



SACCONI SI PRESENTA

Più qualità, meno spesa

**E chi non amministra
bene la sanità
andrà a casa per
"fallimento politico"**

■ **Pma e Ivig**

Le relazioni annuali
al Parlamento sull'applicazione
della legge 40 e della legge 194

■ **Campagne Sigo**

Combattere la depressione
post partum e promuovere
una cultura contraccettiva

■ **Congresso Sigo-Aogoi**

Il programma preliminare
e gli interventi dei presidenti
Campogrande e Vittori

■ **Pagine medico-legali**

- Responsabilità professionale
- Concussione e concorsi
- Università: il reclutamento
del personale docente

effetto Lybella

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DI PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ LYBELLA compresse rivestite con film.
2. COMPOSIZIONE QUALI-QUANTITATIVA Una compressa rivestita con film contiene: clormadinone acetato 2 mg, etinilestradiolo 0,030 mg Per gli eccipienti, vedi paragrafo 6.1.
3. FORMA FARMACEUTICA Compresse rivestite con film. Compresse rivestite con film rotonde, leggermente rosate.
4. INFORMAZIONI CLINICHE
4.1 Indicazioni terapeutiche Contraccezione ormonale.
4.2 Posologia e modo di somministrazione
4.2.1 Somministrazione delle compresse Ciascuna compressa deve essere assunta ogni giorno alla stessa ora (preferibilmente alla sera) per 21 giorni consecutivi. La somministrazione deve essere sospesa per i successivi 7 giorni; una emorragia simil mestruale dovrebbe iniziare da due a quattro giorni dopo l'assunzione dell'ultima compressa. La somministrazione deve riprendere dopo i 7 giorni di sospensione, utilizzando un nuovo blister di LYBELLA, sia che l'emorragia sia terminata o continui ancora. Le compresse devono essere tolte dal blister e degluttite intere, se necessario con poca acqua, scegliendo quella contrassegnata dal corrispondente giorno della settimana. Le compresse vanno assunte giornalmente secondo la direzione della freccia.
4.2.2 Inizio della terapia Quando non sia stato assunto un altro contraccettivo ormonale (durante l'ultimo ciclo mestruale). La prima compressa deve essere assunta il primo giorno della mestruazione. Se la prima compressa è assunta il primo giorno della mestruazione, l'efficacia della contraccezione inizia a partire dal primo giorno di terapia e continua anche durante i 7 giorni di sospensione. La prima compressa può anche essere assunta dal 2° al 5° giorno del periodo mestruale sia che l'emorragia sia terminata o no. In questo caso occorrerà prendere ulteriori misure contraccettive per i primi 7 giorni di somministrazione. Se le mestruazioni sono iniziate da più di 5 giorni, occorre attendere il successivo periodo mestruale per iniziare la terapia con LYBELLA.
Passaggio a LYBELLA da un altro contraccettivo ormonale. Passaggio da un contraccettivo ormonale a 22 giorni o a 21 giorni: tutte le compresse del precedente contraccettivo devono essere assunte come di consueto. La prima compressa di LYBELLA deve essere assunta il giorno successivo. In questo caso non c'è intervallo fra i due trattamenti e non si deve attendere il successivo periodo mestruale per iniziare la terapia con LYBELLA. Non è necessaria alcuna altra misura contraccettiva.
Passaggio da un contraccettivo ormonale in confezione da 28 compresse: LYBELLA deve essere iniziato dopo aver terminato l'ultima compressa "attiva" della confezione (cioè dopo aver assunto la 21ª o 22ª compressa). La prima compressa di LYBELLA deve essere assunta il giorno successivo. Non deve esserci intervallo tra i due trattamenti e non si deve attendere il successivo periodo mestruale per iniziare la terapia con LYBELLA. Non è necessaria alcuna altra misura contraccettiva.
Passaggio da un contraccettivo solo progestinico (mini pillola): la prima compressa di LYBELLA deve essere assunta il giorno dopo la sospensione del contraccettivo progestinico. Nei primi sette giorni devono essere utilizzate altre misure contraccettive.
Passaggio da un contraccettivo ormonale iniettabile o ad impianto: si può iniziare con LYBELLA il giorno della rimozione dell'impianto od il giorno in cui era prevista l'iniezione successiva. Devono essere prese ulteriori misure contraccettive per i primi 7 giorni.
Dopo un raschiamento o un aborto nel primo trimestre Dopo raschiamento o aborto nel primo trimestre la somministrazione di LYBELLA può essere iniziata subito. Non è necessaria alcuna altra misura contraccettiva.
Dopo il parto o dopo raschiamento o aborto nel secondo trimestre Dopo il parto, la somministrazione a madri che non allattano può essere iniziata dopo 21-28 giorni dal parto; in questo caso non è necessaria alcuna altra misura contraccettiva. Se la somministrazione inizia dopo oltre 28 giorni dal parto, sono necessarie ulteriori misure contraccettive per i primi 7 giorni di trattamento con LYBELLA. Se la paziente ha avuto nel frattempo un rapporto, occorre escludere una possibile gravidanza prima di iniziare la terapia o attendere il successivo periodo mestruale.
Allattamento (vedi 4.6) LYBELLA non deve essere impiegato nelle donne che allattano.
Dopo l'interruzione di LYBELLA Dopo aver interrotto la terapia con LYBELLA, il primo ciclo mestruale potrebbe ritardare di circa 1 settimana.
4.2.3 Assunzione non corretta Se si è dimenticato di assumere una compressa, ma la si assume comunque entro 12 ore, non sono necessarie ulteriori misure contraccettive. Le successive compresse vanno assunte come di norma. Se sono passate più di 12 ore dalla dimenticanza, l'effetto contraccettivo è ridotto. La compressa dimenticata deve essere assunta immediatamente. Le compresse successive devono essere assunte all'ora usuale. Inoltre devono essere prese ulteriori misure contraccettive meccaniche, ad esempio i preservativi, per i successivi 7 giorni. Se questi 7 giorni vanno oltre la fine della confezione in uso, la confezione successiva di LYBELLA deve essere iniziata subito dopo aver terminato la precedente, cioè senza interruzione alcuna (regola dei 7 giorni). Il flusso mestruale probabilmente non si verificherà se non al termine della seconda confezione. Comunque, una emorragia intermestruale o uno "spotting" potrebbe verificarsi durante l'assunzione delle compresse. Se il flusso manca al termine dell'assunzione della seconda confezione deve essere eseguito un test di gravidanza.
4.2.4 Istruzioni in caso di vomito Se il vomito si verifica entro 3-4 ore dopo l'assunzione della compressa o se compare severa diarrea, l'assorbimento può essere incompleto e non è assicurata un'adeguata contraccezione. In tal caso devono essere seguite le istruzioni sopra indicate nel paragrafo "Assunzione non corretta". L'assunzione di LYBELLA deve essere continuata. Tuttavia devono essere prese ulteriori misure contraccettive meccaniche per il resto del ciclo.
4.3 Controindicazioni I contraccettivi orali combinati non devono essere utilizzati nelle condizioni sotto elencate. Inoltre l'uso di LYBELLA deve essere interrotto immediatamente in caso sopraggiungano una di queste situazioni: - trombosi venosa o arteriosa pregressa o in corso, (per esempio trombosi venosa profonda, embolia polmonare, infarto miocardico, ictus) - prodromi o primi segni di trombosi, tromboflebiti o sintomi embolici, per esempio attacco ischemico transitorio, angina pectoris - interventi chirurgici programmati (almeno 4 settimane prima dell'intervento) e per i periodi di immobilità, ad esempio dopo incidenti (es. apparecchi gessati dopo un incidente) - diabete mellito con sofferenza vascolare - diabete non controllato - ipertensione non controllata o aumento significativo della pressione arteriosa (valori costantemente superiori a 140/90 mm Hg) - epatite, ittero, alterata funzionalità epatica fino a quando i valori di funzionalità epatica sono tornati normali - prurito generalizzato, colestasi, specialmente durante una precedente gravidanza o terapia estrogenica - sindrome di Dubin-Johnson, sindrome di Rotor, disturbi del flusso biliare - anamnesi di tumore epatico pregresso o in atto - dolore epigastrico grave, ingrossamento del fegato o sintomi di emorragia intraddominale (vedi sezione 4.8) - inizio o ricaduta di porfiria (tutte e 3 le forme, in particolare la porfiria acquisita) - presenza o anamnesi di tumori maligni ormono-sensibili per es. della mammella o dell'utero - gravi alterazioni del metabolismo lipidico - pancreatite o anamnesi di pancreatite se associata con ipertrigliceridemia grave - comparsa di emicrania o di attacchi più frequenti di cefalea di inusuale intensità - anamnesi di emicrania con sintomi neurologici focali (emicrania accompagnata) - disturbi sensoriali ad insorgenza acuta, es. disturbi della vista o dell'udito - disturbi motori (in particolare paresi) - aumento di frequenza di crisi epilettiche - depressione di grado severo - otosclerosi aggravatasi durante precedenti gravidanze - amenorrea da causa non accertata - iperplasia endometriale - sanguinamento genitale da causa non accertata - ipersensibilità al clormadinone acetato, all'etinilestradiolo o agli eccipienti. La presenza di un fattore di rischio grave o di fattori di rischio multipli per trombosi venosa o arteriosa possono costituire controindicazione (vedi sezione 4.4).
4.4 Avvertenze speciali e opportune precauzioni d'impiego Avvertenze Il fumo aumenta il rischio di severi effetti collaterali cardiovascolari se associato all'impiego dei contraccettivi orali

combinati (COC). Il rischio aumenta con l'età e con il numero di sigarette ed è molto pronunciato nelle donne oltre i 35 anni di età. Le pazienti fumatrici oltre i 35 anni di età devono adottare altri metodi contraccettivi. La somministrazione di COC comporta un rischio aumentato di malattie severe, quali infarto miocardico, tromboembolia, ictus o tumori epatici. Altri fattori di rischio come l'ipertensione, l'iperlipidemia, l'obesità e il diabete aumentano distintamente il rischio di morbilità e di mortalità. In presenza di una delle condizioni o fattori di rischio di seguito indicati, il beneficio legato alla somministrazione di LYBELLA deve essere valutato in rapporto ai rischi e discusso con la paziente prima di iniziare la terapia. Se durante il trattamento si osserva peggioramento di una di queste forme morbide o dei fattori di rischio, la paziente deve contattare il medico. Il medico dovrà poi decidere se il trattamento debba essere sospeso.
Tromboembolia e altri disturbi vascolari • I risultati di studi epidemiologici indicano una correlazione fra l'uso dei contraccettivi orali e l'aumento del rischio di trombosi e tromboembolia venosa e arteriosa come infarto del miocardio, ictus cerebrale, trombosi venosa profonda ed embolia polmonare. Questi eventi sono rari. • L'uso di contraccettivi orali combinati (COC) comporta un aumento del rischio di tromboembolismo venoso (TEV) rispetto a chi non li usa. Il rischio di TEV è maggiore durante il primo anno di utilizzo di un contraccettivo orale combinato. Questo aumento del rischio di TEV è minore di quello associato alla gravidanza che è stimato in 60 casi ogni 100.000 gravidanze. L'esito di TEV è fatale nel 1-2% dei casi. Non è noto se LYBELLA incida sulla comparsa di questi eventi, al confronto con altri COC. Il rischio tromboembolico venoso è aumentato dai fattori seguenti: - età - anamnesi familiare positiva (es. trombosi venosa o arteriosa in fratelli, o genitori in età relativamente giovane). Se si sospetta una predisposizione ereditaria è preferibile richiedere una visita specialistica prima di decidere l'uso di COC. - immobilizzazione protratta (vedi sezione 4.3) - obesità (indice di massa corporea > a 30 kg/m²). Il rischio di tromboembolia arteriosa aumenta con: - età - fumo - dislipoproteinemia - obesità (indice di massa corporea > 30 kg/m²) - ipertensione - disfunzione delle valvole cardiache - fibrillazione atriale - anamnesi familiare positiva per tromboembolia arteriosa in fratelli o genitori in età relativamente giovane. Se si sospetta predisposizione ereditaria è preferibile richiedere una visita specialistica prima di decidere l'impiego di COC. Altre condizioni mediche correlate alla circolazione sanguigna sono: diabete mellito, LES, sindrome uremica emolitica, malattie infiammatorie croniche dell'intestino (morbo di Crohn, colite ulcerosa), anemia a cellule falciformi. In considerazione del rapporto beneficio/rischio si deve tener presente che un adeguato trattamento delle malattie sopra indicate può ridurre il rischio di trombosi. Fattori biochimici, che indicano una predisposizione ereditaria o acquisita alla trombosi venosa o arteriosa, sono: resistenza alla APC (proteina C attivata), iperomocitinemia, carenza di antitrombina III, carenza di proteina C, carenza di proteina S, anticorpi anti-fosfolipidi (anticorpi anticardiolipina, lupus anticoagulanti). Bisogna tenere in considerazione l'aumentato rischio tromboembolico durante il puerperio. Non esiste un'opinione condivisa sulla possibile relazione fra tromboflebiti superficiali e/o vene varicose e l'etiologia del tromboembolismo venoso. Sintomi di una trombosi venosa o arteriosa potrebbero essere: - dolore e/o gonfiore ad un gamba - improvviso e forte dolore toracico con o senza irradiazione al braccio sinistro - improvvisa dispnea, improvviso attacco di tosse da causa non nota - inattesa intensa e persistente cefalea - improvvisa perdita parziale o totale della vista, diplopia, disartria o afasia - vertigini, perdita di conoscenza che in taluni casi può includere un attacco di epilessia focale - improvvisa debolezza o intorpidimento di un lato del corpo o di parte di esso - disturbi motori - dolore addominale acuto. Le donne che assumono COC devono essere informate che devono consultare il loro medico nell'evenienza di possibili sintomi di trombosi. LYBELLA deve essere sospeso in caso di sospetto o di conferma di trombosi. L'aumento della frequenza e dell'intensità di attacchi di emicrania durante l'assunzione di LYBELLA (che può essere segno prodromico di accidente cerebrovascolare) può essere motivo di sospensione immediata dell'uso di COC. **Tumori** Studi epidemiologici hanno evidenziato un aumento del rischio di tumore della cervice in relazione all'uso prolungato di contraccettivi orali in pazienti con infezioni da papilloma virus umano, ma è discusso il ruolo di altri fattori in tale evenienza (ad es. il numero di partners o l'uso di contraccettivi meccanici) (vedi anche "Controlli medici"). Una metaanalisi di 54 studi epidemiologici ha evidenziato che, con l'uso di contraccettivi orali, esiste un lieve incremento del rischio di tumore mammario (RR= 1.24). L'aumento del rischio è transitorio e decresce gradualmente entro 10 anni dopo la sospensione del trattamento. Questi studi non danno indicazione delle cause. Il maggior rischio osservato può essere attribuito alla diagnosi precoce di tumore mammario nelle pazienti che assumono COC, agli effetti biologici dei COC, o ad entrambi i fattori. In rari casi, nelle pazienti che assumono contraccettivi orali, sono stati riscontrati tumori epatici benigni ed, in casi ancora più rari, tumori maligni. In casi isolati questi tumori hanno causato gravi emorragie intra-addominali. In caso di intenso dolore addominale che non regredisce spontaneamente, di epatomegalia o di segni di emorragia intra-addominale la possibilità di tumore epatico deve essere presa in considerazione e LYBELLA deve essere sospeso. **Altre condizioni** Sono stati osservati modesti aumenti della pressione arteriosa in molte pazienti che assumono contraccettivi orali ma gli incrementi clinicamente significativi sono rari. La correlazione fra uso di contraccettivi orali ed ipertensione clinicamente manifesta non è stata finora confermata. Se in corso di trattamento con LYBELLA l'incremento della pressione arteriosa fosse clinicamente rilevante, il medico dovrà sospendere LYBELLA ed instaurare una terapia anti-ipertensiva. La terapia con LYBELLA potrà essere ripresa dopo che la terapia anti-ipertensiva ha riportato i valori pressori nella norma. Nelle pazienti con anamnesi di herpes gestazionale può esservi recidiva durante assunzione di COC. Nelle pazienti con ipertrigliceridemia o con anamnesi familiari di ipertrigliceridemia aumenta il rischio di pancreatite in trattamento con COC. Disturbi epatici acuti o cronici possono richiedere l'interruzione del trattamento con COC fino a quando i valori di funzionalità epatica non si siano normalizzati. Recidive di ittero colestatico che si sia manifestato precedentemente in gravidanza o con uso di ormoni sessuali, richiedono l'interruzione del trattamento con COC. I contraccettivi orali possono modificare la resistenza periferica all'insulina o la tolleranza al glucosio. Pertanto, le pazienti diabetiche che utilizzano contraccettivi orali devono essere monitorate attentamente. In rari casi può comparire cloasma, in particolare nelle donne con storia di cloasma gravidico. Le pazienti con tendenza al cloasma devono evitare l'esposizione al sole ed ai raggi ultravioletti durante l'uso di contraccettivi orali. Le pazienti con rari problemi ereditari di intolleranza al galattosio, carenza di Lapp lattasi, o malassorbimento di glucosio-galattosio, non devono assumere questo medicinale. **Precauzioni** La somministrazione di estrogeni o COC può avere effetti negativi su alcune condizioni o patologie. Un'attenta osservazione medica è necessaria in questi casi: - epilessia - sclerosi multipla - tetania - emicrania (vedi sezione 4.3) - asma - insufficienza cardiaca o renale - chorea minor - diabete mellito (vedi sezione 4.3) - malattie del fegato (vedi sezione 4.3) - alterazioni del metabolismo lipidico (vedi sezione 4.3) - malattie auto-immuni (incluso il lupus eritematoso sistemico) - obesità - ipertensione (vedi sezione 4.3) - endometriosi - varici - flebiti (vedi sezione 4.3) - disturbi dell'emocoagulazione (vedi sezione 4.3) - mastopatia - miomi uterini - herpes gestazionale - depressione (vedi sezione 4.3) - malattie infiammatorie croniche intestinali (morbo di Crohn, colite ulcerosa, vedi sezione 4.3) **Controlli medici** Prima di prescrivere contraccettivi orali, deve essere effettuata una completa anamnesi personale e familiare, prendendo in considerazione le controindicazioni (vedi sezione 4.3) ed i fattori di rischio (vedi sezione 4.4) e deve essere effettuata una visita medica. Il controllo deve essere ripetuto almeno 1 volta l'anno durante l'uso di LYBELLA. È anche importante un controllo periodico dello stato generale di salute in quanto alcune controindicazioni (es. attacchi ischemici transitori) o alcuni fattori di rischio (es. anamnesi familiare di trombosi venosa o arteriosa) possono comparire per la prima volta nel corso della terapia con contraccettivi orali. La visita deve includere il controllo della pressione arteriosa, l'esame delle mammelle, dell'addome, la visita ginecologica, uno striscio vaginale, nonché appropriati test di laboratorio. Le pazienti devono essere informate che i contraccettivi orali, LYBELLA incluso, non proteggono dall'infezione HIV (AIDS) o da altre malattie a trasmissione sessuale. **Riduzione dell'efficacia** La dimenticanza di una compressa (vedi "Assunzione non corretta"), il vomito o malattie intestinali che comportano diarrea, la somministrazione prolungata di alcuni farmaci (vedi sezione 4.5) o, raramente, disturbi metabolici possono ridurre l'efficacia contraccettiva. **Alterazioni del ciclo Spotting o emorragie intermestruali** Tutti i contraccettivi orali possono causare perdite ematiche irregolari (spotting o emorragie intermestruali), in particolare durante i primi mesi d'uso. Pertanto una valutazione medica dell'irregolarità del ciclo deve essere fatta dopo un periodo di assestamento di circa tre cicli. Se durante la somministrazione di LYBELLA le emorragie intermestruali persistono o si verificano dopo precedenti cicli regolari, deve essere effettuato un controllo medico per escludere una gravidanza o una malattia organica. Dopo l'esclusione di gravidanza o di malattia organica la somministrazione di LYBELLA può essere continuata o si può passare all'impiego di altro prodotto. L'emorragia intermestruale può essere indice di un'insufficiente efficacia contraccettiva (vedi "Assunzione non corretta", "Istruzioni in caso di vomito" e sezione 4.5). **Assenza di flusso mestruale** Dopo 21 giorni di assunzione, normalmente si ha un'emorragia da sospensione. Occasionalmente, particolarmente nei primi mesi di terapia, il flusso può non verificarsi; questo fenomeno non deve essere interpretato come ridotta efficacia contraccettiva. Se il flusso non si verifica dopo un ciclo in cui non è stata dimenticata alcuna compressa, non è stato prolungato l'intervallo di 7 giorni, non sono stati assunti altri farmaci e non si sono verificati episodi di vomito o diarrea, non è probabile un concepimento e LYBELLA può essere continuato. Se LYBELLA non è stato assunto secondo le istruzioni prima della mancata emorragia da sospensione o se l'emorragia da sospensione non si verifica per due cicli consecutivi si deve escludere una gravidanza prima di continuare la somministrazione. Prodotti fitoterapici contenenti Iperico (*Hypericum perforatum*) non devono essere usati in concomitanza della terapia con LYBELLA (vedi sezione 4.5). **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme d'interazione** L'interazione dell'etinilestradiolo, il componente estrogeno di LYBELLA, con altri farmaci può aumentare o ridurre le concentrazioni plasmatiche dell'etinilestradiolo. Se è necessaria una terapia a lungo termine con queste sostanze attive, devono essere usati metodi contraccettivi non ormonali. Ridotte concentrazioni plasmatiche di etinilestradiolo possono aumentare le emorragie intermestruali e i disturbi del ciclo e ridurre l'efficacia contraccettiva di LYBELLA; elevati livelli plasmatici di etinilestradiolo possono aumentare l'incidenza e la gravità degli effetti collaterali. I seguenti prodotti medicinali o sostanze attive possono ridurre la concentrazione plasmatica dell'etinilestradiolo: - tutti i farmaci che aumentano la motilità gastrointestinale (ad es. metoclopramide) o riducono l'assorbimento (ad es. carbone attivato) - sostanze attive che inducono enzimi microsomiali epatici, come rifampicina, rifabutina, barbiturici, antiepilettici (come carbamazepina, fenitoina e topiramato), griseofulvina, barbexaclone, primidone, modafinil, alcuni inibitori della proteasi (ad es. ritonavir) e *Hypericum perforatum* (vedi sezione 4.4). - alcuni antibiotici (ad es. ampicillina, tetracicline) in alcune pazienti, probabilmente a causa della riduzione del circolo enteropatico da parte degli estrogeni. Nel caso di concomitante trattamento con questi farmaci o sostanze attive e LYBELLA devono essere usati ulteriori metodi contraccettivi meccanici durante il periodo di trattamento e i sette giorni successivi. Con sostanze attive che riducono la concentrazione plasmatica di etinilestradiolo per induzione degli enzimi microsomiali epatici, ulteriori metodi contraccettivi meccanici devono essere usati fino a 28 giorni dopo il termine del trattamento. I seguenti prodotti medicinali o sostanze attive possono aumentare la concentrazione plasmatica di etinilestradiolo: - sostanze attive che inibiscono la solfatazione di etinilestradiolo nella parete intestinale (ad es. l'acido ascorbico o il paracetamolo) - atorvastatina (aumenta la AUC dell'etinilestradiolo del 20%) - sostanze attive che inibiscono gli enzimi microsomiali epatici, come imidazolo, antimicotici (ad es. fluconazolo), indinavir o troleandomicina. (continua a pag. 22)



Contraccettivo estrogeno-progestinico
con clormadinone acetato 2 mg
e etinilestradiolo 0,03 mg
per una scelta consapevole

ALFA WASSERMANN



Editoriale di Giovanni Monni

IL FUTURO DELLA SANITÀ

Per i medici un posto in prima fila

Si è ormai avviato a pieno regime il IV Governo Berlusconi. La grande novità per la sanità è l'assenza, dopo cinquanta anni, di un ministero della Salute autonomo. Un'assenza determinata dall'accorpamento delle sue funzioni all'interno del neo grande ministero del Welfare, guidato da Maurizio Sacconi, che ha accentrato su di sé le competenze della sanità insieme a quelle del lavoro e delle politiche sociali.

Un bene o un male? È evidente che, soprattutto per noi medici e addetti ai lavori, l'assenza di un referente diretto con un posto fisso in Consiglio dei ministri, in quanto ministro della Salute e basta, e che, conseguentemente, veda nella promozione delle politiche sanitarie l'unica sua funzione di governo, può destare certamente preoccupazione.

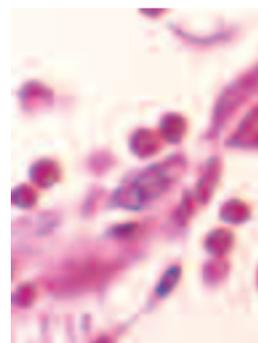
Va anche detto però che, come ha rivendicato lo stesso Sacconi, l'accorpamento, con l'incontestabile aumento di "peso" politico di questo grande super ministero (paragonabile solo a quello dell'Economia per competenze e mole di addetti), potrebbe dare nuova linfa e spinta innovativa alle politiche sociali del nostro Paese, comprese quelle di interesse sanitario.

Ma il dubbio di una sanità di serie B, dal punto di vista dell'attenzione del governo centrale alla materia, resta. Vedremo, soprattutto quando si dovranno affrontare le prime grane. E già ne vediamo diverse all'orizzonte. Intanto non sembrano certamente risolti i grandi problemi di bilancio del Ssn. A partire dalle regioni in grosso deficit. Come si comporterà il nuovo Governo? Se il buongiorno si vede dal mattino, non penso che gli attuali governatori regionali con bilanci sanitari in rosso possano dormire sonni tranquilli: "A casa gli amministratori regionali incapaci" ha infatti esordito Sacconi nel suo primo intervento pubblico al Senato. Lazio & C. sono avvisati. Altro tema, quello del rapporto tra pubblico e privato. Molto caro a Sacconi e al neo sottosegretario Ferruccio Fazio, un collega medico del San Raffaele di Milano, che non hanno mancato, con toni molto simili, di auspicare una forte ripresa del ruolo del privato nel Ssn, anche nel segno del modello lombardo. Un indirizzo innovativo, dopo i due anni di governo di centro sinistra più incentrati sulla valorizzazione e

Giovanni Monni
Presidente AOGO

► Segue a pagina 19

Indice numero 4 - 2008



Attualità	
4	La sanità "secondo Sacconi" Audizione del neo-ministro in Commissione Igiene e Sanità
6	Nuove linee guida, vecchie polemiche Procreazione medicalmente assistita
7	Tanti parti plurimi Relazione annuale sulla Legge 40
8	È un Paese per vecchi Relazione sullo stato di salute del Paese 2005-2006
10	Un pianeta a due facce Relazione sullo stato delle madri nel mondo di "Save the Children"
12	Sempre meno aborti, aumenta l'obiezione Relazione al Parlamento sulla Legge 194/1978
13	Mani tese alle mamme infelici Campagna Sigo sulla depressione post-partum
14	Educare gli italiani al family planning Dal Congresso dell'European Society of Contraception ● Intervista a Giorgio Vittori
15	Quattro giorni tra scienza e amicizia Il Corso Aogoi di Villasimius
16	In evidenza Occhi aperti di Antonio Chiantera

Professione	
18	Torino 2008: il Congresso si avvicina Gli interventi dei presidenti Campogrande e Vittori ● Il programma preliminare del Congresso Sigo-Aogoi
20	Compiti e responsabilità dell'ostetrica nell'assistenza in gravidanza e al parto di Pier Francesco Tropea
21	Concussione e concorsi: poteri striscianti di Giuseppe Fusco
23	Università: concorsi e carriere. A quando il cambiamento? di Daniela Palmieri
24	Come organizzare in Uoc il Servizio consultoriale di Giovanni Fattorini
24	Chi ben inizia... prosegue in rete di Marina Toschi

Aggiornamenti	
26	L'infezione da cytomegalovirus in gravidanza di Fabio Parazzini
27	Occhio al pH vaginale Indagine Aogoi "Il mese della protezione"
28	Un algoritmo contro l'osteoporosi di Sonia Baldi

Rubriche	
29	Congressi ● Un ricordo di Domenico de Aloysio

Ultima	
30	Scudo Giudiziario A.O.G.O.I.



NUMERO 4 - 2008
ANNO XIX

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
Eva Antoniotti

Direttore Editoriale
Arianna Alberti
email: gyncoaogoi@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: Giugno 2008
Tiratura 5.000 copie

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

Organo ufficiale

Testata associata

Editore

Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

- Legge 40: nuove linee guida e relazione annuale
- Relazione sullo stato di salute del Paese 2005-2006
- La salute delle madri nel rapporto di Save the Children
- In Parlamento i numeri della Legge 194/78
- Campagna Sigo sulla depressione post-partum
- Congresso dell'European Society of Contraception

Maurizio Sacconi alla guida del ministero che riunisce Lavoro, Salute e Politiche Sociali di Ester Maragò

La sanità "secondo Sacconi"

Un Libro verde da presentare al Parlamento entro giugno per costruire un nuovo modello sociale. Una "robusta cabina di regia" per la razionalizzazione e riorganizzazione della spesa sanitaria. Interventi su questioni calde come aborto e procreazione. E l'impegno a chiudere al più presto il contratto della dirigenza medica. Passa da questo e altro ancora la nuova sanità della XVI legislatura illustrata dal neo ministro del Welfare Maurizio Sacconi, il 5 giugno scorso, nel corso della prima audizione in commissione Igiene e Sanità del Senato. Una nuova sanità, ha precisato il ministro, da configurare nell'ambito di un "welfare della coesione sociale e delle opportunità". Non è stata una ricetta concreta quella presentata da Sacconi, che ha piuttosto disegnato linee guida di ampio respiro "per una legislatura che si profila stabile" e consente di proiettare in un arco quinquennale l'azione delle politiche del governo in materia di salute. Un'azione che trae forza anche dall'accorpamento del ministero della Salute nella più grande cornice del welfare: "Un'unità - ha sottolineato - che sarà strategica".

L'idea del ministro è quella di passare dal "modello risarcitorio-paternalistico con interventi segmentati nel momento del bisogno" a un modello significativamente diverso. Punto di partenza sarà un "Libro verde" che Sacconi intende presentare a breve al Parlamento. Un documento snello di 15 pagine, che procede sul solco di quelli stilati dalla commissione Ue, per raccogliere le opinioni ed aprire un confronto con le parti e arrivare quindi a quel welfare delle opportunità che "interviene nel ciclo di vita per rafforzare l'auto-sufficienza della persona, per prevenire le situazioni di bisogno della persona stessa" e avrà nella prevenzione uno dei cardini.

Ma prima bisognerà affrontare il problema della spesa sanitaria. Il neo ministro pensa all'istituzione di una "cabina di regia" tra Stato e Regioni, alla quale affidare il compito di monitorare costantemente sia la qualità sia la congruenza della spesa rispetto ai Lea.

Da qui la necessità di intendere

Prima audizione in Commissione Igiene e Sanità del Senato per il neo ministro. Che punta alla razionalizzazione della spesa e alla chiusura del contratto con la dirigenza medica. Senza dimenticare aborto e Pma

i Lea come un sistema permanente di benchmark che fissi dei valori e degli indici medi su cui valutare e giudicare l'operato delle Regioni. "Questo - ha sottolineato Sacconi - può portare a un pilotaggio molto più stretto, più condiviso, e importantissimo per predisporre le capacità delle Regioni rispetto all'appuntamento del federalismo fiscale che interessa la spesa sanitaria e che credo il Parlamento dovrà affrontare entro l'anno". E per le Regioni meno virtuose sul fronte della spesa? Il giro di vite sarà energico. Accanto alle attuali sanzioni punitive sul piano fiscale per chi sforerà si profila un "fallimento politico" con commissariamento, rielezioni, e soprattutto con la ineleggibilità degli amministratori inadempienti. Per le Regioni attualmente sottoposte a Piani di rientro, il titolare del Welfare ha chiarito che le verifiche sono ancora in corso. Ma è chiaro che "fin d'ora posso dire che sarebbe alquanto strano pensare di far finta di nulla se un piano negoziato e condiviso tra le parti non viene rispettato". Insomma, le

Regioni in rosso profondo sono avvisate.

Grande spazio è stato dato poi alla sanità integrativa e mutualistica sviluppando la logica della bipolarità tra imprese e lavoratori che saranno incentivati dal Governo, anche fiscalmente, ad accordarsi su forme di assistenza sanitaria integrativa o comunque aggiuntiva a quella pubblica. Per quanto riguarda il rapporto pubblico-privato Sacconi ha espresso l'intenzione di agire sia sul fronte della domanda che dell'offerta di prestazioni private. Per la domanda vale l'accento alla mutualità integrativa

e aziendale o di categoria, viste come una forma di razionalizzazione dell'attuale fenomeno di autorganizzazione del cittadino per l'acquisto di prestazioni private. Per l'offerta, la novità proposta dal neo ministro è quella di una revisione delle tariffe del privato accreditato basata sulla premialità dell'efficienza e della qualità ma anche sul possesso di precise caratteristiche strutturali e dimensionali.

Buone notizie sono arrivate per la dirigenza medica. Il contratto scaduto da due anni, ha assicurato Sacconi, si farà e presto. Un impegno per il quale ha detto di aver già provveduto integrando il Comitato di settore con il sottosegretario Martini. Un impegno che scaturisce anche dalla sua formazione "lavoristica" grazie alla quale ha potuto constatare personalmente i guasti di rinvii e ritardi nei negoziati e soprattutto nella chiusura degli accordi. "La conclusione positiva di questa vertenza - ha aggiunto - sarà un tassello della più generale attività di riqualificazione della dirigenza medica e ospedaliera".

Sacconi ha poi annunciato di aver firmato il decreto con le de-

leghe per i tre sottosegretari. A Ferruccio Fazio sarà affidata la programmazione sanitaria, la ricerca e in generale le politiche della salute. A Francesca Martini la grossa partita del Fondo sanitario e del rapporto con le Regioni. Maria Eugenia Roccella, avrà la delega per i temi eticamente sensibili, a partire dalle questioni relative alla procreazione.

L'intervento del neo ministro si è concluso con l'annuncio della riorganizzazione, a stretto giro di posta dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa). Un progetto di ristrutturazione che toccherà anche l'Agenas.

Il Piano salute di Ferruccio Fazio

Il sottosegretario Ferruccio Fazio ha indicato le coordinate sul futuro della sanità italiana. In occasione della cerimonia di apertura del convegno della Società italiana di radiologia medica ha presentato il suo "Piano salute"

Anche il Sottosegretario Ferruccio Fazio si è espresso sul nuovo corso della sanità. L'occasione è stata la cerimonia di apertura del convegno della Società italiana di radiologia medica, tenutosi a Roma il 23 maggio. Due gli slogan del programma targato Fazio: "Sanità per tutti e riorganizzazione della ricerca".

Ma quello che rappresenta, forse, il punto centrale delle strategie illustrate dal sottosegretario è



SACCONI
Sì alla piena applicazione della 194, verso la modifica le linee guida alla legge 40

Nel corso dell'audizione in commissione Igiene e Sanità Sacconi ha toccato i temi spinosi relativi

ad aborto e procreazione.

Nel primo caso il ministro punta ad un rafforzamento e ad una piena applicazione della legge sull'interruzione volontaria di gravidanza: "Vogliamo una piena attuazione della 194: prima di ipotizzare qualunque modifica del provvedimento è doverosa una sua compiuta implementazione". Per quanto riguarda l'aborto terapeutico si tratta di "verificare una corretta

applicazione dell'articolo 6".

Sul tema della Pma l'intenzione è invece quella di andare verso una modifica delle linee guida emanate dall'ex ministro Livia Turco sulla legge 40 soprattutto riguardo alla "vexata questio" delle diagnosi preimpianto. "Stiamo effettuando una attenta verifica che - ha detto - non potrà che condurre ad un intervento correttivo". Sacconi ha sottolineato che sulla

legge 40 non c'è solo un problema sostanziale ma anche giuridico formale. "Mi riferisco agli interventi diagnostici preimpianto con possibili fini eugenetici - ha spiegato - l'interpretazione della legge nel non consentire ciò fu proprio alla base dell'iniziativa referendaria. È paradossale che il ministro predecessore abbia varato delle linee guida che lo consentano". I nuovi obiettivi da perseguire sul fronte della procreazione per Sacconi sono il rafforzamento delle politiche di prevenzione della sterilità e la ricerca sulla crioconservazione dei gameti.

Meno ministeri nel Berlusconi quater

La Salute non c'è più, arriva il super ministero del Welfare

Sono solo dodici i ministri del Berlusconi quater. E tanti rimarranno, almeno per il momento. Infatti, il 5 giugno scorso il Senato ha approvato, in prima lettura, il Ddl n. 585 di conversione in legge del decreto-legge n. 85 del 2008 con cui si fissano in numeri della squadra del nuovo Governo: dodici ministri, appunto, e sessanta membri complessivi.

Ma qualcosa potrebbe anche cambiare con grande soddisfazione di quanti, i più, vorrebbero che la Salute riconquistasse un portafoglio tutto suo. Il ministro per i rapporti con il Parlamento, Elio Vito, ha sottolineato come la decisione sul ripristino del dicastero debba essere affidata all'apprezzamento che Governo e Parlamento potranno maturare attraverso la concreta esperienza di funzionamento delle strutture ministeriali. In sostanza, dopo un periodo di sperimentazione, si potrebbe anche decidere di far risorgere il vecchio ministero. Non solo, un se-

Sono ridotti a dodici i dicasteri con portafoglio. E come previsto dalla Finanziaria 2008 il ministero della Salute è stato inglobato nel super Dicastero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali. Al timone Maurizio Sacconi affiancato, per quanto riguarda le questioni sanitarie, dai sottosegretari Ferruccio Fazio, Francesca Martini ed Eugenia Roccella

gnale di apertura arriva anche dall'approvazione di due ordini del giorno che impegnano il Governo a riconsiderare l'assetto dei ministeri per ripristinare, nelle forme opportune, un dicastero della Salute. Una soluzione questa prospettata anche dal sottosegretario alla Presidenza del Consiglio Gianni Letta, che in occasione del congresso nazionale della Sirm, ha auspicato di riuscire a far "riapparire presto il ministero della Salute" correg-

gendo quella riforma "improvvida" e non del tutto "salutare" che ha nascosto il ministero della Salute in quello più ampio del Welfare.

Questo lo scenario attuale. Quindi le coordinate di tre importanti settori "Lavoro, Salute e Politiche sociali" saranno dettate da un solo uomo Maurizio Sacconi, parlamentare di lungo corso prima nel Psi poi in Forza Italia. Mentre il vecchio dicastero di Lungotevere Ripa, privato di un titolare tutto suo, in questa XVI legislatura potrà contare sulla presenza dei sottosegretari Ferruccio Fazio, medico nucleare che si occuperà della sorti delle politiche della salute nel suo insieme, e Francesca Martini, parlamentare leghista ed ex assessore alla sanità del Veneto, a cui saranno affidati la ripartizione del Fsn e i rapporti con la Conferenza Stato-Regioni; mentre Eugenia Maria Roccella, madrina del "Family day", avrà la delega sulle questioni eticamente sensibili, come la procreazione.



I 4 della salute

Maurizio Sacconi è nato a Conegliano (Treviso) il 13 luglio 1950. Laureato in giurisprudenza, eletto senatore nel Pdl, vanta una lunga carriera politica e, negli ultimi anni, ha legato il suo nome in particolare alle politiche per il lavoro, collaborando con Marco Biagi alla stesura del Libro bianco del 2001 e poi impegnandosi per l'approvazione di quei progetti di riforma dopo l'assassinio del giurista bolognese. Tra il 1987 e il 1994 è stato più volte sottosegretario. Dopo un'esperienza all'Organizzazione internazionale del lavoro a Ginevra, rientra nelle fila di Fi ricoprendo l'incarico di sottosegretario al lavoro dal 2001 al 2006.

Ferruccio Fazio è nato a Garessio (Cn) il 7 agosto del 1944, si è laureato in Medicina a Pisa nel 1968, specializzato in Medicina nucleare nel 1970 e in malattie dell'apparato respiratorio nel 1975. È primario di Medicina nucleare e radioterapia al San Raffaele di Milano, ordinario di diagnostica per immagini e radioterapia all'Università Milano-Bicocca e direttore dell'Istituto di bioimmagini e fisiologia molecolare del Cnr.

Francesca Martini è nata a Verona il 31 agosto 1961. Laureata in lingue e letterature straniere è stata dirigente pubblico, poi responsabile della segreteria federale settore famiglia e affari sociali della Lega Nord. Dal 1998 al 2001 è stata responsabile nazionale enti locali padani. Assessore alle politiche sanitarie della Regione Veneto ed è stata eletta alla Camera dei deputati nella XVI legislatura.

Maria Eugenia Roccella è nata a Bologna il 15 novembre del 1953. Giornalista, laureata in lettere moderne è stata eletta alla Camera dei deputati nella lista del Pdl. Ha collaborato con il quotidiano Avvenire, Il Foglio occupandosi dei temi relativi alla bioetica. Nel 2007 è stata portavoce insieme con Savino Pezzotta del Family Day, la manifestazione di sostegno alla famiglia tradizionale organizzata per il 12 maggio dall'associazionismo cattolico.

l'intenzione di introdurre nuove risorse per la sanità pubblica incentivando l'ingresso del privato convenzionato: aziende con partecipazione di capitale privato e pubblico potranno quindi sorgere, sul modello di quelle già realizzate in alcune Regioni, per creare interi ospedali o parte di essi. Potrà però mettersi in gioco solo il privato accreditato con "bollino d'oro": nelle intenzioni di Fazio c'è, infatti, l'utilizzo di nuovi criteri particolarmente severi per gli accrediti di strutture private. Accrediti con marchio di qualità indispensabili per aumentare l'offerta di servizi e contribuire anche all'abbattimento delle liste di attesa. E proprio su quest'ultima questione, il sottosegretario ha annunciato di aver insediato una Commissione per incentivare i Cup. Fazio intende anche costruire un sistema di qualità basato non

sugli standard, ma sulle singole prestazioni, aggiornando le linee guida, i processi diagnostici e terapeutici per le principali patologie. Bisogna poi spingere fino in fondo l'acceleratore dell'informatizzazione del servizio pubblico per una sanità "paperless" e ottenere risparmi realizzando anche un miglior controllo sui servizi resi. Così come occorre puntare al rinnovamento tecnologico, in particolare al Sud utilizzando i fondi per l'ammodernamento messi a disposizione dalla Ue e finora non utilizzati. Altro capitolo toccato dal sottosegretario è stato quello dei manager: Fazio pensa a integrare i sistemi per premiare le Asl con incentivi o disincentivi sui processi messi in atto dai Direttori generali. "Basandosi su criteri oggettivi - ha detto - il Ministero potrà controllare le Regioni che non vigilano

sull'operato dei Dg". Tema principe è poi quello della ricerca: l'obiettivo è stringere un'intesa con il ministro della Pubblica Istruzione, Maria Stella Gelmini, per utilizzare congiuntamente le risorse da indirizzare verso settori chiave della salute, come tumori, malattie cardiovascolari, neurodegenerative e così via. Per quanto riguarda la ricerca in campo farmaceutico, Fazio pensa a detrazioni fiscali e riduzione degli oneri sociali: "La ricerca delle big pharma sarà così incentivata. La riduzione degli oneri sociali e investimenti a credito agevolato saranno utilizzati per potenziare gli spin-off". Infine, il sottosegretario non ha dimenticato i suoi colleghi medici nucleari: grazie ad un Ddl saranno semplificate le procedure per utilizzare le nuove apparecchiature con radiazioni ionizzanti.

Sono 62 i medici in Parlamento

Se la Salute non ha un Ministero tutto suo, questa XVI legislatura vede invece aumentare sugli scranni del Parlamento il numero dei medici più o meno "prestati" alla politica: in totale sono 62 i laureati in medicina e chirurgia. Tra le assenze eccellenti, quella di due degli ex sottosegretari alla Salute, Serafino Zucchelli e Giampaolo Patta, mentre è stato eletto alla Camera nelle file del Pd Antonio Gaglione.

Matricola eccellente, Umberto Veronesi che, pur avendo ricoperto il ruolo di ministro della Sanità nel secondo Governo Prodi, non aveva mai preso parte alle assisi parlamentari. Nell'elenco completo che pubblichiamo di seguito è possibile invece riscontrare le molte presenze confermate, in tutti i gruppi politici.

I medici eletti alla Camera

Roberto Antonione (Pdl), Lucio Barani (Pdl), Paola Binetti (Pd), Gino Bucchino (Pd), Marco Calgario (Pd), Carla Castellani (Pdl), Carlo

Ciccio (Pdl), Melania De Nichilo Rizzoli (Pdl), Domenico Di Virgilio (Pdl), Vittoria D'Incecco (Pd), Giuseppe Drago (Udc), Giuseppe Fioroni (Pd), Vincenzo Antonio Fontana (Pdl), Benedetto Francesco Fucci (Pdl), Antonio Gaglione (Pd), Arturo Iannaccone (Mov. Aut.), Maria Grazia Laganà Fortugno (Pd), Marinello Giuseppe Francesco Maria (Pdl), Alessandra Mussolini (Pdl), Settimio Nizzi (Pdl), Antonio Palagiano (Idv), Giuseppe Palumbo (Pdl), Mario Pepe (Pdl), Michele Pisacane (Udc), Massimo Polledri (Lnp), Americo Porfidia

(Idv), Paolo Russo (Pdl), Luciano Mario Sardelli (Mov. Aut.), Giuseppe Scalera (Pdl), Umberto Scapagnini (Pdl), Domenico Scilipoti (Idv), Antonello Soro (Pd), Francesco Stagno D'Alcontres (Pdl), Nunzio Francesco Testa (Udc), Pierfelice Zazzera (Idv), Domenico Zinzi (Udc).

I medici eletti al Senato

Silvana Amati (Pd), Antonello Antinoro (Udc-Svp-Aut.), Dorina Bianchi (Pd), Rossana Boldi (Ln), Daniela Bosone (Pd), Raffaele Calabrò (Pdl), Roberto Caldero-

li (Lnp), Salvatore Cuffaro (Udc-Svp-Aut.), Stefano De Lillo (Pdl), Ulisse Di Giacomo (Pdl), Leopoldo Di Girolamo (Pd), Aniello Di Nardo (Idv), Antonio Fosson (Udc-Svp-Aut.), Vincenzo Gallio (Pd), Claudio Gustavano (Pd), Ignazio Marino (Pd), Alfonso Mascitelli (Idv), Piorgio Massidda (Pdl), Fabio Rizzi (Lnp), Maria Rizzotti (Pdl), Giacinto Russo (Idv), Michele Saccomanno (Pdl), Antonio Tomasini (Pd), Umberto Veronesi (Pd), Guido Viceconte (Pdl), Riccardo Villari (Pd).

Procreazione medicalmente assistita di Stefano Simoni

Nuove linee guida, vecchie polemiche

■ Il ministro della salute uscente, Livia Turco, come ultimo atto del suo mandato ha firmato il decreto di aggiornamento delle linee guida. Le novità introdotte (possibilità di ricorrere alle tecniche di Pma anche per le coppie in cui l'uomo sia portatore di malattie virali sessualmente trasmissibili; eliminazione del limite alla sola "osservazionale" per la diagnosi genetica preimpianto e presenza di uno psicologo nei centri dove si fa la Pma) hanno cercato di affrontare le problematiche più urgenti. Le linee guida però potrebbero già essere "vecchie" in quanto il nuovo Governo ha fatto sapere che intende cambiarle

La notizia dell'aggiornamento delle linee guida della legge 40 (riguardante la Procreazione medicalmente assistita, Pma) era di quelle che si aspettava da tempo. E il 30 aprile con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale si è concluso l'iter di emanazione del decreto firmato dal ministro della Salute uscente, Livia Turco.

Tre sono le novità rispetto al testo del 2004: la prima riguarda la possibilità di ricorrere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita anche per la coppia in cui l'uomo sia portatore di malattie virali sessualmente trasmissibili, e in particolare del virus Hiv e di quelli delle epatiti B e C, riconoscendo che tali condizioni siano assimilabili ai casi di infertilità per i quali è concesso il ricorso alla Pma. La seconda prevede l'eliminazione dei commi delle precedenti linee guida che limitavano la possibilità di indagine a quella di tipo "osservazionale" e ciò a seguito delle recenti sentenze di diversi tribunali e in particolare di quella del Tar Lazio dell'ottobre 2007 che, come è noto, ha annullato le linee guida precedenti proprio in questa parte, ritenendo tale limite non coerente con quanto disposto dalla legge 40. Infine, l'indicazione che ogni centro per la Pma debba assicurare la presenza di un adeguato sostegno psicologico alla coppia, predisponendo la possibilità di una consulenza da parte di uno psicologo adeguatamente formato nel settore.

Turco: un lavoro rigoroso

"Queste nuove linee guida - ha spiegato Livia Turco in una nota diffusa dal ministero - sono il frutto di un lavoro rigoroso finalizzato a due precisi obiettivi: la piena e corretta applicazione della legge 40 e la necessità di fornire idonee e puntuali indicazioni

E intanto 130 parlamentari della maggioranza e dell'Udc chiedono modifiche

Ritirare le nuove linee guida della legge 40 emanate dall'ex ministro della Salute Livia Turco. È la richiesta contenuta nella mozione firmata da 130 parlamentari di Pdl, Lega Nord e Udc e presentata il 10 giugno scorso in una conferenza stampa alla Camera. Tre i problemi sollevati dalle linee guida Turco: un problema di legittimità politica per l'adozione del provvedimento da parte di un Governo dimissionario, il contrasto con lo spirito della legge stessa e la "sostanziale" violazione del referendum popolare del 2005 abrogativo della legge.

Il Governo, hanno affermato Luca Volonté (Udc) e Massimo Polledri (LN), "intervenga per ritirare le linee guida e sostituirle, riportandole allo spirito della legge prima del 'blitz' della Turco, e dunque eliminando la diagnosi preimpianto, che rappresenta un'introduzione surrettizia dell'eugenetica nel nostro Paese". Livia Turco ha commentato la mozione definendola "un'iniziativa tutta e solo politica, che prescinde dal merito: credo che le linee guida non le abbiano mai lette". Le linee guida "sono perfettamente rispondenti alla legge".

ni agli operatori sanitari alla luce delle nuove risultanze cliniche e del mutato quadro di riferimento giuridico scaturito da ripetuti interventi della magistratura sulle precedenti linee guida. Sono convinta che il decreto pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale abbia centrato questi due obiettivi". Sulla tempistica invece l'ex ministro ha affermato: "Non avrei potuto farlo prima, ho ricevuto il parere del Consiglio superiore di sanità solo il 9 aprile". Infatti la stessa legge 40 prevede, in rapporto all'evoluzione tecnico-scientifica, un aggiornamento delle linee guida quantomeno triennale da farsi di concerto con il Consiglio superiore di sanità. E così è stato. Il Consiglio "si è espresso due volte - spiega ancora la nota del ministero - la prima, con parere del 19 luglio 2007, quando rilevò la sussistenza dei presupposti tecnico-scientifici per l'aggiornamento delle linee guida, fornendo altresì una serie di indicazioni di merito al ministro della Salute finalizzate al miglio-

ramento delle vecchie linee guida; la seconda, il 9 aprile scorso, quando ha sottolineato la coerenza del testo delle nuove linee guida, per la parte di pertinenza, con il suo precedente parere del 19 luglio".

Il presidente Aogoi: più fiducia nella comunità scientifica

Le nuove linee guida "sono una buona notizia - ha commentato il presidente Aogoi Giovanni Monni - per noi operatori, ma soprattutto per le coppie che attendevano chiarezza su un punto delicato della legge 40 come quello della diagnosi preimpianto. Lo sono anche per la possibilità di accesso alle tecniche di procreazione alle persone sieropositive e con malattie sessualmente trasmissibili". Possibilità che dovrebbe essere garantita però, secondo il presidente dell'Associazione dei ginecologi ospedalieri, "anche ai portatori sani di malattie genetiche per i quali appare assurda la preclusione alle tecniche di procreazione as-

sistita che, come abbiamo più volte sottolineato, e come è stato riconosciuto anche dalla giurisprudenza di Cagliari, Firenze e Roma, non è affatto vietata dalla legge 40".

A questo punto l'augurio di Giovanni Monni è che la politica faccia "responsabilmente un passo indietro. I medici e gli operatori italiani sono infatti in grado di gestire, con equilibrio e senso etico e morale, le tante e delicate questioni cosiddette 'eticamente sensibili' che si sono ormai aperte a seguito degli straordinari progressi medici e scientifici. In questo senso - ha concluso Monni - non posso che augurarmi che il nuovo Governo promuova senza incertezze la ricerca scientifica, anche nel campo della procreazione assistita, per una maggiore tutela della salute della donna nel rispetto della vita ma anche della libertà della coppia".

La politica e la società civile

Un altro ginecologo, il senatore del Pdl, Antonio Tomassini parla di: "colpo di mano del Ministro" in quanto Livia Turco per mettere a punto le nuove linee guida ha chiamato "un gruppo di esperti che il Ministro si è nominata da sé".

La diagnosi preimpianto inserita nelle linee guida ha fatto gridare "all'eugenetica" don Roberto Colombo, direttore del Dipartimento di genetica umana alla Cattolica di Milano ed esponente di primo piano della Chiesa cattolica in materia di biotecnologie e Adriano Pessina, direttore del centro di Bioetica dell'Università cattolica, che ha parlato di "un fatto grave che può aprire la strada ad una pericolosa ed inaccettabile deriva eugenetica nell'applicazione della legge 40".

Per Eugenia Roccella, sottosegretario al Welfare con delega ai temi etici, non ci sono dubbi: le nuove linee guida della legge 40 "introducono per la prima volta l'eugenetica nella legislazione italiana". In quanto "con le modifiche apportate, che non riguardano solo la diagnosi preimpianto si sta scivolando in un terreno di non ritorno, fra chi è sano e chi non lo è. Questo apre ad enormi rischi. Qui è in gioco un'idea dell'uguaglianza. Anche il sottosegretario al ministero del Welfare, Francesca Martini, pone l'accento sul rispetto della vita contro ogni manipolazione "Il rispetto della vita umana non significa provocare danni agli embrioni con la diagnosi preimpianto. Il caposaldo della legge 40, oltre a dare regole certe alle coppie, è proprio questo. Rispetto della vita umana". Francesca Martini che difende la legge 40,

ritiene che tra questa e le nuove linee guida ci sia "discrepanza poiché la legge vieta ogni genere di intervento sull'embrione. Il sottosegretario ha però precisato che le linee guida sulla fecondazione assistita sono materia di competenza del Parlamento: "se le linee guida attuali non rispettano i dettami della legge 40, in parte o in alcuni passaggi, potranno arrivare dal Parlamento le sollecitazioni per rivederli. Il ministero fornirà tutte le valutazioni tecnico-scientifiche necessarie". Dal canto loro le deputate del Pd, Emanuela Baio e Paola Binetti hanno fatto notare come "la diagnosi preimpianto sull'embrione, contemplata dalle nuove linee guida, permette indirettamente test genetici non osservazionali e il prelievo di cellule sull'embrione che viene danneggiato. Così si stravolgono le finalità della legge che ha come obiettivo di rispondere al desiderio di paternità e maternità di coppie sterili o infertili. Le nuove linee guida è come se rendessero ereditaria la sterilità, senza affrontarla o risolverla". Le associazioni dei pazienti Amica cicogna onlus, Madre provetta onlus e l'Altra cicogna onlus hanno accolto con soddisfazione la notizia del nuovo testo anche se auspicano "la riapertura di un dibattito parlamentare responsabile e sereno sulle questioni più rilevanti della legge 40 nel rispetto della tutela della salute della donna e del nascituro". A favore delle nuove linee guida Ignazio Marino. Il già presidente della XII Commissione Igiene e Sanità del Senato ha espresso un sostanziale apprezzamento per "l'attenzione verso chi fino ad oggi ha subito discriminazioni ingiustificabili come chi è infetto dai virus dell'Hiv, epatite B e C". Circa la diagnosi preimpianto "mi pare difficile - ha sostenuto Marino - contrastare il desiderio di un figlio sano in una coppia portatrice di una malattia genetica, ma capisco anche che sussistano delle perplessità rispetto alla selezione embrionale. Dovremmo aprire una riflessione serena sull'inizio della vita, non limitandola alla legge 40". I temi etici proprio per la loro natura continueranno a dividere e a far discutere e difficilmente vedremo scritta la parola fine relativamente alle polemiche che questi suscitano. Prova ne è che appena insediato il sottosegretario alla Presidenza del Consiglio con delega alla Famiglia, Carlo Giovanardi, a margine di un incontro del Forum delle Associazioni familiari, parlando di procreazione medicalmente assistita ha detto: "Il Governo e la maggioranza hanno approvato la legge 40, confermata da un referendum. Quindi, la volontà di questa maggioranza è cambiare la circolare della Turco". Per il sottosegretario, l'ex ministro della Salute "non può, con una circolare, modificare una norma approvata dal Parlamento e confermata da un referendum popolare. Siamo in uno Stato di diritto, è il Parlamento che decide".

Relazione annuale Legge 40

Tanti parti plurimi



■ **Presentata la relazione 2007 in merito alla legge 40 sulla procreazione medicalmente assistita. L'elemento critico resta il ritardo con cui le donne arrivano alla diagnosi di infertilità essendo l'età avanzata motivo di insuccesso delle tecniche di Pma. Il problema ha dunque bisogno di una risposta duplice: sicuramente di salute pubblica, ma anche di carattere sociale per favorire l'ingresso della donna nel mondo del lavoro**

nistro Turco è che "in Italia le pazienti arrivano in età avanzata ad una diagnosi di infertilità e l'età avanzata della donna che accede alle tecniche è motivo di insuccesso

delle tecniche medesime". Inoltre "la prevenzione primaria - fa sapere l'ex ministro - l'informazione corretta alle donne e alle coppie che accedono alla Pma, le campagne di informazione rivolte a tutta la popolazione e più in generale la tutela della salute riproduttiva sono obiettivi di salute pubblica; la qualità dei centri va migliorata, anche implementando la ricerca su alcune specifiche metodiche".

La conclusione a cui giunge la Turco è che: "la raccolta dei dati ha mostrato un lieve aumento dei Centri autorizzati all'applicazione delle tecniche di Pma, con una differenza strutturale per ciò che concerne la distribuzione dei cicli effettuati in centri pubblici piuttosto che in centri privati. Nel Sud, il ricorso al centro privato di Pma, a carico dei cittadini, è superiore rispetto alle Regioni del Nord".

Ancora sul livello regionale la relazione fa notare come "nonostante sia stato rilevato un lieve aumento dei cicli rispetto alla popolazione per milione di abitanti, permane tuttavia un'offerta ancora inadeguata e particolarmente eterogenea in termini di distribuzione regionale".

Le conclusioni della Relazione

"Nel 2006 si assiste - scrive l'ex ministro Turco nelle conclusioni - ad un incremento, anche se minimo, dell'età delle donne che accedono alle tecniche di Pma, che si riflette negativamente sui risultati delle tecniche stesse. La percentuale di gravidanze

ottenute decresce al crescere dell'età delle pazienti, con una riduzione di più del 65% per le pazienti con età superiore a 42 anni.

Il dato sul fenomeno della migrazione interregionale non è a tutt'oggi statisticamente significativo, per la scarsa disponibilità dell'informazione. Viceversa, la sua rilevazione può costituire un elemento utile a valutare la qualità dell'offerta, in relazione alla diversa accessibilità ai servizi pubblici, alla diversa rimborsabilità che esiste nelle Regioni, ai limiti posti all'applicazione delle tecniche siano essi correlati all'età della donna o al numero dei cicli offerti a carico del Ssn, presenti solo in alcune regioni.

La perdita di informazioni sul follow-up delle gravidanze ottenute con tecniche di II e III livello è notevolmente diminuita (21,5% rispetto al 41,3% dell'anno precedente), soprattutto nei centri pubblici. L'obiettivo da perseguire nei prossimi anni dovrà essere quello di limitare ulteriormente la perdita di informazioni al 5-10%, comparabile con i dati degli altri registri europei.

Le percentuali di gravidanze ottenute nel 2006 sono perfettamente sovrapponibili a quelle dell'anno precedente, denotando comunque un mancato incremento atteso nelle percentuali di gravidanze, come invece si registra in tutti gli altri stati europei. Inoltre, la rilevante percentuale di gravidanze gemellari e trigemine nella popolazione femminile più giovane conferma le riflessioni critiche relative al dettato di legge, che si affidano al dibattito istituzionale e scientifico.

È infine auspicabile che le attività di ricerca e di comunicazione intraprese dal ministero della Salute in sinergia con l'Istituto superiore di sanità e la collaborazione con le istituzioni scientifiche, attraverso la circolazione delle informazioni legate alla prevenzione dell'infertilità, possano facilitare ed accelerare l'accesso alle tecniche e determinare una diminuzione dell'età media della popolazione che si rivolge alle stesse, al fine di massimizzare l'efficienza e l'efficacia nell'applicazione delle tecniche di fecondazione assistita nel nostro Paese".

Le reazioni

Sono "buoni i risultati che vengono da una legge troppo criticata". Ad affermarlo è il sottosegretario al Welfare, Eugenia Roccella, che, in un comunicato, commenta la relazione 2007. "Dai dati presentati - sottolinea la Roccella - possiamo innanzitutto notare quanto la propaganda contro questa legge sia stata

ideologica e strumentale".

In particolare, sottolinea Roccella, "sono crollate le complicanze per iperstimolazione ovarica: dai 670 casi del 2005 ai 161 del 2006. Ancora ricordiamo - prosegue il sottosegretario - le infuocate polemiche contro il limite massimo dei tre embrioni da impiantare, e quindi a favore di trattamenti ormonali pesanti per produrre un numero elevato di ovociti e di embrioni. Diminuiscono gli esiti negativi delle gravidanze (aborti spontanei, tardivi, morti intrauterine, gravidanze ectopiche): 24,9% nel 2006 contro il 26,4% del 2005". Secondo il sottosegretario emergono ancora "tendenze preoccupanti": "Aumenta l'età media delle donne che accedono alle tecniche di fecondazione: il 62,1% delle pazienti che inizia il trattamento ha oggi un'età superiore ai 34 anni, rispetto al 60,7% dell'anno precedente. In particolare, nel 2006 il 24% dei cicli (uno su quattro, quasi) è stato effettuato da donne in età maggiore o uguale ai 40 anni, mentre nel 2005 questo dato era pari al 20,7%. Si conferma quindi la preoccupante tendenza a uno slittamento della maternità ad un'età sempre più avanzata (con un aumento esponenziale delle percentuali di fallimento della pratica)". In conclusione per il sottosegretario "aumentano i numeri dei centri, le coppie che accedono alle tecniche, le gravidanze e soprattutto i bimbi nati. Buoni risultati, quindi, da una legge troppo criticata".

Di tutt'altro genere è il commento di Filomena Gallo, presidente dell'associazione Amica Cicogna secondo la quale la relazione sulla legge 40 è da leggere in questo modo: "meno nascite e più rischi per le donne. "I dati - precisa la Gallo in una nota - sono sovrapponibili alla precedente relazione del 2007, quindi ancora con un perdita di nati cospicua rispetto al 2003 (lo scorso anno la perdita era di 1.041 rispetto al 2003)".

Dai dati, prosegue la Gallo, emerge che "aumentano le gravidanze a rischio", con un incremento del 18% di gravidanze gemellari e del 3,3% di gravidanze trigemine. Un aumento, questo, che per le donne più giovani arriva al 25% per le gemellari e al 4,5% per le trigemine. Riferendosi poi alle dichiarazioni sull'età delle donne che cercano di avere un figlio fatte dal sottosegretario Eugenia Roccella, la Gallo osserva che "non è una colpa volere un figlio dopo i 35 anni" e che "in Italia le donne entrano sempre più tardi nel mondo del lavoro, guadagnano di meno, e lavorano in condizioni pessime". La donna deve inoltre "dividersi tra famiglia e lavoro per assenza di servizi, aiuti alle famiglie sul modello francese o tedesco, congedi parentali reali per entrambi i genitori come già avviene nel resto dei paesi dell'Ue, interventi che però sembrano non realizzabili nel nostro Paese".

bambini nati in Italia nel 2006 grazie alla procreazione medicalmente assistita sono stati 7507, le coppie che si sono affidate alle tecniche di Pma nei 342 centri convenzionati (di cui il 45% pubblici e il 55% privati) sono state 52.206.

Questi sono i principali dati contenuti nella relazione 2007 in merito alla legge 40 sulla procreazione medicalmente assistita che l'ex ministro della Salute, Livia Turco, ha presentato, come di consueto, al Parlamento. Circa 90 pagine consultabili e scaricabili dal sito del ministero per avere una fotografia completa sullo stato di applicazione della legge 40/2004.

Il lavoro, diviso per capitoli, prende in esame l'attività svolta dal Ministero, dalle Regioni e Province autonome e dall'Istituto superiore di sanità con ampie sintesi dei risultati dell'applicazione delle tecniche di Pma nell'anno 2006.

In particolare con le tecniche sono state ottenute 10.608 gravidanze, di queste ne sono state perse 2.500 nel corso del cosiddetto follow-up della gestazione. Dalla relazione risulta inoltre che sono stati trattati con la tecnica di inseminazione semplice 18.431 coppie e sono stati iniziati 29.901 cicli.

Le gravidanze ottenute con queste tecniche sono state 3.203, di queste ne sono state perse al follow-up 907; delle 2296 gravidanze monitorate sono nati vivi 1999 bambini.

Relativamente alle tecniche di secondo e terzo livello, e cioè tec-

niche più sofisticate a fresco e da scongelamento in 202 centri di Pma sono state trattate 30.274 coppie e sono stati iniziati 36.912 cicli. In questo modo si sono ottenute 6.962 gravidanze e di queste ne sono state perse al follow-up 1.498.

Delle 5.464 gravidanze monitorate sono nati vivi 5.218 bambini. Negli stessi 202 centri di Pma sono stati trattati con tecniche da scongelamento 3.501 coppie e sono stati iniziati 3.882 scongelamenti. Sono 443 le gravidanze ottenute, di queste ne sono state perse 95. Dalle 348 gravidanze monitorate sono nati vivi 290 bambini.

La rilevante percentuale di gravidanze gemellari e trigemine nella popolazione femminile più giovane "conferma le riflessioni critiche relative al dettato di legge, che si affidano al dibattito istituzionale e scientifico". È quanto afferma l'ex ministro della Salute nella premessa della Relazione.

Secondo i dati presentati nella Relazione, i parti gemellari ottenuti in seguito alle tecniche di Pma raggiungono una quota superiore al 18% e quelli trigemini il 3,3%. Inoltre, spiega ancora la Turco, "le percentuali di gravidanze ottenute nel 2006 sono perfettamente sovrapponibili a quelle dell'anno precedente denotando comunque un mancato incremento atteso nelle percentuali di gravidanze come invece si registra in tutti gli altri paesi europei".

Altro elemento sottolineato, sempre nella premessa, dall'ex mi-

La Relazione sullo stato di salute del Paese 2005-2006 di Mariano Rampini

È un Paese per vecchi

Gli italiani sono complessivamente in buona salute. E guadagnano anni. Ma questo progressivo invecchiamento della popolazione, nel prossimo futuro, potrebbe rendere difficile – o almeno più complesso – la gestione del sistema di assistenza sanitaria.

Queste, in sintesi estrema, le conclusioni che è possibile trarre dalla lettura della Relazione sullo stato sanitario del Paese per il biennio 2005-2006. Il corposo documento (consultabile integralmente su www.ministerosalute.it/pubblicazioni) si apre sottolineando il “livello complessivamente soddisfacente dello stato di salute generale”, testimoniato dai più che positivi valori di aspettativa di vita alla nascita – 76,9 anni per gli uomini e di 82,9 per le donne – che pongono l'Italia ai primi posti in Europa. Ma che al contempo rendono la domanda di salute “più complessa da governare”. In particolare tenendo conto dell'aumento delle patologie croniche che va in parallelo a quello dell'età della popolazione.

Appare così strategico l'impegno delle istituzioni nel settore della prevenzione, proprio nei confronti delle cronicità che, stando a quanto la stessa Relazione indica, portano i cittadini più anziani a essere i maggiori consumatori di farmaci: la spesa e il consumo, infatti, crescono vertiginosamente con l'età e la popolazione con più di 65 anni assorbe circa il 55% della spesa e il 58% delle dosi. Un peso non indifferente lo hanno le malattie cardiovascolari, una delle principali cause di morbilità e mortalità nel nostro Paese. Nel 2001, si legge tra i molti dati forniti dalla Relazione, queste patologie sono state causa del 42,6% del totale dei decessi, dato strettamente collegato al forte invecchiamento della popolazione che, tra l'altro, vede negli ultimi 15 anni un sostanziale allineamento tra le tutte le Regioni per quanto attiene le differenze di mortalità tra Nord, Centro e Sud. La popolazione anziana, poi, appare particolarmente fragile nei confronti della Broncopatia cronico-ostruttiva (Bpco), patologia a cui vanno attribuiti il 50% dei decessi per cause respiratorie, nonché il 6% della spesa sanitaria italia-

Viviamo sempre di più. Ma questo allungamento della vita media pone nuove pesanti sfide nel sistema sanitario



na. In età geriatrica le sue manifestazioni sono spesso associate ad altre patologie e contribuiscono a determinare stati di perdita di autosufficienza che incidono pesantemente sulla qualità di vita dell'individuo anziano. Occorre poi fare i conti con il diabete: a soffrirne sono soprattutto coloro che si trovano in situazioni di svantaggio socioeconomico e culturale. La patologia, stando alle stime Istat (prevalenza del diabete noto pari a 4,2%, cioè 4,4% nelle donne, 4,0% negli uomini) colpisce circa 2,5 milioni di italiani: la sua prevalenza è più bassa al Nord (3,9%) ma sale al Centro (4,1%) e al Sud (4,6%). E, comunque, aumenta con l'età (2,5% per le fasce di età tra i 45 e 54 anni, contro il 16,3% di chi ha più di 75 anni) e contribuisce così ad aggravare il quadro nosologico degli anziani riflettendosi negativamente sul consumo dei farmaci.

Come stanno i giovani

Allargando il campo alle altre patologie – e ad altre fasce di popolazione, come quelle più giovani – la Relazione si sofferma sul caso dell'asma la cui incidenza cresce in età pediatrica. La prevalenza di questa patologia, infatti, pur essendo più bassa che in altri Paesi industrializzati, “costituisce comunque, con l'obesità, la patologia cronica più diffusa nella popolazione infantile e una causa importante di ospedalizzazione e di mortalità”. A riprova ci sono i dati desunti dallo studio Sidria (Studi italiani sui disturbi respiratori nell'infanzia e l'ambiente) realizzato tra il 1994 ed il 1995 nell'ambito del protocollo internazionale Isaac (International Study of Allergy and Asthma in Children): tra gli studenti delle scuole elementari e medie inferiori è stata rilevata una prevalenza di asma dell'8,9%, della rinocongintivite allergica del

13,6% e della dermatite atopica del 5,5%. Da un secondo studio Sidria, risalente al 2002, sono poi giunte informazioni più aggiornate che mostrano come la prevalenza di asma si sia attestata sul 9,5% nei bambini e sul 10,4% negli adolescenti. Passando al capitolo delle patologie dell'apparato digerente, la Relazione segnala come queste siano state nel 2003 la prima causa di ricovero in Italia (più di un milione e mezzo i ricoveri in regime ordinario e day hospital, pari al 12,16% dei ricoveri nazionali).

Allarme tumori

Particolarmente ampio, infine, lo spazio dedicato alle patologie tumorali, “prima causa di morte nella popolazione tra i 35 e i 64 anni”. Le stime in quest'area parlano di più di 250 mila casi di tumore maligno diagnosticati ogni anno tra i residenti in Italia tra 0 e 84 anni. E oltre 160

mila decessi sono attribuibili a un tumore. Un uomo ogni 3 e una donna ogni 4 possono sviluppare un tumore nel corso della loro vita (tra 0 e 74 anni), mentre su un uomo ogni 6 e una donna ogni 11 incombe la probabilità di morire per tumore nello stesso periodo. Senza contare che ogni anno in Italia si registrano oltre 940 mila ricoveri oncologici. Si tratta, in tutta evidenza – e la relazione lo sottolinea – di un settore nel quale prevenzione e controllo assumono un'importanza capitale: la rete per il monitoraggio delle nuove diagnosi tumorali nella popolazione residente (i Registri tumori dell'Associazione italiana Registri tumore – AiRtum), permette di monitorare circa il 26% del territorio nazionale cioè un'area nella quale insistono in totale 15 milioni di cittadini. I dati raccolti dall'AiRtum mostrano un quadro delle patologie tumorali “caratterizzato da un aumento del numero delle diagnosi in entrambi i sessi, ma anche da una graduale diminuzione del livello della mortalità, soprattutto tenendo sotto controllo il peso della variabile età”. Le differenze dell'incidenza di queste patologie tra Nord e Sud diminuiscono – in particolare per l'invecchiamento delle popolazioni meridionali – e tra le cause ci sono anche “le condizioni ambientali e, più in generale, gli stili di vita che vanno sempre più omogeneizzandosi tra Nord, Centro e Sud”.

Entrano qui in scena i programmi di screening per la prevenzione delle più diffuse patologie tumorali: il carcinoma mammario, il cervicocarcinoma e quello del colon-retto. Attraverso questi controlli si punta innanzitutto a individuare le popolazioni a rischio per poi invitarle a sottoporsi ad accertamenti e controlli periodici. Buono il successo di queste iniziative che, come ricorda il testo della Relazione, “hanno riscontrato un crescente livello di coinvolgimento delle popolazioni-target anche nel Sud dell'Italia a conferma della diffusione di una cultura favorevolmente orientata verso la prevenzione, soprattutto in ambito femminile). Da segnalare a questo proposito il forte coinvolgimento delle Unità operative di Gastroenterologia e dei servizi di Endoscopia digestiva negli screening sulle malattie neoplastiche: un contributo della massima rilevanza alla lotta ai tumori, se si considera che il cancro al colon-retto, rappresenta il secondo tumore per incidenza sia tra gli uomini che tra le donne. L'impegno nel settore della prevenzione non rimane però confinato all'area oncologica: il ministero della Salute, attraverso la legge 138/2004 (“Interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica”) ha dato vita al Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) che ha “il compito di predisporre una rete di sor-

Anziani: l'assistenza deve migliorare

veglanza e di intervento rapido nei confronti di potenziali pericoli per la salute". Pericoli che, e la Relazione è chiarissima su questo punto, sono sempre in agguato. A cominciare da quelli legati agli stili di vita, fumo, alcol e sovrappeso su tutti.

Quando lo stile di vita è un pericolo

L'attenzione delle istituzioni verso il fumo – che rappresenta la seconda causa di mortalità a livello mondiale – è testimoniata dall'approvazione nel 2003 della legge che lo vieta all'interno dei locali pubblici. Un atto importante, "accolto favorevolmente dalla società", che oltre a rappresentare "un avanzamento concreto nella tutela della salute individuale anche nei confronti del fumo passivo" ha prodotto risultati concreti: i ricoveri per patologie connesse al fumo sono infatti diminuiti (del 7,2%) nei primi due mesi del 2005.

Meno positiva la situazione per quanto riguarda il consumo di alcol, soprattutto per la sua diffusione tra le fasce di età più giovani. Il consumo globale di bevande alcoliche diminuisce ma cresce vertiginosamente tra i giovani – in particolare per quanto riguarda birra e aperitivi – mentre si abbassa – anche rispetto al resto d'Europa – l'età in cui si comincia (intorno ai 12 anni). A rendere più difficile la lotta all'alcol, stando a quanto afferma la Relazione, c'è la "sempre minore disapprovazione sociale e culturale nei confronti dei consumi eccedentari di alcool". Una tendenza che rischia di innalzare il livello dei pericoli di "un'assunzione precoce e frequente di bevande alcoliche".

Ricadute dirette su molte altre patologie le ha, infine, l'obesità, "ampiamente riconosciuta" fattore di rischio per le malattie cardiovascolari, l'ictus, il diabete tipo 2, alcuni tipi di tumore, le malattie della colecisti, le osteoartriti. Senza scordare che obesità e sovrappeso sono associati a ipertensione, ipercolesterolemia o a disturbi di tipo psicologico (depressione, ecc.). In proposito la stessa

Sono "uno degli snodi centrali del sistema sanitario" e rappresentano il gruppo fragile per eccellenza: gli anziani rivolgono allo Stato una domanda di salute "diversa" e "quantitativamente assai superiore" rispetto al resto della popolazione: tra 1999 e il 2005 la quota di ultrasessantacinquenni ricoverati in ospedale – sul totale dei ricoverati – è aumentata costantemente passando dal 36,9% al 40,2%. Le classi di età tra i 65 e i 74 anni e coloro che hanno più di 75 anni hanno registrato un numero medio di giornate di degenza, pari – rispettivamente – a 9,2 e 10,6 giorni mentre la media generale è di 7,4 giorni. Gli ospedali, insomma, sembrano essere – con troppa frequenza, stando alle indicazioni della Relazione – la fonte alla quale gli anziani si rivolgono per ottenere l'assistenza continuativa che dovrebbe invece essere assicurata loro dai processi di integrazione socio-sanitaria. Come quelli dell'assistenza domiciliare. Un'area di intervento che ha conosciuto una crescita relativa tra il 1999 e il 2003: in quegli anni la quota di ultrasessantacinquenni che hanno usufruito dei servizi di Adi (Assistenza domiciliare integrata) è passata dall'1,8% al 2,4%; nel triennio 2001-2003 si è avuto un incremento di trattamenti domiciliari in quasi tutte le Regioni, in particolare in Emilia, Toscana, Umbria, Molise e Basilicata. Nelle altre Regioni del Sud però "l'offerta di questo tipo di assistenza, assolutamente strategica sia per una corretta gestione dell'offerta sanitaria complessiva sia nella prospettiva di una migliore tutela della salute degli anziani, rimane ancora su livelli troppo bassi". A compensazione va rilevata una crescita dell'assistenza residenziale (soprattutto negli anni '90) che è comunque andata via via assestandosi: all'aumento dei ricoveri di ultrasessantacinquenni e non autosufficienti, corrisponde una diminuzione dei pazienti più giovani e autosufficienti, probabilmente assorbiti dall'Adi.

Organizzazione mondiale della salute ha parlato di "emergenza mondiale": nel 2005 più di un miliardo di persone nel mondo risulta essere sovrappeso (805 milioni donne, con almeno 300 milioni in condizioni di obesità) insieme a circa 22 milioni di ragazzi di età inferiore a 15 anni. In questo quadro l'Italia si pone tra i primi in Europa – un primato nient'affatto gradito – per la presenza di soggetti in sovrappeso e obesi, soprattutto in età pediatrica: un fenomeno "fino a qualche decennio fa poco diffuso". In base alla definizione di obesità infantile della Iof (International Obesity Task Force), negli anni 1999-2000 la quota di soggetti tra i 6 e i 17 anni in eccesso ponderale era pari al 24,1% (in sovrappeso circa il 20% e obesi circa il 4%), cioè a quasi un milione e 700 mila ragazzi di quella fascia d'età. L'Istat, dal

canto suo segnala che nel 2003 la quota di popolazione maggiorenne in condizione di obesità era pari al 9%, mentre quella in sovrappeso toccava quota 33,6%. Nutrizione, attività fisica e obesità sono considerate dalla Ue "priorità chiave" nella politica di sanità pubblica e sono incluse nel Programma di azioni 2003-2008. Come ricorda la Relazione, in Italia, il Piano sanitario nazionale 2003-2005, nell'ambito del progetto "Promuovere gli stili di vita salutari, la pre-

venzione e la comunicazione pubblica sulla salute", ribadisce che le conoscenze scientifiche attuali dimostrano come l'incidenza di molte patologie sia legata agli stili di vita e sottolinea il ruolo fondamentale dell'attività fisica e di una corretta alimentazione per la protezione della salute". Ulteriore offensiva contro il fenomeno è rappresentata dall'intesa tra Stato e Regioni del 23 marzo 2005 in base alla quale è stato varato il Piano nazionale della prevenzione 2005-2007. Al suo interno l'obesità – quella infantile in particolare – viene inserita tra "i problemi di salute prioritari" e viene affidato al Ccm "il compito di individuare le linee operative e coordinare i piani di azione delle Regioni e Province autonome".

Un'agenda per il futuro

La Relazione sullo stato di salute del Paese non si presenta, dunque, come un semplicistico, per quanto dettagliato, elenco di malattie e di numeri. Ma mette in evidenza oltre ai molti risultati positivi raggiunti dal Ssn anche tutto ciò che ancora resta da fare. Si tratta di indicazioni preziose per chi dovrà governare le sorti della sanità italiana chiamato a gestire un settore tra i più delicati e rilevanti. Tanto che lo stesso documento dà chiara indicazione delle "linee strategiche" da seguire, tutte contenute nel progetto New Deal, già avviato dall'ex ministro Livia Turco, articolato in specifici "temi chiave". Si va dal "ri-

creare il rapporto di fiducia tra i cittadini e il sistema sanitario" alla promozione della qualità "come principio trasversale ispiratore di ogni atto sanitario, ma anche di ogni procedura gestionale e amministrativa", fino all'umanizzazione dei luoghi di cura e delle pratiche medico assistenziali, alla promozione dell'unitarietà del sistema con diritti "esigibili su tutto il territorio nazionale", alla diffusione di una maggiore responsabilità di "tutti gli attori, a partire dal medico e dal soggetto pubblico" capace di "coinvolgere anche il cittadino affinché la malattia sia evitata (il dovere di non ammalarsi)". A queste indicazioni si aggiunge la garanzia della "legalità" come "principio guida universale di tutto il sistema", l'incentivazione della "cultura dei risultati" introducendo "strumenti di valutazione e misurazione di ciò che si garantisce ai cittadini in termini di esiti e di risultati di salute". E l'affermazione di una "politica delle alleanze" che veda, fianco a fianco, istituzioni pubbliche, professioni mediche e sanitarie, associazioni e volontariato, cittadini e attori economici e sociali. ■



I punti critici

- L'aumento della popolazione anziana porta con sé la maggiore diffusione di patologie croniche e la necessità di sviluppo di servizi socio-assistenziali sul territorio adeguati;
- più della metà dell'assistenza farmaceutica (55%) va a persone sopra i 65 anni. In questa

fascia d'età i ricoveri in ospedale sono il 40,2% del totale con un numero di giornate di degenza sopra la media;

- aumenta il consumo di alcol tra i giovani, e la pratica del bere per ubriacarsi, mentre si abbassa l'età di iniziazione al bere;
- l'Italia è tra i primi Paesi in Europa per presenza di soggetti in sovrappeso e obesi, preoccupa in particolare l'obesità pediatrica;
- alta diffusione di malattie car-

diovascolari, del diabete, delle malattie dell'apparato respiratorio in particolare la Bpco e l'asma. I farmaci del sistema cardiovascolare rappresentano da soli circa la metà delle dosi prescritte in un anno;

- le patologie tumorali restano la prima causa di morte nella popolazione tra i 35-64 anni;

- aumento della differenza di mortalità tra le fasce più istruite e alto reddito e quelle più disagiate in particolare per le malattie cardiovascolari;
- medicalizzazione del parto: ancora troppi i tagli cesarei e troppe le ecografie;
- la rete ospedaliera italiana appare ancora costituita in maggioranza di istituti medio-piccoli. Esistono più di

200 strutture pubbliche, circa 1/3 del totale, con meno di 120 posti letto, concentrate nelle regioni del Centro-Sud del Paese. Carezza di disponibilità di posti letto di riabilitazione e lungodegenza;

- salute mentale: a rischio i giovani adulti. Il 33,8% dei ricoveri riguarda la fascia d'età 25-44 anni. Mancanza di informazione sistematica sull'efficacia e la diffusione dei servizi.

Rapporto sullo stato delle madri nel mondo / Save the Children di Giulio Maria Corbelli

Un pianeta a due facce

Il rapporto di Save the Children mette a nudo le contraddizioni di un mondo in cui troppe madri muoiono ancora di parto. E quelle dell'Italia, prima per la salute infantile ma con molti problemi nel sostegno alle donne

In Italia si registra uno dei valori più bassi di mortalità infantile nel mondo, pari a uno su 250, e nello stesso momento, in Angola un bambino su 4 rischia di morire prima dei 5 anni. È solo una delle stridenti contraddizioni che emergono dal nono "Rapporto sullo stato delle madri nel mondo" redatto dall'associazione *Save the Children* e presentato a Roma lo scorso 6 maggio. Sul fronte della mortalità materna, ad esempio, scopriamo che una donna su 7 muore di parto in Niger, 1 su 8 in Afghanistan e Sierra Leone mentre in Irlanda la proporzione è di 1 su 47.000. E i contrasti non emergono solo dal confronto tra i paesi occidentali e quelli in via di sviluppo: nel ricorso alla contraccezione l'Italia è al pari con il Botswana dove solo il 39% delle donne utilizzano mezzi contraccettivi, mentre in Svezia si registra un valore pari al 72%. Ma uno dei dati più preoccupanti viene da quei paesi in via di sviluppo che cominciano a vivere una sensibile ripresa economica: qui, il divario tra chi sta bene e chi lotta ogni giorno per sopravvivere è sempre più marcato, segno che anche in queste aree il prevalere della logica di mercato porta a un preoccupante aggravamento delle differenze sociali.

I bambini, prima di tutto

Di certo non dovrebbe sorprendere nessuno che una onlus che si chiama *Save the Children* si occupi della salute delle donne. Come ha ben spiegato Valerio Neri, direttore generale dell'Associazione, "la qualità di

vita di un bambino dipende dalla salute, dalla sicurezza e dal benessere della propria madre. Solo assicurando alle donne educazione, benessere economico e possibilità di accedere ai servizi e alle cure sanitarie, sia quelle donne che i loro figli avranno maggiori possibilità di sopravvivere e crescere sani". Secondo Neri, l'impegno necessario per la redazione di questo rapporto non è in alcun modo

diverso da quello che ha spinto *Save the Children* a realizzare un progetto da oltre 400 milioni di dollari chiamato "Riscriviamo il futuro" e finalizzato a portare a scuola i bambini e le bambine che vivono in aree disagiate del pianeta. O da quello che porta decine di volontari della onlus a rischiare la vita per distribuire medicinali, acqua e tende alle popolazioni colpite dalle inondazioni in

Myanmar. Tutte le iniziative dell'associazione sono, quindi, dirette verso il benessere della popolazione infantile, una condizione influenzata da tanti fattori differenti e complessi. Primo fra tutti, quello culturale: se in Egitto una donna incinta mangia poco nella convinzione di avere così un bimbo più piccolo e quindi un parto più facile, c'è evidentemente un problema di educazione. Che emerge in maniera scioccante esaminando la situazione di alcuni paesi asiatici, come l'India e la Cina, dove le bambine rischiano molto più dei loro fratellini di sesso maschile di morire prima di aver compiuto i 5 anni di età. "Perché una neonata femmina in India ha il 60 per cento di possibilità in più di non arrivare all'età scolare rispetto a un maschio? Non ci saranno forse aspetti di discriminazione alla nascita?" si chiede il direttore generale di *Save the Children*.

Sono situazioni che sembrano lontane anni luce dalla cultura occidentale e che pure avvengono all'interno del condominio globalizzato in cui si è trasformato il mondo oggi. Così, mentre nei paesi in via di sviluppo si concentra il 90% dei malati, è in quelli industrializzati che

Save the children

ha come missione la tutela e promozione dei diritti dell'infanzia e ha individuato la salute delle mamme come un aspetto molto importante del proprio lavoro". Così Claudio Tesauro, presidente di *Save the Children Italia*, descrive l'attività dell'associazione, presente in Italia dalla fine del 1998. *Save the Children* è la più grande organizzazione internazionale indipendente per la difesa e la promozione dei diritti dei bambini. Opera in oltre 100 paesi nel mondo con una rete di 27 organizzazioni nazionali e un ufficio di coordinamento internazionale, la *International Save the Children Alliance*, con status consultivo presso il consiglio economico e sociale delle Nazioni Unite. In Italia, è impegnata a tutelare e promuovere i diritti dei bambini, concentrandosi su situazioni dell'infanzia particolarmente svantaggiate o difficili come la lotta al razzismo e alla discriminazione, le iniziative in risposta alla drammatica condizione dei minori coinvolti nel traffico degli esseri umani, la non facile situazione dei bambini che, per diversi motivi, si trovano in Italia senza la propria famiglia.

si registra l'88% della spesa sanitaria mondiale. Ma ciò che preoccupa maggiormente è che anche nei paesi che cominciano a registrare un crescente sviluppo, le differenze anziché assottigliarsi si aggravano: in nazioni come le Filippine o l'Egitto, dove l'economia sta attraversando un momento favorevole, le disparità tra la popolazione ricca e i poveri diventano sempre più forti.

Sempre più lontani

Per non parlare delle disparità tra paesi industrializzati e pae-



Save the Children

Italia ONLUS

si in via di sviluppo. Il gap che emerge tra il paese che è in cima e quello in fondo alla lista del rapporto sullo stato delle madri nel mondo di *Save the Children* è stridente: in Svezia

La FIGO contro la mortalità materna e infantile

■ Sono 20 anni che non si riesce a far diminuire il tasso globale di mortalità materna - un dato drammatico sottolineato più volte anche da Lluís Cabrero Roura, già

vice presidente della FIGO, nella sua toccante lettura magistrale "Emergenze e urgenze nel terzo mondo: il ruolo della FIGO" al Congresso nazionale di Napoli del 2007. Un'emergenza che la FIGO, Federazione internazionale di ginecologia e ostetricia, ha individuato come obiettivo centrale di una serie di progetti implementati in numerosi paesi a basso reddito. La FIGO ha rilanciato il suo

impegno in questo campo in occasione del 40esimo anniversario della Conferenza internazionale sui diritti umani, svoltasi a Teheran il 13 maggio 1968, in cui per la prima volta veniva sancito il diritto umano fondamentale dei genitori a "decidere liberamente e responsabilmente il numero e la frequenza dei loro figli". Secondo la FIGO, mortalità materna e pianificazione familiare sono, infatti,

strettamente collegati: si stima che il solo ricorso alla contraccezione potrebbe prevenire il 29% di decessi materni per tutte le cause ed evitare circa 22 milioni di interruzioni volontarie della gravidanza. Per questo motivo la FIGO è presente in numerose nazioni a basso reddito, da Haiti al Kosovo, dal Pakistan all'Uganda, per promuovere iniziative che permettano alle donne di accedere a nuo-

ve tecnologie efficaci e a basso costo per la riduzione della mortalità materno-infantile. E questi argomenti saranno anche al centro del prossimo appuntamento della federazione, il **XIX Congresso mondiale che si svolgerà a Città del Capo, in Sud Africa, dal 4 al 9 ottobre 2009**. Il successivo congresso mondiale della federazione si svolgerà in Italia nel 2012.

ogni parto avviene con l'assistenza di personale medico, il 72% delle donne usa i contraccettivi, dedica alla propria istruzione una media di 17 anni, ha un'aspettativa di vita di 83 anni e solo una donna su 185 rischia di perdere il proprio figlio prima che compia cinque anni. Al contrario, in Niger, solo il 33% dei parti è assistito, solo il 4% della popolazione femminile usa la contraccezione, una donna va a scuola in media per 3 anni, ha un'aspettativa di vita di 45 anni e, considerando che 1 bambino su 4 muore prima di aver raggiunto i cinque anni, ciò implica che quasi ogni donna rischia di veder morire suo figlio e 9 madri su 10 addirittura perdono ben due bimbi nel corso della propria vita.

Italia, glorie e vergogne

E l'Italia? Se consideriamo esclusivamente i parametri utili a valutare il benessere infantile, il nostro paese è addirittura primo in classifica, seguito da Germania, Francia e Svezia. Un importante risultato positivo che si fonda, in particolare, sulla efficace lotta alla mortalità infantile, che in Italia è pari a 4 su 1.000 nati, e sull'accesso all'istruzione, con tassi di iscrizione alla materna e alla scuola superiore pari rispettivamente al 104 e al 99% (il tasso rappresenta la percentuale di soggetti iscritti indipendentemente dall'età in rapporto al numero totale di bambini compresi nella fascia d'età prevista per frequentare quella scuola, e può risultare maggiore di 100 se anche soggetti di età diversa frequentano la scuola).

Mentre guida la classifica del benessere infantile, l'Italia è solo 19esima nella cura del benessere materno: alcuni dei parametri usati come indicatori dello stato di salute delle donne e madri mostrano nel nostro paese valori davvero preoccupanti. Prendiamo la contraccezione: in Italia solo il 39% delle donne fa uso di contraccettivi a fronte del 72% delle donne svedesi. Come dire che la percentuale registrata in Italia è pari a quella che si ha nel Botswana... Segno di un atteggiamento culturale che, come ha sottolineato Valerio Neri, trova sostegno anche in alcuni settori dell'informazione: "Mi è capitato di parlare con una giornalista che



Svezia percepisce

si rifiutava categoricamente di riferire il dato sul ricorso alla contraccezione in Italia ma che mi chiedeva ripetutamente perché nel nostro paese nascano pochi bambini".

Forti squilibri che compromettono il benessere delle madri si registrano in Italia anche rispetto a parametri come la partecipazione al governo nazionale o le differenze di reddito con l'uomo. Le donne italiane, ad esempio, percepiscono uno stipendio pari al 47% rispetto a quello dell'uomo (esattamente come in Benin) mentre le svedesi hanno un salario di poco inferiore (pari all'81%) a quello maschile. E se una lavoratrice in maternità in

comunque lo stipendio pieno, in Italia prende l'80% del suo stipendio ordinario. E che dire della partecipazione femminile al governo del paese? Mentre in Svezia le donne occupano quasi lo stesso numero di posti di governo degli uomini, in Italia si registra una percentuale del 17%, pari a quella della Bolivia, Gabon e Nepal. Segno di una sostanziale disparità di genere che fa sì che il nostro paese si posizioni dietro a nazioni come Slovacchia, Grecia ed Estonia e appena prima di Portogallo, Lituania e Lettonia.

Un aiuto concreto

Che cosa si può fare per migliorare la salute di mamme e bambini nel mondo? Secondo

Claudio Tesoro, presidente di Save the Children Italia, ci sono alcuni interventi che sono di competenza delle massime autorità mondiali: "Stiamo lavorando affinché il tema della salute materno-infantile sia una delle tematiche prioritarie tra quelle affrontate dal G8 che si svolgerà nel mese di luglio in Giappone, ma anche oggetto di lavoro del G8 successivo che si svolgerà in Italia nel 2009. Il rilievo di tale problematica è confermato anche dagli impegni già presi dai governi di 189 paesi del mondo con la Dichiarazione del Millennio del settembre 2000 che fissa otto obiettivi da raggiungere entro il 2015 per ridurre la povertà estrema: il quarto e il quinto obiettivo riguardano proprio la mortalità infantile e la salute materna".

Ma l'impegno di Save the Children va anche nella direzione di costruire le basi perché una popolazione possa sviluppare autonomamente il proprio benessere. Lo chiamano *capacity building* ed è ben rappresentato dal caso di Karim e Yaya. Yaya vive in Mali, ha 16 mesi e ha avuto la diarrea; la mamma lo ha portato perciò da Karim, volontario sanitario della zona, che gli ha dato una soluzione salina orale per prevenire la morte per disidratazione. Karim è stato formato dal team di Save the Children per fornire aiuto sanitario nel trattamento della diarrea e altri comuni disturbi dei bambini. Così ha consigliato alla mamma di Yaya di continuare ad allattare il bimbo al seno e di evitare certi medicinali tradizionali che sarebbero stati dannosi.

Se da noi avere la diarrea è un disturbo banale, infatti, in altre zone del mondo ci sono tantissimi bambini che muoiono a causa della disidratazione associata alla diarrea. La semplice soluzione di sali, zuccheri, potassio e altri nutrienti che Karim ha dato a Yaya ha salvato il bimbo esattamente come altri 40 milioni di bambini fin dagli anni Settanta. Basterebbero, insomma, interventi semplici e a basso costo per prevenire le principali cause di mortalità infantile e salvare ogni anno 6 milioni di giovanissime vite, pari a circa tre volte la popolazione di una città come Milano. Tanti sono, infatti, i bambini che rischiano la vita in paesi in cui non ci sono abbastanza antibiotici per fermare la polmonite o in cui non si ricorre all'uso congiunto di zanzariere e insetticida per evitare il contagio da malaria. ■

Madri invisibili: il caso delle donne Rom

Le donne Rom presenti nelle nostre città sfuggono alle statistiche ufficiali. Eppure, secondo le stime più recenti nella sola Roma sono presenti almeno 7.850 Rom, per la maggior parte donne e bambini. Per cercare di comprendere meglio le condizioni di vita delle donne che fanno parte di questa comunità, Save the Children Italia ha realizzato una ricerca qualitativa intitolata "Studio sulla salute materno infantile nelle comunità Rom. Il caso di Roma". La ricerca, i cui risultati sono consultabili nella sezione "pubblicazioni" del sito www.savethechildren.it, è frutto di interviste a donne Rom che vivono in alcuni insediamenti, attrezzati e non, della capitale. Dai dati ottenuti, che pur non essendo generalizzabili forniscono delle indicazioni di massima, emerge che circa il 70% delle donne intervistate non accede a prestazioni sanitarie, 2 su 3 non si sottopongono annualmente a visite ginecologiche e il 18% non ha eseguito alcun controllo in gravidanza. E questo nonostante di solito le donne Rom diventino mamme giovanissime (il 45% si è sposato prima dei 18 anni). Prevenzione e contraccezione sono lontane: solo il 27% delle intervistate ricorre al consultorio e appena il 20% utilizza metodi contraccettivi a fronte del 39% delle italiane. Scarso anche il ricorso al pediatra: poco più del 50% del campione ha detto di aver portato il proprio figlio dal medico nei primi anni di vita.

Gli indicatori del rapporto: alcuni dati

Nello scenario globale, ecco alcuni esempi che partono dagli indicatori di base del Rapporto sullo Stato delle Madri nel Mondo

Assistenza al parto

Solo il 6% delle nascite sono assistite in Etiopia e il 15% in Ciad e Afghanistan, percentuale che sale al 94% e 96% rispettivamente in Botswana e Sri Lanka.

Mortalità materna

1 donna su 7 muore di parto in Niger, 1 su 8 in Afghanistan e Sierra Leone. In Irlanda, la proporzione è di 1 su 47.000.

Aspettative di vita

Una donna vive in media 30 anni in Swaziland, 34 in Lesotho, 40 nella Repubblica Centro-Africana, in Zambia e Zimbabwe, contro gli 86 anni medi di una donna giapponese.

Utilizzo della contraccezione

Meno del 5% delle donne utilizza la moderna contraccezione in Afghanistan, Angola, Ciad, Repubblica Democratica del Congo, Guinea, Guinea-Bissau, Niger, Rwanda e Sierra Leone, contro l'80% delle donne inglesi e cinesi.

Rapporto tra guadagni medi maschili e femminili

In Egitto, Marocco, Oman, Qatar, Sudan ed Emirati Arabi Uniti, una donna guadagna al massimo il 25% rispetto ad un uomo, in Arabia Saudita la percentuale scende al 16%, mentre due paesi diversi come Kenya e Svezia hanno la stessa percentuale pari all'80%.

Partecipazione alla vita politica

Nessuna donna siede in Parlamento in Belize, Oman, Qatar e Arabia Saudita. La Svezia e il Rwanda hanno una percentuale pressoché identica di donne che partecipano alla vita politica del paese, che arriva quasi ad eguagliare quella maschile, con rispettivamente il 47% e 49%.

Scolarizzazione

In Niger e Djibuti una donna frequenta la scuola in media per 4 anni e più della metà dei bambini in età scolare non sono iscritti, mentre in paesi come l'Afghanistan, Repubblica Centro-Africana, Ciad e Guinea-Bissau il rapporto tra bambine e bambini iscritti alla scuola primaria è di 2 su 3. All'estremo opposto, l'Australia e la Nuova Zelanda, dove in media una donna dedica 20 anni alla propria istruzione e formazione.

Mortalità infantile

In Afghanistan, Angola, Niger e Sierra Leone, 1 bambino su 4 muore prima del suo quinto compleanno, mentre in Svezia e Islanda questo accade solo ad 1 bambino su 333.

Malnutrizione

Circa il 40% dei bambini con meno di 5 anni soffre di forme più o meno gravi di malnutrizione in India, Madagascar, Niger, Sudan, Timor Est e Yemen, percentuale che sale al 50% in Bangladesh.

Accesso all'acqua potabile

Più del 70% della popolazione dell'Etiopia e della Somalia e del 60% di quella dell'Afghanistan e della Papua Nuova Guinea non hanno accesso all'acqua potabile.

Ivg. Gli ultimi dati nella relazione al Parlamento di Lucia Conti

Sempre meno gli aborti in Italia, ma aumenta l'obiezione

Tra gli ultimi atti di Governo dell'ex ministro Livia Turco figura la consegna al Parlamento della Relazione annuale sull'attuazione della legge 194/1978, che contiene i dati preliminari per l'anno 2007 e i dati definitivi per l'anno 2006. I dati relativi al 2007, con un totale di 127.038 Ivg, evidenziano un ulteriore calo del 3% rispetto al dato definitivo del 2006 (131.018 casi) e un decremento del 45,9% rispetto al 1982, anno in cui si è registrato il più alto ricorso all'Ivg (234.801 casi). Il tasso di abortività (numero delle Ivg per 1.000 donne in età feconda tra 15-49 anni), l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'Ivg, nel 2007 è risultato pari a 9,1 per 1.000, con una diminuzione del 3,1% rispetto al 2006 (9,4 per 1.000) e del 47,1% rispetto al 1982 (17,2 per 1.000). Continua la diminuzione delle Ivg tra le donne italiane: i dati definitivi relativi all'anno 2006 evidenziano infatti 90.587 Ivg, con una riduzione del 3,7% rispetto al 2005 e di oltre il 60% rispetto al 1982.

Viceversa, le Ivg sono incremen-

Continua a diminuire il ricorso all'aborto (- 3% rispetto al 2006 e - 45,9% rispetto al 1982). Il calo è più forte tra le italiane (- 3,7% rispetto al 2005 e - 61,4% rispetto al 1982), mentre nelle cittadine straniere si conferma l'incremento del ricorso all'Ivg (+ 4,5% rispetto al 2005). Aumenta l'obiezione di coscienza, che in alcune Regioni raddoppia rispetto agli anni precedenti

tate tra le donne straniere: in totale 40.431 nel 2006 (+4,5% rispetto al 2005), pari al 31,6% del totale (nel 2005 erano il 29,6%). In merito al fenomeno degli aborti clandestini, nella Relazione di quest'anno viene presentata una nuova stima aggiornata del 2005 che si ferma ad un'ipotesi massima di 15 mila aborti effettuati al di fuori della legge 194, correggendo al ribasso le precedenti stime che indicavano tale soglia attorno ai 20 mila aborti clandestini. Il dato riguarda solo le donne italiane, in quanto non si dispone di stime affidabili degli indici riproduttivi per le donne straniere. Si conferma, quindi, la contemporanea diminuzione dell'abortività legale e clandestina tra le donne italiane.

Rispetto all'aborto effettuato dopo i 90 giorni, la situazione è invariata. La percentuale di Ivg dopo tale periodo è stata complessivamente nel 2006 del 2,9%. Di queste, il 2,2% è relativo alle Ivg

tra 13 e 20 settimane e lo 0,7% a quelle dopo 21 settimane.

Infine, sono stati presentati i dati relativi all'obiezione di coscienza, aggiornati dalle Regioni (i precedenti risalivano all'anno 2003, in taluni casi all'anno 1999), che mostrano un forte incremento in tutta Italia. L'obiezione è infatti aumentata per i ginecologi dal 58,7% al 69,2%; per gli anestesisti, dal 45,7% al 50,4%; per il personale non medico, dal 38,6% al 42,6%.

Nel Sud l'aumento è ancora maggiore e in alcune Regioni addirittura i dati raddoppiano. In Campa-

nia l'obiezione per i ginecologi passa dal 44,1% all'83%; per gli anestesisti dal 40,4% al 73,7%; per il personale non medico, dal 50% al 74%. In Sicilia, per i ginecologi, dal 44,1% al 84,2%; per gli anestesisti dal 43,2% al 76,4%; per il personale non medico, dal 41,1% al 84,3%. Ma anche nel Nord, come ad esempio in Veneto, l'obiezione è superiore al dato nazionale: per i ginecologi, 79,1%; per gli anestesisti, 49,7%; per il personale non medico, 56,8%.

Turco: migliorare l'applicazione

La presentazione della Relazione è stata anche occasione per formulare una serie di raccomandazioni per una migliore applicazione della legge 194 da

parte dell'ex ministro Turco, che ha sostanzialmente ripreso quegli indirizzi alle Regioni oggetto della mancata intesa in Conferenza Stato Regioni. Secondo la Turco, infatti, nonostante i dati dimostrino un indiscutibile successo della legge 194 sul piano della riduzione delle Ivg, si può fare di più per migliorarne l'applicazione. In primo luogo adottando specifici interventi di prevenzione rivolti alle donne straniere, per le quali il ricorso all'aborto è tendenzialmente in aumento, attraverso la formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata ad approcci interculturali per la tutela della salute sessuale e riproduttiva. Ma anche riorganizzando i servizi per favorirne l'accesso e il loro utilizzo, promuovendo una diffusa

e capillare informazione per la popolazione immigrata.

Da affrontare anche il maggior ricorso all'obiezione di coscienza da parte del personale dei servizi, al fine di garantire la libertà di obiezione, riconosciuta dall'articolo 9 della legge 194/1978, ma anche la continuità assistenziale. Infatti in alcune Regioni l'obiezione di coscienza ha raggiunto livelli tali da prefigurare un'oggettiva condizione di grave difficoltà per le donne nell'accesso ai servizi. In questo senso - secondo la Turco - sono le Regioni che devono controllare e garantire l'attuazione della legge, anche attraverso la mobilità del personale.

Un altro traguardo da raggiungere è l'adozione e il raggiungimento di standard uniformi su tutto il territorio nazionale, in relazione all'appropriatezza e alla qualità nel percorso della diagnosi prenatale e in particolare nei casi di anomalie cromosomiche e malformazioni, al fine di garantire l'immediata e reale presa in carico dei bisogni della donna e della coppia. E infine è urgente l'implementazione delle misure necessarie alla rimozione delle cause che potrebbero indurre la donna all'Ivg, sostenendo le maternità difficili e la promozione dell'informazione sul diritto a partorire in anonimato, nonché su tutta la legislazione a tutela della maternità. Migliore e piena applicazione della legge, quindi. Questa la strada indicata dall'ex Ministro della salute, che non ravvisa la necessità di una modifica della 194 quanto la necessità di un rinnovato impegno programmatico e operativo da parte di tutte le istituzioni competenti e degli operatori dei servizi.

Per il Papa la 194 è una ferita per la società

La legge 194 ha inferto una "ferita" alla società italiana e a trenta anni dalla sua entrata in vigore è di fatto "più difficile difendere la vita". Papa Benedetto XVI è tornato a parlare della leg-

► segue a pag. 30

Tassi di abortività per Regione

Anni 2006-2007

Tasso per 1000 donne 15-49 anni

	2007	2006	VAR. %
ITALIA SETTENTRIONALE	9.5	9.8	-2.8
Piemonte	10.8	11.4	-4.9
Valle d'Aosta	10.7	9.6	11.6
Lombardia	9.8	10.0	-2.8
Bolzano	5.0	4.9	2.4
Trento	11.0	11.6	-5.7
Veneto	6.3	6.4	-1.2
Friuli Venezia Giulia	8.0	8.0	1.2
Liguria	10.5	10.9	-4.1
Emilia Romagna	11.9	12.2	-2.1
ITALIA CENTRALE	10.4	10.9	-5.0
Toscana	10.3	11.0	-5.8
Umbria	10.8	11.1	-2.7
Marche	7.4	7.4	-0.8
Lazio	11.1	11.8	-5.8
ITALIA MERIDIONALE	8.6	8.8	-2.2
Abruzzo	8.4	8.8	-5.0
Molise	9.1	8.3	9.1
Campania	7.9*	8.2	-2.6
Puglia	11.0*	11.2	-1.5
Basilicata	4.9	4.9	0.4
Calabria	6.4	6.6	-3.2
ITALIA INSULARE	6.8	7.0	-2.7
Sicilia	7.3	7.5	-2.7
Sardegna	5.4	5.5	-2.8
ITALIA	9.1*	9.4	-3.1

* Calcolato in base al numero di Ivg parzialmente stimato

Tassi di abortività per area geografica 1983-2006

	VARIAZIONE %					
	1983	1991	2005	2006	2006/2005	2006/1983
NORD	16.8	10.6	9.9	9.8	-1.0	-41.7
CENTRO	19.8	12.4	11.2	10.9	-2.7	-44.9
SUD	17.3	12.1	8.8	8.8	0.0	-49.1
ISOLE	11.7	8.1	7.2	7.0	-2.8	-40.2
ITALIA	16.9	9.5	9.6	9.4	-2.1	-44.4

Obiezione per categoria professionale nel servizio in cui si effettua l'Ivg, 2006

	GINECOLOGI		ANESTESISTI		PERS. NON MEDICO	
	N	%	N	%	N	%
ITALIA SETTENTRIONALE	1565	65.2	1441	41.8	2838	26.2
Piemonte	285	62.9	227	41.8	341	23.1
Valle d'Aosta	2	16.7	8	44.4	0	0.0
Lombardia	578	68.6	523	46.4	831	31.2
Trento	20	74.1	26	41.5	167	68.8
Veneto	16	64.0	20	37.7	201	14.8
Friuli Venezia Giulia	292	59.1	274	49.7	779	36.8
Liguria	76	59.8	53	40.2	153	37.1
Emilia Romagna	98	56.3	128	58.1	98	6.8
ITALIA CENTRALE	854	71.0	822	54.8	4025	57.0
Toscana	189	55.9	178	28.2	198	12.7
Umbria	73	50.2	72	62.6	719	72.1
Marche**	149	78.4	169	70.7	452	52.9
Lazio***	443	77.7	443	67.6	2418	61.8
ITALIA MERIDIONALE	917	71.5	766	59.3	4135	46.4
Abruzzo	81	45.5	122	39.9	1592	33.4
Molise	24	82.8	28	77.8	77	87.0
Campania	532	83.0	235	73.7	500	74.0
Puglia	321	59.9	224	62.5	787	76.0
Basilicata	62	44.0	64	45.1	210	33.0
Calabria	97	71.5	93	68.9	971	57.0
ITALIA INSULARE	444	76.3	405	76.1	1164	69.1
Sicilia	146	84.2	134	76.4	847	84.1
Sardegna	98	57.3	71	50.4	267	45.7
ITALIA	3780	69.2	3434	56.4	12162	42.6

** il dato fa riferimento al 2002 *** il dato fa riferimento al 2001

La campagna Sigo sulla depressione post partum di Giulio Maria Corbelli

Mani tese alle mamme infelici

Ogni ginecologo sa cosa significhi l'esperienza della gravidanza per una donna e quanto la sua vita possa essere rivoluzionata dal miracolo del parto. Eppure pochissimi sono consapevoli di quanto sia delicato e critico il momento in cui una donna, dopo aver partorito, fa ritorno a casa. "Troppo spesso questo ritorno avviene in una condizione di solitudine, di scarso appoggio, di insufficiente informazione - lamenta Giorgio Vittori, presidente della Società italiana di ginecologia e ostetricia - C'è un 'buco' culturale, a mio avviso molto grave, rispetto alla percezione di quel momento straordinario che è il post partum, una fase importante quanto il parto e la gravidanza, in cui è assolutamente necessario accompagnare la neo mamma nelle migliori condizioni possibili, per evitare che si trovi a disagio". Il presidente Sigo fa riferimento a quella patologia poco nota persino agli specialisti più vicini alle donne, chiamata con il nome di "depressione post partum". Una patologia che colpisce nel nostro Paese ben 50.000 donne. Ecco perché, dice Vittori a nome dei ginecologi italiani, "non possiamo non imparare a riconoscerne i sintomi".

C'è chi non ce la fa

L'impegno della Sigo nella lotta alla depressione post partum si concretizza in questi mesi nella campagna "Non lasciamole sole", articolata su più fronti e lanciata nel corso di un convegno nazionale organizzato lo scorso 2 aprile presso l'Istituto San Gallicano di Roma. Al convegno, introdotto da Giorgio Vittori e moderato dal giornalista Mauro Boldrini, sono intervenuti Alessandra Graziottin, direttore del Centro di ginecologia e sessuologia medica San Raffaele Resnati di Milano, Roberto Russo, presidente della Società italiana di psicoprofilassi ostetrica, Romano Forleo, Primario emerito del Fatebenefratelli di Roma e docente di Psicomatica ostetrica e ginecologia alla Scuola di specializzazione di Tor Vergata, Viviana Garbagnoli, presidente dell'Associazione "La Casa Rosa" di Milano, Raffaella Michieli, Segretario nazionale Società italiana medicina generale, lo psichiatra Alessandro Grispini. E anche Claudio Mencacci, direttore del dipartimento di psichiatria dell'Azienda ospedaliera Fatebene-

Disperazione, senso di inadeguatezza, perdita di autostima. Sono 50.000 le donne depresse dopo il parto. In loro aiuto la Sigo lancia la campagna "Non lasciamole sole", ideata per informare le madri ma anche i ginecologi. Che spesso non sanno come essere d'aiuto

fratelli-Oftalmico di Milano, in cui dal 2004 opera il Centro studi prevenzione e cura dei disturbi depressivi nella donna, uno dei pochi centri attrezzati per la lotta alla depressione post partum in Italia, dove lavorano, insieme ai ginecologi, psichiatri, psicologhe e altre figure professionali competenti.

Nel suo intervento "La depressione post partum in Italia: fotografia del problema", Mencacci è partito dalle parole disperate di una donna: "Invidia chi è felice e ce l'ha fatta a superare la gravidanza con facilità e con la forza che io non so trovare, anche se so che loro hanno lottato per averli mentre io non lo sto

facendo e mi sto facendo scivolare tutto addosso. Ma è troppa la paura di lottare e di non riuscire. Ho invidiato in ospedale anche le donne che ce l'hanno fatta e parlavano con amore dei propri bimbi e io mi sento un mostro perché non riesco ad apprezzare il mio...". Questa condizione interiore di lacerazione non è così rara come si potrebbe pensare, se consideriamo valida anche in Italia la percentuale di donne con depressione post partum valutata generalmente nell'ordine del 10-12%. Una quota assai maggiore di neo mamme vive però la condizione detta *maternity blues* o *baby blues*, caratterizzata da un'instabilità

emotiva che si presenta in circa l'80% delle donne generalmente durante le prime due settimane dopo il parto. Di solito questo disturbo si risolve nell'arco di un paio di settimane senza necessità di alcun trattamento mentre è assolutamente necessario un immediato intervento psichiatrico in quella forma grave e fortunatamente molto più rara di depressione conosciuta come *psicosi post partum*: le donne che sperimentano questa patologia (si registra circa 1 caso ogni 1.000 nascite) hanno umore e comportamenti gravemente disturbati e presentano in genere confusione, agitazione, allucinazioni, disorganizzazione estrema e pulsioni infanticide.

I segnali della disperazione

Nella depressione post partum, invece, i sintomi, pur semplici di per sé, non sono facili da riconoscere perché si uniscono condizioni di carattere psichico e fisico come instabilità emotiva, pianti frequenti, mancanza di energie, perdita di interesse sessuale, e, soprattutto, disturbi del sonno e ansia. Questa condizione depressiva è più frequente nelle primipare e si può manifestare nelle prime settimane dopo il parto o nei 5-6 mesi successivi, ma non mancano casi di donne che la sperimentano anche un anno dopo la nascita del figlio. Opportunamente trattata, può essere completamente risolta in tempi brevi mentre, se la donna non viene aiutata, la depressione può durare 6 mesi o più e, nel 25% dei casi, oltre un anno. "Queste donne iniziano a presentare una problematica che se non riconosciuta può protrarsi per tutta la vita - spiega Mencacci - È come la rottura di un osso che non si calcifica e quindi si esporrà a una serie di conseguenze: aumenta il rischio di nuovi episodi depressivi (80% entro 5 anni rispetto al 42% del-

Depressione post partum: che fare?

Alcuni consigli per chi sta sperimentando una condizione di difficoltà in seguito al parto:

■ **Parlarne.** confrontarsi con altre mamme, con il proprio compagno, con amici e familiari o con il proprio medico può aiutare a vivere il nostro stato d'animo in maniera diversa e a non sentirsi sole

■ **Farsi aiutare.** Lasciare che amici e parenti diano una mano nella gestione della casa e del bambino. Farsi aiutare nei lavori domestici e condividere il più possibile la gestione del bambino con il padre.

■ **Ricavare degli spazi per sé.** Per una neomamma può sembrare impossibile, ma ci si possono ricavare dei momenti per sé, magari mentre il bambino dorme. Dedicare anche solo pochi minuti al giorno ad attività che siano gratificanti (leggere, coltivare il nostro hobby, fare un bagno, riposarsi).

■ **Fare attività fisica.** Approfittare delle occasioni di movimento offerte dalla vita quotidiana (fare le scale, portare il bambino a spasso, ecc.). L'attività fisica, soprattutto se all'aria aperta, contribuisce a migliorare la sensazione di benessere.

■ **Mangiare bene** e in maniera sana. Scegliere alimenti salutari (frutta, cereali, verdura) e limitare il consumo di caffeina, alcol, grassi e zuccheri.

■ **Tenere un diario.** Mettere per iscritto le proprie sensazioni può essere una maniera efficace di "scaricarci". Rileggere a posteriori i propri pensieri è inoltre un ottimo modo per focalizzare i progressi compiuti.

■ **Porsi un solo obiettivo per ogni giornata.** Una delle sensazioni più diffuse è quella di "non riuscire a combinare nulla". È normale sentirsi sopraffatti dalle nuove responsabilità e dai tanti nuovi impegni. Ci vuole inevitabilmente del tempo per adattarsi ai cambiamenti che un figlio comporta.

■ **Cercare di mantenere il contatto con il bambino.** Dedicare il giusto tempo ed attenzione all'allattamento: scegliere un posto tranquillo, cercare di rilassarsi, e di godere del contatto con il bambino, guardandolo negli occhi. Gli stessi consigli valgono anche se non si allatta al seno. Prendere spesso in braccio il bambino e parlargli dolcemente, dedicare la giusta attenzione al suo riposo (oltre che al nostro).

le donne non depresse), è correlata con i disturbi della relazione madre-bambino (attaccamento) ed ai disturbi nel neurosviluppo del neonato".

La depressione secondo i ginecologi

È fondamentale, perciò, riconoscere la patologia, diagnosticarla, intervenire tempestivamente e restituire alla mamma una condizione di vita serena. Eppure le



procedure, così come sono, non sono in grado di individuare tutti i casi: solo il 45% delle strutture sanitarie, infatti, prevede un monitoraggio delle mamme "a rischio" dopo il parto. Né si può sperare che sia la donna stessa a riconoscere i propri sintomi, dal momento che il tempo dedicato all'informazione prima della dimissione è giudicato inadeguato per questo scopo dal 72% dei ginecologi. Sono dati che emergono dal sondaggio realizzato dalla Sigo proprio in occasione del lancio della campagna "Non lasciamole sole", ottenuti raccogliendo, tramite il sito internet e l'indirizzo della Sigo, 231 risposte distribuite su tutto il territorio nazionale, dati che rap-

Solo il 45% delle strutture sanitarie prevede un monitoraggio delle mamme "a rischio" dopo il parto

presentano circa il 50% delle unità operative di ginecologia italiane e possono restituirci una figura realistica della situazione. "Abbiamo valutato se durante la gravidanza si presta attenzione, da parte del professionista ginecologo, a questa tematica - spiega Emilio Arisi, consigliere nazionale Sigo che a Roma ha illustrato i dati del sondaggio - Ebbene, la maggioranza dei medici risponde che pone attenzione solo per le situazioni che reputa a rischio. Si tratta di una presunzione molto soggettiva e in ogni caso è una risposta che sostanzialmente dice 'non mi preoccupo del problema'. Solo un terzo dei ginecologi tiene in considerazione la depressione post partum e addirittura una certa percentuale nega apertamente che il problema esista (il 15%)".

Senza metodo né armi

Se andiamo a indagare i mezzi con cui i ginecologi cercano di individuare i casi a rischio, la risposta è in generale insufficiente: "non esiste nessuno schema standard, nessuna metodologia - lamenta Arisi - E la minoranza che invece effettua questa valutazione, utilizza strumenti generici. L'anamnesi può consentire di 'risalire la china' della problematica, però è evidente che la strumentazione non è adeguata se non è supportata da una metodologia scientifica programmata e standardizzata, ad esempio con dei questionari". D'altra parte la maggioranza dei ginecologi non crede che esista (o comunque ne ignora l'esistenza) la possibilità di attivare reti di supporto alle donne evidenziate come "a rischio": "il 45% dice che non è prevista affatto, ma forse cela la propria ignoranza. Il 10% ammette più onestamente 'non so', mentre, fortunatamente, una percentuale del 45% sostiene che esistano attività

strutturate dedicate alla presa in carico del problema". I ginecologi inoltre lamentano l'assenza di strumenti informativi per le donne, che secondo il sondaggio sono a disposizione solo di una minima percentuale di essi (17%) anche se la grande maggioranza ritiene che essi sarebbero estremamente utili.

Un altro punto molto importante evidenziato da Arisi è il periodo previsto per la comunicazione con la donna nei giorni dopo il parto: "È già stato ricordato come i tempi di degenza siano oggi talmente velocizzati che non è quasi più rimasto il tempo per conoscere la donna. Ma è comunque drammatico che nel 40% dei reparti venga riservata meno di un'ora per colloquiare con la donna. A questa parte fondamentale della relazione medico-paziente viene riservato cioè lo stesso spazio in cui si struttura una cartella clinica. Questo dato non è sempre espressione della disattenzione del ginecologo, ma può celare anche una problematica più complessa, comprensiva dell'organizzazione della struttura. La maggioranza dei ginecologi, il 72%, ritiene che il tempo che si può dedicare sia decisamente insufficiente; i ginecologi quindi sottolineano chiaramente un loro disagio".

Una affollata campagna

D'altra parte è evidente come i ginecologi da soli non possano affrontare efficacemente il problema, che richiede invece attenzione da parte di una pluralità di soggetti, come gli psicologi, le ostetriche, i medici di famiglia e i pediatri. Tutte figure che la Sigo ha fin da subito coinvolto nel progetto "Non lasciamole sole", allargando la campagna ad altre società scientifiche ed istituzioni, come il Ministero per i diritti e le pari opportunità, la Società italiana di medicina generale (Simg), numerose società scientifiche del mondo ostetrico ginecologico, in particolare la Società italiana di psicoprofilassi ostetrica, ma anche l'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà, diretto da Aldo Morone presso l'Istituto San Galliano di Roma. Forte di un'adesione così larga, la campagna "Non lasciamole sole" prevede, dopo il sondaggio e il convegno nazionale dello scorso 2 aprile, la realizzazione di materiali informativi specifici, da distribuire entro l'estate agli operatori sanitari e alle donne, l'individuazione di una sorta di "linee guida" da condividere all'interno della Sigo, una costante attività mediatica per far emergere il problema e l'attivazione di protocolli e progetti specifici per costruire il network assistenziale. Ogni iniziativa sarà pubblicizzata nel sito www.sigo.it, un portale al servizio di operatori e cittadini. **Y**

X Congresso internazionale dell'Esc di Michele Musso

Educare gli italiani al family planning

Il summit della European Society of Contraception ha visto la partecipazione di alcune migliaia di specialisti provenienti da ogni parte del mondo, anche da Paesi "inaspettati". Dagli italiani presenti, il rinnovato appello ai media e all'opinione pubblica per una maggiore attenzione alla pianificazione familiare. Ribadito anche il no alla contraccezione "fai da te"

Brasile, Canada, Israele, India, Australia e, naturalmente, Stati Uniti; ma anche Iran, Libano, Singapore, Thailandia, Malaysia, perfino Nepal, Timor Est ed Etiopia; per non parlare delle ex repubbliche socialiste sovietiche e, ovviamente, dei Paesi del Vecchio Continente. E poi altri ancora, elencarli tutti toglierebbe troppo spazio al resoconto. Comunque erano davvero tante le realtà nazionali e sovranazionali (l'Organizzazione mondiale della sanità, in particolare) rappresentate al X Congresso internazionale dell'Esc, la Società europea di contraccezione, che si è tenuto a Praga a cavallo tra la fine di aprile e l'inizio di maggio scorsi.

Non-contraceptive impact of contra-

Non-contraceptive impact of contraception and family planning: su questo tema generale il convegno ha riunito quest'anno circa tremila ginecologi

ception and family planning:

su questo tema generale il convegno ha riunito quest'anno circa tremila ginecologi, con focus all'interno del congresso dedicati alle esperienze delle Società della contraccezione dei singoli Paesi. Fra i temi al centro del dibattito scientifico la contraccezione ormonale e quella non ormonale con altri metodi (barriera, Iud ecc.); l'educazione sessuale; i benefici extracontraccettivi; la contraccezione di emergenza. Proprio su quest'ultimo aspetto si è soprattutto concentrata l'attenzione dei media italiani, grazie anche a una conferenza

stampata espressamente riservata a loro, alla quale erano presenti come relatori Giorgio Vittori, presidente Sigo, Raffaella Michieli, segretario nazionale del-

Intervista a Giorgio Vittori, presidente della Sigo

Contraccezione: più informazione per una maggior consapevolezza su Mst e family planning

Per il presidente della Sigo, anche il congresso di Praga dell'Esc ha confermato il ruolo fondamentale dell'informazione nella promozione sia della salute sessuale e riproduttiva sia di una corretta pianificazione familiare. Decisiva la sinergia tra diverse figure professionali oltre che della famiglia e della scuola

Professor Vittori, quali indicazioni si possono trarre dal Congresso di Praga?

Direi innanzitutto la necessità di proseguire nell'opera di informazione delle fasce d'età più giovani sui temi della salute sessuale, della contraccezione, della pianificazione familiare. Sono argomenti che riguardano, con sfaccettature parzialmente diverse, i diversi Paesi non solo del cosid-

detto Occidente industrializzato ma anche quelli che un tempo erano "oltre cortina" e quelli del vicino e medio Oriente. D'altra parte, le metodologie e le tecniche - da quelle ormonali a quelle "meccaniche" - sono sempre più raffinate, efficaci e con effetti indesiderati pressoché irrilevanti (salvo ovviamente eccezioni patologiche) e permettono una gestione della propria sessualità as-

solutamente sicura e soddisfacente. Ma bisogna conoscerle e, com'è ovvio, potervi accedere. E per questo risulta fondamentale un'opera di informazione puntuale e diffusa. Anche da noi in Italia dove, secondo le nostre ultime stime, solo lo 0,3 per cento delle ragazze sotto i 19 anni ha una buona educazione sessuale e solo una su quattro ne possiede una sufficiente.

Insomma, c'è molto da fare anche in Italia. Ma forse, i ginecologi da soli non possono bastare...

Il recente sondaggio della Sigo, effettuato sulle spiagge italiane nell'estate del 2007, ha confermato che nel mondo della adolescente italiana c'è pochissima in-



la Società italiana di medicina generale, Rossella Nappi, ginecologa dell'Università di Pavia, Emilio Arisi, responsabile della Ginecologia dell'ospedale Santa Chiara di Trento, e Maurizio Orlandella, presidente dell'Associazione ginecologi territoriali (Agite).

D'altronde le cifre rilanciate da Praga sul consumo della cosiddetta "pillola del giorno dopo" non possono non destare qualche preoccupazione anche tra gli "addetti ai lavori": in Italia ne sono state vendute circa 370.000 nel 2007, vale a dire 50.000 in più rispetto alle 320.000 che erano state vendute l'anno precedente. Non solo: di queste ultime, più della metà, il 55 per cento, sono state acquistate da ragazze sotto i 20 anni. E negli ultimi sette anni il consumo è aumentato del 60 per cento.

Sembrirebbe, dunque che le giovani donne e le giovanissime si rivolgano sempre più spesso alla contraccezione d'emergenza. Cioè stando ai dati, il trend di consumi della "pillola del giorno dopo" appare in decisa crescita e merita d'essere indagato a fondo anche alla luce del fatto che il nostro Paese è tra quelli in Europa nei quali si fa meno contraccezione, d'emergenza e non, e pertanto ci sarebbe d'aspettarsi che prima o poi le nostre cifre in questo campo aumentino. Per esempio, sarebbe utile verificare "scientificamente" se la pillola del giorno dopo è davvero – come sembrerebbe da esperienze "sul campo", ma empiriche – una forma di contraccezione d'emergenza (imputabile a qualche errore o dimenticanza) oppure se – e se si

in che misura – sia un sistema al quale soprattutto le ragazze più giovani e meno consapevoli si rivolgono perché lo ritengono "più facile" da gestire e magari anche meno "dannoso" per il loro fisico (o per il look) rispetto agli anticoncezionali ormonali o d'altro tipo.

Da qui il rafforzamento della convinzione di proseguire nell'opera di informazione all'opinione pubblica sui temi dell'educazione sessuale e del family planning, anche attraverso la sinergia tra strumenti diversi e, soprattutto, tra le diverse figure professionali mediche che possono essere coinvolte. A questo proposito, l'incontro di Praga è stato in un certo senso originale ed esemplare per il nostro Paese: proprio alla conferenza stampa, infatti, erano presenti praticamente tutte le espressioni professionali interessate, dall'ospedale al territorio. "Siamo spesso i primi a confrontarci con le ragazze" ha sostenuto per esempio Raffaella Michieli, segretario nazionale della Simg, la Società di medicina generale, che è tra le autrici di un poster presentato al congresso su una ricerca dalla quale risulta che, contrariamente a quanto si crede, la metà delle prime prescrizioni di contraccettivi ormonali in Italia – e la quasi totalità di quelle successive – sarebbe proprio a opera dei medici di medicina generale. Perciò "è nostro dovere – ha aggiunto Michieli – sforzarci di parlare di più e non sfuggire questi temi, per evitare che le giovani si trovino di fronte a scelte drammatiche o comunque pesanti dal punto di vista della salute, fisica e psichica". Tutti i relatori della conferenza

stampa, inoltre, si sono detti sostanzialmente d'accordo su un punto: lasciare l'accesso alla contraccezione privo di un vaglio medico qualificato comporterebbe rischi senz'altro superiori agli ipotetici benefici. In altre parole: no deciso alle pillole anticoncezionali senza obbligo di ricetta medica. In diversi Paesi europei, infatti, la pillola del giorno dopo è acquistabile anche senza prescrizione e in Norvegia, Svezia e Paesi Bassi si compra addirittura liberamente anche nei drugstore. "Non siamo favorevoli alla vendita senza prescrizione – ha chiarito Vittori – perché il momento della prescrizione deve coincidere con un incontro che può servire a pianificare con la donna un programma di contraccezione". E poi "sarebbe anche meglio smettere di chiamarla 'pillola del giorno dopo' – ha detto Arisi – perché tanto prima la si prende tanto più è efficace. Se presa entro 12 ore da un rapporto il rischio di gravidanza stimata è di 0,5, ma già a 72 ore è otto volte più elevato, il 4,1%".

D'altra parte la sinergia tra la medicina generale di base e la specialistica è uno tra gli obiettivi condivisi a livello europeo e, in questo, il nostro Paese si dimostra all'avanguardia con numerosi progetti già in campo sia sulla contraccezione sia su altri temi di grande rilievo sociale come la depressione post partum o la salute delle donne immigrate. Non è un caso che il prestigio della ginecologia italiana anche a livello internazionale sia confermato dal fatto che proprio a Roma si celebrerà il prossimo Congresso mondiale nel 2012.

8° Corso di Villasimius

Quattro giorni tra scienza e amicizia

"Alta" e "partecipata" l'adesione all'8° Corso di Villasimius che quest'anno ha sfiorato le mille presenze. Per il presidente Aogoi Giovanni Monni, che ne è promotore e direttore, il segreto di questo successo "sta tutto in un programma scientifico di alto livello"

Quasi mille i partecipanti al Corso teorico-pratico di Medicina embrio-fetale e perinatale che si è svolto a Villasimius dal 22 al 25 maggio scorso con il patrocinio delle più prestigiose società scientifiche nazionali e internazionali. Una quattro giorni fittissima, ricca di sessioni, esercitazioni pratiche, dibattiti, tavole rotonde e gruppi di lavoro, che ha saputo tener sempre alto l'interesse dei colleghi intervenuti. Un piccolo miracolo se si considera che i lavori si svolgono a pochi metri da una delle spiagge più belle del mondo. È soddisfatto Giovanni Monni, direttore del Corso, "in particolare per la presenza di tanti giovani colleghi che, accanto ai veterani Aogoi, hanno modo di confrontarsi con i più qualificati esperti di medicina perinatale italiani e stranieri. Un confronto – sottolinea il presidente Aogoi – che in occasioni come queste prosegue anche fuori dalle sale congressuali e consente di stabilire relazioni professionali e umane, meno formali, e spesso di grande spessore



Giovanni Monni

australiani Aldo Vacca e Janet Vacca (ideatori della tecnica ostetrica "ventosa kiwi") insieme a Claudio Crescini e A. Ragusa, sulla semiotica ostetrica del parto, sulla distocia di spalla, sull'estrazione podalica e sull'utilizzazione corretta della ventosa ostetrica. Seguitissimi, come ogni anno, il Corso teorico pratico interattivo di ecografia fetale, incentrato sulle fetal ultrasound pictures, svolto da Ilan Timor Trisch, medaglia d'oro Aogoi e veterano di Villasi-



formazione: il 50% delle adolescenti, anche giovanissime, ha rapporti sessuali non protetti e addirittura arriva al rapporto senza informazione. La gravidanza indesiderata nelle adolescenti è un problema che richiede una strategia speciale; i dati dimostrano che in quella fascia di età non vi è stata la diminuzione riscontrata in altre età; pensiamo che all'adolescente debba essere dedicata una speciale campagna di informazione sulla "salute riproduttiva" che non può essere solo a carico del ginecologo, ma anche della scuola, del pediatra e del medico di famiglia. L'obiettivo non è quello di promuovere la contraccezione in quanto tale, che è solo una delle componenti della campagna informativa, ma aumentare l'informazione di base sulla biologia riproduttiva, includendo la protezione dalle malattie sessualmente trasmesse, attualmente in grande aumento. In-

somma fornire gli elementi per una maggiore consapevolezza. Nei Paesi dove tali campagne hanno avuto successo, l'età in cui si ha il primo figlio è minore, il numero dei figli è maggiore, la sensazione di pianificazione familiare informata è patrimonio degli adolescenti e delle giovani coppie. Tutto ciò contribuisce alla serenità della vita di coppia.

A ogni buon conto, avete già avviato diverse iniziative in questo senso. È possibile farne già un bilancio?

Il risultato delle campagne di sensibilizzazione che la Sigo ha intrapreso è difficilmente misurabile oggi, a pochi mesi dall'inizio. Il risultato misurabile oggi lo si ritrova nei media, sia carta stampata che radio, televisione e Internet. La rassegna stampa raccolta in seguito a queste iniziative è stata impressionante, centinaia di articoli in pochi mesi, decine di inter-

viste radiofoniche e televisive, migliaia di contatti in Internet, YouTube e Second life, strumenti molto utilizzati dai giovani. La sensazione che abbiamo è di avere colto nel segno, esaltando un bisogno sociale poco espresso e trasformandolo in informazione, seppure di sola sensibilizzazione. Il percorso che ci aspetta potrebbe essere di proposta di campagne informative strutturate, chiaramente al di fuori dei compiti e delle possibilità istituzionali della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia. La vera mission della Sigo potrebbe essere di divenire credibile nel grande dialogo sociale e istituzionale e grazie alla sua capacità di porsi al servizio delle pazienti e dei ginecologi, proporre iniziative valide e necessarie, sinergie positive e di migliorare nel ruolo di sensibilizzatrice per le tematiche che riguardano il mondo della donna.

di cui frutti si vedono negli anni e che danno all'evento un vero valore aggiunto". Tra i punti più qualificanti di questo ricco programma scientifico, accanto alle sessioni dedicate all'ecografia, velocimetria doppler ed ecocardiografia, le esercitazioni pratiche a piccoli gruppi, eseguite su manichini, che sono state previste in ogni giornata sotto l'egida degli

mius e la sessione dei relatori stranieri con gli interventi di C. Sen (Istanbul), A. Ansaklis (Atene), L. Cabero (Barcellona), F. Chervenak (New York), A. Monteagudo (New York), B. Ahmed (Qatar), A. Kurjak (Zagabria), A. Mikhailov (S. Pietroburgo).

Le società affiliate Aogoi, Sios (Fertilità e sterilità) e Smic (contraccezione), hanno avuto due sessioni dedicate mentre Agite ha organizzato dei gruppi di lavoro quotidiani su dieci tematiche, i cui lavori finali sono stati presentati nella giornata conclusiva del Corso (vedi articolo a pag. 25), quasi "un congresso nel congresso" per Agite, come lo ha definito il segretario nazionale Aogoi Antonio Chiantera che non ha mancato di sottolineare l'importanza dell'apporto delle società affiliate. L'Ivg prima e dopo i 90 giorni e le problematiche di vita-



Valeria Dubini

► Segue a pagina 30

di Antonio Chiantera

Occhi aperti

Carissimi,

vorrei qui richiamare la vostra attenzione su una campagna iscrizioni alquanto *sui generis*. È quella che sta conducendo la Fiog, la Federazione Italiana di Ostetricia e Ginecologia, creata in tutta fretta dal vertice Agui dopo lo "scisma di Napoli". Una Federazione "fac-simile della Sigo" nelle intenzioni dei suoi fondatori, che oltre ai ginecologi universitari Agui riunisce alcuni consultori Agico, alcuni extraospedalieri Ageo ed alcune società locali dai nomi pieni di fantasia (come "Amelcam").

Pur nella situazione di grave conflittualità creatasi con i colleghi universitari dell'Agui – basti la denuncia all'Autorità giudiziaria presentata dall'Agui nei confronti del past president Sigo prof. Ambrosini, dell'attuale presidente Sigo prof. Vittori e del presidente Aogoi, tesa a invalidare l'elezione del Direttivo Sigo votato al Congresso nazionale di Napoli – ci sembra comunque doveroso mantenere atteggiamenti chiari e corretti. E la "campagna iscrizioni" della Fiog non va in questa direzione.

Ma ecco in sintesi di che si tratta. Come molti di voi sapranno, per averla ricevuta, ai primi di aprile è circolata tra i colleghi specialisti ostetrici-ginecologi una "strana" mail a firma di Massimo Luerti, nella quale viene richiesta la disponibilità dell'interessato a partecipare al I Congresso Nazionale Fiog, in qualità di relatore o moderatore. In cambio non si pretende un grande impegno, perché sembra sia sufficiente aderire ed, "eventualmente", fornire un'indicazione sulla relazione. Come se non bastasse, vengono anche offerte cariche di delegato ospedaliero. Sul sito della Fiog, inoltre, leggiamo con un certo stupore che: "la quota d'iscrizione al I Congresso Nazionale è comprensiva della quota associativa Fiog". Va da sé che que-

sto rende difficile capire se stanno invitando i colleghi a partecipare ad un congresso oppure ad iscriversi all'associazione, due scelte che come ognuno comprende hanno diverso peso, l'uno occasionale, l'altro strategico. La Fiog propone dunque una sorta di "adesione inconsapevole", ma che automaticamente prevede la condivisione della linea politica e delle finalità di una Federazione, di cui

La crisi che ha scosso la Federazione Sigo-Aogoi-Agui è per la nostra Associazione una spinta ulteriore a proseguire sulla via del rinnovamento. Verso quella più ampia aggregazione delle varie componenti della ginecologia rappresentata da un Collegio Italiano dei Ginecologi. Per questo, il prossimo Congresso nazionale Sigo-Aogoi avrà per noi una valenza in più. Impegnamoci dunque per farne un momento di aggiornamento scientifico di alta qualità e di confronto sulle scelte future dell'Aogoi.

ben poco si sa. D'altro canto una simile iscrizione non potrebbe essere nemmeno supportata dalle Aziende Farmaceutiche, come avviene di consuetudine per convegni e congressi, non essendo invece legalmente permesso alle stesse l'iscrizione gratuita di medici ad una quale che sia Società Scientifica. E per questo che abbiamo provveduto a presentare a Farindustria un'istanza di verifica di violazione del codice deontologico. Non me-

no sconcertanti le reiterate richieste ai colleghi universitari a non partecipare a qualsiasi titolo agli eventi promossi dagli ospedalieri, come l'invito a disertare il Congresso Sigo-Aogoi di Torino il prossimo ottobre. Infine, dobbiamo chiarire anche la questione aperta dall'affiliazione della Segi alla nascente Fiog. Alcuni Soci della Società Italiana di Endoscopia Ginecologica, affiliata Sigo, si sono

rivolti allo studio legale della nostra associazione chiedendo di impugnare una delibera adottata senza poteri da parte del Consiglio Direttivo e in aperta violazione dello statuto Segi. Cosa era successo? È accaduto che a fine marzo il

Consiglio Direttivo della Segi ha deliberato l'affiliazione alla Fiog "bypassando", per così dire, le norme statutarie che prevedono che tale atto di straordinaria amministrazione debba essere adottato esclusivamente dall'Assemblea dei soci e non certo dal solo Consiglio Direttivo. Neppure il preavviso di 20 giorni, previsto per la convocazione delle riunioni non programmate, è stato rispettato, il che di fatto ha impedito

ad alcuni membri del Consiglio Direttivo di partecipare alla seduta.

Che dire? Una campagna iscrizioni del genere si commenta davvero da sola. Sulla compatibilità della adesione alla Fiog per gli iscritti Aogoi, il Consiglio direttivo Aogoi, dopo l'adesione di una ventina di soci alla neonata Federazione, ha chiesto un parere al comitato dei probiviri che ha ritenuto come l'associazione alla Fiog sia in diretto contrasto con gli interessi di Aogoi e suscettibile di causare un grave danno alla credibilità degli organi dell'Associazione sia verso i singoli medici sia verso le altre associazioni mediche italiane e internazionali.

Il punto, come avrete ben compreso – al di là dei numeri (non sono una ventina di "doppie iscrizioni" a preoccuparci) e delle previsioni di legge o dello statuto Aogoi – sta nella lealtà e correttezza che ritengo doveroso richiedere ai nostri soci. È bene ricordare che la nuova federazione ha lo scopo dichiarato di formare un nuovo punto di riferimento per la ginecologia italiana, alternativo alla Sigo, cui Aogoi aderisce, e in seno alla quale si è concentrato l'attacco di Agui nei confronti della nostra Associazione e del suo gruppo dirigente, spinto fino alle aule giudiziarie. Non pos-

siamo, in questa fase delicata, permettere che manovre di questo genere indeboliscano l'immagine e la posizione della nostra Associazione né tanto meno lasciar spazio a comportamenti ambigui, o sleali. Soprattutto nel caso di iscritti con incarichi associativi importanti, che hanno chiesto – e beneficiato – del sostegno di Aogoi quando ne hanno avuto necessità e che ora, dimentichi del passato, diventano i peggiori nemici della nostra Associazione con atteggiamenti e comportamenti sleali e scorretti diretti a colpire l'Aogoi.

È necessario perciò fare chiarezza, ed è per questo che ho deciso di rivolgermi a tutti voi rendendovi partecipi degli attacchi subiti dalla nostra Associazione e dal suo gruppo dirigente. Perché deve essere chiaro che l'Aogoi non abbasserà la guardia. Naturalmente la miglior risposta è sempre quella sul terreno professionale: dunque impegniamoci al meglio per rendere l'84° Congresso nazionale Sigo - 49° Aogoi un evento di rilievo sul piano scientifico e associativo.

Come saprete, ospiteremo alcune delle personalità internazionali che contribuiranno al Congresso mondiale FIGO 2012 – la prossima grande sfida che ci attende e che sapremo raccogliere. Perché ne abbiamo le capacità e le forze.

**ATTIVIAMOCI
PER IL CONGRESSO
NAZIONALE
INVESTIAMO
IN AGGIORNAMENTO**

**Partecipate numerosi e contribuite al programma scientifico del Congresso!
Inviare i vostri abstract sui temi previsti dal programma - entro e non oltre il 30.06.2008 - utilizzando la procedura on-line descritta sul sito internet www.sigo2008.it**

Le età della donna tra natura e tecnologia

Dopo 43 anni il Congresso nazionale della Società italiana di ginecologia e ostetricia torna a Torino. Presidenti Mario Campogrande e Giorgio Vittori

Temi congressuali

- Nuove strategie in medicina materno-fetale
- Preservazione della capacità riproduttiva
- Ormoni sessuali: dalla pubertà alla senescenza
- Chirurgia ginecologica mini invasiva
- Qualità di vita della paziente oncologica: nuove prospettive
- Cellule staminali in ostetricia e ginecologia
- Medicina di genere: non solo ginecologia e ostetricia
- Sinergia territorio-ospedale nei percorsi diagnostico-terapeutici
- Formazione del ginecologo europeo

Abstracts

Contributi scientifici

- Coloro che desiderano presentare Contributi Scientifici sui temi previsti dal programma, potranno inviare il proprio elaborato utilizzando esclusivamente la procedura on-line descritta sul sito internet www.sigo2008.it
- L'accettazione dei Contributi Scientifici presentati è subordinata alla formalizzazione dell'iscrizione al Congresso di almeno uno degli Autori
- Due abstract per ogni tema congressuale saranno scelti dal Comitato scientifico per essere presentati

nelle sedute plenarie
(la valutazione avverrà senza conoscere i nomi degli Autori)

- I Contributi Scientifici potranno essere presentati sotto forma di Comunicazioni Orali o Poster previa accettazione del Comitato scientifico. Non saranno accettati i Contributi scientifici presentati ad altri Congressi. Non saranno accettati i Contributi scientifici presentati via fax o via e-mail.

Deadline

- Gli abstracts dovranno pervenire on-line alla Segreteria Organizzativa del Congresso entro e non oltre il 30.06.2008. Dopo tale data non sarà più garantita l'accettazione dei lavori inviati.

Società scientifiche affiliate

- AGICO Ass. Ginecologi Consultoriali
- AGiTe Ass. Ginecologi Territoriali
- AIUG Ass. Italiana di Urologia Ginecologica e Pavimento Pelvico
- CECOS Terapia della sterilità e fecondazione assistita
- GREG Gruppo Romano di Endoscopia Ginecologica
- ISSHP It. Branch della International Soc. of Hypertension in Pregnancy
- LAMM Soc. Laziale Abruzzese Marchigiana Molisana di Ostetricia e Ginecologia
- SCCL Soc. Campano Calabro Lucana di Ostetricia e Ginecologia
- SIDIP Soc. It. di Diagnosi Prenatale e Medicina Materno Fetale
- SEGI Società di Endoscopia Ginecologica Italiana
- SICPCV Soc. It. di Colposcopia e Patologia Cervico-Vaginale
- SIEOG Soc. It. di Ecografia Ostetrico-Ginecologica
- SIFES Soc. It. di Fertilità e Sterilità
- SIFR Soc. It. di Fisiopatologia della Riproduzione
- SIGIA Soc. It. di Ginecologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza
- SIGIP Soc. It. di Ginecopatologia
- SIGITE Soc. It. di Ginecologia della Terza Età
- SIM Soc. It. per lo Studio della Menopausa
- SIMP Soc. It. della Medicina Perinatale
- SIOG Soc. It. di Oncologia Ginecologica
- SIOS Soc. It. Ospedaliera per la Sterilità
- SIPGO Soc. It. di Psicomatica, Ginecologia ed Ostetricia
- SIPPO Soc. It. di Psicoprofilassi Ostetrica
- SLOG Soc. Lombarda di Ostetricia
- SMIC Soc. Medica Italiana per la Contraccezione

Presidenti onorari

D. Shaw (Presidente FIGO)
W. Dunlop (Presidente EBCOG)
G. Serour (Presidente Eletto FIGO)
G. Monni (Presidente AOGOI)

Presidenti del Congresso

M. Campogrande (Torino)
G. Vittori (Roma)

Segreteria scientifica

R. Chiapponi (Torino)
P. Seiner (Torino)
C. Tibaldi (Torino)
E. Viora (Torino)
Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia
Ospedale Ostetrico Ginecologico Sant'Anna
Corso Spezia, 60 - 10126
Torino
Tel: 011 2446915-16
segreteria.scientifica@sigo2008.it

Comitato internazionale

A. Acosta (Paraguay)
A. Antsaklis (Grecia)
C.M. Bilardo (Olanda)
L. Cabero Roura (Spagna)
F. Chervenak (USA)
V. Chiantera (Germania)
W. Holzgreve (Svizzera)
L. Hummelshoj (Danimarca)
S. Kennedy (Regno Unito)
B. Kralj (Slovenia)
A. Kurjak (Croazia)
A. Lalonde (Canada)
G. Lindeque (Sud Africa)
J.M. Okaro (Nigeria)
C.R. Ortega Soler (Argentina)
D. Querleu (Francia)
S. Rakar (Slovenia)
M. Seppala (Finlandia)
J. Stencl (Slovacchia)
I. Szabò (Ungheria)
Y. Taketani (Giappone)
A. Terrero (Rep. Dominicana)
G.H.A. Visser (Olanda)
L. Voto (Argentina)
D. Wallwiener (Germania)

Comitato scientifico

Coordinatori
E. Cittadini (Palermo)
G.P. Mandruzzato (Trieste)
G. Adinolfi (Caserta)
G. Amuso (Alzano Lombardo)
I. Ardivino (Avellino)
R. Arienzo (Napoli)
E. Arisi (Trento)
G.C. Balbi (Napoli)
S. Baldi (Firenze)
C. Battaglia (Bologna)
E. Bergamini (Reggio Emilia)
C. Buffi (Poggibonsi)
G. Buonanno (Napoli)
P. Busacchi (Bologna)
G. Cali' (Palermo)
C. Campagnoli (Torino)
G. Canzone (T. Imerese)
A. Cardone (Napoli)
A. Carecchia (Sassuolo)
A. Castellano (Roma)
G. Cecchini (Milano)
A. Chiantera (Napoli)
A. Cisternino (Catania)
G. Conoscenti (Catania)
M.R. Costa (Genova)
C. Crescini (Bergamo)

P. Curiel (Firenze)
V. D'Addario (Bari)
S. Danese (Torino)
P. De Iaco (Bologna)
C. De Stefano (Avellino)
P. Di Donato (Cento)
A. Di Meglio (Napoli)
Q. Di Nisio (Penne)
F. Di Re (Milano)
G. Dolfino (Torino)
C. Donati Sarti (Perugia)
V. Donvito (Torino)
E. Arisi (Trento)
G. Ettore (Catania)
D. Ferrante (Campobasso)
P. Forleo (Roma)
L. Frigerio (Bergamo)
V. Giambanco (Palermo)
C. Gigli (Gorizia)
M. Giolito (Torino)
N.A. Giulini (Cattolica)
P. Iervolino (Napoli)
E. Imparato (Pavia)
I. Ingrassia (Pescia)
G.B. La Sala (Reggio Emilia)
T. Maggino (Mestre)
A. Maina (Torino)
L. Massacesi (Senigallia)
M. Massacesi (Senigallia)
G. Masellis (Capri)
M. Masucci (Napoli)
Y.J. Meir (B. Del Grappa)
A. Melani (Pistoia)

M. Mincigrucci (Perugia)
U. Montemagno (Napoli)
M. Mucci (Ortona)
A. Natale (Milano)
N. Natale (Milano)
M. Orlandella (Milano)
L. F. Orsini (Bologna)
S.F. Panzini (Bologna)
C. Pasquinucci (Milano)
C. Peris (Torino)
P. Pirillo (Cosenza)
E.R. Poddi (Brindisi)
G. Pomili (Perugia)
M. Primicerio (Roma)
P. Quartararo (Palermo)
G. Quintarelli (Prato)
F. Raspagliesi (Milano)
F. Repetti (Genova)
M. Rustico (Milano)
D. Salvatore (Aosta)
C. Sbiroli (Roma)
S. Schettini (Potenza)
S. Sciorio (Giugliano)
P. Scollo (Catania)
R. Secli (Fano)
M. Silvestri (Spoleto)
F. Sirimarco (Napoli)
R. Sposetti (Vicenza)
C.M. Stigliano (Castrovillari)
E. Tajani (Terlizzi)
R. Tesaro (Napoli)
P. Todaro (Roma)

V. Trojano (Bari)
G. Urru (Tempio Pausania)
P. Vadalà (Reggio Calabria)
E. Vizza (Roma)
P. Volpe (Bari)
A. Zacutti (La Spezia)
R. Zarcione (Napoli)

Comitato locale

M. Ardizzoia (Bra)
F. Armellino (Torino)
M. Barbero (Asti)
G. Bottino (Rivoli)
F. Carnino (Torino)
L. Galletto (Pinerolo)
G. Gregori (Casale)
R. Gherzi (Novara)
R. Jura (Biella)
S. Laterza (Susa)
L. Leidi (Chivasso)
S. Leonardi (Novi Ligure)
P. Montironi (Moncalieri)
F. Olivero (Verbania)
A. Pallotti (Mondovì)
P. Pesando (Ivrea)
N. Porcelli (Vercelli)
P. Rattazzi (Cuneo)
C. Rinaldi (Tortona)
E. Rovetta (Alessandria)
G. Ruspa (Borgomanero)
C. Sbrulati (Acqui)
P.G. Verri (Alba)
C. Vucusa (Savigliano)

di **Mario Campogrande**, presidente Congresso 84° SIGO - 49° AOGOI 2008

Il Congresso si avvicina

Le centinaia di relatori e moderatori, ricercatori e clinici provenienti da ogni parte d'Italia, supportati da notissimi esperti internazionali che hanno entusiasticamente dato la loro adesione al Congresso Sigo-Aogoi di Torino, lasciano prevedere che la solida struttura congressuale potrà offrire a tutti i partecipanti occasione di approfondimento, riflessione, dibattito. Per consentire una larga partecipazione attiva, ci siamo posti la regola di non avere ripetizioni di presenze dello stesso relatore in diverse sessioni o tavole rotonde, così da poter arricchire le tematiche ed offrire la possibilità più ampia di espressione delle differenti opinioni scientifiche. Pur dovendo presentare in contemporanea più sessioni nelle accoglienti Sale del Lingotto, l'articolazione e la successione dei vari temi potrà consentire ai partecipanti la scelta degli argomenti più consoni alle personali esigenze formative.

Come si può valutare dal programma presentato qui a fianco, molti dei temi di più largo ed attuale interesse clinico si sono estesi in più sessioni: così è per le nuove prospettive per la qualità di vita della paziente oncologica, come per la preservazione della capacità riproduttiva che non può non tenere conto dei continui progressi della Pma.

Le nuove strategie in medicina materno-fetale non possono non considerare i quadri di fisiopatologia più frequenti che richiedono oggi nuove interpretazioni e prospettive terapeutiche.

La chirurgia ginecologica mininvasiva presenterà, accanto alle metodiche ormai consolidate, aspetti nuovi come la robotica, mentre uno spazio specifico avrà ovviamente la uroginecologia.

Le età della donna sotto l'aspetto endocrinologico saranno rivisitate in chiave diagnostica e terapeutica, con contributi anche da parte di esperti in medicine complementari.

Le cellule staminali saranno esaminate sia dal punto di vista delle diverse fonti possibili, anche in relazione alle normative italiane forse in fase di rivisitazione proprio in questo periodo,

Poco più di 100 giorni ci separano dal Congresso Sigo di Torino, l'ottantaquattresimo dalla sua fondazione, che coincide con il quarantanovesimo Congresso Aogoi. Il Comitato Scientifico, con il coordinamento di Ettore Cittadini e di Gian Paolo Mandruzzato, in numerosi incontri che hanno coinvolto le Società Scientifiche affiliate, ha ormai messo a punto un programma avanzato. I temi congressuali, già segnalati nel primo annuncio, si arricchiscono con argomenti attuali che si intersecano e completano il quadro generale, così che "Le età della donna tra natura e tecnologia" saranno presentate davvero con una visione che possiamo considerare, se non esaustiva, certamente panoramica ed al tempo stesso dettagliata ed esaminata da moltissime angolature

sia dal punto di vista del loro significato in oncologia, non soltanto patogenetico; il punto sull'utilizzo in terapia rigenerativa sarà presentato da autorevoli esperti di terapia genica e di terapia cellulare.

La medicina di genere, che è stata oggetto di particolare attenzione proprio nel recente documento del Ministero "La

salute delle donne. Un diritto in costruzione", vedrà la partecipazione di specialisti di diverse discipline e sarà occasione anche per una valutazione sulle differenti opportunità che il genere offre ai professionisti della salute.

Una significativa novità del Congresso di Torino si avrà per la presenza di simposi e sessioni in

collaborazione tra i ginecologi che operano nelle strutture territoriali ambulatoriali-consultoriali e i colleghi delle strutture di ricovero.

Le sinergie che i percorsi diagnostico-terapeutici oggi sempre più richiedono troveranno ampi spazi per confronti e discussioni. I trent'anni trascorsi dalla introduzione della Legge



194, sulla quale sono in corso riflessioni e dibattiti a tutti i livelli, saranno anche per noi oggetto di confronto e di proposte. I temi dello screening e della vaccinazione per il cervicocarcinoma saranno affrontati con differenti angolature e certamente offriranno l'occasione di dibattiti anche vivaci, mentre specifiche sezioni affronteranno argomenti di medicina sociale, dall'endometriosi alla salute della donna migrante, accanto ad aspetti emergenti quali la depressione postpartum.

Una intera sessione sarà dedicata alla Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche, che ci potrà arricchire con le nuove esperienze di gestione di gravidanza e parto a basso rischio che vanno diffondendosi nel nostro paese.

L'economia sanitaria avrà una visita di esperti specifica-

di **Giorgio Vittori**, presidente Congresso 84° SIGO - 49° AOGOI 2008

Miglioriamo l'accesso alle tecnologie

Il Congresso della Sigo di Torino, come si evince già dal titolo "Le età della donna tra natura e tecnologia", ha l'obiettivo di essere il primo di tre eventi nazionali annuali della ginecologia italiana dedicati all'incontro tra l'evidenza scientifica e la pratica clinica. Nel caso del congresso di Torino, il tema del rapporto tra la tecnologia e la donna suscita interesse per le prospettive che stimola; al centro delle riflessioni ci sono però anche le attuali grandi limitazioni legate alla scarsa considerazione che hanno le procedure ostetrico-ginecologiche nel sistema sanitario nazionale.

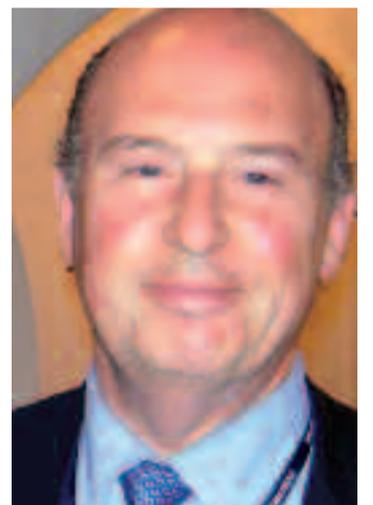
Innovazione al servizio del ginecologo

In ogni campo operativo dell'ostetricia e della ginecologia le innovazioni tecnologiche rivestono una particolare importanza. In ostetricia, la tecnologia trova applicazione soprattutto nella parte diagnostica biochimica, nell'ecogra-

fia ad alta risoluzione e in alcuni farmaci di nuova generazione. In ambito neonatale, le nuove cure basate sulle tecnologie innovative hanno migliorato la sopravvivenza dei grandi prematuri. Per la ginecologia, abbiamo a disposizione nuovi sistemi diagnostici, per esempio per la tipizzazione dei virus responsabili della patologia del collo dell'utero, ma vi sono anche tecnologie che non sono più una novità, come l'isteroscopia e la laparoscopia che diminuiscono il trauma chirurgico rispetto alle tecniche "tradizionali". E, sempre nella pratica chirurgica, è ormai una realtà l'utilizzo del robot che migliora il gesto chirurgico eliminando il tremore della mano e permettendo di effettuare gesti impensabili all'interno del corpo umano. Il futuro è infine rappresentato dalle cellule staminali, il cui prelievo avviene sempre al momento del parto con la donazione del cordone ombelicale.

Il limite economico

Abbiamo la sensazione, tuttavia, che per l'ostetricia e la ginecologia italiane, nonostante queste grandi premesse, la possibilità di avvalersi degli ultimi ritrovati sia molto limitata dallo scarso valore che viene attribuito alle prestazioni ostetrico-ginecologiche se confrontate con quelle di altre branche: per esempio un intervento di resezione di colon vale molto più di un intervento radicale per tumore ovarico e sicuramente più di tutti gli interventi che si prefiggono di preservare l'integrità genitale femminile (l'età del primo parto in Italia è vicina a 35 anni e stiamo imparando a conservare la capacità di concepire anche per 20 anni). Le leggi dell'economia stanno entrando prepotentemente anche in sanità e se le prestazioni ginecologiche valgono poco, la migliore tecnologia è meno disponibile, sicuramente meno dei nostri fratelli chirurgici che, più liberi dai vin-



coli di spesa, non si pongono il dubbio se utilizzare una cucitrice meccanica da 400 euro o tornare a cucire a mano come si faceva anni fa. Le difficoltà di avere ecografi aggiornati e ad alta risoluzione sono quotidiane.

Partendo da queste riflessioni, Torino 2008 sarà occasione di dialogo, informazione e proposta di strategie di valorizzazione. Vi sono sessioni dedicate alla chirurgia ad alta tecnologia, alla nuova ecografia ma anche all'utilizzo delle nuove tecnologie informatiche e anche all'analisi dei rimborsi delle prestazioni sanitarie. Per indirizzarci insieme verso una professione sempre più all'avanguardia.

mente per la nostra specialità, così come avremo per la prima volta un tempo dedicato alla Sanità Militare.

L'attenzione che ci si era proposti di offrire particolarmente ai colleghi più giovani li vedrà con la possibilità di interagire con équipes operatorie nel corso di videoconferenze con chirurgia in diretta.

La formazione degli specialisti sarà al centro dell'attenzione fin dal primo giorno, con una visita delle realtà formative europee, mentre la Federazione Internazionale di Ginecologia ed Ostetricia (FIGO), con la presenza dei suoi vertici, indicherà lo scenario mondiale ove gli aspetti formativi si uniscono alla richiesta di partecipazione e di condivisione di problematiche spesso dimenticate nelle nostre strutture, talora in difficoltà, ma certamente molto più fortunate di quanto ancora oggi si osserva in oltre la metà del mondo.

Anche i sei Corsi Precongressuali che precederanno l'inaugurazione del Congresso saranno ovviamente particolarmente aperti ai più giovani, non certo per ricordare nozioni recentemente apprese, ma per presentare realtà concrete di lavoro quotidiano.

Ampio spazio ed attenzione saranno dedicati alle comunicazioni scientifiche, che giungono già numerose da ogni regione.

Alcune delle Società affiliate, oltre alla collaborazione già offerta nella stesura del programma generale, avranno la possibilità di riunirsi in simposi specificamente dedicati.

Ovviamente devo sperare che, pur con un programma così intenso, ciascuno possa trovare un breve, ma non troppo breve, tempo da dedicare alla visita della nostra Torino, che è diventata davvero, lo dico uscendo dall'understatement subalpino, una città vivissima e ricca di offerte culturali e turistiche che per molti di noi saranno, ne sono certo, una piacevolissima sorpresa.

Arrivederci a Torino!

Le età della donna tra natura e tecnologia

Torino, 5-8 ottobre 2008 - Centro Congressi Lingotto

Programma preliminare

Domenica 5 ottobre

CORSI PRECONGRESSUALI

- **Ecografia Mammaria: ruolo della diagnosi precoce**
- **Office Ecografia: l'ecografia come supporto alla visita ostetrico-ginecologica**
- **Patologia infettiva in ginecologia e ostetricia**
- **Simposio Sanofi - Vaccinazione e HPV - Come si prepara una ricerca clinica e una pubblicazione scientifica - Come si cercano gli articoli scientifici**
- **Ginecologia endocrinologica**
- **L'anestesia locale in ostetricia e ginecologia**

INAUGURAZIONE

ore 17.00

Lunedì 6 ottobre

Mattina

- **La Formazione del Ginecologo Europeo**
- **Intervento FIGO (Federazione Internazionale di Ginecologia e Ostetricia)**
- **Nuove possibilità di prevenzione e di trattamento per la qualità di vita della paziente oncologica**
- **Ostetricia oggi: natura e tecnologie, le nostre risorse**
- **Intervento SIDIP**
- **Intervento Soc. Eco mammaria**
- **Nuove Frontiere della chirurgia resettoscopica**
- **Dolore pelvico cronico e comorbilità**
- **Disturbi del sonno e salute della donna**

Pomeriggio

- **Chirurgia ginecologica mini invasiva**
- **Preservazione capacità riproduttiva**
- **Le politiche di genere e la professione medica: quali azioni in Italia per raggiungere le pari opportunità?**
- **Quale salute per la donna migrante nel nostro paese**
- **Chirurgia mini-invasiva della IUS e del prolasso genitale**
- **Patologie del distretto vulvo-vestibolo-vaginale**
- **Simposio AGITE**
- **Simposio SIGITE**
- **Simposio SICPCV**
- **Simposio SANOFI: Vaccinazione e HPV**
- **Comunicazioni orali**
- **Le cellule staminali in ostetricia e ginecologia**

Martedì 7 ottobre

Mattina

- **Nuove strategie in medicina materno-fetale**
- **Cancro Endometriale**
- **Infertilità**
- **Economia sanitaria in ginecologia e ostetricia**
- **Endometriosi**
- **Legge 194 dopo 30 anni**
- **Comunicazioni Orali**
- **Medicine non convenzionali**
- **La sanità militare per la salute della donna**
- **Simposio della Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche**

Pomeriggio

- **Tavola Rotonda: Trattamento chirurgico del Carcinoma Endometriale: definizione di uno standard comune**
- **La sinergia territorio-ospedale nella promozione della salute della donna**
- **Ostetricia oggi: natura amica o nemica?**
- **Comunicazioni Orali**
- **Simposio Sanofi**
- **Lo screening del Cervico-Carcinoma**
- **Tavola Rotonda: Formazione di ginecologi operanti nei programmi di screening regionali. Esperienze a confronto**
- **Assemblea AOGOI**
- **Assemblea SIGO**

Mercoledì 8 ottobre

Mattina

- **Medicina di genere: non solo ginecologia e ostetricia**
- **Tavola Rotonda: Maternità responsabile, sessualità, violenza**
- **Ormoni sessuali: dalla pubertà alla senescenza**
- **Chirurgia in diretta**
- **Comunicazioni Orali**
- **Depressione post-partum**

CHIUSURA CONGRESSO



► **Da pagina 3** Editoriale di Giovanni Monni

IL FUTURO DELLA SANITÀ

Per i medici un posto in prima fila

l'implementazione del pubblico, ma che oggi, dopo i fatti drammatici della clinica Santa Rita di Milano, dovrà per forza fare i conti con una domanda molto forte di controlli e di limitazioni nei confronti del sistema di accreditamento delle strutture private. Un ostacolo che potrebbe minare, già al via, le nuove intenzioni del Governo.

E infine, ma solo per limitarci ai temi più caldi e attuali, il nuovo Esecutivo sarà presto messo alla prova su un altro fronte caldo, quello dei temi cosiddetti eticamente sensibili, verso i quali, a partire dall'aborto e dalla procreazione assistita, si stanno già vedendo le prime avvisaglie di uno scontro formidabile nel mondo politico, ma non

solo. Questa l'agenda dei lavori, così come si presenta alla vigilia dell'estate che potrà anche arricchirsi di una inedita manovra economica anticipata al mese di luglio, come anticipato dal ministro Tremonti e che, per la sanità, potrebbe portare, almeno queste sono le prime indiscrezioni, ad un ridimensionamento delle risorse finanziarie erogate alle Regioni a seguito di interventi di contenimento della spesa. A partire dall'annunciata informatizzazione totale

delle ricette mediche e farmaceutiche. Insomma, ce n'è da rimboccarsi le maniche fino al gomito. Anche per noi medici e, almeno per quanto riguarda i temi etici, per noi ginecologi in particolare. Perché un dato è certo. Dobbiamo riuscire a riguadagnare un posto in prima fila. E non da spettatori. È tempo che i medici italiani riassumano appieno quella responsabilità e capacità di intervento e di indirizzo senza le quali, destra o sinistra poco cambia, il

nostro sistema sanitario rischia di andare definitivamente in pezzi. E questo vale anche per i grandi temi che hanno a che fare con la vita e la nascita, sui quali non possiamo più porci secondi a nessuno nell'analisi e nella ricerca di quelle soluzioni, anche etiche e deontologiche, in grado di tutelare al meglio la salute della donna e del nascituro nel pieno rispetto delle norme ma, e soprattutto, del nostro codice professionale. Sempre e comunque dalla parte del paziente.

di Pier Francesco Tropea

Compiti e responsabilità dell'ostetrica nell'assistenza in gravidanza e al parto

■ In un'epoca, come l'attuale, in cui il tema della responsabilità professionale ha assunto una particolare rilevanza in ragione delle possibili conseguenze giudiziarie che la prestazione sanitaria comporta, occorre definire con precisione i compiti che la normativa vigente assegna a ciascun operatore del settore in una disciplina, come quella medica, nella quale l'attività espletata vede coinvolte molte unità specialistiche. In ambito ostetrico, è ben noto anche ai non addetti ai lavori che l'assistenza alla gestante è frutto dell'opera di due figure professionali: il Ginecologo e l'Ostetrica che agiscono in simbiosi, pur nella diversità dei rispettivi ruoli e con compiti specifici differenti

La tematica dell'assistenza al parto è stata oggetto negli ultimi anni di un acceso dibattito, tuttora in corso, in relazione alla "medicalizzazione" dell'evento nascita che ha caratterizzato l'ostetrica degli anni '60 e con riferimento, in epoca successiva, alle istanze sociali volte a ottenere una "umanizzazione" del parto che restituisca alla nascita il suo carattere di evento fisiologico. In conseguenza a tale orientamento, il ruolo dell'ostetrica assume oggi una maggiore rilevanza, anche in relazione al trasferimento a quest'ultima di mansioni tradizionalmente affidate al medico specialista. Converrà dunque analizzare gli aspetti normativi concernenti la professione dell'ostetrica, con particolare riguardo ai compiti che la legge ha assegnato nel tempo a tale peculiare figura professionale. La Legge n. 1265 del 27 luglio 1934, nel puntualizzare il dovere dell'Ostetrica di richiedere l'intervento del medico in caso di irregolarità nell'andamento del parto, limitava di fatto l'attività dell'ostetrica all'assistenza al parto fisiologico. Tale limitazione è riscontrabile nel Regola-

mento per l'esercizio professionale delle Ostetriche (più noto come mansionario) emanato nel maggio 1940 con decreto n. 1364, nel quale peraltro viene affidato all'ostetrica il compito dell'assistenza alla donna, non soltanto al parto, ma anche durante la gravidanza ed in puerperio. Tale "mansionario", codificato con D.P.R. 7 marzo 1975 n. 163, attribuisce alla professione di ostetrica una sua specificità, limitandola all'evento gravidico. Per ritrovare una definizione del profilo professionale dell'ostetrica, bisogna giungere all'anno 1994, epoca dell'emanazione del D.M. n. 740 (settembre 1994) nel quale risultano ampliati i compiti affidati a questa figura di operatore sanitario, in grado di assumere personalmente mansioni, oltre che di assistenza alla gravidanza e al parto, anche di preparazione e assistenza agli interventi ginecologici, intervenendo altresì attivamente nella prevenzione dei tumori genitali femminili e nella formazione del personale parasanitario. Limitatamente alla gravidanza, all'ostetrica è affidato il compito di individuare le situazioni potenzialmente patologiche che richiedono l'intervento del medico, in tale proposizione essendo riconosciuta all'ostetrica la capacità di definire i confini che delimitano l'andamento fisiologico del travaglio rispetto ai quadri di patologia che trascorrono nella sofferenza fetale. Sotto questo profilo viene esaltata la capacità diagnostica dell'ostetrica, rimanendo a quest'ultima la valutazione del benessere fetale, il che può significare in pratica l'esecuzione e soprattutto l'interpretazione del tracciato cardiocotografico. In epoca immediatamente successiva, e precisamente nel febbraio 1999, viene emanata una Legge (n. 42/1999) che definisce l'ostetrica come afferente ad una "professione sanitaria" essendo in possesso di un diploma universitario, a tutti gli effetti oggi considerato una vera e propria laurea breve. Infine la Legge 10 agosto 2000 n. 251, nel disciplinare le professioni sanitarie infermieristiche e quella ostetrica,

ribadisce l'autonomia professionale degli operatori appartenenti a tale profilo professionale, sottolineando la loro funzione di salvaguardia e cura della salute individuale e collettiva. Tali concetti trovano puntuale riscontro nel Codice Deontologico dell'Ostetrica (maggio 2000) nel quale si definiscono i compiti affidati all'ostetrica nella tutela e nel mantenimento della salute globale della persona, con particolare riguardo alla sfera sessuale e riproduttiva, ribadendone la piena autonomia e responsabilità. L'evoluzione professionale dell'ostetrica sotto il duplice profilo culturale e operativo, sancita dalle norme più sopra riportate, trova rispondenza in ambito giudiziario nelle pronunce giurisprudenziali espresse nei decenni trascorsi, fino all'epoca attuale. In passato, l'ostetrica che procedeva alla sutura post partum di una lacerazione vagino-perineale veniva considerata colpevole di esercizio abusivo della professione in base alla Legge n. 1364 del 1940 che vietava all'Ostetrica qualsiasi manualità di esclusiva competenza del medico (Cass. pen. Sez. VI n. 1434/1968). I limiti imposti all'Ostetrica nell'esercizio professionale e l'obbligo di quest'ultima di sollecitare l'intervento del Medico ogni qualvolta l'andamento del parto non fosse del tutto regolare figurano in due sentenze della Corte di Cassazione, pronunciate entrambe nel 1986 (Cass. pen. Sez. IV, agosto 1986 e Cass. pen. Sez. VI, novembre 1986). Anche in caso di irregolarità nel secondamento (mancata espulsione della placenta), l'ostetrica è stata ritenuta responsabile dell'evento dannoso occorso alla puerpera e ciò per non aver fatto ricorso all'opera del medico (Cass. pen. Sez. IV, maggio 1992). A tal proposito i Giudici

precisano che non vi è contrasto nel riconoscimento della colpa rispettivamente del Ginecologo e dell'Ostetrica, in quanto si tratta di soggetti forniti di autonomia professionale e come tali portatori di responsabilità differenziate. L'attribuzione all'Ostetrica del compito di sorveglianza del benessere fetale in travaglio di parto appartiene all'ultimo decennio, l'omissione di un controllo di tal genere configurandosi come condotta negligente dell'Ostetrica sanzionabile penalmente in caso di conseguenze dannose per il feto. In una sentenza di merito (Tribunale di

In passato, l'ostetrica che procedeva alla sutura post partum di una lacerazione vagino-perineale veniva considerata colpevole di esercizio abusivo della professione in base alla Legge n. 1364 del 1940, che vietava all'ostetrica qualsiasi manualità di esclusiva competenza del medico

Monza, aprile 1999), l'ostetrica è stata ritenuta responsabile del danno intrapartum subito dal feto a causa del mancato accertamento di una sofferenza fetale per errata interpretazione del tracciato cardiocotografico da parte dell'Ostetrica stessa. Appartiene ad epoca più recente un'analoga pronuncia della Corte di Cassazione (Cass. pen. Sez. IV, gennaio 2004) la quale, nel condannare per omicidio colposo un'ostetrica cui è sta-

to fatto carico di aver interpretato un tracciato cardiocotografico in modo scorretto, afferma che rientra nella professionalità dell'ostetrica la capacità di valutare i segnali di allarme che il predetto esame consente di rilevare ai fini della definizione del benessere fetale. Tali pronunce sembrano dunque riconoscere all'ostetrica una completa autonomia professionale nella gestione del travaglio di parto, ivi comprese l'esecuzione e la corretta interpretazione delle indagini strumentali usualmente adoperate per diagnosticare un'eventuale sofferenza del feto in utero. Tuttavia, nella normativa vigente, a fronte di un'affermata autonomia e responsabilità dell'ostetrica nell'esercizio professionale, non viene precisato che quest'ultima operatrice sanitaria sia legittimata a praticare le suddette indagini diagnostiche prenatali, la cui delicata interpretazione appartiene tradizionalmente allo specialista ginecologo. È ben vero che in molti Istituti ostetrici viene affidato all'ostetrica il compito di eseguire sia il tracciato cardiocotografico che l'ecografia di I livello, con un'interpretazione estensiva delle norme sanitarie vigenti, fatto salvo l'obbligo dell'ostetrica stessa di allertare il ginecologo in caso di accertata patologia. Al presente, il ruolo dell'Ostetrica viene interpretato in modo non univoco, tra spinte rivendicative e resistenze conservatrici di contrapposta provenienza. Sul versante giudiziario, nonostante le chiare enunciazioni della legge in vigore, il ginecologo viene tuttora chiamato in causa nel caso di un evento dannoso occorso in travaglio di parto, anche quando l'accertata negligenza concerne mansioni affidate all'ostetrica e ciò a causa della difficoltà di definire con precisione i limiti delle rispettive competenze delle due figure professionali. **Y**

Sul versante giudiziario, nonostante le chiare enunciazioni della legge in vigore, il ginecologo viene tuttora chiamato in causa nel caso di un evento dannoso occorso in travaglio di parto, anche quando l'accertata negligenza concerne mansioni affidate all'ostetrica

Concussione e concorsi di Giuseppe Fusco, *Avvocato*

Poteri striscianti

La condotta illecita si realizza mediante la costrizione o l'induzione, da parte del pubblico ufficiale o dell'incaricato di pubblico servizio, e in danno di "taluno", a dare o promettere indebitamente a loro o a un terzo somme di danaro o altra utilità. La costrizione o l'induzione devono poi realizzarsi mediante abuso della propria qualità o dei poteri loro attribuiti per legge: è con la riforma del 1990 che si estende il reato anche all'incaricato di pubblico servizio, e consequenzialmente si sostituisce l'espressione "abuso delle funzioni" con l'altra "abuso di poteri": tale consequenziale modifica si rese necessaria in quanto solo al pubblico ufficiale era riferibile l'abuso di funzioni. L'interesse tutelato dalla norma è riconducibile in via principale al buon andamento e all'imparzialità della pubblica amministrazione compromessi dalla condotta del pubblico ufficiale o dell'incaricato di pubblico servizio i quali, abusando dell'attività pubblica esercitata, la strumentalizzano per il perseguimento di un proprio interesse di natura privatistica.

Né può escludersi – la dottrina parla di delitto plurioffensivo – un interesse ulteriore riferibile alla tutela del cittadino a non subire danni o pregiudizi di natura patrimoniale e non a causa dell'abuso posto in essere dal pubblico ufficiale o dall'incaricato di pubblico servizio. La differenza di posizione tra il pubblico ufficiale e l'incaricato di pubblico servizio è ravvisabile nell'esercizio, da parte del primo, di una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa con i consequenziali poteri autoritativi o certificativi, quale espressione della volontà della pubblica amministrazione – poteri che l'incaricato di pubblico servizio non ha, pur prestando la propria attività nell'interesse della pubblica amministrazione.

Così identificate la struttura del delitto di concussione e la figura del potenziale autore dell'illecito, nessun dubbio può sorgere in ordine alla qualifica di pubblici ufficiali dei responsabili di strutture sanitarie e/o di strutture e dipartimenti univer-

Come si configura sotto il profilo giuridico e come si realizza la concussione. Una piaga antica e ancora diffusa, che compromette, più o meno pesantemente, l'imparzialità e il buon andamento della pubblica amministrazione in tanti settori, incluso quello sanitario

Il reato di concussione disciplinato dall'art. 317 del codice penale può definirsi l'estorsione del pubblico ufficiale o dell'incaricato di pubblico servizio e rappresenta una delle condotte illecite più gravi e offensive in danno della pubblica amministrazione. Esso era noto già nella legislazione romana, che conosceva due tipi di concussione: quella posta in essere "in nome del Preside o di altro magistrato con potestà ed impero", l'altra che si realizzava a mezzo di minaccia di accusa di un reato.

sitari forniti di poteri autoritativi e/o certificativi (es. direttori generali di Asl o di aziende ospedaliere, rettore, preside e titolari e/o incaricati di disciplina universitaria o di direzione e responsabilità di unità del policlinico universitario, componenti di commissioni di esame).

Quanto al destinatario dell'azione illecita, la condotta costrittiva o induttiva e la susseguente dazione o promessa di dazione hanno come referente una persona fisica, ma possono anche riferirsi al titolare di altro organo pubblico.

Nel delitto di concussione l'abuso della qualità o dei poteri e la costrizione o l'induzione si pongono come momenti della condotta mentre la dazione o la promessa indebita di dana-

ro o altra utilità ne costituiscono l'evento.

L'abuso di poteri o di funzioni rappresenta l'elemento scriminante della concussione rispetto ad altre condotte illecite realizzate mediante costrizione o induzione, quale ad esempio l'estorsione: in altri termini il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio che costringa taluno a dargli o promettergli denaro o altra pubblica utilità, senza abusare della propria qualità o del proprio potere, non può rispondere di concussione, ma eventualmente di estorsione.

Ne consegue che l'abuso, da parte del pubblico ufficiale o dell'incaricato di pubblico servizio, della propria qualità o dei poteri di cui è titolare costituisce uno degli elementi essenziali della condotta in quanto il reato di concussione si realizza attraverso la prospettazione alla vittima di un male derivante proprio dall'abuso di funzioni o della qualità o dei poteri spettanti all'agente.

L'abuso della qualità si realizza allorché il soggetto attivo fa "pesare" la sua condizione personale per conseguire lo scopo dalla norma sanzionato (abuso sotto il profilo soggettivo) mentre l'abuso dei poteri si verifica quando il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio esercita il potere di cui è titolare al di fuori delle norme che lo prevedono e lo regolano o attribuendosi un potere che non ha oppure non esercitandolo quando le norme glielo impongono o, infine, esercitandolo in ma-

niera diversa da quella dovuta (abuso sotto il profilo oggettivo). Ovviamente ad integrare il delitto basta la sola minaccia non essendo necessario che il disegno che l'autore si propone si realizzi. In tale ambito ben può affermarsi che il reato certamente si realizza con la minaccia indebita ad un proprio dipendente o ad un proprio subordinato gerarchico di impedirgli un avanzamento in carriera dovuto o il conseguimento di altro vantaggio legato al proprio stato di pubblico dipendente o di aspirante ad un incarico di maggior prestigio e remunerabilità, quale ad esempio il superamento di un concorso o la stessa ammissione al concorso oppure il rispetto di una graduatoria di merito o di anzianità con modalità che inducano la vittima a subire tale vessazione e/o ingiustizia con conseguente vantaggio per l'autore della minaccia di realizzare una propria utilità patrimoniale o non (ad esempio ricevere la dazione in danaro o favorire, nel concorso, un proprio parente, un proprio assistente o un soggetto fortemente raccomandato od anche soltanto più disponibile ad accettare anche decisioni oggettivamente ingiuste e lesive di un proprio di-

ritto). Il comportamento dell'agente, infatti, è certamente caratterizzato da un uso abusivo del proprio potere o della propria funzione in quanto viola il dovere di assicurare l'imparzialità e il buon andamento della pubblica amministrazione al solo fine del raggiungimento di un obiettivo personale di natura economica o di affermazione della propria supremazia sui sottoposti, intesa come potere di disporre anche della vita professionale della vittima, se non di arbitrario favoritismo. L'utilità, infatti, nel delitto di concussione viene individuata costantemente dalla giurisprudenza in "tutto ciò che rappresenta per la persona un vantaggio, materiale o morale, patrimoniale e non patrimoniale, oggettivamente apprezzabile consistente tanto in un 'dare' quanto in un 'facere' e ritenuto rilevante nella consuetudine o dal convincimento comune"

L'utilità nel delitto di concussione

Viene individuata dalla giurisprudenza in "tutto ciò che rappresenta per la persona un vantaggio, materiale o morale, patrimoniale e non patrimoniale, oggettivamente apprezzabile consistente tanto in un 'dare' quanto in un 'facere' e ritenuto rilevante nella consuetudine o dal convincimento comune" (Cass. VI sez. 3.3.98)





(Cass. VI sez. 3.3.98). Quanto alla condotta materiale la costrizione e l'induzione individuano non solo l'azione del soggetto attivo, ma anche il suo effetto in quanto determinano nel soggetto passivo uno stato di coazione che incide sulla situazione psicologica in cui viene a trovarsi la vittima proprio per effetto di quel comportamento. Pur essendo unico l'effetto delle due manifestazioni della condotta criminosa, la coazione fisica è più evidente in quanto è caratterizzata dall'adozione di qualsiasi specifico mezzo di coercizione effettiva, diretta o indiretta, di carattere pubblico o privato o da una minaccia esplicita o implicita. Essa viene esercitata per obbligare taluno a tenere un comportamento che altrimenti non avrebbe tenuto determinando l'annullamento del potere di autodeterminazione del soggetto che la subisce. La concussione per induzione, invece, non richiede una coa-

zione fisica ma si realizza attraverso l'uso di vari mezzi quali l'esortazione, il consiglio, la suggestione tacita, l'inganno, il silenzio o l'omissione. Né sono richieste per la realizzazione del delitto forme pre-determinate e tassative essendo sufficiente che quella condot-

ta, in qualsivoglia delle modalità innanzi indicate, sia in concreto idonea ad influenzare e determinare l'intelletto e la volontà di scelta della vittima.

Il Metus publicae potestatis

La giurisprudenza e la dottrina hanno sottolineato che un elemento importante del delitto in parola è rappresentato dal timore del pubblico potere che determina nella vittima uno stato di soggezione che è, poi, alla base della dazione o della promessa indebita, anche se - è bene ribadirlo - il privato può determinarsi a una prestazione indebita esclusivamente per evitare maggiori danni che potreb-

Non sono richieste forme predefinite e tassative perché il reato si realizzi: è sufficiente che la condotta illecita, nel concreto, influenzi e determini l'intelletto e la volontà di scelta della vittima

L'abuso di poteri o di funzioni rappresenta l'elemento scriminante della concussione rispetto ad altre condotte illecite realizzate mediante costrizione o induzione, quale ad esempio l'estorsione

bero derivargli dalla posizione di supremazia del pubblico ufficiale o dell'incaricato di pubblico servizio o anche soltanto per evitare noie che possano negativamente incidere sul suo status professionale o anche soltanto sulla sua psiche. In buona sostanza, in entrambi i casi, ciò che rileva per la integrazione del delitto di concussione è la posizione del privato la cui volontà non si sia liberamente formata ma che sia la conseguenza della pressione psichica subita che sussiste tutte le volte in cui il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio fa comprendere che, nella sua attività, egli sarà determinato non dal perseguimento di interessi generali della pubblica amministrazione, ma solo dall'assoggettamento del privato all'illegittima sua pretesa di conseguire una propria utilità.

Non è richiesto, infine, che la vittima sia consapevole della illegittimità della pretesa essendo sufficiente che la sua volontà sia condizionata dal richiamo a metus, overosia dal timore di subire un danno ove non si pieghi alla volontà dell'autore della condotta illecita, il quale può anche agire per interposta persona purché la vittima sia consapevole che la volontà e la coazione non è del *nuncius*, ma del soggetto titolare del relativo potere o funzione. Come si è accennato all'inizio la concussione è uno dei delitti più gravi in danno della pubblica amministrazione e tale gravità è espressa anche dalla sanzione prevista dal legislatore e che va da un minimo di quattro anni di reclusione ad un massimo di dodici anni di reclusione, oltre alla interdizione perpetua dai pubblici uffici che può essere mitigata, in termini di temporaneità, solo se, attraverso la concessione di circostanze attenuanti, la pena in concreto irrogata sia inferiore ad anni tre di reclusione. **Y**

(continua da pag. 2)

L'etinilestradiolo può modificare il metabolismo di altre sostanze attive: - inibendo gli enzimi microsomiali epatici ed elevando di conseguenza la concentrazione plasmatica di sostanze attive come il diazepam (ed altre benzodiazepine metabolizzate per idrossilazione), la ciclosporina, la teofillina ed il prednisolone - inducendo la glicuroconiugazione epatica e riducendo di conseguenza la concentrazione plasmatica di clofibrato, paracetamolo, morfina e lorazepam. Il fabbisogno di insulina o di antidiabetici orali può modificarsi in conseguenza dell'effetto sulla tolleranza al glucosio (vedi sezione 4.4). Questo può verificarsi anche per medicinali assunti di recente. Il RCP del farmaco prescritto deve essere letto attentamente per una possibile interazione con LYBELLA. **Test di laboratorio** Durante la somministrazione di COC i risultati di alcuni test di laboratorio possono risultare alterati, inclusi i test di funzionalità epatica, surrenalica e tiroidea, i livelli plasmatici di proteine vettrici (ad es. SHBG, lipoproteine) ed i parametri del metabolismo di carboidrati, della emocoagulazione e della fibrinolisi. La natura e l'entità di queste modificazioni sono in parte dipendenti dalla natura e dalla dose dell'ormone impiegato. **4.6 Gravidanza e allattamento** LYBELLA non è indicato durante la gravidanza. La gravidanza deve essere esclusa prima di iniziare la somministrazione del medicinale. Se durante la terapia con LYBELLA dovesse verificarsi l'inizio di una gravidanza, il farmaco va interrotto immediatamente. La maggior parte degli studi epidemiologici condotti fino ad oggi hanno escluso evidenze cliniche di effetti teratogeni o fetotossici quando gli estrogeni, in combinazione con altri progestinici sono stati accidentalmente assunti in gravidanza in dosaggi simili a quelli contenuti in LYBELLA. Anche se gli studi sugli animali hanno mostrato evidenze di tossicità sulla riproduzione (vedi sezione 5.3), i dati clinici su oltre 330 gravidanze umane esposte al clormadinone acetato, non hanno evidenziato effetti embriotossici. L'allattamento può essere influenzato dagli estrogeni in quanto questi possono modificare la quantità e la composizione del latte materno. Piccole quantità di steroidi contraccettivi e/o i loro metaboliti possono essere escreti nel latte materno ed influire sul bambino. Pertanto LYBELLA non deve essere assunto durante l'allattamento. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari** I contraccettivi ormonali non hanno dimostrato di influenzare negativamente la capacità di guidare o di operare su macchinari. **4.8 Effetti indesiderati** Studi clinici con LYBELLA hanno dimostrato che i più frequenti effetti collaterali (> 20%) sono perdite di sangue intermestruali (emorragia intermestruale e spotting), cefalea e tensione mammaria. I seguenti effetti indesiderati sono stati riportati dopo somministrazione di LYBELLA in uno studio clinico comprendente 1629 donne. La loro frequenza viene definita così: - molto comuni \geq 1/10 - comuni: \geq 1/100, < 1/10 - non comuni: \geq 1/1000, < 1/10000 - rari: \geq 1/10000, < 1/10000 **Disturbi psichiatrici** Comuni: stato depressivo, irritabilità, nervosismo **Alterazioni del sistema nervoso** Comuni: vertigini, emicrania (e/o peggioramento dell'emicrania) **Disturbi oculari** Comuni: disturbi visivi - Rari: congiuntivite, fastidio nell'uso delle lenti a contatto **Alterazioni dell'apparato uditivo e vestibolare** Rari: improvvisa perdita dell'udito, tinnito **Alterazioni del sistema vascolare** Rari: ipertensione, ipotensione, collasso cardiocircolatorio, varici **Alterazioni dell'apparato gastroenterale** Molto comuni: nausea - Comuni: vomito - Non comuni: dolore addominale, gonfiore addominale, diarrea **Alterazioni della cute e del tessuto sottocutaneo** Comuni: acne - Non comuni: anomalie della pigmentazione, cloasma, perdita dei capelli, secchezza della cute - Rari: orticaria, reazioni allergiche, eczema, eritema, prurito, peggioramento della psoriasi, insulismo - Molto rari: eritema nodoso **Alterazioni dell'apparato muscoloscheletrico, del tessuto connettivo e osseo** Non comuni: lombalgia, disturbi muscolari **Disordini del sistema riproduttivo e della mammella** Molto comuni: perdite vaginali, dismenorrea, amenorrea - Comuni: dolore pelvico - Non comuni: galattorrea, mastopatia fibrocistica, candidosi genitale, cisti ovarica - Rari: ingrossamento del seno, vulvovaginite, menorragia, sindrome premestruale **Disordini generali** Comuni: stanchezza, pesantezza delle gambe, ritenzione idrica, aumento del peso - Non comuni: ridotta libido, sudorazione - Rari: aumento dell'appetito **Esami di controllo** Comuni: aumento della pressione sanguigna - Non comuni: alterazioni dei lipidi ematici, inclusa ipertrigliceridemia. I seguenti effetti collaterali sono inoltre stati osservati durante la somministrazione di contraccettivi orali combinati • la somministrazione di contraccettivi orali combinati si associa, come noto, ad un aumentato rischio di trombo-embolia venosa ed arteriosa (trombosi venosa, embolia polmonare, ictus, infarto miocardico). Tale rischio può essere aggravato da altri fattori associati (vedi sezione 4.4) • un aumentato rischio di patologia delle vie biliari è stato riportato in alcuni studi sulla somministrazione a lungo termine di COC. La possibilità di formazione di calcoli biliari durante il trattamento con prodotti contenenti estrogeni è controversa. • in rari casi sono stati osservati tumori epatici benigni, e più raramente maligni, dopo somministrazione di contraccettivi ormonali; in casi isolati tali tumori hanno causato una grave emorragia intra-addominale potenzialmente fatale (vedi sezione 4.4). • peggioramento di malattia infiammatoria cronica intestinale (morbo di Crohn, colite ulcerosa, vedi anche sezione 4.4). Per altri effetti collaterali gravi, quali il carcinoma della cervice o della mammella, vedi sezione 4.4. **4.9 Sovradosaggio** Non si hanno informazioni su gravi effetti tossici in caso di sovradosaggio. Si potrebbero verificare i seguenti sintomi: nausea, vomito e, soprattutto nella prima adolescenza, un modesto sanguinamento vaginale. Non vi sono antidoti; il trattamento è sintomatico. In casi rari potrebbe essere necessario il controllo del bilancio idro-elettrolitico e della funzionalità epatica. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE 5.1 Proprietà farmacodinamiche** Gruppo farmacoterapeutico: contraccettivi ormonali sistemici, preparazioni monofasiche con < 50 mcg di estrogeno. Codice ATC: G03AA. Con l'uso continuato di LYBELLA per 21 giorni, si ha l'inibizione della secrezione ipofisaria di FSH e LH e quindi la soppressione dell'ovulazione. L'endometrio prolifera con successiva trasformazione secretoria. Viene modificata la consistenza del muco cervicale. Ciò previene la migrazione spermatica attraverso il canale cervicale e modifica la motilità dello sperma. Il più basso dosaggio giornaliero di clormadinone acetato per la completa inibizione della ovulazione è 1,7 mg. La dose complessiva per la completa trasformazione endometriale è di 25 mg per ciclo. Clormadinone acetato è un progestinico anti-androgeno. Il suo effetto è basato sulla sua capacità di spiazzare gli ormoni androgeni dai loro recettori. **Efficacia clinica** Negli studi clinici in cui è stata studiata la somministrazione di LYBELLA fino a 2 anni di terapia in 1655 donne, comprendendo più di 22.000 cicli mestruali, si sono verificate 12 gravidanze. In 7 donne

nel periodo del concepimento si sono verificati errori di assunzione, insorgenza di malattie che hanno causato nausea o vomito, somministrazione contemporanea di farmaci noti per ridurre l'efficacia contraccettiva degli anticoncezionali ormonali.

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

5.2 Proprietà farmacocinetiche Clormadinone acetato (CMA) Assorbimento: Dopo somministrazione orale CMA viene assorbito rapidamente e quasi completamente. La biodisponibilità sistemica di CMA è alta dato che non è soggetto a metabolismo di primo passaggio epatico. I livelli di picco plasmatico si raggiungono dopo 1-2 ore. **Distribuzione** La frazione di CMA legata alle proteine plasmatiche, albumina principalmente, è superiore al 95%. Comunque, CMA non ha affinità di legame per SHBG o CBG. Nell'organismo CMA si deposita principalmente nel tessuto adiposo. **Metabolismo** Diversi processi di riduzione e ossidazione e la coniugazione a glucuronide e solfato determinano una serie di metaboliti. I principali metaboliti nel plasma umano sono 3 α e 3 β -idrossi-CMA, la cui emivita non differisce essenzialmente da quella di CMA non metabolizzato. I metaboliti 3 α -idrossidi mostrano di possedere un'attività antiandrogena simile a quella di CMA. Nelle urine i metaboliti di CMA sono prevalentemente coniugati. Dopo la scissione enzimatica, il principale metabolita risulta essere il 2 α -idrossi-CMA oltre ai 3-idrossi metaboliti e diidrossi metaboliti. **Eliminazione** CMA viene eliminato dal plasma con una emivita di circa 34 ore dopo dose singola e di circa 36-39 ore dopo dosi ripetute. CMA ed i suoi metaboliti, dopo somministrazione orale, vengono escreti sia per via renale che fecale in analoga percentuale. **Etinilestradiolo (EE)** Assorbimento: EE viene rapidamente e quasi completamente assorbito dopo somministrazione orale; il picco plasmatico medio si raggiunge in circa 1.5 ore. A causa della coniugazione presistemica e del metabolismo di primo passaggio epatico, la biodisponibilità assoluta è di circa il 40% e soggetta a considerevoli variazioni interindividuali (20-65%). **Distribuzione** La concentrazione plasmatica di EE riportata in letteratura è caratterizzata da una marcata variabilità. Circa il 98% di EE si lega alle proteine plasmatiche, quasi esclusivamente all'albumina. **Metabolismo** Come gli estrogeni naturali, EE viene biotrasformato attraverso il citocromo P-450 mediante idrossilazione dell'anello aromatico. Il metabolita principale è 2-idrossi-EE che viene ulteriormente metabolizzato in metaboliti coniugati. EE soggiace ad una coniugazione presistemica sia nella mucosa dell'intestino tenue che nel fegato. Nelle urine sono presenti principalmente i glucuronidi, mentre nella bile e nel plasma i solfati. **Eliminazione** EE viene eliminato dal plasma con un'emivita di circa 12-14 ore. EE viene escreto per via renale e fecale in un rapporto urine/feci di 2:3. L'EE solfato escreto nella bile dopo idrolisi da parte dei batteri intestinali è soggetto al circolo enteroepatico. **5.3 Dati preclinici di sicurezza** La tossicità acuta degli estrogeni è bassa. Tenendo conto della notevole differenza fra specie animali e in relazione con la specie umana, i risultati degli studi con estrogeni sugli animali hanno solo un limitato valore predittivo per l'uso nell'uomo. L'etinilestradiolo, un estrogeno di sintesi usato frequentemente nei contraccettivi orali, ha un effetto embriotale negli animali da laboratorio anche a dosi relativamente basse; sono state osservate anomalie del tratto urogenitale e femminilizzazione dei feti maschi. Questi effetti sono considerati specie-specifici. Clormadinone acetato ha mostrato effetti embriotetici e teratogeni nei conigli, ratti e topi. Inoltre l'effetto teratogeno è stato osservato nei conigli alle dosi embriotossiche ed anche nei topi alle dosi più basse testate (1 mg/kg/die). La significatività di tali dati in relazione alla somministrazione nell'uomo non è chiara. I dati preclinici derivati dagli studi convenzionali di tossicità cronica, genotossicità e potenziale carcinogenico, non hanno mostrato rischi particolari per la specie umana, a parte quelli descritti nelle altre sezioni di questo RCP. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE 6.1 Elenco degli eccipienti** Lattosio monoidrato, amido di mais, povidone K30, magnesio stearato, ipromellosa, macrogol 6000, glicole propilenico, talco, titanio diossido (E171), ossido di ferro rosso (E172). **6.2 Incompatibilità** Non pertinente. **6.3 Periodo di validità** 3 anni. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** Nessuna istruzione speciale. **6.5 Natura e contenuto della confezione** Bliaster in PVC/PVDC/Al o PP/Al confezioni con 1 x 21 compresse rivestite con film. Bliaster in PVC/PVDC/Al o PP/Al confezioni con 3 x 21 compresse rivestite con film. Bliaster in PVC/PVDC/Al o PP/Al confezioni con 6 x 21 compresse rivestite con film. **6.6 Istruzioni per l'uso** Nessuna istruzione particolare. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** Prodotti FORMENTI S.r.l. - Via Correggio 43, Milano - Concessionario per la vendita: ALFA WASSERMANN S.p.A. Sede legale: Via E. Fermi, n. 1 - Alanno (PE) - Sede amministrativa: Via Ragazzi del '99, n. 5 - Bologna **8. NUMERO(I) DELL'AUTORIZZAZIONE (DELLE AUTORIZZAZIONI) ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** 1 x 21 compresse rivestite con film in blister in PVC/PVDC/Al - A.I.C. n. 036876011/M - 3 x 21 compresse rivestite con film in blister in PVC/PVDC/Al - A.I.C. n. 036876023/M - 6 x 21 compresse rivestite con film in blister in PVC/PVDC/Al - A.I.C. n.036876035/M - 1 x 21 compresse rivestite con film in blister in PP/Al - A.I.C. n. 036876047/M - 3 x 21 compresse rivestite con film in blister in PP/Al - A.I.C. n. 036876050/M - 6 x 21 compresse rivestite con film in blister in PP/Al - A.I.C. n. 036876062/M **9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE** Data di prima autorizzazione: Maggio 2005 **10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO** Febbraio 2008

2 mg + 0,03 mg Compresse rivestite con film
Prezzo: € 13,30
Medicinale soggetto a prescrizione medica
Classe C

Il reclutamento del personale docente nelle università italiane di Daniela Palmieri | *Avvocato*

Università: concorsi e carriere. A quando il cambiamento?

Sbloccare i concorsi, fermi da due anni, e ripristinare, soltanto per il 2008 (almeno nelle intenzioni), le regole precedenti alla mai applicata riforma Moratti, con la sensata correzione per cui da ogni concorso doveva uscire un solo idoneo non due. Questo si proponeva il decreto "milleproroghe". Ma in sede di conversione in legge, il febbraio scorso, la Camera dei Deputati ha apportato degli emendamenti che hanno consentito di reintrodurre nel testo la "doppia idoneità". Un ennesimo colpo al tentativo di dare più spazio alla meritocrazia nei concorsi universitari

Il 31 dicembre scorso il Governo ha varato il decreto "milleproroghe"* con il quale, tra l'altro, ha sbloccato i concorsi a professore ordinario e a professore associato "ripristinando" le norme della "vecchia" legge Berlinguer per tutto l'anno 2008. Tali procedure, com'è noto, erano state bloccate negli ultimi due anni in attesa di una promessa riforma del sistema, che superasse le critiche di nepotismo, localismo e inaffidabilità mosse alla vecchia normativa.



La legge 210/1998, la cosiddetta legge Berlinguer, aveva riformato il sistema concorsuale vigente dal 1980, basato su ampissime selezioni nazionali, introducendo il meccanismo del concorso locale: le università erano libere di bandire e gestire i propri concorsi che producevano non dei vincitori ma degli idonei, che a loro volta potevano essere chiamati da tutte le università oltre che da quella che aveva bandito il concorso. Anzi, per uno strano meccanismo, quest'ultima non era neppure obbligata ad avallarsi dei candidati dichiarati idonei con il concorso da essa promosso, potendo scegliere così di indire un'altra selezione per la medesima qualifica.

Più spesso si realizzava quello che da alcuni è stato definito il trucco del doppio (a volte triplo) idoneo. Per superare un periodo di emergenza era stato introdotto il meccanismo dell'idoneità multipla, di modo che il numero di idonei non corrispondesse necessariamente ai posti disponibili e che quindi gli idonei in eccedenza potessero essere chiamati anche da altre università.

Ma come spesso accade tale norma si prestava (e si presta ancora) ad essere utilizzata in maniera distorta. Se infatti un'università non ha fondi sufficienti ad indire un concorso per un proprio candidato può benissimo fare in modo che quest'ultimo sia dichiarato idoneo da altra università che poi si guarderà be-

ne dal chiamarlo. A questo punto il primo ateneo non farà altro che istituire una cattedra e

richiamare alla "base" il proprio candidato che è stato promosso. È facilmente comprensibile co-

me tale sistema, oltre ad aumentare in maniera esponenziale il costo del personale, si presti facilmente a favorire un circolo vizioso di nepotismi e favori ricambiati (se ostacoli la promozione del mio candidato, anche il tuo rischia di non essere dichiarato idoneo...).

In questo modo numerosi posti, tra cui anche cattedre importanti, sono stati assegnati senza mai essere stati messi al bando, perché assegnati a docenti interni che si erano procurati l'idoneità presso altri Atenei.

In un sistema così strutturato gli outsider, privi di uno sponsor, pur se dotati di brillanti curricula avranno ben poche speranze di vincere un concorso e avanzare nella carriera universitaria. Il decreto milleproroghe per rimediare al blocco dei concorsi che dura da due anni ha ripristinato per il 2008 soltanto (almeno nelle intenzioni) le rego-

le precedenti alla mai applicata riforma Moratti, con la sensata correzione per cui da ogni concorso doveva uscire un solo idoneo non due. Il 28 febbraio scorso la Camera dei Deputati ha definitivamente convertito in legge il decreto, ma in sede di conversione sono stati inseriti alcuni emendamenti che hanno consentito di reintrodurre nel testo la "doppia idoneità" (*vedi box in basso*).

In questo modo risorge la norma che era stata cancellata nel 2005, per il generale discredito che la circondava, proprio nel momento in cui verranno indetti gli ultimi concorsi secondo il vecchio metodo e prima della riforma che dovrebbe entrare in vigore dal 2009.

Le previsioni sono di circa 2.000 posti messi al bando, ricordiamo che negli ultimi due anni non vi sono stati concorsi, e quindi nei vari atenei si è venuto a creare un notevole numero di docenti interni meritevoli di promozione.

Purtroppo non è difficile comprendere che si tratta di un ennesimo colpo al tentativo di dare più spazio alla meritocrazia nei concorsi universitari e che questa manovra contribuirà a prosciugare le già carenti risorse dei vari Atenei, rendendo praticamente impossibile l'accesso dall'esterno di nuovi candidati e privando le università di quel ricambio e di quella mobilità dei cervelli che rappresenta la linfa vitale per il progredire della conoscenza.

* *Di 31.12.2007 n. 248, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 31.12.2007 n. 302*

Disposizioni in materia di università

Ecco il testo dell'articolo 12 "Disposizioni in materia di università" contenuto nel decreto "milleproroghe" (sezione V), varato dal governo lo scorso dicembre, prima degli emendamenti che la Camera dei Deputati ha apportato in sede di conversione in legge, lo scorso 28 febbraio

1. Gli effetti dell'articolo 5, del decreto-legge 7 aprile 2004, n. 97, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 giugno 2004, n. 143, già prorogati al 31 dicembre 2007 dall'articolo 1, del decreto-legge 28 dicembre 2006, n. 300, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 2007, n. 17, sono ulteriormente differiti fino all'adozione del piano programmatico previsto dalla legge 24 dicembre 2007, n. 244.

2. In attesa della definizione ed attuazione della disciplina delle procedure di reclutamento dei professori universitari di prima e seconda fascia, fino al 31 dicembre 2008 continuano ad applicarsi, relativamente a tale reclutamento, le disposizioni della legge 3 luglio 1998, n. 210 e del decreto del Presidente della Repubblica 23 marzo 2000,

n. 117, fermo restando quanto previsto dall'articolo 1, comma 2-bis, del decreto legge 31 gennaio 2005, n. 7, convertito dalla legge 31 marzo 2005 n. 43; gli organi accademici delle università, nell'ambito delle rispettive competenze, possono indire, entro il 30 giugno 2008, le relative procedure di valutazione comparativa".

Il citato comma 2-bis del D.l. n. 7/2005, convertito dalla legge n. 43/2005, così recita: "In attesa del riordino delle procedure di reclutamento dei professori universitari, per le procedure di valutazione comparativa relative alla copertura di posti di professore ordinario e associato, di cui alla legge 3 luglio 1998, n. 210, bandite successivamente alla data del 15 maggio 2005, la proposta della commissione giudicatrice è limitata ad un solo idoneo per ogni posto bandito, individuato nel candidato giudicato più meritevole."

Di seguito il testo dell'art. 12 "Disposizioni in materia di università ed enti di ricerca" convertito in legge, che reintroduce la "doppia idoneità"

1. Gli effetti dell'articolo 5 del decreto-legge 7 aprile 2004, n.

97, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 giugno 2004, n. 143, già prorogati al 31 dicembre 2007 dall'articolo 1 del decreto-legge 28 dicembre 2006, n. 300, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 2007, n. 17, sono ulteriormente differiti al 31 dicembre 2008.

2. In attesa della definizione ed attuazione della disciplina delle procedure di reclutamento dei professori universitari di prima e seconda fascia, fino al 31 dicembre 2008 continuano ad applicarsi, relativamente a tale reclutamento, le disposizioni della legge 3 luglio 1998, n. 210, e del decreto del Presidente della Repubblica 23 marzo 2000, n. 117; gli organi accademici delle università, nell'ambito delle rispettive competenze, possono indire, entro il 30 giugno 2008, le relative procedure di valutazione comparativa.

2-bis. Nelle more dell'attuazione del regolamento dei concorsi per ricercatore di cui all'articolo 1, comma 647, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, sono validi i bandi di concorso a posti di ricercatore universita-

rio ai sensi della legge 3 luglio 1998, n. 210, emanati dalle università entro la data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto.

3. Per l'anno 2008, continua ad applicarsi l'articolo 2, terzo comma, della legge 27 febbraio 1980, n. 38. A decorrere dallo stesso anno, le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 536, primo periodo, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, si applicano anche alle amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 643, della medesima legge n. 296 del 2006.

3-bis. All'articolo 2, comma 429, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, dopo la lettera c) è inserita la seguente:

"c-bis) definire, previa intesa tra la regione Basilicata e l'università degli studi della Basilicata, le modalità di utilizzo di eventuali trasferimenti regionali da parte dell'università medesima, fermo restando il calcolo del limite del 90 per cento di cui alla lettera c), al netto dei predetti trasferimenti, e assicurando l'assenza di effetti negativi sui saldi di finanza pubblica".

Giovanni Fattorini Vicepresidente di AGITE

Come organizzare in U.O.C. il Servizio consultoriale

Le premesse a questa proposta sono già contenute nel Programma Obiettivo Materno Infantile (Pomi) ove si legge che: "Il processo di aziendalizzazione, instauratosi con i decreti legislativi 502/92 e 517/93 e successive integrazioni e modificazioni, coinvolge a pieno il territorio dell'Azienda sanitaria, inteso sia come ambito di intervento extraospedaliero, all'interno del quale garantire l'erogazione di prestazioni assistenziali, sia come sede fisica di strutture a cui fare riferimento. Per la specifica area materno infantile già norme precedenti avevano previsto specifici interventi sui minori in età scolare (Dpr 11.2.1961 n. 264 e Dpr 22.12.1976 n. 1518), sulle donne e sulle coppie (legge 405/75 e n. 194/78) e sul minore bisognoso di tutela (legge n. 285/97). Ora tali interventi extraospedalieri, secondo la logica dei livelli uniformi di assistenza, da garantirsi da parte della relativa struttura organizzativa aziendale, confluiscono nelle U.U.O.O. distrettuali".

La nostra proposta

L'unità operativa Consultori Familiari dovrebbe assumere, in tutte le Ausl, le caratteristiche di Unità Operativa Complessa (U.O.C.) a livello aziendale con, al suo interno, eventuali Unità Operative Semplici (U.O.S.) o diverse attribuzioni, come gli incarichi di alta professionalità o altro - come previsto peraltro dai contratti nazionali - affidate a dirigenti sanitari, in funzione:

- della distribuzione territoriale (per esempio: U.O.S. per distretto)
- del riconoscimento di aree disciplinari presenti all'interno della U.O.C. (per esempio U.O.S. per area professionale)
- di responsabilità specifiche all'interno della U.O.C. (U.O.S. per livelli, spazi, progetti).

Ne consegue che, come ogni Unità operativa, il servizio consultoriale, al di là di specificità aziendali, possa essere prefigurato nelle sue linee essenziali con le conseguenti caratteristiche.

La nostra proposta è legata a una nuova concezione di consultorio familiare, non più identificato con una singola sede di erogazione di prestazioni o con una équipe che opera in un unico luogo, isolato e autoreferenziale, bensì con la rete dei Consultori Familiari di una certa Ausl - intesa come Servizio o, meglio, come Unità Operativa Territoriale del Servizio sanitario nazionale, inserito all'interno dell'Azienda sanitaria al pari delle altre U.U.O.O. territoriali.

Definizione e missione

Il Consultorio si propone come la struttura di base del Servizio sanitario nazionale proposta alla:

- tutela della salute sessuale e riproduttiva delle donne e degli uomini
- tutela delle relazioni di coppia e famiglia
- tutela della salute dell'età evolutiva e dell'adolescenza.

Il tema della salute sessuale e riproduttiva, secondo l'attuale definizione internazionale, dovrebbe costituire area di riferimento culturale e scientifica cui ancorare questa componente della missione dei CF.

Il tema della tutela delle relazioni dovrebbe trovare, in relazione alle implicazioni etiche e culturali sempre più complesse da esse sollevate nonché dalla rilevanza sociale che esse assumono, uno spazio rilevante all'interno del servizio e dovrebbero costituire una seconda componente della missione dei CF.

Il tema della salute degli adolescenti, in relazione sia agli aspetti dell'armonioso sviluppo della loro personalità, sia in relazione agli aspetti più propriamente collegati alla loro educazione socio-affettiva e sessuale, costituisce la terza componente della missione dei CF.

Articolazione organizzativa

L'Unità Operativa Complessa Consultori (U.O.C.C.) dovrebbe caratterizzarsi da:

a) propria pianta organica (personale sanitario, tecnico, amministrativo).

Le figure professionali previste dal Pomi sono:

Figure mediche: Ginecologo e Pediatra (a seconda della organizzazione dei servizi, in alcune regioni, le funzioni del Consultorio familiare sono separate dalle funzioni del Consultorio Pediatrico).

Figure sanitarie non mediche:

Psicologo.

Figure del Comparto Sanitario: Ostetrica, Assistente sanitaria, Infermiera Professionale.

Figure del Comparto Sociale: Assistente Sociale.

Pur non prevista in pianta organica, è contemplata la possibilità che il Servizio si avvalga di consulenze di altre figure professionali appartenenti alla stessa Azienda sanitaria oppure mediante convenzioni con altre realtà

pubbliche, private o appartenenti al privato sociale.

b) organizzazione interna (Segreteria, Sistema Informativo, Ufficio Formazione).

Al pari delle altre U.O., l'UOCC dovrebbe essere dotata dei supporti minimi indispensabili per poter gestire gli aspetti organizzativi (Segreteria Amministrativa) gli aspetti formativi (Ufficio Formazione) gli aspetti informativi (Sistema Informativo), gli

aspetti educativi di "offerta attiva" (Ufficio di educazione alla salute).

c) **una o più sedi** a livello distrettuale a seconda delle dimensioni e delle caratteristiche territoriali.

d) **una diversificazione di offerta per livelli** sia in riferimento all'Area della tutela della salute sessuale e riproduttiva sia all'Area della tutela delle relazioni, sia all'Area della tutela della salute dell'età evolutiva e della adolescenza.

Per queste tre aree dovrebbero essere individuate, a seconda delle risorse e delle esigenze territoriali, le prestazioni di primo e secondo livello. La collocazione è distrettuale per le funzioni identificabili come funzioni di primo livello, sovra distrettuale per le altre.

Per esempio: le sedi consultoriali a livello distrettuale dovrebbero, in linea di massima, erogare le prestazioni di primo livello relative alle tre aree, ma a seconda delle dimensioni dei singoli distretti, potrebbero essere presenti una o più sedi e diverse articolazioni organizzative (Spazi, Livelli, Progetti). La collocazione è sovra distrettuale per le funzioni di secondo livello. Si tratterebbe in questo caso di proporre una semplificazione dei percorsi e delle strutture diagnostiche-terapeutiche concentrando i primi due livelli preferibilmente nelle strutture territoriali per concentrare le eccellenze a livello ospedaliero. (Per quanto riguarda l'Area della tutela

AGITE a Villasimius di Marina Toschi

Chi ben inizia... pros

Certo è difficile raccontare la densità di rapporti, relazioni, incontri, discussioni avvenuti nella piacevolissima cornice del villaggio Tanka a Villasimius tra i colleghi convenuti da tutta Italia in occasione del Corso Teorico Pratico in Medicina embrio-fetale e perinatale, organizzato dal presidente Aogoi Giovanni Monni in ottava edizione. Gli 11 piccoli gruppi di lavoro Agite, che a latere del Corso hanno lavorato ogni giorno per almeno due ore su altrettanti titoli complessi, sono stati un momento importante per conoscere le diverse realtà ed esperienze, trovando una atmosfera piacevole e di fattiva collaborazione.

Il frutto di questo lavoro, coordinato da dieci colleghi, è stato presentato durante la giornata conclusiva del Corso, alla presenza di circa cento persone.

Il congresso Agite, adeguatamente definito un "Congresso nel Congresso" dal segretario nazionale Aogoi Antonio Chiantera, moderatore della sessione, è stato attentamente seguito da

I gruppi di lavoro dei ginecologi territoriali presentano i loro programmi ai più alti livelli della ginecologia italiana. A Villasimius una sorprendente "prima volta", frutto della sinergia AGITE-AOGOI

molti colleghi con le più alte responsabilità nazionali nell'associazionismo ginecologico: Giorgio Vittori, presidente della Sigo, e Mario Campogrande (entrambi presidenti del Congresso nazionale Sigo - Aogoi di Torino 2008), Emilo Arisi, presidente della Smic, collega ginecologo invitato da Agite, che ha contribuito in particolar modo ai gruppi sul Percorso Nascita (coordinato da Marilina Liuzzo), sulla Organizzazione dei Servizi e carriera professionale (coordinato dal vicepresidente Agite, Gian-

Agite, che hanno potuto apprezzare il livello delle relazioni e le proposte presentate da ciascun gruppo.

Un apporto fondamentale è stato quello di G.B. Ascone, responsabile per il ministero della Salute del settore Materno Infantile, collega ginecologo invitato da Agite, che ha contribuito in particolar modo ai gruppi sul Percorso Nascita (coordinato da Marilina Liuzzo), sulla Organizzazione dei Servizi e carriera professionale (coordinato dal vicepresidente Agite, Gian-

della salute sessuale e riproduttiva, ad esempio: Il livello dello Screening, Ambulatorio di trattamento e riabilitazione dell'incontinenza urinaria femminile, Diagnostica ecografica ed eventuali attività connesse e storicamente presenti all'interno del servizio). Nelle Aziende Sanitarie più grandi e, in prospettiva, in tutte dovrebbe essere previsto a livello sovradistrettuale almeno un consultorio dedicato ai giovani con meno di 20 anni e un CF dedicato alle donne di prima immigrazione.

Collocazione organizzativo-funzionale

La collocazione organizzativo-funzionale è all'interno del Dipartimento.

Attualmente sono presenti nelle diverse regioni italiane, e anche all'interno delle diverse regioni, da azienda ad azienda, diversi modelli organizzativi di dipartimento:

- Dipartimento tecnico funzionale Materno Infantile trasversale secondo il modello previsto dal POMI
- Dipartimento Materno Infantile distrettuale (questo modello comprende diverse unità operative afferenti all'area materno-infantile)
- Dipartimento tecnico-funzionale distrettuale, diversamente denominato: Territoriale, Cure Primarie ecc. (questo modello comprende diverse unità operative non solo afferenti all'area materno-infantile ma anche ad altre funzio-



ni cosiddette di base: medicina di base, medicina specialistica, Sert, Pediatria di comunità, etc.).

A loro volta queste tre forme di dipartimento possono essere dotate, o meno, di proprio budget. Per esempio, nel primo modello, quello proposto dal Pomi, "il dipartimento materno-infantile è un dipartimento tecnico-funzionale non equiparato ad una struttura operativa dotata di proprio budget".

Negli altri due modelli, il primo, il Dipartimento Materno-Infantile distrettuale, può essere dotato di budget o no; il secondo, per quanto ci è dato di sapere

almeno nella Regione Emilia Romagna e nella Regione Marche, il Dipartimento Territoriale o delle Cure Primarie sono dipartimenti funzionali privi di risorse proprie. I modelli come si vede sono diversi e non compete, né conviene, che la nostra associazione entri nel merito del modello dipartimentale che le diverse regioni vorranno utilizzare (si potrà dire la nostra, ma rimane cosa poco influente). Ciò che si dovrà invece ribadire è che qualsiasi sia la forma di Dipartimento presente in quella Azienda sanitaria, il Servizio Consultoriale deve assumere la forma organizzativa di Unità operativa

complessa a livello aziendale, eventualmente articolata in U.O.S. a livello distrettuale.

A prescindere dalle caratteristiche del dipartimento di appartenenza va ribadita perciò:

a. L'unitarietà della attività consultoriale:

- Tutela e promozione della salute sessuale e riproduttiva di cui la salute della donna costituisce la parte preponderante ma non esclusiva
- Tutela delle relazioni affettive, di coppia e famiglia
- Tutela della salute dell'età evolutiva e dell'adolescenza

b. L'identità dell'Unità Operativa Consultoriale come Unità

Operativa Territoriale Autonoma.

La direzione dell'unità operativa

La direzione di tali Unità Operative dovrebbe essere affidata a personale laureato in discipline affini a quelle riguardanti l'area materno-infantile con requisiti e formazione anche di tipo gestionale.

Il problema di quale tra le figure professionali presenti all'interno del CF avrebbe un "diritto speciale" alla direzione dell'Unità Operativa è mal posto. Dovrebbero invece essere individuati alcuni criteri da far valere in ogni realtà.

A) La direzione dovrebbe essere attribuita mediante le regole attualmente vigenti per l'assegnazione dei ruoli dirigenziali di II livello.

B) Si tratta di evitare forme di commissariamento da parte di figure professionali che nulla hanno a che vedere con la cultura e la storia del servizio e di affermare che può esistere una "cultura comune tra professionisti dell'area consultoriale" che possano aspirare legittimamente ad assumerne la direzione.

C) Nel caso di un dipartimento trasversale di tipo funzionale distretto-ospedale, per esempio, per le caratteristiche proprie di questo modello dipartimentale, l'individuazione della figura di riferimento non può che essere in questo caso che una figura medica: ginecologo o pediatra. Y

egue in rete

ni Fattorini), impegnandosi a riportare i contributi offerti nella discussione all'interno dei progetti ministeriali.

Importante è stata anche la presenza di Mirella Parachini, presidente nazionale della Federazione Internazionale per l'Aborto e Contraccezione (Fiapac), che ha lavorato con il gruppo Contraccezione e Ivig (coordinato da Silvana Sanna).

L'Adolescenza è stata ben raccontata da Debora Turchetto, che ha mostrato la ricchezza delle proposte esistenti nei servizi consultoriali a livello nazionale e ha evidenziato sia la necessità di una formazione comune con i medici di medicina generale, sia l'esigenza di coinvolgere gli adolescenti maschi per raggiungere un significativo cambiamento nell'uso della contraccezione.

La Menopausa, nella momentanea assenza della coordinatrice Milena Mincigrucci, è stata riportata da Francesca Fiorillo, consigliere Agite, che ha illustrato l'ampia collaborazione con Sigite e le tante esperienze d'in-

contro con le donne, volte a valorizzare e a comprendere la molteplicità di aspetti di questa complessa parte della vita femminile, oltre al percorso diagnostico da prevedere al I e II livello. La collega Fiorillo ha anche fornito una serie di proposte pratiche per i tanti ginecologi che svolgono Attività privata, come quella di favorire la collaborazione con giovani colleghi alle prime armi, sia per diminuire i costi, sia per combattere l'isolamento e favorire la crescita comune, sempre con un approccio volto a un obiettivo di salute pubblica.

Il collega Luigi Mannu ha illustrato le modalità migliori per una piena collaborazione e integrazione Ospedale-Territorio in tutti i campi dell'ostetricia e ginecologia: tra il territorio inteso nella sua globalità (Consultori, Medici di Medicina Generale, Servizi Specialistici, Igiene mentale, Servizi sociali, Sanità Pubblica, ecc.) ed i presidi ospedalieri. Folto il pubblico che ha seguito i lavori del gruppo sul Pavimento Pelvico, cui ha dato

un prezioso apporto Diego Riva, presidente della Società Italiana di Uroginecologia. Nel corso dei lavori, la coordinatrice Rosanna Palmiotto ha proiettato video che mostrano la potenza e la capacità di movimento della zona pelvica femminile e ha spiegato come tante patologie femminili (dolore pelvico cronico, vestibuliti, vaginiti sine causa, vaginismi) possano finalmente trovare soluzione con un lavoro specifico e multidisciplinare. La storia delle Migranti, una volta italiane, ora di tutto il mondo, è stata ben illustrata da Grazia Lesi che ha affrontato le problematiche relative ai diversi approcci da tenere nei servizi, sia quelli a loro specificamente dedicati nel periodo della prima immigrazione sia quelli rivolti alla popolazione in generale. Per la Prevenzione Oncologica, Concetta Tuffi, primaria nell'Asl di Tivoli, ci ha ricordato quanto si può e si deve fare per promuovere la collaborazione tra ospedale e territorio in questo campo. Infine il gruppo sulla Violenza di Genere, coordinato da Marina Toschi, ginecologa e Consigliera di Parità della Regione Umbria, che ha relazionato sui terribili dati che fanno della violenza la prima causa di morte tra le giovani donne e



Villasimus II presidente Aogoi Giovanni Monni con Maurizio Orlandella, presidente Agite, e Maria Vicario, presidente della Federazione Nazionale Collegi Ostetriche

della discriminazione in ambito lavorativo oltretutto familiare la prima fonte di violenza sulle donne, causa di grave stress per la stragrande maggioranza delle italiane. Hanno chiuso questa sessione un ottimo (e allegro!) decalogo antistress, elaborato dalla collega Luisa Barbaro, e una foto del Direttivo Agite, che ben illustra il nostro pieno rispetto delle Pari Opportunità con la presenza nel Comitato direttivo di un ugual numero di Consiglieri uomini e di Consiglieri donne.

Particolarmente graditi sono stati i complimenti di Maria Vicario, che ha recepito il nuovo possibile rapporto tra il mondo ostetrico e ginecologico del territorio, da noi già preconizzato negli interventi di Elisabetta Canitano, in questa occasione impossibilitata a raggiungerci, proprio per poter seguire i lavori alla struttura interna all'ospedale di Ostia, dove si sta costruendo una "Casa del Parto naturale" del tutto gestita dalle ostetriche ma in collegamento con il reparto ospedaliero. Y

CMV: problematiche epidemiologiche e prospettive terapeutiche di Fabio Parazzini*

L'infezione da cytomegalovirus in gravidanza

Il problema clinico

Trasmissione L'infezione congenita da cytomegalovirus (CMV) avviene per trasmissione verticale dalla madre al feto. Il tasso di trasmissione materno-fetale è valutato attorno al 40-50% quando l'infezione materna è primaria (cioè quando in gravidanza avviene la seroconversione nella donna in precedenza sieronegativa), assai più ridotto, dello 0.5-2%, quando l'infezione materna è secondaria (si tratta cioè di una riattivazione del virus o di una infezione da ceppo diverso) (1).

Conseguenze Le conseguenze fetali dell'infezione possono essere morte o ritardo di crescita endouterina, mentre tra i neonati quelli che acquisiscono l'infezione potranno essere:

- asintomatici (85-90% dei casi), ma nel 10% circa dei neonati si riscontreranno sequele, in particolare un difetto uditivo neurosensoriale che si può rilevare sia alla nascita sia manifestarsi più tardivamente

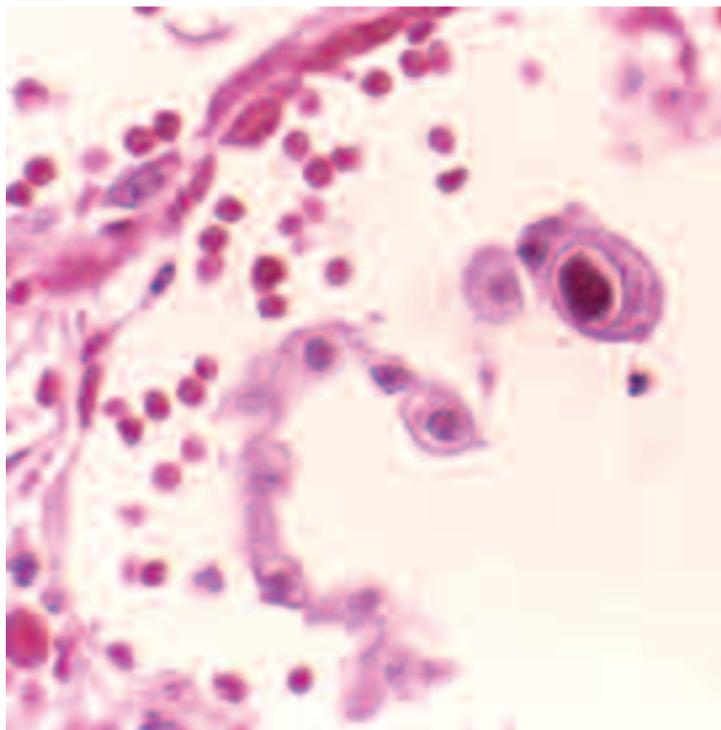
- sintomatici (10-15%): fetopatia da CMV (microcefalia, calcificazioni periventricolari, dilatazione ventricolare, ipotonia, segni oculari come la corioretinite) nel 50-70% dei casi, o CID (malattia da inclusione citomegalica) nel 30-50% dei casi (ittero, epatosplenomegalia, petecchie, pneumopatia interstiziale, citolisi con trombopenia) (2).

Prevalenza dell'infezione in gravidanza

La prevalenza di infezione nei paesi sviluppati, tra la popolazione femminile in età riproduttiva, è variabile a seconda delle zone, delle etnie e dei ceti sociali ed è stata stimata tra il 35 e il 95% (3). In Italia, uno studio condotto nella zona di Parma ha mostrato una prevalenza crescente con l'avanzare dell'età (28% a due anni, fino al 96% nella fascia d'età 45-54) (4).

Nello stesso studio, su oltre 1.000 donne sottoposte a screening, il 2.34% presentava infezione primaria in gravidanza, mentre l'infezione congenita si riscontrava nello 0.57% dei neonati.

■ Si aprono importanti prospettive per la prevenzione della trasmissione materno-fetale dell'infezione da CMV e di trattamento in caso di infezione fetale. Sarà compito del ginecologo porre un'attenzione crescente a questa problematica cui l'Aogoi dedicherà un'importante iniziativa: un vasto studio epidemiologico finalizzato alla costruzione di un Registro



Tassi inferiori si sono rilevati anche in uno studio di quattro città italiane (0.18% complessivo, con notevoli differenze geografiche: da 0% a 0.33% di infezioni congenite) (5). Non sono d'altra parte disponibili dati riferiti a tutte le aree geografiche italiane.

Lo screening in gravidanza

Una informazione sulla frequenza dello screening per l'infezione da CMV in gravidanza in Italia ci è data da una indagine effettuata dall'Istat nei primi anni 2000, che ha mostrato, su un campione rappresentativo di donne, come circa il 50% sia stata sottoposta a screening per l'infezione da CMV in gravidanza (6). In tale indagine tuttavia non era disponibile l'informazione relativa alla frequenza dello screening. Ossia non sappiamo se le donne sono state sottoposte a screening una sola volta o più volte in caso di esito compatibile con suscettibilità alla prima infezione.

Inoltre, non sono disponibili dati recenti e non sono stati indagati i motivi (economici, clinici) per cui viene o no richiesto da parte del ginecologo lo screening stesso. Va infatti ricordato come l'esame relativo alla presenza di anticorpi IGG ed IGM per il CMV non è incluso nel cosiddetto protocollo ministeriale per il monitoraggio della gravidanza fisiologica (decreto Bindi).

Le novità nella ricerca

Recentemente, uno studio clinico controllato non randomizzato pubblicato nel 2005 (Nigro G et al. N Engl J Med 2005; 353: 1350-62) ha mostrato come 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 minor gravità.

Tali risultati sono estremamente interessanti e aprono importanti prospettive di prevenzione della trasmissione materno-fetale dell'infezione e di trattamento in caso di infezione fetale. Tuttavia i risultati sono basati su uno studio limitato in termini numerici e non randomizzato, quindi soggetto a potenziali bias. Vi è quindi la necessità, prima di considerare tale trattamento come efficace, di ulteriori dati da vaste serie cliniche, e in particolare da studi clinici controllati randomizzati che confrontino il trattamento con immunoglobuline rispetto a nessun trattamento.

Prospettive terapeutiche

La prospettiva terapeutica prospettata dallo studio di Nigro *et al.* pone in primo piano all'attenzione del ginecologo la problematica dell'infezione materna in gravidanza e, più in generale, dello screening, del counselling e della gestione della paziente gravida con infezione da CMV primaria in gravidanza. Sarà compito della ricerca clinica nei prossimi mesi ben definire il ruolo del trattamento con immunoglobuline anti CMV nella prevenzione e trattamento della trasmissione materno-fetale della infezione con CMV e di tutti i ginecologi porre sempre più attenzione a tale problematica nella propria routine clinica.

Vi è quindi la necessità di ottenere informazioni aggiornate e da monitorare nel tempo riguardo l'atteggiamento diagnostico

LE CIFRE DEL CMV

- È la principale causa di ipoacusia/sordità negli Usa
- Anticorpi anticytomegalovirus sono presenti in circa il 70% delle donne (Barbi et al, 2006)
- Rischio di prima infezione in gravidanza: 1-4%
- Rischio di infezione fetale in corso di infezione primaria pari al 50%
- La progressiva immunizzazione non protegge dalla infezione fetale: rischio pari a circa lo 0.1%
- Stime di rischio indicano la possibilità di infezione in circa l'1% dei nati (0.3-2.0%)
- Sintomi nel neonato infetto che si manifestano nel 20-25% dei casi: manifestazioni alla nascita: microcefalia, calcificazioni intracraniche, corioretinite, ittero, petecchie, porpora, epatosplenomegalia. manifestazioni tardive: ritardo mentale, sordità riduzione visus

e terapeutico dei ginecologi italiani rispetto all'infezione da CMV in gravidanza nonché gli esiti clinici della stessa.

Al fine quindi di costruire un "registro" dei casi di infezione primaria con CMV in gravidanza l'Aogoi lancerà nei prossimi mesi un vasto studio epidemiologico su tale problematica. La partecipazione di tutti sarà necessaria per un successo della iniziativa. Nei prossimi numeri di *GynecoAogoi* verrà pubblicato il protocollo dello studio e le informazioni necessarie per aderire all'iniziativa. **Y**

* Istituto Mario Negri, Milano

Per saperne di più

1. Collinet P et al. Routine CMV screening during pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Repr Biol 2004; 114: 3-11
2. Malm G, Engman ML. Congenital cytomegalovirus infections. Semin Fetal Neonatal Med 2007; 12: 154-9
3. Staras SA, et al. Seroprevalence of cytomegalovirus infection in the United States, 1988-1994. Clin Infect Dis 2006; 43: 1143-51
4. Natali A, et al. Cytomegalovirus Infection in an Italian population: antibody prevalence, virus excretion and maternal transmission. New Microbiol 1997; 20: 123-33
5. Barbi C, et al. Multicity Italian study of congenital cytomegalovirus infection. Ped Infect Dis J 2006; 25: 156-59
6. Sabbadini L, Sebastiani G. Il percorso della maternità: gravidanza, parto e allattamento al seno. Roma, Italia: Istituto Nazionale di Statistica, 2002

UN "REGISTRO" AOGOI PER IL CMV IN GRAVIDANZA
L'Aogoi lancerà nei prossimi mesi un vasto studio epidemiologico per costruire un Registro dei casi di infezione primaria da CMV in gravidanza. Per il successo dell'iniziativa sarà necessaria la partecipazione di voi tutti. Il protocollo dello studio e le informazioni necessarie per aderire all'iniziativa verranno pubblicati sui prossimi numeri di *GynecoAogoi*

Indagine Aogoi "Il Mese della protezione" a cura della Segreteria Nazionale Aogoi

Occhio al pH vaginale

Molti fattori associati al rischio di infezione vaginale agiscono alterando l'ecosistema vaginale. Il pH rappresenta un importante determinante dell'ecosistema vaginale ed elevati livelli di pH vaginale sono associati con la frequenza di infezioni vaginali, in particolare con la vaginosi batterica, l'infezione da trichomonas e le infezioni miste (ma non con le infezioni micotiche). Tuttavia non tutte le donne con pH alterato presentano un'infezione vaginale in atto o comunque che richieda un trattamento.

E quindi importante conoscere, nello specifico della situazione italiana, la relazione tra pH vaginale alterato e frequenza di infezione vaginale, al fine di consigliare alla donna di fronte ad un valore di pH alterato quando richiedere un consulto medico.

Nell'ambito dell'iniziativa "Il Mese della protezione" è stato attivato, in collaborazione con Aogoi, uno studio per valutare i fattori associati ad infezione vaginale in donne con pH vaginale uguale o superiore a 5 di cui vengono qui presentati i risultati.

Metodi

Nell'ambito dell'iniziativa del "Mese della protezione", promossa nel novembre 2005 e proseguita poi nel 2006 dall'Aogoi, tutte le donne sono state invitate a effettuare un test con il kit per la misurazione del pH vaginale e a compilare, se avessero riscontrato un valore di pH superiore a 5, il questionario allegato al kit (Figura 1). Coloro che avevano ottenuto un punteggio superiore a 5 sono state invitate a richiedere un consulto gineco-

■ **Prevenire le patologie ginecologiche attraverso iniziative di educazione e sensibilizzazione rivolte soprattutto alle più giovani, spesso ancora poco consapevoli dell'importanza di tutelare la propria sfera intima. È questo in sintesi lo spirito della collaborazione, ormai quinquennale, tra Infasil e Aogoi. Presentiamo qui i risultati di un'indagine che Aogoi ha condotto nell'ambito dell'iniziativa "Infasil per te - Il Mese della protezione", mirata a valutare i fattori associati ad infezione vaginale in donne con pH vaginale uguale o superiore a 5. Oltre duecento i ginecologi Aogoi che hanno aderito all'iniziativa**



logico gratuito attraverso un numero verde appositamente attivato. Complessivamente hanno aderito all'iniziativa oltre 150 medici Aogoi.

I dati qui presentati si riferiscono alle donne che si sono presentate per una visita presso i centri aderenti. Il progetto prevedeva che al momento della visita venisse compilata una scheda di raccolta dati, tuttavia solo una parte delle schede è stata inviata in tempo utile al

centro di coordinamento per l'elaborazione dei dati.

Il questionario conteneva informazioni relative alla sintomatologia presente, le caratteristiche generali delle donne e le loro abitudini di vita e una storia ginecologica orientata. Tutte le donne sono state informate degli obiettivi dello studio e hanno dato consenso informato alla ricerca e al trattamento dei dati personali.

Al termine della visita il ginecologo indicava la diagnosi, con riferimento alle infezioni vaginali, l'esecuzione di test di laboratorio e il loro esito per la conferma della diagnosi.

Le caratteristiche delle donne con infezione vaginale, confermata clinicamente o attraverso diagnosi di laboratorio, sono state confrontate con quelle senza tale diagnosi, attraverso le comuni tecniche epidemiologiche (calcolo degli Odds Ratios (OR) e i relativi limiti di confidenza (LC) al 95%).

Risultati e conclusioni

Complessivamente sono state analizzate le informazioni re-

TABELLA 1. Relazione tra presenza di infezione vaginale e caratteristiche selezionate

Caratteristica	No.* soggetti con infezione vaginale n=136	%	No.* soggetti con infezione vaginale n=240	%	OR di infezione vaginale ** (L.C. al 95%)
Età (anni)					
≤ 33	78	61.4	118	52.2	-
≥ 34	49	38.6	108	47.8	-
Parità					
0	92	67.7	150	62.5	1+
1	22	16.2	33	13.8	1.6 (0.8-3.1)
2 o più	22	16.2	57	23.8	0.9 (0.4-1.7)
Uso di C.O.					
No	68	54.4	96	41.6	1+
Sì	57	45.6	135	58.4	1.6 (1.0-2.5)
Uso di IUD					
No	107	94.7	175	89.3	1+
Sì	6	5.3	21	10.7	2.0 (0.7-5.7)
Presenza di prurito					
No	50	42.5	38	16.5	1+
Sì	73	57.5	192	83.5	3.8 (2.3-6.4)
Presenza di leucorrea					
No	53	44.2	43	19.4	1+
Sì	67	55.8	179	80.6	3.4 (2.0-5.7)
Presenza di bruciore					
No	46	37.4	30	13.5	1+
Sì	77	62.6	193	86.6	3.8 (2.2-6.7)
Storia di infezioni vaginali					
No	75	55.2	125	52.0	1+
Sì	61	44.9	115	47.9	1.1 (0.7-1.7)
Storia di diabete					
No	119	95.2	219	95.2	1+
Sì	6	4.8	11	4.8	1.1 (0.4-3.1)
Uso di antibiotici nel mese precedente					
No	97	78.9	180	84.5	1+
Sì	26	21.1	133	15.5	1.5 (0.8-2.8)
Numero partner sessuali negli ultimi sei mesi					
1	100	85.5	203	94.9	1+
2	17	14.5	11	5.1	2.8 (1.3-6.4)

* In alcuni casi la somma non raggiunge il totale per dati mancanti ** OR aggiustati per età

3° EDIZIONE INFASIL PER TE IL MESE DELLA PROTEZIONE
Tra i mesi di ottobre 2007 e febbraio 2008 oltre 10mila donne hanno contattato il numero verde Infasil per avere un consulto telefonico e prenotare una visita ginecologica gratuita. Oltre 3mila le visite richieste a più di 150 ginecologi distribuiti in tutta Italia

lative a 376 donne con età media pari a 32,7 anni (DS 9,0). Di queste, 138 sono state identificate nel corso della iniziativa "Mese della protezione" condotta nel 2005 e 238 nel corso del 2006.

Una infezione vaginale è stata confermata in 136 donne (36,2%). La **tabella 1** presenta la distribuzione delle donne con e senza conferma di infezione vaginale in accordo a caratteristiche selezionate.

La presenza di sintomatologia era associata in modo molto marcato con la presenza di infezione vaginale in donne con pH superiore a 5. Ad esempio, l'OR di infezione era pari a 3.8 (L.C. al 95% 2.3-6.4) nelle donne che riportavano prurito vaginale, a 3.4 (L.C. al 95% 2.0-5.7) in quelle che riportavano leucorrea e a 3.8 (L.C. al 95% 2.2-6.7) in quelle che riportavano bruciore vaginale. Similmente, le donne che riportavano 2 o più partner sessuali nel mese precedente l'intervista avevano un maggior rischio di infezione (OR=2.8, L.C. al 95% 1.3-6.4). L'OR di infezione vaginale era pari a 2.0 (L.C. al 95% 0.7-5.7) nelle donne portatrici di IUD, ma l'associazione non era statisticamente significativa. L'OR di infezione vaginale era di bor-

derline significatività statistica per l'uso corrente di contraccettivi orali (OR=1.6, L.C. al 95% 1.0-2.5). Nessuna associazione statisticamente significativa è emersa tra rischio di infezione vaginale e parità, uso di antibiotici nel mese precedente la visita, storia di diabete e di infezioni vaginali.

Il principale risultato di questa indagine mostra come in donne con pH vaginale superiore a 5 che richiedono una visita ginecologica si osservi un'alta percentuale di infezione vaginale.

In questa popolazione la presenza di sintomatologia è strettamente associata a un maggior rischio. Similmente, il numero di partner sessuali e l'uso di IUD e di contraccettivi orali (in modo non statisticamente significativo per questi ultimi due fattori) sono associati a un aumentato rischio di infezione.

Questi risultati sottolineano come la valutazione del pH vaginale, accanto alla raccolta di informazioni sulla sintomatologia vaginale legata ad alcune abitudini di vita e contraccettive, siano un utile strumento per identificare una popolazione a rischio di infezione su cui orientare approcci diagnostici terapeutici mirati. **Y**

Figura 1. Questionario

Nell'ultima settimana hai notato a livello genitale qualcuno dei seguenti sintomi:

- Perdite di sangue (al di fuori del ciclo)	Sì 5	No 0
- Perdite scure (al di fuori del ciclo)	Sì 4	No 0
- Perdite di colore giallognolo/verastro	Sì 4	No 0
- Perdite maleodoranti	Sì 4	No 0
- Prurito e bruciore	Sì 3	No 0
- Dolore	Sì 1	No 0
- Fastidio a urinare	Sì 1	No 0

Inoltre, per comprendere che tipo di donna sei dal punto di vista ginecologico, rispondi a queste ulteriori domande:

Età	15-20 anni	21-35 anni	35-50 anni	>50 anni
Figli	NO		da 1 a 3	>3

Hai avuto in passato disturbi ginecologici?	Sì 1	No 0
Hai fatto cure per disturbi simili a quelli citati?	Sì 1	No 3
Hai fatto il pap test negli ultimi 3 anni?	Sì 0	No 2
Test pH vaginale: valori alterati	Sì 4	No 0

Punteggio ottenuto:

- 1-3:** niente visita, si consiglia di informare il medico famiglia e di effettuare i normali controlli ginecologici
- 4-5:** approfondimento telefonico con ginecologo AOGOI designato al servizio
- >5:** visita gratuita ginecologo Aogoi

Per saperne di più

- Holzman C, Leventhal JM, Hong Qiu, Jones NM, Wang J and the BV Study Group. Factors linked to bacterial vaginosis in nonpregnant women. *Am J Public Health* 2001;91:1664-1670
- Keshavarz H, Duffy SW, Sadeghi-Hasanabadi A, Zolghadr Z, Oboodi B. Risk factors for and relationship between bacterial vaginosis and cervicitis in a high risk population for cervicitis in Southern Iran. *Eur J Epidemiol* 17: 89-95, 2001.
- Mead PB. Epidemiology of bacterial vaginosis. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169: 446-449
- Schmid GP. The epidemiology of bacterial vaginosis. *Int J Gynaecol Obstet* 1999; 67:S17-20
- Hodoglugil NNS, Aslan D, Bertan M. Intrauterine device use and some issues related to sexually transmitted disease screening and occurrence. *Contraception* 2000;61:359-364
- Shoubnikova M, Helberg D, Nilsson S, Mardh PA. Contraceptive use in women with bacterial vaginosis. *Contraception* 1997;55:355-358
- Calzolari E, Masciangelo R, Milite V, Verteramo R. Bacterial vaginosis and contraceptive methods. *Int J Gynecol Obstet* 2000; 70:341-346
- Boon ME, van Ravenswaay Claasen HH, Kok LP. Urbanization and baseline prevalence of genital infections including Candida, Trichomonas, and human papillomavirus and of a disturbed vaginal ecology as established in the Dutch Cervical Screening Program 2002; 187:365-369
- Foxman B. The epidemiology of vulvovaginal candidiasis: risk factors. *Am J Public Health* 1990;80:329-331
- Geiger AM, Foxman B, Gillespie BW. The epidemiology of vulvovaginal Candidiasis among university students. *Am J Public Health* 1995; 85:1146-1148
- Geiger AM, Foxman B. Risk factors for vulvovaginal candidiasis: a case-control study among university students. *Epidemiology* 1996; 7:182-187
- Sobel JD, Faro S, Force RW, Foxman B, Ledger WJ, Nyirjesy PR, Reed BD, Summers PR. Vulvovaginal candidiasis: epidemiologic, diagnostic, and therapeutic considerations. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178:203-211

Osteopenia e osteoporosi Progetto Menopausa Italia di Sonia Baldi

Un algoritmo contro l'osteoporosi

Recentemente abbiamo realizzato un algoritmo, presentato in un CD, con l'intento di offrire al ginecologo uno strumento che gli consenta di valutare, attraverso poche informazioni anamnestiche, il rischio di osteopenia/osteoporosi per una donna in peri e post menopausa. I dati utilizzati per lo sviluppo dell'algoritmo sono stati raccolti nell'ambito del Progetto Menopausa Italia, l'importante progetto che l'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani ha attivato nel 1997 con lo scopo di descrivere le caratteristiche delle donne che si rivolgono ai Centri per la Menopausa.

Come funziona l'algoritmo

Una volta inseriti i dati della paziente, l'algoritmo valuta la probabilità che la donna presenti, alla luce della valutazione densitometrica, un quadro osteope-

Grazie a questo nuovo strumento il ginecologo potrà agevolmente valutare, attraverso poche informazioni anamnestiche, il rischio di osteopenia/osteoporosi per la donna in età peri e post menopausale

nico/osteoporotico. Se tale probabilità è inferiore al 18% la donna viene definita a basso rischio di osteopenia/osteoporosi, se la probabilità è pari al 18-26% viene definita a rischio intermedio e se è superiore al 26% ad alto rischio. Nel caso in cui la combinazione dei fattori di rischio considerati identifichi un gruppo di donne con un numero di casi di osteopenia/osteoporosi inferiore a 5, il livello di rischio è stato posto pari al livello di rischio del gruppo ottenuto dalla combinazione di quattro fattori, dopo aver escluso la caratteristica che più riduceva la numerosità. Nel caso la donna per cui si valuta la stima del rischio di osteopenia/osteoporosi abbia una età superiore a 70 anni, l'algoritmo

utilizza le stime relative al gruppo di 65-70 anni.

Osteopenia/osteoporosi: i fattori di rischio

I fattori considerati per definire il livello di rischio sono:

- l'età della donna (categorizzata in quattro gruppi: età inferiore a 55 anni, 55-60 anni, 61-65 anni, età superiore a 65 anni)
- l'abitudine al fumo di sigaretta (fumatrice/non fumatrice)
- un body mass index inferiore o uguale a 19.1
- l'occorrenza della menopausa spontanea o chirurgica prima dei 46 anni
- un consumo di alcol regolare (almeno un bicchiere di vino al giorno o altre bevande alcoliche)

■ l'abitudine della donna a seguire un'attività fisica regolare (definita come attività ludica o lavorativa che impegni almeno 2 o 3 volte la settimana per circa un'ora).

Popolazione

Sono eleggibili nel progetto tutte le donne osservate durante il periodo di reclutamento presso i centri collaboranti. Il protocollo dello studio prevede solo l'osservazione di quanto avviene nella pratica clinica; per tale ragione, le informazioni relative a esami strumentali o di laboratorio non sono disponibili per tutte le donne che entrano nello studio.

Fino a maggio 2007, sono state arruolate nello studio più di 120.000 donne, in 235 Centri diffusi su tutto il territorio nazionale. Ai fini di questa analisi, sono state considerate le informazioni relative a 91.240 donne (51.357 di età inferiore o uguale a 55 anni, 23.097 di età compresa tra 56 e 60 anni e 16.786 di età maggiore o uguale a 61 anni) che avevano effettuato nei sei mesi precedenti la prima visita (ingresso nello studio) o che, subito dopo la prima visita, avevano effettuato una valutazione della massa ossea utilizzando una metodica strumentale (DEXA o ultrasonografica).

Risultati

I risultati possono essere utili per decidere se orientarsi verso la prescrizione di uno screening densitometrico. Allo stato attuale vi è un ampio consenso nel consigliare l'indagine densitometrica solo su base individuale, in considerazione dell'età e della presenza di specifici fattori di rischio. L'algoritmo attiva un percorso a tappe di misure preventive e terapeutiche, con indicazioni, rivolte sia al medico che alla paziente, basate sul rischio individuale. Ciò lo rende un formidabile strumento, soprattutto perché rappresentativo, in quanto realizzato sulle caratteristiche della donna italiana in menopausa afferente ai nostri Centri per la menopausa.

Curato da:

Progetto Menopausa Italia
Aspetti clinici: Sonia Baldi, Costante Donati Sarti, Angela Maria Becorpi, Mario Gallo
Analisi dati: Fabio Parazzini

Il software è stato realizzato con il contributo di Daiichi Sankyo Italia. Il CD può essere richiesto via e-mail all'indirizzo finder@finder.com, indicando nell'oggetto "richiesta algoritmo" e specificando il recapito per la consegna

Congressi



LE CONTROVERSIE CLINICHE FRA ETICA, DEONTOLOGIA E OBIEZIONE DI COSCIENZA

Codroipo (Ud)
6 settembre
 Segreteria organizzatrice
 The Office s.r.l.
 Via San Nicolò 14 - 34121 Trieste
 Tel. 040.368343 Fax 040.368808
 aogoi@theoffice.it

CORSO PRATICO/TEORICO URGENZE ED EMERGENZE IN SALA PARTO: COME AFFRONTARE LE SITUAZIONI DIFFICILI

Bergamo
19 settembre
10 dicembre
 Segreteria organizzatrice:
 Centro Congressi Giovanni XXIII
 Viale Papa Giovanni XXIII 106
 24121 Bergamo
 Tel. 035.236435 Fax 035.236474
 infocon@congresscenter.bg.it

I WORKSHOP DI CHIRURGIA PELVICA - GESTIONE DEL RISCHIO INTRAOPERATORIO IN CHIRURGIA GINECOLOGICA

Bologna
19 settembre
 Segreteria organizzatrice
 Dott. Pierandrea De Iaco
 Via Massarenti 13 - 40138
 Bologna Tel. 051.6364426
 pierandrea.deiaco@aosp.bo.it

ADVANCE IN LAPAROSCOPIC FEMALE PELVIC SURGERY - LIVE SURGERY

Milano
22-25 settembre
 Segreteria organizzatrice:
 Medicina Viva
 Via Marchesi 26 D - 43100
 Parma
 Tel. 0521.290191 Fax
 0521.291314
 morena@mvcongressi.it

WORKSHOP SULLE NUOVE TECNICHE DI ISTERECTOMIA LAPAROSCOPICA

Vercelli
22 settembre
 Segreteria organizzatrice
 Associazione per la diagnosi e per la terapia della sterilità umana
 Via Paletta 10 - 28100 Novara
 Tel. 0321.611828 Fax
 0321.623577

84° CONGRESSO NAZIONALE SIGO 49° CONGRESSO AOGOI

Torino
5-8 ottobre
 Segreteria organizzatrice:
 Triumph Congressi
 Via Lucilio 60 - 00136 Roma
 Tel. 06.355301 Fax 06.35530251
 sigo2008@gruppotriumph.it

I° MASTER IN CHIRURGIA ONCOLOGICA GINECOLOGICA

Roma
15-16 ottobre
10-11 dicembre
 Segreteria organizzatrice
 Carol Scioscia - Sabrina Soresi
 Tel. 06.52665356 Fax
 06.52666974

CONGRESSO NAZIONALE AIUG 2008 LE NUOVE SFIDE NELLA PATOLOGIA DEL PAVIMENTO PELVICO

Firenze
13-15 novembre
 Segreteria organizzatrice
 Triumph Congressi
 Via Lucilio 60 - 00136 Roma
 Tel. 06.355301 Fax 06.35530235
 a.grossi@gruppotriumph.it

NATURAL ORIFICE SURGERY - A NESA MEETING PROMOTING EXCELLENCE

Napoli
21-22 novembre
 Segreteria organizzatrice
 MCM Eventi e Congressi
 Rione Sirignano 5 - 80121 Napoli
 Tel. 081.7611085 Fax
 081.664372
 segreteria@mcmcongressi.it

III CONGRESSO NAZIONALE SIOS

Catania
11-13 dicembre
 Segreteria organizzatrice
 Studio Exedra
 Corso delle Province 38
 95127 Catania
 Tel. 095.374729 Fax 095.385021
 info@studioexedra.it

SCUOLA DI PERFEZIONAMENTO POST-UNIVERSITARIA IN CHIRURGIA PELVICA

Centro di Biotecnologie A.O.R.N. "A. Cardarelli"

Via A. Cardarelli 9, Napoli

Corsi Laparoscopia
 13-16 luglio 2008
 23-26 novembre 2008

Corsi Laparotomia
 22-25 giugno 2008
 14-17 settembre 2008

Un ricordo di Domenico de Aloysio

Il 17 maggio Domenico de Aloysio ci ha lasciati. Con la sua scomparsa se ne è andato un grande clinico, capace di brillanti diagnosi e di complessi interventi chirurgici; un ricercatore geniale e infaticabile, pioniere nello studio del climaterio femminile, autore e ispiratore di centinaia di lavori in tanti campi della disciplina ostetrica e ginecologica; un oratore sempre arguto, piacevole e mai scontato; un organizzatore impareggiabile ed entusiasta di attività ed eventi (come non ricordare il Congresso Sigo di Bologna del 2005!). Ma soprattutto se ne è andato Mimì. Questo soprannome, con il quale amava farsi chiamare e che spesso ostentava come un titolo, ne esprimeva, al di là della figura di Professore, di Direttore di Clinica Universita-



ria, di Scienziato, la profonda, unica e impareggiabile umanità; la modestia e generosità innate; la capacità di sdrammatizzare e ironizzare, senza però mai sottovalutare; la cordialità contagiosa, che gli permetteva di entrare subito in sintonia con chi gli era vicino, di capirne pensieri e sentimenti, a volte ancora prima che gli stessi se ne rendessero conto, e nel contempo di fare sentire, ma senza lasciarlo pesare mai troppo, la sua cultura, il suo ruolo di primo piano, la sua capacità di decidere e di guardare lontano. Per tutto questo e per i momenti indimenticabili che ha saputo regalare, sono sicuro che Mimì rimarrà vivo per sempre nella mente di chi l'ha conosciuto. (F.M. Orsini)

Congresso Regionale Aogoi Friuli-Venezia Giulia

Villa Manin di Passariano, 6 settembre 2008

LE CONTROVERSIE CLINICHE FRA ETICA, DEONTOLOGIA E OBIEZIONE DI COSCIENZA

I SESSIONE

Moderatori:
 E.Campagnutta - V.Adamo

Importanza della bioetica nelle scelte cliniche
 Paolo Pesce - Trieste

Il Taglio Cesareo a richiesta: si fa ma non si dice
 Silvio Giove - Latisana (UD)

La vaccinazione per HPV: tra benefici, sospetti e resistenze
 Francesco Sopracordevole - Aviano (UD)

La fecondazione assistita: progressi scientifici e obblighi di legge
 Francesco Tomei - Pordenone

La terapia sostitutiva in menopausa: rischi e benefici
 Giuliano Fabiani - Udine

Coffee Break

II SESSIONE

Moderatori: C.Gigli - M.Melato
L'obiezione di coscienza fra diritti e doveri
 Amedeo Bianco - Roma

La pillola del giorno dopo: quando, dove e chi
 Quirino Di Nisio - Penne (PE)

La legge 194 del 1978: cambiare sì, no e perché
 Giovanni del Frate
 S. Daniele del Friuli (UD)

L'assistenza ai prematuri di età gestazionali estremamente basse
 Franco Macagno - Udine

Segreteria Organizzativa
 The Office
 www.theoffice.it
 Via San Nicolò, 14
 34121 Trieste
 Tel. 040.368343 int. 27
 Fax 040.368808
 aogoi@theoffice.it

► **Segue da pagina 15**

lità e disabilità conseguenti alla nascita nelle età gestazionali estremamente basse (22-25 settimane) sono state oggetto della tavola rotonda che si è svolta nella seconda giornata dei lavori alla presenza di tutti i segretari regionali Aogoi e con la partecipazione di giuristi, magistrati, medici legali, mass media e politici. A questa importante giornata di confronto ad ampio spettro su uno dei temi più sensibili per la nostra professione, *GynecoAogoi* dedicherà un approfondimento sul prossimo numero. Nello stesso volume, si farà anche il punto sulle politiche di contrasto all'Ivg nelle categorie più a rischio, giovanissime e immigrate, al centro della conferenza/dibattito tra tecnici e politici che Sigo e Aogoi hanno organizzato a Roma, presso la Biblioteca del Senato "G. Spadolini", il 9 giugno scorso.

Come per ogni appuntamento congressuale di rilievo, la quattroggiorni di Villasimius è stata occasione per consigli direttivi, riunioni sindacali, momenti di aggiornamento sulle problematiche sindacali, contrattuali e assicurative, come nell'incontro-dibattito Fesmed condotto da Carmine Gigli, e anche per discutere di progetti e impegni, di tappe più e meno vicine: dal congresso nazionale Sigo-Aogoi di Torino del prossimo ottobre a quello internazionale Figo di Città del Capo nel 2009, a cui l'Aogoi, come ha detto Antonio Chiantera, si sta impegnando "per portare una nu-

merosa rappresentanza della ginecologia italiana". Un momento particolarmente intenso durante la giornata inaugurale è stato il ricordo di Umberto Nicolini, cui era dedicata questa ottava edizione del Corso, con la proiezione di un video che lo ritrae in uno dei suoi ultimi interventi. Il suo pensiero lucido, le sue parole incisive, la sua personalità "contro" le tante cose che non vanno nella sanità ci mancheranno davvero. Con un minuto di silenzio il presidente Monni ha poi voluto ricordare un altro collega scomparso prematuramente alcuni giorni prima, Domenico De Aloysio, direttore della Clinica Ostetrica-Ginecologica e Fisiopatologia ginecologica della Terza Età del Policlinico "S. Orsola-Malpighi" di Bologna e consigliere della Sigo, cui è dedicato un ricordo alla pagina precedente. La giornata conclusiva ha visto assegnare il premio "Ugo Tropea" ai ricercatori: A. Forte - Diagnostica Ecografica e Prenatale "Aniello Di Meglio" di Napoli; R. Ferraro - U.O. Ostetricia e Ginecologia - Arnas Civico di Palermo; A. Iuculano - Servizio di Ginecologia e Ostetricia, Diagnosi Prenatale e Preimpianto, Terapia Fetale, Ospedale Microcitemico di Cagliari (che ha rinunciato al premio in favore di una borsa di studio per il Congresso Sigo di Torino) per le rispettive comunicazioni orali: Gemelli congiunti: la nostra esperienza; Inserzione velementosa del funicolo e vasa previa: case report; Gravidanza nella sindrome di Turner. **Y**

► **segue da pag. 12**

ge sull'interruzione di gravidanza. L'occasione è stata l'udienza che lo scorso 12 maggio il Papa ha concesso a circa 800 esponenti del Movimento per la vita, guidati dal presidente Carlo Casini, figura di riferimento dei cattolici anti-194 fin dagli albori del dibattito sulle norme sull'Ivg. Ratzinger ha quindi chiesto uno sforzo dei credenti per spingere le Istituzioni ad "aiutare con ogni strumento legislativo la famiglia" e porre al centro della attenzione la difesa della vita. Papa Ratzinger è consapevole del fatto che "certamente molte e complesse sono le cause che conducono a decisioni dolorose come l'aborto", ma è altrettanto certo che "l'aver permesso di ricorrere all'interruzione della gravidanza, non solo non ha risolto i problemi che affliggono molte donne e non pochi nuclei familiari, ma ha aperto una ulteriore ferita nelle nostre società, già purtroppo gravate da profonde sofferenze".

Il nuovo Governo: no a modifiche, sì a un tagliando

Secondo il neo ministro per le Pari opportunità, Mara Carfagna, "il problema non è discutere la 194, ma applicare la cultura della vita che in questi trent'anni, come dice giustamente il Papa, è stata svilita. Serve - ha concluso il ministro

- una normativa a favore della famiglia che incentivi le nascite e a favore delle donne affinché rinuncino ad abortire". Per il neo sottosegretario Eugenia Maria Roccella, che ha una sorta di delega generale sui temi etici, "la legge 194 non sarà cambiata, perché cambiarla non serve a diminuire il numero di aborti: si devono prima di tutto fare delle politiche di prevenzione".

Secondo Roccella è necessario però un aggiornamento, un "tagliando", come già chiesto nei mesi passati, "perché la legge ha trent'anni e trent'anni fa esisteva un solo modo di abortire". "Sulla RU-486 - ha proseguito il neo sottosegretario alla Salute - ci sono molti punti oscuri. Nel caso in cui l'Agenzia italiana del Farmaco autorizzerà la pillola, bisognerà rendere compatibile la somministrazione con la 194, e quindi l'intero processo abortivo dovrà svolgersi in ospedale: solo così, come ha detto lo stesso Consiglio Superiore di Sanità, la pillola abortiva e il metodo chirurgico hanno lo stesso grado di sicurezza".

Lombardia: il Tar sospende le linee guida regionali

E intanto si complica la vicenda delle linee guida sulla 194 adottate della Regione Lombardia. Con una sentenza del Tar della regione, infatti, è stata accolta la richiesta di sospensione presentata da un gruppo

di medici e dalla Cgil Lombardia. Secondo i giudici del Tar lombardo, infatti, la regione non ha alcuna competenza nell'indicare linee guida per l'interruzione di gravidanza perché la 194, che ne regola la pratica, è una legge costituzionalmente vincolata e non prevede alcuno spazio per interventi di stampo amministrativo. A essere violato, in particolare, sempre secondo il Tar, è stato l'articolo 117 della Costituzione che riconosce allo Stato la competenza esclusiva nel legiferare in materia di diritti civili e sociali e la disciplina in materia di tutela della salute. Non è ovviamente d'accordo il presidente Roberto Formigoni che, nell'annunciare il ricorso al Consiglio di Stato, ha definito "curiose e speciose" le motivazioni del Tar. Plaude alla sentenza, invece, Susanna Camusso, segretario generale della Cgil lombarda, che ha detto: "ripristina la libertà dei medici sottoposti a indebite pressioni e ristabilisce l'unicità della 194 su tutto il territorio nazionale, negando il principio che le singole Regioni possano limitare la libertà di scelta delle donne".

Le linee guida regionali erano state approvate a fine gennaio. Tra i punti previsti, c'era il divieto dell'aborto terapeutico oltre le 22 settimane e tre giorni di gravidanza. L'atto aveva abbassato di 11 giorni il limite di 24 settimane generalmente accettato dai medici.

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

Lavorare in sicurezza

Aogoi sta lavorando a uno dei suoi più importanti progetti per il 2008, il potenziamento dello Scudo Giudiziario Aogoi, che prevede:

- **l'estensione della Polizza "Protezione Legale" Aogoi non solo al penale ma anche al Contenzioso civile**
- **l'assicurazione, a costi particolarmente contenuti, sulla "Responsabilità civile" in 1° rischio per tutti i Soci Aogoi non dipendenti da strutture pubbliche od ospedaliere.**

Sul prossimo numero di *GynecoAogoi* vi forniremo i dettagli di queste due iniziative su cui Aogoi sta investendo grandi risorse ed energie. Con l'obiettivo di dare sempre maggiore tranquillità e sicurezza alla nostra professione.

Dall'esperienza



- **Secchezza vaginale -94%***
- **Prurito e bruciore -96%***
- **Rapporti dolorosi -88%***

gel Euclointima®

Intimità serena senza età

Euclointima è un dispositivo medico innovativo formulato con **componenti ad azione integrata** per contrastare la secchezza vaginale e/o prevenire ed attenuare le irritazioni vaginoli. L'**acido ialuronico ed il carbopol** formano un gel con proprietà equivalenti a quelle del muco vaginale: **Euclointima** ha una viscosità adeguata a garantire un'elevata aderenza alle mucose così da poter idratare, lenire e proteggere a lungo, senza peraltro provocare fastidiose perdite. Durante il rapporto sessuale **Euclointima** acquista, invece, le caratteristiche di un gel fluido atto a garantire un elevato grado di lubrificazione. L'**estratto di Padina pavonica** stimola la produzione di glicosaminoglicani con conseguente miglioramento del metabolismo e della tonicità delle mucose. L'**acido lattico** mantiene il pH fisiologico, fondamentale per prevenire le infezioni, mentre il **ricinoleato di zinco** cattura le sostanze maleodoranti bloccando gli odori sgradevoli. L'ottimale tollerabilità di **Euclointima** è stata clinicamente dimostrata in studi condotti su 90 donne. **Euclointima** è idonea all'uso con i profilattici.



Dispositivo medico
con 8 applicatori monouso

* Geste con totale scarso del distretto.

Baselli F. Valutazione di efficacia di un gel intimo a base di ricinoleato di zinco nel trattamento della secchezza vaginale: studi preliminari. Pifarotti P. Valutazione della tollerabilità e gradevolezza di un gel lubrificante umettante vaginale, mediante test clinico d'uso.

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 mg e potassio bicarbonato 100 mg. 1 ml contiene sodio alginato 100 mg e potassio bicarbonato 20 mg. 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 cucchiaini 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 opportune 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 dose da 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 gastro-esofageo (GORD). **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 di menta, sodio idrossido per l'aggiustamento del pH, acqua depurata. **6.2 Incompatibilità** Non pertinente. **6.3 Periodo di validità** 2 anni. **6.4 Precauzioni particolari per la conservazione** Non refrigerare. **6.5 Natura e contenuto del contenitore** Astuccio di cartone esterno contenente bustine monodose. Le confezioni sono 10, 20, 24 o 48 bustine. Le bustine sono costituite da poliestere, alluminio e polietilene. Sono disponibili anche confezioni contenenti una singola bustina o due bustine, inserite in un astuccio pieghevole di cartone. Ogni bustina contiene 10 ml di medicinale. È possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate. **6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento e la manipolazione** Nessuna istruzione particolare. **7. Titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio** 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 1 bustina da 10 ml: A.I.C. n. 034248144/M. Confezione da 2 bustine da 10 ml: A.I.C. n. 034248157/M. Confezione da 10 bustine da 10 ml: A.I.C. n. 034248169/M. Confezione da 20 bustine da 10 ml: A.I.C. n. 034248171/M. Confezione da 24 bustine da 10 ml: A.I.C. n. 034248183/M. Confezione da 48 bustine da 10 ml: A.I.C. n. 034248195/M. **9. Data della prima autorizzazione/rinnovo dell'autorizzazione** Novembre 2004. **10. Data di revisione del testo** Maggio 2007. Per Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Limited. Novartis Consumer Health S.p.A.

EURO RSCG LIFE

Contro il reflusso gastroesofageo

GAVISCON[®] ADVANCE

SOSPENSIONE ORALE A02BX13
Acido Alginico + 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.