

**AOGOI**

Organo Ufficiale dell'Associazione  
Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

**6 RAPPORTO ISS SULLE IST**

Aumenti significativi per tutte le principali infezioni sessualmente trasmesse

**14 INTELLIGENZA ARTIFICIALE IN MEDICINA**

Non sostituisce il \*medico, lo responsabilizza

DI CARLO SBIROLI

**20 IL CONSENSO INFORMATO IN OSTETRICIA**

Criticità nelle emergenze e confronto tra le normative

# Gyneco Aogoi

NUMERO 5 - 2025 - BIMESTRALE - ANNO XXXVI

Rapporto Health  
Technology  
Assessment  
di Agenas

# CHIRURGIA ROBOTICA *in crescita*

**MA I COSTI  
RESTANO ALTI**

# In gravidanza



## Nei ragazzi oltre i 10 anni

Oltre 40 anni di efficacia  
nella terapia marziale

# FERRO-GRAD<sup>®</sup>

*Solfato ferroso*

FERRO-GRAD «105 mg compresse a rilascio prolungato» 40 compresse

Prezzo al Pubblico: € 6,49 - Classe A

TEOFARMA S.r.l. - Fax 0382/525845 - e-mail: regulatory-medical@teofarma.it - www.teofarma.it

## INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE REPORT ISS

# IST

## TREND IN SALITA



IN TRE ANNI:

- +83%** GONORREA
- +25%** SIFILIDE
- +21%** CLAMIDIA  
TRA I GIOVANI



Link al Rapporto



**Nel 2023 si registrano aumenti significativi per tutte le principali infezioni sessualmente trasmesse. Il report dell'Iss mostra un incremento delle segnalazioni non solo di gonorrea e clamidia ma anche di sifilide primaria-secondaria che raggiunge nel 2023 un picco più alto del 27,9% rispetto a quello del 2016. Campagne di prevenzione, diagnosi precoce e accesso al test diventano fondamentali**

**LE INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE** alzano la testa e fanno più paura. I numeri parlano chiaro: nel 2023 le diagnosi di gonorrea sono cresciute dell'83%, quelle di sifilide primaria e secondaria del 25%, mentre la clamidia ha registrato un +21%. Sono soprattutto i giovani (15-24 anni), gli uomini che hanno rapporti sessuali con uomini (MSM) e le persone con più partner sessuali ad alimentare la nuova ondata di infezioni. I giovani in particolare hanno una prevalenza di infezione da *Chlamydia trachomatis* tripla rispetto alle persone di età superiore.

Ma a preoccupare è anche l'emergere di nuove criticità, come l'aumento dei casi nelle fasce d'età più adulte, specie per sifilide e herpes, e la crescita significativa di diagnosi tra i cittadini stranieri, segno di persistenti disuguaglianze nell'accesso al-

la prevenzione e alla diagnosi precoce.

È quanto emerge dall'ultimo **notiziario del Sistema di sorveglianza dell'Iss** che dal 1991 monitora le principali IST batteriche e virali in Italia.

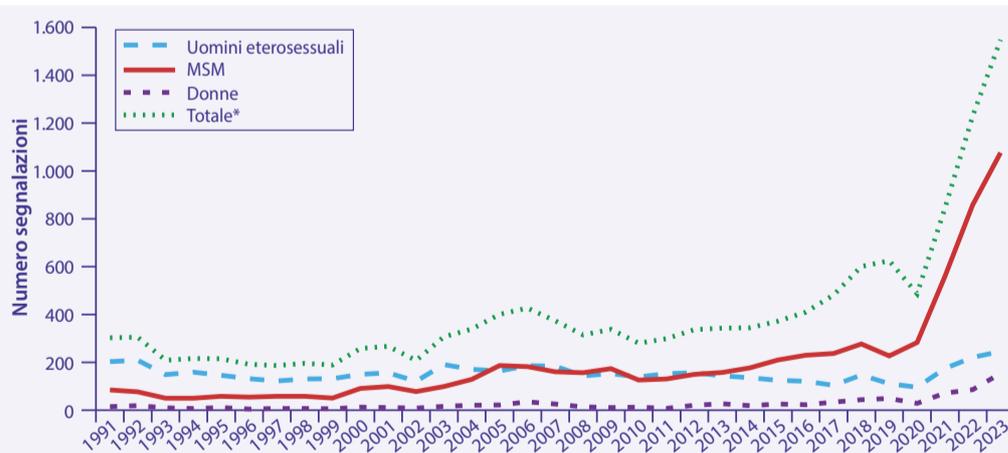
Alla luce dei dati raccolti emerge la necessità di sviluppare un approccio organico e coordinato per il contrasto delle infezioni sessualmente trasmesse (IST). In particolare, si propone di:

- **Definire una strategia nazionale per il controllo delle IST**, che promuova la diagnosi e il trattamento precoci e includa programmi di monitoraggio dei comportamenti a rischio.
- **Rafforzare le attività di informazione e prevenzione**, con interventi mirati non solo alla popolazione generale, ma anche ai gruppi più esposti, come giovani, donne, persone stra-

# INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE REPORTISS

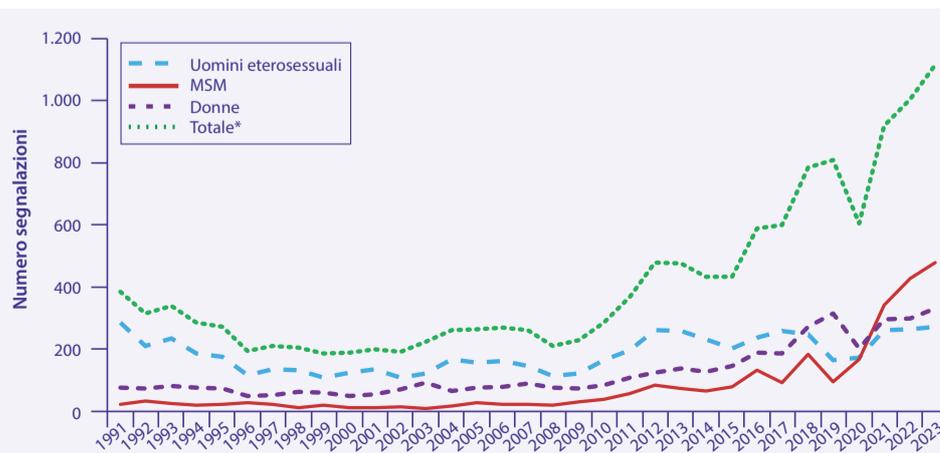


**FIGURA 2**  
Andamento delle segnalazioni di **gonorrea**, totale e per modalità di trasmissione (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2023)



(\*) Il numero totale delle segnalazioni di gonorrea è superiore alla somma delle segnalazioni in uomini eterosessuali, in MSM e in donne, in quanto include anche i casi con "modalità di trasmissione" mancante

**FIGURA 1**  
Andamento delle segnalazioni di **clamidia**, totale e per modalità di trasmissione (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2023)



(\*) Il numero totale delle segnalazioni di clamidia è superiore alla somma delle segnalazioni in uomini eterosessuali, in MSM e in donne, in quanto include anche i casi con "modalità di trasmissione" mancante

niere e MSM (uomini che fanno sesso con uomini). L'obiettivo è favorire una maggiore consapevolezza della salute sessuale, diffondendo le regole del sesso sicuro — uso corretto e costante del preservativo, riduzione del numero di partner, consumo responsabile di alcol e astensione dall'uso di sostanze stupefacenti.

- **Promuovere percorsi di formazione specifica per il personale sanitario**, al fine di migliorare le competenze nella diagnosi, gestione e prevenzione delle IST.
- **Incoraggiare l'offerta del test HIV** a tutte le persone con diagnosi di IST, per garantire un approccio integrato alla prevenzione.
- **Favorire la collaborazione tra ospedali e servizi territoriali**, creando un vero e proprio *Percorso Integrato di Cura (PIC)* per le persone a rischio o già affette da IST, così da assicurare continuità assistenziale e presa in carico completa.

## Vediamo in sintesi quali sono i numeri emersi.

Per la **clamidia**, con 13.583 casi totali dal 1991, il 2023 ha registrato 1.116 nuove diagnosi: un numero quadruplicato rispetto al 2008. Nello specifico, tra il 2021 e il 2023 c'è stato un incremento delle segnalazioni di Ct del 21,4%. L'età mediana delle persone segnalate è stata di 29 anni (IQR, 24-36 anni). Stratificando per fascia di età tutte le diagnosi di IST segnalate, la fascia più colpita è quella tra i 15 e i 24 anni (11,5%) rispetto a quelle di età 25-44 anni (8,4%) e a quelle di età uguale o maggiore a 45 anni (4,2%). Il 19,2% (n. 2.519) delle persone con Ct era di nazionalità straniera, di queste la maggior parte proveniva da altri Paesi europei e dall'Africa (rispettivamente, 47,2% e 27,3%). Il 26,7% delle persone con Ct ha riferito di avere avuto nessuno o un partner sessuale nei sei mesi precedenti la diagnosi, il 53,3% da due a cinque partner e il 20,0% sei o più. Relativamente alla modalità di trasmissione, il 47,3% dei casi di Ct è stato segnalato in uomini eterosessuali, il 20,8% in MSM e il 31,9% in donne.

Le segnalazioni di **gonorrea** sono quintuplicate dal 2010 al 2023, raggiungendo il massimo storico con 1.548 nuovi casi nel 2023 (+83,2% in tre anni), con un'incidenza quasi esclusiva tra uomini (93,5%) e un'età mediana di 31 anni. L'aumento è molto evidente tra gli MSM che nel 2023 sono andati incontro a un incremento di circa 8 volte e mezzo dei casi annui di IST segnalati rispetto al 2010. Il 40,5% dei casi di gonorrea è stato segnalato in uomini eterosessuali, il 52,6% in MSM e il 6,9% in donne.

Anche la **sifilide primaria e secondaria** è in aumento: 752 i nuovi casi nel 2023, con una crescita del 25,5% rispetto al 2021 e un'età mediana di 37 anni. Gli MSM rappresentano oltre il 70% dei nuovi contagi.

L'andamento dei casi di sifilide I-II è rimasto relativamente stabile fino al 2000 per poi ripartire in maniera rilevante con un aumento nel 2005 di circa cinque volte rispetto al 2000 e un nuovo picco nel 2016. Dal 2016 al 2020, i casi si sono ridotti si è del 23,5% con un successivo picco nel 2023 più alto del 27,9% rispetto a quello del 2016.

Per la sifilide latente, al contrario, si osserva una significativa flessione (-52,5% dal 2021), dopo un andamento stabile negli anni precedenti. I dati mostrano una prevalenza tra over 45 e una maggiore incidenza tra stranieri.



**I condilomi ano-genitali**, collegati all'infezione da HPV, restano la IST più frequentemente diagnosticata (quasi 70mila casi complessivi dal 1° gennaio 1991 al 31 dicembre 2023) con un incremento (di circa tre volte) dal 2000 al 2016. Tuttavia, tra il 2021 e il 2023 si registra una riduzione del 21,4%, probabilmente dovuta alla diffusione dei vaccini HPV tra adolescenti maschi e femmine. Nel 2023, i centri hanno segnalato 1.968 nuovi casi di condilomi ano-genitali

Nel periodo compreso tra il 1991 e il 2023, il 73,1% dei casi di condilomi ano-genitali (pari a 51.162 diagnosi) è stato registrato negli uomini, mentre il 26,9% (18.794 casi) nelle donne. L'età mediana delle persone colpite è di 32 anni (IQR: 26-41 anni).

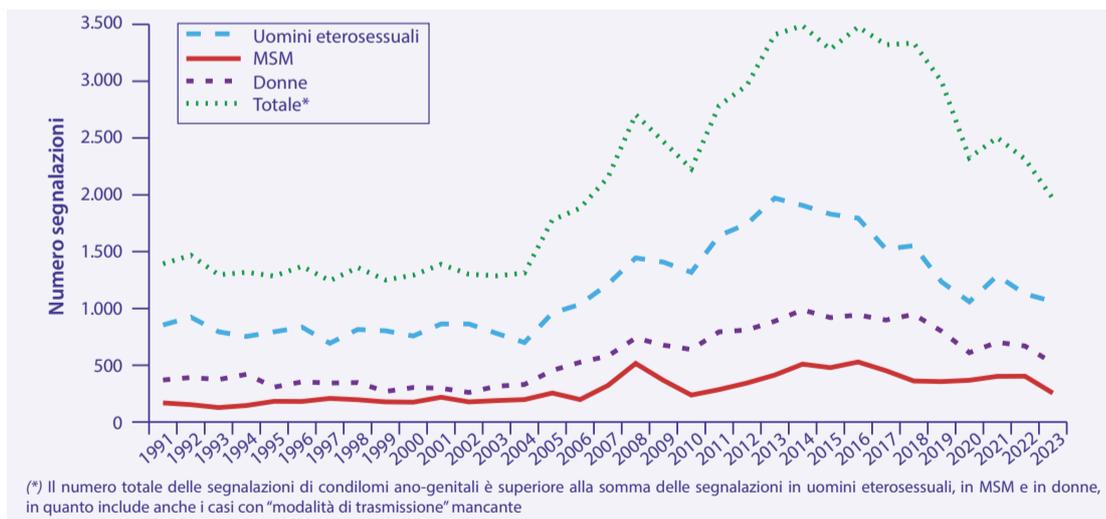
Analizzando le diagnosi di infezioni sessualmente trasmesse (IST) per fascia d'età, i condilomi ano-genitali sono risultati più frequenti tra le persone di età compresa tra 15 e 24 anni (42,8%), seguite da quelle tra 25 e 44 anni (43,0%) e, in misura minore, tra gli over 45 (39,2%).

Il 13,2% delle persone con condilomi ano-genitali (8.769 casi) era di nazionalità straniera; tra queste, la maggior parte proveniva da altri Paesi europei (45,4%) e dall'Africa (26,2%). Più della metà dei soggetti (55,9%) ha dichiarato di aver avuto nessuno o un solo partner sessuale nei sei mesi precedenti la diagnosi, mentre il 36,3% ha riferito da due a cinque partner e il 7,8% sei o più. Per quanto riguarda la modalità di trasmissione, il 57,5% dei casi è stato segnalato in uomini eterosessuali, il 14,3% in uomini che fanno sesso con uomini (MSM) e il 28,2% in donne.

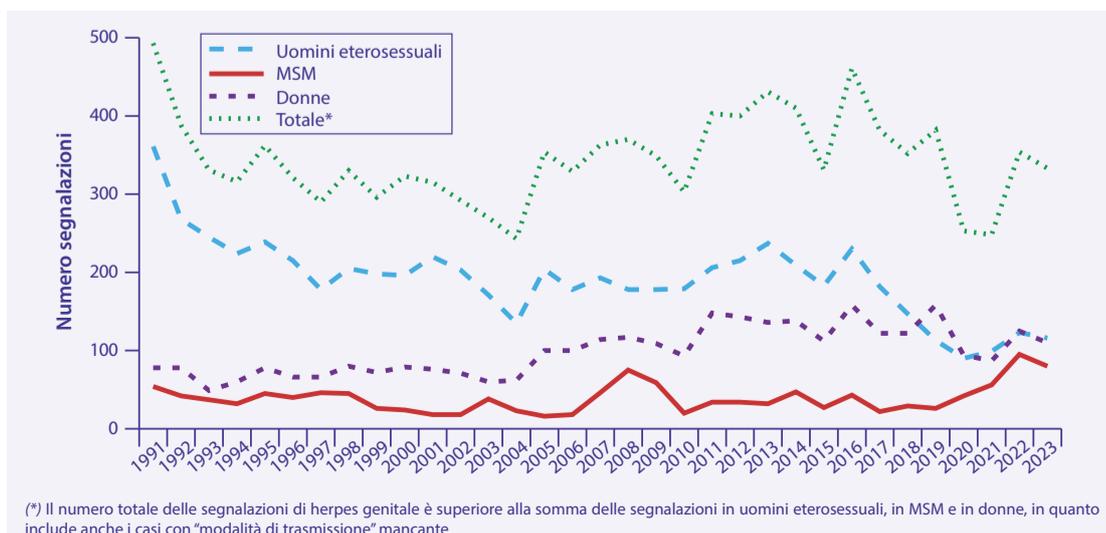
**L'herpes genitale** mostra un aumento del 34,3% dal 2021, con 333 nuovi casi nel 2023. Più colpiti gli uomini eterosessuali (58%) e le persone con oltre 45 anni. Nelle donne emerge un incremento dei casi di circa due volte e mezzo tra il 2004 e il 2019 e una successiva lieve riduzione e stabilizzazione fino al 2023. Dal 1° gennaio 1991 al 31 dicembre 2023, il Sistema di sorveglianza ha registrato complessivamente 11.378 nuovi casi di herpes genitale. La maggior parte delle diagnosi ha riguardato uomini (71,3%, pari a 8.117 casi), mentre le donne hanno rappresentato il 28,7% (3.261 casi). L'età mediana delle persone colpite è di 35

**FIGURA 3**  
Andamento delle segnalazioni di **condilomi ano-genitali**, totale e per modalità di trasmissione (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2023)

Definire una strategia nazionale per il controllo delle IST, che promuova la diagnosi e il trattamento precoci e includa programmi di monitoraggio dei comportamenti a rischio



**FIGURA 4**  
Andamento delle segnalazioni di **herpes genitale**, totale e per modalità di trasmissione (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2023)



anni (IQR: 27-46 anni). Analizzando le diagnosi di infezioni sessualmente trasmesse (IST) per fascia d'età, l'herpes genitale è risultato più frequente tra le persone con 45 anni o più (10,0%), rispetto a quelle tra 25 e 44 anni (6,2%) e a quelle di età compresa tra 15 e 24 anni (5,8%). Il 16,7% dei casi (1.825 persone) riguardava cittadini stranieri, provenienti in prevalenza da altri Paesi europei (35,0%) e dall'Africa (26,6%). Più della metà delle persone con herpes genitale (55,4%) ha dichiarato di aver avuto nessuno o un solo partner sessuale nei sei mesi precedenti la diagnosi; il 36,1% ha riferito da due a cinque partner, mentre l'8,5% sei o più.

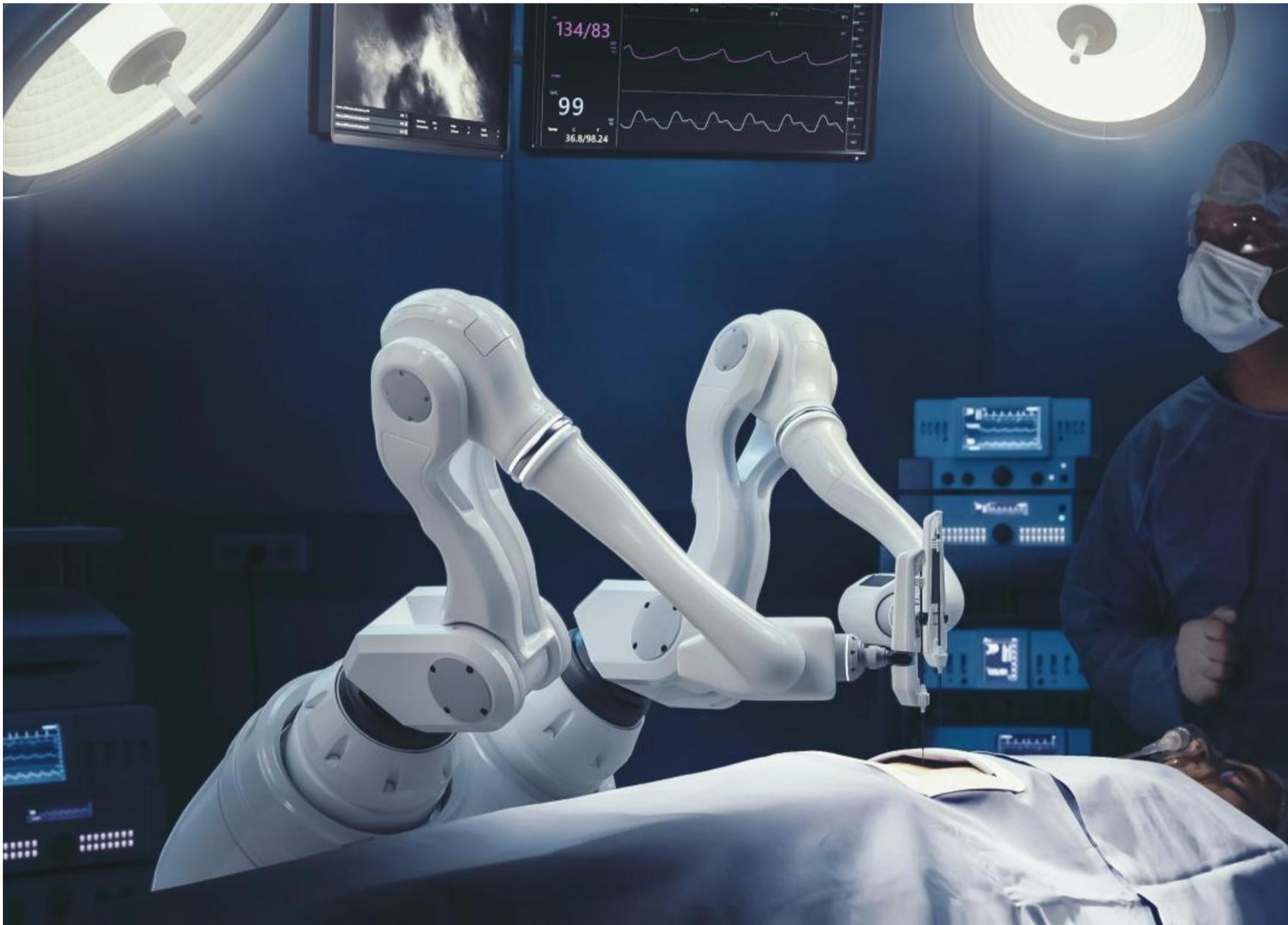
Per quanto riguarda la modalità di trasmissione, il 58,1% dei casi è stato segnalato in uomini eterosessuali, l'11,9% in uomini che fanno sesso con uomini (MSM) e il 30,0% in donne.

**Prevalenza di HIV** Dal 2008 si è assistito a un incremento progressivo della prevalenza HIV in persone con IST, con un primo picco di 11,8% nel 2016 e un secondo picco di 15,0% nel 2020. Nel 2023 la prevalenza HIV è stata leggermente più bassa di quella del 2022 e pari al 12,6%. Durante l'intero periodo, la prevalenza di HIV è stata sempre più alta negli MSM mostrando un aumento costante dal 2008 al 2022 e una riduzione nel 2023 (20,9%), mentre negli eterosessuali è diminuita progressivamente e si è stabilizzata, per poi aumentare lievemente nel 2023 (3,7%). Negli ultimi sei anni è più che raddoppiata la prevalenza HIV negli stranieri (8,0% nel 2018 vs 18,4% nel 2023)

## IL REPORT HTA DI AGENAS



Link al Rapporto



# CHIRURGIA ROBOTICA

## In Italia cresce l'uso, ma i costi restano una sfida per il Ssn

**La Chirurgia ginecologica, generale, e urologica sotto la lente dell'Agenas. Nel 2023 l'approccio open resta il più diffuso (46%), seguito da laparoscopico (45%) e robotico (9%), in crescita costante dal 2018. Lo studio conferma una riduzione delle perdite ematiche con la robotica, ma evidenzia risultati clinici per lo più sovrapponibili agli altri approcci e costi difficilmente sostenibili per il Ssn**

**LA CHIRURGIA ROBOTICA** è sempre più protagonista nelle sale operatorie italiane. L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) ha pubblicato un nuovo Report di Health Technology Assessment (HTA) che fa il punto sul presente e sul futuro di questa tecnologia nel nostro Paese, analizzandone sicurezza, efficacia e sostenibilità economica nella chirurgia generale, ginecologica e urologica.

Il documento, che prende in esame 22 procedure chirurgiche, non si limita a descrivere i dati: propone una visione strategica per guidare la programmazione degli acquisti e ottimizzare l'impiego delle risorse, così da massimizzare i benefici clinici ed economici all'interno del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel 2023, l'approccio open resta il più utilizzato (46%), seguito dal laparoscopico (45%), mentre

la chirurgia robotica rappresenta il 9% degli interventi. Ma la tendenza è chiara: dal 2018 al 2023 il ricorso al robot è cresciuto in modo costante, segno che la tecnologia sta conquistando spazio e fiducia tra i chirurghi.

Il confronto diretto tra i diversi sistemi robotici rimane ancora limitato, anche se emergono alcune differenze tra le piattaforme da Vinci Single Port e Multi Port.

Sul fronte economico, il robot comporta costi più elevati rispetto agli approcci laparoscopico e laparotomico, e il risparmio in termini di degenza post-operatoria non è sempre sufficiente a compensarli. Tuttavia, l'impatto complessivo sull'intero sistema sanitario resta contenuto, soprattutto se si considerano le potenzialità di miglioramento nel medio-lungo periodo.

Il Report evidenzia due fattori chiave che incidono sui costi: la durata della degenza e il volume



degli interventi. Più alta è l'attività, più efficiente diventa la gestione economica.

Per questo motivo Agenas sottolinea la necessità di continuare a valutare la chirurgia robotica in modo approfondito, confrontandola con gli approcci tradizionali e tara i diversi sistemi in commercio, così da costruire un quadro solido su cui basare decisioni informate di politica sanitaria. Oltre agli aspetti economici, un'implementazione efficace richiede un'organizzazione precisa e team altamente formati. La corretta gestione delle risorse, l'ottimizzazione della sala operatoria e la collaborazione multidisciplinare sono elementi fondamentali per sfruttare appieno le potenzialità del robot e garantire risultati clinici di alto livello.

Dal punto di vista clinico, la chirurgia robotica si distingue per una riduzione significativa delle perdite ematiche nelle procedure di chirurgia generale, ginecologica e urologica, mentre gli altri outcome - inclusi quelli oncologici e funzionali - risultano sostanzialmente sovrapponibili agli approcci tradizionali.

In ginecologia, in particolare, il robot offre un vantaggio concreto in termini di minori complicanze rispetto alla laparotomia, pur mantenendo performance analoghe alla laparoscopia.

Un quadro, dunque, in evoluzione: la chirurgia robotica non è più solo una promessa tecnologica, ma una realtà in espansione che, se gestita con competenza e visione, può contribuire in modo determinante a ridefinire la qualità e la sicurezza dell'intervento ginecologico nel prossimo futuro.



### Vediamo nel dettaglio le procedure chirurgiche in ginecologia analizzate nel Report

Gli interventi ginecologici presi in esame sono in prevalenza eseguiti a cielo aperto (Figura 4° PAG 52), con una tendenza nel tempo all'aumento delle tre tecniche chirurgiche, le quali sono connotate da proporzioni molto differenti tra loro, che si riverberano sui rispettivi tassi di crescita (FIGURA 4b): le procedure robotiche, ad esempio, sono quadruplicate rispetto al 2018, passando da

“ Dal punto di vista clinico, la chirurgia robotica si distingue per una riduzione significativa delle perdite ematiche nelle procedure di chirurgia generale, ginecologica e urologica, mentre gli altri outcome risultano sostanzialmente sovrapponibili agli approcci tradizionali

721 interventi del 2018 ad oltre 3mila interventi nel 2023, ma scontano una consistenza assai modesta se confrontata con le restanti aree cliniche: 3.122 interventi nel 2023 contro i 106mila e i 26mila interventi rispettivamente della modalità a cielo aperto e di quella laparoscopica.

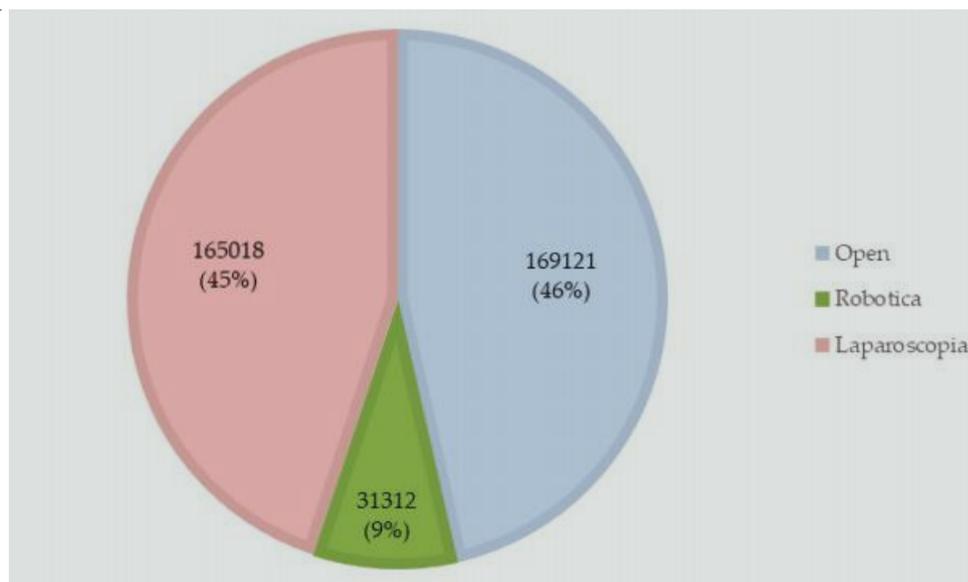
Tra le procedure prescelte, in campo ginecologico, si riscontra una notevole differenza negli approcci chirurgici tra l'intervento di isterectomia e quello di miomectomia (Tabella). L'isterectomia robotica, nel corso del tempo, ha assunto un peso sempre più rilevante con una quota di interventi robot-assistiti che è passata dall'1,6% del 2018 al 6,8% del 2023; al contrario, nell'intervento di miomectomia le procedure robotiche rappresentano, per tutti gli anni considerati, una quota marginale nel totale degli interventi eseguiti. Un'analisi più approfondita evidenzia che l'intervento di isterectomia nel periodo in esame si è connotato per un progressivo aumento di modalità laparoscopica e robotica (Figura 5a e Figura 5c): la laparoscopia è aumentata, dal 2018 al 2023, del 20% (da 17.802 interventi a 21.246. interventi) mentre la procedura robotica è quadruplicata (da 607 interventi del 2018 a 3.051 interventi del 2023) e, parimenti, si è assistito ad una diminuzione degli interventi a cielo aperto che nel corso del tempo si sono ridotti di circa il 12%. A differenza dell'intervento di isterectomia, la miomectomia è una procedura caratterizzata dall'uso estensivo della tecnica open (Figura 5b e Figura 5d). Questo intervento, infatti, è il solo in cui sono aumentate, nel corso degli anni, le procedure a cielo aperto: +3% rispetto al dato del 2018.

Le procedure chirurgiche nel campo ostetrico-ginecologico selezionate ed eseguibili anche mediante approccio robot-assistito sono: Miomectomia e Isterectomia

### Miomectomia

L'intervento di miomectomia, ossia di asportazione di mioma, raccomandato in presenza di fibromatosi uterina, può essere effettuato per via isteroscopica, laparoscopica, robot-assistita o la-

**FIGURA**  
Distribuzione degli interventi per approccio chirurgico - valori assoluti e percentuali (2023)



# CHIRURGIA ROBOTICA

parotomica, in base a localizzazione, dimensioni, e numero dei fibromi.

## Miomectomia laparotomica

La procedura prevede i seguenti passaggi: Incisione trasversale bassa dell'addome come l'incisione di Pfannenstiel.

La scelta dei siti di incisione uterina viene stabilita per ridurre al minimo il numero finale di incisioni consentendo l'accesso al massimo numero di fibromi attraverso ciascuna incisione ed evitando le tube di Falloppio, i vasi uterini e ovarici, e la vescica.

Esposizione della pseudocapsula del fibroma per facilitarne l'enucleazione. Tale enucleazione si ottiene mediante una combinazione di trazione e contro trazione sul fibroma e sul miometrio, nonché mediante dissezione smussa o taglio previo diatermocoagulazione della pseudocapsula.

Chiusura del miometrio evitando di passare le suture nella cavità endometriale per ridurre il rischio di aderenze intrauterine.

## Miomectomia laparoscopica

La procedura laparoscopica viene generalmente sconsigliata in favore dell'intervento laparotomico se si è in presenza di un fibroma intramurale con dimensioni superiori a 10 cm, o in presenza di più di 4 fibromi.

La paziente deve essere posizionata in posizione litotomica con le gambe divaricate e leggermente flesse in avanti, con i glutei leggermente sopra il bordo del tavolo operatorio per facilitare la manipolazione uterina. Possono essere utilizzati supporti per le spalle, specialmente in caso di posi-



zione di Trendelenburg pronunciata, per evitare che il paziente scivoli. Posizionamento del catetere vescicale e del manipolatore uterino. Per consentire l'introduzione dei trocar è necessario creare il cosiddetto pneumoperitoneo tramite inserimento dell'Ago di Veress. Quindi si passa all'ispezione della cavità addominale e all'effettivo inserimento dei trocar, solitamente tre, con un orientamento ottimale di 90° rispetto al piano addominale e secondo punti di riferimento anatomici definiti in precedenza (ad esempio ombelico, spina iliaca anteriore e superiore).

La procedura laparoscopica prevede i seguenti step:

- **Incisione** uterina effettuata verticalmente in presenza di miomi posteriori e anteriori mediante elettrodo monopolare.
- **Identificazione** del mioma ed esposizione della pseudocapsula del fibroma per facilitarne l'enucleazione. Tale enucleazione si ottiene mediante una combinazione di trazione e contro trazione sul fibroma e sul miometrio, nonché mediante dissezione smussa o taglio previa diatermocoagulazione della pseudocapsula.

- **Enucleati** i fibromi, l'estrazione può avvenire per via vaginale mediante colpotomia trasversale a livello del fornice posteriore, introduzione di endobag, inserimento in endobag del/dei mioma/i, ed estrazione per via vaginale con morcellamento a lama fredda in sacchetto. Diversamente, sempre protetta in endobag, la morcellazione ed estrazione può avvenire mediante gli accessi laparoscopici accessori, spesso con loro allargamento.

- Sutura con punti semplici o a croce per chiudere lo strato miometriale profondo e con punti staccati o con una sutura continua per chiudere il miometrio superficiale e introflettere la sierosa.

Identificazione del mioma, esposizione della pseudocapsula del fibroma per facilitarne l'enucleazione. Tale enucleazione si ottiene mediante una combinazione di trazione e contro trazione sul fibroma e sul miometrio, nonché mediante dissezione smussa o taglio previo diatermocoagulazione della pseudocapsula.

- Enucleati i fibromi, l'estrazione può avvenire per via vaginale mediante colpotomia trasversale a livello del fornice posteriore, introduzione di endobag, inserimento in endobag del/dei mioma/i, ed estrazione per via vaginale con morcellamento a lama fredda in sacchetto. Diversamente, sempre protetta in endobag, la morcellazione ed estrazione può avvenire mediante gli accessi laparoscopici accessori, spesso con loro allargamento.

Sutura con punti semplici o a croce per chiudere lo strato miometriale profondo e con punti stac-

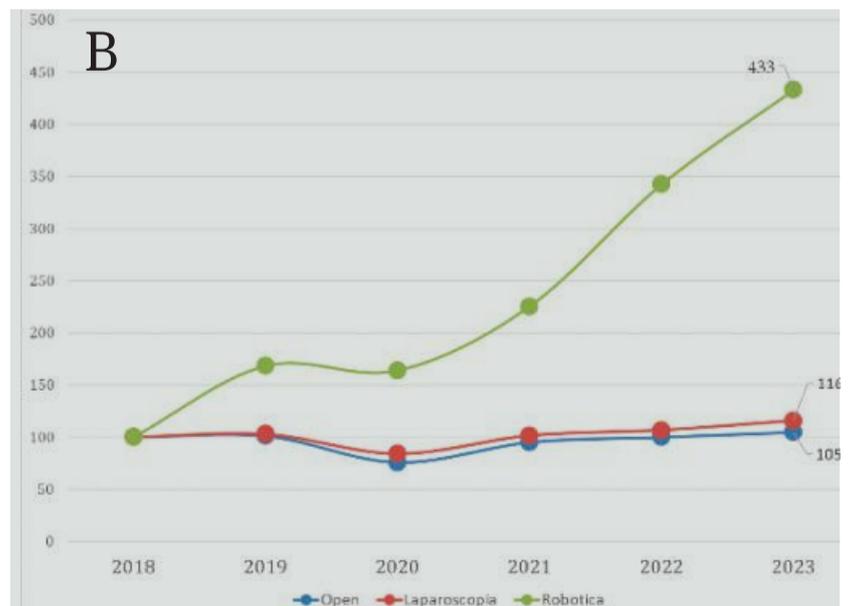
**TABELLA**  
Numero di interventi di robotica e % sul totale degli interventi, dal 2018-2023: area di ginecologia

PROCEDURE	AREA GINECOLOGIA											
	2018		2019		2020		2021		2022		2023	
<b>Isterectomia</b>	687	1,6%	1183	2,8%	1164	3,3%	1588	3,8%	2429	5,7%	3051	6,8%
<b>Miomectomia</b>	34	0,0%	31	0,0%	18	0,0%	37	0,0%	40	0,0%	71	0,1%
<b>Area</b>	<b>721</b>	<b>0,6%</b>	<b>1214</b>	<b>1,0%</b>	<b>1182</b>	<b>1,2%</b>	<b>1625</b>	<b>1,3%</b>	<b>2469</b>	<b>1,9%</b>	<b>3122</b>	<b>2,3%</b>

**Andamento interventi per tipo di procedure e per aree cliniche**

**FIGURA A**  
Numero di interventi nell'area di ginecologia, annualità 2018-23

**FIGURA B**  
Andamento interventi area ginecologia, annualità 2018-23 [2018=100]



## Chirurgia robotica in ginecologia: tra innovazione e confronto con le tecniche tradizionali

La chirurgia ginecologica è una delle aree in cui l'utilizzo del robot ha conosciuto la maggiore espansione negli ultimi anni. Il report AGENAS sulla chirurgia robotica dedica ampio spazio a questa disciplina, descrivendo nel dettaglio le procedure più diffuse – come la miomectomia e l'isterectomia – e mettendole a confronto con gli approcci laparotomici e laparoscopici tradizionali.

### Miomectomia robotica: precisione e controllo

La miomectomia, intervento volto alla rimozione dei fibromi uterini, rappresenta una delle procedure di punta della chirurgia robotica. Il documento descrive come l'approccio robot-assistito preveda un posizionamento analogo a quello laparoscopico, con l'introduzione di quattro o cinque porte operatorie per l'endoscopio e gli strumenti chirurgici. La fase centrale è l'enucleazione dei miomi, resa più agevole dalla visione tridimensionale e dalla libertà di movimento degli strumenti robotici, che consentono di seguire con precisione la pseudocapsula del fibroma.

Un ulteriore vantaggio riguarda la sutura, che grazie al robot può essere eseguita in maniera più accurata e in più strati, riducendo il rischio di complicanze e favorendo il recupero della funzionalità uterina.

### L'isterectomia: dal bisturi al robot

L'isterectomia – rimozione dell'utero – resta l'intervento cardine della chirurgia ginecologica, sia per patologie benigne come fibromi ed endometriosi, sia per neoplasie. Il report presenta tre approcci:

**Laparotomia (chirurgia open):** è la tecnica tradizionale, basata su un'incisione addominale ampia che consente l'accesso diretto agli organi pelvici. Garantisce una visione completa e un'ampia manovrabilità, ma è associata a tempi di degenza più lunghi, maggior dolore post-operatorio e un rischio più elevato di complicanze.

**Laparoscopia convenzionale:** mini-invasiva, utilizza piccoli accessi attraverso i quali vengono introdotti gli strumenti chirurgici. Offre una riduzione dei tempi di recupero rispetto all'open, ma presenta limiti legati alla rigidità degli strumenti e alla bidimensionalità dell'immagine.

**Robotica:** rappresenta un'evoluzione della laparoscopia, mantenendo i vantaggi dell'approccio mini-invasivo ma superandone le difficoltà tecniche. Il chirurgo, seduto alla console, dispone di immagini tridimensionali ad alta definizione e di strumenti articolati che amplificano la precisione dei gesti. Questo rende più agevole la dissezione di tessuti profondi e complessi e soprattutto la fase di sutura, considerata una delle più impegnative nell'isterectomia laparoscopica tradizionale.

### Differenze e prospettive

Il confronto tra le tecniche evidenzia una progressiva sostituzione della chirurgia open con approcci mini-invasivi. Se la laparoscopia ha già segnato un cambiamento significativo, la robotica sta consolidando un ulteriore salto di qualità: riduce la perdita di sangue intraoperatoria, abbrevia la degenza ospedaliera e migliora il comfort del chirurgo.

Tuttavia, il documento sottolinea anche i limiti della robotica: i costi elevati e la necessità di una lunga curva di apprendimento. Nonostante ciò, nelle procedure più complesse e nella chirurgia oncologica ginecologica i benefici appaiono evidenti, aprendo la strada a una sempre maggiore centralità del robot nei reparti di ginecologia.

cati o con una sutura continua per chiudere il miometrio superficiale e introflettere la sierosa.

### Isterectomia

L'isterectomia è una delle procedure chirurgiche d'elezione per le malattie uterine benigne quando altre opzioni terapeutiche hanno fallito e la paziente ha esaurito il desiderio di prole. Tale operazione può essere raccomandata in caso di fibromi uterini, endometriosi, prolasso, dolore pelvico cronico, ed eccessivo sanguinamento mestruale. Tale procedura rappresenta inoltre l'elemento centrale nel trattamento della patologia ginecologica maligna.

L'isterectomia può essere eseguita tramite approccio laparotomico, laparoscopico convenzionale, laparoscopico robot-assistito, o vaginale, quest'ultimo non oggetto del presente report.

### Isterectomia laparotomica

L'approccio laparotomico prevede il posizionamento del paziente in posizione supina sul tavolo operatorio. In particolare, gli step della procedura sono:

- incisione addominale trasversa secondo Pfannenstiel o longitudinale mediana ad estensione variabile a seconda delle dimensioni dell'utero ed alle procedure associate;
- legatura e sezione del legamento rotondo;
- clampaggio, taglio e legatura del legamento infundibulo-pelvico o utero-ovarico;
- sviluppo dello spazio vescico-uterino;
- clampaggio, taglio e legatura dell'arteria e della vena uterina;
- clampaggio, taglio e legatura del legamento sacrouterino e vescicouterino e della metà anteriore e posteriore del legamento cardinale;
- incisione della vagina e rimozione dell'utero;
- chiusura della vagina e della parete addominale.

### Isterectomia laparoscopica

La paziente deve essere posizionata in posizione litomica con le gambe divaricate e leggermente flesse in avanti, con i glutei leggermente sopra il bordo del tavolo operatorio per facilitare la manipolazione uterina. Possono essere utilizzati supporti per le spalle, specialmente in caso di posizione di Trendelenburg pronunciata, per evitare che il paziente scivoli. Posizionamento del catetere vescicale e del manipolatore uterino. Per consentire l'introduzione dei trocar è necessario creare il cosiddetto pneumoperitoneo tramite inserimento dell'Ago di Veress. Quindi si passa all'ispezione della cavità addominale e all'effettivo inserimento dei trocar, solitamente tre, con un orientamento ottimale di 90° rispetto al piano addominale e secondo punti di riferimento anatomici definiti in precedenza (ad esempio spina iliaca anteriore e superiore).

Gli step chirurgici principali sono i seguenti:

- spinta del manipolatore uterino cranialmente e lateralmente (controlaterale al lato di lavoro);
- diatermocoagulazione e sezione del legamento rotondo;



Il confronto tra le tecniche evidenzia una progressiva sostituzione della chirurgia open con approcci mini-invasivi. Se la laparoscopia ha già segnato un cambiamento significativo, la robotica sta consolidando un ulteriore salto di qualità: riduce la perdita di sangue intraoperatoria, abbrevia la degenza ospedaliera e migliora il comfort del chirurgo.

- apertura della pagina posteriore del legamento largo ed individuazione del decorso ureterale pelvico;
- coagulazione e sezione dei legamenti infundibulo-pelvici o utero-ovarici;
- apertura della pagina anteriore del legamento largo e sviluppo dello spazio vescico-uterino;
- coagulazione e sezione dei vasi uterini;
- apertura della vagina (colpotomia);
- estrazione dell'utero per via vaginale con o senza morcellazione frantumazione del tessuto in parti di dimensioni inferiori per consentirne l'estrazione attraverso piccole incisioni);
- sutura della cupola vaginale per via laparoscopica addominale;
- toilette addominale e controllo dell'emostasi;
- rimozione dei trocar sotto visione diretta e chiusura delle incisioni cutanee.

### Isterectomia robotica

L'approccio robotico prevede che il paziente sia posizionato e preparato analogamente all'approccio laparoscopico convenzionale.

A seguito dell'ottenimento dello pneumoperitoneo con ago di Verres, vengono posizionate quattro o cinque porte. La porta per l'endoscopio viene posizionata in corrispondenza o sopra l'ombelico. Due o tre porte accessorie vengono posizionate secondo piattaforma robotica. In fine, un'ulteriore porta è posizionata in prossimità del punto di Palmer per l'assistente.

Una volta posizionate tutte le porte, il paziente viene posizionato in Trendelenburg.

Quindi, i passaggi seguenti sono:

- spinta del manipolatore uterino cranialmente e lateralmente (controlaterale al lato di lavoro);
- diatermocoagulazione e sezione del legamento rotondo;
- apertura della pagina posteriore del legamento largo ed individuazione del decorso ureterale pelvico;
- coagulazione e sezione dei legamenti infundibulo-pelvici o utero-ovarici;
- apertura della pagina anteriore del legamento largo e sviluppo dello spazio vescico-uterino;
- coagulazione e sezione dei vasi uterini;
- apertura della vagina (colpotomia);
- estrazione dell'utero per via vaginale con o senza morcellazione (frantumazione del tessuto in parti di dimensioni inferiori per consentirne l'estrazione attraverso piccole incisioni);
- sutura della cupola vaginale per via laparoscopica addominale;
- toilette addominale e controllo dell'emostasi;
- rimozione dei trocar sotto visione diretta e chiusura delle incisioni cutanee.

## HPV, IL REPORT DEL MINISTERO DELLA SALUTE

# HPV

## Aumentano le coperture vaccinali ma sempre lontane dal target

Al 2024 nessuna Regione raggiunge il 95%. I nuovi dati del Ministero

**Al 31 dicembre 2024 i dati diffusi dal Ministero della Salute segnalano un miglioramento delle coperture vaccinali anti-HPV, sia tra le ragazze che tra i ragazzi, ma i valori restano al di sotto della soglia ottimale prevista dal Piano nazionale di prevenzione vaccinale. La coorte di riferimento dell'Oms (ragazze 15enni) si ferma al 70,6%. Nessuna Regione o Provincia autonoma raggiunge il 95%**



**LA CAMPAGNA** di vaccinazione anti-HPV in Italia continua a crescere, ma la meta resta ancora lontana. Le coperture sono in miglioramento, sia per le ragazze che per i ragazzi, con incrementi percentuali rispetto all'anno precedente. Tuttavia, nessuna coorte raggiunge l'obiettivo del 95% fissato dal Piano nazionale di prevenzione vaccinale per il 12° anno di vita e nessuna Regione o Provincia autonoma riesce a centrare il target. E così il divario rispetto all'obiettivo continua a rappresentare un punto critico delle strategie di prevenzione oncologica legate all'HPV.



*Link al Rapporto*

Altro esempio paradigmatico le vaccinazioni nella coorte di ragazze nate nel 2009 (che compivano 15 anni nel 2024), utilizzata dall'Oms come riferimento nelle sue statistiche: i dati evidenzia-

no forti differenze territoriali nella copertura vaccinale anti-Hpv: si va dall'83,9% dell'Umbria al 40,2% della Provincia autonoma di Bolzano. E anche in questo caso nessuna realtà raggiunge l'obiettivo del 95%.

Questa la fotografia al 31 dicembre 2024 scattata dal Ministero della Salute che ha pubblicato i dati aggiornati sulle coperture vaccinali anti-Hpv relativi alle coorti di nascita 2000-2012.

### Femmine

I dati indicano sia un generale andamento in crescita delle vaccinazioni anti Hpv per le ragazze rispetto al 2023 sia un andamento in positivo nel recupero delle vaccinazioni, specialmente per le coorti più giovani (2011-2010).

Il valore di copertura vaccinale nazionale per Hpv

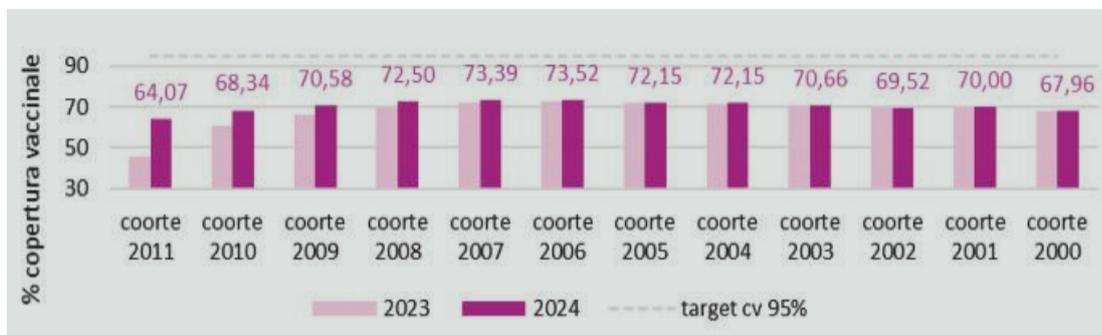
(per ciclo completo) nelle ragazze della coorte 2012, quindi al compimento dei 12 anni nel 2024, è al 51,18%, mentre quello della coorte 2011 (al compimento dei 13 anni nell'anno di rilevazione) è al 64,07%. Rispetto alla rilevazione del 2023, sulle stesse fasce di età, si osserva un incremento, pari al 5,79%, per le ragazze che compivano 12 anni nell'anno di rilevazione e un aumento del 3,29% per le ragazze che compivano 13 anni.

La copertura per ciclo completo nella coorte 2009 (ragazze che compivano 15 anni nel 2024, utilizzata dall'Oms come riferimento nelle sue statistiche), è del 70,58%, in lieve aumento rispetto al dato sulla stessa fascia di età rilevato l'anno precedente (69,57%).

**FIGURA 1**  
CV ciclo completo ragazze  
2023 vs 2024 per età.



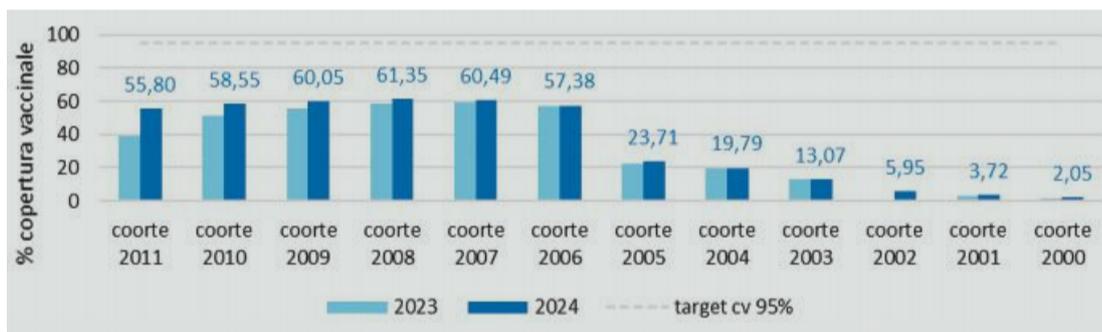
**FIGURA 2**  
recupero vaccinali HPV ciclo  
completo ragazze 2023 vs 2024  
per coorte di nascita.



**FIGURA 3**  
CV ciclo completo ragazzi 2023  
vs 2024 per età.



**FIGURA 4**  
recupero vaccinali HPV ciclo  
completo ragazzi 2023 vs 2024  
per coorte di nascita.



**Maschi**

Anche per i ragazzi continua il progressivo miglioramento delle coperture delle singole coorti rispetto all'anno precedente con un andamento in crescita dei recuperi, tuttavia nessuna coorte raggiunge l'obiettivo di copertura del 95%.

Il valore di copertura vaccinale per Hpv per ciclo completo) nei ragazzi della coorte più giovane (2012), che compivano 12 anni nell'anno di rilevazione, è al 44,65%, mentre quello della coorte 2011 (ragazzi che compivano 13 anni) è al 55,80%. Rispetto alla rilevazione del 2023, sulle stesse fasce di età, si osserva un incremento del 5,30% per i ragazzi che compivano 12 anni nell'anno di rilevazione, e del 4,16% per i ragazzi che compivano 13 anni nell'anno di rilevazione.

**Le ragazze del 2009 e le differenze regionali**

Prendendo come riferimento la copertura per ciclo completo nella coorte 2009 - ragazze che compivano 15 anni nel 2024 e utilizzata dall'Oms come riferimento nelle sue statistiche - è del 70,58%, in lieve aumento rispetto al dato sulla stessa fascia di età rilevato l'anno precedente (69,57%). I dati rispetto a questa corte evidenziano forti differenze territoriali nella copertura vaccinale anti-Hpv: si va dall'83,9% dell'Umbria al 40,2% della Provincia autonoma di Bolzano. Nessuna realtà raggiunge l'obiettivo del 95% previsto dal Piano nazionale di prevenzione vaccinale.

**Le Regioni con i risultati migliori** In cima alla classifica si colloca l'Umbria, che con l'83,97% di copertura supera la Lombardia (83,16%) e conferma una performance superiore alla media nazionale. Seguono Toscana (79,84%), Emilia-Romagna (79,48%) e Veneto (78,62%). Anche Piemonte e Valle d'Aosta si collocano su valori relativamente alti, rispettivamente con il 77,68% e il 76,27%.

**Le Regioni a metà classifica** Puglia (75,70%), Provincia autonoma di Trento (75,87%) e Basilicata (75,13%) mostrano dati vicini tra loro, mentre Friuli-Venezia Giulia si ferma al 72,39%. Scendendo ancora si trovano Sardegna (64,65%), Marche (64,42%), Molise (65,83%) e Liguria (63,46%), tutte ben al di sotto della soglia ottimale. Nel Lazio la copertura si attesta al 67,47%, poco sopra la media del Centro Italia.

**Le Regioni con maggiori criticità** In fondo alla classifica emergono forti criticità: Calabria si ferma al 59,42%, Abruzzo al 58,03% e Sicilia addirittura al 49,23%. La Provincia autonoma di Bolzano registra la copertura più bassa a livello nazionale, con appena il 40,24% di ragazze che hanno completato il ciclo vaccinale.

**FIGURA 4**  
Coorte di nascita 2012: CV per  
HPV per dose e Regione al  
31/12/2024 (solo femmine)

Regione	Popolazione target	% vaccinate con almeno 1 dose	% vaccinate con ciclo completo
Piemonte	18019	76,92	61,19
Valle d'Aosta	556	72,66	40,29
Lombardia	45707	84,89	77,86
Prov. Aut. Bolzano	2667	55,46	35,06
Prv. Aut. Trento	2582	73,16	65,76
Veneto	21421	66,36	46,74
Friuli-Venezia Giulia	4826	70,10	41,67
Liguria	5728	62,17	52,44
Emilia-Romagna	20101	74,80	60,86
Toscana	15617	76,47	69,41
Umbria	3628	83,68	75,22
Marche	6440	58,73	31,10
Lazio	25764	54,11	33,93
Abruzzo	5529	54,87	35,38
Molise	1083	63,80	45,98
Campania	26714	48,89	32,68
Puglia	16729	75,43	57,18
Basilicata	2020	67,48	48,07
Calabria	8064	57,38	44,87
Sicilia	22409	41,43	23,37
Sardegna	6003	56,66	37,83
<b>Italia</b>	<b>261607</b>	<b>66,29</b>	<b>51,18</b>

## EMORRAGIA POST-PARTUM

# Oms, Figo e Icm uniscono le forze: nuove linee guida globali per azzerare i decessi da entro il 2030



**Un approccio integrato, criteri diagnostici più precoci e protocolli uniformi per la gestione dell'emorragia post-partum (EPP). Le nuove raccomandazioni internazionali mirano a trasformare la pratica clinica e a ridurre drasticamente i decessi materni nel mondo**

**L'EMORRAGIA POST-PARTUM (EPP)** rappresenta ancora oggi una delle principali cause di mortalità materna a livello globale, con quasi 45mila decessi l'anno. Anche quando non fatale, l'EPP può avere conseguenze gravi e durature sulla salute fisica e mentale delle donne, incluse isterectomie, danni d'organo, ansia e disturbi post-traumatici. Per affrontare in modo sistemico questa emergenza sanitaria, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms), in collaborazione con la Federazione Internazionale di Ginecologia e Ostetricia (Figo) e la Confederazione Internazionale delle Ostetriche (Icm), ha pubblicato nuove linee guida globali che puntano a un cambiamento radicale nelle modalità di prevenzione, diagnosi e trattamento dell'EPP. Le raccomandazioni, basate sulle più recenti evidenze scientifiche e su dati raccolti in oltre 300mila donne di 23 Paesi, sono state pubblicate contestualmente su *The Lancet*, e *Lancet Global Health* e saranno presentate ufficialmente al Congresso Mondiale Figo 2025 di Città del Capo. "L'emorragia postpartum è la complicanza più pericolosa del parto, poiché può aggravarsi con una velocità allarmante. Sebbene non sia sempre prevedibile, i decessi sono prevenibili con le cure appropriate – ha affermato il Dott. Jeremy Farrar, Vicedirettore Generale per la Promozione della Salute e la Prevenzione e Cura delle Malattie – queste linee guida sono progettate per massimizzare l'impatto laddove il carico è maggiore e le risorse sono più limitate, contribuendo a garantire che più donne sopravvivano al parto e possano tornare a casa in sicurezza dalle loro famiglie".

### Diagnosi più precoce: nuovi criteri per intervenire prima

Uno dei punti di svolta delle nuove linee guida riguarda la diagnosi tempestiva. Tradizionalmen-

te, l'EPP viene diagnosticata quando la perdita ematica supera i 500 ml. Le nuove raccomandazioni Oms-Figo-Icm, basate sullo studio più ampio mai condotto sull'argomento, introducono una soglia più prudenziale:

si raccomanda l'intervento già a partire da una perdita stimata di 300 ml, se accompagnata da segni vitali anomali.

La diagnosi precoce è infatti cruciale, poiché molti casi di EPP si verificano in assenza di fattori di rischio identificabili, rendendo il riconoscimento clinico il principale strumento di prevenzione. Per migliorare l'accuratezza, le linee guida raccomandano l'utilizzo di teli calibrati – semplici ma efficaci dispositivi che permettono di quantificare con precisione la perdita di sangue – e il monitoraggio continuo dei parametri vitali subito dopo il parto.

### Il pacchetto MOTIVE: un protocollo di intervento standardizzato

Una volta diagnosticata l'EPP, le linee guida raccomandano l'attivazione immediata del **pacchetto di azioni Motive** un insieme di azioni coordinate per ridurre rapidamente la perdita ematica e stabilizzare la paziente.

Il protocollo prevede:

- Massaggio uterino per favorire la contrazione;
- Somministrazione di farmaci ossitocici;
- Acido tranexamico (TXA) per ridurre il sanguinamento;
- Infusione di liquidi per via endovenosa;
- Esame accurato del tratto vaginale e genitale per identificare lesioni o cause meccaniche;
- Intensificazione delle cure se l'emorragia persiste, con accesso tempestivo a interventi chirurgici o trasfusioni.

Nei rari casi in cui l'emorragia non si ferma, le linee guida raccomandano interventi efficaci come un intervento chirurgico o una trasfusione di sangue per stabilizzare in modo sicuro le condizioni della donna fino a quando non saranno disponibili ulteriori trattamenti.

"Le donne affette da EPP necessitano di cure ra-

pide, fattibili, efficaci e che favoriscano il progresso verso l'eliminazione dei decessi correlati all'EPP – ha affermato la Professoressa **Anne Beatrice Kihara**, Presidente della FIGO – queste linee guida adottano un approccio proattivo di prontezza, riconoscimento e risposta. Sono progettate per garantire un impatto concreto, consentendo agli operatori sanitari di fornire l'assistenza giusta, al momento giusto e in un'ampia gamma di contesti".

### Prevenzione: il ruolo chiave della gestione prenatale e postnatale

Le linee guida dedicano ampio spazio alla **prevenzione**. Una corretta assistenza prenatale e postnatale è essenziale per mitigare i fattori di rischio che predispongono all'EPP, in particolare l'anemia, molto diffusa nei Paesi a basso e medio reddito.

Tra le raccomandazioni principali: somministrazione di ferro e acido folico per via orale durante la gravidanza;

trasfusioni di ferro endovena nei casi di anemia grave o non responsiva alla terapia orale, anche nel post-partum;

uso di uterotonici di qualità garantita nella terza fase del travaglio (ossitocina o carbetocina termostabile);

misoprostolo come alternativa nei contesti dove non sia disponibile la somministrazione endovenosa o la catena del freddo non sia affidabile.

Inoltre, viene scoraggiata l'episiotomia di routine, sostituita da pratiche preventive come il massaggio perineale in gravidanza, volto a ridurre i traumi da parto e il rischio di emorragia.

### Formazione, protocolli e responsabilità dei team ostetrici

L'Oms, insieme ai partner internazionali, ha accompagnato la pubblicazione delle linee guida con moduli formativi, guide nazionali e strumenti di simulazione clinica per supportare la formazione degli operatori sanitari in prima linea.

"Le ostetriche sanno in prima persona quanto velocemente l'emorragia postpartum possa aggravarsi e costare vite umane – ha affermato la professoressa Jacqueline Dunkley-Bent Obe, ostetrica capo dell'Icm – queste linee guida sono una svolta. Ma per porre fine alle morti prevenibili da EPP, abbiamo bisogno di più di prove e protocolli. Invitiamo governi, sistemi sanitari, donatori e partner a farsi avanti, ad adottare queste raccomandazioni, rapidamente e a investire nelle ostetriche e nell'assistenza materna, affinché l'emorragia postpartum diventi una tragedia del passato".

### Un approccio globale, con un messaggio chiaro

Le linee guida, sostenute dalla **Fondazione Gates**, rappresentano il primo documento internazionale interamente dedicato all'EPP e costituiscono un tassello fondamentale della **tabella di marcia globale 2023-2030** per porre fine alle morti materne prevenibili.

### Conclusione

Per la comunità ginecologica e ostetrica, queste nuove linee guida rappresentano una chiamata all'azione: uniformare i protocolli, rafforzare la diagnosi precoce, investire nella formazione e promuovere la collaborazione multidisciplinare. L'obiettivo è ambizioso ma chiaro: ridurre a zero i decessi evitabili da emorragia post-partum entro il 2030. Una sfida globale che parte, prima di tutto, dalle scelte cliniche quotidiane dei ginecologi e delle ostetriche in sala parto.



Link al progetto "Motive"

## PREVENZIONE



# SCREENING MAMMOGRAFICO

## Aumentano le adesioni

### Ma il Sud resta indietro

Dall'Iss nuove prospettive  
tra ricerca, IA  
e registro nazionale breast unit

**Secondo i dati Passi 2023-2024, il 75% delle donne tra 50 e 69 anni si è sottoposto a mammografia preventiva, con coperture record al Nord e ritardi ancora marcati nel Mezzogiorno. L'Iss segnala progressi nella ricerca, dall'uso dell'IA alla scoperta di nuovi bersagli terapeutici, e annuncia l'avvio delle attività del Registro Unico Nazionale delle Breast Unit**

**CRESCE L'ADESIONE** agli screening per i tumori in Italia, specie quello della mammella, ma con forti differenze geografiche che vedono il Sud ancora indietro. Nel frattempo, la ricerca sul tumore al seno progredisce su vari fronti: avanzamenti nella diagnostica anche mediante l'utilizzo dell'Intelligenza Artificiale, individuazione di bersagli terapeutici e di nuovi trattamenti. Sono iniziate inoltre le attività del Registro Unico Nazionale delle Breast Unit, istituito con la scorsa legge di Bilancio.

È questo il quadro tracciato dall'Iss in occasione, ad ottobre, del mese dedicato alla prevenzione del tumore al seno.

**Gli screening** I dati della sorveglianza Passi relativi al biennio 2023-2024 mostrano che in Italia il 75% delle donne fra i 50 e i 69 anni si è sottoposto allo screening mammografico a scopo preventivo, all'interno di programmi organizzati o per iniziativa personale, nei tempi raccomandati dalle linee guida nazionali e internazionali. La quota di donne che si sottopone allo screening mammografico è maggiore fra quelle più istruite o con maggiori risorse economiche, fra quelle di cittadinanza italiana rispetto alle straniere e fra le donne coniugate o conviventi. La copertura disegna un chiaro gradiente Nord-Sud con una copertura totale dell'86% al Nord, 80% al Centro e solo del 62% nelle Regioni meridionali la pandemia nel 2020 e nel 2021 ha determinato una riduzione della copertura totale dello screening mammografico sia per una riduzione dell'offerta dei

programmi da parte delle ASL, impegnate nella gestione dell'emergenza sanitaria, sia per un calo dell'adesione da parte delle donne alle quali erano rivolti gli inviti. Nel 2022 la copertura dello screening ha ricominciato ad aumentare, arrivando nel 2024 a superare i valori pre-pandemia.

In questo quadro, non è trascurabile la quota di 50-69enni che invece non si è mai sottoposta a una mammografia a scopo preventivo o lo ha fatto in modo non ottimale: 1 donna su 10 non ha mai fatto un esame mammografico e quasi il 15% riferisce di averlo eseguito da oltre due anni.

**La ricerca dell'Iss, da nuovi bersagli terapeutici all'uso dell'AI**

L'Istituto è inoltre impegnato nella ricerca su diversi fronti: ricerca di base e traslazionale, che mira a identificare nuovi bersagli terapeutici e strategie immunologiche per superare le resistenze e ridurre le recidive; ricerca epidemiologica e outcome research, che valuta la sopravvivenza a lungo termine, con attenzione particolare alle pazienti giovani; innovazione tecnologica, con l'uso dell'intelligenza artificiale nello screening e nella diagnostica e con lo studio di biomarcatori circolanti per aumentare la sensibilità della rilevazione precoce.

“Questa produzione scientifica – sottolinea il Direttore Generale **Andrea Piccioli** – spesso in collaborazione con reti internazionali, alimenta linee guida, buone pratiche e politiche pubbliche. È un esempio concreto di come la ricerca possa tradursi in strumenti operativi per il sistema sanitario e per le pazienti”.

**Registro Unico Nazionale delle Breast Unit.** Recentemente, inoltre, la Legge di Bilancio ha istituito presso l'Iss il Registro Unico Nazionale delle Breast Unit. “Attraverso il Registro – evidenzia Piccioli – sarà possibile raccogliere e armonizzare i dati, monitorare i processi di diagnosi e cura, individuare le esperienze più virtuose e diffonderle, rafforzare il dialogo costruttivo con le Regioni e sostenere decisioni fondate su evidenze. È uno strumento di trasparenza e di governo clinico, che consentirà di intervenire tempestivamente laddove emergano criticità o criticità o disuguaglianze”.

# L'Intelligenza Artificiale in medicina non sostituisce il \*medico, lo responsabilizza

Tra dati incompleti, bias nascosti e opacità, solo la responsabilità dei medici può trasformare l'algoritmo in un vero alleato

## La medicina sta cambiando a una velocità senza precedenti

**ACCANTO ALLA COMPETENZA** del medico, oggi ci sono strumenti digitali capaci di elaborare in pochi istanti una mole impressionante di dati. Parliamo degli algoritmi di Intelligenza Artificiale (IA), in particolare quelli basati su modelli di machine learning e deep learning, che vengono addestrati su grandi dataset per riconoscere pattern, formulare ipotesi diagnostiche e supportare le decisioni terapeutiche. Promettono diagnosi più rapide, terapie più mirate e trattamenti personalizzati per ogni paziente.

Ma se la tecnologia corre, la nostra capacità di comprenderla arranca. Come ha scritto recentemente il filosofo Luciano Floridi su *Le Letture* – inserto culturale del *Corriere della Sera* – «questa rivoluzione digitale non è stato un processo lento e graduale: è arrivata come uno tsunami in pochi anni. Ha prodotto una tale accelerazione da superare di gran lunga la nostra capacità di comprenderla e governarla». È il paradosso dell'IA: uno strumento pensato per aiutare il medico può diventare una nuova fonte di incertezza. In altri termini, uno strumento pensato per portare chiarezza può finire per complicare le decisioni cliniche, finendo per generare nuovi dubbi invece di sciogliere quelli esistenti.

È proprio in questa zona d'ombra fatta di grandi potenzialità e di altrettante incertezze, che si gioca la sfida dell'IA applicata alla salute. Per questo motivo capire i punti di forza e i limiti di questi strumenti non è più un esercizio accademico, ma una necessità concreta. Da questa consapevolezza dipendono la qualità delle cure, la sicurezza dei pazienti e la fiducia nella relazione medico-paziente. È il motivo per cui dobbiamo chiederci: quanto l'IA in medicina è davvero affidabile? E quali fragilità rischiano di trasformare un aiuto prezioso in un ostacolo per la cura? Sono interrogativi che non riguardano solo i medici, ma ciascuno di noi: perché dalla loro risposta dipende il futuro stesso della medicina.



**CARLO SBIROLI**  
Già direttore Uoc di Ginecologica Oncologia Istituto Nazionale dei Tumori "Regina Elena IFO", Roma  
Past president Aogoi

## Una medicina affidabile, ma non infallibile

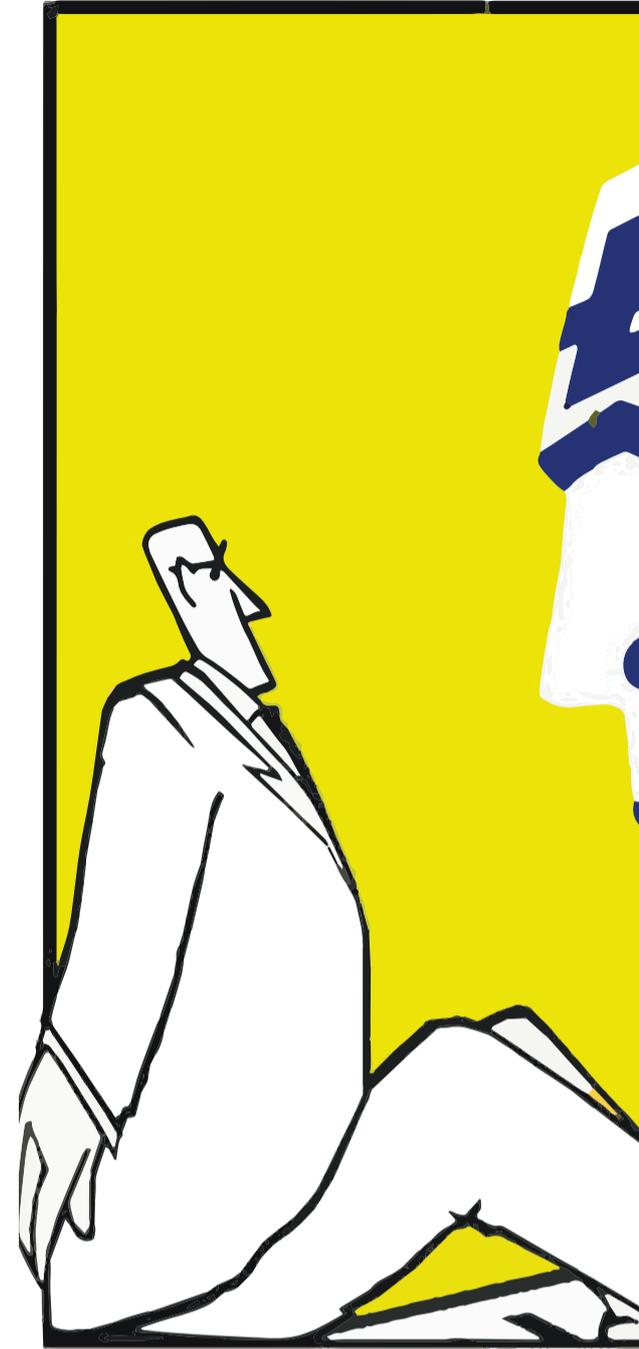
**DELINEATO IL QUADRO GENERALE**, resta una domanda importante che ci dobbiamo porre: *quanto possiamo davvero fidarci dell'IA in medicina?* La risposta non risiede solo nella potenza degli algoritmi, ma soprattutto nella qualità dei dati che li alimentano.

Un algoritmo può essere sofisticato quanto si vuole, ma la sua capacità di fornire previsioni corrette dipende in primo luogo dai *dati* con cui è stato addestrato. Se questi non rappresentano in modo adeguato la popolazione a cui il modello viene applicato, il rischio di errore cresce. Nella pratica clinica ciò significa che un sistema può funzionare molto bene in un contesto, ma fallire in un altro, semplicemente perché i pazienti o le condizioni di partenza non corrispondono a quelli presenti nel suo set di addestramento.

È quanto ha mostrato il gruppo di Wu (2025): un algoritmo addestrato su pazienti di un singolo ospedale perdeva gran parte della sua accuratezza quando applicato in strutture con protocolli e popolazioni differenti. Un fenomeno simile è stato osservato anche da Joshi e collaboratori (2025) con un modello per la diagnosi precoce del carcinoma ovarico: calibrato su dati prevalentemente europei, risultava poco affidabile su pazienti asiatici o afroamericani.

Episodi come questi mettono in luce un concetto importante da tener presente: *in medicina il contesto clinico conta quanto, se non più, dell'algoritmo stesso*. Quando i dati sono limitati o non rappresentativi, l'affidabilità delle previsioni ne risente e il rischio di indicazioni fuorvianti aumenta. L'IA, dunque, può rappresentare un valido supporto, ma non è infallibile. La sua efficacia dipende dalla disponibilità di dataset ampi, diversificati e di qualità, e soprattutto dalla capacità critica del medico nell'interpretarli e integrarli nella pratica clinica.

Ma anche quando i dati sono solidi, resta un altro problema: spesso non siamo in grado di ricostruire il percorso logico che porta un modello al-



la sua conclusione. È in questi casi che emergono le maggiori criticità, legate alla mancanza di trasparenza dei sistemi intelligenti.

## Opacità: quando l'IA non spiega

**QUESTA MANCANZA DI TRASPARENZA** prende il nome di *opacità*: una delle questioni più discusse dell'IA in medicina. Si tratta della difficoltà, se non addirittura dell'impossibilità, di comprendere il processo con cui un algoritmo giunge a un risultato, che può sembrare attendibile, ma il processo che lo ha generato resta oscuro. È come ricevere una diagnosi scritta in una lingua straniera non conosciuta: possiamo leggerla, ma non capirla davvero, né verificarla.

Il problema diventa evidente soprattutto nei sistemi più sofisticati, come quelli basati sull'apprendimento profondo (deep learning). Prendiamo l'esempio di un software che analizza un'ecografia ovarica: può indicare con alta probabilità se una massa è benigna o maligna, ma non dice quali caratteristiche siano state decisive per giungere a questo risultato, lasciando il medico senza una spiegazione comprensibile. Per il clinico significa trovarsi di fronte a un verdetto che non può essere discusso né confrontato con altri dati.

Questa opacità mina due pilastri della medicina moderna: il consenso informato e la responsabilità clinica. Come spiegare a un paziente che la sua diagnosi o la sua terapia si basano su un calcolo il cui funzionamento resta oscuro persino al medico? E come assumersi la piena responsabili-



tà di una decisione clinica se parte del processo resta invisibile? È una frattura che rischia di incrinare il rapporto di fiducia medico-paziente. La comunità scientifica è consapevole del problema. Studi come quello di Sivaraman e collaboratori (2023) hanno mostrato come l'uso di sistemi opachi in oncologia complica la validazione clinica e aumenta il rischio di interpretazioni fuorvianti. Per questo la comunità scientifica spinge verso lo sviluppo di sistemi di IA *spiegabile*, capaci di accompagnare le previsioni con elementi di trasparenza e motivazione. L'opacità, insomma, non è solo un problema tecnico da risolvere in laboratorio. È una questione etica e culturale che tocca il concetto stesso di medicina. Ignorarla significa accettare che la cura diventi un atto cieco, guidato da modelli che non possiamo comprendere né contestare. E tutto questo ci porta a un'altra insidia: anche quando un algoritmo appare estremamente preciso, il rischio è quello di cadere nell'illusione della precisione.

## Illusione della precisione e interpretabilità

**UNO DEI RISCHI** più ingannevoli dell'IA in medicina, infatti, è proprio l'*illusione della precisione*. Grafici curati, numeri precisi fino al decimale, tabelle dettagliate: tutto sembra dare un'impressione di verità assoluta. Ma non sempre questi numeri raccontano tutta la storia. Se i dati di partenza sono sbagliati o incompleti, anche le previsioni migliori possono essere fuorvianti. Da qui nasce la questione dell'*interpretabilità*. Non basta sapere che un algoritmo ha attribuito

“  
Uno dei rischi più ingannevoli dell'IA in medicina, infatti, è proprio l'illusione della precisione. Grafici curati, numeri precisi fino al decimale, tabelle dettagliate: tutto sembra dare un'impressione di verità assoluta

una certa probabilità a una diagnosi: è necessario capire quali variabili ha considerato, su quali dati ha costruito il suo calcolo, e in che modo ha collegato le informazioni per giungere alla sua conclusione. Senza questa trasparenza, anche il modello più evoluto rimane una "scatola nera" (sistema opaco che non mostra come arriva ai suoi risultati).

Un contributo importante su questo tema è arrivato recentemente da Dario Amodei, fondatore e CEO di Anthropic. In un saggio dal titolo *The Urgency of Interpretability* (2025) scrive che i sistemi di IA generativa «non sono progettati come il software tradizionale, ma "coltivati" attraverso enormi quantità di dati, sviluppando così «comportamenti spesso imprevedibili e difficili da decifrare». Da qui il suo avvertimento: «l'interpretabilità è una corsa contro il tempo. I modelli evolvono sempre più velocemente e stanno diventando più intelligenti, ma se non impariamo a capirli rischiamo di rimanere indietro». Un richiamo quanto mai attuale in medicina, dove ogni decisione può cambiare la vita di un paziente. Lasciare che questi strumenti restino incomprensibili non è solo un problema tecnico, ma un rischio etico che non possiamo permetterci.

Ma che cosa significa davvero per un medico, "interpretabilità"? Non è un tecnicismo da laboratorio, ma la possibilità di capire perché un algoritmo propone un certo risultato: quali dati hanno contato di più e in quale direzione. Se un sistema segnala un "alto rischio", deve anche mostrare i fattori che hanno portato a quella conclusione. Solo così smette di essere una scatola nera e diventa un alleato verificabile.

Alcuni studi recenti lo dimostrano. Il gruppo di Guha (2025), in oncologia ginecologica ha sperimentato strumenti capaci di spiegare le proprie valutazioni: invece di restituire un semplice punteggio, l'algoritmo evidenziava con mappe visive e indicatori clinici le caratteristiche che avevano spinto verso la diagnosi di benignità o malignità di una lesione ovarica. Il medico poteva così confrontare la logica del modello con la propria esperienza e con la specificità del caso.

Lo stesso criterio è stato adottato da Chen e colleghi (2025) in uno studio sul carcinoma ovarico sieroso di alto grado. Analizzando oltre 300 pazienti, il modello non solo stimava il rischio di recidiva, ma segnalava anche i parametri clinici, istopatologici e laboratoristici più determinanti. In questo modo, un numero astratto si trasformava in uno strumento clinico contestualizzato. Interpretabilità, in definitiva, non significa "aprire la pancia" di un algoritmo, ma restituire al medico il controllo: sapere quali fattori hanno orientato una previsione, discuterli, confrontarli con la storia del paziente.

## Oltre la trasparenza: criticità che non si possono ignorare

**SE L'OPACITÀ DEGLI ALGORITMI** è il lato più evidente del problema, esistono insidie più sottili, quasi invisibili, che rischiano di erodere la fiducia nella medicina digitale. Sono insidie silenziose, che non fanno notizia ma che possono cam-

biare il modo in cui la medicina viene praticata ogni giorno.

La prima riguarda il cosiddetto *clinician-in-the-loop*, cioè la presenza costante del medico nel processo decisionale dell'IA. Non si tratta di un tecnicismo, ma di un vero cambio di paradigma: il medico non deve limitarsi a eseguire ciò che "dice la macchina", bensì restare protagonista del processo, interagendo con l'algoritmo in ogni fase, dalla domanda iniziale alla verifica del risultato. Studi come quello di Kostick-Quenet e colleghi (2022) mostrano che questo approccio riduce gli errori e aumenta l'affidabilità diagnostica. In questo modo, l'IA non sostituisce, ma affianca il sapere clinico, riportando la responsabilità nelle mani di chi cura.

Un secondo rischio, meno evidente ma altrettanto concreto, è il *lock-in* tecnologico. Quando una struttura sanitaria adotta una piattaforma, il pericolo è quello di rimanere "prigioniera" di quel sistema e dei suoi aggiornamenti, anche se nel frattempo emergono soluzioni più avanzate. Maleki Varnosfaderani e Forouzanfar (2024) hanno messo in guardia da questa trappola: scelte iniziali poco lungimiranti possono trasformare un'opportunità in un vincolo strutturale, riducendo la libertà dei clinici e l'accesso a strumenti migliori, anche quando questi sarebbero più adatti a un caso specifico o a una nuova esigenza clinica.

Un'altra insidia, meno visibile ma importante per la qualità delle cure, è l'*overfitting* (sovradattamento). È la situazione in cui un modello "impara troppo bene" dai dati di addestramento, fino a memorizzarne dettagli e imperfezioni. Risultato: quando incontra nuovi casi, fallisce. È come uno studente che ripete a memoria la lezione senza aver davvero compreso la materia. Per evitarlo servono procedure rigorose, come la validazione su dati esterni, che permettono di capire se l'algoritmo funziona davvero nel mondo reale (Kernbach e coll., 2022).

Tre criticità diverse, ma unite da un filo comune: la potenza dell'IA può diventare vulnerabilità, se non viene gestita con attenzione. E quando queste fragilità - lock-in, sovradattamento, esclusione del clinico - si combinano con dati incompleti o distorti, il problema non è più solo tecnico. In questi casi l'apparente neutralità della macchina maschera il peso delle scelte umane e delle condizioni iniziali. Si trasforma in un'ingiustizia silenziosa, che assume le sembianze dell'oggettività. È proprio in questa ambiguità che si radica uno dei temi più delicati dell'IA in medicina: i bias.

## Bias e disuguaglianze: quando l'algoritmo sbaglia senza che ce ne accorgiamo

**UNO DEI RISCHI PIÙ INSIDIOSI** dell'IA in medicina sono i *bias*, ovvero quelle distorsioni invisibili che si insinuano nei modelli e finiscono per influenzare diagnosi e trattamenti. A differenza degli errori clinici tradizionali, qui non c'è nulla di apertamente scorretto: il risultato può apparire coerente, persino sofisticato, e proprio per questo è più difficile da riconoscere, e da mettere in discussione.

Negli ultimi anni la letteratura scientifica ha iniziato a documentare casi sempre più numerosi. Il team di Smiley (2023), ad esempio, ha mostrato come un algoritmo di diagnostica radiologica fosse meno accurato nelle donne afroamericane rispetto a quelle caucasiche, semplicemente perché era stato addestrato su dati sbilanciati. Un problema simile è stato rilevato da Wang e Yang (2024) in ambito cardiovascolare: alcuni modelli predittivi tendevano a sopravvalutare il rischio

## INTELLIGENZA ARTIFICIALE IN MEDICINA

nei pazienti più giovani e a sottovalutarlo in quelli anziani, con effetti concreti sulla scelta delle terapie preventive.

Questi non sono casi isolati. Al contrario, mostrano come i *bias* siano spesso radicati nel funzionamento stesso degli algoritmi, e se non riconosciuti possono amplificare, anziché ridurre, le disuguaglianze già presenti nel sistema sanitario. L'IA, pur essendo uno strumento potente, rischia così di diventare un moltiplicatore di errori, soprattutto quando i dati di partenza riflettono strutture sociali o lacune cliniche.

Per questo, il tema dei *bias* ci obbliga a spostare lo sguardo dal piano tecnico a quello etico. Comprendere i limiti dell'IA significa anche ridefinire le responsabilità della pratica clinica, i criteri di trasparenza e le forme di tutela del paziente. Le implicazioni etiche non possono essere considerate un corollario teorico: sono parte integrante dell'azione medica quotidiana, e devono guidare ogni scelta che coinvolge strumenti algoritmici.

### Un'etica operativa per il medico digitale

**L'USO DELL'IA IN MEDICINA** solleva questioni che vanno oltre la tecnica. Chi è responsabile di una decisione clinica presa con il supporto di un algoritmo? E come garantire trasparenza e tutela del paziente quando i processi digitali non sono sempre interpretabili?

A questi interrogativi hanno cominciato a rispondere società scientifiche e istituzioni sanitarie. La *American Medical Association* (AMA) ha ribadito l'importanza della supervisione umana. Il *Royal College of Physicians* ha richiamato alla tracciabilità delle decisioni algoritmiche. Anche il *Consiglio d'Europa*, la *World Medical Association* e la *Commissione Europea* – con l'AI Act e le linee guida dell'EHDS – sottolineano la necessità di coniugare innovazione, sicurezza e rispetto dei diritti del paziente.

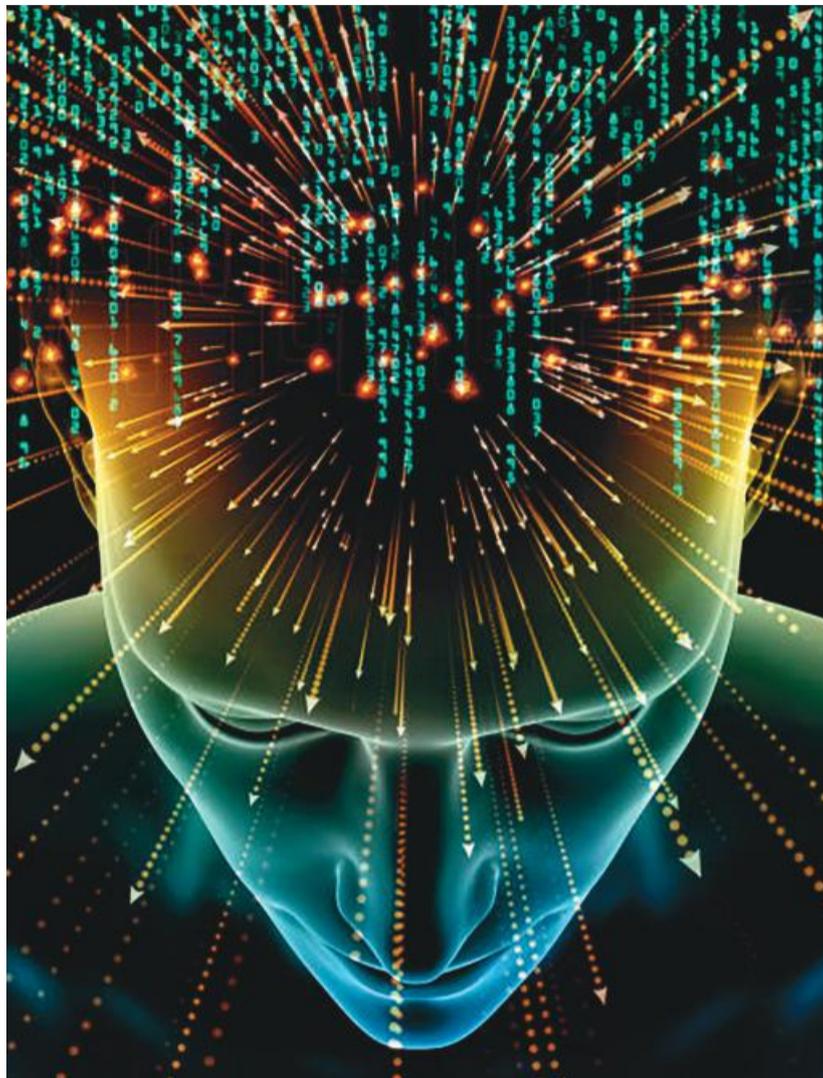
Da questo confronto emergono alcuni principi condivisi: mantenere una supervisione clinica attiva, validare scientificamente gli algoritmi, garantire tracciabilità e accessibilità dei processi, prevenire ogni forma di discriminazione. Non si tratta di norme astratte, ma di strumenti per aiutare i medici a governare con consapevolezza un ecosistema tecnologico sempre più centrale nella pratica clinica.

L'etica dell'IA, in questo senso, non limita la medicina: la qualifica. È solo attraverso una responsabilità condivisa che l'IA può diventare un alleato, e non un sostituto, della relazione terapeutica.

## CONCLUSIONI

**L'IA STA TRASFORMANDO LA MEDICINA.** Ma, per quanto potente, resta pur sempre un algoritmo: elabora dati, non conosce il contesto, non assume conseguenze delle decisioni, non compie scelte etiche. La sua efficacia clinica dipende dalla nostra capacità di interpretarla, verificarne le basi, metterne in discussione i risultati quando necessario.

Per affrontare questa sfida, serve una nuova cultura professionale: una cultura che, accanto al



sapere medico tradizionale, sviluppi competenze capaci di riconoscere un errore algoritmico, valutarne le implicazioni etiche e discuterle apertamente con colleghi e pazienti. Una cultura digitale, sì, ma soprattutto critica, riflessiva, capace di dialogo.

**OCORRE ANCHE UN NUOVO LINGUAGGIO.** Dire a una paziente “Io dice l'algoritmo” non è medicina: è deresponsabilizzazione. Le decisioni automatiche devono essere spiegate, discusse, condivise. Il consenso informato va ripensato: l'uso dell'IA deve essere illustrato in modo chiaro e comprensibile, accessibile a ogni paziente. Perché la fiducia non nasce dall'obbedienza cieca, ma dalla comprensione.

**C'È POI UN'URGENZA** che non possiamo ignorare. Come ha osservato Luciano Floridi, “le tecnologie digitali si sviluppano a una velocità che supera di gran lunga la nostra capacità di comprenderle e governarle”. È questo squilibrio a rendere indispensabile un'assunzione di responsabilità collettiva. Non possiamo permettere che strumenti destinati a orientare le scelte cliniche restino opachi e incomprensibili.

Questo impegno deve coinvolgere tutti: i ricercatori, chiamati a investire nella comprensibilità degli algoritmi; le aziende, nella trasparenza; i legislatori, in regole chiare e condivise. Perché, per riprendere ancora Floridi, il rischio è quello di diventare “ospiti inconsapevoli di un mondo che non capiamo più”.

La medicina del futuro non potrà mai essere guidata solo dalla tecnica: *deve restare fondata sulla responsabilità, sulla comprensione e sulla fiducia.*

### PER SAPERNE DI PIÙ

American Medical Association (2025). *Augmented Intelligence in Medicine – AMA Policy Statement*. <https://www.ama-assn.org/practice-management/digital-health/augmented-intelligence-medicine>.

Amodei D. The urgency of interpretability [Internet]. Anthropic Research Paper. 2025 [cited 2025 Aug 22]. Available from: <https://www.darioamodei.com/post/the-urgency-of-interpretability>

Chen Z, Ouyang H, Sun B, Ding J, Zhang Y, Li X. Utilizing explainable machine learning for progression-free survival prediction in high-grade serous ovarian cancer: insights from a prospective cohort study. *Int J Surg*. 2025;111(5):3224-3234. doi:10.1097/JIS9.0000000000002288. PMID: 39878156; PMCID: PMC12165540.

Council of Europe (2024). *Framework Convention on Artificial Intelligence and Human Rights*. <https://www.whitecase.com/insight-our-thinking/ai-watch-global-regulatory-tracker-council-europe>.

Council of Europe (2024). *Report on the Application of AI in Healthcare*. <https://www.coe.int/en/web/human-rights-and-biomedicine/-/report-on-the-application-of-ai-in-healthcare>.

Floridi L. L'era digitale richiede responsabilità. *La Lettura* (Corriere della Sera).

2025, 20 Luglio; p.7.

European Commission (2024). *AI Act: Regulation on Artificial Intelligence*. <https://www.nature.com/articles/s41746-024-01232-3>.

European Commission (2025). *EHDS: European Health Data Space Regulation*. [https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space-regulation-ehds\\_en](https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space-regulation-ehds_en).

Guha S, Kodipalli A, Fernandes SL, Dasar S. Explainable AI for Interpretation of Ovarian Tumor Classification Using Enhanced ResNet50. *Diagnostics* (Basel). 2024 Jul 19;14(14):1567. doi: 10.3390/diagnostics14141567. PMID: 39061704; PMCID: PMC11276149.

Joshi, S Wang Y, Lee J, Patel R, Kim H, Brown T, et al. AI as intervention: improving clinical outcomes through causal development and validation frameworks. *J Am Med Inform Assoc*. 2025;32(7):1245-1256. doi:10.1093/jamia/ocae301.

Kernbach JM, Staartjes VE. Foundations of Machine Learning-Based Clinical Prediction Modeling: Part II- Generalization and Overfitting. *Acta Neurochir Suppl*. 2022;134:15-21. doi: 10.1007/978-3-030-85292-4\_3. PMID: 34862523.

Kostick-Quenet KM, Martel ML, Bates DW, McCoy LG. AI in the hands of imperfect users: why medical education must include AI competencies. *NPJ Digit Med*. 2022;5:66. doi:10.1038/s41746-022-00579-y. PMID: 35611383; PMCID: PMC9126174.

Maleki Varnosfaderani S, Forouzanfar M. The Role of AI in Hospitals and Clinics: Transforming Healthcare in the 21st Century. *Bioeng (Basel)*. 2024;11(4):337. doi: 10.3390/bioengineering11040337. PMID: 38671759; PMCID: PMC11047988.

Royal College of Physicians (2018). *Artificial Intelligence in Health: Policy Position*. <https://www.rcp.ac.uk/policy-and-campaigns/policy-documents/artificial-intelligence-ai-in-health>

Sivaraman V, Bukowski LA, Levin J, Kahn JM, Perer A. Ignore, trust, or negotiate: understanding clinician acceptance of AI-based treatment recommendations. *NPJ Digit Med*. 2023;6:17. doi:10.1038/s41746-023-00792-2. PMID: 36646068; PMCID: PMC9843915.

Smiley A, Reátegui-Rivera CM, Villarreal-Zegarra D, Escobar-Agreda S, Finkelstein J. Exploring biases in artificial intelligence predictive models for cancer diagnosis. *Cancers (Basel)*. 2025;17(3):407. doi:10.3390/cancers17030407. PMID: 40103216; PMCID: PMC11782954.

Wang X, Yang CC. Enhancing multi-attributable fairness in healthcare predictive modeling. *arXiv [preprint]*. 2025 Jan 22. doi:10.48550/arXiv.2501.13219. arXiv:2501.13219.

World Medical Association (2025). *Statement on Augmented Intelligence in Medical Care*. <https://www.wma.net/policy-tags/artificial-intelligence>

Wu L Zhang H, Li Y, Chen Q, Zhao X, Wang J, et al. Artificial intelligence in ovarian cancer ultrasound diagnostics: a systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2025;65(2):145-158. doi:10.1002/uog.27580. PMID: 39811245.

## INTERNET

# Il “Nuovo” sito aogoi.it

## La nuova veste digitale di Aogoi

ANTONIO CHIÀNTERA  
Presidente AOGOI

CARLO MARIA STIGLIANO  
Segretario Nazionale Aogoi

Care Socie e Cari Soci, con grande piacere e molta soddisfazione salutiamo l'entrata in attività del nuovo sito [www.aogoi.it](http://www.aogoi.it). È stato completamente rinnovato e potenziato il precedente sito che francamente risentiva degli oltre due decenni di pur onorato servizio; un tempo durante il quale ha portato con successo la voce e le attività dell'Aogoi non soltanto a tutti voi ma anche ad una enorme platea di persone interessate all'informazione scientificamente basata nel campo dell'ostetricia e ginecologia. Dopo 2 anni di lavoro e di prove finalmente siamo in grado di offrirvi un eccellente risultato sia sul piano estetico sia soprattutto per quanto riguarda la funzionalità. Non è stato facile aggiornare e rendere tecnologicamente più attrattivo e fruibile il sito in tutte le sue numerose componenti: il sito [www.aogoi.it](http://www.aogoi.it) è in pratica la nostra “casa”, lo strumento di discussione, informazione, formazione e divulgazione di tutto ciò che riguarda innanzitutto la salute ed il benessere delle donne ma anche aspetti fondamentali e di tutela legale della nostra professione.

### LA NUOVA VESTE DIGITALE DI AOGOI.IT

Un nuovo modo di raccontare l'Associazione e di dialogare con la sua comunità.

AOGOI.it si presenta oggi con una veste grafica completamente rinnovata, pensata per offrire **più performance, più sicurezza e più accessibilità**: un portale moderno, funzionale e coerente con la missione scientifica, formativa e istituzionale dell'Associazione.

Il risultato è frutto di un accurato lavoro di progettazione, integrazione e razionalizzazione, che ha permesso di creare un nuovo ambiente digitale coerente nei contenuti e nell'identità visiva, capace di garantire facilità di aggiornamento, ottimizzazione delle risorse, manutenzione semplificata e possibilità di evoluzione nel tempo.

#### Più chiara. Più vicina. Più completa.

La **nuova interfaccia** è pulita, immediata e d'impatto.

I **menu rapidi** guidano in modo intuitivo tra le sezioni principali, mentre la razionalizzazione dei contenuti consente di accedere con facilità a servizi, eventi e aggiornamenti.

Un'esperienza di navigazione più fluida e coe-

“  
Siamo certi di aver conseguito un risultato di grande rilievo, reso possibile anche dall'apporto di suggerimenti e osservazioni provenienti da tutti voi

rente, costruita intorno ai bisogni reali dei soci e dei professionisti della ginecologia italiana.

#### Area Soci

In sviluppo l'**Area Soci**, pensata per offrire un **accesso immediato** a iscrizioni, documenti, convenzioni e servizi dedicati, diventando il punto di riferimento per chi vive la vita associa-

tiva da protagonista. Un luogo digitale dove appartenenza, formazione e tutela si incontrano. **Presto online!**

#### Servizi e contenuti in primo piano

Il nuovo sito valorizza le aree di maggiore interesse e utilità:

- il **servizio di tutela legale e assicurativa**, facilmente raggiungibile e aggiornato;
- il **Notiziario AOGOI**, con le notizie sempre in evidenza e accesso diretto agli approfondimenti;
- la **formazione ECM**, in collegamento diretto con la piattaforma [ecm.aogoi.it](http://ecm.aogoi.it), per garantire continuità e integrazione con le attività formative;
- un **calendario eventi ottimizzato**, consultabile per anno e mese;
- le **Pubblicazioni**, le **Iniziative** e le **Attività societarie** organizzate in modo chiaro e accessibile.

#### Connessione e comunità

AOGOI è oggi una realtà sempre più **aperta, interattiva e connessa**.

Il nuovo portale integra in modo diretto i **canali social ufficiali** — Facebook, Instagram, LinkedIn e YouTube — permettendo l'**aggiornamento automatico dei contenuti** e la visualizzazione in tempo reale delle novità pubblicate.

Un sistema che garantisce **continuità informativa**, visibilità alle attività dell'Associazione e un legame costante con la comunità scientifica e con il pubblico.

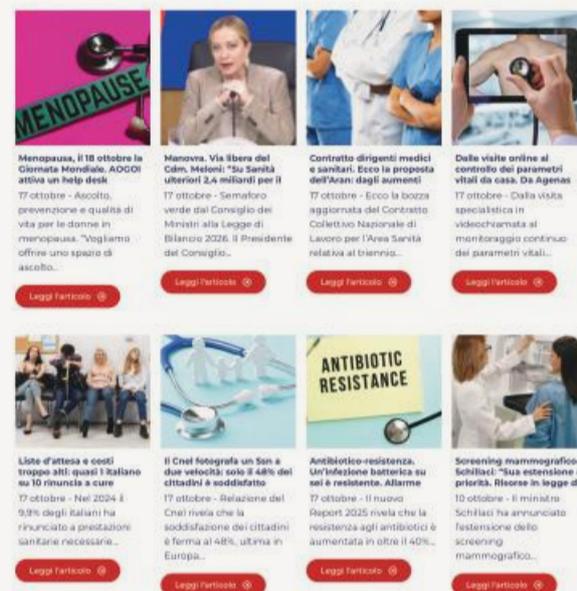
#### Infine, non meno importante...

##### Partner e collaborazioni

Una sezione dedicata accoglie i **partner** che sostengono AOGOI, offrendo loro **una visibilità chiara e riconoscibile** all'interno del nuovo portale. Un modo concreto per valorizzare le **sinergie e le collaborazioni** che contribuiscono alla crescita dell'Associazione e al continuo sviluppo di progetti di valore per la comunità ginecologica.



#### NOTIZIARIO



#### FORMAZIONE A DISTANZA ECM

Per l'aggiornamento professionale del ginecologo e dei professionisti della salute della donna e della coppia

##### Corsi in evidenza



#### PUBBLICAZIONI



## STRATEGIE

# La telemedicina a sostegno dell'aderenza alla contraccezione

L'efficacia dei programmi di pianificazione familiare dipende strettamente dalla adozione di strategie efficaci, che garantiscano l'aderenza e la continuità di utilizzo del metodo contraccettivo scelto. La telemedicina può rappresentare un valido strumento di supporto, in grado di determinare il successo del programma di pianificazione familiare.



**SILVIA VON WUNSTER**  
Direttore SC Ostetricia e Ginecologia, Ospedale di Seriate (BG); ASST Bergamo Est

**LE STRATEGIE** che si sono rivelate più efficaci dall'analisi della letteratura scientifica sono rappresentate da quattro elementi fondamentali:

1. L'offerta di un counselling contraccettivo di qualità e centrato sulla donna, che ne rispetti sempre l'autonomia e le scelte
2. La proposta dei metodi associati alla maggiore efficacia e alla più lunga continuità di utilizzo, come i metodi LARC, a condizione che siano ben accettati dalla donna
3. Il miglioramento della accessibilità ai metodi e la rimozione delle barriere di tipo organizzativo, culturale ed economico
4. La garanzia di un facile accesso al follow-up e ad un supporto continuo, allo scopo anche di prevenire e gestire tempestivamente eventuali effetti collaterali.

La telemedicina può essere di grande aiuto nei programmi di pianificazione familiare perché permette di semplificare e migliorare l'accessibilità ai sistemi sanitari, garantendo la possibilità di consultazioni a distanza con facilità di accesso. Consente inoltre di offrire un supporto immediato in caso di necessità, con rapida e tempestiva gestione degli effetti collaterali e delle complicanze o l'assistenza in caso di emergenze contraccettive. È possibile inoltre garantire il rinnovo delle prescrizioni, senza necessità di un incontro fisico, evitando il rischio di interruzioni del metodo. Permette infine la condivisione di materiale informativo ed educazionale e di inviare reminder per assicurare la corretta assunzione dei metodi. Privacy e confort sono perfettamente rispettate, con un occhio anche alla sostenibilità economica ed ecologica.

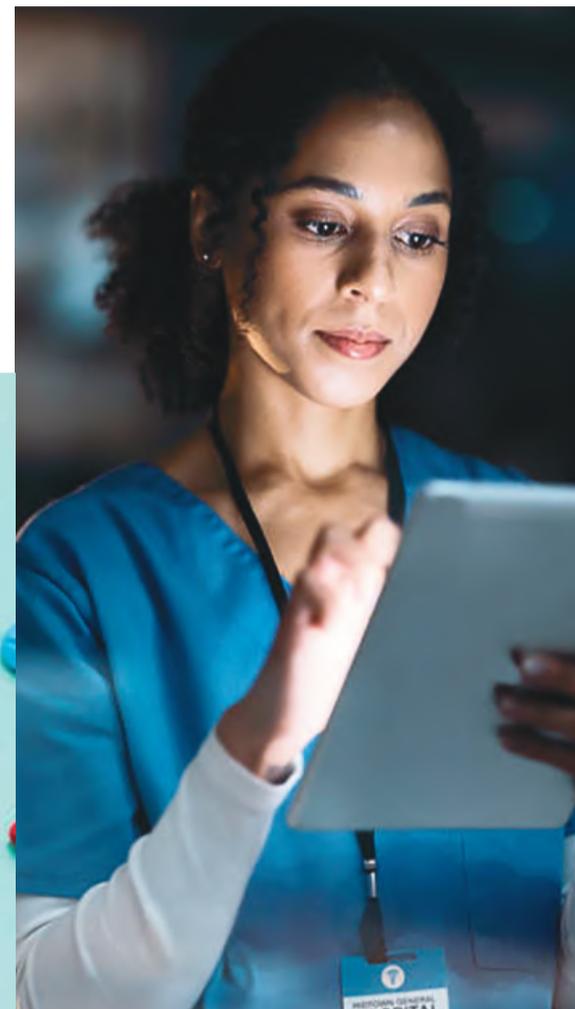
L'analisi della letteratura scientifica dimostra che la qualità percepita dalle donne del counselling contraccettivo ricevuto è sovrapponibile se erogato in telemedicina o in presenza. Le donne dimostrano percentuali superiori di continuità di utilizzo dei contraccettivi ormonali e giudicano con punteggi maggiori la qualità dei servizi online rispetto a quelli ottenuti in presenza, in particolare per la convenienza e la facilità di accesso (1,2). Anche la valutazione del servizio da parte degli operatori sanitari è favorevole per la migliore accessibilità e l'ottimale gestione del tempo (3). Si è dimostrato anche che le utilizzatrici dei metodi LARC tendono a riferire con maggior frequenza i problemi di sanguinamento irregolare, ottenendo tempestivamente consigli e terapie in grado di garantire una migliore continuità di utilizzo dei metodi ed evitando la necessità di visite in presenza (4).

Un'esperienza molto interessante è quella del servizio inglese SH:24, supportato dal NHS e dal



FSRH, che fornisce alle utenti residenti in aree disagiate della periferia di Londra un servizio di informazione sulla salute riproduttiva che, associato a uno strumento di autovalutazione dei criteri di eleggibilità medica, permette di ricevere gratuitamente al proprio domicilio il contraccettivo orale. Una valutazione dei dati di utilizzo del servizio ha dimostrato la sua capacità di rendere la contraccezione accessibile anche a donne che, vivendo in aree disagiate, avevano storicamente difficoltà all'accesso ai servizi di pianificazione familiare (5).

Un gruppo italiano con interesse per la telemedicina in ginecologia e ostetricia si è riunito per la prima volta a Firenze in occasione del congresso nazionale SIGO 2024 e ha proposto di avviare un progetto per la realizzazione di servizi per la contraccezione in telemedicina nelle Regioni che già prevedano la possibilità di erogare servizi di televisita e di teleassistenza. Obiettivo principale del progetto è il miglioramento della sicurezza e dell'efficacia dei programmi di pianificazione familiare attraverso gli strumenti di telemedicina con la collaborazione tra strutture ospedaliere e consultoriali. Ci si propone inoltre di garantire equità nell'accesso ai servizi di pianificazione familiare, migliorare l'assistenza e garantire il sostegno dopo la prescrizione dei contraccettivi, gestire rapidamente ed efficacemente gli effetti collaterali, garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio dei servizi per la 194. Il progetto richiede la stretta collaborazione tra i servizi ospedalieri e quelli territoriali e coinvolge i medici specialisti, le ostetriche e gli operatori tecnici dei servizi di telemedicina. Può offrire un counselling sulla contraccezione al termine del quale può essere rilasciata una ricetta per l'acquisto in farmacia del contraccettivo o la programmazione del-



l'inserimento di un metodo LARC. Può essere offerto il follow up alle donne che hanno utilizzato i servizi per l'interruzione volontaria di gravidanza o per le puerpere dopo la dimissione dall'ospedale. Può erogare consultazioni per problemi insorti durante l'utilizzo dei contraccettivi o semplicemente consentire il rinnovo delle prescrizioni, evitando il rischio di interruzioni del metodo. È inoltre possibile prevedere l'invio periodico di materiale informativo e di reminder, anche quotidiani, per ricordare di assumere la pillola o di verificarne la corretta assunzione.

La telemedicina rappresenta un'opportunità concreta per migliorare l'aderenza e la continuità dei metodi contraccettivi, garantendo equità di accesso e sostenibilità dei servizi. Il progetto sarà a breve operativo presso l'ASST Bergamo Est e costituirà un modello pilota per la valutazione di efficacia, con la prospettiva di un'eventuale implementazione su scala regionale e nazionale.

## PER SAPERNE DI PIÙ

1. Emily Freeman Comparison of interpersonal quality of contraceptive counseling delivered via telehealth versus in person *Contraception* 128 (2023) 110129
2. Emma Rezel-Potts Contraception in Person-Contraception Online (CiP-CO) cohort study *BMJ Sex Reprod Health* 2022;48:93-102.
3. Bonnie Song "This has definitely opened the doors": Provider perceptions of patient experiences with telemedicine for contraception in Illinois *Perspect Sex Reprod Health*. 2022;54:80-89.
4. Amanda E. Bryson Telemedicine for Adolescent and Young Adult Long-Acting Reversible Contraception Follow-Up Care amidst a Global Pandemic *J Pediatr Adolesc Gynecol* 36 (2023) 51-57
5. Emma Rezel-Potts. A cohort study of the service-users of online contraception. *BMJ Sex Reprod Health* 2020;46:287-29

## PARERI

# Chiarimenti e coordinate per una corretta gestione del travaglio di parto nel basso rischio ostetrico

**A seguito della richiesta** del parere legale da parte di un associato Aogoi, riportato di seguito, è opportuno fare delle riflessioni sulla gestione del travaglio di parto nel cosiddetto basso rischio ostetrico

Buongiorno, sono un ginecologo ospedaliero socio Aogoi, dipendente a tempo indeterminato presso la UO Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale\*. Nel mio ultimo turno di guardia notturna, seguendo un travaglio con CTG indeterminato (classe II) a dilatazione quasi completa, avevo disposto per le dovute manovre conservative

(idratazione ev, CTG in continuo, ecc), tra le titubanze dell'ostetrica.

In occasione della registrazione su cartella elettronica di una mia visita, ho scoperto che l'ostetrica, nel frattempo, aveva scritto che "il medico di guardia decide di proseguire con condotta di attesa in disaccordo rispetto al parere del personale ostetrico di sala parto" senza prima avvertirmi delle sue intenzioni.

Vorrei chiedere il vostro parere riguardo ai seguenti punti:

- può un'ostetrica registrare sulla cartella clinica il proprio disaccordo rispetto alla condotta decisa dal ginecologo?
- pur nell'ottica di un lavoro di equipe, a chi spetta la decisione finale della condotta di un

travaglio e quali sono le responsabilità medico legali dell'ostetrica in caso di disaccordo col ginecologo?

- quale condotta deve adottare un ginecologo che si ritrova in disaccordo con il personale ostetrico, se tale contrasto è scritto in cartella? quali sono le implicazioni medico legali?

A completamento di informazione, alla fine è stato deciso il taglio cesareo per CTG indeterminato persistente, con nascita di neonata sana, dimessa a domicilio in seconda giornata.

In attesa di un vostro parere, porgo

Cordiali saluti.

Lettera firmata



MAURIZIO SILVESTRI

**INNANZITUTTO, UNA PRECISAZIONE** su cosa dobbiamo intendere per basso rischio ostetrico e non basso rischio ostetrico nell'ambito della medicina della sicurezza. Il rischio ostetrico dovrebbe essere valutato in almeno *tre passaggi* che, in sintesi, sono:

- ingresso della gestante in sala travaglio-parto,
- permanenza nella sala travaglio parto,
- uscita della puerpera dalla sala travaglio-parto ed il ritorno nel reparto di degenza.

Nel primo passaggio, cioè dal reparto alla sala travaglio-parto, il rischio ostetrico verrà valutato in base alla check list alla quale, di solito, ogni unità operativa farà riferimento. Quindi, sarà considerata a basso rischio oppure non a basso rischio sostanzialmente in base all'anamnesi della gestante ed al decorso che ha avuto la gravidanza stessa.

È durante la permanenza in sala travaglio-parto il momento dove più facilmente un basso rischio potrà virare in un non basso rischio. Per semplicità, il rischio fetale sarà soprattutto ipossico mentre per la donna sarà prevalentemente emorragico (è ovvio potranno esserci anche altri rischi, soprattutto per la donna, ma in questa breve trattazione si vuole essere sintetici). Gli strumenti che abbiamo a disposizione per valutarlo sono:

- la cardiotocografia che pur nei suoi limiti fornirà indicazioni sul rischio ipossico fetale
- il partogramma che valuterà la progressione della testa fetale nel canale del parto
- le procedure in uso nelle sale parto permetteranno di avere una stima della perdita ematica soprattutto nel post partum

La terza ed ultima valutazione del rischio dovrà essere fatta sul benessere della puerpera, prendendo visione dei parametri rilevati nel post partum, e del neonato al momento del rientro in reparto.

Entrando adesso nello specifico del quesito del collega sarebbe opportuno conoscere la valutazione del rischio al primo passaggio. La gravidanza all'ingresso in sala travaglio - parto era a basso rischio oppure non a basso rischio?

Ci scrive che durante la permanenza in sala travaglio il tracciato cardiotocografico era classificabile come di classe II (intendendo sicuramente di tipo II).

In base ai criteri di classificazione dei CTG, la gestione clinica proposta dal collega per una cardiotocografia di tipo II era conforme alle raccomandazioni di seguito riportate.

**PASSIAMO ADESSO ALLA RISPOSTA** dei quesiti che ci pone.

- può un'ostetrica registrare sulla cartella clinica il proprio disaccordo rispetto alla condotta decisa dal ginecologo?

Sul diario clinico della cartella l'ostetrica ed il ginecologo possono registrare le loro valutazioni e

la condotta ostetrica da tenere. Va ricordato che *la cartella clinica è un atto pubblico con fede privilegiata, che attesta la veridicità di quanto accaduto durante l'assistenza sanitaria. La cartella deve essere completa, veritiera e cronologicamente ordinata, e la sua errata redazione può costituire reato di falso ideologico in atto pubblico* (art.479 c.p.). Quindi, ogni operatore autorizzato che

SEGUE A PAGINA 24

**Tabella 1. Criteri di classificazione dei CTG, interpretazione e gestione clinica raccomandata. La presenza di accelerazioni indica l'assenza di ipossia/acidosi fetale ma la loro assenza durante il travaglio è di incerto significato.**

	TIPO 1	TIPO 2	TIPO 3
<b>Linea di base</b>	110-160 bpm	Mancanza di almeno una delle caratteristiche di normalità, ma assenza di segni patologici	< 100 bpm
<b>Variabilità</b>	5-25 bpm		Ridotta variabilità per >50 min*; aumentata variabilità per >30 min, o pattern sinusoidale per > 30 min
<b>Decelerazioni</b>	Assenza di decelerazioni ripetitive*1		Decelerazioni ripetitive* tardive o prolungate che si verificano per un tempo >30 min, o >20 min in caso di ridotta variabilità; oppure una decelerazione prolungata >5 min
<b>Interpretazione</b>	Assenza di ipossia/acidosi fetale	Bassa probabilità di ipossia/acidosi fetale	Possibilità di ipossia (/acidosi) fetale
<b>Gestione clinica</b>	Nessun intervento necessario a migliorare lo stato di ossigenazione fetale	Intervento volto a correggere le cause reversibili di ipossia/acidosi qualora identificate; stretto monitoraggio o metodiche aggiuntive di valutazione dello stato di ossigenazione fetale se disponibili (cfr. Cap. 5)	Intervento immediato volto a correggere le cause reversibili, metodiche aggiuntive per valutare lo stato di ossigenazione fetale (cfr. Cap. 4), o se questo non è possibile, espletamento del parto in tempi brevi. In acuto (prolasso di funicolo, rottura uterina, distacco di placenta) immediato espletamento del parto

\*1 Le decelerazioni si definiscono ripetitive quando sono associate a più del 50% delle contrazioni uterine<sup>23</sup>. Si ricordi che in presenza di decelerazioni precoci anche ripetitive il tracciato è da considerarsi di tipo 1.

\*2 Si ricorda che durante la notte si può osservare una variabilità ridotta >50 minuti senza che questa sia espressione di patologia fetale. Nei casi dubbi, la comparsa di accelerazioni dopo stimolazione dello scalpo fetale è un elemento rassicurante che può aiutare la diagnosi differenziale tra sonno e stato di ipossia/acidosi (vedi cap. "Metodiche aggiuntive").

**Tabella 1. Fattori di rischio che rappresentano una indicazione alla CTG in continua (adattata da Maude RM et al.<sup>5</sup>).**

Fattori antepartali	Fattori intrapartali
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabete, ipertensione, patologie cardiache materne, insufficienza renale, lupus eritematoso sistemico, sclerodermia, anemia, epilessia, colestasi</li> <li>• Significativa emorragia vaginale prenatale</li> <li>• Restrizione della crescita intrauterina</li> <li>• Anomalie di durata della gravidanza (pretermine o post-termine)</li> <li>• CTG prenatale non reattivo</li> <li>• Alloimmunizzazione materno-fetale</li> <li>• Pregresse cicatrici uterine</li> <li>• Gravidanze multiple</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anormale frequenza delle contrazioni</li> <li>• Induzione o accelerazione del travaglio</li> <li>• Analgesia peridurale, solo nella prima ora successiva all'esecuzione di un bolo</li> <li>• Emorragia vaginale significativa</li> <li>• Liquido amniotico tinto di meconio (liquido verde, scuro, denso o contenente grumi di meconio)</li> <li>• Temperatura &gt; 38°</li> <li>• Durata della fase attiva del I stadio &gt; 12 ore</li> <li>• Durata del II stadio &gt; 2 ore</li> <li>• Anomalie del BCF all'auscultazione (dopo 30 minuti di CTG normale, si può sospendere e tornare all'Al)</li> </ul>

**FONTE TABELLE**  
Monitoraggio cardiotocografico in travaglio realizzato dalla fondazione Confalonieri Ragonese su mandato Sigo, Aogoi, Agui giugno 2018

## IL CONSENSO INFORMATO IN OSTETRICIA

# Criticità nelle emergenze e confronto tra la normativa italiana e la sentenza Montgomery (UK)''



**CLAUDIO CRESCINI**  
Presidente Fondazione  
Confalonieri Ragonese  
Humanitas University Milan

### 1. Introduzione

Il consenso informato rappresenta la sintesi tra due diritti fondamentali della persona: quello dell'autodeterminazione e quello della tutela della salute. Se infatti è vero che occorre garantire alla persona assistita le cure ritenute più appropriate, lo stesso ha altresì il diritto a ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura ed ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché alle eventuali opzioni alternative. Queste informazioni devono essere fornite nel modo più esauriente possibile al fine di assicurare una scelta libera e consapevole da parte della persona assistita.

Anche in ragione di tutto questo, il consenso informato rappresenta un elemento fondamentale della relazione tra paziente e operatore sanitario. In ostetricia, tuttavia, il suo ruolo presenta sfide specifiche: il parto è un evento fisiologico e naturale, ma può richiedere talvolta interventi invasivi, rischiosi e rapidi in caso di emergenza per evitare o ridurre gli eventi avversi. Gli operatori devono quindi bilanciare l'esigenza di fornire informazioni adeguate con la necessità di non generare ansia ingiustificata nella donna. Il travaglio e il parto sono processi fisiologici che nella maggior parte dei casi si concludono senza complicazioni. Richiedere un consenso esteso e dettagliato **prima** del travaglio, illustrando scenari rari ma drammatici, può indurre nella gestante **ansia ingiustificata**, alterando la percezione di un evento naturale e generando timori spropor-

zionati. Fornire informazioni con modalità allarmistiche, esponendo la donna a scenari drammatici peraltro improbabili, può indurre uno stato di ansia che al momento del parto ha conseguenze sfavorevoli. È noto, infatti, che l'attivazione del sistema dello stress determina un aumento di adrenalina e noradrenalina, ormoni che ostacolano la produzione di ossitocina endogena e possono interferire con la fisiologia del travaglio. Come ben sottolineato da Michel Odent, la serenità, il senso di sicurezza e la capacità di "abbandonarsi" al processo del parto sono condizioni fondamentali per favorire la progressione del travaglio. Al contrario, paura e tensione possono contribuire a forme di distocia funzionale, complicando il decorso di un evento che nella maggior parte dei casi è fisiologico.

D'altro canto, attendere il momento dell'emergenza per acquisire il consenso rende il processo **materialmente difficile**: la donna può trovarsi in condizioni di dolore intenso, di ridotta lucidità o in imminente pericolo di vita, riducendo la possibilità di una decisione pienamente libera e consapevole. Il consenso informato in ostetricia oscilla dunque tra due estremi:

- troppo presto, rischiando di spaventare e patologizzare l'esperienza del parto;
- troppo tardi, rendendo impossibile un dialogo autentico e condiviso.

In questa zona di incertezza, il clinico deve muoversi con prudenza, con l'obiettivo di rispettare i diritti della donna ma al contempo di garantire la sicurezza materno-fetale.

### 2. Evoluzione storica del consenso informato

Storicamente, il consenso informato si basava sul modello **Bolam test** (Regno Unito, 1957), secondo cui la condotta medica era corretta se conforme alla prassi accettata da una parte qualificata della comunità medica. Questo approccio poneva il medico al centro della decisione, con il paziente in posizione passiva e ne limitava la possibilità di contestare le scelte cliniche.

Col tempo, soprattutto dagli anni '90, le linee guida cliniche sono diventate strumenti fondamentali anche in sede giudiziaria, perché rappresentavano un riferimento condiviso e scientificamente fondato per definire la condotta appropriata, ma non sostituiscono ovviamente l'obbligo di un consenso informato e personalizzato.

Negli ultimi decenni, la giurisprudenza inglese ha introdotto il principio della **Montgomery rule** (2015), che ha ridefinito lo standard: il medico deve informare il paziente sui rischi materialmente significativi, cioè quelli che una persona **ragionevole** (un paziente tipo, con caratteristiche comuni e capacità di comprensione generali, che vuole prendere decisioni informate sulla propria salute) considererebbe importanti per decidere se sottoporsi a un trattamento.

#### 2.1 Il caso Montgomery

Il caso riguardava una gravida di bassa statura con diabete gestazionale il cui feto era stimato sopra i 4.000 gr. Una condizione che aumentava il

rischio di **distocia di spalle** e potenziali lesioni del plesso brachiale. La signora Montgomery non era stata informata in modo chiaro di questi rischi né della possibilità di un parto cesareo elettivo come alternativa. Durante il parto vaginale si verificò effettivamente una distocia di spalla, con gravi lesioni neurologiche permanenti per il neonato. La paziente dichiarò che se fosse stata informata del rischio anche minimo di incorrere in un esito invalidante per il neonato avrebbe scelto il taglio cesareo. La Corte Suprema britannica ha stabilito che la mancata informazione sui rischi significativi costituisce violazione del consenso informato, indipendentemente dal fatto che il medico abbia seguito la prassi generalmente accettata.

## 2.2 La portata della sentenza Montgomery

La sentenza *Montgomery v. Lanarkshire Health Board* (2015) ha segnato un cambiamento radicale nello standard di consenso informato in Gran Bretagna. Secondo la Corte Suprema del Regno Unito, il medico ha l'obbligo di informare la paziente su **tutti i rischi che una persona ragionevole al suo posto considererebbe significativi**, indipendentemente dal fatto che la maggioranza della comunità medica ritenga opportuno menzionarli o meno.

In altre parole:

**Il criterio guida non è più solo quello tecnico-professionale (linee guida, prassi cliniche, Bolam test), ma diventa la prospettiva della paziente e la sua percezione del rischio.**

La donna può quindi scegliere un trattamento ostetrico non perché clinicamente più indicato secondo le evidenze scientifiche, ma perché per lei riduce un rischio che percepisce come intollerabile (ad esempio, il rischio anche minimo di distocia di spalla può portarla a chiedere un taglio cesareo).

Questo approccio, pur rafforzando l'autonomia della donna, introduce nuove criticità:

- In **situazioni programmate** può condurre a richieste di interventi non strettamente indicati (es. cesareo elettivo senza indicazioni cliniche).
- In **situazioni di emergenza**, dove il tempo è limitato e le decisioni devono essere tempestive, diventa difficile garantire un'informazione completa e rispettare fino in fondo questo modello, perché la priorità è salvaguardare la vita e la salute materna e fetale.

Il modello Montgomery ribadisce che **il consenso non è mai un atto puramente formale**, ma un processo di comunicazione e condivisione. Tuttavia, in ostetricia questo richiede un equilibrio molto delicato: rispettare l'autonomia della donna senza rinunciare al dovere professionale di agire con tempestività e appropriatezza clinica, soprattutto nelle emergenze.

## 3. Normativa italiana

In Italia, il consenso informato è regolato da:

- **Costituzione Italiana (Art. 32):** nessuno può

essere obbligato a un trattamento sanitario se non per disposizioni di legge (*vedi vaccinazioni obbligatorie*); la persona ha diritto di autodeterminarsi.

- **Codice di Deontologia Medica (FNOMCeO):** obbligo di informare in modo chiaro e rispettare la volontà del paziente.
- **Legge 219/2017:** normativa chiara sul consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento (DAT); stabilisce che ogni persona ha diritto a ricevere informazioni complete e comprensibili e a rifiutare qualsiasi trattamento.

**Ai precedenti riferimenti normativi si aggiungono in merito al consenso informato le disposizioni previste dalle leggi speciali.**

Tra queste, ad esempio:

- Legge 19 febbraio 2004, n. 40. Norme in materia di procreazione medicalmente assistita (GU n. 45 del 24 febbraio 2004).
- Legge 8 aprile 1998, n. 94. "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23, recante disposizioni urgenti in materia di sperimentazioni cliniche in campo oncologico e altre misure in materia sanitaria" e ss.mm.ii. (GU n. 86 del 14 aprile 1998).
- D.M. 7 settembre 2017. Disciplina dell'uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica (GU n. 256 del 2 novembre 2017).

In situazioni di emergenza, se la donna è incosciente o non è in grado di esprimere la propria volontà e non ha lasciato disposizioni anticipate, il medico può e deve intervenire senza consenso formale, agendo nell'interesse della vita e della salute della madre e del feto. In ogni caso, è necessario documentare le motivazioni cliniche e le circostanze che hanno reso impossibile raccogliere il consenso.

La situazione di **emergenza** corrisponde ai requisiti della esimente dello "stato di necessità" (art. 54 c.p.; art. 2045 c.c.): si tratta di salvare, con intervento/trattamento sanitario indifferibile (misura salvavita), una persona dal pericolo attuale di un danno grave per la salute o la vita, non altrimenti evitabile.

In situazioni di emergenza, se aspettare per ottenere il consenso informato metterebbe a rischio la vita del paziente, il personale sanitario deve intervenire subito. Ritardare l'intervento potrebbe essere considerato omissione di soccorso e una

“**Anche se il consenso informato non viene ottenuto prima dell'intervento, l'azione medica non è da considerarsi un illecito, né dal punto di vista penale né civile. Questo perché lo scopo principale è salvare la vita del paziente**

violazione degli obblighi contrattuali della struttura sanitaria, con possibili conseguenze sia penali che civili.

Anche se il consenso informato non viene ottenuto prima dell'intervento, l'azione medica non è da considerarsi un illecito, né dal punto di vista penale né civile. Questo perché lo scopo principale è salvare la vita del paziente, e in casi come questo, l'urgenza giustifica l'intervento immediato.

La situazione di **urgenza** è invece quella tipica che dà luogo all'accesso alle prestazioni del servizio di Pronto soccorso ospedaliero.

Nella situazione di urgenza, quindi, l'obbligo di raccolta del consenso informato viene meno soltanto nel caso in cui sussista una situazione integrante lo "stato di necessità" ex art. 54 c.p. e art. 2045 c.c.

Il consenso informato, in tal evenienza, non deve, infatti, essere preventivamente acquisito perché risulta oggettivamente impossibile assumerlo (l'ipotesi tipica è quella della persona assistita trasportata al Pronto soccorso in stato di incoscienza e che richieda un trattamento salvavita). Se, pertanto, la persona assistita ricoverata in PS è capace e cosciente, o è incapace legale o giudiziale ma è accompagnata dal rappresentante o dal soggetto autorizzato in sua vece ad esprimere il consenso informato oppure questo sia rintracciabile in tempi compatibili con l'esecuzione del trattamento, ovvero fosse munito di DAT, allora il personale sanitario è sempre tenuto ad acquisire preventivamente il consenso informato dall'interessato o dalla persona legittimata ex lege o per incarico fiduciario ad esprimerlo, ovvero ad attenersi a quanto contenuto nelle DAT.

La legge 219 del 2017 non ha cambiato le regole che definiscono lo stato di necessità (cioè quando un medico può intervenire senza il consenso del paziente per salvare una vita o evitare gravi danni), come stabilito dal Codice Penale (art. 54) e dal Codice Civile (art. 2045).

La legge ricorda però che i medici e gli operatori sanitari devono sempre cercare di rispettare la volontà del paziente, anche in situazioni di emergenza o urgenza, se possibile.

Questo è fattibile quando:

- il paziente è cosciente e capace di capire e comunicare le sue scelte;
- ci sono disposizioni anticipate di trattamento



## IL CONSENSO INFORMATO IN OSTETRICIA



(DAT), cioè le indicazioni scritte in precedenza dal paziente su quali cure vuole o non vuole ricevere;

- se il paziente è un minore o una persona incapace di decidere, i genitori o il tutore legale sono presenti o facilmente raggiungibili;
- se il paziente ha delegato un familiare o una persona di fiducia a prendere decisioni al suo posto, e questa persona è presente al momento delle cure.

Lo stato di necessità (quando si agisce per evitare un grave pericolo) può essere anche “putativo”: significa che un medico o un operatore sanitario non viene punito se ha agito pensando di essere in una situazione di emergenza, anche se poi si scopre che non era davvero così (ex art. 54 c.p. ed ex art. 2045 c.c.).

L'importante è che, in quel momento, la decisione fosse ragionevole e basata su ciò che si poteva vedere e sapere: se una persona, con le informazioni che aveva, poteva legittimamente credere di dover intervenire subito per salvare qualcuno, non commette reato, anche se dopo si scopre che non era necessario.

In pratica: sbagliarsi è umano, ma se si agisce in buona fede e con motivazioni valide, non si è responsabili.

### In pratica, la differenza tra emergenza e urgenza dipende solo dalla situazione concreta.

Per semplificare: l'elemento chiave è quanto tempo si ha a disposizione per intervenire. In entrambi i casi, bisogna agire in fretta, ma:

nell'emergenza, il ritardo potrebbe causare danni gravi o irreversibili (ad esempio, una distocia di spalle);

nell'urgenza, il tempo a disposizione è un po' di più, ma non si può aspettare troppo (ad esempio, un'infezione grave che peggiora rapidamente).

In sintesi: più il danno rischia di essere grave e immediato, più l'intervento deve essere rapido. La vera differenza sta nel tempo che si ha per agire. La differenza tra emergenza e urgenza si capi-

sce guardando quando e quanto è vicino il pericolo per la salute della persona.

**EMERGENZA (STATO DI NECESSITÀ):** il pericolo è immediato e certo: se non si interviene subito, il danno (anche molto grave) è inevitabile. Non c'è tempo da perdere.

**ESEMPIO:** un infarto, un'emorragia grave, un arresto respiratorio.

**URGENZA:** il pericolo è certo, ma non è già in atto: c'è un po' di tempo (anche poco) per intervenire prima che la situazione peggiori e diventi un'emergenza.

**ESEMPIO:** Una febbre altissima che rischia di diventare setticemia, una frattura che può causare danni permanenti se non curata in poche ore.

### In pratica:

Nell'emergenza, ogni secondo conta e non si può aspettare.

Nell'urgenza, si deve agire presto, ma c'è un margine (anche piccolo) per organizzare l'intervento prima che la situazione diventi critica.

Se si aspetta troppo in una situazione di urgenza, questa può trasformarsi in emergenza.

## 4. Criticità in ostetricia

**Tempi ridotti:** durante le emergenze ostetriche, come emorragie o distocia, le decisioni devono essere rapide.

**Squilibrio di competenze:** la donna deve decidere pur non avendo competenze mediche, mentre l'équipe ha il know-how tecnico.

**Componente emotiva:** il parto è vissuto con un coinvolgimento fisico ed emotivo molto intenso; l'équipe deve saper riconoscere e rispettare le risorse personali della donna, sostenendola nelle decisioni anche nelle situazioni critiche.

## 5. Strategie operative per il consenso informato

L'obiettivo è promuovere una **alleanza terapeutica**, senza allarmare la donna e rispettando la sua autonomia.

### 1. Preparazione durante la gravidanza

Introdurre il tema del consenso nelle visite del terzo trimestre, spiegando che la maggioranza dei parti procede fisiologicamente e l'équipe è pronta a intervenire solo se necessario.

Usare un linguaggio positivo e rassicurante, promuovendo fiducia e collaborazione.

I corsi preparto possono favorire la comprensione dei processi decisionali senza entrare nei dettagli drammatici delle emergenze.

### 2. Consenso modulare e progressivo

Moduli chiari per procedure programmate (analgia, cesareo elettivo) e interventi urgenti, specificando che in caso di emergenza si agirà nell'interesse della sicurezza della madre e del bambino.

Condivisione preventiva delle scelte più frequenti, evitando scenari allarmanti.

### 3. Comunicazione in sala parto

Linguaggio chiaro e rassicurante, spiegando sinteticamente le azioni in corso.

Coinvolgere la donna nelle decisioni possibili anche in tempi rapidi.

Quando appropriato, coinvolgere un familiare per sostenere comprensione e fiducia.

### 4. Documentazione accurata

Annotare in cartella clinica il consenso raccolto in gravidanza o in sala parto.

Documentare le circostanze che hanno reso necessario un intervento urgente.

Registrare le informazioni date e le scelte condivise, valorizzando la collaborazione tra donna e équipe.

### 5. Formazione del team

Simulazioni periodiche di emergenze, con attenzione sia agli aspetti tecnici sia a quelli comunicativi.

Frase chiave standardizzate da usare in caso di urgenza.

Coerenza tra ostetriche, ginecologi e anestesisti per rafforzare la fiducia della donna.

### 6. La distanza tra norma e pratica clinica

Un ulteriore elemento di complessità deriva dal fatto che la normativa sul consenso informato è elaborata principalmente da giuristi e bioeticisti, senza una conoscenza diretta delle dinamiche della sala parto. I magistrati, chiamati a valutare la condotta dei professionisti sanitari, applicano i principi della legge e della giurisprudenza, ma non sempre hanno piena consapevolezza delle difficoltà pratiche legate all'urgenza ostetrica.

In sala parto, infatti, le decisioni devono spesso essere prese in tempi estremamente ridotti, in un contesto emotivamente e clinicamente particolarmente stressante, dove la priorità è salvaguardare la salute della madre e del neonato. Applicare in modo rigido e formale quanto previsto dalla normativa può risultare in alcune situazioni irrealistico o addirittura incompatibile con la sicurezza clinica.

Per questo è essenziale promuovere un dialogo interdisciplinare tra mondo medico, giuridico e bioetico, affinché la normativa e la giurisprudenza tengano conto delle specificità operative della pratica ostetrica.

### 7. Conclusione

Il consenso informato in ostetricia deve essere un **processo continuo**, che cerca di mantenere il difficile equilibrio tra sicurezza clinica e autonomia della donna. Preparazione, linguaggio rassicurante, modulazione delle informazioni e documentazione accurata consentono di creare un **rapporto di fiducia e alleanza terapeutica**, anche in situazioni di emergenza.

Il consenso informato in ostetricia, soprattutto in emergenza, resta un terreno di forte incertezza etica e giuridica.

- Da un lato vi è la necessità di rispettare l'autonomia della donna.
- Dall'altro vi è l'urgenza clinica, che non lascia spazio a lunghe discussioni.

L'ostetrica e il ginecologo devono dunque sviluppare competenze comunicative avanzate, saper riconoscere i tempi giusti della comunicazione e creare un'alleanza basata sulla fiducia già in gravidanza. Solo così, in caso di emergenza, la donna potrà sentirsi curata, rispettata e partecipe, anche laddove la rapidità delle decisioni limita la possibilità di un consenso pienamente espresso.

### BIBLIOGRAFIA

1. Costituzione della Repubblica Italiana, Art. 32
2. Legge 22 dicembre 2017, n. 219: Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.
3. Codice di Deontologia Medica (FNOMCeO, 2014 – e successive modifiche).
4. Montgomery v. Lanarkshire Health Board [2015] UKSC 11 – Supreme Court of the United Kingdom.
5. Sidaway v. Board of Governors of the Bethlem Royal Hospital [1985] AC 871 – House of Lords
6. Comitato Nazionale per la Bioetica. Informazione e consenso all'atto medico. Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2015.
7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Obtaining Valid Consent. Clinical Governance Advice No. 6, 2015.
8. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Guidelines on informed consent. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2012.

## AGITE

L'ATTIVITÀ CONSULTORIALE è caratterizzata da un approccio multidisciplinare e olistico ("Planetary Health"), nonché da una attenzione alla complessità dello stato di salute della popolazione anche attraverso la qualità dell'accoglienza, dell'ascolto e della comunicazione e la loro capacità di realizzare programmi di promozione della salute e assistenza

volti anche alla presa di consapevolezza delle persone e delle comunità. Il principio ispiratore del lavoro del CF è quello dell'integrazione, che avviene a tutti i livelli e si configura come un presupposto fondamentale per il raggiungimento dei suoi obiettivi.

# I consultori compiono 50 ANNI

## CONSULTORI FAMILIARI PUBBLICI

Le donne più giovani li conoscono poco, le più anziane ricordano le lotte per ottenerli, anche se oggi spesso si trovano costrette a rivolgersi al ginecologo privato; gli uomini ne avrebbero bisogno ma non ne sono consapevoli, le straniere vi ricorrono in misura crescente. I governi ne hanno sempre promesso il rilancio ma chi vi lavora, lamenta che alle condizioni attuali (mancato turn over del personale, riduzione numerica degli spazi) è divenuto spesso impossibile offrire un servizio di qualità. Preceduti da esperienze di autogestione poi istituiti 50 anni fa, il 29 luglio 1975 con la legge 405, i consultori pubblici rappresentano, nelle intenzioni del legislatore, la punta di diamante di una concezione della sanità a misura non solo di cittadino, ma di cittadina. Concepiti come il luogo per eccellenza della salute sessuale e riproduttiva di donne e uomini, sono finalizzati per legge alla procreazione libera e responsabile. Interdisciplinarietà, lavoro di equipe, valorizzazione delle competenze femminili dovrebbero caratterizzare la loro organizzazione. Questo approccio olistico alla persona, tuttavia, non è oggetto di insegnamento nelle sedi universitarie visto che non è mai stato codificato, tranne che a Torino, uno spazio ed un tempo definito all'interno dei Consultori per le specializzande e specializzandi. Come AGITE, Associazione nata ormai 18 anni fa, il 18 novembre 2007, chiediamo da tempo l'inserimento di ore codificate all'interno delle diverse scuole di specializzazione in ostetricia e ginecologia da effettuare nei consultori. Crediamo infatti che sia indispensabile una formazione "territoriale" diversa per approccio e tematiche da quella prettamente ospedaliera con maggior attenzione a temi come Legge 194, contraccezione, menopausa, salute sessuale, screening oncologici, prevenzione MST che spesso in ambito ospedaliero rimangono ai margini.

L'Oms considera i Consultori un ottimo modello per rispondere ai bisogni di salute. Al consultorio si va per individuare il metodo contraccettivo più adatto, prevenire tumori al collo dell'utero con PAP e HPV test, conoscere, evitare e curare le malattie sessualmente trasmissibili, controllare l'apparato riproduttivo femminile e maschile, parlare di sessualità entro un gruppo di pari con la guida di figure competenti, essere assistite e accompagnate durante e dopo la gravidanza, interrompere una gravidanza, essere supportate in menopausa, ma anche per ottenere assistenza psicologica, sociale, legale, o farsi aiutare in un momento difficile della relazione di coppia. Quanti sono i consultori pubblici italiani realmente funzionanti con una equipe completa (ginecologo/a, ostetrica, assistente sociale, psicologo/a) e cosa fanno? Ogni Regione ha un modello

## Non mandiamoli in pensione anzitempo!



**DANIELA ANZELMO**  
Ginecologa,  
Vicepresidente Agite



**BARBARA DEL BRAVO**  
Ginecologa, Segretaria  
nazionale Agite



**MARINA TOSCHI**  
Ginecologa,  
Consigliere Agite

organizzativo diverso ed è difficile raccogliere dati omogenei alla fonte. L'ultima indagine dell'ISS - CCN sulle attività consultoriali pubbliche risale ormai al 2017 ed il quadro che ne risultava era piuttosto disomogeneo e non corrispondente al POMI (progetto obiettivo materno infantile: 1 Consultorio ogni 20,000 abitanti). A breve dovrebbe prendere il via un nuovo e unico metodo di rilevazione nazionale che speriamo dia alle Regioni strumenti efficaci di raccolta informazioni.

## E COSA SAPPIAMO DEI CONSULTORI PRIVATI?

"Non c'è una raccolta dati a livello istituzionale sui consultori privati - spiega la dr.ssa Grondano, già direttrice dell'U. O. presso la Regione Liguria. L'AIED fa molta contraccezione, mentre il CEMP è orientato più sul percorso nascita. Il CIF non fa quasi nulla di ginecologico, ma offre consulenza psicologica al singolo e alla coppia. Sono questi i tre autorizzati dalla Regione a portare il titolo di 'consultorio familiare', e lavorano in tutto e per tutto privatamente. "Non mi risulta che esistano consultori privati in Toscana, - Valeria Dubini presidente AGITE e già responsabile di molti Consultori in Regione Toscana. - È diffusa e capillare la rete dei consultori pubblici, con consultori principali per ogni ASL. Sono stati creati percorsi di prevenzione dell'interruzione di gravidanza per le straniere, con mediatrici culturali

per tutte le etnie presenti. I consultori sono aperti 5 giorni a settimana dalle 9 alle 18, per le prestazioni si paga il ticket. In Sicilia non risultano consultori privati ci dice il nostro rappresentante regionale dr. Salvatore Damanti e così in Basilicata, come ci riferisce la dr.ssa Rita Corina di Matera. In Veneto accanto ai consultori pubblici sono operativi 27 privati autorizzati. La Giunta ha stanziato nel 2009 2,8 milioni di euro per gli interventi previsti, di cui 280 mila ai privati per l'attuazione dei "Centri per la famiglia". L'obiettivo, si legge nel comunicato stampa, è "far diventare il consultorio un servizio più rispondente alle esigenze della famiglia veneta, dove siano potenziate le attività di accompagnamento alla genitoriale, educazione alla sessualità, prevenzione dell'interruzione di gravidanza". I consultori sono

**IL PROGETTO ISS-CCN 2017** ha rilevato una generale carenza di sedi e di personale operante nei CF rispetto agli standard nazionali di riferimento e una grande variabilità interregionale nelle modalità di governo dei CF. La salute della donna secondo un approccio life-course è il centro delle attività dei CF, sebbene con modalità assistenziali che si differenziano per area geografica.

## AGITE

intesi come "istituzioni sussidiarie" alla famiglia e gli interventi sono mirati ai genitori.

La Regione che più di tutte ha messo a sistema i consultori privati è la **Lombardia**, che con la legge n. 23/99 apre la strada all'accreditamento delle strutture private, parificandole al pubblico: l'utente paga un ticket e la Regione copre il restante costo delle prestazioni. In base al principio della sussidiarietà, il terzo settore è considerato sostituto dell'intervento pubblico, che si limita all'accreditamento e alla valutazione degli standard qualitativi. Con la deliberazione n. 2594 del 11 dicembre 2000 la Giunta stabilisce che "in deroga a quanto stabilito dalle norme, i Consultori familiari privati possono escludere dalle prestazioni rese quelle previste per l'interruzione volontaria della gravidanza ivi comprese quelle connesse o dipendenti da dette prestazioni". Come ginecologa consultoriale ancora in servizio come libero professionista in **Umbria**, posso pur troppo affermare che i servizi sono davvero ridotti drasticamente sia come sedi che come personale. Chi è andato in pensione o malattia o maternità non è sostituito. Gli organici di ginecologi, ostetriche, psicologhe sono incompleti nelle 2 ASL. Considerate che nel Distretto di Perugia dove erano attivi 13 consultori nel 2000, ora ci sono solo 3 Consultori e ad orario e personale ridotto. Le donne si meravigliano che ora debbano quasi sempre ricorrere al privato. Poiché non si riesce più a fare attività con le scuole le ragazze non conoscono il servizio e per i 15.000 studenti dell'Università di Perugia non è previsto alcuna sede consultoriale.

**IN BASE ALLE LINEE DI INDIRIZZO** del Ministero Salute di agosto 2020, alle raccomandazioni dell'ISS del ottobre 2023 e alle indicazioni della Soci. Scientifica Aragonese sull'uso dell'aborto farmacologico, è possibile effettuare nei Consultori attrezzati di ecografo, la somministrazione della prima pillola abortiva (Mefipristone o RU486) e la consegna della seconda dose (Misoprostolo) alla donna per poi assumerla dopo 48 ore al suo domicilio, fornendo indicazioni e riferimenti telefonici alla donna. Necessaria la formazione del personale e la collaborazione con gli Ospedali di riferimento.

**IN BASE AL PNRR** le attività del CF devono essere definite e coordinate, sia sul piano del funzionamento interno del CF, sia sul piano dell'integrazione in rete, con gli altri servizi sanitari (territoriali e ospedalieri) e con gli altri attori della Rete Materno Infantile. Tutte le sedi dei CF dovranno essere dotate di locali e spazi adeguati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate trovando all'interno delle CASE della SALUTE una collocazione degna delle loro molteplici funzioni e professionalità.

## In memoria di Carlo Buffi

### CIAO CARLO!

Sono passati 10 anni da quando ci hai lasciato.

Pochi se penso a come ancora ti sentiamo presente nella nostra pratica clinica, nei nostri incontri societari, nel modo di guardare alla nostra professione come ad un impegno che coinvolge aspetti sociali, etici, organizzativi e politici in senso lato.

Tanti se penso a quanto ci manca la tua ironia, la tua capacità di tenere insieme giovani e vecchi, donne e uomini, territorio e ospedale prima ancora che si esplicitasse la nostra confederazione nel suo insieme.

Penso a quegli anni in cui si costruiva il nucleo regionale della nostra Società scientifica, quella che tu hai amato e ci hai insegnato ad amare: da segretario Regionale Toscano dell'Aogoi ci hai coinvolto nell'avventura di diventare un gruppo coeso, in una squadra dove ognuno giocava un ruolo, evidenziando le nostre competenze e valorizzando anche le nostre differenze.

Volesti più donne nel gruppo dirigente: del resto non era un caso che tu dirigessi un reparto in cui prevalevano ampiamente le presenze femminili, con l'obiettivo dichiarato di mettere al centro i bisogni e le richieste delle nostre assistite anche attraverso lo sviluppo di linguaggi e comportamenti che più si avvicinasero alle loro esigenze.

Nel periodo della tua segreteria viaggiavamo per essere presenti in tutte le province della nostra Regione, ci incontravamo e riuscivamo, sotto la tua regia, ad intrecciare progetti, informazioni, studio e ricerca di innovazione, con momenti conviviali e di reale solidarietà ed amicizia.

Quel percorso fu quello che accompagnò alcuni di noi a ruoli Nazionali: penso a Sandro Melani, che già era nel direttivo nazionale Aogoi e che fu sempre supportato dal gruppo regionale, e penso a me, talvolta anche un po' scomoda, eppure sempre convinta di avere accanto la presenza tua e di tutto il gruppo, e di potere almeno in parte rappresentarlo nelle sedi in cui mi trovavo.

C'è una frase che mi hai rivolto una volta e che mi tengo stretta come un "mantra": "Tu sei una che dove non arriva trova il modo di arrivare".

E nella sua essenzialità sento che quella frase mi rappresenta ancora, nella voglia di trovare soluzioni, senza timore di chiedere aiuto ma nella convinzione che si debba sapere essere modesti quando le nostre competenze non sono sufficienti e coraggiosi quando si pensa che possano essere utili e costruttive. Ma quella frase rappresenta anche te, la tua capacità di osservare e di cogliere le potenzialità, lontano da pensieri scontati e stereotipati.

In quegli anni ho imparato che le soddisfazioni personali si amplificano e si moltiplicano all'ennesima potenza quando sono condivise e rappresentative del sentire di tutto un gruppo di riferimento.

Inutile dire che ci manchi, Carlo: credo che saresti felice di sentirtelo dire e che, insieme a tutta la nostra Società scientifica, al Prof Chiantera e a tuo figlio Niccolò, abbiamo avuto voglia di dedicarti il nostro Congresso Regionale Aogoi Toscana, per ricordarti come un grande amico e un grande segretario Regionale. Sappiamo che te lo meriti e siamo felici e orgogliosi di averti avuto con noi.

Ciao con affetto e stima.

VALERIA DUBINI

## PARERI

### SEGUE DA PAGINA 19

accede alla compilazione della cartella clinica è responsabile di quanto scrive. Nello specifico, anche l'ostetrica, se opera in una struttura sanitaria pubblica (oppure convenzionata con il SSN), è qualificabile come pubblico ufficiale quando esercita funzioni certificative o redige atti aventi fede privilegiata come la cartella clinica. Oppure incaricato di pubblico servizio a seconda della funzione svolta.

### RELATIVAMENTE AL SECONDO QUESITO

- *pur nell'ottica di un lavoro di equipe, a chi spetta la decisione finale della condotta di un travaglio e quali sono le responsabilità medico legali dell'ostetrica in caso di disaccordo col ginecologo?*

Dalla premessa fatta sul rischio ostetrico, in presenza di una cardiocografia di tipo II, quindi con rischio ipossico del feto, *pur nell'ottica di un lavoro di equipe*, la gestione del travaglio dovrà essere **avvocata dal ginecologo di sala parto** ed il benessere fetale dovrà essere monitorato con la cardiocografia in continua (almeno fino a quando persisteranno le anomalie del tracciato).

### INFINE, GLI ULTIMI DUE QUESITI:

- *quale condotta deve adottare un ginecologo che si ritrova in disaccordo con il personale ostetrico, se tale contrasto è scritto in cartella?*
- *quali sono le implicazioni medico legali?*

Al primo si è risposto in precedenza mentre per le implicazioni medico legale è necessaria una ulteriore riflessione

Quanto è accaduto potremmo considerarlo un *evento sentinella* di un clima poco sereno nei rapporti fra gli operatori della sala parto. Fino a quando, come nel caso specifico, tutto si conclude *con nascita di neonata sana, dimessa a domicilio in seconda giornata*, non ci sarà alcuna implicazione legale. Differente sarà la valutazione se dovesse insorgere un evento avverso che interessi il feto/neonato oppure la gestante/puerpera. Con elevata probabilità, emergeranno profili di colpa fra gli operatori a seguito della differente valutazione del rischio ed alla condotta ostetrica attuata. Come tutti gli eventi sentinella dovranno essere affrontati prima ancora si verifichi un danno. Nello specifico, dovrà essere un obbligo da parte della direzione dell'Unità Operativa e/o della Direzione Sanitaria creare le condizioni per un miglioramento dei rapporti fra tutte le figure professionali del punto nascita. Infine, sarà utile che tutti gli operatori della sala parto condividano le procedure assistenziali che poi dovranno essere applicate.

Gyneco  
Aogoi

Organo Ufficiale  
dell'Associazione Ostetrici  
Ginecologi Ospedalieri Italiani

AOGOI

ASSOCIAZIONE  
OSTETRICI GINECOLOGI  
OSPEDALIERI ITALIANI

Numero 5 - 2025  
Anno XXXVI

**Presidente**  
Antonio Chiàntera

**Comitato Scientifico**  
Antonio Chiàntera  
Claudio Crescini  
Giovanni Monni  
Pasquale Pirillo  
Carlo Sbiroli  
Sergio Schettini  
Carlo Maria Stigliano  
Vito Trojano  
Elsa Viora

**Direttore Responsabile**  
Ester Maragò

**Editore**  
Homnya srl  
Sede legale:  
Via della Stelletta, 23  
00186 Roma  
email: info@homnya.com

**Ufficio Commerciale**  
info@homnya.com  
Tel. +39 06 45209 715

**Stampa**  
STRpress, Pomezia - Roma

**Abbonamenti**  
Annuo: Euro 26.  
Singola copia: Euro 4  
Reg. Trib. di Milano  
del 22.01.1991 n. 33  
Finito di stampare:  
luglio 2025  
Tiratura 4.000 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.

Testata associata

A.N.E.S.  
ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORIA  
PERIODICA SPECIALIZZATA

CLAUDIO CRESCINI

Presidente Fondazione Confalonieri Ragonese  
Humanitas University Milan

## UNO SGUARDO SUL MONDO

Da Gulu,  
un'esperienza  
che insegna

**Tornare da Gulu, nel nord dell'Uganda, significa portarsi dentro uno sguardo diverso sul mondo, sulle priorità, sulla cura.**

**Qui sorge il St. Mary's Hospital Lacor, un grande ospedale no-profit che oggi è tra i migliori del paese, con quasi 700 dipendenti e oltre 8.000 parti all'anno. Ma la sua storia è molto più che un dato sanitario: è una testimonianza di dedizione e coraggio.**

**L'OSPEDALE FU FONDATAO** negli anni '60 da Piero Corti, anestesista italiano, e da sua moglie, la chirurga canadese Lucille Teasdale, che decisero di spendere lì tutta la loro vita, in un contesto segnato da povertà estrema, malattie infettive e instabilità politica. Entrambi sono morti in Uganda e riposano oggi nel giardino dell'ospedale, che continua a vivere grazie anche alla Fondazione Corti in Italia e a quella gemella in Canada.

Durante gli anni più duri della guerra civile, quando il nord dell'Uganda era sconvolto dalla violenza del Lord's Resistance Army, il Lacor fu più volte saccheggiato, molte infermiere vennero rapite, ma non chiuse mai. Continuò a curare tutti i feriti, senza distinzione: soldati regolari, guerriglieri, civili. Era ed è un ospedale "per tutti", senza bandiere.

Negli anni Novanta, l'ospedale fu duramente colpito anche dall'epidemia di Aids, che Lucille Teasdale contrasse durante un intervento chirurgico, continuando comunque a operare fino agli ultimi giorni di vita.

Nei primi anni 2000, durante l'epidemia di Ebola, l'ospedale pagò un prezzo altissimo: giovanissimi infermieri e infermiere morirono dopo aver contratto il virus assistendo i malati. Una scelta consapevole, dettata non dall'eroismo, ma da una profonda coscienza del proprio ruolo.

Oggi, nonostante le difficoltà quotidiane, il Lacor è un punto di riferimento per tutto il nord del Paese. Non solo sul piano sanitario, ma anche su quello economico e sociale: gli stipendi del personale e i consumi generati dall'ospedale rappresentano la principale fonte di reddito per moltissime famiglie della zona. In una regione dove molti bambini camminano scalzi, dove il cibo non è garantito, e dove tanti minori orfani o abbandonati vivono sulla strada, la presenza dell'ospedale significa anche speranza, stabilità e futuro.

Colpisce profondamente la fiducia assoluta con cui la popolazione si affida al personale sanitario: anche quando l'esito è negativo, anche di fronte alla morte di un feto o di un neonato, non si levano proteste né accuse. Si viene ringraziati comunque, con dignità e gratitudine. L'accesso alle cure, qui, non è percepito come un diritto acquisito, ma come un dono raro, quasi un privilegio. Un giorno è arrivata in ospedale una donna in travaglio, trasportata da un parente con un tuk tuk a motore, dopo aver iniziato il parto in casa. Il feto era in presentazione podalica: quando è giunta, il corpo del bambino era già stato espulso, ma la testa era rimasta incarcerata. Il feto era morto. Il giorno seguente, la donna ha avvolto il piccolo in un telo, lo ha legato sulla schiena, ed è ripartita con lo stesso tuk tuk per seppellirlo vicino alla propria abitazione, come si fa con tutti



i familiari. Con calma, senza pianto, senza recriminazioni. Solo un cenno di ringraziamento.

In questo contesto, con un piccolo gruppo di colleghi abbiamo organizzato un corso di formazione sulle emergenze ostetriche, rivolto al personale medico e ostetrico dell'ospedale. Abbiamo portato con noi dall'Italia manichini e materiali didattici per la simulazione delle principali complicanze ostetriche, per un peso complessivo di circa 100 chilogrammi: un investimento logistico significativo, ma necessario per rendere la formazione concreta e partecipata.

Nessuna pretesa di "insegnare": si è trattato soprattutto di ascoltare, condividere strumenti, imparare reciprocamente. In un paese con altissima natalità e risorse limitate, la qualità dell'assistenza passa prima di tutto dalla motivazione e dalla competenza delle persone.

Nei momenti liberi, leggere "I bambini della notte" di Mariapia Bonanate e Francesco Bevilacqua — che racconta proprio l'esperienza di Gulu — ha aiutato a dare forma a ciò che vivevamo ogni giorno: un'umanità ferita ma tenace, silenziosa, che chiede solo di poter lavorare con dignità.

In Uganda sono presenti moltissime realtà di cooperazione internazionale, soprattutto italiane, che rappresentano un sostegno fondamentale per la sanità, l'educazione e la lotta alla denutrizione infantile. Oltre alla Fondazione Corti, operano da anni la Fondazione Ambrosoli, gli Amici di Anagal dei coniugi Marsiaj, il Cuamm - Medici con l'Africa, i padri e le suore comboniane, e molti altri ancora. Senza il loro contributo, la situazione sarebbe semplicemente tragica.

Il sostegno italiano e canadese, insieme all'impegno quotidiano di medici, ostetriche, infermieri e tecnici ugandesi, dimostra che una cooperazione vera è possibile, fondata non sull'assistenzialismo ma sul rispetto, la continuità e la costruzione condivisa di futuro.

Raccontare esperienze come questa serve a noi, prima ancora che a loro. Per capire cosa davvero conta, e per non dimenticare che la medicina, ovunque, è prima di tutto responsabilità verso l'altro.

## RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. **NOME DELLA SPECIALITÀ**  
FERRO-GRAD
2. **COMPOSIZIONE QUALI-QUALITATIVA DEL PRINCIPIO ATTIVO:**  
Ogni compressa contiene:  
Principio Attivo  
Solfato ferroso essiccato 329,7 mg  
(pari a 105 mg di Fe<sup>+2</sup>)
3. **FORMA FARMACEUTICA:**  
Compresse a rilascio prolungato.
4. **INFORMAZIONI CLINICHE**
  - 4.1 **Indicazioni terapeutiche:**  
Per la terapia marziale delle anemie da carenza di ferro. Nelle anemie dovute a perdite ematiche acute o croniche, a deficiente apporto od assorbimento di ferro, ad aumento del fabbisogno di ferro (accrescimento, gravidanza). Nelle anemie dovute a malattie infettive.
  - 4.2 **Posologia e modo di somministrazione:**  
Adulti e ragazzi oltre i 10 anni: 1 compressa al giorno da ingerire senza masticare.  
Modo di somministrazione  
Le compresse non devono essere succhiate, masticate o tenute in bocca, ma devono essere deglutite intere con acqua.  
Le compresse devono essere assunte prima dei pasti o durante i pasti, a seconda della tollerabilità a livello gastrointestinale.
  - 4.3 **Controindicazioni:**  
Ipersensibilità già nota verso i componenti. Emocromatosi. Emosiderosi. Anemia emolitica. Ferro-Grad è controindicato in presenza di diverticoli intestinali o in presenza di qualsiasi altra ostruzione intestinale.  
Il ferro è controindicato in pazienti che ricevono ripetutamente trasfusioni di sangue.  
Le preparazioni orali a base di ferro sono controindicate in concomitanza di terapia parenterale a base di ferro.
  - 4.4 **Avvertenze e speciali precauzioni per l'uso:**  
Come per gli altri preparati del ferro per via orale, il Ferro-Gradumet va conservato fuori dalla portata dei bambini onde evitare avvelenamenti accidentali da ferro.  
Evitare l'assunzione di preparati orali a base di ferro 1 ora prima o nelle 2 ore successive all'assunzione di antiacidi.  
Evitare l'assunzione orale di preparati a base di ferro in concomitanza o nelle 2 ore successive all'assunzione di chinolonici.  
La colorazione nera delle feci può interferire con gli esami di laboratorio impiegati per la rilevazione del sangue nelle feci.  
A causa del rischio di ulcerazioni della bocca e di alterazione del colore dei denti, le compresse non devono essere succhiate, masticate o tenute in bocca, ma devono essere deglutite intere con acqua.  
L'inalazione delle compresse a base di ferro solfato può causare necrosi della mucosa bronchiale, che può portare tosse, emottisi, broncostenosi e/o infezioni polmonari (anche se l'inalazione è avvenuta da giorni a mesi prima che tali sintomi si sviluppassero). I pazienti anziani e i pazienti che hanno difficoltà a deglutire devono essere trattati con compresse a base di ferro solfato solo dopo un'attenta valutazione del rischio di inalazione del singolo paziente. Formulazioni alternative devono essere prese in considerazione. I pazienti devono rivolgersi al medico in caso di sospetta inalazione.
  - 4.5 **Interazioni medicamentose ed altre:**  
Come tutti i preparati di ferro, anche il Ferro-Grad inibisce l'assorbimento delle tetracicline da parte del tratto gastrointestinale e le tetracicline inibiscono l'assorbimento del ferro. Nel caso debbano essere assunte entrambe le terapie le tetracicline devono essere somministrate 2 ore prima o 3 ore dopo l'assunzione del preparato a base di ferro.  
Il ferro può ridurre l'assorbimento gastrointestinale delle penicillamine. Nel caso debbano essere assunte entrambe le terapie, le penicillamine devono essere somministrate almeno 2 ore prima o 2 ore dopo l'assunzione del preparato a base di ferro.  
Il cloramfenicolo può ritardare la risposta della terapia a base di ferro.  
La concomitante somministrazione di antiacidi e preparazioni orali a base di ferro può ridurre l'assorbimento del ferro.  
La concomitante somministrazione di preparazioni a base di ferro può interferire con l'assorbimento di alcuni chinolonici per os come ciprofloxacina, norfloxacina e ofloxacina come risulta dalla diminuita concentrazione di chinolonici nel siero e nelle urine.  
Può diminuire inoltre l'assorbimento della metildopa e, nei soggetti con ipotiroidismo primario, quello della tiroxina.
  - 4.6 **Uso in caso di gravidanza e di allattamento:**  
L'uso in caso di gravidanza ed allattamento è raccomandato dalla letteratura internazionale.
  - 4.7 **Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine:**  
Nessun effetto è riportato dalla letteratura sull'attenzione e sulla capacità di guidare o usare macchine.
  - 4.8 **Effetti indesiderati:**  
La probabilità di intolleranza gastrica al ferro nel veicolo Gradumet a liberazione controllata è scarsa. Ove dovesse verificarsi, la compressa può venire presa dopo un pasto. Sono stati osservati, inoltre, con bassa incidenza i seguenti eventi avversi: diarrea, stipsi, nausea, vomito, dolori o disturbi addominali, colorazione nera delle feci ed in alcuni casi isolati sono state segnalate reazioni allergiche che vanno dal rash all'anafilassi.  
Post-marketing: le seguenti reazioni avverse sono state segnalate durante la sorveglianza post-marketing. La frequenza di queste reazioni non è nota (non può essere stabilita sulla base dei dati disponibili).  
Patologie gastrointestinali:
    - Ulcerazioni della bocca (in caso di somministrazione non corretta, quando le compresse vengono masticate, succhiate o tenute in bocca).

Tutti i pazienti, ma in particolar modo i pazienti anziani e i pazienti con disturbi della deglutizione possono essere a rischio anche di lesioni esofagee, di necrosi bronchiale o di stenosi bronchiale (vedere paragrafo 4.4.), in caso di assunzione errata.

### Segnalazione delle reazioni avverse sospette

La segnalazione delle reazioni avverse sospette che si verificano dopo l'autorizzazione del medicinale è importante, in quanto permette un monitoraggio continuo del rapporto beneficio/rischio del medicinale. Agli operatori sanitari è richiesto di segnalare qualsiasi reazione avversa sospetta tramite il sistema nazionale di segnalazione riportato all'indirizzo <https://www.aifa.gov.it/content/segnalazioni-reazioni-avverse>.

### 4.9 **Sovradosaggio:**

I segni di grave tossicità possono manifestarsi in ritardo in quanto il ferro è in forma a liberazione controllata. Nella intossicazione acuta da ferro si possono manifestare un aumento della permeabilità capillare, una ipovolemia plasmatica, un aumento della gettata cardiaca ed improvvisi collassi cardiovascolari. Nel caso di iperdosaggio, occorre cercare di affrettare l'eliminazione delle compresse Gradumet ingerite. Si somministri al più presto possibile un emetico, seguito, se opportuno da lavanda gastrica. Immediatamente dopo il vomito, va somministrata una forte dose di purgante salino al fine di accelerare il passaggio del farmaco nell'apparato intestinale.

Successivamente si può pensare ad eseguire un esame radiologico per accertare la posizione ed il numero delle compresse Gradumet che sono rimaste nell'apparato gastro-intestinale.

### 5. **PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE:**

L'assorbimento del ferro avviene allo stomaco e nella prima porzione duodenale, ed esso è inversamente proporzionale al grado di saturazione delle scorte marziali dell'organismo. Essenziale ai fini dell'assorbimento è che il ferro sia presente come ferro bivalente.

Oggi si tende a spiegare la regolazione dell'assorbimento del ferro elementare in rapporto alla saturazione della transferrina plasmatica e quindi in rapporto diretto con la saturazione dei depositi di ferro.

Il ferro in eccesso ai bisogni dell'emoglobina, della mioglobina e delle altre funzioni cellulari è conservato come ferritina ed emosiderina specialmente nelle cellule parenchimali del fegato e della milza.

L'escrezione media giornaliera di ferro in condizioni fisiologiche normali è di 0,5-1 mg.

Nella donna il ciclo mestruale comporta una ulteriore escrezione di circa 0,3-1,0 mg al giorno. La dose di 1 g di ferro elementare per via orale viene considerata tossica e richiede un appropriato trattamento.

Il Ferro-Grad è un preparato Teofarma che consente un'efficace terapia marziale per via orale risparmiando al paziente i disturbi che talvolta caratterizzano la somministrazione del ferro per os.

Ogni compressa Gradumet contiene 329,7 mg di solfato ferroso essiccato (corrispondente a 105 mg di ferro elementare) ed è costituita da una matrice di resina porosa ed inerte impregnata con il sale di ferro. Il tempo di cessione del solfato ferroso è controllato in modo da liberare la maggior parte del minerale durante il passaggio della compressa del duodeno e nel tratto superiore del piccolo intestino. La matrice resinosa, svuotata del suo contenuto, non viene assorbita ed è eliminata con le feci.

Tossicità acuta: ratto ceppo Wistar per os DL50 mg 1119 (981-1275).

Tossicità alla somministrazione prolungata.

Ratto: Os 326 mg per 20 giorni.

Il solfato ferroso è contenuto negli spazi interstiziali della matrice, e viene liberato dopo circa un'ora dall'ingestione della compressa, mediante un semplice meccanismo osmolare. Lo ione ferroso segue poi il destino metabolico comune al ferro alimentare.

### 6. **INFORMAZIONI FARMACEUTICHE:**

#### 6.1. Elenco degli Eccipienti

Metilacrilato-metilmetacrilato, Magnesio Stearato, Povidone, Polietilenglicol 6000, Soluzione ricoprente: Acetofalato di cellulosa, Polietilenglicol 6000, E-172, Etilvanillina, Albumina d'uovo, Glicol propilenico, Polisorbato 80, Olio di ricino, Saccarina

#### 6.2. **Incompatibilità:**

Come tutti i prodotti a base di ferro, anche il FERRO-GRAD è incompatibile con le penicillamine per il rischio di una aumentata tossicità di quest'ultime.

#### 6.3. **Durata di stabilità:**

Il prodotto è stabile in confezionamento integro per 36 mesi.

#### 6.4. **Speciali precauzioni per la conservazione:**

Nessuna speciale precauzione per la conservazione.

#### 6.5. **Natura dei contenitori, confezioni:**

Blister da 40 compresse

### 7. **Nome del titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio:**

Teofarma S.r.l. – Via F.lli Cervi, 8 – 27010 Valle Salimbene (PV)

### 8. **N° di A.I.C.:**

"105 mg compresse a rilascio prolungato" 40 compresse – A.I.C. n. 021922024

### 9. **Data di approvazione:**

Ferro-Grad 40 compresse

09/06/1971

### 10. **Data revisione testo:**

Novembre 2019

**FERRO-GRAD®**  
*Solfato ferroso*

# Iperandrogenismo e contraccettivi orali combinati: benefici terapeutici oltre la contraccezione

La contraccezione ormonale ha trasformato profondamente la salute riproduttiva delle donne negli ultimi sessant'anni. Dalla loro introduzione, i contraccettivi orali combinati (COC) hanno subito un'importante evoluzione in termini di formulazione, tollerabilità e profili farmacologici. Inizialmente concepiti per prevenire gravidanze indesiderate, hanno dimostrato effetti terapeutici che vanno oltre la loro funzione contraccettiva.

Tra questi effetti, il trattamento dei disturbi legati all'iperandrogenismo nelle donne occupa un posto centrale. Acne, alopecia androgenetica, irsutismo, disturbi del ciclo mestruale e sindrome dell'ovaio policistico (PCOS) sono solo alcune delle condizioni che possono beneficiare dell'effetto anti-androgeno dei COC.

## CONTRACCEZIONE ORMONALE: FORMULAZIONI IN CONTINUA EVOLUZIONE

- Le prime pillole erano composte da dosi relativamente elevate di etinilestradiolo, combinate con progestinici di prima generazione (come il levonorgestrel), e somministrate secondo uno schema monofasico fisso per 21 giorni, seguito da una pausa di una settimana. Queste formulazioni si sono gradualmente evolute, sia in termini di dosi ormonali che di selettività delle molecole.
- Le maggiori conoscenze di endocrinologia e farmacologia riproduttiva hanno portato allo sviluppo di progestinici di seconda, terza e poi quarta generazione, con profili recettoriali più specifici ed effetti metabolici più favorevoli. Questi sviluppi hanno permesso di ridurre gli effetti androgeni indesiderati associati ai progestinici di prima generazione, pur mantenendo un'efficacia contraccettiva ottimale.
- Allo stesso tempo, sono emersi nuovi regimi di somministrazione: bifasici o trifasici, progettati per riprodurre meglio la variazione fisiologica dei livelli ormonali durante il ciclo mestruale. Il tradizionale regime 21/7 è stato gradualmente sostituito o integrato da regimi prolungati (24/4, 26/2 o dosaggio continuo), con l'obiettivo di migliorare la compliance delle pazienti, ridurre i sintomi associati alla perdita di ormoni e offrire alle pazienti un maggiore comfort<sup>1</sup>.

Grazie a questi progressi, i moderni contraccettivi ormonali non si limitano più al loro ruolo contraccettivo. Essi offrono oggi comprovati benefici terapeutici, in particolare per:

- regolare cicli mestruali irregolari o eccessivi;
- migliorare i sintomi della sindrome premestruale;
- trattare l'iperandrogenismo e le sue manifestazioni cliniche: irsutismo, acne, alopecia androgenetica<sup>1</sup>.

## GLI ANDROGENI NELLA DONNA: SINTESI, CIRCOLAZIONE E AZIONE

Gli androgeni (testosterone, androstenedione, DHEA, DHEAS) sono ormoni steroidei prodotti nelle donne dalle ovaie (fino alla menopausa) e dalle ghiandole surrenali. Sono sintetizzati a partire dal colesterolo attraverso una complessa cascata enzimatica (Fig. 1)<sup>2</sup>.

Una volta sintetizzati, gli androgeni circolano nel sangue principalmente in forma legata a proteine di trasporto, in particolare SHBG (Sex Hormone Binding Globulin) o albumina. Solo una frazione libera e biologicamente attiva può diffondersi nei tessuti bersaglio ed esercitare i suoi effetti.

I principali tessuti bersaglio (pelle, follicoli piliferi, ghiandole sebacee, muscoli) esprimono enzimi locali, in particolare la 5 $\alpha$ -reduttasi, che converte il testosterone in diidrotestosterone (DHT), una forma androgena più potente.

Il DHT agisce legandosi al suo specifico recettore intracellulare, determinando cambiamenti nell'espressione genica responsabili delle manifestazioni cliniche dell'iperandrogenismo<sup>2</sup>.

## IPERANDROGENISMO FEMMINILE: UN MOTIVO FREQUENTE DI CONSULTAZIONE

L'iperandrogenismo è definito come l'evidenza clinica o biologica di un eccesso di androgeni nelle donne. Colpisce fino al 10% delle donne in età fertile e più raramente le donne in post-menopausa<sup>3,4</sup>. Si riferisce a un eccesso di produzione di androgeni (testosterone, androstenedione, DHEAS) o a un'ipersensibilità dei tessuti bersaglio a questi ormoni. La sua espressione clinica è eterogenea e può essere isolata o sindromica:

- Acne, in particolare quella mandibolare, che si ripresenta dopo i 25 anni;
- alopecia androgenetica;

- Irsutismo, definito dalla presenza di peli più spessi, densi e pigmentati nelle aree maschili;
- disturbi del ciclo e infertilità<sup>5</sup>.

L'espressione clinica dell'iperandrogenismo è modulata da tre fattori:

- Il livello di testosterone biodisponibile, che dipende dal livello di testosterone totale e dal livello di SHBG, che ha un'elevata affinità per il testosterone libero nel sangue, rendendolo inattivo<sup>6</sup>;
- Biosintesi del DHT dal testosterone attraverso la 5-reduttasi, in particolare nella pelle. Il DHT agisce sugli stessi recettori del testosterone e quindi produce gli stessi effetti, ma è circa 30 volte più potente<sup>7</sup>;
- L'affinità dei recettori degli androgeni (in particolare del testosterone e del DHT)<sup>8</sup>.

Tutti questi parametri sono influenzati da fattori etnici, genetici, personali ed eventualmente iatrogeni. L'iperandrogenismo può avere origine nelle ovaie, nelle ghiandole surrenali o in entrambe. Le principali cause identificate sono 3:

- La PCOS è un'entità endocrina multifattoriale;
- Sindrome SAHA (seborrea, acne, irsutismo, alopecia);
- Iperandrogenismo funzionale o idiopatico;
- Tumori ovarici o surrenali (più rari);
- Sindrome di Cushing;
- Iperandrogenismo iatrogeno.

## Iperandrogenismo e PCOS

La PCOS è la causa più comune di iperandrogenismo nelle ragazze adolescenti e nelle donne in età fertile. Secondo la classificazione di Rotterdam, la diagnosi si basa sulla presenza di due dei tre criteri seguenti<sup>9</sup>:

- Cicli anovulatori o oligo-ovulatori;
- iperandrogenismo clinico (irsutismo, acne e/o alopecia androgenica) e/o iperandrogenismo biologico (aumento del testosterone totale e/o libero);
- Ovaie policistiche all'ecografia.

La fisiopatologia della PCOS comporta complesse anomalie dell'asse ipotalamo-ipofisio-ovaio, l'ipersensibilità delle cellule tecali alle gonadotropine, l'iperinsulinemia che favorisce la produzione ovarica di androgeni e un difetto di retrocontrollo negativo<sup>5</sup>. Questa patologia è inoltre associata a un aumentato rischio di<sup>9</sup>:

- Sindrome metabolica (insulino-resistenza, dislipidemia),
- diabete di tipo 2,
- Disturbi ansioso-depressivi,
- Infertilità..

## Iperandrogenismo e acne

L'acne è una dermatosi infiammatoria multifattoriale, molto comune nelle donne in età fertile. Gli androgeni svolgono un ruolo centrale nella fisiopatologia dell'acne, stimolando la secrezione di sebo e promuovendo l'ipercheratinizzazione follicolare.

- In un contesto di iperandrogenismo femminile, l'acne si manifesta preferenzialmente nella parte inferiore del viso (mento, mascelle) e assume la forma di lesioni infiammatorie, talvolta cistiche o nodulari, spesso resistenti ai trattamenti topici anti-acne convenzionali<sup>2,10</sup>.

## Iperandrogenismo e alopecia androgenetica

L'alopecia androgenetica è una forma comune di perdita di capelli nelle donne, che colpisce circa il 6-12% delle donne in premenopausa e oltre il 30% delle donne di età superiore ai 50 anni. È spesso associata a un eccesso di androgeni circolanti, ma può verificarsi anche in donne normo-androgeniche, suggerendo un'ipersensibilità locale dei follicoli piliferi agli androgeni.

Dal punto di vista fisiopatologico, l'alopecia androgenetica deriva dalla progressiva miniaturizzazione dei follicoli piliferi androgeno-dipendenti sotto l'effetto del diidrotestosterone. Questo porta a una progressiva riduzione della durata della fase anagen (fase di crescita) del ciclo pilifero.

Nelle donne affette da iperandrogenismo, il modello di perdita dei capelli spesso segue quello dell'alopecia maschile, con un diradamento diffuso al vertice, mentre l'attaccatura dei capelli è generalmente conservata<sup>11,12</sup>.

## Iperandrogenismo e sindrome SAHA

La sindrome SAHA (Seborrea, Acne, Irsutismo, Alopecia Androgenetica) si riferisce a un gruppo di manifestazioni cutanee che suggeriscono la presenza di un eccesso di androgeni. Questa sindrome

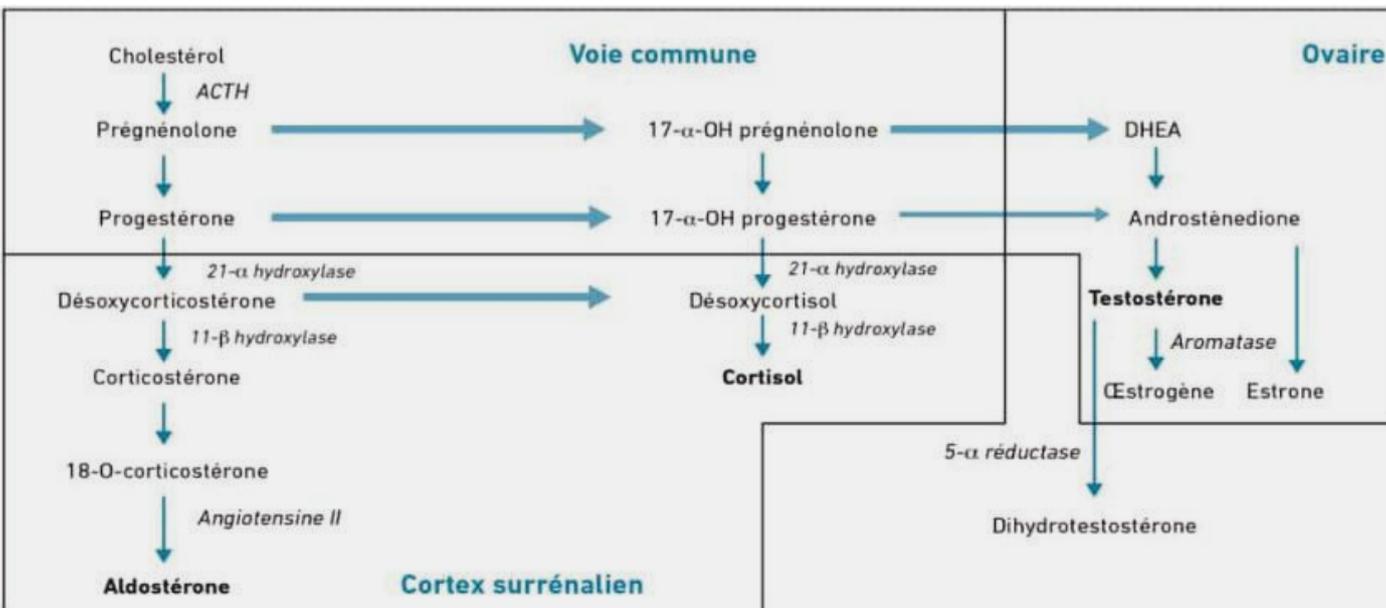


Figura 1  
Vie di biosintesi degli androgeni surrenalici e ovarici<sup>2</sup>

dermatologica può essere un sintomo di un iperandrogenismo non diagnosticato, soprattutto nelle giovani donne. È frequentemente associata a disturbi endocrini, in particolare alla PCOS, ma può verificarsi anche in altri contesti patologici<sup>13,14</sup>.

La sindrome SAHA è classificata in quattro forme eziologiche in base alla presunta fonte dell'eccesso di androgeni<sup>13,14</sup>:

- Ovarica (più comune, tipicamente nella PCOS);
- surrenalica (ad esempio, iperplasia surrenalica congenita non classica);
- Iperprolattinemia (dovuta all'inibizione dell'asse gonadotropico);
- Idiopatica (nessuna anomalia biologica rilevabile).

### BENEFICI DEI CONTRACCETTIVI ORALI COMBINATI NELLA GESTIONE DELL'IPERANDROGENISMO

La contraccezione estroprogestinica contribuisce a ridurre l'iperandrogenismo attraverso diversi meccanismi d'azione complementari.

#### Benefici degli estrogeni<sup>2,5</sup>

Gli estrogeni presenti nei COC - principalmente etinilestradiolo (EE) o, in alcune formulazioni recenti, estradiolo naturale - svolgono un ruolo attivo nella riduzione dell'iperandrogenismo femminile attraverso diverse azioni sinergiche:

- Stimolazione epatica della SHBG, che riduce la frazione libera degli androgeni e quindi la loro disponibilità biologica.
- Soppressione dell'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio: l'EE inibisce la secrezione di LH, responsabile della produzione ovarica di testosterone da parte delle cellule tecali.
- Inibizione indiretta dell'attività della 5 $\alpha$ -reduttasi, riducendo i substrati disponibili e modulando i cofattori ormonali necessari per la sua attivazione.

#### Benefici dei progestinici<sup>15</sup>

Il progestinico è l'elemento differenziante dei COC. A seconda della sua natura chimica, può accentuare, controbilanciare o neutralizzare gli effetti degli estrogeni.

I progestinici sono classificati in base alla loro struttura chimica di riferimento (Tab. 1):<sup>16</sup>

Non tutti i progestinici hanno la stessa attività androgenica o metabolica. Alcuni progestinici di prima e seconda generazione (come il levonorgestrel e il norgestimato) hanno un'attività androgenica residua, mentre altri (come il dienogest e il drospirenone) hanno un profilo anti-androgenico.

I progestinici con attività anti-androgenica agiscono attraverso diversi meccanismi complementari:

- blocco della 5 $\alpha$ -reduttasi, riducendo la conversione del testosterone in DHT
- riduzione dell'espressione dei recettori degli androgeni nei tessuti bersaglio

- Inibizione della produzione di androgeni ovarici attraverso la riduzione dell'LH

Entrambi i componenti estroprogestinici hanno un effetto antigonadotropo, abbassando i livelli di ACTH e inibendo la steroidogenesi surrenalica (attraverso il feedback negativo dell'asse ipotalamo-ipofisi). In caso di iperandrogenismo, la scelta del progestinico è quindi fondamentale per massimizzare i benefici anti-androgeni e limitare gli effetti metabolici (Tab. 2).

### CONTROINDICAZIONI AI CONTRACCETTIVI COMBINATI ESTROGENO-PROGESTINICI

I COC non devono essere utilizzati nelle seguenti situazioni<sup>17</sup>:

- Anamnesi, presenza o rischio di trombosi venosa o arteriosa
  - Fattori di rischio cardiovascolare importanti
  - Emicrania con aura
  - Grave malattia epatica
  - Pancreatite o anamnesi di pancreatite
  - Anamnesi nota, sospetta o recente di cancro al seno
  - Immediato post-partum (< 21-42 giorni a seconda del rischio tromboembolico)
  - Sanguinamento vaginale di origine sconosciuta
- Le controindicazioni per i contraccettivi orali combinati (COC) antiandrogeni sono sostanzialmente le stesse dei COC convenzionali, poiché il rischio è legato principalmente alla componente estrogenica. Tuttavia, a seconda del tipo di progestinico utilizzato, possono essere specificati alcuni elementi o sfumature aggiuntive.

### BENEFICI NON CONTRACCETTIVI DEI CONTRACCETTIVI ORALI COMBINATI

- I COC non sono più solo contraccettivi: possono essere anche un approccio terapeutico efficace per i disturbi iperandrogenici come acne, irsutismo, alopecia androgenetica e PCOS.
- Gli estrogeni contenuti nei COC riducono il testosterone libero e inibiscono la secrezione di LH, limitando così la produzione ovarica di androgeni.
- Alcuni progestinici di ultima generazione (dienogest, drospirenone, ciproterone acetato) possiedono un'attività antiandrogena diretta, essenziale per affrontare efficacemente i sintomi cutanei e ottimizzare i risultati clinici.
- La scelta del COC deve essere individualizzata, tenendo conto del profilo clinico della paziente, di eventuali comorbilità e del profilo ormonale. Il tipo di progestinico utilizzato gioca un ruolo decisivo nel profilo metabolico e androgenico del trattamento.

Derivati del 19-nortestosterone		Derivati del 17-idrossiprogesterone	Derivati del 19-progesterone	Derivati del 17-spirolactone
Estrani	Gonani	Pregnani		
- Dienogest - Noretisterone	- Levonorgestrel - Desogestrel - Gestodene - Norgestimato	- Medrossiprogesterone acetato - Ciproterone acetato	- Nomegestrol acetato - Trimegestone	- Drospirenone

**Tabella 1**  
Classificazione dei progestinici (adattata da Schindler et al. 2003)

Progestinici	Attività progestinica	Anti-gonadotropo	Anti-estrogenico	Estrogenico	Androgenico	Anti-androgenico	Glucocorticoide	Anti-mineralcorticoide	Procoagulatorio
Progesterone	+	-	+	-	-	+/-	+	+	-
Dienogest	+	+	+/-	-	-	+	+	-	-
Ciproterone acetato	+	+	+	-	-	++	+	-	-
Medrossiprogesterone acetato	+	+	+	-	+/-	-	+	-	-
Nomegestrol acetato	+	+	+	-	-	+/-	-	-	-
Trimegestone	+	+	+	-	-	+/-	-	+/-	-
Noretisterone	+	+	+	+	-	-	-	-	+
Levonorgestrel	+	+	+	+	-	-	-	-	+
Norgestimato	+	+	+	+	-	-	-	-	+
Desogestrel	+	+	+	+	-	-	-	-	+
Gestodene	+	+	+	+	-	-	-	-	+
Drospirenone	+	+	+	-	-	+	-	+	-

**Tabella 2**  
Profilo farmacologico dei progestinici (adattata da Regidor, 2017<sup>15</sup>)

### BIBLIOGRAFIA

- Schindler AE. Non-Contraceptive Benefits of Oral Hormonal Contraceptives. *Int J Endocrinol Metab.* 2012;11(1). doi:10.5812/ijem.4158
- BALES D, CHABBERT-BUFFET N. SOPK et acné. *Réal Thérapeutiques En Derm-Vénérologie.* 2022;314.
- Elhassan YS, Hawley JM, Cussen L, et al. Society for Endocrinology Clinical Practice Guideline for the Evaluation of Androgen Excess in Women. *Clin Endocrinol (Oxf).* Published online May 13, 2025;cen.15265. doi:10.1111/cen.15265
- Peigné M, Villers-Capelle A, Robin G, Dewailly D. Hyperandrogénie féminine. *Presse Médicale.* 2013;42(11):1487-1499. doi:10.1016/j.lpm.2013.07.016
- Sharma A, Welt CK. Practical Approach to Hyperandrogenism in Women. *Med Clin North Am.* 2021;105(6):1099-1116. doi:10.1016/j.mcna.2021.06.008
- Laurent MR, Hammond GL, Blokland M, et al. Sex hormone-binding globulin regulation of androgen bioactivity in vivo: validation of the free hormone hypothesis. *Sci Rep.* 2016;6(1):35539. doi:10.1038/srep35539
- Marchetti PM, Barth JH. Clinical biochemistry of dihydrotestosterone. *Ann Clin Biochem Int J Lab Med.* 2013;50(2):95-107. doi:10.1258/acb.2012.012159
- Hauger RL, Saelzler UG, Pagadala MS, Panizzon MS. The role of testosterone, the androgen receptor, and hypothalamic-pituitary-gonadal axis in depression in ageing Men. *Rev Endocr Metab Disord.* 2022;23(6):1259-1273. doi:10.1007/s11154-022-09767-0
- The Rotterdam ESHRE/ASRM-sponsored PCOS consensus workshop group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS). *Hum Reprod.* 2004;19(1):41-47. doi:10.1093/humrep/deh098
- Carmina E, Dreno B, Lucky WA, et al. Female Adult Acne and Androgen Excess: A Report From the Multidisciplinary Androgen Excess and PCOS Committee. *J Endocr Soc.* 2022;6(3):bvac003. doi:10.1210/endo/bvac003
- Carmina E, Azziz R, Bergfeld W, et al. Female Pattern Hair Loss and Androgen Excess: A Report From the Multidisciplinary Androgen Excess and PCOS Committee. *J Clin Endocrinol Metab.* 2019;104(7):2875-2891. doi:10.1210/je.2018-02548
- Grymowicz M, Rudnicka E, Podfigurna A, et al. Hormonal Effects on Hair Follicles. *Int J Mol Sci.* 2020;21(15):5342. doi:10.3390/ijms21155342
- Dalamaga M, Papadavid E, Basios G, et al. Ovarian SAHA syndrome is associated with a more insulin-resistant profile and represents an independent risk factor for glucose abnormalities in women with polycystic ovary syndrome: A prospective controlled study. *J Am Acad Dermatol.* 2013;69(6):922-930. doi:10.1016/j.jaad.2013.09.014
- Orfanos CE, Adler YD, Zouboulis CC. The SAHA Syndrome. *Horm Res Paediatr.* 2000;54(5-6):251-258. doi:10.1159/000053267
- Regidor PA, Schindler AE. Antiandrogenic and antiminerlocorticoid health benefits of COC containing newer progestogens: dienogest and drospirenone. *Oncotarget.* 2017;8(47):83334-83342. doi:10.18632/oncotarget.19833
- Schindler AE, Campagnoli C, Druckmann R, et al. Classification and pharmacology of progestins. *Maturitas.* 2003;46:7-16. doi:10.1016/j.maturitas.2003.09.014
- Assiri GA, Bannan DF, Alshehri GH, Alshyhani M, Almatrui W, Mahmoud MA. The Contraindications to Combined Oral Contraceptives among Reproductive-Aged Women in an Obstetrics and Gynaecology Clinic: A Single-Centre Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(3):1567. doi:10.3390/ijerph19031567

## ACCURATEZZA DEL TEST

- Sequenziamento con affidabilità ~99% nel rilevare le mutazioni nei geni investigati.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>The Application of Liquid Biopsy for the Development and Validation of a Non-Invasive Screening and Diagnosis Test for Endometrial Premalignant and Malignant Lesions: A Prospective Innovative Pilot Study. *Cancers* (Basel). 2025 Mar 23;17(7):1078

## LIMITI DEL TEST

- Analizza solo i geni inclusi nella tabella di riferimento (nel seguente QR-Code).



### • Non rileva:

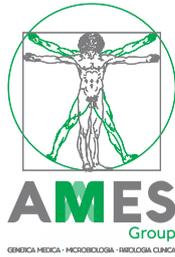
- mutazioni in geni non analizzati,
  - grandi delezioni, inversioni o duplicazioni (>25 bp),
  - mutazioni introniche oltre ±10 nucleotidi dall'esone,
  - mosaicismi della linea germinale,
  - altre malattie genetiche non oggetto del test.
- Alcune varianti possono avere significato clinico incerto e la loro interpretazione potrà cambiare con il progresso scientifico.

# GynOnc Reveal

## biopsia liquida per tumori ginecologici

### COS'È

Test genetico di screening non invasivo in grado di rilevare la presenza di mutazioni somatiche, in geni comunemente mutati nei tumori ginecologici utilizzando il DNA tumorale circolante (ctDNA) come biomarcatore, a partire da un semplice prelievo di sangue.



**SEDE LEGALE ED OPERATIVA MILANO**  
Via Mazzini, 3/A 20063  
Cernusco sul Naviglio - (MI)  
Tel.: 02 4651 1885

**SEDE OPERATIVA NAPOLI**  
Via Padre Carmine Fico, 24  
80013 - Casalnuovo di Napoli (NA)  
Tel. e Fax: 081 5224316 pbx

**SEDE OPERATIVA AVELLINO**  
Via Brigata Avellino, 30  
83100 - Avellino (AV)  
Tel.: 0825 784184

**SEDE LOGISTICA PIEMONTE**  
Via Torino, 57  
10036 - Settimo Torinese (TO)

informazioni@centroames.it



www.centroames.it



## A CHI È RIVOLTO IL TEST?

**Il test è suggerito alle donne che rientrano nei seguenti casi:**

- Donne con familiarità per tumori endometriali, ovarici e/o cervicali.
- Donne con fattori di rischio: obesità, diabete, infezioni genitali ricorrenti (es. HPV), immunodeficienza, età avanzata, fumo.
- Pazienti con analisi citologica positiva.
- Donne che desiderano una diagnosi precoce più approfondita.

## BENEFICI

- **GynOnc Reveal** potenzia la diagnosi precoce rispetto ad altri test rilevando mutazioni sia in stadi iniziali che avanzati del carcinoma endometriale e ovarico, quando il tumore è ancora trattabile.

- La biopsia liquida, mediante l'utilizzo del Next Generation Sequencing (NGS) rappresenta un approccio promettente per il monitoraggio nel tempo del carcinoma endometriale e ovarico.

Integrare la biopsia liquida nel percorso diagnostico contribuisce a migliorare le strategie terapeutiche personalizzate e gli esiti clinici per le pazienti affette da tumore.

# GynOnc Reveal



## RISULTATI OTTENIBILI CON IL TEST

### • Positivo (varianti presenti):

indica che l'analisi ha rilevato una o più mutazioni in geni associati ai tumori ginecologici.

### • Negativo (nessuna variante rilevata):

indica che dall'analisi non sono emerse mutazioni, ad oggi note dalla letteratura scientifica come chiaramente patogenetiche, nelle regioni analizzate.

### • Non conclusivo:

indica che il campione non era idoneo per qualità > risultato non interpretabile.



NOVITÀ

100%  
SENZA ORMONI



# LIBICARE<sup>®</sup> MENO

La nuova soluzione per la gestione completa,  
**GIORNO** e **NOTTE** dei sintomi della menopausa.



**GIORNO FELICE**  
Vitalità e libido

Trigonella, Tribulus,  
Damiana, Vitamina D



**NOTTE SERENA**  
Riposo profondo

Luppolo, Cimicifuga,  
Melatonina, Idrossitiroso



Integratore alimentare



Scansiona il Qrcode  
per maggiori informazioni

*Per sempre DONNA*



**BENEFICI DURANTE  
IL GIORNO**

Contribuisce al miglioramento di:

- **Vitalità<sup>1</sup>**
- **Vampate di calore<sup>2</sup>**
- **Desiderio sessuale<sup>3</sup>**



**BENEFICI DURANTE  
LA NOTTE**

Contribuisce al miglioramento di:

- **Vampate di calore notturne<sup>2</sup>**
- **Insonnia**
- **Sindrome metabolica<sup>4</sup>**



Procare<sup>®</sup>  
Health  
Naturally woman

1. Engels A et al. MMW Fortschr Med. 2008;149 Suppl4:162-6. 2. Aghamiri V, et al. Complement Ther Clin Pract. 2016;23: 130-5. 3. Studio osservazionale LIBIDObs per descrivere l'efficacia di LIBICARE<sup>®</sup> nelle donne con calo del desiderio e dell'eccitazione sessuale in vita reale. Dicembre 2020. 4. Hermans MP, et al. Antioxidants 2020, 9, 872.