato così come protagonista invadendo un campo da cui, fino ad allora, erano state escluse". Al Congresso erano tuttavia presenti anche esponenti della politica nazionale. **Giuseppe Palumbo**, presidente della XII commissione Affari Sociali alla Camera, che ha plaudito all'iniziativa dei ginecologi di far assomigliare sempre più il Mediterraneo a uno spazio sanitario comune, in cui la salute della donna e del nascituro siano tutelati con forza comune dai Paesi che si affacciano sul *Mare nostrum*: "La collaborazione con questi Paesi è importantissima e il merito va ai ginecologi italiani che sono un punto di riferimento essenziale nella formazione professionale", – ha affermato Palumbo a cui i ha fatto eco il senatore **Cesare Cursi**, presidente della Consulta nazionale Politiche Sociali e Sanità del Pdl: "Grazie all'aiuto dei ginecologi – ha sottolineato – stiamo formando medici e infermieri in alcuni Paesi del Bacino del Mediterraneo. Quello della formazione è per noi è un elemento strategico e la presenza in questo congresso della Sigo e dell'Aogoi di rappresentanti di dell'Albania e della Tunisia lo testimonia". Il riconoscimento dell'importanza del ruolo del ginecologo, non solo in queste "esperienze pilota", ma all'interno di "una società che non si rassegna ad una modesta natalità" trova inoltre conferma, ha aggiunto Cursi, "nell'attenzione che il Governo sta dedi-

cando al settore materno infantile, con investimenti economici specifici nell'ambito del Fondo sanitario nazionale". Impegno ribadito da **Sergio Pecorelli**, presidente dell'Agenzia italiana del Farmaco, che per l'occasione ha rivestito l'insuale ruolo di portavoce del viceministro alla Salute, **Ferruccio Fazio**, impossibilitato a intervenire di persona al congresso. Nel suo messaggio Fazio ha ricordato l'attenzione del Governo verso la salute materno-infantile, testimoniata dalla presenza di diversi disegni di legge in materia. Tuttavia, le criticità rimangono e i ginecologi riuniti a congresso sono stati pronti a sottolinearle.

Prima fra tutte la valorizzazione delle prestazioni al femminile, che oggi valgono appena il 30-40 % della media totale di tutte le prestazioni. "Tutto il mondo ginecologico – ha commentato Giorgio Vittori – è concentrato in un solo Drg, il 359, che raccoglie tutte le prestazioni per patologia benigna senza complicazioni, e costituisce circa il 60% di tutte le prestazioni dedicate alla chirurgia ginecologica. La quantificazione economica rimane sempre la stessa". Ma grazie al "pressing" dei ginecologi sulle istituzioni è stato attivato un tavolo dedicato alla riqualificazione del Drg. Insomma è fondamentale valorizzare le problematiche della donna elevandole al pari di quelle dell'intero universo della medicina. "Dare alla luce una nuova vita – ha aggiunto Vittori – ha lo stesso valore che può avere l'applicazione, ad esempio, di uno stent".

CONGRESSO
SIGO-AOGOI



Giovanni Monni

NEL TRATTAMENTO DELLE INFEZIONI VULVOVAGINALI DA CANDIDA

Depositato presso l'AIFA in data 05/10/2007



Gyno-Canesten®

FIDUCIA NEI FATTI

Da oltre 30 anni al fianco del ginecologo

Con clotrimazolo:

- **Efficacia e sicurezza comprovata** da numerosi studi clinici e da un impiego di oltre 30 anni nel trattamento delle infezioni vulvovaginali da candida.
- Segnalato dal **Ministero della Salute**¹ come il principio attivo **antimicotico imidazolico di scelta in gravidanza**.
- Uno studio su 38.151 donne in gravidanza ha provato che il clotrimazolo **dimezza inoltre il rischio di parto prematuro** (4,6% VS 10,6%).^{1,2}



Bayer HealthCare

¹ Aifa/Ministero della Salute Farmaci e Gravidanza, Roma 2005 Istituto poligrafico e Zecca dello Stato spa

² Czeizel AE et al. Preterm birth reduction after clotrimazole treatment during pregnancy. Eur J Obstet Gynec Preprod Biol. 2004; 116: 157-163.

Giorgio Vittori

Sergio Schonauer

Vito Trojano



A sinistra: Giuseppe Palumbo
e Tommaso Fiore
A destra: Gamal Serour



In alto: alcuni ospiti stranieri

CONGRESSO
SIGO-AOGOI

In basso Cesare Cursi
e Antonio Chiantera

Cesareo e contenzioso ancora sotto i riflettori

Un tema che si intreccia profondamente con quello dell'eccesso di tagli cesarei nel nostro Paese. Ancora troppi e, come è noto da tempo, non sempre motivati da ragioni cliniche. Lo ha confermato un'indagine presentata nel corso del Congresso secondo cui per il 59% dei ginecologi le ragioni che giustificano il ricorso al cesareo sono principalmente di carattere organizzativo e solo per il 32% sono da attribuire a motivazioni cliniche.

Sullo sfondo riappare la questione del contenzioso medico-legale: per il 35% degli intervistati, infatti, la situazione potrebbe normalizzarsi se ci fossero meno "pressioni" di tipo medico-legale, "uno dei più grossi problemi che la nostra professione sta vivendo", ha commentato **Antonio Chiantera**. "È diventato causa di una medicina difensiva sempre più strisciante e diffusa, causa di un malessere profondo che coinvolge medico e paziente".

"Siamo l'unica nazione europea in cui esiste la responsabilità penale del medico", ha aggiunto. La spia di un sistema che non tutela né il professionista, gravato da esosi premi assicurativi, né il malato, che "ha bisogno della serenità dello staff che lo



cura che in queste condizioni viene a mancare".

Territorio-ospedale: una rete da riqualificare

L'altro aspetto da non trascurare, quando si parla di cesarei è il rapporto ospedale-territorio, da rivedere nella sua articolazione. A cominciare dal tema spinoso della chiusura dei piccoli ospedali, che, come è stato sottolineato in vari interventi, non dovrà venire come una mannaia sull'assistenza alle donne ma dovrà essere l'occasione di una ocu-

lata riorganizzazione della rete assistenziale, che preveda la rivalutazione di un percorso rosa dedicato non soltanto all'evento nascita, ma alla salute 'globale' della donna, dalla preservazione della capacità riproduttiva, all'attenzione alla mininvasività. Non solo di ospedali si tratta, dunque, ma della riqualificazione – e laddove non ancora disponibile, della costruzione – di una rete della salute. Che passa,



secondo l'assessore alle Politiche della Salute Regione Puglia **Tommaso Fiore**, per la valorizzazione anche dei consultori. "Il rapporto tra ospedale e territorio – ha detto l'assessore – deve rivedere un protagonismo forte delle attività consultoriali, che invece, negli ultimi anni, hanno visto la marginalizzazione dei ginecologi, con la riduzione delle attività quasi esclusivamente alla consulenza psicologica". "Se riusciamo a tenere insieme ospedale e territorio individuando un percorso virtuoso – ha aggiunto – potremo incidere notevolmente su diversi problemi universalmente riconosciuti: *in primis* sul numero di interruzioni volontarie di gravidanza".

Una formazione comune

Oltre ai problemi contingenti della professione, il congresso è stato anche un'occasione per guardare al futuro. In particolare alle competenze che dovranno caratterizzare le nuove leve della ginecologia italiana. Ancor più in un contesto più ampio e privo di barriere alla circolazione dei professionisti quale l'Unione Europea.

Una strada ricca di ostacoli, "a cominciare da quelle linguistiche", ha precisato **Vincenzo Giambanco**, responsabile della ginecologia II dell'Arnas – Ospedale Civico e Benfratelli di Palermo. Un primo passo è stato compiuto con la costituzione di organizzazioni dedicate a raggiungere questo obiettivo. "Ciò – ha sottolineato – ha già prodotto elementi concreti per amalgamare la formazione in Europa. Un primo risultato, ad esempio, è il Log book, una sorta di diario clinico in cui lo specializzando annota tutte le conoscenze e l'attività acquisita nel tempo. Tuttavia, anche su questo fronte l'Italia presenta alcuni ritardi e lacune".

L'impegno assunto a Bari è quello di colmarle al più presto. Soprattutto in vista dell'evento che vedrà la ginecologia italiana al centro del mondo: il congresso mondiale Figo di Roma, nel 2012.

CONGRESSO
SIGO-AOGOI

Le malattie croniche non comunicabili

Una sfida per il ginecologo nella medicina e nella società del 2000

di **Alberto Lombardi ***,
Francesca Fiorillo **
e **Andrea Peracino ***

(*) Fondazione Giovanni Lorenzini
Medical Science Foundation
(Milano, Houston)

(**) Aogoi

I costi in termini di vite umane, di disabilità e di impatto economico delle malattie croniche non comunicabili (Non Communicable Diseases-Ncd) – come le malattie cardio-cerebrovascolari, il diabete, l'obesità, i tumori, le malattie croniche respiratorie – costituiscono un peso insopportabile anche nei Paesi economicamente più robusti e dotati di sistemi sanitari efficienti come il nostro.

L'innovazione in medicina ha portato in molti Paesi strumenti di intervento molto efficaci per il trattamento di queste malattie. La prevenzione e il trattamento dei fattori di rischio (che spesso sono comuni ad alcune di queste patologie), associati al trattamento diretto delle patologie, hanno dimostrato la loro efficacia nel ridurre l'aumento e in alcuni casi la mortalità. Per contro, assistiamo a una forte crescita di diabete e obesità: decisamente in controtendenza sia per quanto riguarda la disabilità sia per evoluzione verso la mortalità.

Ostacoli e barriere

La prevenzione, primaria, pre-primaria, secondaria e terziaria delle malattie cardio-cerebrovascolari, per esempio, ha dimostrato di essere efficace se portata avanti con strategie integrate e interventi globali sui fattori di rischio. Purtroppo, la definizione di queste strategie, il disegno delle politiche di piano che ne derivano e la conduzione dei progetti collegati trovano spesso ostacoli o barriere che ne riducono l'efficacia e a volte ne interrompono sul nascere la realizzazione.

La conoscenza e la conseguente rimozione di dette barriere costituiscono il nucleo del razionale dei programmi di protezione integrata della salute dell'individuo nei confronti di dette

Oltre il 90% della mortalità e il 70% della disabilità nel mondo sono dovuti alle Ncd. In Europa, come in Italia, i numeri relativi alla mortalità sono impressionanti. Sono queste le premesse da cui è partito l'invito di Aogoi alla Fondazione Giovanni Lorenzini per costruire insieme un progetto di integrazione multidisciplinare per la protezione della donna riguardo alla malattie croniche non comunicabili

malattie (www.healtheurope.org). Gli inviti da parte dell'Oms (come negli incontri di Talin 2008 e di Venezia 2009) a identificare nella salute di una popolazione un asset economico per l'intero contesto sociale di un Paese stanno riportando all'attenzione i molti studi dedicati alla valutazione macroeconomica e microeconomica del valore della salute comparato con l'investimento economico del servizio sanitario di quel paese. Questa spinta dovrebbe contribuire a spronare le autorità economiche e sanitarie mondiali a individua-

re le disuguaglianze tra Paesi, e all'interno dei Paesi, a spostare gli investimenti economici sempre più a favore della salute anche, e soprattutto, in periodi di decrescita del Pil conseguenti alla recente tempesta finanziaria ed economica.

I numeri

Oltre il 90% della mortalità e il 70% della disabilità nel mondo sono dovuti alle Ncd. I carichi in termini di vite umane, di disabilità e di impatto economico stanno mettendo a dura prova i sistemi sanitari e finanziari di tut-

ti i Paesi nel mondo, compreso il nostro. In Europa come in Italia i numeri relativi alla mortalità sono impressionanti.

Altrettanto importanti sono i dati relativi al carico economico che queste malattie procurano alla società: in Europa il costo (diretto e indiretto) delle malattie cardiovascolari pesa per 192 miliardi di euro. In Italia il budget globale (2008) del Ssn ha raggiunto i 107 miliardi di euro per il pubblico e circa 20 miliardi per il privato, per un totale di 127 miliardi di euro. Secondo l'European CVD Statistics 2008 (i cui dati si riferiscono al 2006), le malattie cardiovascolari assorbono quasi 22 miliardi di euro, di cui 13,8 miliardi in costi diretti sanitari e 8 in costi indiretti e perdita di produzione. Il budget farmaceutico per il pubblico (fuori dagli ospedali) è di 12,7 miliardi, cui si aggiungono 6 miliardi pagati direttamente dal cittadino (Rapporto Osmed 2008). L'investimento per i farmaci

(sempre fuori dall'ospedale) nel 2007 è stato di 5,1 miliardi di euro per le malattie cardiovascolari (Rapporto Osmed 2008), 396 milioni di euro per farmaci antineoplastici, 381 milioni per patologie del sistema muscolo scheletrico, 741 milioni per patologie del sistema respiratorio, 117 milioni per farmaci antiparkinsoniani e 36 milioni per gli inibitori delle colinesterasi (Sic-Sanità in cifre 2008).

Elementi in comune tra le Ncd

Al di là delle differenze di storia naturale e di trattamento, in tutte le malattie Ncd si riconoscono elementi in comune:

Una piattaforma per la ginecologia

Il Progetto Aogoi-Fondazione Lorenzini

Al tema dell'Interdisciplinarietà nella protezione della salute della donna: le malattie croniche non comunicabili è stato dedicato un simposio in occasione del recente congresso nazionale Sigo-Aogoi di Bari. Nel corso dei lavori, che hanno affrontato, accanto ai temi tradizionali delle malattie etichettate come ginecologiche le numerose problematiche legate alla complessità dell'approccio alle malattie non comunicabili, è stato identificato come un aspetto centrale da sviluppare l'aggiornamento del ginecologo, e soprattutto l'integrazione tra l'approccio ginecologico e la cultura degli esperti che danno impulso di innovazione continua alle tematiche più specifiche tra le malattie croniche non comunicabili. "Il progetto a suo tempo realizzato nella costruzione dei 400

centri della menopausa", ha affermato **Costante Donati Sarti**, "costituisce un'esperienza di riferimento di confronto. Detta esperienza viene oggi trasferita a un approccio che tenga conto delle tre età fondamentali per la salute della donna: l'adolescenza, l'età fertile, la post menopausa". "L'adolescenza raggruppa una serie di problematiche che già da quella età espongono la donna agli insulti delle malattie non comunicabili come l'obesità, il diabete giovanile, l'endometriosi, l'ovaio polistico e l'evoluzione verso la sindrome metabolica", ha sottolineato **Francesca Fiorillo** nella sua ampia presentazione. "I disturbi della personalità (come depressione, iperattività, tendenza all'isolamento, suicidio), i disturbi del comportamento alimentare (obesità, anoressia, bulimia), i disturbi del

comportamento sessuale (disturbi dell'identità di genere e dello sviluppo sessuale, atteggiamento superficiale nei confronti della sessualità, gravidanze precoci, malattie sessualmente trasmesse-HPV, amenorrea, dismenorrea, infertilità, dipendenze da alcool, fumo o droghe) sono i determinanti di alterazioni organiche, funzionali e psichiche che se non affrontate precocemente possono generare malattie croniche irreversibili e condizionare il benessere presente e futuro del giovane", ha affermato la Fiorillo. Due problematiche, tra loro apparentemente distinte, che riguardano l'età fertile: l'uso dei farmaci in gravidanza e la trombofilia sono state affrontate con rigorosa metodologia da **Valeria Dubini**. "La trombofilia costituisce un'area di attenzione spesso insufficiente, malgrado i suoi ri-

flessi sulla clinica della donna nell'età fertile, nella eventuale gravidanza", ha affermato Dubini che, riguardo all'uso dei farmaci in gravidanza, ha sottolineato come "Gli alti livelli d'estrogeni e di progesterone e gli ormoni placentari possono modificare il metabolismo ossidativo, specialmente quello legato alle singole isoforme degli enzimi citocromo P450 dipendenti, le attività metaboliche della placenta, e la capacità metabolizzante del fegato, ulteriormente aumentata in seguito all'aumento del flusso ematico, non sono sufficientemente studiate per controllare la gestione del farmaco in gravidanza, situazione in cui spesso si usano farmaci ed off-label".

Le malattie cardiovascolari e l'osteoporosi sono le patologie presentate con un approccio clinico pratico da **Stefano Lel-**



CONGRESSO
SIGO-AOGOI



sedentarietà, inquinamento atmosferico, senza dimenticare urbanizzazione e povertà;

- la disuguaglianza tra Paesi nel come affrontare dette malattie;
- la disuguaglianza di conoscenze mediche e quindi anche di approccio alla protezione della salute fra il genere femminile e maschile.

Ncd: criticità per la donna

L'insieme delle Ncd rappresenta più del 95% di mortalità e morbidità della donna dopo la menopausa. Ma già nelle altre età della donna molte di queste patologie trovano la loro manifestazione ovvero riconoscono fattori di rischio che in modo spesso inapparente ne preparano l'evoluzione verso la disabilità e la morte.

Considerato che la donna si rivolge al ginecologo dal menarca a oltre la menopausa, e soprattutto per le tematiche riferite alla fertilità, possiamo formulare le seguenti domande:

- a) Quante Ncd sono sotto il controllo del ginecologo?
- b) Si può allontanare la donna dal ginecologo?
- c) Come trattare la donna dal punto di vista dei dosaggi farmaceutici che sono spesso compromessi dalla presenza del ciclo mestruale?
- d) Come trattare la donna con farmaci studiati fonamen-

l'importanza nella fisiopatologia di infiammazione, risposta immu-

ne, fattori genetici, sistemi metabolici, neuroendocrini etc;

- gli strumenti di studio che si avvalgono di competenze comuni quali molecular medicine, genomica, proteomica, metabolomic, senza dimenticare le tradizionali aree della epidemiologia statistica, bioinformatica, evidence based medicine, etc;
- l'importanza nel loro sviluppo dei fattori legati allo stile di vita come: tabagismo e altre dipendenze (alcol, droghe ecc), alimentazione scorretta,

lo. "Nell'ambito della Comunità Europea, il 55% delle donne muore di malattia cardiovascolare, mentre per gli uomini tale percentuale si attesta al 43%. "La malattia coronarica è responsabile del 23% dei decessi tra le donne, lo stroke del 18%, e altre patologie cardiovascolari determinano un ulteriore 15% di morti. In Italia le malattie cardiovascolari tolgono ogni anno oltre 300 mila anni di vita alle persone con meno di 65 anni, 240 mila negli uomini e 68 mila nelle donne. La letalità coronarica è decisamente rilevante in tutte le aree e peggiore nelle donne. Come atteso: tra i pazienti colpiti da infarto miocardico acuto nell'età compresa fra 35 e 74 anni, tre uomini su 10 e quattro donne su 10 muoiono entro 28 giorni dall'esordio dei sintomi. La menopausa rappresenta di per sé un fattore di rischio cardiovascolare. In Italia l'osteoporosi colpisce 3,9 milioni di donne e 840 mila uomini. Le due patologie richiedono infatti un approccio

multidisciplinare integrato". "Sotto le prospettive sinteticamente riportate è apparso importante e naturale l'invito rivolto da Aogoi alla Fondazione Giovanni Lorenzini, a costruire insieme un progetto dedicato alla protezione della salute della donna nei confronti delle malattie non comunicabili, per consentire nella pratica clinica del ginecologo, per antonomasia il Medico della Donna, la integrazione di competenze ed esperienze di discipline diverse che consentano un percorso nella diagnostica, prevenzione e trattamento, consono alle esigenze di salute della donna", ha affermato il professor **Rodolfo Paoletti**, che ha moderato il simposio insieme al professor Donati Sarti. Aogoi, insieme a Fondazione Lorenzini, ha spiegato il segretario nazionale **Antonio Chiantera**, ha voluto disegnare un progetto che prende in esame tre età della donna costruendo tre gruppi di studio multidisciplinari che nelle letture successive porteranno l'at-

La composizione dei tre gruppi di lavoro

GRUPPO DI STUDIO ADOLESCENZA

Patrizia Forleo

Consigliere Aogoi, Dirigente U.O. di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale "S. Giovanni Calibita" F.B.F., Roma - *coordinatore*

Maurizio Orlandella

Presidente Associazione Ginecologi Italiani Territoriali (Agite)

Marina Toschi

Ginecologo Responsabile Consultori Asl 2 Umbria

Alfredo Zanotti

Professore di Dietetica e Nutrizione, Facoltà Medicina e Chirurgia, Università di Milano

Gian Vincenzo Zuccotti

Direttore Clinica Pediatrica, Ospedale L. Sacco di Milano

GRUPPO DI STUDIO ETÀ RIPRODUTTIVA

Valeria Dubini

Responsabile Progetto Violenza Aogoi, Dirigente U.O. di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale San Giovanni di Dio - Firenze - *coordinatore*

Flavia Franconi

Ordinario di Farmacologia, Facoltà di Farmacia, Università di Sassari

Cecilia Politi

Fadoi, Primario Medicina Interna, Ospedale di Isernia

GRUPPO DI STUDIO PERI, POST MENOPAUSA

E TERZA ETÀ

Stefano Lello

Ginecologia Endocrinologica, Fisiopatologia della Menopausa e Osteoporosi, Istituto Dermopatico dell'Immacolata Irccs, Roma - *coordinatore*

Anna Gennari

Segretario Sezione Milanese, Associazione Nazionale Cardiologi Extraospedalieri (Ance),

Silvia Maffei

Endocrinologia Ginecologica Cardiovascolare, Istituto di Fisiologia Clinica, CNR, Pisa

e con la collaborazione di **Marco Stramba-Badiale**, Direttore U.O. Medicina Riabilitativa, Istituto Auxologico Italiano Irccs, Milano

TASK FORCE

Antonio Chiantera, Francesca Fiorillo, Costante Donati Sarti, Andrea Peracino ed Emanuela Folco

Per maggiori informazioni contattare

le Segreterie scientifico-organizzative del progetto:

Fondazione Giovanni Lorenzini

Dott.ssa Emanuela Folco e Dott.a Cristina Bolsi

Tel. 02.29006267 - cristina.bolsi@lorenzinifoundation.org

A.O.G.O.I

Dott.a Francesca Fiorillo e Alessia Freschi

Tel. 02.29525380 - aogoi@aogoi.it

su www.aogoi.it è disponibile il materiale informativo sul Progetto (razionale scientifico e sintesi del progetto)

tenzione sui problemi più emblematici delle malattie non comunicabili nella donna, "siano le malattie non comunicabili o i loro fattori di rischio impattanti direttamente sulla salute della donna, siano le patologie legate al sesso a impattare verso le comorbidità o le complicanze di tipiche patologie comuni ai due generi."

La costruzione di una piattaforma informativa/formativa interdisciplinare intorno ad aree sensibili sulla salute della donna in alcune fasce di età, ha aggiunto il professor Chiantera, dovrà con-

sentire a breve e medio termine la preparazione, realizzazione (e consenso) di percorsi multidisciplinari diagnostico-terapeutici e di prevenzione su aree patologiche emblematiche delle Ncd per fascia di età. "Su questa piattaforma verranno innestate un certo numero di flow chart, con inizio dalle malattie metaboliche - ha concluso Chiantera - queste saranno il tema che sperimenterà la integrazione tra esperti di dette patologie e ginecologi con un numero adeguato di interventi locali di aggiornamento a favore degli associati Aogoi".

talmente sull'uomo?

- e) Come personalizzare un percorso integrato di diagnosi, trattamento e prevenzione sulla donna?

Integrare tali concetti nella cultura ed esperienza del ginecologo può costituire un vantaggio per la donna. Altre domande sono:

- f) È possibile integrare la cultura del ginecologo con altre competenze?
- g) Esistono linee guida integrate?
- h) Esistono e funzionano dei modelli di integrazione?
- i) Ci sono percorsi formativi integrati?
- j) Quali sono i vantaggi di una integrazione?
- k) Quali sono gli svantaggi?
- l) È realistico costruire un gruppo di studio sul tema?
- m) Quali sono le barriere che impediscono l'integrazione?

L'attenzione alla Medicina di Genere pare sia un approccio concreto per costruire delle risposte adeguate a molte delle domande sopra riportate. Essa è indirizzata a studiare le differenze tra uomo e donna intesi, non solo come sessi, ma come insieme dell'azione e reazione che i due generi hanno nei confronti di patologie comuni, inclusa la risposta del medico, della società e non ultimo il modo come viene protetta o recuperata la loro salute.

La Medicina di Genere non è la medicina che studia le malattie che colpiscono prevalentemente le donne rispetto agli uomini, ma è la scienza che studia l'influenza del genere (che assomma l'accezione biologica e l'accezione culturale dell'individuo e della società) sulla fisiologia, sulla fisiopatologia e clinica di tutte le malattie per giungere a decisioni terapeutiche e programmi di prevenzione basati sull'evidenza sia nella donna sia nell'uomo. Questa definizione sembra ovvia ma la storia di questi ultimi anni ci impegna a qualche riflessione.

Anni di entusiasmo riparatore

Da quando nel 1988 l'Oms lanciando la sfida alla protezione della salute di uomo e donna ufficializzava il concetto di Medicina di Genere molto è stato detto e molto è stato discusso su questo approccio alla medicina. L'accezione di Medicina di Genere ha sicuramente sfondato il muro di disattenzione che fino ad allora limitava la trasversalità delle molte discipline che nel tempo si erano consolidate intorno alla necessaria protezione della salute. Come l'Organizzazione mondiale della sanità citava nella sua sfida, veniva risvegliata l'attenzione alle disuguaglianze biologiche tra uomo e donna, che studiosi e clinici non sempre avevano considerato nel costruire la grande innovazione medica e farmacologica del '900. Emblematico di tale disattenzione era, ed è ancora in molti casi, l'uso indifferente su uomo e donna di farmaci studiati preva-

Protezione della salute della donna nei confronti delle malattie non comunicabili

Progetto

Aogoi – Fondazione Lorenzini

Nell'ambito della collaborazione tra Aogoi e Fondazione Giovanni Lorenzini – FGL è stato costruito un progetto di integrazione multidisciplinare per la Protezione della Salute della Donna nei confronti delle Malattie Non Comunicabili (Ncd) che ha l'obiettivo di realizzare una piattaforma informativa/formativa interdisciplinare intorno ad aree sensibili sulla salute della donna in alcune fasce di età che consenta a breve e medio termine la preparazione, realizzazione (e consenso) di percorsi multidisciplinari diagnostico-terapeutici e di prevenzione su aree patologiche emblematiche delle NCD per fascia di età.

I prodotti attesi sono:

- Una serie di Flow Chart comportamentali validate per fasce di età (formazione) specifiche per percorso di prevenzione (diagnosi e trattamento) da presentarsi in occasione di convegni, corsi ad hoc, sito dedicato, documenti.
- Realizzazione di Corsi di Formazione per i ginecologi su aree delle malattie croniche non comunicabili.

La loro realizzazione verrà

affidata a 3 gruppi di studio dedicati ciascuno a una specifica fascia di età (adolescenza, età riproduttiva, peri-post menopausa) formati da circa 3 esperti. Ciascun gruppo di studio potrà richiedere, inoltre, la consulenza di specialisti, individuati in una specifica lista di advisors, indicati da Aogoi e Fondazione Lorenzini.

Le flow chart prodotte saranno validate da un gruppo di esperti Aogoi e Fondazione Lorenzini e da referenti europei. Per la stesura delle flow chart è prevista una metodologia comune secondo le linee guida del Progetto indicate dalle Presidenze di Aogoi e Fondazione Lorenzini sulla base di esperienze precedenti, i Centri per la Menopausa in ambito Aogoi e la Campagna Nazionale per le Prevenzione del Rischio Globale Cardiovascolare da parte di Fondazione Lorenzini.

Gli esperti e gli specialisti che hanno partecipato alla stesura delle flow chart (sia i costituenti del gruppo sia gli Advisor) fungeranno da tutor per la formazione dei ginecologi. Per questa parte del progetto è previsto un fee.

Le aree di competenza e d'attenzione dei tre gruppi di studio sono:

- Adolescenza (aree: disagio psicofisico, alterati comportamenti alimentari, tossicodipendenza, dismetabolismo, vaccinazione (Hpv), contraccezione, educazione sessuale)
- ginecologo, pediatra, endocrinologo, dermatologo, internista, neuropsichiatra,

psicologo

- Età riproduttiva (aree: disturbi dell'umore, sessualità consapevole, impatto lavorativo (famiglia/lavoro), periferilità, alimentazione, peri-gravidanza, non-gravidanza, NCD) ginecologo, internista, endocrinologo, cardiologo, reumatologo, neurologo, farmacologo
- Peri-post menopausa e terza età (aree: CCVD, dismetabolismo, osteoarticolare, neurodegenerative, patologie urinarie pavimento pelvico, sessualità, tumori) ginecologo, internista, cardiologo, nutrizionista, endocrinologo, immunologo/reumatologo, geriatra, neurologo, farmacologo, nefrologo, urologo.

È importante tenere in considerazione:

- Quanto atteso dalla donna, quanto fatto in altri Paesi e quanto in atto o proposto dalle istituzioni e dagli stakeholders
- L'epidemiologia, il carico di disabilità, di sofferenze e il carico economico sulla società dello scenario attuale
- La scienza, la biologia e la clinica come base di approccio di percorso e organizzativo di intervento
- La visione trasversale e integrata del coinvolgimento delle specialità delle competenze
- La necessaria capillarizzazione del progetto
- La sostenibilità non solo economica del progetto.

lentemente (spesso per motivi logici) sull'uomo.

L'attenzione alle disuguaglianze tra uomo e donna non si ferma infatti sulla differenza biologica, ma necessariamente si espande alle differenze di quel complesso di caratteristiche evolutive, culturali, di azione e reazione anche sociali che il concetto di genere aggiunge complicandola, alla differenza biologica.

Non può essere considerato anomalo il fatto che l'aver preso coscienza (forse in modo tardivo) che la donna, proprio per la sua preminenza biologica e sociale di riproduttrice e continuatrice della specie, fosse stata in un certo senso sacrificata nei decenni precedenti a favore dell'uomo nel confronto di quelle patologie che con la loro crescita esponenziale stavano producendo morti e disabilità anche nei Paesi a più alto investimento nella ricerca e nella organizzazione sanitaria.

Apparve corretto e anche utile rimediare a detta trascuratezza trasferendo in modo preponderante l'attenzione dell'approccio medico di Genere verso un recupero di una attenzione alla donna, portando in molti casi a identificare la medicina di genere in medicina della donna, e

aggiungendo all'attenzione alle patologie della età fertile l'attenzione alle patologie non direttamente legate alla fertilità della donna.

Sulla spinta della sfida lanciata dall'Oms nascevano, non solo negli Stati Uniti – che per primi sembravano averla raccolta – nuove cliniche dedicate alle donne come evoluzione o in sovrapposizione, ovvero in contrasto, con le tradizionali cliniche ginecologiche che per motivi storici e anche pratici avevano dovuto concentrarsi sulla fisiopatologia e sulla medicina legata direttamente e indirettamente alla riproduzione e agli organi riproduttivi.

In questo nuovo entusiasmo culturale veniva usata e abusata una critica all'approccio ginecologico, tacciandolo di medicina "a bikini", e si sventolavano nuove bandiere alternative di medicina di genere perché dedicata alla donna e spesso dalle donne e a volte solo dalle donne. In realtà tale entusiasmo produceva un'enorme messe di evidenze sulle differenze tra uomo e donna soprattutto nell'approccio a malattie a largo impatto sociale (come molte patologie del sistema cardiovascolare, del sistema osteo-articolare, del sistema ner-

voso per esempio), e produceva un numero crescente di riunioni, dibattiti, congressi che in modo ripetitivo cercavano di sensibilizzare l'attenzione di medici e autorità verso le differenze di genere.

A distanza di più di dieci anni dalla sfida dell'Oms la Medicina di Genere è divenuta un'accezione necessaria per dare valore all'approccio medico di molte discipline, inclusa la ginecologia: e questo è risultato essere positivo. Quello che desta molte perplessità è che in questa necessaria attenzione alla patologia della donna si siano percorse strade che non hanno sempre aiutato a meglio dimensionare e quindi utilizzare nella pratica clinica del singolo specialista (incluso il ginecologo) questo nuovo modo di pensare.

Risultati importanti di diffusione dell'approccio verso le differenze non sembrano avere apportato ancora tutti quei vantaggi attesi, a meno che questi non vengano considerati la deposizione di coccarde più o meno rosa o celeste a strutture sicuramente importanti per il loro valore clinico già prima di una tale etichettatura.

Ospedale e territorio

di **Sandro M. Viglino**,

Presidente Collegio Italiano di Ostetricia e Ginecologia (CIOG) e Vice Presidente AOGOI

Un tempo il Territorio rappresentava il luogo dove il paziente incontrava lo specialista per un primo contatto, ben sapendo che qualunque approfondimento clinico si sarebbe naturalmente svolto in Ospedale. Oggi le cose non stanno più così.

Una storia che parte da lontano

Per comprendere meglio il percorso che il "Territorio" ha seguito rispetto all'istituzione "Ospedale" occorre fare un passo indietro nella storia del nostro Paese e, in particolare, al 1925 quando dal regime fascista fu creata l'Opera Nazionale Maternità e Infanzia (Onmi). Essa, infatti, fu istituita con la legge 10 dicembre 1925, n. 2277, avente per scopo la diffusione sia nelle famiglie che negli istituti "delle norme e dei metodi scientifici e d'igiene prenatale e infantile [...] anche mediante l'istituzione di ambulatori per la sorveglianza e la cura delle donne gestanti specialmente in riguardo alla sifilide". Le federazioni provinciali provvedevano all'esecuzione sul territorio di quanto ordinato dalla sede centrale dell'Onmi di Roma. Nel 1927 in ogni comune l'attuazione dei compiti dell'Onmi fu delegata a un comitato di patronato composto dall'ufficiale sanitario del relativo Comune, da un direttore didattico o da un maestro e da un sacerdote, affiancati da patroni scelti dal consiglio direttivo della federazione provinciale tra le persone di "indiscussa probità e rettitudine e possibilmente esperte in materia di assistenza materna e infantile". All'istituzione dell'Onmi seguì la costituzione di organi sanitari e di assistenza materiale quali i consultori pediatrici e ostetrico-ginecologici, i consultori prematrimoniali e matrimoniali, i refettori materni e gli asili nido, i dispensari di dermatologia sociale e i centri medico-psicopedagogici. L'Onmi ha cessato di esistere con la legge 23 dicembre 1975, n. 698.

Arrivano i consultori

Tale legge ha anticipato il Dpr 24 luglio 1977, n. 616 sul trasferimento di poteri dallo Sta-

to alle Regioni e la soppressione di enti tra i quali gli Eca e il loro passaggio ai Comuni. Ma il 1975 è anche l'anno in cui con una legge-quadro vengono istituiti i Consultori familiari, legge che è stata via via recepita e applicata nelle varie realtà regionali. Nel 1996 la legge 34 stanziava 200 miliardi di lire per riqualificarli e ne fissa il numero: uno ogni 20 mila abitanti nelle aree urbane. Poi, nel 2000, il Progetto obiettivo materno infantile (Pomi) ne ha perfezionato e ridefinito i criteri di organizzazione e il profilo di intervento socio-sanitario: interdisciplinarietà, lavoro di équipe (con la presenza di ginecologi, pediatri, neuropsichiatri infantili, psicologi, ostetriche, assistenti sociali e sanitarie, infermieri), rete con gli altri servizi, valorizzazione delle competenze femminili. È tuttora in corso, tra numerose difficoltà causate dalle diverse realtà regionali e dall'esistenza di dati non omogenei, un censimento nazionale dei consultori familiari. Alla fine del 2007 il Ministero della Salute ha dichiarato che ne esistono poco più di 2.000 con un rapporto dunque di 0.7 - 0.8 per 20 mila abitanti. Sono pochi? Sono troppi? Il problema non sta nei numeri ma nell'organizzazione e nel ruolo che questi importanti presidi svolgono o potrebbero svolgere.

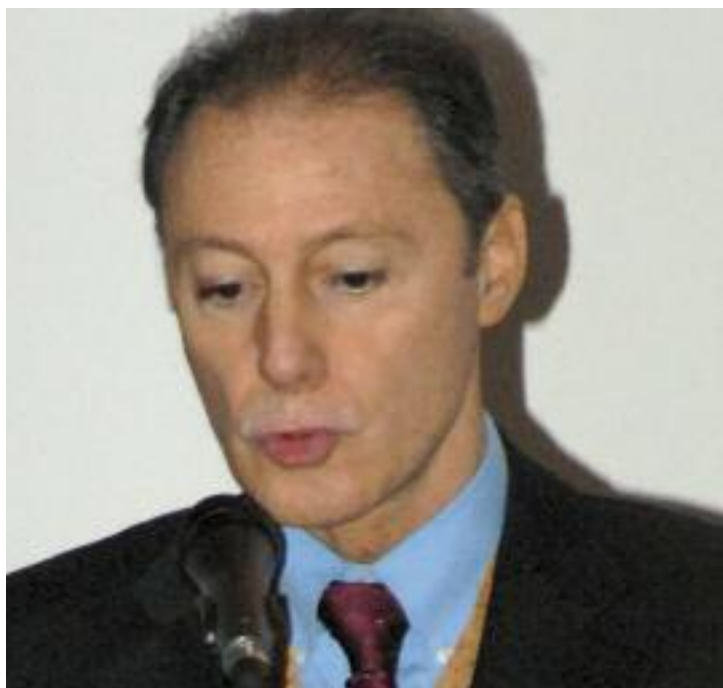
Medico cercasi

La legge n° 264 del 2 Agosto 1999 che ha introdotto a livello nazionale il numero programmato per accedere ad alcune Facoltà universitarie (Medicina e Chirurgia *in primis*) se da un lato è servita a porre un argine a quell'accesso indiscriminato che ha determinato la plethora medica degli anni '70 e '80 (e di cui la mia generazione ha pagato un prezzo altissimo in termini di disoccupazione e sottoccupazione), dall'altro farà sì che nei prossimi anni si possano aprire "buchi" negli organici ospedalieri a causa del progressivo pensionamento dei medici attualmente attivi. Nè sul Territorio la situazione è migliore. Anzi, l'età media degli specialisti oggi presenti negli ambulatori è ovunque medio-alta a causa del blocco quasi totale di nuove assunzioni e quindi di un qualsivoglia turnover. Questa situazione, com'è ovvio, riguarda l'intero comparto medico ma in Ginecologia tutto ciò aprirà

CONGRESSO
SIGO-AOGOI

Dall'ospedale al territorio. Una direzione obbligata per il ginecologo del futuro

L'integrazione ospedale-territorio non è argomento nuovo. Fin dal 1925, quando dal regime fascista fu creata l'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, la necessità dell'integrazione tra i diversi livelli dell'assistenza materna infantile è ben chiara. Nonostante ciò, molti nodi rimangono da sciogliere



Sandro Massimo Viglino

scenari inconsueti. La Ginecologia/Ostetricia è senza dubbio la disciplina specialistica che dà all'utenza il più ampio ventaglio di offerte non solo per la presenza di Uu.Oo. ospedaliere anche nelle realtà più periferiche (nonostante i tagli operati in questi ultimi anni), ma soprattutto per una capillare presenza sul territorio in qualità di ambulatori ospedalieri, territoriali, consultori familiari pubblici e privati (laici e religiosi), ambulatori gestiti dalle Leghe per la prevenzione dei tumori, ambulatori gestiti da Fondazioni, Onlus, gruppi di volontariato, ecc. Con la futura contrazione degli organici come si potrà continuare a fronteggiare un impegno come questo?

E, per restare in ambito pubblico, come si potrà armonizzare Ospedale e Territorio senza prevedere a monte una rete organizzativa funzionale e un personale medico preparato e motivato? Può la rete consultoriale

far fronte alle nuove esigenze che attendono la Ginecologia dell'immediato futuro?

Così come una sempre maggiore specializzazione tecnica dovrà caratterizzare le Ginecologie ospedaliere che, al di là delle prestazioni di base, dovranno necessariamente specializzare il proprio *modus operandi* (non è più possibile garantire prestazioni di alto livello in tutti gli ospedali relativamente a tutti i settori superspecialistici in cui la Ginecologia oggi è impegnata) così anche il territorio dovrà "specializzare" i propri interventi. Per poter trasferire sul Territorio funzioni e risorse oggi allocate in Ospedale occorre che il primo si attrezzi sia in termini di strumentazioni e attrezzature sia in termini di personale; lo specialista che opera esclusivamente o prevalentemente sul Territorio dovrà essere in grado di far fronte ai compiti che un approccio clinico completo e all'altezza della domanda impone

(screening, primo soccorso, diagnostica di I e II livello, ecc.). Questo vale anche per il personale di assistenza, per il quale il territorio non dovrà essere il luogo dove "imboscarsi" ma dove potrà svolgere il proprio lavoro in modo altrettanto dignitoso che in Ospedale.

Parola d'ordine: interdisciplinarietà

Il Consultorio, d'altro canto, è nato con un'altra importante finalità: quella di occuparsi della donna, del bambino e della coppia in un contesto che non può e non deve essere semplicemente ambulatoriale perché richiede doti di ascolto, di elaborazione e interpretazione della domanda che richiedono spesso competenze interdisciplinari (questo è il vero lavoro di équipe!) con quei collegamenti al "sociale" che la reale gestione della coppia può richiedere. A questo, d'altra parte, tende la sempre più stretta collaborazione fra Distretti sanitari e sociali nella prospettiva di un unico Distretto socio-sanitario (lasciando ai Comuni la gestione delle funzioni sociali affidate così come è già in atto in molte parti d'Italia). Se, nonostante i consultori si avviino verso il loro 35° anno di vita l'80% delle donne gravide preferisce rivolgersi al privato (anche intramoenia), significa che uno degli obiettivi fondamentali per cui i consultori sono stati istituiti è fallito e molto resta ancora da fare.

La gravidanza e il percorso nascita in genere, la contraccezione, la prevenzione delle interruzioni volontarie di gravidanza (legge 194), la sessualità, le problematiche degli adolescenti: questi sono gli obiettivi per i quali la rete consultoriale è stata creata. Purtroppo se guardiamo la realtà del quotidiano ci accorgiamo che le cose non stanno così. Occorre, è vero, rifi-

nanziare la rete dei consultori dopo anni di abbandono e di indifferenza, ridarle fiato e visibilità ma indicando con chiarezza quale dev'essere il vero target. E anche la "vocazione" professionale di chi ci lavora dev'essere consona.

Al resto della rete ambulatoriale territoriale competono altri compiti non contrapposti ma integranti il percorso consultoriale. Prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie a trasmissione sessuale (Mts) e, conseguentemente, diagnosi precoce oncologica, ecografia office, prevenzione e diagnosi della patologia del pavimento pelvico, prevenzione e diagnostica di I livello dell'infertilità, diagnosi precoce della patologia mammaria, clinica e diagnostica della postmenopausa costituiscono esempi concreti di come funzioni attualmente svolte in ambito ospedaliero possano trovare piena dignità e più logica collocazione se affidate al territorio.

Una proposta in 4 punti

Aogoi e Agite hanno recentemente presentato all'attenzione del Ministero della Salute una proposta che cerca di coagulare quanto sopra enunciato, fornendo indicazioni concrete anche su un possibile modo di realizzare una vera e propria riorganizzazione dell'area ginecologica. Eccone in sintesi i principali obiettivi:

- Uniformare sul territorio nazionale l'organizzazione delle attività consultoriali che dovrebbero essere strutturate come Unità Operative Complesse, su base distrettuale o multidistrettuale, dirette da una figura Dirigente del comparto sanitario (Medico con specializzazione attinente alle attività consultoriali - Psicologo) cui è affidata la gestione delle figure professionali previste dal Pomi;
- Integrare in maniera armonica le funzioni svolte dai Distretti sanitari e le Uu.Oo e le Attività consultoriali circa la gestione del personale e le attività più specificamente ambulatoriali da parte del personale laureato (medico e non).

- Istituire Uu.Oo. complesse di Ginecologia Medico Preventiva che, a livello sovra e interdistrettuale, coordinino le attività ginecologiche territoriali (consultori e piastre poliambulatoriali) raccordando le funzioni svolte dal Territorio con quelle dell'Ospedale e creando un circuito virtuoso Territorio/ Ospedale per quel che attiene alle prestazioni diagnostico-terapeutiche di II livello. La deospedalizzazione di tali funzioni consentirebbe l'alleggerimento di funzioni non proprie degli ambulatori ospedalieri, il completamento del ciclo della prevenzione di primo e secondo livello anche nell'ambito degli screening, l'eventuale riconversione di strutture ex ospedaliere, l'abbattimento drastico delle liste d'attesa e una più organica e razionale integrazione tra strutture territoriali e ospedaliere di ginecologia con evidenti vantaggi per l'utenza.

- Tutto ciò (specie nelle Asl di maggiori dimensioni) dovrà essere comunque concepito nell'ambito del Dipartimento materno-infantile, affidato a personale medico apicale (II livello dirigenziale), in possesso di specialità affini per l'ambito specialistico considerato (Ginecologi - Pediatri), con incarico biennale e secondo la regola dell'alternanza.

Affermare, come fanno molte Regioni, che le risorse economiche trasferite dall'ospedale al territorio sono e saranno sempre più consistenti e poi, nei fatti, lasciare tutto come sta, non fa il gioco di nessuno: né il loro in quanto politici né il nostro in quanto operatori né, soprattutto, quello dei tanto incensati (solo a parole) pazienti.

Uno sforzo comune

Da parte nostra occorre, peraltro, un atto di coraggio. Il coraggio di un cambiamento culturale profondo che accetti una realtà diversa rispetto a quella di solo pochi anni fa e che faccia superare a ognuno di noi quell'atteggiamento un po' classista per il quale conta più l'etichetta che sta sopra la porta piuttosto che chi ci lavora e che ha portato a discriminare il collega universitario rispetto all'ospedaliero e quest'ultimo rispetto al territoriale. Se non si comprende che, volenti o nolenti, occorre cercare in tutti i modi di unire le forze, il futuro cui si accenna nel titolo sarà molto più amaro di come possiamo aspettarcelo.

Viglino nuovo Revisore dei Conti Sigo

Nel corso del Congresso nazionale Sigo-Aogoi di Bari Sandro Massimo Viglino è stato nominato Revisore dei Conti Effettivo Sigo. La carica era stata già ricoperta dal compianto Ugo Montemagno.

CONGRESSO
SIGO-AOGOI

Al via il progetto Aogoi

Nascere con l'acqua

di **Ciro Guarino**,Direttore U.O.C. Ginecologia e
Ostetricia, Castellammare di Stabia (Na)

È noto ormai che negli ultimi anni l'attività ostetrica, un tempo incentrata sull'aspetto umano della nascita, riconosciuta come momento fondamentale della vita della donna e della sua famiglia, è profondamente mutata, diventando sempre più attenta agli aspetti tecnici della gravidanza e del parto e trascurando, invece, quelli emotivi ad essa correlati. Inoltre si è assistito a un ricorso eccessivo al taglio cesareo, che si è tradotto nella pratica ostetrica in una progressiva perdita di interesse per la fisiologia del travaglio e del parto, con effetti deleteri soprattutto sulla formazione della nuova generazione di ginecologi, che molto spesso non ha sufficienti opportunità per imparare a monitorizzare e assistere in modo adeguato un travaglio e un parto vaginale.

E proprio in quest'ottica il parto in acqua consente di recuperare quell'aspetto di naturalità

Nonostante l'esperienza dell'immersione in acqua durante il travaglio e il parto sia associata a benefici sia materni che fetali, come testimoniano le esperienze avviate da diversi anni in molte unità operative, a tutt'oggi le evidenze scientifiche a sostegno di questa forma di assistenza non sono molte. Di qui l'idea di uno studio ad hoc per validare con dei dati scientifici significativi ciò che emerge dalla nostra comune pratica clinica

dell'evento, grazie al rispetto della fisiologia, lasciando la futura madre padrona di gestire in maniera attiva e autonoma il suo travaglio e il suo parto, accompagnata dalla presenza del partner, in un ambiente confortevole, che ricordi possibilmente quello domestico, ambiente in cui il personale addetto è ospite discreto, ma attento. L'assistenza al parto in acqua, in cui il rispetto dei tempi "naturali" dell'evento nascita rappresenta un elemento irrinunciabile, consente anche di educare "all'attesa" gli operatori che assistono al parto, promuovendo in tal modo una migliore comprensione della fisiologia della nascita e dei bisogni basilari delle donne in travaglio. L'esperienza dell'immersione in acqua durante il travaglio e il parto è pos-

CONGRESSO
SIGO-AOGOI

Le caratteristiche dello studio

Ecco in sintesi le informazioni generali relative allo studio

Lo studio è uno studio di coorte prospettico, con follow-up a 48 ore e 72 ore dopo il parto.

La popolazione dello studio è costituita da gravide a termine di gestazione con decorso della gravidanza e del travaglio fisiologici. L'intervento proposto è l'immersione in acqua durante il travaglio e/o per l'espletamento del parto. Le donne incluse nello studio dovranno essere osservate presso i centri partecipanti che offrono loro la possibilità di fare l'esperienza del travaglio e/o del parto in acqua. I criteri di inclusione allo studio sono: una gravidanza a basso rischio ≥ 37 settimane e una normale progressione del travaglio. Tutte le donne osservate risponderanno ai criteri di inclusione nello studio.

I criteri di inclusione nel gruppo cui somministrare l'intervento (os-

sia l'immersione in acqua e/o l'espletamento del parto in acqua) si basano sulla scelta materna.

I criteri di esclusione riguardano le controindicazioni all'immersione e/o all'espletamento del parto in acqua.

Si è scelto di disegnare uno studio osservazionale al fine di non interferire con la pratica clinica e ottenere di conseguenza un dato non viziato dall'impatto del trattamento nella routine clinica.

A ogni centro verrà fornito il modello della scheda di raccolta dati. Il periodo di osservazione prevede 12 mesi.

È estremamente importante che i centri partecipanti includano tutte le donne osservate al fine di ridurre l'effetto di possibili bias di selezione.

Identificati i soggetti da includere in studio, lo sperimentatore, previa



accettazione di un consenso informato, raccoglierà le informazioni utili per la ricerca, inserendoli in un'apposita scheda raccolta dati. Per avere una buona copertura territoriale si prevede di includere un elevato numero di centri in cui è garantita la possibilità di fare l'esperienza del travaglio e/o del parto in acqua. Tale dimensione permetterà di stimare in modo confidente gli esiti materno-fetali.

L'end point primario è costituito dalla valutazione degli esiti materno-fetali favorevoli e/o avversi riguardanti: il dolore in periodo dilatante ed espulsivo (scala nume-

rica), la necessità del ricorso al suo trattamento, la soddisfazione delle donne (scala verbale), la durata del travaglio, lo stato del perineo, l'emoglobina sierica prima e 6 ore dopo il parto, l'Apgar del neonato, il pH dell'arteria ombelicale, la temperatura cutanea del neonato entro 5 minuti dalla nascita, la necessità o meno di rianimazione neonatale e/o del ricovero in Patologia Neonatale o T.I.N. entro 48 ore dalla nascita, l'eventuale morte perinatale, il tasso di infezioni feto-neonatali durante l'immersione in acqua per il travaglio e/o il parto, l'allattamento al seno.

sibile già da diversi anni in molte unità operative, tuttavia, sebbene a un riscontro pratico tale modalità di parto sia associata a benefici sia materni che fetali, a tutt'oggi le evidenze scientifiche a sostegno di questa forma di assistenza non sono molte.

Il nostro progetto

Da questi presupposti nasce l'idea di promuovere uno studio di coorte prospettico multicentrico al fine di valutare gli effetti dell'immersione in acqua nel travaglio e nel parto sugli esiti materno-neonatali e di razionalizzare con dei dati scientifici significativi ciò che emerge dalla nostra comune pratica clinica. La concretizzazione di questa idea di lavoro si è prontamente realizzata grazie all'occasione fornita dal congresso scientifico da me organizzato il 17 ottobre 2009 presso l'Hotel Crowne Plaza di Castellammare di Stabia, dal titolo "Verso l'umanizzazione del parto: nascere con l'acqua", al quale hanno partecipato i massimi esperti nazionali e internazionali di questa modalità di parto e che è stato impreziosito dalla partecipazione di Ibu Robin Lim, personaggio di fama mondiale, vincitrice del premio internazionale per la pace Alexander Langer 2006. Il progetto, che vede come coordinatori oltre il sottoscritto i dottori Albin Thoeni, R. Fraioli ed Enzo Esposito, ha avuto l'investitura ufficiale nel corso dell'assemblea generale Aogoi durante il congresso nazionale di Bari.

Per aderire al Progetto "Nascere con l'acqua"

La ricerca verrà notificata al Comitato Etico Aogoi. Riguardo la pubblicazione dei risultati, verranno preparati uno o più articoli da sottoporre per la pubblicazione a riviste nazionali e internazionali.

Tutti i medici e le ostetriche partecipanti verranno indicati nell'articolo in funzione del ruolo svolto nella conduzione della ricerca. Il reclutamento dei partecipanti potrà concludersi entro la fine del 2010, ma si potrà decidere anche di protrarlo oltre questa data (per ora indicativa). Ogni 3 mesi dall'inizio dello Studio è previsto un controllo dei dati disponibili.

■ Certo di una numerosa partecipazione, peraltro già manifestatasi al lancio del progetto al congresso nazionale di Bari, informo coloro che desiderano partecipare allo studio che la propria adesione può essere comunicata alla segreteria Aogoi o all'indirizzo e-mail già attivo:

progettoacqua@virgilio.it

D.N.Da

Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna



FARMINDUSTRIA

PRESENTAZIONE

Francesca Merzagora

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

Questa seconda edizione del Libro bianco nasce dalla necessità di proseguire l'approfondimento sullo stato di salute della popolazione femminile iniziato con la prima pubblicazione del 2007. La conoscenza dei bisogni di salute e delle necessità di carattere assistenziale delle donne italiane rappresenta ancora una priorità se si vuole promuovere una medicina di genere.

Con l'espressione "medicina di genere" si intende la distinzione in campo medico delle ricerche e delle cure in base al genere di appartenenza, non solo da un punto di vista anatomico, ma anche secondo differenze biologiche, funzionali, culturali e psicologiche. Il termine "sesso", infatti, differenzia solo l'uomo e la donna per le loro caratteristiche biologiche, mentre con "genere" si vuole intendere il genere "uomo" e donna" in base a tutti i fattori che li caratterizzano, fattori biologici, culturali, ambientali e sociali.

La prima attenzione alla salute femminile risale al 1991 negli Stati Uniti quando Bernardine Healy sul New England Journal of Medicine parlò della discriminazione da parte dei cardiologi nella considerazione e nel trattamento della patologia cardiovascolare nelle donne.

In Europa, dal 1998, la Comunità Europea ha incluso all'interno dei programmi di ricerca un invito alle donne a partecipare e a presentare progetti: oggi vi è un settore della ricerca Europea (Science Woman) con un focus sulle donne.

La stessa Oms (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha inserito la medicina di genere nell'Equity Act a testimonianza di come l'equità sia un principio da applicare non solo all'accesso, ma anche all'appropriatezza della cura.

Tra uomo e donna esistono, infatti, significative differenze ri-

Sintesi della seconda edizione del Libro Bianco sulla Salute della Donna

DONNE E SALUTE

Il mosaico italiano

È stato pubblicato il nuovo rapporto di Onda sullo stato di salute delle donne e l'assistenza nelle diverse regioni italiane. Uno spaccato completo, patologia per patologia, con attenzione ai fenomeni sociali e demografici, di cui *Gyneco* offre un'ampia sintesi ai suoi lettori



guardo l'insorgenza, l'andamento e la prognosi di molte malattie. Fino a pochi anni fa la ricerca clinica, in particolare sui farmaci, era ad uso esclusivo della popolazione maschile. Alcune malattie considerate da sempre come caratteristiche degli uomini, come la patologia cardiovascolare e il tumore del polmone, sono, invece, molto diffuse e spesso trascurate o mal curate nel genere femminile. Non molti sanno, ad esempio, che la patologia cardiovascolare è la prima causa di morte per la donna tra i 45 e i 60 anni. Gli organi e gli apparati che sembrano presentare maggiori differenze di genere sono il sistema cardiovascolare, il sistema nervoso e il sistema immunitario.

È indispensabile convincersi che

la medicina di genere è imprescindibile sia nella ricerca che nella clinica medica dal momento che le donne vivono più a lungo, ma si ammalano di più. In questo libro, in particolare, si vogliono affrontare alcune patologie che interessano maggiormente la popolazione femminile, ma di cui raramente si sente parlare: il 9% delle donne soffre di osteoporosi contro l'1% degli uomini. Oggi, in Italia, si stima che vivano con l'osteoporosi circa 3,5 milioni di donne. Così come l'ipertensione e l'ipercolesterolemia, l'osteoporosi è una malattia "silenziosa" che può progredire per diversi anni fino alla diagnosi o finché avviene una frattura. L'osteoporosi colpisce il 33% delle donne tra i 60 e i 70 anni di età, il 66%

di quelle al di sopra degli 80 anni. Nel 2000, in tutto il mondo, l'osteoporosi ha causato 9 milioni di fratture, di cui la gran parte a carico di femore, polso e vertebre. L'osteoporosi e le fratture ad essa conseguenti, in particolare quella del femore, rappresentano un gravissimo problema in Italia e nel mondo. Tale problema è destinato ad aumentare drammaticamente nei prossimi anni a causa del progressivo invecchiamento della popolazione. Per tali ragioni sono necessarie forti azioni di educazione dirette a tutte le fasce di età affinché si adottino un sano stile di vita (alimentazione, attività fisica, fumo) che consenta di prevenire il più possibile l'osteoporosi.

Esistono, poi, malattie autoimmuni che colpiscono prevalentemente il sesso femminile come ad esempio l'artrite reumatoide e questo conferma che ci sono differenze tra il sistema immunitario maschile e femminile. L'artrite reumatoide è una malattia infiammatoria cronica che colpisce in maniera simmetrica le piccole articolazioni delle mani e dei piedi, arrivando col tempo ad interessare anche altre articolazioni (polso, gomiti, ginocchia, caviglie).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità considera l'artrite reumatoide una fra le dieci più gravi malattie che possono affliggere in particolare le donne fra i 35 e i 50 anni. In Italia, ne soffrono circa 400.000 persone con un rapporto tra donne e uomini di 4:1. L'ottica di genere non è ancora pienamente utilizzata per programmare gli interventi di promozione della salute e ancora persistono pregiudizi di genere nello studio dell'eziologia, dei fattori di rischio, nelle dia-

gnosi e nei trattamenti. Viene ancora sottovalutata la salute delle donne all'interno di una ricerca medica che è centrata sull'uomo. La Commissione Europea ribadisce la necessità che quanto prima si promuova una politica in difesa della salute tenendo conto delle diversità di genere ed il Consiglio dell'Unione Europea sollecita una maggiore conoscenza da parte degli operatori sanitari per affrontare le disuguaglianze nella salute e garantire parità di trattamento e di accesso alle cure.

In questa pubblicazione abbiamo dedicato un largo spazio alla salute materno-infantile partendo da alcuni dati allarmanti segnalati dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali: negli ultimi cinque anni il numero di parti effettuati mediante taglio cesareo è aumentato dal 29,9% al 35,2%. In Italia, il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, ha inserito il taglio cesareo tra gli indicatori del "Sistema di Garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" ed è stato stabilito un parametro di riferimento pari al 15-20%. L'aumento così significativo è stato determinato certamente in parte dalla richiesta delle pazienti di essere sottoposte a tale intervento, ma lo studio Istat del 2006 riporta che l'87,7% delle donne preferisce partorire in modo spontaneo. Tale aumento non è, quindi, semplicemente giustificabile da una scelta personale della paziente. Inoltre, è stato osservato un divario significativo tra Nord e Sud e tra istituti pubblici e privati. Nelle strutture che non dispongono di un'adeguata organizzazione per garantire livelli di sicurezza in caso di emergenza durante il parto i sanitari suggeriscono alla donna il parto cesareo. Permane, inoltre, una scarsa informazione sulle indicazioni cliniche al taglio cesareo, sui rischi ad esso legati e sulle possibilità di un parto senza dolore. Nel 2008 l'anestesia epidurale è stata inserita nelle procedure totalmente rimborsate dal Sistema Sanitario Nazionale. Questo, tuttavia, ancora non



è equivalente per tutte le regioni italiane. L'impegno di O.N.Da su questa problematica è quella di indicare alle donne quali sono le strutture sanitarie nelle quali poter usufruire di tali trattamenti attraverso l'attribuzione dei bolli-

ni rosa e la segnalazione di questi ospedali attraverso una pubblicazione annuale. A gennaio 2008 O.N.Da ha promosso a Ginevra, in collaborazione con l'OMS, un incontro coinvolgendo un gruppo di Parlamentari sul tema della salute ripro-

ductiva a seguito del quale sono state presentate, a cura delle Senatrici Bianconi e Boldi, due Mozioni in Parlamento: una sulla necessità di ridurre i cesarei e l'altra sugli aiuti internazionali alla salute riproduttiva. O.N.Da vuole ricordare con questa pub-



Francesca Merzagora

blicazione che il diritto alla salute è anche per le donne un diritto inviolabile e sancito dalla Costituzione. L'informazione corretta, infatti, è il primo passo per affrontare le malattie e migliorare il nostro stato di salute.

PRESENTAZIONE / 2

Laura Bianconi Commissione Igiene e Sanità del Senato

Un Servizio Sanitario Nazionale sempre più al femminile, questo è l'obiettivo che ci dobbiamo impegnare a raggiungere, non solo in termini di particolare e diversa attenzione a quelle che sono le patologie che coinvolgono prevalentemente le donne, ma anche in merito alle donne che si occupano della sanità a tutti i livelli. I dati sulla dirigenza del Ssn fotografano una situazione che vede molte donne in corsia e poche nelle stanze dei bottoni. Le più rilevanti sproporzioni riguardano l'accesso alla professione medica e specificatamente i vertici dei ruoli sanitari. Anche i dati del 2007, ci dicono che il 33% dei medici sono donne, mentre superano il 73% del personale infermieristico. A fronte di un medico donna ogni tre, soltanto una donna su dieci occupa un posto di dirigente medico di struttura complessa (l'ex primario). La stessa proporzione si rileva nell'ambito dei manager delle Aziende Sanitarie. La parità dei sessi inizia ad essere evidente, invece, nella dirigenza sanitaria non medica (farmacisti, biologi, chimici ecc.) dove il rapporto uomo-donna è quasi di uno a uno. I tempi sono ormai maturi e le normative attuali ci aiutano in tal senso, affinché si concretizzi quel processo di parità di genere all'interno del Ssn. L'impegno delle Istituzioni e non solo deve essere quello di intraprendere una serie di misure volte a valorizzare il ruolo della donna medico nel Ssn. Ben venga, in tale ottica, l'indagine conoscitiva che su questo tema ha intenzione di porre in essere il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali con l'obiettivo di

individuare anche le principali cause che determinano le differenze di accesso delle donne ai ruoli apicali del Ssn nonché ad alcune discipline mediche; così come le dinamiche che possono incidere negativamente sul rapporto medico donna/paziente; quelle dei modelli organizzativi delle strutture del Ssn in riferimento alle esigenze delle donne che vi lavorano. Dai dati forniti dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali si evidenzia come, nel 2007, su un totale di 9.638 "primari" le donne sono 1.184, con una percentuale sostanzialmente stabile per tutto il periodo che va dal 2005-2007, pari circa all'11-12%. La stessa proporzione di circa uno a dieci si rileva nell'ambito dei manager delle Aziende Sanitarie dove nel 2007 i direttori generali sono complessivamente 941 di cui 132 donne, cioè il 14% (erano 133 nel 2006 e 113 nel 2005). La situazione migliora leggermente nelle posizioni dirigenziali intermedie, per esempio nel 2007 i camici rosa a capo di strutture semplici erano quasi 4.900 su un totale di oltre 18mila dirigenti e sono la metà circa del totale dei dirigenti medici con incarichi professionali diversi dalla direzione di un dipartimento o di un reparto, circa 30mila su più di 76mila dirigenti. Questi alcuni dei dati che nei prossimi mesi verranno meglio esplicitati dall'indagine del Ministero, ma che sono sufficienti per farci capire quanto ancora il cammino sia lungo perché anche in ambito sanitario la donna possa ottenere gli spazi che merita.

Un piccolo, ma significativo passo in avanti ritengo che sia stato fatto sulla maggiore attenzione da dedicare alle patologie femminili, in particolare a quelle la cui incidenza sul corpo della donna non era molto conosciuta, penso all'endometriosi, ma anche al problema del tabagismo o dell'alcol. Pur riconoscendo che non esistono, in Italia, situazioni di palese discriminazione vi è, co-



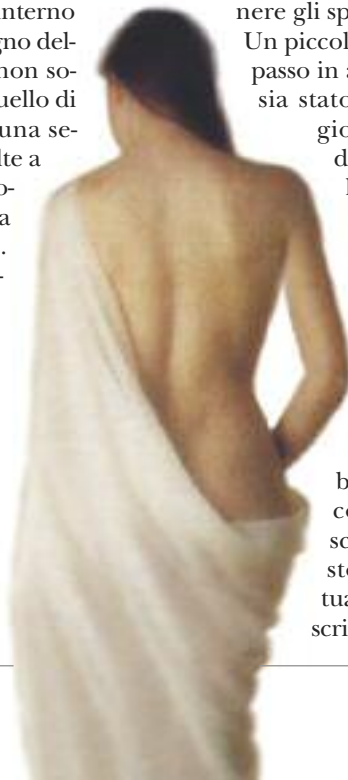
munque, una molteplicità di fattori che determinano uno stato di sostanziale svantaggio delle donne in tema di tutela alla salute. La donna ha bisogno di un'assistenza sanitaria specifica e per fare questo non sono più sufficienti spazi settoriali mirati al sostegno delle necessità sanitarie specifiche del mondo femminile. Con questo voglio rimarcare quanto in tale ambito sia necessaria una medicina ed un'assistenza sanitaria più attenta alle esigenze di genere, non solo per quanto riguarda il modo diverso di concepire la salute della donna nell'universo dell'assistenza sanitaria, ma anche un diverso modo di interpretare e valutare la programmazione e la produzione normativa in ambito sanitario. Ecco perché tutta la programmazione sanitaria nazionale deve aprire sempre nuovi spazi di attenzione alle patologie femminili istituendo, dove lo si ritenga opportuno, figure specialistiche di genere, penso ad esempio al medico senologo. Una nuova cultura di programmazione sanitaria deve saper cogliere le diverse specificità dell'universo femminile, predisponendo una risposta assistenziale più adeguata e che tenga conto dei molteplici fattori presenti nelle diverse zone territoriali. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, da anni, ha lanciato un allarme

denunciando che le donne risultano essere sempre più svantaggiate rispetto agli uomini per quanto riguarda la loro salute, questo perché troppo spesso non si tiene conto del fatto che appartenere ad un sesso piuttosto che all'altro influenza la salute e la percezione stessa del giusto stato di benessere della persona. L'approccio culturale alla salute vista in un'ottica di genere deve partire in primis dalle donne stesse. Per questo mi complimento ancora una volta con O.N.Da per la costante attenzione con cui manda questo messaggio a tutte, ricordandoci con puntuali aggiornamenti, come fa con questo Libro, i progressi in ambito scientifico e le cure di tante patologie al fem-

minile. Eppure, la ricerca medica risulta ancora pesantemente condizionata dal genere, quello maschile naturalmente! Basta guardare agli argomenti scelti, i metodi utilizzati e la successiva analisi dei dati, riflettono tutti una prospettiva maschile in più ambiti. Molti ricercatori hanno ignorato le possibili differenze tra i sessi per quanto riguarda gli indicatori diagnostici, i sintomi, le prognosi e l'efficacia relativa di trattamenti differenti nei casi in cui le stesse malattie colpiscono uomini e donne. In conclusione, le donne sono più esposte ad alcune patologie, per le quali sono curate con grande attenzione ma, molto spesso, con farmaci non sperimentati direttamente su di loro. Adottare in campo medico in Italia, nell'ambito degli studi universitari, in particolare nella Facoltà di Medicina e Chirurgia, una "medicina di genere" adesso non sembra più così lontano grazie anche ad una mozione da me presentata in cui il Governo già nel 2008 si è impegnato ad istituire, alla stregua di quanto è stato fatto in America e in Svizzera, un corso di specializzazione in medicina di genere da affiancare alle numerose specializzazioni già esistenti per chi, dopo la laurea in Medicina e Chirurgia, voglia approfondire nell'ottica di genere le proprie conoscenze mediche.



Laura Bianconi



L'ottica di genere non è ancora pienamente utilizzata per programmare gli interventi di promozione della salute e ancora persistono pregiudizi di genere nello studio dell'eziologia, dei fattori di rischio, nelle diagnosi e nei trattamenti



PRESENTAZIONE / 3

Dorina Bianchi
Commissione
Igiene e Sanità del Senato

Salutiamo questa seconda edizione del Libro bianco dedicato alla salute della donna che presenta una disamina della situazione demografica della popolazione femminile italiana, dei suoi bisogni di salute e dell'assistenza sanitaria. Quando si parla di donne e salute normalmente si pensa, in termini circoscritti, ai problemi tipicamente femminili, legati a specifiche parti del corpo (seno, apparato riproduttivo) o a particolari momenti della vita di una donna (parto, aborto, menopausa).

In una prospettiva più ampia si è portati a considerare le problematiche della "cura", cioè tutto quel lavoro di assistenza, non retribuito e, molte volte, neppure riconosciuto, che le donne svolgono nell'ambito familiare per i figli, ma anche per i genitori o parenti anziani, a volte con problemi di handicap. In un senso ancora più lato, infine, si arriva a condividere una serie di considerazioni in merito all'ingresso sempre più massiccio delle donne nelle professioni legate alla sanità, raggiungendo po-

sizioni da secoli riservate, per cultura e tradizione, all'universo maschile. Fatte salve queste considerazioni il valore documentale del libro è racchiuso nelle voci di cui tratta che vanno dai fattori di rischio e stili di vita, ai tumori, alla prevenzione, alle malattie cardiovascolari, metaboliche e infettive, per non tralasciare i capitoli dedicati alla salute mentale e alla salute materno-infantile. Non di scarso rilievo anche l'analisi sull'accesso ai Servizi Sanitari (assistenza territoriale, farmaceutica ed ospedaliera) e sulle disuguaglianze sociali nelle condizioni di salute, negli stili di vita e nell'uso dei servizi sanitari. Questo Libro bianco, promosso dall'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, segue quello edito nel 2007 e si presenta come valido contributo alla conoscenza delle problematiche legate alla salute della donna. Da anni sosteniamo che la salute della donna è uno dei primi indicatori del benessere dell'intera società e che la sua promozione è un tema che non può rimanere circoscritto solo alle politiche sanitarie, ma riguarda più in generale gli aspetti politici e culturali di un Paese. Il riconoscimento del pieno diritto alla salute della donna non fa altro che rafforzare e promuovere la tutela di tutti gli altri diritti, sociali, civili, politici. È pur vero che persistono ancora tra Nord e Sud, e non solo, differenze nelle strutture sanitarie, nell'approccio alla medicalizzazione, nel "sentire" l'accoglienza, soprattutto per le straniere, nel gestire la malattia delle donne anziane, nell'educazione ad una sessualità responsabile, nella prevenzione delle



Dorina Bianchi

malattie da lavoro e nel designare una nuova sanità solidale. Ma è per tutto ciò ed a maggior ragione che serve, soprattutto oggi, al fine di promuovere efficacemente la salute delle donne attivare politiche, risorse, servizi, professionalità, ma anche costruire socialità, favorire mutamenti nel tessuto sociale delle relazioni, nella prassi sociale della solidarietà, della reciprocità, della libertà e della responsabilità tra le donne e gli uomini. Per una parità di genere, per un eguale peso dei ruoli sociali e familiari e per una nuova qualità delle relazioni.

A conclusione e guardandoci intorno, quello che mi sento di affermare con certezza è che le donne sono sempre più longeve, attente non solo alle loro condizioni fisiche, ma a quella di tutti i componenti della loro famiglia, tanto che secondo recenti indagini risulta che ad ogni età, in qualsiasi condizione sociale, le donne sono più attive e sensibili a questo tema, fanno più prevenzione degli uomini, interagiscono con il medico e seguono con interesse rubriche giornalistiche sulla salute. Intendono la salute sempre meno come una malattia versus una guarigione, ma come promozione del benessere, ponendo l'accento sulla soggettività dell'individuo nel suo complesso, quale insieme di genetica - ambiente - educazione - affetti, persona e sistema di relazione, predeterminazione e libera scelta. In questa prospettiva, ossia considerando l'individuo come unità nei suoi aspetti psicologici e sociali, il concetto di malattia non risulta più circoscritto all'esistenza di un malesere, ma si trasforma nel perduto benessere di una esistenza.

Le donne di oggi perseguono uno stile di vita qualitativamente migliore, in piena sintonia con le proprie aspirazioni più profonde, permettendosi, quindi, di raggiungere un equilibrio interiore che si traduce in uno stato di benessere psichico e relazionale nel quale la malattia non trova spazi ove svilupparsi o incontra il terreno più adatto per essere combattuta e sconfitta. Si è davanti ad una visione del benessere globale, intesa come armonia tra corpo e mente, emozioni e spirito che è sicuramente congeniale, da sempre, al modo di essere femminile.



PRESENTAZIONE / 4

Sergio Dompé
Presidente Farminindustria

La promessa di O.N.Da di alternare il Libro bianco e il Libro verde sulla salute della donna per proporre un quadro sempre aggiornato e offrire proposte concrete è stata mantenuta. È con piacere, quindi, che anche quest'anno Farminindustria rinnova la collaborazione alla seconda edizione del Libro bianco. Un mosaico sulle patologie che minacciano l'emisfero rosa, ma anche una panoramica sull'articolazione dell'assistenza sanitaria fra le varie regioni italiane. Ancora oggi, infatti, nonostante i traguardi raggiunti nella vita privata, ma anche e soprattutto in quella pubblica, realizzare un volume sulle peculiarità del mondo femminile ha un grande valore. Sti-



Sergio Dompé

li di vita mutevoli, nel corso degli anni, impongono una riflessione attenta. Per troppo tempo si è guardato alle malattie della popolazione senza fare una distinzione tra i due sessi per quanto riguarda terapia, prevenzione, ricerca e sviluppo. Il modo in cui uomini e donne si pongono rispetto alla salute dipende, infatti, anche dai comportamenti sociali e dalla cultura in cui sono cresciuti e vivono.

I progressi scientifici hanno sdoganato queste disuguaglianze. Continuare a investire è quindi vitale anche per le imprese del farmaco che, insieme a Medici, Istituzioni e Centri di eccellenza, sono in corsa per dare risposte adeguate attraverso un impegno ancora maggiore nella ricerca di genere. In trent'anni molto è cambiato e l'industria farmaceutica ha saputo adeguarsi. Sono sempre più i farmaci mirati alle donne, in particolare nella cura del diabete e delle patologie tumorali, muscolo-scheletriche, ginecologiche e autoimmuni.

Aumentare l'efficienza della ricerca nelle Scienze della Vita è, quindi, fondamentale, anche attraverso il superamento dell'Evidence Based Medicine, per offrire prodotti sempre più personalizzati e rispondere alle nuove possibilità di diagnosi e prevenzione. E il Libro bianco fa proprie queste evidenze ricomponendole in un mosaico armonioso. Tanti piccoli tasselli "rosa" e un unico risultato: la donna con le sue innumerevoli sfaccettature.



Max Ernst
La vestizione della sposa, particolare

Aspetti demografici

Le donne italiane rimangono donne poco prolifiche: da alcuni decenni il Tasso di Fecondità Totale si attesta intorno a valori estremamente bassi (1,350 figli per donna) e inferiori al livello di sostituzione (2 figli per donna) che garantirebbe il ricambio generazionale. Dal 2000 al 2006, c'è stata comunque una lieve ripresa soprattutto nelle regioni del Centro-Nord. Il valore più elevato si registra in Trentino-Alto Adige (1,537), mentre il più

basso in Sardegna (1,064). L'età media delle madri al parto è pari a 31 anni, mentre l'aumento più significativo si è avuto sulla quota di nati da madri straniere (da 6,4% nel 2000 a 13,5% nel 2006). Le donne vivono più a lungo degli uomini e la distribuzione della popolazione anziana non è uniforme nel nostro paese: la regione che risulta più "vecchia" è la Liguria, mentre la più "giovane" è la Campania. Dal 2004 ad oggi gli uomini rispetto alle donne hanno avuto un aumento più veloce della speranza di vita alla nascita guada-

gnando 0,5 anni mentre le donne hanno guadagnato solo 0,1 anni (da 83,7 anni nel 2004 a 83,8 nel 2007). Le stime del 2006, per quanto riguarda le principali cause di morte analizzate (tumori, malattie sistema circolatorio, malattie apparato respiratorio, malattie apparato digerente e cause violente), risultano in linea con i trend attesi e cioè una generale diminuzione sia tra gli uomini che tra le donne. Per gli uomini i valori più elevati di mortalità si registrano per i tumori in Lombardia (44,93), per le malattie del sistema circolatorio in

Campania (49,37), per le malattie dell'apparato respiratorio e per le cause violente in Valle d'Aosta (rispettivamente 12,80 e 11,27) e per le malattie dell'apparato digerente in Molise (6,14). Per le donne, invece, i valori più elevati di mortalità si registrano per i tumori in Valle d'Aosta (23,70), per le malattie del sistema circolatorio e dell'apparato digerente in Campania (rispettivamente 37,00 e 3,72), per le malattie dell'apparato respiratorio in Piemonte (4,30) e per le cause violente in Abruzzo (3,28).

Malattie cardiovascolari

Non essendo presenti sostanziali modifiche rispetto ai dati presentati nel 2007 in questa edizione è stato deciso di non presentare alcun aggiornamento su questa patologia.

Speranza di vita alla nascita per regione e sesso - 2004-2007

Regioni	Maschi				Femmine			
	2004	2005	2006*	2007*	2004	2005	2006*	2007*
Piemonte e Valle d'Aosta	77,6	78,0	77,9	78,1	83,6	83,5	83,6	83,8
Lombardia	77,9	78,1	78,3	78,7	84,1	84,0	84,1	84,2
Trentino-Alto Adige	78,0	78,5	78,5	78,9	84,4	84,5	84,6	84,7
Basilicata-Romagna	78,7	78,7	78,8	79,7	84,5	84,4	84,5	84,8
Treviso	77,9	78,3	78,3	78,8	84,5	84,8	84,7	84,8
Veneto	78,1	78,4	78,6	78,6	84,5	84,5	84,7	84,4
Friuli-Venezia Giulia	77,7	77,8	78,1	78,7	83,5	83,7	83,8	83,9
Liguria	78,0	78,0	78,1	78,2	83,8	83,8	83,6	83,8
Emilia-Romagna	78,5	78,7	78,7	78,8	84,1	84,1	84,2	84,0
Toscana	78,8	78,9	79,0	79,1	84,4	84,2	84,5	84,3
Umbria	78,7	78,4	79,0	79,1	84,3	84,0	84,3	84,4
Marche	79,0	79,4	79,2	79,3	84,7	85,0	84,8	84,9
Lazio	77,4	77,9	78,2	78,4	82,9	83,1	83,6	83,8
Abruzzo e Molise	77,8	78,2	78,4	78,6	84,2	84,2	84,3	84,3
Campania	76,5	76,4	76,9	77,0	82,1	82,1	82,6	82,4
Puglia	78,6	78,6	78,8	78,6	83,8	83,5	83,9	83,5
Basilicata	77,9	78,0	78,0	78,4	83,0	83,2	83,5	83,5
Calabria	78,2	78,1	78,5	78,5	83,3	83,2	84,0	83,7
Sicilia	77,8	77,7	78,1	77,8	82,6	82,6	82,9	82,6
Sardegna	77,6	77,6	73,8	78,1	84,0	83,9	84,5	84,2
Italia	77,9	78,1	78,3	78,4	83,7	83,7	83,9	83,8

* Dati provvisori.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservatore 2008 - Di Feola, Spizzichino, Ferra, Papageorgio, Egidi - Elaborazioni su dati Istat disponibili nel sito www.istat.it. Anno 2008.

Tassi standardizzati di mortalità per tutte le cause (per 10.000) oltre l'anno di vita per regione e sesso - 2001-2006

Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006*	2001	2002	2003	2004	2005	2006*
	Maschi						Femmine					
Piemonte	134,60	131,30	135,50	122,25	123,29	118,92	81,04	79,69	82,85	72,21	75,34	71,88
Valle d'Aosta-Valle d'Aoste	144,70	143,60	138,50	125,64	136,98	119,48	81,77	82,81	79,45	73,35	73,67	70,77
Lombardia	131,80	130,50	131,50	120,35	130,48	117,28	76,54	75,11	76,28	88,24	70,28	67,91
Trentino-Alto Adige	129,10	124,80	128,30	119,81	115,68	114,24	68,55	68,62	72,98	67,39	66,05	64,37
Basilicata-Romagna	122,30	123,80	129,50	121,49	114,99	115,63	72,09	72,65	76,79	76,67	69,17	63,04
Treviso	134,90	125,90	128,80	118,58	116,39	112,92	69,45	68,93	70,39	64,43	63,99	61,60
Veneto	177,00	178,30	176,10	119,05	118,11	111,29	71,86	70,89	72,90	66,52	67,18	63,32
Friuli-Venezia Giulia	135,60	132,50	138,10	124,65	122,89	114,14	76,49	76,53	77,23	73,75	71,60	67,82
Liguria	134,00	126,50	127,50	120,30	120,39	116,62	78,57	76,68	62,31	89,87	71,91	70,80
Emilia-Romagna	124,70	123,70	125,30	114,46	113,54	112,28	74,84	72,64	75,55	68,58	69,28	67,94
Toscana	124,40	122,10	123,10	112,85	115,28	110,87	74,00	73,05	76,11	67,40	68,80	65,54
Umbria	126,00	122,40	124,30	112,59	120,60	111,41	74,49	73,12	72,05	67,12	70,44	68,86
Marche	115,80	111,80	118,40	118,58	107,00	106,05	68,73	67,49	62,31	63,88	64,23	62,68
Lazio	133,40	129,40	134,00	123,32	122,57	118,05	83,34	81,82	85,76	76,92	77,65	75,11
Abruzzo e Molise	121,00	121,50	124,10	117,18	116,22	109,38	71,00	72,80	76,09	88,05	68,97	64,73
Campania	122,70	115,10	116,00	119,10	122,34	115,38	73,14	72,65	75,02	70,65	69,82	69,32
Puglia	141,60	139,00	141,30	128,59	131,61	125,76	91,26	89,08	91,36	81,61	84,45	79,36
Basilicata	122,40	119,00	124,30	111,58	113,55	110,83	78,57	77,28	79,98	70,80	72,83	71,55
Calabria	122,40	119,00	119,10	112,28	116,03	111,25	73,62	72,66	74,04	72,85	75,13	69,70
Sicilia	115,00	116,70	118,00	110,02	113,93	108,77	81,25	76,24	79,85	71,67	74,60	69,05
Sardegna	127,70	125,10	124,10	118,84	120,68	118,89	88,68	86,00	89,05	79,31	80,80	79,00
Italia	129,80	124,10	127,30	116,09	117,69	112,38	78,75	76,18	78,88	69,70	70,87	67,10
Italia	129,40	127,80	129,50	118,52	119,36	115,39	78,47	77,05	79,97	71,29	72,86	69,87

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione censuaria italiana del 2001.

* Dati provvisori.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservatore 2008 - Di Feola, Spizzichino, Ferra, Papageorgio, Egidi - Istat, Indagine "Mortalità per cause". Anno 2006.

Mortalità per Alzheimer

In considerazione della diffusione sempre maggiore di questa malattia il Libro bianco 2009 ha voluto introdurre questa problematica all'interno dell'analisi delle cause di morte.

La malattia di Alzheimer rappresenta circa il 50-70% dei casi di demenza dell'adulto e seppur presenti una lenta evoluzione è una importante causa di morte, con un rischio di morte del 4,9% rispetto alla popolazione che non ne è affetta. In Europa colpisce circa il 4,4 %

dei soggetti di 65 anni e oltre, con una maggiore prevalenza all'aumentare dell'età e delle donne rispetto agli uomini. I decessi a livello regionale nei trienni considerati mostrano che il fenomeno è in aumento con una predominanza di casi femminili in tutte le regioni. Questo è determinato certamente dall'invecchiamento della popolazione, ma anche dal miglioramento delle possibilità diagnostiche e al cambiamento delle pratiche di certificazioni da parte della classe medica. Un altro aspetto importante affrontato in questa pubblicazione è il tema della disabilità. A livello nazionale la differenza tra persone con disabilità e persone non disabili è molto netta: il 17,5% dei disabili è occupato in attività lavorativa, mentre il valore dei non disabili è pari al 59,6%.

Tale differenza si accentua notevolmente analizzando il tasso di occupazione delle donne disabili rispetto agli uomini disabili (11,7% vs 23,7%).

Tumori: incidenza e mortalità

Il Libro bianco evidenzia che l'incidenza delle malattie tumorali sta aumentando notevolmente nelle regioni del Sud. Infatti negli anni '70 si registravano livelli di incidenza più bassi al sud rispetto al resto del Paese, mentre è previsto che nel 2010 raggiungano i valori del Nord per tutti i tipi di tumore.

Gli uomini presentano, rispetto all'inizio del periodo considerato, un rischio minore di contrarre un tumore del polmone o dello stomaco mentre aumenta il rischio per il tumore del colon-retto. Per le donne il rischio è in crescita per tutti i tipi di tumore, ad eccezione del tumore allo stomaco. Sta invece aumentando la differenza di incidenza del tumore della mammella tra Nord e Sud.

L'analisi della mortalità è un punto cardine del lavoro epi-

demiologico e rappresenta un indicatore globale della salute.

La mortalità per tumore in Italia rappresenta il 30% del totale dei decessi. Il dato più rassicurante è la riduzione della mortalità per tutti i tipi di tumore ad eccezione del tumore della trachea-bronchi e dei polmoni nelle donne. Analizzando nello specifico alcuni tumori maligni emerge che il tasso maggiore per il tumore allo stomaco negli uomini si registra in Friuli-Venezia Giulia (3,87 per 10.000), per il tumore colon-retto-ano in Valle d'Aosta (6,56) e per il tumore trachea-bronchi e polmoni in Lombardia (12,20). I valori inferiori si registrano, invece, in Molise (1,37), in Puglia (2,83) e in Umbria (6,91) rispettivamente per tumore allo stomaco, colon-retto-ano e trachea-bronchi e polmoni.

Per le donne i valori più elevati si registrano per il tumore allo stomaco in Lombardia (1,51 per 10.000), per il tumore colon-retto-ano in Valle

Tassi standardizzati di mortalità (per 100.000) per Malattia di Alzheimer nella classe di 65 anni ed oltre per sesso - 1985-2003*



Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione censuaria italiana del 2001.

* Il dato del 2003 è stato codificato secondo la ICD-10 Revisione.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat, Indagine "Mortalità per cause". Anno 2008.

Fattori di rischio per la salute

Il fumo, l'abuso di alcolici e il sovrappeso si confermano anche quest'anno essere alcuni fattori di rischio importanti per la salute femminile. Il fumo di tabacco rappresenta la "prima causa di morte facilmente evitabile" secondo i dati diffusi dall'OMS. Nonostante le campagne di pubblicizzazione contro il fumo e il progressivo ma continuo decremento del

consumo di tabacco, il fumo rimane un'abitudine ancora sempre diffusa e sempre rilevante. Il 16,63% della popolazione femminile sopra i 15 anni fuma sigarette contro il 28,59% degli uomini. Per quanto riguarda poi la distribuzione geografica i valori più alti si registrano per le donne in Liguria ed Emilia Romagna mentre per gli uomini in Campania e nel Lazio. L'abuso di alcol oltre a provocare dannosi squilibri nutritivi e seri rischi di malnutrizione, può creare problemi di dipendenza e di tossicità. I maggiori consu-

matori "giovani" maschi tra gli 11 e i 65 anni si trovano nella PA di Bolzano mentre la popolazione maschile over 65 con il più alto consumo di alcolici è in Molise. La popolazione femminile con il maggior consumo sopra i 65 anni è quella veneta. La Sicilia è invece la regione con il minor consumo di alcolici in entrambi i sessi. Sia l'obesità che il sovrappeso sono importanti fattori di rischio da considerare non come una malattia del singolo individuo ma come il risultato di tanti fattori ambientali e socio-economici che condizio-

nano fortemente le abitudini alimentari e gli stili di vita. Poco più della metà della popolazione italiana ha un peso normale: le regioni del Sud presentano la prevalenza più alta di persone obese rispetto alle regioni settentrionali, anche se rispetto ai

dati riportati nella prima edizione del Libro bianco, si osserva una tendenza all'aumento anche per le regioni del Nord. Gli uomini inoltre risultano maggiormente in sovrappeso (43,8%) rispetto alla popolazione femminile (26,8%).

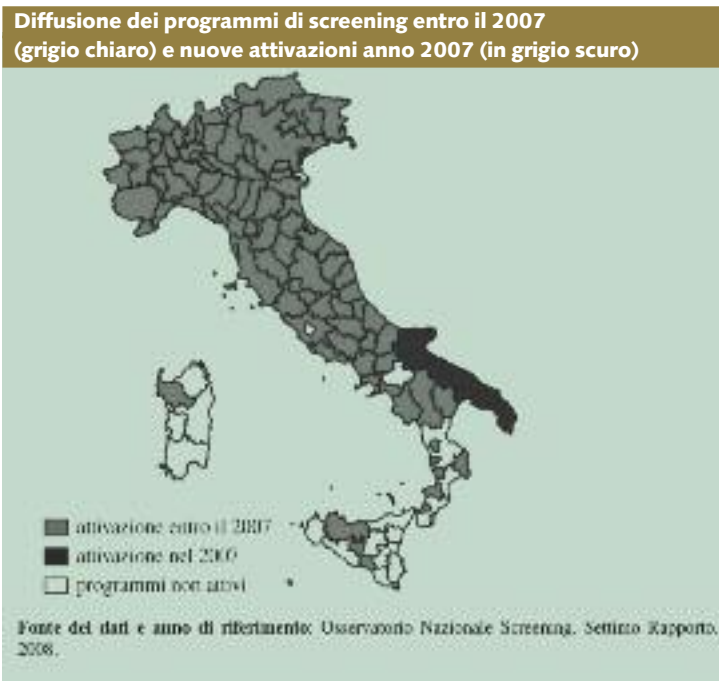


Prevalenza di fumatori di 15 anni ed oltre (per 100) per regione e sesso - 2007		
Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	26,97	18,29
Vallée d'Aoste-Vallée d'Aoste	22,49	17,90
Lombardia	26,79	17,55
Trentino-Alto Adige	25,68	15,87
Bolzano-Bolzano	25,61	16,39
Trento	25,69	15,48
Veneto	24,16	14,33
Friuli-Venezia Giulia	25,57	17,08
Liguria	28,61	19,68
Emilia-Romagna	24,59	19,39
Toscana	27,68	19,15
Umbria	26,62	19,23
Marche	28,12	17,51
Lazio	33,29	16,79
Abruzzo	27,12	15,56
Molise	26,90	14,84
Campania	35,11	18,73
Puglia	31,35	11,35
Basilicata	32,96	14,41
Calabria	26,80	8,17
Sicilia	31,72	14,84
Sardegna	25,79	17,33
Italia	28,59	16,63

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat, Health For All Italia, Dicembre 2008.

Prevalenza di persone di 18 anni ed oltre (per 100) obese ed in sovrappeso per regione e sesso - 2007				
Regioni	Persone obese		Persone in sovrappeso	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte	10,13	7,31	41,00	35,91
Vallée d'Aoste-Vallée d'Aoste	11,61	8,64	41,41	28,56
Lombardia	10,50	7,50	41,48	34,00
Trentino-Alto Adige	9,82	9,81	42,66	24,09
Bolzano-Bolzano	8,66	7,37	47,69	24,02
Trento	10,49	11,13	43,98	22,87
Veneto	10,42	8,29	41,90	27,72
Friuli-Venezia Giulia	10,96	8,52	45,37	24,19
Liguria	10,29	9,18	41,90	23,49
Emilia-Romagna	13,59	9,95	43,57	37,95
Toscana	10,17	8,89	44,18	24,44
Umbria	13,83	10,13	43,73	25,52
Marche	12,82	11,21	42,09	26,57
Lazio	8,39	8,14	45,95	27,92
Abruzzo	13,11	12,17	46,09	29,14
Molise	13,06	13,98	47,10	30,68
Campania	11,04	12,82	49,34	35,10
Puglia	13,97	11,08	47,35	33,40
Basilicata	13,14	13,78	47,48	28,96
Calabria	11,87	9,82	46,07	30,38
Sicilia	13,76	11,15	50,67	33,59
Sardegna	9,70	9,82	43,35	23,29
Italia	11,08	9,43	44,69	28,59

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat, Health For All Italia, Dicembre 2008.



d'Aosta (3,29), per il tumore trachea-bronchi e polmoni nel Lazio (2,74) e per il tumore alla mammella (Tab. 3) in Piemonte (3,81). I valori più bassi si osservano per il tumore dello stomaco in Puglia (0,73), per colon-retto-ano in Abruzzo

(1,62), per trachea-bronchi e polmoni in Molise (0,51) e per la mammella in Basilicata (2,05) Nonostante la riduzione della mortalità per tumore, l'incidenza e la prevalenza (numero di persone in vita che hanno avuto diagnosi di tumore) con-

tinuano ad aumentare. Sicuramente una quota rilevante di tale aumento è spiegata dall'esistenza dei programmi di screening e del progressivo e crescente invecchiamento della popolazione.

Prevenzione

Lo screening oncologico per alcuni tipi di tumore ha sensibilmente cambiato il tipo di trattamento e l'evoluzione di molte malattie. In particolare in questa edizione vengono considerati i programmi di prevenzione per il tumore al seno, all'utero-cervice uterina e al colon-retto.

Tumore della mammella

In Italia, l'estensione dei programmi di screening mammografico è aumentata di molto rispetto al 2000. Le regioni del Nord presentano come sempre un'estensione maggiore rispetto alle regioni del centro e ancora di più rispetto a quelle del Sud. Per quest'ultima area territoriale i valori si attestano attorno al 28% contro il 62% to-

Tassi standardizzati di mortalità (per 10.000) oltre l'anno di vita per regione e tumori maligni della mammella delle donne - 2001-2003, 2006					
Regioni	Tumori m. mammella				2006**
	2001	2002	2003		
			ICD-9*	ICD-10	
Piemonte	4,06	3,70	3,96	3,95	3,81
Vallée d'Aoste-Vallée d'Aoste	1,41	1,63	1,37	1,31	1,58
Lombardia	4,21	4,11	4,13	4,12	3,67
Trentino-Alto Adige	3,87	3,75	3,65	3,64	3,16
Bolzano-Bolzano	4,43	3,56	3,59	3,63	3,63
Trento	3,93	3,94	3,69	3,68	2,33
Veneto	3,61	3,42	3,39	3,38	3,24
Friuli-Venezia Giulia	4,25	4,28	4,00	3,99	3,35
Liguria	4,10	3,67	3,82	3,91	3,61
Emilia-Romagna	3,76	3,53	3,44	3,43	3,60
Toscana	3,24	3,13	3,15	3,14	3,15
Umbria	2,9*	3,36	2,57	2,56	3,10
Marche	3,04	2,96	2,65	2,84	3,14
Lazio	3,73	3,69	3,38	3,37	3,34
Abruzzo	2,73	2,81	2,80	2,60	2,85
Molise	2,79	1,85	2,38	2,37	2,61
Campania	3,2*	3,18	3,22	3,21	2,91
Puglia	3,36	3,22	3,30	3,29	2,89
Basilicata	1,81	2,65	2,47	2,46	2,05
Calabria	2,61	2,88	2,48	2,41	2,38
Sicilia	3,24	3,13	3,34	3,34	3,23
Sardegna	3,89	3,50	3,38	3,37	3,20
Italia	3,60	3,48	3,47	3,46	3,28

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione censuaria italiana del 2001.
* Calcolato con i Coefficienti di Riscatto tra ICD-9 e ICD-10 (Istat-ICD-10/ICD-9).
** Dati promossi.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservatorio 2008 - Di Italia, Scrittura, Gine, Pappalardo, Igini - Istat, Indagine "Mortalità per causa", Anno 2006.

tale. Il divario tra Nord e Sud è dovuto soprattutto a problemi organizzativi e gestionali: Sicilia, Calabria e Sardegna non

hanno ancora attivato programmi di screening mammografici, mentre in Puglia sono stati attivati di recente.



Gino Severini
Maternità, particolare

Tumore del collo dell'utero

Il tumore del collo dell'utero è al secondo posto tra i tumori che colpiscono le donne. Lo screening citologico per tale tumore permette una diagnosi precoce della malattia e consente di avviare un tempestivo trattamento terapeutico con vantaggi in termini di riduzione di mortalità, aumento della

sopravvivenza, accettabilità della cura (chirurgia conservativa) e qualità della vita. Anche in questo caso, la discussione in letteratura sull'efficacia della diagnosi precoce, è stata molto discussa.

In Italia, la popolazione obiettivo femminile dei programmi di screening è quella in età 25-64 anni. Recenti Linee Guida europee, riprese successiva-

mente dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali due anni fa, prevedono inviti personali alle donne di età tra 25 e 64 anni per eseguire una citologia ogni tre anni, la presenza di un sistema di monitoraggio ed attività di valutazione della qualità per ogni fase del programma. Nel 2007, a livello nazionale, è stato invi-

tato il 25,58% della popolazione obiettivo e nel 2006 il 25,32%.

Tumore del colon-retto

Attualmente non esistono ancora evidenze scientifiche della validità di test diagnostici per la diagnosi precoce del carcinoma colon-rettale. In particolare poi i programmi di screening preve-

dono esami di tipo diverso: la maggior parte utilizza il test del sangue occulto nelle feci ogni 2 anni, altri la rettosigmoidoscopia e altri ancora una combinazione dei due test. Rispetto al 2004 i programmi di screening per questa malattia sono aumentati da 18 a 72 con sempre una maggior rappresentazione nel Nord Italia (Veneto, Lombardia, Toscana, Emilia Romagna).

Mortalità per suicidio

Il tasso di mortalità per suicidio e autolesione viene utilizzato per valutare in modo indiretto lo stato di salute mentale nella popolazione poiché si stima che tra i suoi principali determinanti vi sia la presenza di disturbi mentali, cui è associato

un rischio di suicidio maggiore rispetto ad altre patologie. L'Italia si colloca tra i Paesi Europei con i più bassi livelli di mortalità per suicidio. Tra il 1993 e il 2003 per entrambi i sessi si evidenzia un trend in diminuzione. In generale, si può notare come gli uomini mostrino una predisposizione maggiore rispetto alle donne.

Diffusione dei programmi di screening entro il 2007 (grigio chiaro) e nuove attivazioni anno 2007 (in grigio scuro)

Regioni	Maschi		Femmine	
	1993	2003	1993	2003
Piemonte	1,75	1,50	0,48	0,43
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2,25	2,47	0,44	1,00
Lombardia	1,48	1,06	0,47	0,33
Trentino-Alto Adige*	1,68	1,07	0,36	0,03
Veneto	1,41	1,03	0,46	0,32
Friuli-Venezia Giulia	2,01	1,21	0,52	0,40
Liguria	1,44	0,57	0,47	0,14
Emilia-Romagna	1,09	1,40	0,60	0,07
Toscana	1,32	1,08	0,41	0,33
Umbria	2,17	1,50	0,42	0,32
Marche	1,56	1,66	0,41	0,29
Lazio	1,21	0,35	0,35	0,30
Abruzzo	1,28	1,12	0,35	0,32
Molise	1,14	0,98	0,26	0,20
Campania	0,86	0,03	0,26	0,10
Puglia	1,16	0,88	0,26	0,21
Basilicata	1,24	1,21	0,38	0,27
Calabria	0,92	0,80	0,22	0,20
Sardegna	1,09	1,15	0,37	0,21
Sardegna	2,22	2,16	0,39	0,44
Italia	1,45	1,13	0,41	0,30

* I dati disaggregati per le PS di Bolzano e Trento non sono disponibili

Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Demografico 2006 - Angeli, Morzilli - Istat, Health For All Italia, Giugno 2006



Malattie infettive Epatite virale B

L'epatite virale è una malattia infettiva presente in tutto il mondo ed è causata da virus diversi per caratteristiche biologiche e modalità di trasmissione. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) valuta che circa 400 milioni di persone (un terzo della popolazione mondiale) siano attualmente portatori di epatite B (HBV). Le stime dell'OMS suggeriscono che l'Epatite B provoca 1-2 milioni di morti ogni anno nel mondo e circa 22.000 nella sola Unione Europea.

In Italia, l'epatite B rimane un rilevante problema sanitario e di gestione della sanità pubblica, nonostante la disponibilità di vaccini efficaci e sicuri e nonostante il costante decremento dell'incidenza dell'ultimo tren-

tennio. Nel periodo 1996-2005, il tasso standardizzato di incidenza si è più che dimezzato passando da 1,97 a 0,81 (per 100.000) casi per le donne da 5,97 a 2,78 (per 100.000) casi per gli uomini.

Tubercolosi

Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la tubercolosi (TB) è la malattia infettiva più diffusa nel mondo: ogni anno si verificano circa 9 milioni di nuovi casi di infezione e approssimativamente 2 milioni di persone muoiono a causa dell'infezione. La malattia è tuttora molto frequente nei Paesi non industrializzati, mentre è diminuita costantemente in tutti i Paesi industrializzati grazie al miglioramento delle condizioni socio-economiche ed igienico-sanitarie delle popolazioni

e degli interventi sanitari di prevenzione e terapia.

In Italia la TB ha un'incidenza bassa, pari nel 2005 a circa 7 casi per 100.000 residenti, valore che pone il nostro Paese al di sotto del limite di 10 casi per 100.000 residenti, stabilito dall'OMS per identificare i paesi a bassa prevalenza di TB.

La malattia è più frequente negli uomini rispetto alle donne in considerazione probabilmente dei fattori di rischio come il fumo, l'alcol e le condizioni di vita disagiate che sono maggiormente presenti nella popolazione maschile. Inoltre è presente un gradiente geografico Nord-Sud: la maggior parte dei soggetti a rischio (soggetti HIV+, immigrati, ecc) al Nord e al centro sembra essere la spiegazione più plausibile a queste differenze geografiche.

Malattie metaboliche Diabete Mellito

Il diabete è una malattia cronica molto diffusa e in progressivo aumento in tutto il mondo. Sicuramente il regime di vita più sedentario e un'alimentazione eccessiva rispetto al fabbisogno hanno determinato un aumento dell'incidenza di questa malattia. I tassi di mortalità in Italia sono leggermente più alti negli uomini (3,4 per 10000) rispetto alle donne (3,2 per 10000). Le regioni in cui si osserva una mortalità più elevata per entrambi i sessi sono la Campania e la Sicilia. La mortalità per diabete aumenta con l'avanzare dell'età (25,13 per 10.000 per gli uomini e 29,07 per 10.000 per le donne nella

classe di età superiore ai 75 anni). Un'altra problematica importante che riguarda il diabete è rappresentata dagli oneri umani, sociali, economici e sanitari che questa patologia comporta: in Italia per tale patologia si riscontrano più di 70.000 ricoveri ogni anno. È una patologia invalidante e caratterizzata se non trattata adeguatamente da gravi complicanze a diversi organi e apparati (cuore, vasi, reni, occhi e nervi).



Percentuale di parti cesarei per regione - Anno 2007

Regioni	%
Piemonte	32,23
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	33,71
Lombardia	28,21
Bolzano-South Tyrol	24,17
Trentino	28,19
Veneto	28,75
Friuli Venezia Giulia	24,35
Liguria	33,92
Emilia-Romagna	29,56
Toscana	26,66
Umbria	31,26
Marche	35,83
Lazio	44,11
Abruzzo	45,27
Molise	52,00
Campania	61,80
Puglia	60,60
Basilicata	48,19
Calabria	46,60
Sardegna	52,91
Sardegna	38,62
Italia	39,27

198 I dati di numero sono stati calcolati sommando il volume di attività del secondo semestre con il volume di attività del primo semestre, in base ai dati del primo semestre.
199 La percentuale di parti cesarei è calcolata dai dati dei reparti chirurgici con DRG relativi a parto cesareo.
200 Il volume complessivo di attività è stato ottenuto facendo uso di valori stimati per il secondo semestre di PA di Trento, Friuli-Venezia Giulia, Marche e Molise.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto SOG 2007, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salus).

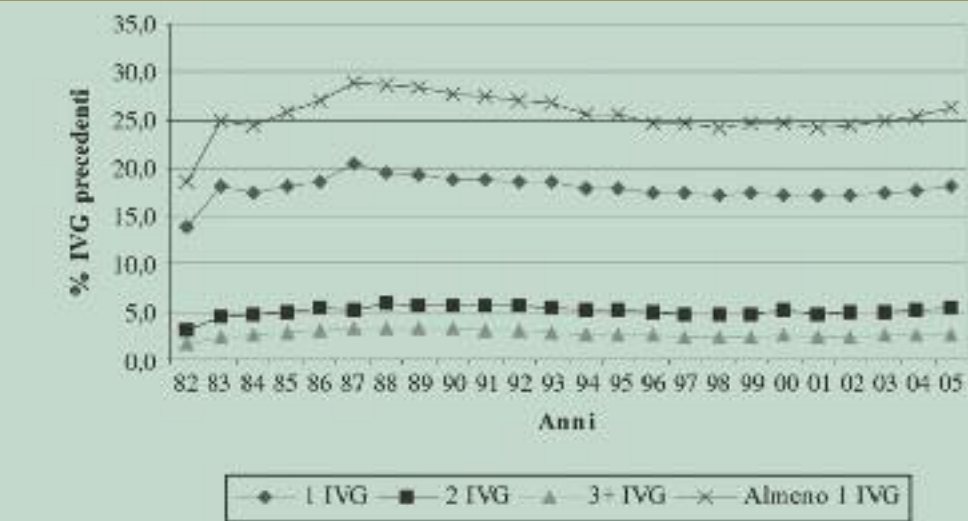
Salute materno-infantile

In questa edizione del Libro bianco vengono considerati i tre aspetti più importanti della salute materno-infantile già valutati nell'edizione del 2007 ovvero l'abortività spontanea, l'abortività volontaria e i parti cesarei. Inoltre alcuni approfondimenti sulle tecniche di fecondazione medicalmente assistita e sulla analgesia durante il parto (partorire senza dolore) presentano alle donne le opportunità e i servizi che vengono offerte al giorno d'oggi da centri medici specializzati. Per quanto riguarda il taglio cesareo prosegue la tendenza all'aumento del numero di tagli cesarei effettuati nel nostro Paese. L'Organizzazione Mondiale della Sanità continua a raccomandare una proporzione di parti cesarei sul totale dei parti

non superiore al 15-20%. Il nostro Paese ha uno dei valori più elevati tra tutti i paesi dell'Unione Europea (il 38,3% dai dati del 2005 delle schede di dimissione ospedaliera). Interessante notare che il numero di tagli cesarei ha valori diversi nelle differenti realtà regionali: in particolare le regioni del Sud, Campania (61,8%), Sicilia (52,91%) e Puglia (50,6%) presentano valori più alti di parto cesareo. La PA di Bolzano (24,17%) e il Friuli-Venezia Giulia (24,35%) sono le regioni con una proporzione più vicina alle raccomandazioni mondiali. Il tasso di abortività è rappresentato dal numero di Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) annualmente da 1000 donne in età fertile (15-49 anni). Dall'approvazione della Legge 194/78 ad oggi la dinamica dell'abortività volontaria

(interruzione di gravidanza su richiesta della donna entro i primi 90 giorni di gestazione o successivamente in caso di pericolo per la salute psicofisica della donna stessa) ha attraversato periodi diversi. Dopo una prima fase di espansione, a partire dalla metà degli anni Ottanta, è iniziata una fase decrescente, seguita negli ultimi anni da un periodo di stabilizzazione del fenomeno. Per aborto spontaneo si definisce l'interruzione della gravidanza che si verifica entro i 180 giorni di gestazione (ovvero 25 settimane + 5 giorni). Nonostante le notevoli conquiste raggiunte nel settore della tutela della salute riproduttiva e i recenti risultati nel riconoscimento e nel controllo dei fattori di rischio, la possibilità che una gravidanza evolva in esito abortivo è ancora abbastanza elevata.

Percentuale di parti cesarei per regione - Anno 2007



Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2008 - Loghi, Spinelli - Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie di gravidanza - Ministero della Salute. Relazione sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza. Anni 1982-2005.

Approfondimenti

OSPEDALE SENZA DOLORE: il Progetto Ospedale Senza Dolore del Policlinico "Agostino Gemelli"

Nell'ottica di una medicina centrata sul paziente la cura del dolore è un dovere etico, ma anche l'esempio di una buona prassi clinica. La realizzazione dell'Ospedale Senza Dolore, come nel progetto realizzato dal Policlinico "Agostino Gemelli", rappresenta un importante strumento per diffondere una nuova cultura capace di cogliere i bisogni ed aumentare la cognizione di cura sia tra i professionisti sanitari sia negli stessi pazienti.

stante l'Organizzazione Mondiale della Sanità abbia dichiarato il decennio 2000-2010 "la decade dell'osso e delle articolazioni", il piano sanitario nazionale 2006-2008 e i piani sanitari regionali vigenti mostrano una ridotta attenzione verso le patologie reumatiche. Ad oggi solo quattro regioni (Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Sardegna e Toscana) considerano le patologie reumatiche di rilevanza sociale e solo la Sardegna fa cenno alle nuove possibilità di cura. Inoltre l'OMS ha segnalato che le malattie reumatiche sono la prima causa di invalidità nei Paesi sviluppati, infliggendo un enorme costo alla spesa pubblica.

BULIMIE, ANORESSIE E OBESITÀ PSICOGENE

In Italia il 5% della popolazione soffre di disturbi dell'alimentazione. Circa 3 milioni di persone sono affette da bulimia, anoressia o obesità. Il 96,2% è rappresentato da donne, ma attualmente si assiste ad un preoccupante aumento di casi nella popolazione maschile. L'adolescenza è la fascia di età più colpita (12-25 anni), ma i disturbi possono manifestarsi anche in fasce di età pediatrica e dopo i 40 anni. L'anoressia è caratterizzata da una restrizione alimentare molto rigida: il controllo del cibo diventa la manifestazione del bisogno di controllare emozioni e sentimenti e può portare ad uno stato di denutrizione anche molto grave. La bulimia è invece caratterizzata da abbuffate a cui seguono condotte eliminatorie. Escludendo l'obesità conseguente a disfunzioni metaboliche, l'obesità psicogena è determinata da disfunzioni psico-

ARTRITE REUMATOIDE

L'artrite reumatoide è la più diffusa delle malattie reumatiche infiammatorie ed è determinata da un mal funzionamento del sistema immunitario. Nel mondo colpisce una persona su cento, mentre in Italia una su duecento. Il 75% dei pazienti sono donne. Questa malattia si presenta con un'inflammatione e quindi dolore alla piccole articolazioni estendendosi successivamente alle altre articolazioni. Se non trattata porta a deformità articolari irreversibili che comportano disabilità permanenti. Il mancato riconoscimento dei sintomi porta a diagnosi tardiva e quindi a ritardo del trattamento. La terapia tradizionale si avvale di farmaci di fondo o DMARDS (idrossiclorochina, methotrexate, leflunomide, ciclosporina, sulfasalazina), cortisonici, antinfiammatori e antidolorifici. Anche la fisioterapia ha un ruolo importante. Non-

Percentuale di parti cesarei per regione - Anno 2007

Regioni	Classi di età							Rapporti std
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Piemonte	163,99	99,36	91,90	95,19	165,38	364,41	928,22	118,40
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	103,57	120,22	80,88	93,70	186,21	389,77	0,00	119,14
Lombardia	156,42	96,46	90,36	101,55	165,54	381,21	903,62	120,28
Trentino-Alto Adige	101,38	81,95	87,40	100,20	167,85	394,79	1.100,43	117,37
Bolzano-South Tyrol	82,41	84,45	79,62	83,82	139,54	346,23	1.221,24	106,97
Trento	126,96	79,12	95,40	115,17	176,49	440,39	999,87	128,16
Veneto	157,35	104,84	108,93	119,65	184,30	455,93	1.594,40	139,88
Friuli-Venezia Giulia	116,56	108,15	97,32	126,46	178,11	505,32	2.377,78	139,85
Liguria	74,36	63,62	79,63	74,93	108,72	267,86	800,38	88,25
Emilia-Romagna	113,74	78,50	90,78	96,79	155,73	387,54	1.100,73	114,54
Toscana	164,55	101,92	108,57	114,98	168,71	402,01	1.194,00	132,85
Umbria	116,30	74,80	85,17	79,51	129,20	356,81	992,56	100,34
Marche	84,32	79,35	77,26	104,10	166,17	408,29	1.059,10	115,21
Lazio	265,72	168,71	123,70	132,20	206,39	498,56	1.218,07	162,44
Abruzzo	168,49	98,36	78,97	85,12	161,49	366,95	1.166,95	110,61
Molise*	157,34	79,06	91,40	82,12	113,75	284,05	246,06	98,32
Campania	90,55	80,70	78,08	92,69	153,06	345,76	948,09	107,13
Puglia	119,24	85,22	77,01	92,26	154,55	385,85	1.122,53	109,44
Basilicata	80,02	95,87	94,02	112,25	155,82	464,97	1.304,75	124,95
Calabria	100,12	72,06	75,60	87,81	145,28	366,89	612,47	102,66
Sicilia	102,50	81,25	81,74	93,25	160,77	381,18	667,25	110,86
Sardegna	136,86	108,21	95,74	112,01	182,24	443,38	1.224,28	131,95
Italia	126,75	93,48	90,44	102,91	166,91	400,15	1.036,08	120,90

* I rapporti del Molise sono stimati.
Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento i nati vivi in Italia nel 2001.
Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto Osservasalute 2008 - Loghi, Spinelli - Istat, Indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo. Anno 2005.



Jean-Auguste-Dominique Ingres
La bagnante di Valpinçon

logiche gravi: si tratta di una vera e propria malattia sociale che interessa un numero sempre maggiore di persone anche in giovane età (infanzia e adolescenza).

Il trattamento di questi disturbi consiste in un lavoro d'equipe che coinvolge psicologi, psicoterapeuti, psichiatri e medici specializzati nel trattamento dei disordini alimentari. ABA (Associazione Bulimia Anoressia) si occupa di queste patologie da circa 20 anni e cerca di offrire assistenza e cura ai malati con disordini alimentari, oltre a promuovere campagne di informazione rivolte alla popolazione e al personale sanitario.

VESICICA IPERATTIVA

La vescica iperattiva è una sindrome molto frequente caratterizzata da alcuni sintomi clinici comuni che molto spesso non vengono però segnalati o riconosciuti. E' caratterizzata dall'urgenza alla minzione che può essere associata o meno ad una incontinenza (vescica iperattiva "asciutta" o "bagnata"). Tale patologia è determinata da una iperattività del muscolo destruttore della vescica o da altre disfunzioni dello svuotamento della vescica senza evidenza di infezioni o altre patologie organiche determinanti. In Europa circa 49 milioni di persone con età superiore ai 40 anni soffrono di questa patologia, considerando che solo il 50-60% delle persone con questa patologia consulta un medico. In considerazione della frequenza della malattia essa comporta un notevole impatto socio-economico che si ripercuote sulla qualità della vita dell'intera popolazione. E' necessario riconoscere tale patologia per poter attuare la terapia adeguata: modificazioni dello stile di vita (perdita di peso, sospensione del fumo, dieta regolare e adeguato apporto idrico, eliminazioni di sostanze irritanti come caffeina o teina), esercizi di riabilitazione del pavimento pelvico ed infine trattamento farmacologico (farmaci antimuscarinici) o terapie più invasive per specifici casi (neuromodulazione sacrale, farmaci endovesicali, ecc).

OSTEOPOROSI

Guardando i dati italiani del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute), riferiti alla sola popolazione ultrasessantenne, si stimano in circa 2,600 miliardi di euro i costi della spesa socio-sanitaria per l'osteoporosi e le sue conseguenze, suddivisa tra costi diretti (ovvero a carico del Sistema Sanitario Nazionale) e costi indiretti (ovvero: le giornate lavorative perse, mancata pro-

duttività dei familiari, dipendenza da familiari o da assistenti a domicilio, disabilità, riduzione della qualità di vita personale, ecc.). Tra le patologie croniche e con impatto maggiore per la vita dei pazienti, l'osteoporosi è sicuramente una patologia diffusa ma oggi molto trascurata. La conseguenza più devastante dell'osteoporosi consiste senza dubbio nella frattura di femore: il numero di tali fratture nel mondo è pari a 1.500.000. Al giorno d'oggi esistono semplici esami strumentali di misurazione della massa ossea per poter giungere alla diagnosi; inoltre un nuovo strumento di grande rilevanza clinica è la carta del rischio FRAX, un algoritmo che permette sulla semplice analisi dei fattori di rischio di predire il rischio di frattura da osteoporosi a 10 anni.

Il trattamento tempestivo dell'osteoporosi è fondamentale per prevenire le drammatiche conseguenze. La ricerca farmacologica ha permesso l'introduzione di farmaci sempre più specifici ed efficaci. Anche le istituzioni sono sempre più sensibili a questa patologia: gli impegni del Governo sottolineano una forte presa di coscienza sull'impatto socio-economico dell'osteoporosi. (Mozione del Senato - 4 giugno 2008).

MENOPAUSA

La menopausa rappresenta una fase della vita della donna durante la quale si assiste ad una serie di cambiamenti psico-fisici e socio-economici che conducono la donna stessa alla ricerca di un nuovo stile di vita. La definizione clinica di menopausa è data dall'assenza del flusso mestruale da 12 mesi ed è confermata da bassi livelli di Estrogeni (E2) e alti livelli di gonadotropine circolanti (LH e soprattutto FSH). Per le casistiche italiane l'età media di insorgenza della menopausa fisiologica è di 49 anni con variazione dai 46 ai 53 anni. La menopausa comporta una serie di cambiamenti a livello sistemico che coinvolgono tutto l'organismo predisponendo a patologie di tipo cronico anche molto gravi. La patologia cardiovascolare poco approfondita nelle donne è responsabile di oltre il 70% dei decessi nelle donne sopra i 65 anni. Alterazioni del metabolismo legate a modificazioni ormonali in menopausa come la "sindrome metabolica" o l'aumento del colesterolo o ancora una ridotta tolleranza glucidica (IGT) o il diabete mellito di tipo 2 sono condizioni spesso associate alla menopausa e rappresentano importanti fattori di rischio per la patologia cardio-



vascolare. Anche la prevalenza di ipertensione, fattore di rischio più noto per la patologia cardiovascolare, aumenta maggiormente nella donna dopo la menopausa. L'osteoporosi è sta-

ta a lungo trattata sottolineando l'importanza del suo riconoscimento e trattamento più precoce possibile. La menopausa inoltre coincide con la fase della vita della donna in cui, anche per

effetto dell'invecchiamento generale, aumenta il rischio di comparsa di diverse neoplasie quali il carcinoma mammario, uterino, ovarico ma anche del colon-retto o del polmone.

CONCLUSIONI

La sintesi di questa seconda edizione del Libro bianco evidenzia come lo stato di salute delle donne italiane sia da ritenersi complessivamente buono, mentre continuano ad aumentare le differenze geografiche tra singole regioni e tra uomini e donne. In alcune regioni, ed in particolare nel sud Italia mancano ancora razionali scelte programmatiche, organizzative e gestionali per poter garantire adeguati servizi alla popolazione. Per quanto riguarda le problematiche di genere da questa analisi risulta che le donne godono di un'aspettativa di vita superiore rispetto all'uomo. Aumentano anche nelle donne alcuni fattori di rischio per patologie importanti quali ad esempio il consumo di fumo o di alcolici. L'incidenza e la mortalità per tumore in entrambi i sessi sono costanti anche se vi è

stato un aumento della prevalenza. L'attività di prevenzione oncologica si è sviluppata molto nell'ambito dell'attività degli screening organizzati, anche se il forte squilibrio tra nord e sud persiste. L'assistenza alla salute materno-infantile è ancora inadeguata in molte aree geografiche del nostro paese. Le capacità delle singole regioni di rispondere alle sfide della salute femminile nel nuovo millennio appaiono al momento assolutamente differenziate e, in assenza di interventi correttivi rapidi ed efficaci, questo determinerà l'allargamento del differenziale di salute tra donne di diversi livelli socio-economici e, soprattutto, residenti in diverse regioni italiane, con quelle meridionali costantemente svantaggiate rispetto alle donne residenti nelle regioni centro-settentrionali del Paese

Simposio Sigite

Ageing e menopausa sotto i riflettori

Gyneco presenta un estratto degli interventi del Simposio Sigite "Aging e menopausa" che si è svolto nel corso del Congresso di Bari il 29 ottobre scorso. Dagli aspetti sociali a quelli emotivi e relazionali fino ad arrivare a quelli più propriamente medici, come l'influenza della mancanza degli estrogeni sul sistema nervoso, l'apparato osteoarticolare, gli organi di senso

Aspettative e realtà della donna in menopausa

di Milena Mincigrucci

Servizio Consultoriale - Azienda Sanitaria dell'Umbria Usl n. 2 - Perugia
Past President S.I.Gi.T.E. - Società di Ginecologia della Terza Età

Nel corso dei secoli l'età della menopausa è rimasta invariata. Al contrario, è notevolmente aumentata l'aspettativa di vita dopo la scomparsa dei cicli mestruali. All'inizio del '900, la durata media dell'esistenza superava di poco la fine della funzione riproduttiva e le donne longeve erano un'eccezione. La menopausa non rappresentava un evento degno di particolare considerazione: era semplicemente il passaggio verso una fine dell'esistenza non troppo lontana, da trascorrere in maniera passiva e fatalistica. Un atteggiamento rassegnato, ma sicuramente più pacato rispetto alle convinzioni di pochi decenni prima (siamo intorno alla seconda metà dell'Ottocento), quando era ritenuto "assai pericoloso il passaggio dalla vita riproduttiva alla cessazione dei mestruai, designato con il nome di inferno delle donne...".

Le "ragazze" di 50 anni

Chi sono le donne che oggi hanno superato il traguardo dei cinquant'anni? Nel nostro Paese rappresentano il 41.3% della popolazione femminile e hanno l'opportunità di trascorrere più di trent'anni della loro esisten-

za (attualmente in Italia l'aspettativa di vita per la donna è di 84.1 anni) oltre la cessazione della funzione ovarica.

Hanno trascorso l'infanzia e l'adolescenza negli anni del boom demografico e del miracolo economico. Hanno una scolarità medio-alta: il titolo di studio elementare, regola per la maggior parte delle loro madri, rappresenta per loro l'eccezione. Rispetto alle precedenti generazioni, sono arrivate più tardi al matrimonio, hanno avuto meno

figli, sono più presenti nel mondo del lavoro, che rappresenta un "pilastro" sempre più importante

dell'identità femminile. L'inserimento nel tessuto sociale e produttivo ha portato all'affermazione delle loro capacità intellettuali, all'autonomia economica, all'autorealizzazione. Il modello "lavoratrice-moglie-madre" ha sostituito quello di "casalinga-moglie-madre", anche se, nella gran parte dei casi, non si è avuta una redistribuzione dei compiti familiari, della cura dei figli e dei genitori anziani, spesso non autosufficienti. Malgrado le norme legislative vigenti, è ancora lontano il raggiungimento delle pari opportunità in termini di occupazione (lavorano il 47.2% delle donne vs

Una generazione di donne nuove

I cambiamenti demografici e sociali, insieme ai progressi della scienza, hanno aperto negli ultimi decenni un nuovo scenario. La menopausa, evento marginale e spesso nemmeno vissuto dalle nostre antenate, si è connotato come un evento centrale dell'esistenza di un numero crescente di donne, rappresentando una svolta significativa da affrontare consapevolmente e con atteggiamento propositivo. Per rispondere al meglio ai "nuovi" bisogni, è indispensabile conoscere esigenze e aspettative della donna, informarla correttamente, favorire l'ascolto e il dialogo: in altre parole costruire e ottimizzare un'efficace relazione medico-paziente.

70.3% degli uomini), carriera, retribuzione e presenza nelle posizioni apicali.

Le cinquantenni di oggi sono state attivamente coinvolte nelle trasformazioni sociali e culturali che hanno interessato il nostro Paese a partire dagli anni

'70: basti pensare all'introduzione del divorzio (L. Fortuna-Baslini n. 898/70), alla tutela delle lavoratrici madri (L. 1204/71), alla riforma del diritto di famiglia (L. 151/75), all'istituzione dei Consultori Familiari (L.405/75) e del Servizio sanitario nazionale (L. 833/78). Sono quelle che hanno indossato per prime la minigonna e hanno iniziato a vivere una sessualità libera dai pregiudizi e scissa dalla maternità, non più considerata solo un "destino biologico" (o, in qualche caso, una "condanna" da subire), ma una scelta programmata e consapevole. È del 1971 l'abrogazione degli articoli del Codice Penale che vietavano la propaganda anticoncezionale e l'inizio della diffusione della "pillola" a scopo contraccettivo e non solo terapeutico, come era stato fino ad allora.

Un evento ad alto impatto emotivo

È con questo "bagaglio" che le "ragazze" di 50 anni affrontano oggi la transizione menopausale, il più delle volte con un atteggiamento propositivo, ben diverso da quello fatalistico e di passiva accettazione delle precedenti generazioni. La scomparsa dei cicli mestruali segna

tivo. Rappresenta una svolta che distingue un prima e un dopo. La perdita delle mestruazioni e della capacità riproduttiva si accompagnano ai cambiamenti psicologici e alle modificazioni fisiche che preludono all'invecchiamento. Queste sono presenti, anche se l'aspetto esteriore non le rivela in modo così evidente come un tempo. E non sono sempre d'aiuto i messaggi mediatici che trasmettono l'immagine di una over 50 anni ancora bella, attiva e attraente, stereotipo spesso in contrasto con la mutata immagine corporea, il malessere psicologico e le difficoltà relazionali. In assenza di improbabili rimedi che garantiscano eterna bellezza ed immortalità, la donna va quindi aiutata a progettare la successiva fase della vita, a trovare un nuovo equilibrio e a predisporre consapevolmente strategie di adattamento verso le conseguenze immediate e future.

Come affrontano il cambiamento

Come si pongono le donne nei confronti del cambiamento ormonale e degli anni che passano? Le reazioni sono le più disparate. La menopausa è di volta in volta considerata un evento "naturale" da accettare in maniera equilibrata, un qualcosa da nascondere e di cui provare quasi un senso di vergogna, "una malattia", una "perdita", una sorta di "anticamera" della vecchiaia, un momento in cui si ha paura di scoprirsi diversa, di essere meno donna, di sentirsi inadeguata e vulnerabile, di non essere riuscita a realizzare i propri obiettivi (relazionali, riproduttivi, lavorativi, ecc) o, al contrario, un tempo di in cui liberare tutte le energie per raggiungere nuovi traguardi e opportunità. Le "reazioni" sono condizionate da diversi fattori (epoca e tipo di menopausa, livello di istruzione, contesto sociale, rapporto di coppia, vissuti, aspettative, stato di salute, stile di vita). Le donne che subiscono una menopausa chirurgica o precoce di solito hanno sintomi più frequenti e più intensi di quelle in cui l'esaurimento follicolare ovarico avviene spontaneamente e in età adeguata. Particolare attenzione meritano poi le menopause precoci spontanee o quelle indotte (chirurgiche, radiologiche o farmacologiche), che "feriscono" fortemente l'identità della donna, spesso in giovane età.

La percezione dell'evento menopausa è anche condizionata da fattori etnici, ambientali e socio-culturali. Studi antropologici dimostrano che l'appartenenza ad una particolare realtà può influenzare l'approccio al cambiamento ormonale e ai disturbi correlati. Nelle culture, in cui l'atteggiamento verso la menopausa è negativo, anche i sintomi sono più frequenti e intensi; al contrario, sono minori, o comunque percepiti come poco fastidiosi, quando la cessazione dei flussi mestruali è vis-



Norma Desmond, Viale del tramonto. Billy Wilder, 1950

suta in modo non particolarmente sfavorevole.

Queste considerazioni sono particolarmente importanti anche in considerazione della multietnicità della società di oggi. In Italia il 6.5% della popolazione femminile totale è rappresentato da cittadine straniere, di cui il 12% ha un'età superiore a 50 anni. Negli ultimi tempi, si è registrato un notevole incremento delle utenti straniere che si rivolgono ai servizi assistenziali per problemi legati alla menopausa. Questo comporta per gli operatori un adeguamento culturale e una metodologia d'intervento che tenga in considerazione il diverso modo di interpretare la menopausa e affrontare i disturbi ad essa correlati da parte di donne di varie provenienze e diverse culture.

Le over 65

Ben al di là della transizione menopausale, c'è poi il 22.4% delle donne italiane oltre i 65 anni. Sono le persone che spesso vivono sole (nel 46.3% dei casi sono vedove contro il 11.6% dei coetanei uomini), sono un punto di riferimento per figli e nipoti, nel 60.5% dei casi definiscono "discreto" il proprio stato di salute. L'allungamento della vita media sta comportando uno sfasamento tra ciclo biologico e ciclo sociale: oggi l'anziana che vive di più, quando la salute e le risorse economiche lo permettono, è più attiva e coinvolta nella vita sociale, viaggia, ha sollecitazioni maggiori rispetto al passato, riesce ad esprimere intelligenza, creatività, esperienza e saggezza. Tuttavia, le donne hanno, rispetto all'uomo di pari età, un rischio più elevato di malattie croniche (rispettivamente 19.7% e 14%) ad elevata mortalità e morbidità con ripercussioni negative sulla qualità della vita e sui costi sociali, che impongono di rivedere le strategie preventive e le politiche assistenziali. Infatti, l'invidiabile primato della longevità si accompagna inevitabilmente ad un aumento delle problematiche di salute,

con una notevole differenza tra anni di vita e anni di benessere. Questo significa che vivere più a lungo predispone a malattie croniche, decadimento fisico e psichico, limitazione o perdita dell'autonomia, dipendenza dagli altri. Pertanto, il capitolo della ginecologia della terza età sta assumendo connotati e rilevanza ben diversi rispetto al passato, rappresentando un nuovo ambito di interesse anche per il ginecologo che, con il medico di medicina generale e gli altri specialisti, è chiamato a contribuire al benessere della donna anziana, attraverso il mantenimento dell'autonomia, della dignità e, soprattutto, del gusto di vivere.

La risposta assistenziale

L'obiettivo assistenziale primario è quello di migliorare la qualità di vita contrastando i sintomi climaterici e cercando di perseguire, nel lungo periodo, un buono stato di salute che consenta un'accettabile longevità. Le politiche sanitarie e la comunità scientifica devono migliorare la conoscenza dei fattori di rischio e sviluppare strategie preventive, per ridurre l'impatto delle malattie che col-

piscono maggiormente l'età avanzata. Attualmente le donne dimostrano una maggiore attenzione alla propria salute e la necessità di avere informazioni sull'evento menopausa e sulle possibilità di contrastarne le conseguenze. In questa ottica si inseriscono gli interventi educativi, preventivi (programmi di screening oncologici, l'individuazione precoce di fattori di rischio per le malattie metaboliche e cardiovascolari) e terapeutici (inclusa la terapia ormonale sostitutiva, da riconsiderare e rivalutare), che vedono il Ginecologo interlocutore privilegiato e figura di raccordo con gli altri specialisti.

L'approccio assistenziale in età climaterica è particolarmente impegnativo, avendo spesso di fronte una donna alle prese con molteplici problemi, non solo e non sempre di carattere fisico. Il compito, non facile, del medico è quello di coniugare le conoscenze scientifiche con la disponibilità al dialogo ed all'ascolto di richieste che possono anche esulare dalla sua specifica sfera di competenza. È fondamentale offrire servizi sempre più qualificati e facilmente fruibili. Un rinnovato im-

pegno riguarda i Centri della Menopausa, sorti in Italia a partire dalla seconda metà degli anni '80, con lo scopo di fornire specifici punti di riferimento e realizzare un approccio globale alle problematiche di una fase dell'esistenza femminile fino ad allora poco considerata. Un ruolo sempre più importante e attivo può essere svolto dai Consulenti, la cui collocazione nel territorio permette di raggiungere un'ampia parte della popolazione femminile, di tutti gli strati socio-culturali e di diversa provenienza. Il compito essenziale, attraverso un lavoro in équipe (ginecologo, psicologo, sessuologo, ostetrica, assistente sociale), è quello di "prendere in carico" la donna, assicurare un intervento sanitario di base (in integrazione con i servizi ospedalieri di secondo livello) e riservare una particolare attenzione alla sessualità ed agli aspetti informativi, sociali e psicologici. L'evento "menopausa", come preludio alla longevità, è infine un importante problema sociale e della medicina di "genere", che necessita di investimenti adeguati e politiche sanitarie che rispondano in pieno ai reali bisogni della donna.

Ageing e sistema nervoso centrale

Massimo Stomati

Centro della Menopausa, U.O. Ostetricia e Ginecologia, P.O. Francavilla Fontana - Ceglie Messapica, Azienda Sanitaria Locale Brindisi

■ **La mancanza degli estrogeni ovarici in menopausa interessa tutti i sistemi dell'organismo, incidendo sul funzionamento di molti meccanismi fisiologici. Con un range di manifestazioni cliniche che oscilla dai disturbi del tono dell'umore fino alle gravi alterazioni sensorio-motrici, come il morbo di Parkinson, o alle modificazioni della sfera cognitiva tipiche del morbo di Alzheimer**

Lo stato di ipogonadismo ipergonadotropo delle donne in postmenopausa provoca variazioni della risposta adattativa del sistema nervoso centrale che si associa a modificazioni dell'equilibrio neuroendocrino e di numerosi trasmettitori neuroattivi.

Tali modificazioni si manifestano con alterazioni nella sintesi e rilascio dei medesimi trasmettitori e in modificazioni recettoriali degli stessi. Inoltre, la carenza di ormoni ovarici determina a livello della membrana neuronale alterazione della plasticità di membrana, delle connessioni sinaptiche e riduzione del numero di sinapsi.

L'aging si accompagna in molti soggetti e soprattutto nelle donne ad un progressivo deterioramento delle funzioni cognitive e mnesiche. Studi sperimentali in vitro e su modelli animali mostrano che queste funzioni migliorano con la somministrazione di estrogeni, esercitando un effetto positivo sulla memoria e sui tempi di reazione. Non-

stante tali ricerche di base confermano l'effetto positivo degli estrogeni, i trials clinici hanno mostrato risultati contraddittori. La maggior parte dei dati disponibili sugli effetti della deprivazione ormonale sul sistema nervoso centrale (Snc) sono derivati da studi in vitro. Solo pochi studi clinici sono disponibili in letteratura sugli effetti della deprivazione e del trattamento con steroidi sessuali sul Snc.

Le manifestazioni cliniche

Le manifestazioni cliniche che coinvolgono il sistema nervoso centrale in postmenopausa si possono classificare facendo riferimento alla sede in cui la carenza degli steroidi ovarici determina le modificazioni dei trasmettitori neuroattivi. Quelle che si verificano a livello ipotalamico, determinano alterazioni del controllo dei centri termoregolatori, del controllo della pressione arteriosa e del controllo dei centri della fame e della sazietà. Dalle modificazioni dell'attività di tali centri scaturiscono i sintomi di tipo neurovegetativo che comprendono l'instabilità vasomotoria con le vampate di calore e le sudorazioni, gli incrementi dei valori pressori e le modificazioni del peso corporeo.

Gli altri sintomi del Snc associati alla postmenopausa coinvolgono il sistema limbico con disturbi del benessere psico-fisico e con modificazioni dello stato dell'umore. Umore depresso, ansia, irritabilità, aumento della tensione ed insonnia sono sintomi che frequentemente le donne in postmenopausa riferiscono quando giungono all'osservazione del medico generico e del ginecologo. A tali disturbi spesso si associa in epoca postmenopausale un incremento degli attacchi di cefalea ed emicrania che contribuiscono ad aggravare lo stato psichico della donna. Inoltre, le alterazioni del Snc che interessano varie aree cerebrali e caratterizzano la donna nella fase più avanzata della postmenopausa sono alterazioni sensorio-motrici come il morbo di Parkinson, modificazioni della sfera cognitiva con riduzione della memoria a breve e lungo termine. L'incidenza di tali patologie è significativamente maggiore nelle donne in postmenopausa rispetto agli uomini di pari età. Alcuni studi clinici hanno individuato la maggiore incidenza di queste patologie di tipo degenerativo nelle donne che non hanno fatto uso di terapia ormonale sostitutiva. Tuttavia, gli studi che indagavano la correlazione tra patologie degenerative del Snc e steroidi sessuali non hanno fornito risultati univoci. Alcuni suggeriscono che ci sia una relazione

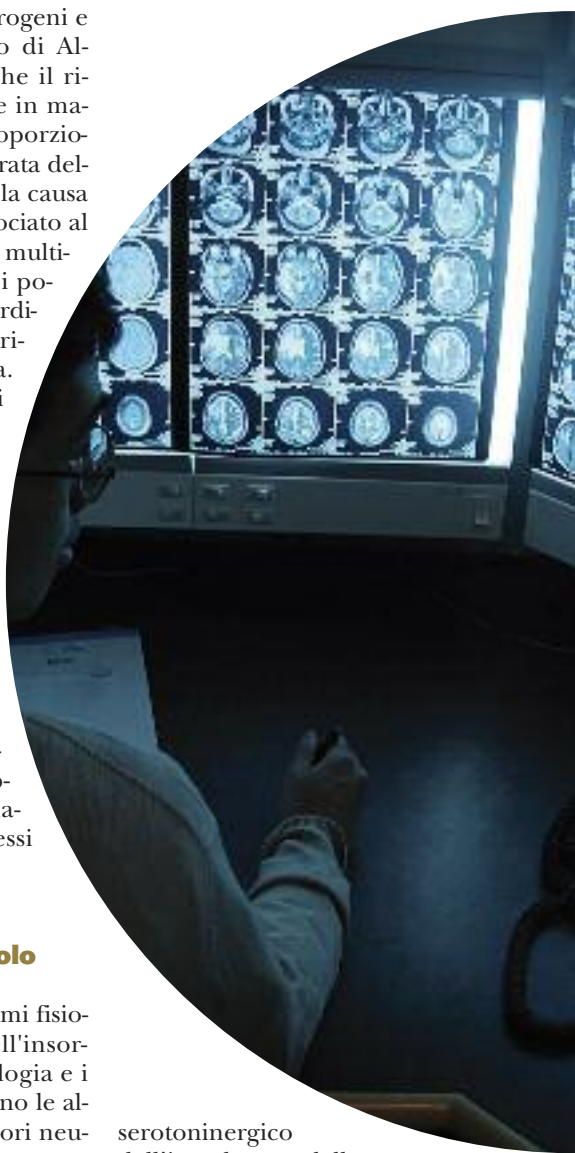
dose-risposta tra gli estrogeni e l'incidenza del morbo di Alzheimer, mostrando che il rischio relativo si riduce in maniera inversamente proporzionale alla dose e alla durata della terapia. Nonostante la causa del deficit mnesico associato al morbo di Alzheimer sia multifattoriale, gli estrogeni potrebbero ritardare la perdita di memoria, caratteristica di questa malattia. La somministrazione di estrogeni aumenta il flusso sanguigno cerebrale e cerebellare del 30% e aumenta l'utilizzo del glucosio cerebrale. Gli steroidi sessuali influenzano le proteine associate con l'allungamento assonale e che promuovono la formazione di sinapsi, in particolare nella regione CA1 dell'ippocampo, area fondamentale per i processi mnesici.

I meccanismi fisiopatologici: il ruolo degli estrogeni

Per valutare i meccanismi fisiopatologici alla base dell'insorgenza della sintomatologia e i meccanismi che regolano le alterazioni dei trasmettitori neuroattivi coinvolti nell'insorgenza di ciascun sintomo, numerosi modelli sperimentali e clinici sono stati proposti per indagare gli effetti del trattamento con estrogeni, progestinici ed androgeni sul Snc.

Gli estrogeni hanno notevoli effetti sui sistemi neurotrasmettitoriali e tra questi i sistemi noradrenergico, dopaminergico e

serotoninergico dell'ipotalamo e delle regioni extraipotalamiche sono direttamente modulati dal "milieu" estrogenico, regolando in tal modo le funzioni correlate al movimento ed al comportamento. Inoltre, gli estrogeni influenzano i neuroni colinergici che, dai nuclei della base proiettano alla corteccia ed all'ippocampo nel cervello di ratto.



Non è sempre agevole distinguere le conseguenze dell'invecchiamento rispetto a quelle indotte dall'ipoestrogenismo, in quanto le conoscenze sul ruolo degli ormoni sessuali nei confronti degli organi di senso sono ancora incomplete nonostante l'evidenza in essi di recettori estrogenici.

Il tatto stabilisce relazione, intimità, vicinanza, comunione, confidenza e il suo organo, la pelle, possiede la più vasta rappresentazione cerebrale. Lo stato di salute della cute risente dell'influenza dell'ambiente esterno e dell'età ma dipende anche da diversi fattori interni: rigenerazione cellulare, fibroblasti del derma e qualità e funzione dei vasi capillari che risentono dell'influenza degli estrogeni. È stato confermato che la terapia ormonale sostitutiva (Tos), sia sistemica che topica, è in grado di

Ageing e menopausa sugli organi di senso

di Mario Gallo Vicepresidente S.I.Gi.T.E

Direttore S.C. Ostetricia e Ginecologia, Ospedale di Ciriè (Torino)

■ L'immagine corporea per definizione è dinamica, soggetta a continue modificazioni lungo l'arco della vita ed è legata a fattori psichici e biologici che interferiscono sugli organi di senso. Poca attenzione è stata dedicata alle conseguenze delle alterazioni percettive su tali organi nella costruzione e modulazione dell'immagine di sé in postmenopausa, che risultano invece fondamentali nel rapporto con il mondo esterno

ripristinare il trofismo cutaneo migliorando la percezione tattile. È frequente osservare nelle donne in età postmenopausale alcune modificazioni della vista. L'invecchiamento è responsabile della miosi senile, della deplezione della popolazione cel-

lulare del trabecolato e della riduzione del film lacrimale mentre la carenza estrogenica è alla base del deficit della maturazione ciclica dell'epitelio congiuntivale e delle alterazioni del cristallino. Alcuni studi hanno confermato l'efficacia della Tos nel

ritardare la comparsa della riduzione delle performances visive. La sensibilità olfattiva, di indiscussa importanza nell'ambito della vita di relazione, è ciclica ed è legata al ciclo ovarico, esiste inoltre una correlazione tra sensibilità olfattiva e alterazioni gonadiche. L'invecchiamento determina alterazioni sia quantitative che qualitative e il trattamento con Tos sembra migliorare la sensibilità e l'acuità olfattiva. Il ruolo degli ormoni sessuali a livello della mucosa orale invece non è ancora molto chiaro. Se da una parte la perdita dell'effetto trofico conferito dagli estrogeni potrebbe essere causa della comparsa di sintomi quali xerostomia, alterazioni del gusto e sensazione di bruciore, dall'altra non ci sono precise evidenze scientifiche che la somministrazione di ormoni consenta la risoluzione o il miglioramento di questi sintomi.

La salute della bocca è essenziale per la massima espressione del senso del gusto. Studi recenti suggeriscono l'importanza degli estrogeni nel regolare la produzione e la composizione della saliva intervenendo sul sistema simpatico e sui meccanismi di traduzione dei segnali chimici re-

cepiti dalle papille gustative. Anche per l'udito non è agevole distinguere le modificazioni legate all'invecchiamento da quelle dovute a carenza ormonale. Gli estrogeni hanno effetti diretti e indiretti sulla coclea e sui vari distretti del sistema nervoso centrale uditivo e sono anche responsabili delle modificazioni del flusso ematico sia a livello cocleare che centrale, nonché della biodisponibilità dei neurotrasmettitori a livello sinaptico. La Tos sembra influenzare la percezione uditiva attraverso la diminuzione dei tempi di latenza della conduzione nervosa centrale.

Efficacia della Tos

Appare evidente che la terapia ormonale è in grado di interferire positivamente sull'invecchiamento degli organi di senso e di conseguenza sull'immagine corporea della donna in menopausa. Se il nostro intervento ha come obiettivo ultimo la qualità della vita della donna è necessario quindi considerare con un approccio multidisciplinare le modificazioni degli organi di senso nello scenario biologico e psichico su cui si colloca la transizione climaterica.

oppioidi. Il più importante oppioide endogeno è la β -endorfina (β -EP), in quanto modula il comportamento, l'analgesia, la termoregolazione ed ha varie proprietà neuroendocrine.

Tono dell'umore e funzioni cognitive

È stata dimostrata una correlazione tra i livelli circolanti di estradiolo e il tono dell'umore. Numerosi studi hanno dimostrato un miglioramento significativo dell'umore in donne postmenopausali depresse trattate con estrogeni, nonostante altri studi non abbiano osservato una risposta simile dopo somministrazione di estrogeni. Le dosi di estrogeni utilizzate generalmente non migliorano l'umore in donne con depressione maggiore, ma influenzano fortemente l'umore e il senso di benessere in donne postmenopausali sane. Gli effetti positivi degli estrogeni sull'umore potrebbero essere dovuti alla loro influenza positiva sul sistema serotoninergico ad adrenergico. Il progesterone e i composti di sintesi da esso derivati modulano a livello di Snc la sintesi e il rilascio di numerosi neurotrasmettitori e neuropeptidi. In particolare, le aree cerebrali, l'ipotalamo e l'ipofisi anteriore, risentono maggiormente della modulazione da parte dei progestinici ed in letteratura si riscontrano numerosi dati su tale effetto in modelli sperimentali. Nella terapia ormonale sostitui-

tiva vengono comunemente utilizzate in associazione agli estrogeni numerosi progestinici. Oltre al progesterone naturale vengono utilizzati in postmenopausa derivati di sintesi del progesterone quali il ciproterone acetato, il dienogest, il medrossiprogesterone, il nomegestrolo, il deidrogesterone il drospirenone ed i 19-nortestosterone derivati: noretisterone, noretisterone acetato e levonorgestrel. Alcuni studi clinici hanno valutato gli effetti sul tono dell'umore e sulle funzioni cognitive del trattamento con progestinici in postmenopausa. Dal punto di vista dell'equilibrio endocrino, il trattamento di tipo sequenziale con estro-progestinici riporta la donna ad una situazione ormonale simile a quello riscontrato nei cicli ovulatori delle donne fertili. Alcune donne in trattamento con tale schema sequenziale sviluppano una ciclicità del tono dell'umore fino a portare talvolta ad uno stato disforico. Al contrario le donne in trattamento con solo estrogeni (menopausa chirurgica) non riportano significative modificazioni del loro stato dell'umore. Un effetto negativo sul tono dell'umore è stato dimostrato in alcuni trials clinici in cui venivano utilizzate differenti combinazioni di estrogeni e progestinici: estrogeni coniugati equini e medrossiprogesterone acetato, impianti di estrogeni e noretisterone, estradiolo per via transdermica e linestrenolo, etinilestradiolo e levonorgestrel.

Il lungo elenco di neurotrasmettitori e neuropeptidi modulati dagli steroidi neuroattivi si è implementato nel corso de-

gli anni con altri trasmettitori che sono stati identificati negli ultimi anni, e di cui è stata provata una loro modulazione da parte degli stessi steroidi neuroattivi. Tra questi le neurotrofine, fattori che regolano la crescita e la riparazione del danno neuronale, ed in particolare il Brain Derived Neurotrophic Factor (BDNF).

Il ruolo del Brain Derived Neurotrophic Factor

Le azioni che il BDNF svolge a livello centrale sono molteplici: promozione della plasticità sinaptica, azione trofica di stimolo della crescita e differenziazione neuronale, modulazione dell'apprendimento e della formazione della memoria a breve e lungo termine, aumento della densità delle spine dendritiche e potenziamento della trasmissione sinaptica. Tali azioni a livello centrale vengono mediate da un'azione sinergica tra BDNF ed estrogeni mediante convergenza sulle stesse vie di traduzione del segnale intracellulare. A livello circolante nella donna si osservano livelli significativamente differenti in età fertile tra la fase follicolare e luteale.

Con la menopausa si osservano ridotti livelli di BDNF nelle donne in postmenopausa con correlazione negativa tra BDNF ed età anagrafica e menopausale. Da alcuni autori è stato postulato che la riduzione dei livelli di BDNF può esporre ad una aumentata suscettibilità al danno neuronale, svolgendo un ruolo rilevante nell'insorgenza delle patologie neurodegenerative correlate ai processi di ageing cerebrale.

Ageing e menopausa sull'apparato osteoarticolare

Stefano Lello Segretario S.I.Gi.T.E

Ginecologia Endocrinologica, Fisiopatologia della Menopausa ed Osteoporosi, Istituto Dermatologico dell'Immacolata-IRCCS, Roma.

L'osteoporosi è definita come un disordine scheletrico caratterizzato da una compromissione della resistenza dell'osso che predispone una persona a un incremento del rischio di fratture. La resistenza dell'osso riflette l'integrazione tra densità dell'osso e qualità dell'osso. L'importante studio Nora ha mostrato che, se il tasso di frattura si correla soprattutto nella fascia delle pazienti osteoporotiche, il numero delle donne che va incontro a frattura è maggiore tra le donne osteopeniche. La terapia ormonale sostitutiva rappresenta un presidio in grado di ridurre significativamente il rischio di frattura vertebrale e di frattura femorale, anche se somministrata per correggere la sintomatologia menopausale. Altri trattamenti per la terapia della osteopenia/osteoporosi sono rappresentati dai Modulatore Selettivi del Recettore Estrogenico (SERMs), dai bisfosfonati, dallo stronzio ranelato e dal paratormone o dalla frazione 1-34 del paratormone (teriparatide). In tal senso, la disponibilità dei diversi trattamenti consente un'efficace personalizzazione della terapia in base alle caratteristiche della singola paziente.



Alcuni studi dimostrano che gli estrogeni agiscono come agonisti colinergici, inducendo la sintesi e l'attivazione dell'acetilcolintransferasi (ChAT), l'enzima che limita la velocità di formazione dell'acetilcolina. Gli estrogeni hanno anche un ruolo nel regolare l'attività del sistema oppioide e stimolano, in maniera diretta, l'espressione di recettori per gli

di Maurizio Orlandella
Presidente Agite

Il Congresso Sigo è, ogni anno, un evento impareggiabile. In primo luogo rappresenta un momento di aggiornamento, anche caotico, ma che permette un'ampia possibilità di scelta a seconda delle proprie necessità formative, con il conforto di esperti nazionali e stranieri. Per molti colleghi territoriali è anche l'occasione di incontrarsi, dopo un anno passato nel proprio studio, ambulatorio o consultorio, confrontandosi con realtà regionali sempre più differenti nelle risorse dedicate, nell'impegno formativo, nelle condizioni di lavoro, nei progetti. Progetti numerosi, che esprimono anche la ricchezza territoriale, ma che richiedono processi sempre più unitari (nazionali) per essere in grado di modificare e innovare i comportamenti clinici, le attività preventive in funzione di migliori outcome per la salute riproduttiva.

Agite a Bari

Al congresso di Bari vi è stata un'ampia considerazione della ginecologia territoriale, testimoniata dall'organizzazione dei due Corsi pregressuali e dal Simposio Agite, ma anche dalla partecipazione a diversi eventi (vedi box) e dal rispetto del nostro ruolo da parte dei due presidenti del Congresso, Sergio Schonauer e Vito Trojano, che ancora ringraziamo. Tutto ciò rappresenta un'ulteriore conferma della validità della scelta della nostra affiliazione ad Aogoi. Nell'ambito dei lavori congressuali, l'attenzione di Agite si è focalizzata su screening e diagnostica delle malattie sessualmente trasmissibili (in particolar modo tra le adolescenti

Maurizio Orlandella



Il sito **www.agite.eu** raccoglierà a breve i documenti del corso sulla sterilità, la monografia sulla sterilità, la monografia sul pavimento pelvico

Ginecologia territoriale

Agite al Congresso Sigo-Aogoi

L'Associazione dei ginecologi territoriali si è fatta portatrice della necessità di progetti nazionali ad hoc per il territorio, come la prevenzione e cura delle malattie a trasmissione sessuale, la diagnostica e terapia di primo livello della sterilità, l'aggiornamento della semeiotica ginecologica e del pavimento pelvico



e le migranti), sterilità di primo livello, coordinamento territorio-ospedale, la semeiotica ginecologica e l'organizzazione dei gruppi di lavoro sul territorio per la ricerca epidemiologica sulla condilomatosi.

Simposio Agite

"Mst: dalla diagnosi alle strategie preventive" questo il titolo e argomento del simposio. Kit di diagnostica ambulatoriale e l'utilizzo di laboratori con metodiche moderne tramite invio del materiale biologico rendono l'ambulatorio il luogo più adatto per portare diffusamente sul territorio la diagnostica delle cervico-vaginiti, con particolare riguardo alla prevenzione, diagnosi precoce e cura della chlamydia - come promozione di screening su base nazionale mirato a ridurre le infiammazioni pelviche gravi, le gravidanze extrauterine, la sterilità da occlusione tubarica. Una delle attività da implementare negli ambulatori pubblici potrebbe essere proprio lo screening della Chlamydia che

vede una prevalenza tra gli adolescenti (nelle esperienze di Torino e Trieste riportate dai relatori) che oscilla dal 6 al 10%. Dati che richiedono un progetto di prevenzione per adolescenti, che oltre alla diagnostica precoce dovrebbe facilitare la sensibilizzazione alla necessità di doppia protezione (Progetto educazione sessuale-Simposio Agite di Torino 2008) da proporre nell'ambito dei progetti "Sigo per Figo" per il territorio, come promozione della fertilità. La buona notizia di un Coordinamento al Consiglio dei Ministri per l'evento Figo 2012, connesso alla promessa della presentazione entro il 2012 di una riflessione complessiva sulle iniziative per la salute della donna, aprono a uno spiraglio di possibile innovazione. E il territorio dovrà essere presente con le sue proposte. Il dopo Sigo 2009 continuerà con un gruppo di lavoro di Smic e Agite per promuovere l'incontro tra operatori territoriali dei Centri adolescenza di varie Regioni, con l'intento, tra l'altro, di riunire tutte le esperienze sulla prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale e delle sue conseguenze. Anche la partecipazione al gruppo di lavoro sul-

Eventi e relazioni Agite nelle sessioni congressuali

- Sterilità: diagnosi e terapia di primo livello territoriale
- Semeiotica ginecologica e del pavimento pelvico
- Prevenzione delle MTS con particolare riguardo alla diagnosi e prevenzione della Chlamydia nelle adolescenti, per i suoi effetti sulla fertilità
- Coordinamento territorio-ospedale
- Confronto tra segretari regionali Aogoi e Agite sui progetti di screening cervicale su base regionale
- Nostro ruolo nel progetto formativo AOGOI - Lorenzini Foundation nella "prevenzione delle malattie non comunicabili"
- Flussi migratori e gravidanza

l'adolescenza promosso da Aogoi-Lorenzini Foundation è un ulteriore elemento di sinergia per dedicare un'attenzione particolare al mondo dell'adolescenza e alle politiche di prevenzione ad hoc.

Corso pregressuale "Gli aspetti preventivo-diagnostici e terapeutici della sterilità di coppia, relativi al 1° livello"

Il coordinamento territorio-centro di Procreazione medicalmente assistita presuppone un counselling comune, linee guida comuni, modalità di invio condiviso. Il corso si è prefigurato la formazione necessaria al ginecologo territoriale per una corretta assistenza sia alla donna che ricerca un figlio che alla donna che intende ritardare la prima gravidanza, che deve essere informata della riduzione della sua capacità riproduttiva. Il Corso ha proposto una flow chart per il primo livello, che dovrebbe diventare competenza di tutti i ginecologi territoriali, anche di coloro che non se ne interessano specificamente. Gli elementi di diagnostica e i trattamenti di primo livello ginecologico e andrologico e il counselling riproduttivo hanno concluso la giornata di lavoro. Agite presenterà a breve una Monografia sulla Sterilità a completamento di un primo periodo di lavoro sul tema. Il progetto sterilità è stato condiviso da dirigenti di più società: Agite, Aogoi, Sios, Sifes.

Corso di "semeiotica ginecologica"

In un corso di aggiornamento, dedicato ai ginecologi partecipanti al progetto di epidemiologia della condilomatosi florida negli ambulatori ginecologici di primo livello, abbiamo proposto un corso per restituire la giusta importanza alla semeiotica, dalla mammella ai casi di violenza sessuale.

La parte di attenzione maggiore è stata rivolta alla semeiotica del pavimento pelvico e alla semeiotica uroginecologica, una nuova urgenza di aggiornamento anche in considerazione del ruolo essenziale del ginecologo nella diagnosi di disfunzione del pavimento pelvico e nell'invio alla riabilitazione. Soprattutto nella presa in carico di pazienti con vulvovaginiti e vestibuliti croniche, cistiti recidivanti, dispareunia, dolore pelvico cronico, ecc.

L'urgenza che si avverte nella ginecologia mondiale, riguardo le esigenze di diagnosi e riabilitazione del pavimento pelvico, valgono soprattutto in Italia, dove la riabilitazione è particolarmente carente. Il lavoro sul pavimento pelvico è condiviso con dirigenti dell'Associazione italiana di urologia ginecologica e del pavimento pelvico (Aiug) e necessita di ulteriori approfondimenti, vista la necessità diffusa di formazione. A completamento della giornata vi è stato un "fuori corso" con un confronto sulla progressiva attivazione dei 30 centri previsti per la raccolta dati finalizzati alla ricerca sui condilomi.

di Carlo Maria Stigliano

I fenomeni involutivi da carenza estrogenica, caratteristici della post-menopausa, a carico del basso tratto genitale, sono spesso causa di disturbi importanti per la salute femminile. Uno dei sintomi più rilevanti è rappresentato dalla secchezza vaginale. Si tratta di una problematica minore, ma comune e con un impatto negativo sulla qualità della vita. È una condizione assai fastidiosa nella donna in menopausa e interessa un numero rilevante di soggetti: circa 4 milioni di donne tra i 50 ed i 65 anni (pari al 60% di questa popolazione) e 4,3 milioni (70%) di over 65. Le donne non ne parlano volentieri; più spesso riferiscono la sintomatologia conseguente (disuria, dispareunia, prurito, bruciore, generico "disagio"). Una non adeguata lubrificazione vaginale determina inoltre disagi nei rapporti sessuali in donne ancora giovani, con inevitabili ripercussioni sui rapporti di coppia. L'utilizzo di farmaci tesi a migliorare l'ecosistema va-

La secchezza vaginale in menopausa

Ciò che le donne (spesso) non dicono

Nel nostro Paese una donna su 3 è vittima di secchezza vaginale, un disturbo intimo che può compromettere la salute femminile e la vita sessuale. Lo sperimentano in totale 13 milioni di italiane e il problema non riguarda solo quelle non più in età fertile ma anche le più giovani: il 30% nella fascia tra i 20-39 anni e il 40% tra i 40-49 anni. I dati sono frutto di una ricerca Aogoi presentata in occasione del Congresso nazionale di Bari

ginale, incrementando la presenza di sostanze eutrofizzanti e lubrificanti, può ottenere la riduzione e addirittura la scomparsa della sintomatologia negativa con miglioramento soggettivo e ripresa della normale attività sessuale. Recentemente alcuni studi clinici hanno suggerito come numerose sostanze

possano agire nel migliorare la sintomatologia legata alla ridotta secrezione vaginale. Tra questi di particolare interesse sono quelli a base di colostro. Uno studio clinico controllato prospettico che ha riguardato soggetti con secchezza vaginale, presentato al recente congresso nazionale Sigo-Aogoi di Ba-

ri, ha messo in evidenza come in donne affette da secchezza vaginale in menopausa, l'uso di una crema vaginale a base di colostro ha consentito un netto miglioramento del quadro clinico e della sintomatologia: il gruppo di controllo registra soltanto il 16.7% dei casi migliorati spontaneamente mentre il

gruppo trattato è migliorato/guarito nell'86.7% del campione. La crema a base di colostro infatti favorisce il ripristino del trofismo della mucosa; inoltre è in grado di ripristinare la normale secrezione vaginale e quindi di ricreare una "normale condizione" che consenta una vita sessuale soddisfacente. L'utilizzo della crema a base di colostro rappresenta dunque una soluzione eccellente ed innovativa del problema "secchezza vaginale" in quanto favorisce le difese locali (IgA), migliora la risposta immunitaria (IgE, IgM, IgG), riesce a modulare i fattori dell'infiammazione (citokine, interleukine), stimola i fattori di crescita locali (IgF1, EGF, TGF-beta), promuovendo l'azione antibatterica/antivirale e stimolando il processo di rigenerazione della mucosa anche in caso di lesioni. Infine, ma non certo meno importante, si tratta di un preparato che contiene sostanze naturali che non alterano l'ecosistema vaginale ma aiutano a ripristinare e mantenere l'equilibrio potenziandone le difese.

di Fabio Parazzini

Il Citomegalovirus (Cmv) è un Herpesvirus molto comune e diffuso in tutto il mondo. Il virus può infettare chiunque e, una volta contratta, l'infezione può rimanere latente nell'organismo per tutta la vita.

Tuttavia, dal punto di vista clinico, l'aspetto più rilevante del problema è l'infezione congenita da cytomegalovirus (CMV), che avviene per trasmissione verticale dalla madre al feto. Si stima che circa il 45 per cento delle donne siano suscettibili all'infezione, mentre il tasso di trasmissione materno-fetale è valutato attorno al 40 per cento.

Le conseguenze fetali dell'infezione possono essere morte o ritardo di crescita endouterina, mentre tra i neonati, quelli che acquisiscono l'infezione, presentano sequele nel 15-25% dei casi.

Nel 2005 uno studio clinico controllato non randomizzato pubblicato sul *New England Journal of Medicine* (Nigro G et al N Engl J Med 2005; 353:1350-62) ha mostrato che il trattamento di donne gravide con immunoglobuline specifiche sia sicuro e prevenga parte delle infezioni neonatali (da 40% a 16% il tasso di trasmissione materno-fetale). Inoltre, in caso di diagnosi di infezione nel bambino, i nati da madri trattate mostravano quadri clinici di mi-

Progetto citomegalovirus

Citomegalovirus sotto osservazione

Continua il progetto Aogoi finalizzato alla sorveglianza epidemiologica prospettica dei casi di infezione da Cmv in gravidanza. 31 casi finora evidenziati in 6 diverse strutture

nor gravità. Risultati che hanno aperto importanti prospettive di prevenzione della trasmissione materno-fetale dell'infezione e di trattamento in caso di infezione fetale.

Al fine di costruire un "registro" dei casi di infezione primaria con CMV in gravidanza Aogoi ha lanciato lo scorso anno un vasto studio epidemiologico su tale problematica

Progetto citomegalovirus (Cmv): obiettivi e disegno

■ Attivare una sorveglianza epidemiologica prospettica dei casi di infezione da Cmv in gravidanza.

■ Studio osservazionale prospettico di tipo coorte

Modalità operative

■ Ogni caso di infezione primaria con Cmv in gravidanza osservato presso i centri partecipanti alla ricerca verrà se-



gnalato, utilizzando una modulistica comune, al Centro di coordinamento.

■ Per ogni caso segnalato si valuterà l'esito della gravidanza (frequenza di infezione nel feto e nel neonato) e, con la collaborazione dei pediatri, il follow-up del bambino a 1 anno.

Modalità di raccolta dati

Tutte le donne eleggibili che daranno il proprio consenso alla ricerca verranno incluse nello studio utilizzando una breve scheda anamnestica. Verranno poi raccolti i dati relativi alle indagini diagnostiche condotte durante il corso della gravi-

danza, l'esito della stessa e lo stato di salute del bambino alla nascita.

Ogni bambino con infezione da CMV verrà poi seguito in accordo alla normale routine clinica fino al compimento del 1° anno di età.

Numerosità

Partecipano al progetto tutti i centri che segnalano un caso di infezione primaria da Cmv in gravidanza e garantiranno un adeguato follow-up della gravidanza e del bambino. Si prevede il reclutamento di circa 40 casi anno.

Stato di avanzamento (ottobre 2009)

Ad oggi hanno aderito allo studio 69 centri. La raccolta dei dati è iniziata nel marzo scorso per un totale di 31 casi reclutati in 6 diversi centri.

Sorveglianza

I centri vengono informati dell'andamento del progetto attraverso regolari newsletter.

■ Il coordinamento è affidato alla segreteria nazionale Aogoi Via G. Abamonti 1, 20129 Milano
Tel. 02.29525380 Fax 02.29525521, e-mail: aogoi@aogoi.it

■ Per maggiori informazioni e adesioni: www.aogoi.it
aogoi@aogoi.it

Responsabilità professionale

Parto vaginale e danno neonatale: spunti di ostetricia forense

Pier Francesco Tropea

Scorrendo la casistica ostetrica degli ultimi anni si può osservare una non rara incidenza di esiti neurologici fetali connessi con un parto distocico espletatosi per via vaginale, cui consegue una denuncia giudiziaria a carico dell'équipe che ha presieduto al parto. Sul piano strettamente giuridico, il primo quesito che si pone concerne la prevedibilità dell'evento dannoso, nel senso che, ai fini della definizione di una colpa medica, è indispensabile dimostrare che l'accaduto era prevedibile attraverso il ricorso agli strumenti a disposizione del medico nel momento storico in cui si è verificato l'evento in questione. Il discorso conduce inevitabilmente a sottolineare l'importanza assunta in epoca recente dagli strumenti diagnostici utilizzati in medicina, tali da consentire una diagnostica raffinata, impensabile se perseguita mediante la tradizionale semiologia clinica. In proposito, è tuttavia doveroso osservare che l'enfaticizzazione delle possibilità offerte dalle apparecchiature diagnostiche di ultima generazione, ha conferito al medico (sotto tale profilo non esente da qualche colpa) un'aura di infallibilità che non sempre corrisponde alle reali possibilità diagnostiche del medico stesso. Ciò vale soprattutto per la diagnostica ostetrica prenatale, nella quale la disponibilità di strumenti tecnicamente assai aggiornati non consente sempre, contrariamente a quanto si pensa presso il pubblico non medico, una precisa definizione di quadri patologici di lieve entità o l'esatta misurazione dei diametri del feto, tale da permettere la scelta della modalità del parto in funzione delle dimensioni fetali.

Pertanto, in tutti i casi in cui si verifica un handicap neonatale conseguente ad un parto vaginale, l'opinione corrente attribuisce all'ostetrico la colpa di non aver definito per tempo e con esattezza dimensioni e/o posizione intrauterina del feto e conseguentemente di non aver optato per l'esecuzione di un taglio cesareo. Non dimentichiamoci, a tal proposito, che, nel caso di una denuncia giudiziaria ri-

■ In tutti i casi in cui si verifica un handicap neonatale conseguente a un parto vaginale l'opinione corrente attribuisce all'ostetrico la colpa di non aver definito per tempo e con esattezza dimensioni e/o posizione intrauterina del feto, e conseguentemente di non aver optato per l'esecuzione di un taglio cesareo. Ma la pur raffinata diagnostica ostetrica prenatale è davvero sempre in grado di fornire una precisa definizione di quadri patologici di lieve entità o l'esatta misurazione dei diametri del feto, tale da permettere la scelta della modalità del parto in funzione delle dimensioni fetali?



volta contro un ostetrico a causa di un danno neonatale, il primo quesito rivolto ai periti da parte del giudice concerne i motivi del mancato ricorso al taglio cesareo in alternativa al parto vaginale. E tutto ciò, in un clima generale di aperta accusa nei confronti degli ostetrici in relazione all'immotivato aumento dei tagli cesarei che ha posto l'Italia ai primi posti nella classifica mondiale dei vari Paesi per numero di parti addominali.

La valutazione ecografica del peso fetale

Non è inutile analizzare ancora una volta le reali possibilità diagnostiche che l'ostetrico possiede per valutare con la maggiore esattezza possibile le dimensioni del feto, adottando la strategia terapeutica più adeguata nel caso specifico, in tal modo garantendosi dall'eventualità di un possibile danno neonatale connesso con l'espletamento del parto.

La possibilità di valutare ecograficamente, attraverso la misurazione dei diametri, il peso fetale in utero è a tutti nota, ma pochi sanno, tra i non addetti ai lavori, che tale valutazione prevede

di per sé uno scarto del 20% in più o in meno rispetto alla cifra calcolata e soprattutto che a termine di gravidanza la stima del peso fetale non è più così attendibile come nelle precedenti epoche della gestazione. In particolari circostanze, come nel caso di una presentazione fetale anomala, la previsione ecografica del peso del feto può risultare particolarmente ardua e quindi fallace rispetto alla realtà dei fatti. A fronte di ciò, è molto frequente constatare che la coppia, a nascita avvenuta, segnala l'errata stima prenatale del peso del feto, attribuendo magari all'ostetrico la colpa di aver omesso di praticare un taglio cesareo o, più raramente, di avervi fatto immotivatamente ricorso, in alternativa a un parto naturale del tutto praticabile.

La giurisprudenza corrente: il caso

In genere, un contenzioso giudiziario nasce dalla constatazione di una lesione prodottasi nel feto in coincidenza con il parto espletato per via vaginale, con particolare riguardo alla paralisi ostetrica di un arto del feto conseguente ad una distocia di

spalla. Tale evento patologico evoca l'esistenza di una macrosomia fetale, quale causa di una difficoltà nel disimpegno del corpo fetale e quindi l'eventuale colpa dell'ostetrico per la mancata previsione della macrosomia suddetta. Su questa linea sembra muoversi la giurisprudenza corrente, come dimostra la lettura di una recente sentenza della Corte di Cassazione (Cass. Pen. Sez. 4°, n. 716, aprile 2008), che ha confermato la condanna, già espressa nei due gradi di giudizio di merito, per un ostetrico ritenuto colpevole di aver provocato una paresi di un arto fetale in un caso di distocia di spalla. La colpa del sanitario si è essenzialmente basata sulla mancata valutazione ecografica del peso fetale presso il termine della gestazione, tale omissione non avendo consentito all'ostetrico, a parere dei giudici, una diagnosi di macrosomia fetale, atteso che alla nascita il peso del neonato risultò essere di 4900 g.

Sul punto, apparve chiara ai magistrati l'esistenza di un nesso di causalità tra condotta ed evento, nel senso che la distocia di spalla fu in tutta evidenza riconducibile alla macrosomia fetale, la

cui precisazione diagnostica prenatale era stata omessa dall'ostetrico. Questo elemento venne considerato determinante in sede di giudizio, sebbene il perito d'ufficio avesse dichiarato che, in corso di travaglio avanzato, come nel caso in esame, ove non esistano precise controindicazioni, sia da preferire il parto vaginale a quello addominale e ciò sotto il profilo della maggiore morbilità materna e fetale che caratterizza il taglio cesareo rispetto al parto naturale. Anche il dato dei precedenti parti vaginali della paziente in questione, che avevano consentito la nascita spontanea di feto del peso di 4200 g (il che permette di valutare a posteriori la regolare pervietà del bacino materno) ha rappresentato un elemento aggravante per l'ostetrico il quale, secondo i giudici, avrebbe dovuto a maggior ragione prevedere la possibilità dell'esistenza di un feto di dimensioni superiori alla norma e quindi ricorrere con maggiore frequenza agli opportuni controlli ostetrici, in realtà omessi.

Macrosomia e distocia di spalla: alcune considerazioni

Un'attenta lettura della sentenza in oggetto consente, a nostro giudizio, alcune considerazioni di non trascurabile interesse sia clinico che medico-legale.

Il dato della macrosomia fetale è in tal caso indiscutibile, tale da non suscitare un'eventuale difformità di opinioni derivante dalla diversa valutazione del limite ponderale (che per la letteratura è di 4500 g, ma per altri autori è di 4000 g), oltre il quale è lecito parlare di macrosomia del feto. Nel nostro caso, le dimensioni del neonato, il cui peso alla nascita risultò di 4900 g, avrebbe dovuto suscitare il sospetto clinico di una macrosomia, prima ancora di procedere a una valutazione ecografica, sotto tal profilo discutibile. Infatti, contrariamente a quanto affermato negli atti del giudizio, è noto che una valutazione ecografica del peso fetale può risultare, come più sopra accennato, imprecisa e quindi scarsamente utilizzabile nella realtà clinica.

Pertanto, lascia perplessi l'addebito mosso all'ostetrico di non aver valutato ecograficamente presso il termine di gravidanza le dimensioni del feto accertandone la macrosomia, atteso che, a parte la validità delle considerazioni già esposte, non è prevista dai protocolli elaborati dalla Società Nazionale di Ecografia Ostetrico-Ginecologica l'esecuzione di un'ecografia a tale epoca di gravidanza, ad eccezione

► Segue a pagina 30

Medici over 65 e contribuzione per i redditi libero-professionali

I pensionati devono pagare il tributo previdenziale per la libera professione

Carmine Gigli

Presidente Fesmed

La scorsa estate l'Inps ha inviato a molti medici pensionati ultrasessantacinquenni un avviso di messa in mora per mancata contribuzione previdenziale alla Gestione separata Inps relativamente ai proventi della libera professione.

La richiesta è scaturita dal fatto che i ricavi dell'attività lavorativa, compresa la libera professione, sono soggetti per legge al prelievo contributivo previdenziale, che l'Inps richiede nella misura del 17%. Normalmente ai medici dipendenti non viene richiesto tale obbligo contributivo perché i loro redditi sono assoggettati alla contribuzione previdenziale obbligatoria all'Enpam, certamente più conveniente perché prevista nella misura ridotta del 2%, oppure nella misura intera del 12,50%. Con questo versamento i medici dipendenti assolvono ogni obbligo contributivo, previsto dalla legge ai fini previdenziali, relativamente ai proventi della libera professione.

Al compimento del 65esimo anno la normativa Enpam prevedeva che per il medico cessasse l'obbligatorietà della contribuzione previdenziale al Fondo generale e solo a domanda poteva continuare, sino al compimento del 70esimo anno di età, la contribuzione sia della quota A (contributo fisso pagato con cartella esattoriale) che della quota B (contribuzione legata agli introiti da libera professione).

La cessazione della richiesta di contribuzione previdenziale da

■ La cessazione della richiesta di contribuzione previdenziale da parte dell'Enpam, al compimento del 65esimo anno, ha tratto in inganno molti medici pensionati i quali non hanno più versato i contributi per i redditi libero professionali alla quota B del Fondo di previdenza generale dell'Enpam e, non avendolo mai fatto in precedenza, neppure alla Gestione separata dell'Inps, che per tale motivo li ha messi in mora per mancata contribuzione previdenziale. Ecco le soluzioni proposte dall'Enpam



parte dell'Enpam, al compimento del 65esimo anno, ha tratto in inganno molti medici pensionati, i quali non hanno più versato i contributi alla quota B del Fondo di previdenza generale dell'Enpam e non avendolo mai fatto in precedenza,

non hanno provveduto a versare neppure il contributo alla Gestione separata dell'Inps. Per tale motivo sono stati messi in mora dalla stessa Inps per mancata contribuzione previdenziale e di conseguenza, sono stati richiesti loro i versamenti per i ri-

tardati o omessi pagamenti, con gli interessi e le penali.

Le soluzioni proposte dall'Enpam

Il Consiglio di Amministrazione dell'Enpam, con delibera n. 53 del 25 settembre u.s., visto il quadro giuridico di riferimento e al fine di evitare possibili contenziosi con la Gestione Separata Inps, ha proceduto all'abolizione dell'esonero contributivo per i pensionati del Fondo che proseguono nell'esercizio dell'attività. Quindi, in caso di produzione di reddito imponibile presso la "Quota B" del Fondo di previdenza generale Enpam, il medico pensionato potrà continuare a versare il relativo contributo previdenziale nella misura ridotta del 2%, salva espressa opzione di pagamento nella misura intera del 12,50%. Tale reddito dovrà essere dichiarato all'Enpam tramite il modello D recapitato ogni anno al domicilio dell'iscritto. La modifica regolamentare attualmente al vaglio dei Ministeri vigilanti per la prescritta approvazione, esplicherà i propri effetti solo per il futuro, non interessando le annualità pregresse.

Per quanto riguarda il passato, con delibera n. 46 del 24 luglio u.s., l'Enpam ha riconosciuto ai pensionati ultrasessantacinquenni la facoltà di presentare, fino

al 31 dicembre 2009, l'istanza di conservazione dell'iscrizione al Fondo e la relativa opzione per l'aliquota contributiva (2% o 12,50%), con riferimento ai compensi per i quali non siano decorsi i termini prescizionali di legge, ovvero per i redditi prodotti negli anni 2004 - 2008. A tal fine è stato anche predisposto un apposito modello scaricabile dal sito dell'Enpam (www.enpam.it).

Con la riammissione alla contribuzione all'Enpam, da parte dei medici pensionati, possibile fino al 31 dicembre 2009, si permetterebbe a coloro che hanno percepito redditi da libera professione, negli anni 2004-2008, di versare il contributo all'Enpam e di non versare alcunché all'Inps, poiché l'obbligo contributivo alla Gestione separata Inps non scatta per i redditi già assoggettati ad altro titolo a contribuzione previdenziale obbligatoria (art. 6 Dm 2 maggio 1996, numero 281).

Com'era logico attendersi, l'Inps si oppone a questa soluzione e per il momento questa procedura messa a punto dall'Enpam per risolvere il problema che sta interessando non pochi colleghi non sembra percorribile. Non è neanche escluso che, pur versando all'Enpam il contributo per i redditi da libera professione, percepiti negli anni 2004-2008, non si debba egualmente pagare all'Inps, per gli stessi redditi, il contributo previdenziale del 17%. A tale proposito è opportuno ricordare che per la legge Biagi, indipendentemente dall'età, gli introiti per il lavoro occasionale superiori ai 5mila euro annuali implicano l'iscrizione alla gestione separata dell'Inps.

■ Per ulteriori informazioni, e prima di decidere se presentare la citata istanza di conservazione dell'iscrizione al Fondo per gli anni 2004-2008, con la relativa opzione per l'aliquota contributiva (2% o 12,50%), i colleghi interessati possono contattare il Servizio Accoglienza Telefonica dell'Enpam ai seguenti numeri: tel. 06.48.29.48.29; fax 06.48.29.44.44.

Partecipa al Forum sull'aumento dei tagli cesarei su www.ginecologiaforense.it

Lo scorso 10 giugno 2009, nella seduta che il Senato della Repubblica ha dedicato alla discussione delle mozioni sul parto cesareo, tra l'altro, è stato sostenuto che in Italia "i dati ufficiali sulle nascite con taglio

cesareo indicano una percentuale nazionale pari al 38,3%, superiore a quella della media europea e degli Stati Uniti: ciò impone una riflessione in ordine ai fattori che spiegano tale fenomeno e che devono essere

rinvenuti in campo clinico, sociale e sanitario". Ed inoltre: "tale prassi consolidata non dipende da motivi clinici bensì dalla paura del dolore, dall'erronea convinzione delle donne che si tratti di una tecnica meno

rischiosa del parto naturale e dalla tendenza dei medici ad assecondare tale preferenza per motivi di comodità. In particolare nelle strutture sanitarie private, il parto cesareo è privilegiato perché è programmabile ed è rimborsato in misura maggiore". Condividi questa chiave di lettura per il fenomeno dell'aumento dei Tagli Cesarei? Sul sito

www.ginecologiaforense.it è stato aperto un forum su questo argomento riservato esclusivamente ai soci Aogoi. Se vuoi esprimere la tua opinione collegati al sito e invia il tuo messaggio oppure rispondi ad uno dei messaggi inviati dai colleghi.

Il gruppo operativo M.A.M.M.A. AOGOI

Fatti & Disfatti

di Carlo Maria Stigliano



La ricreazione è finita

La figura e il ruolo del ginecologo hanno subito profondi mutamenti nel corso dei secoli: dall'angelo annunciatore dello stato di gravidanza, immortalato in tanti celebri dipinti e consacrato nella religione cristiana, alla figura di cerusico a metà strada tra scienza e magia; era l'uomo che portava la vita, che sorvegliava il benessere delle donne, il loro essere elemento centrale di quel meraviglioso e magico atto che è la riproduzione. E proprio come medico delle donne si affermò sempre più divenendo nel tempo il depositario del mistero della vita e della procreazione, ma anche il discreto custode della femminilità. Ad esso si rivolgevano coppie che non riuscivano ad avere prole ma anche mariti con problemi legati... al talamo; fanciulle affette da disturbi del ciclo mestruale e matrone alle prese con le caldane menopausali.

Il ginecologo era colui che interveniva su chiamata della levatrice quando il parto era difficile, ma anche il medico che con i modesti mezzi di cui disponeva tentava con alterne fortune di guarire o almeno di alleviare i disturbi legati all'apparato genitale femminile. Il parto nel tempo veniva considerato un evento comunque gravato da rischi capaci di compromettere la salute o addirittura la vita della gravida, oltre che del bambino che ella portava in grembo: per questo la nascita era evento sempre straordinario e gioioso quando andava a buon fine; allora non era dato conoscere il sesso del nascituro e quindi il classico "è un maschio" in altri tempi voleva con enfasi sottolineare l'arrivo di nuova risorsa per la famiglia in epoche in cui le donne erano relegate in ruoli subalterni. La consapevolezza del rischio legato al parto era tale che le donne vivevano con ansia e preoccupazione l'attesa di quell'evento, per giunta gravato dal dolore fisico, subito con stoica e religiosa accettazione. Poi arrivarono gli antibiotici, gli analgesici, si perfezionò l'anestesia e quindi le tecniche, i mezzi e i farmaci per un parto sempre meno pericoloso e a ciò corrispose una diminuzione drastica della

Il parto: evento naturale, "semplice", come noi stessi abbiamo accettato che fosse considerato... ma guai se qualcosa va storto! A furia di ripetere che tutto è semplice, che la scienza consente tutto, che i rischi sono praticamente inesistenti, oggi troviamo difficile spiegare che esistono eventi negativi imprevedibili e rischi prevedibili e purtroppo non completamente eliminabili. Oggi nessuno è disposto ad accettare che di parto si possa morire

mortalità materna e fetale per gravidanza e parto.

Ieri e oggi: "glorie" e amarezze

E oggi chi è il ginecologo? È pur sempre il medico delle donne ma ha in gran parte perduto quell'aureola di fascino e di mistero che circondava la sua professione. La figura ha indubbiamente subito grandi cambiamenti nell'ultimo secolo: un tempo un valoroso quanto generico medico condotto salvava, dopo un lungo e pericoloso travaglio e un parto a dir poco avventuroso in un casolare di campagna, puerpera e neonato, mentre il neo-papà attendeva trepidante fuori dalla stanza; poi si è passati alla sala d'attesa delle cliniche e degli ospedali dove, tra un discreto numero di cicche di sigarette, si aggiravano, tentando di farsi coraggio reciprocamente, aspiranti padri in attesa del fatidico: "è nato"! Oggi in molte strutture i padri assistono alla nascita dei propri figli direttamente nella sala parto, il sesso del nascituro è ben noto sin dalle prime settimane di gestazione e dunque l'evento parto ha perduto gran parte del suo fascino e del suo mistero. Tutti sanno tutto sulla gravidanza e sul parto, tutti si sentono in grado di valutare, giudicare e suggerire su che fare anche in sala parto! E il ginecologo - uomo o donna che sia - è il bravo e "onesto" medico quando, tutto sommato "senza grande impegno", ha semplicemente "assistito" ad un evento naturale per il quale sarebbe stato sufficiente il lavoro dell'ostetrica; ma guai se qualcosa nell'evento naturale dovesse andare storto: allora scatta la denuncia, si domanda perché si è atteso ad effettuare un "magico" e



risolutore taglio cesareo, si afferma con certezza che il ginecologo ha sicuramente sbagliato! E quindi: si chiede giustizia, il ginecologo "deve" pagare, egli non poteva non agire per il meglio, ha commesso "ovviamente" un grave errore, forse finanche in malafede! Così inizia un terribile calvario: l'avviso di garanzia che l'unica cosa che sicuramente garantisce è la prima pagina del giornale locale per l'opportuna gogna mediatica; gli avvocati, il magistrato, i periti d'ufficio che spesso nulla sanno delle difficoltà di una sala parto, il linciaggio, il disagio dei colleghi, la sospensione dal lavoro, le commissioni d'inchiesta prontamente nominate dalle Asl e dall'altra parte un professionista che si sente accerchiato, aggredito, frustrato per non poter gridare la sua verità, il tormento di decisioni magari anche errate ma prese sotto la spinta e con la concitazione per eventi a volte repentini e drammatici! E la sua famiglia? Nessuno ci pensa a questa famiglia, che ha solo la colpa (grave?) di avere un congiunto che ha scelto la specializzazione medica forse sbagliata?

Due risposte a un solo "perché?"

Ma come si è giunti a questo alterato rapporto tra società e ginecologi, così teso che basta anche la presunta evenienza di un errore (il più delle volte poi documentatamente inesistente) per scatenare una tale mole di controversie giudiziarie? Due a parer mio le cause di tanto disastro: la prima dovuta alla smania di noi ginecologi di banalizzare ogni atto della nostra professione sottacendo sempre i rischi comunque connessi con interventi e operazioni non certo semplici. Chi di noi dice alla gravida che ha in cura che in relazione al parto esiste tutta una serie di rischi ben previsti e codificati, seppur poco frequenti? Chi informa realmente la donna e i suoi congiunti delle statistiche (che non sono invenzioni maligne degli epidemiologi) sulla mortalità materna e neonatale anche nei Paesi industrializzati? Chi parla di una attesa purtroppo di mortalità materna per gravidanza e parto di 1 donna ogni 100 mila nati vivi nei Paesi evoluti, non nel Terzo Mondo, dove le cifre ahimè sono ben altre? Chi di noi, al di là del formale (inutile?) consenso informato, non tende a sminuire le pur presenti eventualità negative ("ma non è mai successo nulla...!")? Indurre quindi la facile e assurda certezza che mai nulla di negativo può accadere è la premessa per la stupita e indignata reazione degli interessati all'eventuale evento avverso! Seconda causa: l'evidentemente infondata convinzione che il parto, evento naturale, come tale non può che avere un esito naturalmente positivo! Tutti sanno, tutti consultano internet, noi non informiamo realmente sui rischi naturalmente presenti nell'evento parto, dunque è inevitabile che sembri impossibile e delittuoso che qualcosa possa non andare per il verso giusto, dimenticando che non esiste alcuna attività umana nella quale non si possa verificare un errore o una congiuntura sfavorevole anche senza colpe! Non dice forse la gente che nell'epoca dei computer, in cui tutto è programmabile e prevedibile, è inaccettabile che un

evento naturale come il parto, per altro "semplice", come noi stessi abbiamo accettato che fosse considerato, vada poi a finir male? A furia di ripetere che tutto è semplice, che la scienza consente tutto, che i rischi sono praticamente inesistenti, oggi troviamo difficile spiegare che esistono eventi negativi imprevedibili e rischi prevedibili e purtroppo non completamente eliminabili, perché la perfezione non è di questo mondo e men che mai di questa specialità medica! Oggi nessuno è disposto ad accettare che di parto si possa morire ma invece mette nel conto che anche un breve viaggio in auto possa essere funestato da un incidente anche mortale: è l'imponderabile, si dice. "Non è facile. No!" È questa la realtà: a ripetere che andrà sempre tutto bene (il che poi non è!) abbiamo finito per mortificare la nostra professione cancellando quanto di umana capacità sia indispensabile, quanto difficile sia a volte decidere, quanto possibile sbagliare. E in più, quanto spesso il comprensibile errore possa sembrare agli occhi increduli di chi ritiene la medicina una scienza perfetta, una madornale e inescusabile colpa. E tutto ciò vale ovviamente per tutta la nostra attività chirurgica e non. Le conseguenze sono sotto i nostri occhi: se è tutto semplice che ci vuole a fare il ginecologo? I nostri Drg sono sempre più sottovalutati, le nostre attività professionali sempre meno remunerate. Non lo abbiamo detto noi che erano cose semplici, che si potevano fare agevolmente dappertutto, che non c'erano rischi? E i periti naturalmente si adeguano, dandoci la croce addosso! Forse sarebbe necessario un qualche ripensamento: la nostra non è una professione semplice e le nostre attività richiedono grande impegno, grande competenza e sono gravate da importanti e perduranti rischi per la vita e la salute delle pazienti. Proviamo onestamente e correttamente a ricominciare, spiegando bene come stanno le cose. A tutti. La ricreazione è finita!

GASLINI

Inaugurato nuovo reparto di neonatologia

■ Il 30 settembre 2009 è stato inaugurato, presso il prestigioso Istituto Giannina Gaslini di Genova, da sua Eminenza il Cardinale Angelo Bagnasco, presidente della Cei, il nuovo reparto di "Patologia e Terapia Intensiva Neonatale" diretto dal Prof. Gianni Serra. Presenti alla cerimonia le massime cariche dell'Istituto, il commissario straordinario Vincenzo Lorenzelli, il direttore generale Antonio Infante e il presidente Aogoi Giovanni Monni e gli altri operatori del Gaslini. L'inaugurazione del reparto è stata preceduta dal Congresso "Diagnosi Prenatale e Patologia Fetale" con relatori e moderatori esperti di Medicina Perinatale provenienti da tutta l'Italia. In particolare il tema Diagnosi Prenatale e Patologia Fetale è stato affrontato da Pierangela De Biasio, socia Aogoi e responsabile della Diagnosi Prenatale dell'Istituto G. Gaslini, che si occupa insieme al suo gruppo (Pastorini, Bertoldi, Buffi e Vaccari) e agli altri specialisti dell'Istituto (chirurgo pediatra Iasonni, neonatologo Serra, intensivista rianimatore Tuo, cardiologo Marasini, infettivologo Cristina), del management delle patologie malformative fetali e neonatali.



Il Cardinal A. Bagnasco, presidente della CEI e il presidente Aogoi Giovanni Monni all'inaugurazione del nuovo reparto di "Patologia e Terapia Intensiva Neonatale" Gaslini di Genova

A destra

Il presidente della Regione Sardegna Ugo Cappellacci, il senatore Cesare Corsi, la presidente del TAR Rosetta Panunzio, il procuratore della Repubblica Mario D'Onofrio e il presidente Aogoi Giovanni Monni



In basso

I presidenti del Convegno: Antonio Rubattu, Giovanni Monni, Renato Lai, Giovanni Urru

AOGOI SARDEGNA Vino e alcol in Ostetricia e Ginecologia

Ad Arzachena, a pochi minuti da Porto Cervo, in mezzo a imponenti graniti e olivastri millenari si è svolto il 6-7 Novembre 2009 l'interessante Convegno Regionale Aogoi organizzato dai Presidenti Vittorio Renato Lai, Giovanni Monni, Antonio Rubattu, Giovanni Urru e coordinato dai Segretari regionali Aogoi, dal tema "Vino e Alcol in Ostetricia e Ginecologia". Il Convegno si è tenuto nelle eleganti cantine Surrau che con il loro vini bianchi e rossi hanno avuto numerosi riconoscimenti e premi nazionali e internazionali. Oltre 300 partecipanti fra ginecologi e ostetriche hanno potuto ascoltare da illustri docenti e moderatori gli effetti positivi e negativi del prodotto caro a Bacco



in ostetricia e ginecologia. Particolarmente seguite, tra vari wine break e cibi galluresi, sono state le letture di Enzo Biondo, Accademico del vino, Antonio Cao, MA. Rustico, E. Ferrazzi, M.A. Zoppi, G. Cau, G. Urru, A. Rubattu, G. Cuttillo, P.L. Cherchi, V. Caredda, L. Mannu, M.G. Frigo, E. Coccollone, C. Gigli, S. Fratta, R. Lai. Altrettanto interessanti le problematiche sociali e giuridiche trattate dai magistrati G. Pisotti, M. D'Onofrio, R. Panunzio, R.

Commissione Industria, Commercio e Turismo del Senato, con il Presidente della Regione Sardegna Ugo Cappellacci, con i Sindaci di Arzachena e di Olbia di con altri onorevoli e parlamentari. L'arguto F. Sirimarcio, Segretario Nazionale della Sigo, con la sua interessante e brillante lettura su "Birra, vino e alcool: afrodisiaci o sedativi?" ha dato l'appuntamento a tutti per la prossima "vendemmia 2010" sempre nelle eleganti cantine Surrau.

Gyno-Canesten®

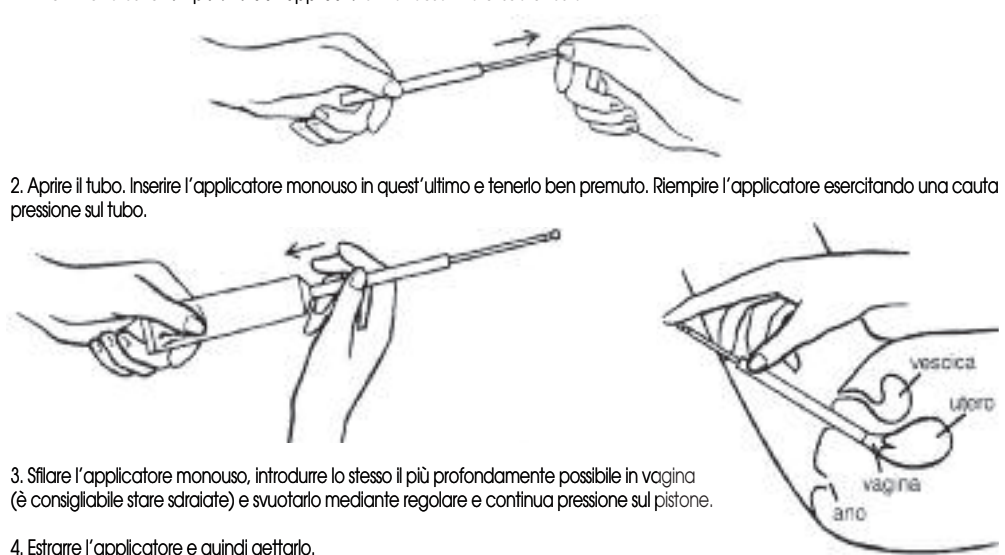
Riassunto delle caratteristiche del prodotto

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE. GYNO-CANESTEN 2% crema vaginale. GYNO-CANESTEN 100 mg compresse vaginali. **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA.** GYNO-CANESTEN 2% crema vaginale. 5 g di crema vaginale contengono: **Principio attivo:** clotrimazolo 100 mg. **GYNO-CANESTEN 100 mg compresse vaginali.** Una compressa vaginale contiene: **Principio attivo:** clotrimazolo 100 mg. Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere sezione 6.1. **3. FORMA FARMACEUTICA.** Crema vaginale. Compresse vaginali. **4. INFORMAZIONI CLINICHE.** **4.1. Indicazioni terapeutiche.** Gyno-Canesten crema vaginale e compresse vaginali si usano per il trattamento di: **infezioni vulvo-vaginali sostenute da Candida**, con sintomi localizzati quali: prurito, leucorrea, arrossamento e sensazione di gonfiore della mucosa vaginale, bruciore al passaggio dell'urina. Gyno-Canesten crema si usa anche per: **vulviti e balaniti da Candida**. **4.2. Posologia e modo di somministrazione.** Le compresse o la crema vanno introdotte il più profondamente possibile in vagina ed a tale scopo la paziente dovrà assumere la posizione supina a gambe lievemente piegate. Il trattamento dovrebbe essere opportunamente iniziato e concluso nel periodo intermestruale. **GYNO-CANESTEN 2% crema vaginale.** Salvo diversa prescrizione medica, si somministra giornalmente, e cioè alla sera per 3 giorni consecutivi, introducendo il contenuto di un applicatore (5 g circa) profondamente in vagina. Se necessario può essere effettuato un secondo trattamento di 3 giorni. In caso di vulvite o balanite da Candida, il trattamento dovrebbe protrarsi per 1-2 settimane. Inoltre, si consiglia l'applicazione di Gyno-Canesten crema esternamente, sulla zona perineale sino alla regione anale. Ciò si esegue applicando in loco la crema in strato sottile 2-3 volte al giorno e facendola penetrare con lieve movimento. Allo scopo di evitare una reinfezione, in particolare in presenza di vulvite o balanite da Candida, il partner deve essere contemporaneamente trattato localmente (glande e prepuzio). **GYNO-CANESTEN 100 mg compresse vaginali.** Una compressa la sera per sei giorni consecutivi (vedere sezione 6.6), oppure all'occorrenza si può attuare la posologia di 2 compresse la sera prima di coricarsi, per 3 giorni consecutivi. Nelle forme croniche recidivanti, la posologia giornaliera può essere aumentata a 2 compresse vaginali la sera, per un periodo di 6-12 giorni. Inoltre, si consiglia l'applicazione di Gyno-Canesten crema esternamente, sulla zona perineale sino alla regione anale. Ciò si esegue applicando in loco la crema in strato sottile 2-3 volte al giorno; si consiglia anche, soprattutto in caso di vulvite da Candida, il contemporaneo trattamento locale del partner (glande e prepuzio) con Gyno-Canesten crema. Perché Gyno-Canesten compresse si dissolvano completamente è necessario che la vagina presenti un adeguato grado di umidità. Altrimenti, potrebbe verificarsi la fuoriuscita di frammenti non dissolti della compressa. Per evitare ciò, è importante che il medicinale venga inserito il più profondamente possibile in vagina al momento di coricarsi. Se, nonostante tale precauzione, la compressa dovesse non dissolversi completamente nell'arco di una notte, si dovrà prendere in considerazione l'impiego della crema vaginale. **4.3. Controindicazioni.** Ipersensibilità al principio attivo, all'alcool cetostearilico (Gyno-Canesten crema) o ad uno qualsiasi degli eccipienti. **4.4. Avvertenze speciali e opportune precauzioni d'impiego.** Gyno-Canesten può ridurre l'efficacia e la sicurezza dei prodotti a base di lattice, come preservativi e diaframmi. L'effetto è temporaneo e si verifica solo durante il trattamento. L'impiego, specie se prolungato, di prodotti per uso topico, può dare origine a fenomeni di sensibilizzazione. In tal caso, è necessario interrompere il trattamento e adottare idonee misure terapeutiche. L'alcool cetostearilico contenuto nella crema può provocare reazioni cutanee locali (es. dermatite da contatto). **4.5. Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione.** Nessuna nota. **4.6. Gravidanza ed allattamento.** Sebbene non siano stati effettuati studi clinici controllati nelle donne in gravidanza, le indagini epidemiologiche indicano l'assenza di effetti dannosi del trattamento con Gyno-Canesten sulla madre e sul bambino. Tuttavia, come per tutti i farmaci, nel primo trimestre di gravidanza il prodotto va somministrato solo in caso di effettiva necessità e sotto il diretto controllo del medico. In caso di infezione vaginale da Candida, nelle ultime 4-6 settimane di gestazione va opportunamente eseguito un ciclo di cura, con l'intento di bonificare il canale genitale materno, onde evitare i frequenti casi di candidosi neonatale. In tal caso, si dovrebbe effettuare il trattamento, sotto il diretto controllo medico, con Gyno-Canesten compresse, in quanto utilizzabili senza applicatore. **4.7. Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari.** Non è stato osservato alcun effetto sulla capacità di guidare o di usare macchinari. **4.8. Effetti indesiderati.** Gli effetti indesiderati, classificati per organi ed apparati, sono: organismo nel suo complesso: reazione allergica (sincopo, ipotensione, dispnea, disturbi gastrointestinali), dolore. Cute e annessi: prurito, eruzione cutanea. **4.9. Sovradosaggio.** Non sono riscontrabili nella letteratura segnalazioni di effetti tossici del clotrimazolo riferibili ad iperdosaggio. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE.** **5.1. Proprietà farmacodinamiche.** Categoria farmacoterapeutica: antimicotico per uso topico, appartenente al gruppo dei derivati imidazolici. Codice ATC: G01AF02. **Meccanismo d'azione.** Il clotrimazolo agisce contro i funghi mediante inibizione della sintesi dell'ergosterolo. L'inibizione della sintesi dell'ergosterolo provoca una compromissione strutturale e funzionale della membrana citoplasmatica. **Effetti farmacodinamici.** Il clotrimazolo ha un ampio spettro d'azione antimicotica in vitro ed in vivo, che comprende dermatofiti, lieviti, muffe, ecc. In appropriate condizioni sperimentali, i valori di MIC per questi tipi di funghi sono nell'intervallo inferiore a 0,062-4 µg/ml di substrato. Il meccanismo

d'azione del clotrimazolo è fungistatico o fungicida in relazione alla sua concentrazione nella sede d'infezione. L'attività in vitro è limitata agli elementi fungini proliferanti; le spore fungine sono solo leggermente sensibili. In aggiunta alla sua attività antimicotica, Gyno-Canesten agisce anche su *Trichomonas vaginalis*, microrganismi gram-positivi (*Streptococchi* / *Stafilococchi*) e microrganismi gram-negativi (*Bacteroides* / *Gardnerella vaginalis*). In vitro, il clotrimazolo inibisce la moltiplicazione dei *Corynebatteri* e dei *cocchi* gram-positivi - con l'eccezione degli *Enterococchi* - in concentrazioni di 0,5-10 µg/ml di substrato ed esercita un'azione tricomonocida a 100 µg/ml. Le varianti primariamente resistenti di specie fungine sensibili sono molto rare; lo sviluppo di una resistenza secondaria da parte di funghi sensibili è stata finora osservata solo in casi veramente isolati, in condizioni terapeutiche. **5.2. Proprietà farmacocinetiche.** Gli studi farmacocinetici dopo applicazione cutanea e vaginale hanno evidenziato che viene assorbita solo una piccola parte del clotrimazolo (rispettivamente il 3% e dal 3 al 10% della dose). A causa della rapida trasformazione epatica del clotrimazolo assorbito in metaboliti privi di attività farmacologica, le risultanti concentrazioni plasmatiche di picco sono inferiori a 10 ng/ml; a seguito di applicazione intravaginale infatti, il clotrimazolo non dà luogo ad effetti sistemici misurabili o ad effetti indesiderati, se non in casi eccezionali. **5.3. Dati preclinici di sicurezza.** I dati preclinici rivelano assenza di rischi per gli esseri umani sulla base di studi convenzionali di tossicità per somministrazioni singole e ripetute, genotossicità e tossicità riproduttiva. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE.** **6.1. Elenco degli eccipienti.** GYNO-CANESTEN 2% crema vaginale. Sorbitano stearato, polisorbato 60, cetil palmitato, alcool cetostearilico, ottildodecanolo, alcool benzilico, acqua depurata. **GYNO-CANESTEN 100 mg compresse vaginali.** Lattosio monoidrato, amido di mais, magnesio stearato, silice colloidale anidra, calcio lattato pentaidrato, crospovidone, acido lattico, ipromellosa, cellulosa microcristallina. **6.2. Incompatibilità.** Non sono segnalati in letteratura fenomeni di incompatibilità del clotrimazolo con altri farmaci. **6.3. Periodo di validità.** GYNO-CANESTEN 2% crema vaginale 3 anni. GYNO-CANESTEN 100 mg compresse vaginali 4 anni. **6.4. Speciali precauzioni per la conservazione.** GYNO-CANESTEN 2% crema vaginale. Nessuna speciale precauzione per la conservazione. GYNO-CANESTEN 100 mg compresse vaginali. Nessuna speciale precauzione per la conservazione. **6.5. Natura e contenuto del contenitore.** GYNO-CANESTEN 2% crema vaginale. Tubo di alluminio internamente protetto con resine epossidiche. Tubo da 30 g di crema vaginale con 6 applicatori monouso. GYNO-CANESTEN 100 mg compresse vaginali. Blister di PVC/Alluminio. 12 compresse. **6.6 Istruzioni per l'uso e la manipolazione.** GYNO-CANESTEN 2% crema vaginale. L'applicatore va usato una sola volta e quindi gettato al fine di evitare possibili reinfezioni.

Crema vaginale

1. Innanzi tutto estrarre il pistone dall'applicatore monouso fino al suo arresto.



GYNO-CANESTEN 100 mg compresse vaginali. Dopo aver lavato accuratamente le mani, introdurre la compressa vaginale direttamente con il dito il più profondamente possibile in vagina (il modo migliore è con la paziente sdraiata sul dorso, con le gambe leggermente flesse). **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.** Bayer S.p.A. - V.le Certosa 130 - MILANO. **8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.** Gyno-Canesten 2% crema vaginale: AIC 025833068. Gyno-Canesten 100 mg compresse vaginali: AIC 025833029. **9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE / RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE.** Gyno-Canesten 2% crema vaginale: Giugno 2005. In commercio dal settembre 1982. Gyno-Canesten 100 mg compresse vaginali: Giugno 2005. In commercio dal maggio 1973. **10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO.** Giugno 2007.

Congressi convegni



ANNO 2010 MANAGEMENT DEGLI EFFETTI COLLATERALI DELL'ORMONOTERAPIA ADIUVANTE NEL CARCINOMA DELLA MAMMELLA

Roma
30 gennaio
Segreteria organizzatrice
Ellesse Eventi Srl
Via Ferdinando Liuzzi 23
00194 Roma
Tel. 06.36490488
Fax 06.36382006
info@ellesseeventi.it

CORSO DI CHIRURGIA RADICALE ADDOMINO- PELVICA IN ONCOLOGIA GINECOLOGICA Aviano (Pn) 15-18 marzo

Segreteria organizzatrice
Centro di Riferimento Oncologico
Via Franco Gallini 2
33081 Aviano
Tel. 0434.659777
Fax 0434.659439
mariadandrea@cro.it

CONGRESSO REGIONALE A.O.G.O.I. EMILIA ROMAGNA Modena 26-27 marzo

Segreteria organizzatrice
D.B. Srl
Viale Alfeo Corassoli 70 - 41100
Modena
Tel. 059.342757
Fax 059.342757
segreteria@eziobergamini.it

ALLATTAMENTO MATERNO E OSPEDALI AMICI DEI BAMBINI: DIECI PASSI INSIEME PER LA QUALITA' DEL PERCORSO NASCITA

Palermo 26-27 marzo
Segreteria organizzatrice
BGE Eventi e Congressi
Via G. Bonanno 61 90143 Palermo
Tel. 091.306887 Fax 091.6260945
info@bgeventi.com

VIVERE CON L'ENDOMETRIOSI - POSSIAMO CURARLA INSIEME: MOLTI SPECIALISTI . . . UNA META Verona 26-27 marzo

Segreteria organizzatrice
Ufficio Formazione - Ospedale
Sacro Cuore Don Calabria
Via Don A. Sembreboni 5 - 37024
Negrar (Vr) Tel. 045.6013208 Fax
045.7500480
ufficio.formazione@sacrocuore.it

CORSO DI FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO IN FISIOPATOLOGIA CERVICO-VAGINALE E VULVARE, COLPOSCOPIA E MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE Ascoli Piceno 19-22 aprile

Segreteria organizzatrice
Etrusca Convention
Via Bonciario 6/D
06123 Perugia
Tel. 075.5722232 Fax
075.5722232
info@etruscaconventions.com

► Segue da pagina 26

dei casi in cui l'esistenza di una patologia materno-fetale (come nel caso di un difetto di accrescimento intrauterino del feto) consigli di ricorrere ad uno stretto monitoraggio biofisico del benessere del feto stesso. Viceversa, di particolare interesse sarebbe stata la valutazione del metabolismo glucidico della gestante, in quanto le dimensioni del feto suggeriscono l'ipotesi di un prediabete materno che, se opportunamente definito in epoca prenatale, avrebbe potuto orientare diversamente la condotta ostetrica. Sotto questo profilo, riteniamo di raccomandare vivamente agli ostetrici di procedere in tutte le gravide all'esecuzione di una curva da carico di glucosio, non tralasciando, ove si documenti una ridotta tolleranza al glucosio, di controllare la situazione metaboli-

ca della gestante attraverso l'esecuzione di una "minicurva" ripetuta nel tempo, facendo altresì ricorso ad una rigida dieta e, nei casi di franca e documentata patologia, al trattamento insulinico finalizzato a prevenire la macrosomia del feto. Un parto di un feto con valori ponderali alla nascita superiori ai 4000 g, pur espletatosi in modo eutocico, può già di per sé essere suggestivo per l'esistenza di un dismetabolismo glucidico materno e quindi orientare per un monitoraggio metabolico accurato in occasione di una successiva gravidanza. A ben vedere, dunque, non è tanto il puro e semplice esame ecografico (o la sua omissione) ad orientare sulla diligenza (o sulla negligenza) dell'ostetrico, quanto la valutazione complessiva del caso in esame da parte del clinico che deve essere presa in considerazione ai fini squisitamente medico-legali.

Prescindendo dal dato della macrosomia (che in tal caso esisteva), quale elemento causale della distocia di spalla (e quindi del riscontrato danno fetale), è tuttavia doveroso richiamare l'attenzione dei medici legali sul fatto che non sempre la difficoltà del disimpegno del feto (la cosiddetta distocia delle spalle) è conseguente alle eccessive dimensioni fetali, potendo verificarsi anche in feti di peso normale o addirittura inferiore alla norma.

Tc: quando è giustificato

È ormai acquisito in ambito ostetrico che la distocia di spalla rappresenta un evento patologico imprevedibile, non prevenibile mediante la valutazione ecografica del peso fetale, non essendo comunque proponibile il ricorso al taglio cesareo profilattico per evitare gli ipotetici danni del feto legati ad un eventuale distocia di spalla, in quanto

tale pratica comporterebbe l'esecuzione di un enorme numero di interventi chirurgici inutili, con un rischio materno e fetale decisamente elevato ed ingiustificato. Per contro, il ricorso al cesareo può essere giustificato nel caso in cui l'esistenza di un diabete gestazionale, specie se non corretto in tempo con adeguato trattamento dietetico o farmacologico, può far supporre l'esistenza di una macrosomia fetale e quindi orientare prudenzialmente per un parto addominale.

Criteri di valutazione della colpa

Elementi di riflessione offre altresì quanto enunciato dalla nota sentenza a Sezioni Unite della Corte di Cassazione n. 30328 del luglio 2002 per la parte in cui viene sostenuta la necessità di valutare il nesso di causalità omissiva tra condotta ed evento con elevato grado di probabili-

tà logica o razionale. Tale elemento era sembrato in grado di eliminare il criterio probabilistico statistico che, anche in misura numerica relativamente esigua, era stato utilizzato per molto tempo come parametro di valutazione ai fini dell'attribuzione della colpa in caso di condotta medica omissiva. In realtà, il criterio statistico, inteso come dato di valutazione dell'incidenza di un evento dannoso, viene tuttora applicato dalla Giurisprudenza, ma ad esso viene affiancato il giudizio di probabilità logica che si avvale di tutti gli elementi che possono concorrere, nel caso in esame, a formulare un giudizio di colpa o di assoluzione, "al di là di ogni ragionevole dubbio". Pertanto, è quest'ultima la formula che viene oggi considerata valida ai fini di una definizione in senso colpevolista o assolutorio della condotta commissiva o omissiva del medico.

10° Corso



Aggiornamento Teorico Pratico in Medicina Embrio-Fetale e Perinatale

13 - 16 Maggio 2010

Villasimius, Cagliari, Atahotel Tanka Village Resort

PATROCINI RICHIESTI

WAPM World Association of Perinatal Medicine
IAPM International Academy of Perinatal Medicine
EAPM European Association of Perinatal Medicine
SOCIETY The Fetus as a Patient
MED-UGO Mediterranean Ultrasound Obstetrics and Gynecology

SISOG Società Italiana di Sonografia Ostetrica - Ginecologica
SIMP Società Italiana di Medicina Perinatale
SIOB Società Italiana Ospedaliere per la Sterilità
SMOG Società Medica Italiana per la Confezione
AGITE Associazione Ginecologi Territoriali



DIRETTORE DEL CORSO
Giovanni Monti
PRESIDENTI DEL CORSO
Antonio Chiarini
Giovanni Monti
Giovanni Ulla

SEGRETARIA SCIENTIFICA
Servizi di Ginecologia e Ostetricia
Diagnostica Prenatale e Fisiopatologia, Terapia Fetale
Ospedale Regionale per la Microdonazione
Via Jenner 41 - 09121 Cagliari
Tel. 070.4095967 Fax 070.4095970
Email: ginecologia@imcospa.it

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA
IMC Europe srl
Via Trieste 93 - 09123 Cagliari
Tel. 070.279410 Fax 070.2793000
Email: imcurope@imcospa.it
Email: segreteria@imcospa.it
Email: segreteria@imcospa.it
Internet: www.imcospa.it

AOGOI
Via G. Alinari, 1
20129 Milano
Tel. 02.29525300
Fax 02.29525321
Email: aogoi@ogoi.it

Corso teorico-pratico di isteroscopia

SI È SVOLTO A LECCE, dal 5 al 6 novembre 2009, il Corso teorico-pratico di isteroscopia diretto da Francesco Giuseppe Tinelli, direttore dell'Uoc di Ginecologia e Ostetricia del Presidio Ospedaliero "Vito Fazzi" del capoluogo talentino e dai dirigenti medici della stessa Uoc: Anna Campobasso e Gabriele D'Aleo. Tema principale del Corso i sanguinamenti anomali dell'utero, un disturbo per cui disponiamo attualmente di diversi strumenti diagnostici, laboratoristici e strumentali, e terapeutici, medici e chirurgici. L'isteroscopia riveste un ruolo centrale, anche in considerazione della minima invasività della tecnica, specie se eseguita da medici dotati di un adeguato livello di addestramento. Nel corso dei lavori è emersa l'importanza, sempre più fondamentale, dell'interazione tra strutture ospedaliere e strutture ambulatoriali territoriali per garantire un'assistenza personalizzata ai bisogni di cure di ogni singola paziente che presenti disturbi metrorragici, percepiti e ritenuti come altamente invalidanti. Il Corso, moderato dal professor Vito Trojano, Direttore del Dipartimento Donna dell'Istituto dei Tumori "Giovanni Paolo II" Irccs di Bari, è stato caratterizzato dall'attenta partecipazione di trenta ginecologi e altrettante ostetriche e infermiere professionali provenienti dall'intera regione ed ha fornito la giusta occasione per creare uno spirito di collaborazione tra i congressisti.

Riassunto delle caratteristiche del prodotto

1. Denominazione del medicinale Gaviscon Advance. Sospensione orale aroma menta in bustine.

2. Composizione qualitativa e quantitativa Ogni dose da 5 ml contiene sodio alginato 500,0 mg e potassio bicarbonato 100,0 mg. 1 ml contiene sodio alginato 100,0 mg e potassio bicarbonato 20,0 mg. Eccipienti: metile paraidrossibenzoato (E218) e propile paraidrossibenzoato (E216). Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere paragrafo 6.1.

3. Forma farmaceutica Sospensione orale. Sospensione viscosa, biancastra, in bustine.

4. Informazioni cliniche **4.1 Indicazioni terapeutiche** Trattamento dei sintomi legati al reflusso gastro-esofageo, quali rigurgito acido, pirosi e indigestione (dovuta a reflusso), ad esempio dopo i pasti, o nel corso della gravidanza, o in pazienti con sintomi legati a esofagite da reflusso. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** Adulti e bambini da 12 anni in su: da uno a due cucchiai da 5 ml dopo i pasti e la sera prima di andare a letto. Bambini al di sotto dei 12 anni: deve essere somministrato solo su consiglio medico. Anziani: non è necessario modificare le dosi per questa fascia d'età. La sospensione non utilizzata deve essere gettata. **4.3 Controindicazioni** Questo medicinale è controindicato in pazienti con ipersensibilità nota o sospetta ai principi attivi o ad uno qualsiasi degli eccipienti. **4.4 Avvertenze speciali e precauzioni d'impiego** Ogni dose da 5 ml presenta un contenuto di sodio pari a 53 mg (2,3 mmol) ed un contenuto di potassio pari a 39 mg (1,0 mmol). Ciò deve essere tenuto in considerazione nei casi in cui sia raccomandata una dieta particolarmente povera di sale, ad esempio in alcuni casi di insufficienza cardiaca congestizia e compromissione renale o nel caso di assunzione di farmaci che possono aumentare i livelli di potassio nel plasma. Ogni 5 ml contiene 100 mg (1,0 mmol) di calcio carbonato. Si deve prestare attenzione nel trattare pazienti affetti da ipercalcemia, nefrocalcolosi e calcoli renali ricidivi contenenti calcio. Nei pazienti con livelli molto bassi di acido gastrico c'è una possibilità di efficacia inferiore. Il trattamento di bambini di età inferiore ai 12 anni non è generalmente raccomandato, eccetto in caso di consiglio medico. Se i sintomi non migliorano dopo sette giorni, il quadro clinico deve essere rivalutato. Questo medicinale contiene metile paraidrossibenzoato e propile paraidrossibenzoato, che possono causare reazioni allergiche (anche ritardate). **4.5 Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione** Nessuna nota. **4.6 Gravidanza ed allattamento** Uno studio aperto, non controllato su 146 donne in gravidanza non ha dimostrato alcun effetto indesiderato significativo di Gaviscon Advance sul corso della gravidanza o sullo stato di salute del feto/neonato. Sulla base di questa e di precedenti esperienze, Gaviscon Advance sospensione orale aroma menta in bustine può essere utilizzato durante la gravidanza e l'allattamento. Tuttavia tenendo in considerazione la presenza di calcio carbonato, si raccomanda di limitare il più possibile la durata del trattamento. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari** Non pertinente. **4.8 Effetti indesiderati** Molto raramente (<1/10.000) i pazienti possono sviluppare manifestazioni allergiche, quali orticaria o broncospasmo, reazioni anafilattiche o anafilattoidi. **4.9 Sovradosaggio** In caso di sovradosaggio, si deve ricorrere a trattamento sintomatico. Il paziente può notare distensione addominale.

5. Proprietà farmacologiche **5.1 Proprietà farmacodinamiche** Categoria farmacoterapeutica: altri farmaci per il trattamento di ulcera peptica e della malattia da reflusso gastroesofageo (GORD) **Codice ATC: A02BX**. La sospensione, quando viene ingerita, reagisce con l'acido gastrico per formare una copertura di gel di acido alginico con caratteristiche di pH quasi neutro e che galleggia sul contenuto dello stomaco impedendo in modo efficace il reflusso gastroesofageo. In casi gravi, la stessa copertura di gel, e non il cibo nello stomaco, può essere rigurgitata nell'esofago ed esercitare un effetto emolliente. **5.2 Proprietà farmacocinetiche** Il meccanismo d'azione del medicinale è fisico e non dipende dall'assorbimento nella circolazione sistemica. **5.3 Dati preclinici di sicurezza** Non è stato riportato alcun risultato preclinico di rilievo per il prescrittore.

6. Informazioni farmaceutiche **6.1 Elenco degli eccipienti** Calcio carbonato, carbomero 974P, metile paraidrossibenzoato E218, propile paraidrossibenzoato E216, saccarina sodica, aroma menta, sodio idrossido per l'aggiustamento del pH, acqua depurata. **6.2 Incompatibilità** Non pertinente. **6.3 Periodo di validità** 2 anni. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** Non refrigerare. **6.5 Natura e contenuto del contenitore** Astuccio di cartone esterno contenente bustine monodose di forma allungata e un cucchiaino dosatore in polistirene trasparente preformato con incavo con misure da 2,5 ml e 5 ml. La confezione in commercio contiene 20 bustine. È possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate. Il cucchiaino dosatore può non essere disponibile in tutti i mercati/confezioni. Le bustine sono costituite da poliestere, alluminio e polietilene. Sono disponibili anche confezioni contenenti una singola bustina o due bustine, inserite in un astuccio di cartone. Ogni bustina contiene 10 ml di medicinale. **6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento e la manipolazione** Nessuna istruzione particolare.

7. Titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Limited, Dansom Lane, Hull, HU8 7DS, Regno Unito. Concessionaria per l'Italia: Novartis Consumer Health S.p.A., Origgio (VA).

8. Numero dell'autorizzazione all'immissione in commercio Confezione da 20 bustine da 10 ml: A.I.C. n. 034248171/M.

9. Data della prima autorizzazione/rinnovo dell'autorizzazione Novembre 2004.

10. Data di revisione del testo Febbraio 2008.

Contro il reflusso gastroesofageo

GAVISCON[®]

ADVANCE

Sodio Alginato + Potassio Bicarbonato



UN'AZIONE COMPLETA E MIRATA

Gaviscon Advance svolge un'azione meccanica di barriera che ferma fisicamente il reflusso nella sua duplice componente acida e non acida.

Da oggi è disponibile anche in BUSTINE MONODOSE: una PROTEZIONE A PORTATA DI MANO per rispondere alle esigenze di un PIÙ AMPIO NUMERO DI PAZIENTI e aumentare la COMPLIANCE alla terapia.

- **COMODO e PRATICO**, nella confezione monodose.
- **FUNZIONALE**, perché consente di portare sempre con sé il dosaggio giusto.
- **FACILE DA ASSUMERE**, in qualsiasi momento.
- **IGIENICO**, grazie alle bustine ermeticamente sigillate.

GAVISCON ADVANCE

Ferma il reflusso, non solo l'acido.



Gravidanza?

PERSONALtest

Autodiagnosi al femminile

Domande di donna,
risposte di Pic.



Infezioni vaginali?



Ovulazione?

Da oggi c'è Pic Personal Test.
Per rispondere in un "Fatto!"
alle domande che ti sei sempre fatta.

Testato da:



Personal Test gravidanza



Personal Test pH vaginale



Personal Test ovulazione

Novità assoluta
In farmacia

- **Personal Test gravidanza:** il test di gravidanza Personal Test specifico per l'individuazione dell'ormone hCG è semplice da effettuare, assolutamente affidabile e discreto.
- **Personal Test pH vaginale:** l'unico test diagnostico, da eseguire in casa in totale autonomia, per la rilevazione del livello del pH vaginale. Personal Test pH vaginale determina in modo semplice, indolore, immediato ed efficace il rischio di un'infezione vaginale in corso. La scala colorimetrica presente sul blister infatti, aiuta ad interpretare istantaneamente ed in maniera intuitiva il risultato.
- **Personal Test ovulazione:** il test diagnostico rapido, comodo e facile da eseguire a casa che determina il periodo di ovulazione della donna. Individuando la presenza dell'ormone LH nelle urine, è in grado di stabilire i giorni in cui è maggiore la probabilità di concepire un bambino.

PER FORTUNA CHE C'È PIC.



www.picindolor.com