

AOGOI

NUMERO
SPECIALE

La salute al femminile tra sostenibilità e società multi-etnica

Roma 16-19 ottobre 2016

Benvenuti
all'appuntamento annuale
dei ginecologi italiani

91° CONGRESSO NAZIONALE SIGO
56° CONGRESSO NAZIONALE AOGOI
23° CONGRESSO NAZIONALE AGUI

4/5
2016



Perfetta per i disturbi vulvo-vaginali. Ripara, lenisce, protegge.



Un'esclusiva formulazione in crema con ingredienti di origine naturale, dall'azione riparatrice, antinfiammatoria e di supporto alle difese immunitarie locali della zona vulvo-vaginale. Tutto questo è Celegyn.



DISPOSITIVO MEDICO **CE** 0546

NATHURA.COM


NATHURA®
LA NOSTRA RICERCA,
IL TUO STAR BENE.

- 4 Per un'innovazione 'sostenibile' e 'inclusiva': opportunità e sfide in ginecologia**
Giovanni Scambia
Enrico Vizza
 Co-Presidenti Congresso Sigo-Aogoi-Agui 2016
- 4 Siamo una grande squadra al servizio della salute femminile**
Vito Trojano
 Presidente AOGOI
- 7 SIGO 2016: un'edizione 'aperta' all'aggiornamento scientifico e al confronto con il mondo civile e istituzionale**
Paolo Scollo
 Presidente SIGO
- 8 La vera sfida che tutta la ginecologia, senza distinzione di ruolo, deve vincere**
Nicola Colacurci
 Presidente AGUI
- 9 Up-to-date scientifico e strategie sanitarie: ecco il baricentro della quattro giorni della ginecologia italiana**
Antonio Chiantera
 Segretario Nazionale AOGOI
- 10 Gli scenari della sanità in Parlamento**
Benedetto Fucci
 XII Commissione Affari Sociali della Camera
- 11 Quella che vogliamo è una sanità in grado di fornire standard qualitativi elevati per tutti**
Beatrice Lorenzin
 Ministro della Salute
- 13 Comunicando**
Carlo Sbiroli
 Responsabile AOGOI per l'Editoria
- 14 Salute delle donne e tessuto sociale**
Valeria Dubini
- 14 Obstetrical and Gynecological problems of Mediterranean Immigrants**
Vincenzo Giambanco
- 15 Endometriosi: quale tecnica di imaging per una diagnosi corretta?**
Elsa Viora
- 16 Terapia Ormonale Sostitutiva e Modulatori Selettivi del Recettore Estrogenico nella gestione della osteoporosi postmenopausale**
Stefano Lello,
Anna Capozzi,
Giovanni Scambia
- 16 Ginecologi e neonatologi insieme per il benessere materno-neonatale**
Davide De Vita
- 18 La sala parto e la salute futura di madre e nascituro: una prospettiva ecologica**
Antonio Ragusa e
Alessandro Svelato
- 21 Le attualità nelle disfunzioni del Pavimento Pelvico Femminile**
Mauro Cervigni
- 22 Vescica Iperattiva: ruolo della Fesoterodina**
Davide De Vita
- 25 Attività regionali e infertilità al centro del congresso AGITE**
Sandro M. Viglino
- 25 Consigli per una corretta alimentazione in gravidanza: brochure informative per le donne nord africane e indo-pakistane**
Claudio Crescini
- 26 Oncofertilità: una nuova disciplina per la preservazione della fertilità nella paziente oncologica**
Giacomo Corrado
Marcello Iacobelli
Emanuela Mancini
Ermelinda Baiocco
Anna Maria Lobascio
Arabella Bufalo
Ashanti Zampa
Anna Di Luca Sidozzi
Stefania Torelli
Enrico Vizza
- 26 Identificazione del linfonodo sentinella nei tumori solidi**
Alessandro Buda
- 28 La frequenza di tumori in gravidanza in Lombardia**
Fabio Parazzini
- 29 Fertility Sparing Surgery in pazienti con tumori ginecologici**
Giuseppe Trojano
- 30 Aborto volontario ripetuto, come limitare il fenomeno**
Emilio Arisi
- 31 La gravidanza al suo esordio**
Pasquale Pirillo
- 33 Sessione SIOS.E: un mix di teoria e pratica**
- 34 L'ostetrica nei contenziosi medico legali: analisi giurisprudenziale interattiva di casi**
Antonella Marchi
- 35 Neuropelveologia: una metodica innovativa per curare condizioni patologiche che possono influenzare i nervi del piccolo bacino**
Vito Chiantera
- 37 La comunicazione in ginecologia. Come parlare di MST?**
Carlo Maria Stigliano
- 38 Tempestività e qualità. Solidarietà e sintonia. Gli ingredienti del successo del Board di tutela legale AOGOI**
Vania Cirese
- 40 La professione del medico è...una colpa?**
Giuseppe Ettore
- 41 Un piccolo segnale dalla magistratura favorevole ai medici**
Giovanni Pomili
- 42 Cosa chiedono i medici a Governo e Regioni**
Carmine Gigli
- 42 Giovenale, ginecologo e pittore, in mostra al SIGO 2016**



Alle pagine 14-42
 La salute al femminile tra sostenibilità e società multietnica
 Anteprima dei temi congressuali



Per un'innovazione 'sostenibile' e 'inclusiva': opportunità e sfide in ginecologia

Giovanni Scambia
Enrico Vizza

Presidenti Congresso
Sigo - Aogoi - Agui 2016



Cari colleghi e amici, il 91° Congresso Nazionale Sigo - 56° Aogoi - 23° Agui ha scelto di porre al centro del dibattito scientifico e politico il tema della sostenibilità dell'innovazione terapeutica nella tutela della salute femminile e le sfide organizzative e culturali che derivano da una società multietnica in continua evoluzione, che richiede di programmare nuove strategie e impone di superare vecchi schemi culturali e sociali.

L'innovazione in campo tecnologico e farmacologico deve essere compresa e gestita con saggezza in modo da renderla un'opportunità sostenibile in un mondo reale, fatto di persone, che tenga conto delle differenze di Genere e delle disuguaglianze culturali e sociali insite in una società multietnica, globalizzata e dinamica.

Il congresso si articolerà in 6 aule in contemporanea in cui verranno affrontati per ciascuna aula i molteplici aspetti che concorrono a definire il concetto di Salute Femminile. Ciascuna aula avrà un filo conduttore diverso: Fisiologia e patologia della gravidanza, Innovazione in oncologia ginecologica e preservazione dell'integrità riproduttiva ed ormonale, Ginecologia benigna e benessere endocrinologico pre e post menopausale, Contraccezione e pianificazione familiare ecc.

Nella sala 6, che sarà organizzata come uno studio televisivo, avranno luogo tavole rotonde condotte da giornalisti in cui Sigo si confronterà con rappresentanti delle Istituzioni e del mondo politico e sociale su tematiche di importante impatto mediatico: Salute della donna in una società multietnica; Sostenibilità dell'innovazione tecnologica e farmacologica; Razionalizzazione dei punti nascita in Italia; Umanizzazione del parto; Responsabilità professionale e Medicina difensiva; Tutela della fertilità; Ruolo delle società scientifiche; Formazione del ginecologo in Italia: tra università, ospedale e territorio.

Sarà un'edizione congressuale innovativa sia nei temi affrontati che nella formula adottata. Sperando che questa sfida venga compresa e condivisa da tutti, auspichiamo una partecipazione numerosa da parte dei colleghi medici e del personale ostetrico-infermieristico come anche dei rappresentanti del mondo civile e politico.

SIGO 2016



Siamo una al servizio

Ringrazio i presidenti del Congresso per aver messo al centro del SIGO 2016 alcuni temi importanti, da un punto di vista clinico-scientifico e sociale. E anche per aver dato a questa edizione un taglio decisamente innovativo, sia nei contenuti sia nella formula adottata"





grande squadra della salute femminile



Vito Trojano
Presidente Nazionale AOGOI

Per quanto cammino un uomo possa percorrere nella sua vita professionale e sociale, e per quanti traguardi possa raggiungere, non può mai ritenersi “immune” dalle emozioni e questo appuntamento rappresenta per me una grande emozione, che sono lieto di condividere con tutti voi. Si conclude infatti il mio mandato di presidente Aogoi e con esso una tappa lunga e importante della mia vita: alla presidenza di questa Associazione ho trascorso sei anni (forse troppi dirà qualcuno) pieni di ‘progettualità’, dinamismo e passione ma anche di impegno e sacrificio.

Quando nel 2010 sono stato da voi eletto a Milano ho voluto dedicare questa mia elezione ai miei maestri ma soprattutto ai

giovani, perché sono loro, che nella continuità si preparano ad affrontare la nostra professione spesso animati da grande passione, a portarci nuove idee e a trasmetterci quell’entusiasmo che a volte perdiamo un po’ negli anni.

Loro sono il futuro della ginecologia italiana. Non dimentichiamolo mai e sosteniamoli sempre.

Non so se nel corso della mia presidenza sono sempre stato all’altezza di rispondere alle vostre istanze o alle vostre aspettative ma in tutta onestà sento di poter dire che le energie che ho profuso insieme a una meravigliosa squadra hanno centrato alcuni obiettivi importanti che mi ero posto all’inizio del mio mandato.

Tra questi, la collaborazione sempre più stretta con le istituzioni affinché, grazie all’apporto delle società scientifiche, le nostre problematiche più urgenti potessero trovare delle risposte – le migliori possibili – sul piano normativo e legislativo. Oggi, con credibilità e autorevolezza, siamo presenti in tutte le commissioni ministeriali e i tavoli tecnici riguardanti i tanti ambiti della nostra disciplina, sia ostetrica che ginecologica. Dal-

la rete materno-infantile a quella pediatrica, dalla fertilità all’oncofertilità e oncologia. Oltre alla nostra presenza nelle task force ministeriali per la valutazione degli eventi avversi nella nostra disciplina, siamo consulenti per il materno infantile dell’Agenas per le Regioni in piano di rientro; abbiamo inoltre contribuito alla elaborazione del Piano nazionale Fertilità, in particolare attraverso l’apporto del “Tavolo consultivo in materia di tutela e conoscenza della fertilità e prevenzione delle cause di infertilità”, che ha anche prodotto un documento di osservazioni e proposte.

Di questo dobbiamo esserne tutti orgogliosi perché si tratta di un risultato collettivo.

Quando abbiamo così insistente puntato i riflettori sulla sicurezza dei punti nascita in Italia, sull’enorme voragine dei contenziosi e sulla medicina difensiva – aprendo così la strada alla “riforma Fazio” e alle Indagini conoscitive sulla situazione dei punti nascita e sul contenzioso penale in sanità realizzate, con il nostro importante contributo, dalla Commissione parlamentare d’inchiesta sugli errori medici e i disavanzi sanitari – più di qualcuno ci ha sorriso alle spalle: *tutto lavoro inutile!*... Oggi sono lieto che il Ministro Lorenzin riconosca che senza tut-

Le energie che ho profuso insieme a una meravigliosa squadra hanno centrato alcuni obiettivi importanti che mi ero posto all’inizio del mio mandato

to quell’impegno e quel lavoro svolto forse non sarebbe decollato nulla.

Nel corso dei lavori congressuali, avremo modo di approfondire nella sessione “Aogoi per te” e in una tavola rotonda quelli che sono stati e sono tuttora temi prioritari nell’agenda Aogoi: la responsabilità professionale e la medicina difensiva. Entreremo nel merito delle possibili soluzioni, anche normative, da noi proposte e lo faremo con alcuni interlocutori istituzionali che ci sono stati a fianco in questi anni fin da quando, primi tra le società scientifiche, abbiamo denunciato la deriva della medicina difensiva, con i suoi alti costi, non solo economici, che peraltro sono assimilabili a una finanziaria.

L’impegno che abbiamo profuso in questa ‘causa’ trova la sua ragion d’essere in una semplice

affermazione: per noi il diritto alla salute e il diritto alla professionalità e serenità del medico vanno di pari passo. E ora che la legge sulla responsabilità è finalmente alle porte (si parla di qualche settimana per l’approvazione definitiva) possiamo dire che la nostra società scientifica si sente parte importante di questo risultato.

Questa legge l’Aogoi l’ha voluta, l’ha seguita passo dopo passo, non limitandosi solo a ‘vigilare’. Penso al contributo positivo che l’Aogoi ha dato nella cornice della “Commissione Alpa” sulla responsabilità professionale e la medicina difensiva, per quanto concerne in particolare le linee guida e l’Osservatorio nazionale del rischio clinico. Penso anche ai colloqui, alle audizioni di Camera e Senato, agli innumerevoli incontri che in questi anni abbiamo stimolato e promosso con i rappresentanti delle istituzioni e con tutte le parti interessate a far sì che si giungesse ad una buona legge. Anche a loro dico ‘grazie’, perché hanno accettato una sfida complicata, hanno avuto il merito di comprendere che i nostri non sono interessi ‘di parte’ e che la serenità di una categoria professionale, così importante per tutta la società, va tutelata perché questo è nell’interesse del-

► **Segue a pagina 6**

la collettività. Sembra scontato ma non è così. Sappiamo bene che intorno alla sanità ruotano tanti interessi.

In questa 'battaglia' mi sono speso senza riserve e a tempo pieno, tralasciando a volte (un po' a malincuore) il mio impegno di direttore clinico, ma il contributo che l'Aogoi ha potuto offrire è frutto di un lavoro di squadra che ho condiviso innanzitutto con il nostro segretario nazionale **Antonio Chiantera**, cui va tutta la mia stima e affetto, con **Vania Cirese**, con la quale abbiamo realizzato l'importante Ufficio di tutela legale Aogoi, con il presidente Sigo **Paolo Scollo** e il past president Sigo **Nicola Surico**, con il Direttivo e tutta la **Segreteria nazionale Aogoi**.

Quale parte importante di questa squadra, mi sia consentito citare anche il collega parlamentare **Benedetto Fucci** - cui va il mio personale ringraziamento e di tutta l'Aogoi - che ci è sempre stato a fianco portando avanti questa e tante altre nostre 'battaglie', forse di minor impatto mediatico di questa, ma non meno importanti per la nostra specialità. Ricordo, per esempio, la sua risoluzione sulla ginecologia oncologica, approvata in Commissione Affari Sociali nel 2014, che ha attivato il governo ad impegnarsi per un attento monitoraggio sul tema della formazione e della ricerca, istituendo presso le università o aziende ospedaliere specifici percorsi in ginecologia oncologica.

Oggi, il nostro interesse per quell'altro volto del Pianeta femminile, con le sue peculiarità e problematiche, non è più 'astratto' ma concreto

Ora, a distanza di tempo, posso dire che il nostro percorso europeo, che ha dato poi vita al Network europeo di Ostetricia e Ginecologia, ha giocato un ruolo importante. Innanzitutto ci ha fatti crescere, sia in termini di 'visione' complessiva che di esperienza e competenze, in quanto ci ha permesso di studiare e approfondire il tema della responsabilità professionale alla luce delle esperienze dei paesi membri e della legislazione comunitaria. Ci ha permesso soprattutto di dar vita a una task force di società scientifiche (che fu ufficializzata, alla presenza del Commissario europeo per la Salute Tonio Borg, in occasione della Conferenza internazionale sulla responsabilità professionale da noi organizzata a Roma il 2 luglio del 2014) che si è data un obiettivo preciso e ambizioso: promuovere il varo di una disciplina comunitaria che armonizzi i modelli legislativi e giurisprudenziali in tema di respon-

sabilità medica, copertura assicurativa delle strutture sanitarie, monitoraggio e gestione del rischio clinico, valutazione medico legale del danno al paziente. Senza dimenticare che essere presenti a Bruxelles significa rilanciare sia a livello europeo ed extra europeo, aver accesso ad aggiornamenti e approfondimenti settoriali e acquisire e consolidare contatti internazionali. Significa soprattutto rendersi interlocutori attivi presso le Direzioni Generali interessate della Commissione Salute e Mercato.

Il dialogo con la comunità scientifica internazionale, e soprattutto con le nostre consorelle, è di grande importanza per il nostro accrescimento professionale, culturale e umano. Per questo, essere riusciti ad ospitare a Roma il congresso mondiale di ginecologia FIGO 2012 è un risultato senz'altro 'di prestigio', ma che è riduttivo esprimere solo in questi termini.

Il Mondiale di ginecologia di Roma, che ricorderò come un altro momento molto speciale della mia presidenza, ma anche di altri appuntamenti internazionali di grande respiro, mi riporta al tema di fondo di questo nostro Nazionale SIGO 2016: "La salute al femminile tra sostenibilità e società multietnica". Il confronto con i colleghi provenienti da tutti i continenti ci ha aiutato negli anni a conoscere meglio un Pianeta Donna, al centro della nostra professione, fatto di diverse culture per quanto riguarda la sessualità, la maternità e il ruolo della donna all'interno della società e della famiglia. Oggi, il nostro interesse per quell'altro volto del Pianeta femminile, con le sue peculiarità e problematiche, non è più 'astratto' ma concreto. I cittadini di origine straniera rappresentano ormai più dell'otto per cento della nostra popolazione e sono oltre un milione e 700mila le donne di origine straniera in età fertile. Donne che affluiscono sempre più numerose nei nostri ambulatori e che partoriscono nei nostri ospedali: un parto su 5 è svolto da una donna di origine straniera.

Tra i medici specialisti noi ginecologi siamo quelli che più hanno a che fare con queste 'diversità' e in una società sempre più multietnica dobbiamo aggiornare le nostre conoscenze e rimodulare, se necessario, il nostro approccio. È proprio questa esigenza ci ha spinto a scegliere come *fil rouge* di questa edizione congressuale il benessere e la salute delle donne immigrate. L'integrazione, di cui tanto si discute, può davvero cominciare nei reparti materni infantili dove sempre più neonati vengono al mondo con nomi e cognomi non italiani. Il parto come ben sappiamo rappresenta spesso il primo o comunque il momento più importante in cui la donna straniera immigrata entra in contatto con la nostra sanità pubblica.

Su questi temi la sessione Sigo-Sgom sulle problematiche ostetriche e ginecologiche delle donne migranti, con un confronto delle modalità di assistenza nei paesi rivieraschi del Mediterraneo, e le tavole rotonde "Salute della donna in una società multietnica" e "Salute della donna straniera: esperienze e prospettive di integrazione" offrirà senz'altro un dibattito molto interessante, affrontando i problemi più urgenti che interessano questa fascia più vulnerabile della popolazione femminile e ponendo l'accento sulle azioni da mettere in campo per 'aggredire' queste criticità. Criticità che riguardano principalmente l'informazione alle donne straniere, la Formazione dei medici (quelli di famiglia *in primis* oltre che dei ginecologi soprattutto i territoriali) e la realizzazione di ambulatori dedicati con personale di supporto multilingue. A questo riguardo, una buona idea potrebbe essere quella di riconvertire gli ospedali che effettuano meno di mille parti in centri di riferimento per donne immigrate.

Il Progetto Aogoi per la prevenzione delle Ivg ripetute, che verrà presentato in una sessione dedicata, avrà senz'altro una ricaduta positiva anche sulla salute delle giovani straniere il cui tasso di abortività è più del doppio di quello registrato tra le italiane di pari età. Per arginare questo fenomeno, che impatta pesantemente sulla salute delle donne, ma anche sul sistema assistenziale con un grande dispendio di costi (la numerosità degli aborti ripetuti si colloca attorno ai 30.000 casi/anno negli ultimi tre anni), è necessario creare una 'cultura' tra le donne sia italiane sia straniere. Il Progetto Aogoi, da attuare, con il sostegno anche del ministero della Salute, in alcuni centri di riferimento prevede un Programma di sensibilizzazione degli operatori dei centri italiani sull'importanza di garantire la dovuta attenzione alla contraccezione post-Ivg e un percorso di counselling contraccettivo subito dopo l'intervento. L'obiettivo è ridurre così nell'arco di due anni questo preoccupante fenomeno che interessa soprattutto le donne straniere.

In questi ultimi anni l'Aogoi ha intensificato e diversificato molto la sua offerta formativa. Colgo qui l'occasione per ringraziare i nostri segretari regionali (i nostri 'megafoni' sul territorio) che hanno moltiplicato i loro sforzi nell'organizzazione di corsi e convegni di spessore. A beneficiarne saranno soprattutto i giovani colleghi cui affidiamo il futuro della ginecologia italiana e della nostra società scientifica affinché accresca il suo 'peso' nella comunità scientifica internazionale. La nostra Associazione è impegnata anche nella **Formazione a**

Distanza che, grazie alla sua formula, è ormai uno dei principali strumenti di aggiornamento tecnico-scientifico che consente l'Educazione Continua in Medicina. Si tratta di una grande opportunità che l'Aogoi offre ai propri Soci per accrescere le proprie competenze professionali. A breve partirà anche un **Master sulla comunicazione**, che sarà coordinato da **Carlo Maria Stigliano**, che ringrazio per l'apporto prezioso che ha dato all'Aogoi in questi anni.

Anche questa 'novità' nella nostra offerta formativa è in linea con la cogente istanza di migliorare la comunicazione in sanità, e in particolar modo la comunicazione medico-paziente che è alla base dell'alleanza terapeutica. Una comunicazione carente o poco 'empatica' oltre che essere un pericoloso trigger del contenzioso medico legale può essere motivo di perdita di fiducia nel proprio medico e finanche nella medicina basata sulle evidenze. Con conseguenze a volte drammatiche, come ci racconta la cronaca di questi giorni sui casi di rifiuto di terapie 'salvavita', come la chemioterapia, per inseguire promesse

Il percorso che insieme, uniti, abbiamo fatto in questi anni mi induce a guardare con positività al futuro della nostra Associazione e più in generale a quello della ginecologia italiana

terapeutiche infondate. Ebbene noi dobbiamo essere in grado di fronteggiare questa 'ondata antiscientifica' anche con una 'buona comunicazione' e un'informazione corretta, che costituisce uno strumento cruciale per migliorare il benessere femminile in ogni fase della vita.

Questi temi, e in particolare quello legato a "La comunicazione medico scientifica": nuovo ruolo e responsabilità per le società scientifiche, saranno al centro di un incontro-dibattito organizzato nell'ambito del congresso da **Carlo Sbiroli**, responsabile Aogoi per l'Editoria, che vedrà la partecipazione di giornalisti di grande esperienza nel campo della comunicazione sanitaria e medico scientifica. Anche a lui, preziosissima risorsa per la nostra Associazione, va il mio sincero 'grazie'.

Il congresso si articolerà in 6 aule in contemporanea e ciascuna aula avrà un filo conduttore diverso. Grazie al contributo di molti colleghi troverete in queste pagine un approfondimento su alcuni dei 'molteplici aspetti che concorrono a definire il

concetto di Salute Femminile'. Colgo qui l'occasione per ringraziarli e con loro i presidenti del congresso **Giovanni Scambia** ed **Enrico Vizza** per aver messo al centro di questa edizione alcuni temi importanti, a me molto vicini, come la Fertilità e l'Oncofertilità. E anche per aver dato a questa edizione congressuale un taglio decisamente innovativo, non solo nei contenuti ma anche nella formula adottata. Sono certo che l'apprezzamento di tutti i colleghi sarà unanime.

Insieme abbiamo raggiunto molti obiettivi, molti altri sono da raggiungere. Sul tappeto ci sono sfide importanti: l'Osservatorio nazionale del rischio clinico, da noi voluto fortemente ed inserito nella legge sulla responsabilità professionale, cui deve essere data piena attuazione anche a livello regionale e locale; i nuovi Drg di ostetricia e ginecologia e i nuovi Lea; le linee guida da condividere con le istituzioni; il Patto digitale della salute; i nuovi contratti con il personale; il 'Ddl Lorenzin' sulla riforma degli Ordini e le sperimentazioni cliniche; il Dm 70 del 2015, il Regolamento per la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera; la nuova legge sulla Pma, su cui è impegnata in prima persona la presidente della Commissione Sanità del Senato Emilia Grazia De Biasi: una legge necessaria, anche alla luce delle sentenze della Corte costituzionale e della Corte Ue... ma tutto questo fa parte di un altro capitolo che dovremo scrivere tutti insieme.

Il percorso che insieme, uniti, abbiamo fatto in questi anni mi induce a guardare con positività al futuro della nostra Associazione e più in generale a quello della ginecologia italiana. La salute femminile, e in particolare il percorso e l'evento nascita, sono entrati finalmente nell'agenda politica con un loro peso specifico. Sono diventati temi di prioritario interesse nazionale, a tutti gli effetti. E in questo, che è certamente un grande risultato frutto senz'altro di molti fattori e di molte sinergie, ha avuto un ruolo non trascurabile la 'lobby buona' portata avanti dalle nostre società scientifiche - definitivamente tutte insieme unite - e dalle nostre società affiliate.

L'elenco dei ringraziamenti a chi mi è stato vicino e mi ha sostenuto in questi anni, non risparmiando tempo ed energie, è davvero troppo lungo per essere contenuto nel mio ultimo saluto da Presidente Aogoi, perciò mi limiterò a un semplice 'grazie' a tutti voi, colleghi e amici, per l'opportunità che mi avete concesso di vivere questa esperienza che mi ha fatto crescere professionalmente e umanamente. Altrettanto auguro al mio successore al quale non potrei fare augurio migliore di questo. **Y**

SIGO 2016: un'edizione 'aperta' all'aggiornamento scientifico e al confronto con il mondo civile e istituzionale

Paolo Scollo
Presidente SIGO

La 91° edizione del Congresso nazionale Sigo sarà, come sempre, una interessante occasione di incontro e di sintesi dell'attività della nostra associazione, e in senso più ampio della Ginecologia Italiana. Quest'anno, il Sigo 2016 segnerà anche un importante momento di rinnovamento per la nostra vita associativa: siamo infatti giunti alla scadenza dell'attuale Consiglio Direttivo e della mia Presidenza e l'elezione delle cariche per il prossimo triennio aprirà una nuova fase. E così sarà anche per le nostre Società confederate Aogoi e Agui. Seguendo l'esempio di altre società scientifiche, questa edizione 2016 dà inizio ad una nuova organizzazione del nostro Nazionale: per il prossimo triennio infatti manterremo questa stessa sede congressuale, al fine di ottimizzare gli aspetti logistici e abbattere i costi.

Con "La salute al femminile tra sostenibilità e società multietnica" abbiamo voluto porre al centro del nostro dibattito una tematica di grande attualità, densa di problematiche e di sfide, derivanti sia dal rapido sviluppo della tecnologia e dalla nostra

Saranno giornate di alto profilo scientifico e ricche di novità. Sigo 2016 segnerà anche un importante momento di rinnovamento per la nostra vita associativa con l'elezione delle cariche sociali per il prossimo triennio



capacità di governare l'innovazione, sia dall'evoluzione del concetto di salute della donna in una società dinamica.

Oltre ad affrontare gli aspetti scientifici legati a questi temi, che si articoleranno in contemporanea in 5 aule divise per argomenti, il congresso prevede anche uno spazio interamente dedicato al confronto con il

mondo civile e istituzionale su questi e altri argomenti di grande respiro quali: La sostenibilità della innovazione tecnologica e farmacologica in medicina; La salute della donna in una società multietnica; La tutela della fertilità; la nascita in Italia; La responsabilità professionale e la medicina difensiva.

Sono certo che queste giornate

In uno spazio interamente dedicato al confronto con il mondo civile e istituzionale affronteremo argomenti di grande respiro e dalle importanti ricadute sul piano professionale e sociale



di alto profilo scientifico e ricche di novità incontreranno il vostro apprezzamento. Il merito va in gran parte ai presidenti del Congresso cui voglio esprimere il mio grazie anche per aver centrato un obiettivo importante: quello di sviluppare un programma 'aperto' sia all'aggiornamento scientifico per i soci sia al dialogo e al confronto con il mondo civile e istituzionale nel complicato percorso di presa in carico della salute della Donna in tutte le fasi della vita. Spero di incontrarvi numerosi a Roma e condividere con voi tutti le sfide che ci aspettano. **Y**



NUOVO PESSARIO STERILE

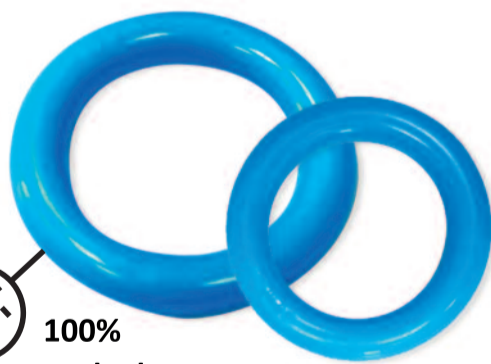
Qualità e Sicurezza

Realizzato in **silicone**
Prodotto di **elevata qualità**

Protezione completa
dagli agenti esterni



100%
protect



for. Gin

SET MISURAZIONE PESSARIO - per ginecologi

Studiato per **aiutare ginecologi/ostetriche** nella presentazione del prodotto e nella scelta della misura adeguata per il paziente.

Non esitate a contattarci tramite e-mail a info@formesa.it o telefonicamente allo **0521.628482**



for.me.sa.
forniture medico sanitarie

For.me.sa. srl - Via Don Minzoni 52/A, 43015 Noceto (PR) Tel. 0521.628482 Fax. 0521.620382 P.IVA IT01714420344

www.pessario.it - www.formesa.it



Nicola Colacurci
Presidente AGUI

Il congresso SIGO di Roma 2016 rappresenta un appuntamento fondamentale sia per le tematiche trattate sia per le vicende societarie che si svolgeranno.

Il tema prescelto, "La salute riproduttiva tra sostenibilità e società multietnica" affronta una tematica centrale negli sviluppi della ginecologia dei prossimi anni: garantire un servizio adeguato - nelle capacità ricettive, nelle modalità assistenziali, nella preparazione specifica del personale dedicato - ad una società sempre più multietnica, con l'obiettivo primario, che ogni ginecologo dovrebbe sempre perseguire, di garantire la salute riproduttiva della donna in tutte le fasi della sua vita.

La salute riproduttiva in una società multietnica come quella italiana rappresenta una sfida particolarmente complessa: basti pensare che per effetto dei flussi migratori in Italia le donne straniere sono passate dalle 300 mila unità censite negli anni '90 ai 2 milioni e 500 mila nel 2015, con una percentuale di neonati stranieri di circa il 15% del totale dei nati. Bisognerà così tenere conto della sostenibilità economica delle politiche sanitarie e al contempo garantire il diritto fondamentale all'accesso a informazioni, programmi di prevenzione, cure.

Il progresso e le innovazioni tecnologiche, che consentono ormai di sviluppare strategie diagnostiche e terapeutiche con grosso impatto positivo sulla salute riproduttiva, spesso si trova-

La vera sfida che tutta la ginecologia, senza distinzione di ruolo, deve vincere

La prova che tutti siamo chiamati ad affrontare è di avere una chiara visione del futuro, così da ripensare i servizi socio-sanitari in funzione di un'utenza etnicamente eterogenea, al fine di individuare buone prassi assistenziali. E soprattutto di strutturare percorsi formativi che preparino una nuova generazione di professionisti capaci di muoversi nello scenario multietnico e in grado di assicurare la tutela della salute dell'intera popolazione



no in conflitto con le esigenze di controllo e razionalizzazione della spesa sanitaria. La prova che tutti siamo chiamati ad affrontare è di avere una chiara visione del futuro, così da ripensare i servizi socio-sanitari in funzione di un'utenza etnicamente eterogenea, al fine di individuare buone prassi assistenziali - con particolare attenzione alla fruibilità dei servizi sanitari - e soprattutto di

strutturare percorsi formativi che preparino una nuova generazione di professionisti capaci di muoversi nello scenario multietnico e in grado di assicurare la tutela della salute dell'intera popolazione.

D'altro canto, l'acquisizione delle corrette competenze da parte delle nuove generazioni di ginecologi e ostetriche è stato e sarà il principale obiettivo dell'Agui. Riuscire a formare sanitari che abbiano un'adeguata capacità di ascolto, e che sappiano identificarsi con le problematiche socio-culturali di chi hanno di fronte, al fine di offrire loro una prestazione non solo tecnicamente elevata ma so-

prattutto compatibile con la sensibilità ed il vissuto della donna, è la vera sfida che dobbiamo affrontare, e che tutta la ginecologia, senza distinzione di ruolo, deve vincere.

Roma 2016 rappresenta anche il momento di rinnovo delle cariche e per il prossimo triennio è previsto un presidente di estrazione universitaria. Sono certo che il prossimo Presidente Sigo saprà ancora di più cementare quella sintonia di intenti che nell'ultimo triennio ha pervaso la Sigo in tutte le sue componenti e che le ha consentito di presentarsi compatta in tutti i tavoli di confronto ministeriali.

A rivederci a Roma. **Y**

La sintonia di intenti che nell'ultimo triennio ha pervaso la Sigo in tutte le sue componenti le ha consentito di presentarsi compatta in tutti i tavoli di confronto ministeriali

Pelvik®

Si spendono miliardi di euro per la gestione delle disfunzioni del pavimento pelvico come incontinenza urinaria e prolapsi vaginali, Oltre il 50 % delle donne dopo i 50 anni soffrono di queste patologie per mancanza di informazione e prevenzione.

Consigliare l'allenamento della muscolatura pelvica con gli innovativi coni vaginali PelviK, dopo il parto o all'inizio di queste patologie, può essere una scelta pratica e funzionale per migliorare la qualità della vita delle donne e abbassare i costi sanitari.



PelviK KIT

3 coni di 29 mm di larghezza, 3 differenti pesi, 3 differenti colori

Dal primo approccio all'esercizio avanzato. Peso 30 gr, 47 gr, 65 gr. Prezzo 49 euro



PelviK L

Singolo cono leggero e largo per pavimenti pelvici con lassità accentuata, per dare possibilità di intraprendere un allenamento che risulterebbe difficile con coni di misure inferiori.

Larghezza 38 mm, peso 40 gr. Prezzo 29 euro

Silicone medico, forma fisiologica, sfera interna vibrante. Dispositivi medici CE

In Farmacia / On-line
www.pelvik.eu

A colloquio con Antonio Chiantera, Segretario Nazionale AOGOI

Up-to-date scientifico e strategie sanitarie: ecco il baricentro della quattro giorni della ginecologia italiana

Professor Chiantera, ogni anno il congresso nazionale propone uno spazio di confronto con le istituzioni che quest'anno coinvolgerà anche le associazioni dei pazienti. Il Governo, nella Nota di aggiornamento del Def, ha nuovamente inserito la legge sulla responsabilità professionale all'interno del cronoprogramma delle riforme da approvare entro il 2016. Una volta approvata la legge, potremo finalmente dire che il quadro del contenzioso medico legale si prospetta meno preoccupante? Attualmente il Ddl è in una fase di stallo al Senato. L'auspicio e l'intenzione da parte dei senatori della commissione Sanità sembra essere quello di riuscire a vedere approvata la norma entro il mese di ottobre a Palazzo Madama. In questo caso, l'ultimo passaggio alla Camera potrebbe avvenire in maniera rapida per poter vedere effettivamente approvato il disegno di legge entro la fine dell'anno. Torno a ribadire ancora una volta l'urgenza di approvare questo provvedimento in tempi rapidi. Solo così potrà diminuire la medicina difensiva e, sono sicuro, migliorare anche il rapporto tra il medico e il paziente. Serve una maggiore tranquillità, un migliore equilibrio nel delicato rapporto con il paziente, ed io credo che con questa legge si vada nella giusta direzione.

La visione dell'Aogoi è stata per molti aspetti "profetica", anticipando di fatto già alcuni anni fa molti di quelli che oggi sono diventati temi centrali nel dibattito che riguarda sia la sanità pubblica sia quello più strettamente medico professionale. Mi riferisco in particolare ai temi dell'integrazione "Ospedale-Territorio" e della "multidisciplinarietà" - sfida quest'ultima che avete interpretato creando una rete di società affiliate con un loro peso specifico e sinergie volte a rafforzare la collaborazione con i principali attori coinvolti nel percorso nascita, nella salute femminile e di coppia. Quali momenti nel programma congressuale meglio riflettono queste due grandi aree tematiche?

Il convegno sarà totalmente improntato sul rapporto tra Ospedali e Territorio. Il tema riveste un'importanza centrale visto che è con l'implementazione di questo meccanismo che potremo evitare ricoveri impropri e risparmiare risorse importanti per il settore. Quanto alla multidisciplinarietà, siamo ormai da tempo tutti consapevoli di non essere dei "tuttologi". Esistono specializzazioni, ma anche subspecialità che rendono

Il 16 ottobre apre i battenti il Congresso nazionale della ginecologia italiana che vedrà insieme Sigo, Aogoi e Agui. In questa intervista con il segretario nazionale dell'Aogoi Antonio Chiantera abbiamo affrontato le principali tematiche congressuali tra le quali ci sarà anche spazio per un approfondimento sugli aspetti organizzativi della sanità italiana che hanno ricadute importanti sulla professione del ginecologo



sempre più necessaria l'implementazione di un lavoro di equipe nell'esclusivo interesse del paziente.

Quali saranno i momenti per lei più significativi e quali i suoi auspici per questa edizione congressuale 2016 dalla quale usciranno rinnovati i vertici Aogoi? In questo congresso verranno rinnovati i vertici di Aogoi e di

Sigo. L'auspicio è quello di riuscire a scegliere al meglio in un momento così delicato per la sanità e per i rapporti che intercorrono tra la politica e la sanità.

Quanto ai temi che affronteremo al congresso, posso dire che ci saranno molti momenti di confronto e di aggiornamento su tematiche di attualità che interessano la ginecologia e l'oste-

trica. Saranno presentate le molte novità nelle varie specializzazioni. Soprattutto ci saranno spazi dedicati a temi per me fondamentali per la professione del ginecologo. Ad esempio, affronteremo il tema della responsabilità professionale insieme al relatore del testo per la commissione Affari Sociali, Federico Gelli (Pd), e



"Questo congresso vedrà rinnovati i vertici di Aogoi e di Sigo. L'auspicio è quello di riuscire a scegliere al meglio in un momento così delicato per la sanità e per i rapporti che intercorrono tra la politica e la sanità"

ad uno dei primi firmatari del Ddl Benedetto Fucci (CoR). Ci sarà poi l'occasione per fare il punto della situazione su tanti altri importanti argomenti quali il percorso nascita, le reti pediatriche e le patologie in gravidanza.

Un'ultima domanda sull'attualità. La Nota di aggiornamento al Def approvata dal Governo non contiene cifre sulla dotazione del Fondo sanitario nazionale. Il premier Renzi ed il ministro Lorenzin, fino ad oggi, non hanno mai dato rassicurazioni su quei 113 mld di finanziamento previsti dall'Intesa Stato Regioni. È preoccupato?

Credo che ancora una volta la sanità tornerà ad essere il settore presso il quale poter fare con facilità risparmi. Il problema è che queste scelte portano conseguenze gravi che pesano soprattutto sulle persone più fragili quali gli anziani e le famiglie non benestanti.

L'aumento consistente del numero di italiani che rinunciano alle cure è un campanello d'allarme che non può restare inascoltato. A questa situazione va ad aggiungersi il problema ticket che si configura, sempre di più, come una balzello che non è più economicamente sostenibile per troppe persone. **Y**

Assemblea nazionale AOGOI

L'Assemblea Nazionale A.O.G.O.I. è convocata per lunedì 17 ottobre 2016 alle ore 24,00 in prima convocazione, ed alle ore 14,30 di martedì 18 ottobre 2016 in seconda convocazione, presso la Sala Leptis Magna 1 dell'Ergife Palace Hotel di Roma, sede del 56° Congresso Nazionale A.O.G.O.I. con il seguente ordine del giorno:

in seduta straordinaria:

1. Modifiche e approvazione dello Statuto A.O.G.O.I.

In seduta ordinaria:

1. Saluto e relazione annuale del Presidente
2. Nomina Commissione elettorale e verifica dei poteri
3. Inizio operazioni elettorali
4. Consegna Medaglie d'Oro e

Pergamene Soci Onorari

5. Relazione e approvazione bilancio consuntivo 2015 e preventivo 2016
6. Progetti Scientifici AOGOI
7. Elezione membri del Consiglio Direttivo A.O.G.O.I.
8. Proclamazione degli eletti
9. Varie ed eventuali

SAVE THE DATE

Gli scenari della sanità in Parlamento

Benedetto Fucci

Deputato dei Conservatori e Riformisti, XII Commissione Affari Sociali della Camera

L'attuale scenario politico è molto complesso e questo, in realtà sin da dopo le elezioni del 2013, si è perfettamente riflesso sulla dialettica e sulle attività all'interno del Parlamento. Dalle riforme istituzionali alla legge elettorale, dalle politiche economiche a quelle sul lavoro, questi ormai tre anni e mezzo di legislatura hanno visto la Camera e soprattutto il Senato (dove i numeri della maggioranza sono stati sin dall'inizio traballanti) essere teatri di contrapposizioni forti.

Mi sento di dire che in questo scenario complessivo un segnale in controtendenza è invece arrivato dal settore della sanità. Maggioranza e opposizione sono fisiologicamente contrapposti. Al tempo stesso ci sono situazioni in cui è possibile dialogare e, ferme restando le diverse posizioni di base, arrivare a delle sintesi, ovvero a dei compromessi in grado di produrre leggi se non perfette,

“Maggioranza e opposizione sono fisiologicamente contrapposti ma ci sono situazioni in cui è possibile dialogare e, ferme restando le diverse posizioni di base, arrivare a delle sintesi ovvero a dei compromessi in grado di produrre leggi se non perfette, quantomeno utili a compiere dei passi in avanti”



quantomeno utili a compiere dei passi in avanti. Faccio questa riflessione, mentre scrivo, compiendo un breve bilancio sulle attività parlamentari appunto relative alla sanità. In particolare evidenzio tre provvedimenti arrivati a conclusione oppure in corso avanzato di esame sui quali sono state trovate soluzioni utili. Penso anzitutto al tema degli **indennizzi ai soggetti affetti da sindrome da talidomide**. Nel “decreto-legge enti locali” è stato approvato alla Camera, tramite emendamento, l'articolo 21-ter che estende anche ai nati nell'anno 1958 e nell'anno 1966 l'indennizzo spettante ai soggetti af-

Dalle riforme istituzionali alla legge elettorale, dalle politiche economiche a quelle sul lavoro, questi tre anni e mezzo di legislatura hanno visto la Camera e soprattutto il Senato essere teatri di contrapposizioni forti. In questo scenario complessivo un segnale in controtendenza è invece arrivato dal settore della sanità. In queste righe ho voluto presentare in modo sintetico alcuni temi, in particolare tre provvedimenti, arrivati a conclusione o in corso avanzato di esame, sui quali sono state trovate soluzioni utili

fetti da sindrome da talidomide nelle forme dell'amelia, dell'emimelia, della focomelia e della micromelia, prima riconosciuto ai soli nati negli anni compresi tra il 1959 e il 1965. Il provvedimento, entrato definitivamente in vigore a fine agosto, riprende i contenuti delle proposte di legge di iniziativa parlamentare approvate dalla Commissione affari sociali della Camera (in sede legislativa, cioè senza il successivo passaggio in Assemblea) nel luglio 2015 e poi trasmesse al Se-

nato. Richiamo tutto il gran lavoro svolto, con volontà di dialogo e ricerca di soluzioni concrete tra i diversi partiti, dalla Camera per superare il problema delle coperture necessarie a consentire l'allargamento della platea dei beneficiari.

Per un tema finalmente portato a conclusione con l'apporto attivo di parlamentari appartenenti alla maggioranza e all'opposizione, ve ne è un altro di enorme portata che è stato già affrontato dalla Camera e ora è all'esame del Senato: quello della **responsabilità professionale del personale sanitario**. Nel febbraio di quest'anno, infatti, a Montecito-

rio abbiamo approvato – al termine di un lavoro lungo e complesso – il disegno di legge con la nuova disciplina in merito. La mia posizione, ribadita in molti interventi pubblici e anche alla Camera, è che il provvedimento dia finalmente all'Italia un quadro normativo di riferimento in una materia che, per le dimensioni del contenzioso, ha assunto una rilevanza sempre maggiore e che chiama in causa, da un lato, la cosiddetta **medicina difensiva**, con i costi da essa generati, e, dall'altro, la necessità di garantire all'Italia un sistema adeguato di **gestione del rischio clinico**. Il giudizio positivo riguarda anche, oltre che le finalità perseguite, una buona parte dei contenuti del disegno di legge, con particolare riguardo alla creazione, pur certo da tarare nella pratica, di una prima e attesissima forma di **sistema di monitoraggio sulla qualità delle prestazioni sanitarie**. Tuttavia restano sul tappeto temi sui quali il Senato dovrebbe a mio parere intervenire, dalla natura differenziata della natura giuridica della responsabilità di medici (extracontrattuale) e strutture (contrattuale) alla disciplina dell'azione di rivalsa sul professionista da parte della struttura. Quest'ultimo è un punto molto delicato, soprattutto in relazione alle conseguenze degli accordi stragiudiziali raggiunti automaticamente dalle aziende con i pazienti senza che il medico possa esserne portato a conoscenza.

Un altro dossier molto importante per la ripresa dei lavori parlamentari, in questo caso ancora alla Camera in prima lettura, è quello relativo al del cosiddetto **“Ddl Lorenzin”**, il provvedimento presentato nell'ormai lontano 2013 contenente norme varie in materia sanitaria. Desidero richiamare quanto ebbi modo di

affermare nel momento della sua presentazione, tre anni fa, sugli aspetti positivi in esso presenti, a partire dalla constatazione del fatto che esso toccava tanti aspetti importanti, dalle sperimentazioni cliniche all'aggiornamento dei Lea, dalla riforma degli ordini professionali alla lotta all'abusivismo professionale e alla formazione del personale. Alcune di quelle norme riprendevano peraltro i contenuti di norme importanti sostenute dal Governo Berlusconi e dalla maggioranza di Centrodestra nella precedente legislatura. Le condizioni politiche sono del tutto mutate dal 2013, quando l'allora governo Letta godeva del sostegno anche di parte dell'attuale opposizione; ma il Ddl Lorenzin resta un buon provvedimento e quanto approvato dal Senato rappresenta un patrimonio importante che la Camera dovrà esaminare – e ove possibile migliorare – con la massima attenzione. Mi riferisco in particolare alle norme dell'articolo 1 recanti una delega in materia di sperimentazione clinica all'insegna della trasparenza e dell'assenza di conflitti di interesse, dell'articolo 2 sull'inserimento del parto indolore nei Livelli essenziali di assistenza, dell'articolo 3 sulla riforma degli ordini professionali (necessaria dopo ben settant'anni) e dell'articolo 7 sul contrasto all'esercizio abusivo della professione medica.

Sottolineo infine il tema del **parto fisiologico**, la cui promozione è al centro della mia e di altre proposte all'esame nella Commissione Affari Sociali della Camera dove io stesso esercito il ruolo di relatore. Abbiamo da poco avviato l'esame delle proposte di legge nel cui ambito sono già intervenute le principali società scientifiche interessate in audizione parlamentare. Il fine di

questo lavoro sul parto fisiologico è tanto semplice quanto fondamentale: la convinzione che la promozione della salute materno-infantile sia un obiettivo prioritario da perseguire a livello nazionale, in ragione dei riflessi positivi che è in grado di generare sulla qualità della vita della madre, del bambino e, di conseguenza, della popolazione complessiva. Non c'è dubbio, inoltre, che in tale contesto andrebbe fatta una riflessione profonda e “di sistema” sullo stato dell'arte del processo di rivisitazione, in atto ma con molte disfunzioni, della **rete dei punti nascita**.

In queste righe ho voluto presentare in modo sintetico alcuni temi, da poco conclusi o destinati a breve ad essere nuovamente dibattuti nelle aule parlamentari, per far comprendere in modo concreto e immediato le mie affermazioni iniziali su una Legislatura parlamentare in cui il tema della sanità è stato trattato in modo serio e responsabile. Come membro di un gruppo di opposizione continuo a ribadire con forza la preoccupazione per l'incessante defianziamento del servizio sanitario nazionale attuato dal governo. Ancor di più per questo mi sembra significativo che, nel concreto dei lavori del Parlamento, si cerchi di portare avanti misure su molteplici fronti da troppo tempo aperti e in attesa di soluzioni. **Y**

“La mia posizione, ribadita in molti interventi pubblici e anche alla Camera, è che il provvedimento sulla responsabilità professionale del personale sanitario dia finalmente all'Italia un quadro normativo di riferimento. Il giudizio positivo riguarda, oltre che le finalità perseguite, anche una buona parte dei contenuti del disegno di legge. Restano tuttavia sul tappeto temi sui quali il Senato dovrebbe a mio parere intervenire”

Beatrice Lorenzin
Ministro della Salute

Il contributo del ministro della Salute

Quella che vogliamo è una sanità in grado di fornire standard qualitativi elevati per tutti



“Colgo questa occasione per ringraziare gli esperti e, in particolare, i ginecologi italiani per il loro sostegno, apporto di conoscenze e professionalità messe a disposizione del Paese, ogni giorno e in ogni situazione, anche la più delicata e complessa”

propria fertilità, sui suoi tempi e sui rischi che possono comprometterla. Giovani che dobbiamo tutelare, anche perché è proprio nella popolazione giovanile che si registra un aumento progressivo di infezioni sessualmente trasmissibili dalle quali devono sapersi difendere adottando comportamenti sessuali responsabili.

Nell'aggiornamento dei Lea ho voluto fortemente l'inserimento di tutte le prestazioni di procreazione medicalmente assistita (Pma), sia omologa che eterologa, che saranno erogate a carico del Servizio sanitario nazionale in tutte le Regioni, così come sono state aggiornate le prestazioni a tutela della maternità a carico del Ssn (che risalivano al 1998 - Decreto Bindi), sia con funzione preconcezionale sia in gravidanza.

Sempre nei nuovi Lea è stata inserita la vaccinazione anti-Hpv nel maschio undicenne (come già previsto dal 2008 per le ra-

gazze dodicenni), fondamentale azione di prevenzione per ridurre l'incidenza dei tumori della cervice uterina, e non solo, causati dall'infezione da virus Hpv.

A tutela di tutte le donne colpite da endometriosi siamo riusciti ad inserire anche questa patologia nei nuovi Lea, nella lista delle malattie croniche fortemente invalidanti, per cui si riconoscerà alle pazienti il diritto ad usufruire in esenzione di alcune prestazioni specialistiche di controllo. Si stimano circa 300.000 esenzioni.

Tanti i programmi nazionali ormai noti a voi tutti per la promozione della salute (come ad esempio “Guadagnare salute,

rendere facili le scelte salutari”) e le campagne informative per la promozione dei corretti stili di vita. Tra questi il Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018, in corso di attuazione attraverso i Piani Regionali di Prevenzione, persegue obiettivi e progettualità utili a favorire la salute in generale e anche quella riproduttiva.

Inoltre mi fa piacere sottolineare quanto le nostre politiche siano coerenti con le politiche della Regione Europea dell'Oms. È proprio di metà settembre la Risoluzione, adottata durante la 66ma Sessione del Comitato Regionale Europeo dell'Oms, con cui i Paesi della Regione europea Oms si sono impegnati ad attuare il “Piano d'azione per la salute sessuale e riproduttiva”, che prevede tre traguardi strettamente connessi l'uno all'altro: **Traguardo 1:** Permettere a tutte le persone di prendere decisioni informate riguardo la loro salute sessuale e riproduttiva e assicurare che i loro diritti umani siano rispettati, protetti e soddisfatti.

Traguardo 2: Assicurarsi che tutte le persone possano godere dello standard più alto raggiungibile di salute sessuale e riproduttiva e di benessere. E tra gli obiettivi di questo traguardo è previsto:

- Prevenire, diagnosticare e curare l'infertilità.

Traguardo 3: Garantire l'accesso universale alla salute sessuale e riproduttiva ed eliminare le disuguaglianze.

In questa battaglia so di non essere sola. E colgo questa occasione per ringraziare gli esperti e, in particolare, i ginecologi italiani per il loro sostegno, apporto di conoscenze e professionalità messe a disposizione del Paese, ogni giorno e in ogni situazione, anche la più delicata e complessa.

Affrontando le politiche sanitarie per il percorso nascita, vorrei ricordare a tutti voi la necessità di garantire qualità e sicurezza delle cure, in questo particolare ambito. Come ben sapete risale ormai al dicembre 2010 l'Accordo Stato Regioni

che prevede azioni mirate a tale garanzia.

Sappiamo che quell'Accordo stenta ancora ad arrivare alla sua piena attuazione soprattutto per quel che riguarda la chiusura dei punti nascita con meno di 500 parti l'anno.

Le responsabilità dei ritardi sono molteplici, come anche le cause, spesso legate a situazioni locali particolari. Ma sono convinta che la strada intrapresa sia quella giusta per garantire il massimo di sicurezza nelle cure alla nascita.

Il Comitato Percorso Nascita nazionale continuerà a monitorare la situazione regione per regione, anche attraverso i flussi informativi nazionali a disposizione, per verificare lo stato dell'arte dell'applicazione dell'Accordo e per far emergere problemi e difficoltà specifiche che ne dovessero ritardare l'attuazione piena, così da mettere in campo tutte le misure necessarie per rimuovere gli ostacoli che dovessimo riscontrare, siano essi di carattere tecnico strutturale o politico burocratico.

Detto questo consentitemi di sottolineare come la questione sia strettamente legata più in generale agli assetti di governo della sanità derivanti dalla riforma del Titolo V del 2001. Una riforma che, come sappiamo, al di là delle intenzioni del legislatore, ha causato non solo un contenzioso infinito sulla potestà legislativa tra Governo centrale e Regioni ma soprattutto ha dato luogo a troppe differenze nei livelli di assistenza tra un territorio e l'altro, a danno sia dei cittadini che degli operatori sanitari.

Ci auguriamo che la riforma costituzionale in itinere possa ristabilire una giusta distinzione dei ruoli e dei compiti tra Stato e Regioni nella sanità, affidando al primo non solo l'erogazione e la verifica dei Lea ma anche la potestà sulle politiche della salute.

Quella che vogliamo è una sanità in grado di fornire standard qualitativi elevati per tutti, indipendentemente dalla regione di residenza. **■**

“Sono fermamente convinta che è essenziale continuare ad intervenire sia nell'ambito preventivo che assistenziale della salute riproduttiva e che sia importante aumentare le conoscenze delle persone, e dei giovani in particolare, su questo tema”



Polybactum[®]

OVULI VAGINALI

OVULO VAGINALE A BASE DI LAURIL GLUCOSIDE E POLYCARBOPHIL CON LA SUA TRIPLICE AZIONE

**AZIONE
BATTERIOSTATICA
SELETTIVA⁽¹⁾**

**AZIONE PROTETTIVA
E MUCOADESIVA⁽²⁾**

**AZIONE
ACIDIFICANTE
DEL PH^(3,4)**

- **RIDUCE E PROTEGGE DALLA VAGINOSI BATTERICA⁽⁵⁾**
- **PREVIENE LE RECIDIVE NELLE DONNE AFFETTE DA VAGINOSI BATTERICA⁽⁵⁾**
- **UTILIZZABILE IN GRAVIDANZA⁽⁵⁾**



CE MEDICAL
DEVICE

POSOLOGIA⁽⁵⁾:

dopo il trattamento farmacologico della vaginosi batterica acuta, utilizzare Polybactum come segue:

- 3 ovuli (1 ogni 3 giorni) a settimana. Quando necessario attendere la fine del ciclo mestruale;
- ripetere questo trattamento per 2 cicli successivi (3 cicli complessivi).

In caso di Gravidanza iniziare il ciclo di terapia di Polybactum subito dopo il trattamento della fase acuta.

BIBLIOGRAFIA

1. Fascicolo tecnico del prodotto - FT01_ANNEX 009_qualification tests- Annex 09.12.2_microbiol screening 2B13-00042 EFFIK ovuli. Inhibitory activity of vaginal suppositories formulations
2. Fascicolo tecnico del prodotto - FT01_ANNEX 009_qualification tests- Annex 09.10 PCL-13-02-FT Final Report. Determination of vaginal permanence in the rat of an ovule formulation over 72h period
3. Test di valutazione effetto di Polybactum sul pH di soluzione acquose a pH differenti
4. Paternoster DM et al. Efficacy of an acidic vaginal gen on vaginal pH and interleukin-6 levels in low-risk pregnant women: a double-blind, randomised placebo-controlled trial J Matern Fetal Neonatal Med. 2004;15:198-201
5. Fascicolo tecnico del prodotto - FT01_ANNEX 013_Labeling

Carlo Sbiroli
Responsabile AOGOI per l'Editoria

Comunicando

Il Congresso Nazionale riunisce a Roma per quattro giorni, da domenica 16 a mercoledì 19 ottobre, il mondo della ginecologia italiana. Questo è anche il mondo di *GynecoAogoi*: un giornale-house organ scritto per i ginecologi italiani e per il mondo che gli ruota attorno. Cresciuto anno dopo anno con notevole impegno e partecipazione di molti, può contare su un 'patrimonio' di ottomila lettori



no, occasione di emancipazione. Queste tematiche sono state sempre 'inquadrate' all'interno delle politiche del Ssn, inteso non solo come semplice 'dispensatore' di assistenza e/o prevenzione sanitaria, ma anche come 'facilitatore' nella trasmissione di cultura e strumento naturale di contrasto alle disuguaglianze. Quanto alla comunicazione, oggi deve necessariamente confrontarsi con l'informazione globale, con l'interattività e soprattutto con la possibilità di disporre in tempi brevissimi di contributi multimediali diversi. Nell'era di internet, della connessione permanente, dove tutto è qui-ora-

senza tempi intermedi - senza soste, è importante che le notizie giungano al lettore rapidamente, altrimenti sono bruciate in partenza dagli altri mezzi di comunicazione. Questo vale non solo nel campo della cronaca, ma anche in quello della comunicazione clinico-scientifica. Va anche detto però che la comunicazione nell'era digitale (pur con tutte le straordinarie opportunità offerte dal web 2.0) può facilmente scivolare nella superficialità e approssimazione, il che mal si concilia con una informazione 'seria' che, per essere veramente tale, va

mediata, approfondita, discussa. Questo è tanto più vero per il giornale di una società scientifica che deve nutrirsi di un sapiente mix di curiosità, riflessione e approfondimento per poter trasmettere ai propri lettori informazioni certe e discusse. Anche per questo, come sanno i lettori, siamo giunti alla decisione di trasformare *GynecoAogoi* in un *bimestrale di approfondimento* e di dar vita ad una newsletter, *AogoiLetter*, che dal primo weekend di luglio è inviata per posta elettronica, ogni settimana, a circa 12mila ginecologi italiani (soci Aogoi e non). Dai primi segnali, sembra un successo. Ha stabilito un rapporto più diretto, più agile e soprattutto immediato tra l'Aogoi e i propri so-

ci e, più in generale, con la più ampia platea di colleghi e professionisti che si occupano della salute femminile e neonatale. Nel solco di quella cultura multidisciplinare e interprofessionale che ormai connota la professione medica. Ogni venerdì sul computer di tutti i ginecologi italiani *AogoiLetter* aggiorna sulle numerose iniziative organizzate e patrociniate dalla nostra Associazione e sui principali eventi che ruotano intorno al Pianeta Donna, cercando di seguire con occhio attento quanto accade nel panorama della Sanità italiana e internazionale. Oltre all'attualità e alla politica sanitaria, *AogoiLetter* dà ampio spazio alle news di scienza, con focus sulla ginecologia e la salute materno infantile, e cerca di animare (e possibilmente arricchire), con commenti e interviste ai vari stakeholder, il dibattito sui principali temi della salute femminile. Ogni notizia sta entro le 400-600 parole, in modo da poter essere letta in pochissimo tempo. In un'epoca di 'saturazione informativa', si cerca così di offrire un quadro semplice e più diretto di quanto sta accadendo intorno a noi. Nel kit congressuale troverete anche l'ultimo numero di *Rivista di Ostetricia ginecologia pratica e me-*

dicina perinatale. Quattro anni fa fu radicalmente cambiata nella grafica, nel taglio editoriale e soprattutto nei contenuti. È stata un'operazione impegnativa perché si è trattato di rifondare una rivista che per trent'anni aveva pubblicato quasi esclusivamente lavori prodotti da ginecologi e neonatologi ospedalieri soci dell'Aogoi in qualche cosa di diverso. Un 'prodotto' più attraente e meno paludato. Perciò si è dato un taglio netto con il passato cercando di trasformare la vecchia Rivista in uno strumento di aggiornamento pratico, di più facile lettura e consultazione. Una sorta di 'guida ragionata' che, in alcuni casi, è strettamente legata alla FAD proposta contemporaneamente sul sito Aogoi, supervisionato dal bravo Carlo Maria Stigliano. Il cambiamento ha riscosso successo. E l'ultimo numero, dedicato all'HPV (evidenze e prospettive) mi sembra lo dimostri. Nei suoi 25 anni di pubblicazioni l'Editoria Aogoi ha sempre perseguito una precisa etica della comunicazione, non solo quando si è discusso di politiche sanitarie o si è parlato più in generale di salute. Ma anche quando si sono dibattuti temi caldi e controversi (come l'aborto, la fecondazione assistita o i punti nascita), che hanno coinvolto, e qualche volta messo in discussione, le nostre idee, i nostri modi (diversi) di essere e di pensare. Oggi, fatti salvi i principi etici che hanno sempre ispirato il nostro impegno nella comunicazione, la principale sfida per l'Editoria Aogoi, a mio avviso, è quella di superare una certa autoreferenzialità, puntando sull'ascolto delle opinioni e sulla partecipazione attiva del lettore, che è poi "fruitore" ma allo stesso tempo "agente" in questa dinamica sempre più bidirezionale. E quando parlo di lettore intendo uno alla pari, un partner, qualcuno che è 'impaziente', almeno quanto un articolista, di raccontare le proprie sfide oltre che le proprie esperienze. Insomma uno che ha fame di conoscere e far conoscere. **Y**

SIGO 2016: LA COMUNICAZIONE SCIENTIFICA: NUOVO RUOLO E NUOVE RESPONSABILITÀ PER LE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

Moderano: M. Boldrini - C. Sbiroli

Intervengono:

A. Alberti (Edizioni Health Communication)
M.E. Bonaccorso (ANSA)
D. Minerva (Repubblica)
F. Parazzini (Ginecologo, Ricercatore)
L. Salce (Ufficio stampa Irccs IFO)

I principali obiettivi dell'incontro/dibattito, in programma martedì 18 ottobre 2016, sono:

- Migliorare e valorizzare la comunicazione interna ed esterna alle nostre Società Scientifiche: basti pensare quanto è importante promuovere e favorire la circolazione delle esperienze e la condivisione delle conoscenze soprattutto nella professione medica.
- Identificare le modalità e gli strumenti più innovativi per trasmettere meglio le informazioni.

Vi aspettiamo numerosi a questa interessante full-immersion nel mondo complicato (*pieno di trappole e insidie*) dell'informazione medico-sanitaria rivolta ai cittadini, che ci aiuterà non solo a capire meglio il ruolo e la responsabilità dei mass media in questo ambito, ma anche il nostro ruolo e la nostra responsabilità come società scientifica nel migliorare il dialogo e la comunicazione con il mondo dei media.

Carlo Sbiroli

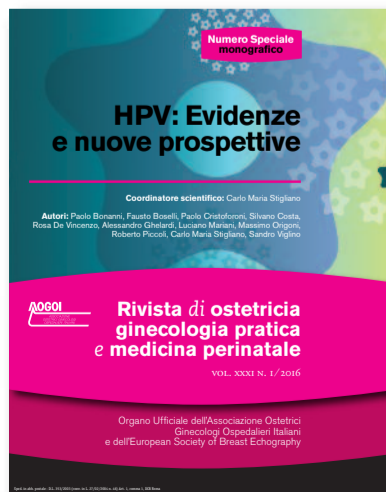
Nei suoi 25 anni di pubblicazioni l'Editoria Aogoi ha sempre perseguito una precisa etica della comunicazione, anche quando si sono dibattuti temi caldi e controversi

Numero speciale monografico della Rivista AOGOI di Ostetricia e Ginecologia Pratica

HPV: EVIDENZE E NUOVE PROSPETTIVE

Il numero speciale monografico della Rivista AOGOI di Ostetricia e Ginecologia Pratica, che verrà distribuito anche in occasione dei lavori congressuali, è interamente dedicato alle patologie HPV-correlate prevenibili con la vaccinazione e al nuovo "gold standard" della vaccinazione anti-HPV, con particolare riferimento al nuovo vaccino 9-valente.

Lo speciale, disponibile anche sul nostro sito, esamina in modo dettagliato ed esaustivo il burden epidemiologico, clinico, sociale ed economico delle patologie HPV-correlate, nonché la storia ed i progressi della vaccinologia anti-HPV, riportando i dati di sicurezza ed efficacia degli studi clinici condotti fino ad oggi e una ricca cartellata di immagini e schemi esplicativi.





91° Congresso SIGO - 56° AOGOI - 23° AGUI

LA SALUTE AL FEMMINILE TRA SOSTENIBILITÀ E SOCIETÀ MULTIETNICA

Salute delle donne e tessuto sociale

■ Parlare di genere significa soprattutto nominare l'asimmetria tra donne e uomini presente a tutti i livelli e in tutti i momenti della vita sociale. Significa anche riconoscere che le donne vivono spesso in condizioni di minore vantaggio rispetto agli uomini in tutto il mondo e ciò si riflette sulle loro condizioni di salute definite più scadenti per minori risorse, minore occupazione, più carico di lavoro e più violenza da parte degli uomini

Valeria Dubini
Consigliere SIGO

Che la salute non sia solo "assenza di malattia" ma l'insieme di un equilibrio "psico-fisico e sociale" è un assunto che già negli anni '80 andava affermandosi negli organismi internazionali e che anche nel nostro Paese è stato recepito costituendo la premessa della L. 833, riforma sanitaria ancora in vigore. Con il passare del tempo questo concetto è andato sempre più delineandosi con chiarezza e anche la medicina ufficiale ha avuto bisogno di confrontarsi con una visione della malattia non soltanto lineare (causa-effetto) ma circolare e olistica con la consapevolezza che ad essa contribuiscono molteplici fattori che si influenzano tra loro.

Anche la nostra professione si è trasformata su queste premesse: siamo diventati "medici delle donne" e in questo ruolo sempre di più la nostra professionalità si è confrontata con tematiche non solo cliniche ma anche sociali, psicologiche e politico-organizzative. Si pensi a quante delle patologie che conosciamo siano collegate a condizioni di "svantaggio sociale", più ancora che a semplici elementi biologici: sappiamo quanto questa influenza sul parto pretermine e sul ritardo di crescita, solo per fare alcuni esempi.



Obstetrical and Gynecological problems of Mediterranean Immigrants

■ Da alcuni anni, assistiamo ad un fenomeno migratorio imponente nel Mediterraneo che ricorda i movimenti di massa del neolitico, anche come direzione: dalle sponde Sud verso Nord. I Ginecologi, medici del 50 per cento dell'umanità, sono ovviamente coinvolti in qualsiasi piano di assistenza, ma nella circostanza il loro ruolo oltre che sanitario è anche sociale e psicologico

Vincenzo Giambanco
Past President SIGO

Il viaggio come metafora della vita. Ha un inizio, un percorso ed una fine. Ha sempre l'andata e talvolta il ritorno, è carico di aspettative, imprevisti, incidenti, illusioni e delusioni. Talvolta conduce ad un traguardo, talaltra no. Insomma "la vita è un viaggio e ogni viaggio riproduce la vita" (Walter Pardini, I significati del viaggio, Alfa Wasserman ed. 2015). Il viaggio ha di certo accompagnato la storia dell'uomo e lo ritroviamo in tutte le mitologie: dal Gilgamesh mesopotamico alla ricerca dell'immortalità (*Gilgamesh vide ogni cosa, ebbe esperienza di ogni cosa*), alle discese agli inferi di Ulisse, Eracle, Enea, Dante e Virgilio (simbolicamente espressione di totale rinnovamento, come per il seme affidato alla terra), per giungere ai

clerici vagantes medioevali, che affrontavano il viaggio solo per accrescere il loro sapere, come faranno gli europei del Gran Tour del 18mo secolo, fino ai grandi navigatori, scopritori di mondi nuovi. Tutti percorsi di conoscenza, dunque, perché *fatti non foste a viver come bruti*; lo stesso Gilgamesh fallisce nell'intento iniziale, ma lascia ai Sumeri la scrittura, compiendo dunque un viaggio dal mito alla storia. I viaggi che hanno maggiormente influenzato la storia dell'uomo e il suo percorso evolutivo, hanno però un altro no-



► Segue

Salute delle donne e tessuto sociale

E ancora si pensi a come si è trasformato il nostro operato, mirando in primo luogo alla qualità della vita e sviluppando per questo tecniche chirurgiche mini-invasive sempre più sofisticate e sempre più efficienti.

Si pensi a quanto l'organizzazione e le scelte politiche dei Paesi abbia condizionato le scelte riproduttive delle donne: mamme sempre più anziane, da una parte, e dall'altra adolescenti ancora scarsamente consapevoli della necessità di proteggersi e di proteggere il proprio corpo. Non è un caso dunque che un congresso Nazionale si ispiri ad aspetti sociali e di sostenibilità: sappiamo infatti che anche la sostenibilità diventa un tema fondamentale laddove si vanno a fare scelte che non devono in alcun modo andare a depauperare le nostre possibilità di mantenere un buono stato di salute della popolazione, al tempo stesso mirando ad utilizzare nel modo più appropriato e corretto le risorse a disposizione.

“Si pensi a quanto l'organizzazione e le scelte politiche dei Paesi abbia condizionato le scelte riproduttive delle donne. Non è un caso dunque che questo nostro congresso Nazionale si ispiri ad aspetti sociali e di sostenibilità”

In questo contesto come non parlare di “medicina di genere”, che nasce proprio dall'idea che le differenze tra i sessi in termine di salute non sono legate esclusivamente alle peculiarità derivanti dalla caratterizzazione biologica dell'individuo ma ad un'accezione più ampia della “differenza” che include fattori ambientali, sociali e culturali e relazionali.

Parlare di genere significa soprattutto nominare l'asimmetria tra donne e uomini presente a tutti i livelli e in tutti i momenti della vita sociale, significa anche riconoscere che le donne vivono spesso in condizioni di minore vantaggio rispetto agli uomini in tutto il mondo e ciò si riflette sulle loro condizioni di salute definite più scadenti per minori risorse, minori livelli occupazionali, più carico di lavoro e più violenza da parte degli uomini. La medicina di genere si va affermando come una delle aree in cui si gioca maggiormente la sfida della ricerca medica e delle discipline volte alla tutela della salute nel nuovo millennio.

E nell'ambito della medicina di genere si iscrive anche il fenomeno della violenza sulle donne che anche nel nostro paese ha insanguinato quest'ultimo anno: abbiamo voluto parlare di prevenzione perché da sempre siamo convinti dell'importanza fondamentale del nostro ruolo in questo ambito e perché da sempre siamo convinti che non basta più manifestare sdegno alla lettura sui media dell'ultimo femminicidio, ma ci servono interventi concreti che portino a ridurre questo terribile fenomeno. Molto in questo ambito abbiamo fatto e molto ancora possiamo fare. **Y**

► Segue

Obstetrical and Gynecological problems of Mediterranean Immigrants

me: si chiamano migrazioni. Nella visione darwiniana infatti i grandi spostamenti di popolazione sono stati indispensabili a selezionare i soggetti più idonei alla sopravvivenza in una data area in un periodo ben definito.

Da alcuni anni, dal 2008 secondo le statistiche, si assiste ad un fenomeno migratorio imponente nel Mediterraneo che ricorda i movimenti di massa del neolitico, anche come direzione: dalle sponde Sud verso Nord.

I numeri sono impressionanti: solo quest'anno (e non è finito) 106.461 migranti hanno seguito la rotta centrale, dalla Libia all'Italia, con 2726 morti in mare (*Times* del 12/09/16). Nel 2014 i richiedenti asilo in Italia erano 58.703 uomini e 4753 donne; nel 2015 sono stati 74.250 uomini e 9720 donne.

Per alcuni questo fenomeno si identifica con una invasione di “stranieri”. Vale la pena di precisare la terminologia, attingendo all'Ufficio Centrale di statistica del Ministero dell'Interno (Dati sulla immigrazione in Italia 2008-2014). Con la parola straniero si indica la persona fisica e giuridica che, pur trovandosi nel territorio di uno Stato, appartiene per nazionalità ad un altro e quindi non ha la cittadinanza del Paese ospite. Il vocabolo così generico assume significati diversi attraverso una specifica terminologia:

il termine **immigrato** si riferisce alla persona che ha fatto ingresso in Italia per soggiornarvi per motivi di lavoro, studio, famiglia, ecc., generalmente proveniente da paesi extraeuropei.

Il **rifugiato** invece è colui che abbandona il proprio paese perché discriminato o perseguitato per ragioni politiche, ideologiche, religiose, razzia-

“Il fenomeno migratorio appare ineluttabile e alla comunità non rimane che cercare di orientarlo. Il confronto delle modalità di assistenza nei paesi rivieraschi del Mediterraneo è dunque utile ed opportuno”

li, e che, a differenza dell'emigrante, non lascerebbe mai spontaneamente il proprio paese spinto dalla prospettiva di assicurarsi un futuro migliore sotto il profilo economico.

Il **profugo o displaced person** è, invece, l'individuo costretto a lasciare il proprio paese per eventi bellici, occupazione straniera, calamità naturali, violazioni permanenti dei diritti umani, e a riparare negli stati confinanti nella speranza di trovarvi temporaneo rifugio.

È possibile osservare un evidente **squilibrio di genere nella massa di migranti, con una presenza femminile di circa il 10%**, ma la percentuale di problemi connessi è verosimilmente diversa. Le donne migranti sono in parte avviate alla prostituzione (ciò risulta soprattutto per le nigeriane), allattate dalla promessa di un lavoro; alcune sono mogli che cercano di riunirsi ai compagni già migrati in Europa, altre fanno parte di intere famiglie in fuga e non mancano le gravide o le recenti puerpere, con i piccoli in braccio. Un esodo biblico che è illusorio arginare. Nel 1989 i genetisti Cavalli-Sforza, Menozzi e Piazza pubblicarono, per Adelphi, un libro dal titolo “*Storia e geografia dei geni umani*”, in cui analizzavano con gli strumenti dell'epoca (si esaminavano segmenti del DNA, soprattutto

quello mitocondriale, non ancora tutto il genoma) la mescolanza delle popolazioni, ponendola a confronto con i pochi dati storici disponibili. Descrissero con tale metodo le prevalenze etniche di tutto il mondo, ricavando informazioni preziose sui probabili spostamenti delle popolazioni primitive.

In particolare per l'Europa evidenziano cinque regioni etniche principali: 1) i Lapponi della Scandinavia, della Finlandia e Russia Settentrionale; 2) popolazioni germaniche, dalla Scandinavia alla Germania settentrionale e gran parte dell'Inghilterra; 3) celtici, dal Galles alle aree basche francesi e spagnole; 4) popolazioni mediterranee, dalla penisola iberica ai Balcani, ed infine 5) russi o slavi, dalla Russia meridionale al mar Caspio.

Anche il confronto con le classificazioni linguistiche risultò coerente con la precedente suddivisione.

La conclusione degli Autori fu che le migrazioni costituiscono uno dei sistemi, forse il maggiore, che consenta ad una specie di modulare la propria consistenza numerica in funzione delle risorse. Insomma qualcosa che mima quanto avviene per i vegetali, che producono tanti più semi quanto più difficili sono le condizioni ambientali. In tale ottica il fenomeno migratorio appare ineluttabile ed alla comunità non rimane che cercare di orientarlo. I Ginecologi, medici del 50% dell'umanità, sono ovviamente coinvolti in qualsiasi piano di assistenza, ma nella circostanza il loro ruolo è sanitario, sociale e psicologico.

Basti pensare non solo alle gravide che giungono nei porti ma a quale possa essere stato il vissuto della maggior parte delle donne salvate in mare.

Il confronto delle modalità di assistenza nei paesi rivieraschi del Mediterraneo appare dunque utile ed opportuno. **Y**

Endometriosi: quale tecnica di imaging per una diagnosi corretta?

Elsa Viora

Vice Presidente AOGOI

L'endometriosi è definita sul piano anatomico-clinico come la presenza di tessuto endometrio-simile (stroma, ghiandole e vasi) al di fuori della cavità uterina, che induce un'inflammatione cronica reattiva, tessuto cicatriziale e aderenze che possono alterare l'anatomia pelvica della donna. Tale patologia interessa dal 6% al 10% delle donne in età fertile, senza distinzione etnica o sociale. Essa si manifesta con dismenorrea, dispareunia, dolore pelvico cronico, irregolarità mestruali e/o infertilità; nelle donne con dolore e/o infertilità, l'incidenza in età fertile arriva al 35-50%.

L'endometriosi è una condizione di sofferenza psicofisica caratterizzata da un'etiologia e una patogenesi non ancora completamente chiarite e un elevato tasso di recidiva. La finalità principale degli sforzi medici è volta a trattare i sintomi, a far scomparire gli impianti e a prevenire la comparsa di nuovi impianti ectopici di tessuto endometriale, anche al fine di facilitare la fertilità.

Questa patologia viene affrontata in più sessioni del Congresso nazionale: in una intera sessione in cui si tratta essenzialmente della terapia, nel simposio SIOG si affronta l'argomento dell'endometriosi e cancro, nel simposio SIEOG si discutono gli aspetti diagnostici.

In effetti, spesso questa patologia non viene diagnosticata con gravi conseguenze per la qualità di vita della donna e per la sua fertilità. Una corretta diagnosi è essenziale per definire la migliore strategia terapeutica.

Le diverse localizzazioni endometrioidiche (peritoneale, ova-

La diagnosi non invasiva di endometriosi rimane una importante sfida per il clinico. È essenziale conoscere gli strumenti diagnostici non invasivi a nostra disposizione per offrire alle donne la migliore assistenza.

Proprio per questo, l'AOGOI insieme a Bayer ha prodotto un manuale pratico per la “Diagnosi strumentale di endometriosi” che verrà distribuito gratuitamente a tutti i ginecologi già in occasione del Congresso nazionale

rica, profonda) presentano anche differenti problemi diagnostici.

L'intervallo tra l'insorgenza dei primi sintomi e la diagnosi clinica di endometriosi è di circa 7-10 anni. Il problema diagnostico maggiore è la difficoltà del riscontro delle lesioni specialmente in assenza di cisti endometrioidiche o in caso di lesioni minime; anche la valutazione dell'estensione della malattia è di difficile diagnosi.

La storia clinica della donna, i sintomi, l'esame clinico del-



► Segue a pagina 16



► Segue da pagina 15

la pelvi e l'esperienza del medico contribuiscono a migliorare l'accuratezza della diagnosi.

Esistono fondamentalmente **due tecniche di imaging utilizzate** più frequentemente per identificare e caratterizzare le lesioni endometriose:

- l'ecografia transvaginale (talora associata alla ecografia addominale)

- la risonanza magnetica (RM) o *Magnetic Resonance Imaging* (RMI).

L'ecografia transvaginale (TV) viene proposta come esame di prima scelta poiché permette una ampia esplorazione della pelvi, è ben accettato dalle donne ed è diffusamente disponibile. Si suggerisce ai clinici di basare la diagnosi di endometrioma ovarico in donne in premenopausa sulla base di ben note caratteristiche ecografiche, di cui l'aspetto a vetro smerigliato e l'assenza di strutture papillari vascolarizzate sono elementi essenziali. In postmenopausa il quadro ecografico è meno specifico.

In donne con sintomatologia soggettiva ed oggettiva di endometriosi rettale, la eco

TV è utile per identificare ed escludere le localizzazioni rettali; si tratta di un esame altamente operatore dipendente, e pertanto l'eco TV non è raccomandata per la diagnosi di endometriosi rettale, se non è effettuata da operatori esperti. Può essere talora integrata dalla ecografia transrettale (TRUS). Non è stata stabilita l'utilità dell'ecografia 3D per la diagnosi di endometriosi del setto retto-vaginale.

La risonanza magnetica (RM) viene considerata un esame complementare all'ecografia transvaginale e riveste un ruolo importante nella valutazione dell'endometriosi pelvica profonda, in particolare nello studio del compartimento anteriore, del setto retto vaginale, del fornice vaginale posteriore e della parete intestinale specialmente per lo studio delle lesioni localizzate oltre la giunzione retto-sigma. Tuttavia i clinici devono essere ben consapevoli che l'utilità della RM nella diagnosi di endometriosi peritoneale non è stata ben definita ed è anch'essa operatore dipendente: la sua interpretazione non è facile e richiede preparazione ed esperienza.

La tomografia (TC) riveste un ruolo di secondo piano nella dia-

gnosi di endometriosi, in particolare può essere impiegata nella ricerca di focolai extrapelvici. Possono essere considerate ormai superate le informazioni fornite da esami radiologici più "datati", quali l'urografia o il clisma opaco. Vi sono elementi eco-doppler-flussimetrici che possono indirizzare la diagnosi differenziale tra cisti endometriose benigna e tumore insorto su cisti endometriose, ma la diagnosi di certezza può essere effettuata solo sull'esame istologico.

La diagnosi non invasiva di endometriosi rimane una importante sfida per il clinico. La possibilità di formulare una diagnosi il più possibile corretta, evitando procedure invasive in una fase della malattia quando si possono proporre

terapie mediche senza la necessità di ricorrere alla laparoscopia diagnostica, è certamente affascinante con notevoli ricadute cliniche per la donna.

Strumenti quali l'ecografia transvaginale e la RM consentono di identificare lesioni endometriose con una buona accuratezza diagnostica permettendo di stabilire un piano terapeutico adeguato alla singola donna, ma si

devono ricordare i limiti degli studi morfologici e va personalizzato il percorso diagnostico-assistenziale in base ai dati clinici ed a quanto ecografia e RM possono fornire. Non si deve dimenticare che iniziare una terapia farmacologica in donne giovani sulla base di diagnosi solo ecografica di endometrioma, con beneficio sulla sintomatologia, può portare ad un ritardo nell'accertamento della presenza di endometriosi profonda, trascurando l'approccio chirurgico, con le possibili conseguenze negative sulla fertilità. È essenziale conoscere gli strumenti diagnostici non invasivi a nostra disposizione per offrire alle donne la migliore assistenza, senza tuttavia dimenticare che in molte delle condizioni cliniche, forse la maggior parte, resta indispensabile una conferma diagnostica chirurgica e l'esame istologico. Lo studio ecografico è, anche in quelle situazioni, fondamentale per la programmazione dell'intervento.

Proprio per questo, **l'Aogoi insieme a Bayer ha prodotto un manuale pratico per la "Diagnosi strumentale di endometriosi"** che verrà distribuito gratuitamente a tutti i ginecologi già in occasione del Congresso nazionale. **Y**

L'endometriosi è una condizione di sofferenza psicofisica caratterizzata da un'eziologia e una patogenesi non ancora completamente chiarite e un elevato tasso di recidiva. Interessa dal 6% al 10% delle donne in età fertile. Nelle donne con dolore e/o infertilità, l'incidenza in età fertile arriva al 35-50%



Simposio GIBIS-SIGO. Menopausa e osteoporosi: fisiologia e strate

Terapia Ormonale Sostitutiva e Modulatori Selettivi del Recettore Estrogenico nella gestione della osteoporosi postmenopausale

Stefano Lello

Anna Capozzi

Giovanni Scambia

Dipartimento Salute Donna e Bambino, Fondazione Policlinico Gemelli, Roma

L'osteoporosi è una patologia sistemica, caratterizzata da una riduzione della resistenza scheletrica (determinata dalla integrazione di densità e qualità dell'osso), con una maggiore suscettibilità alla frattura, anche per traumi che nor-

La possibilità di utilizzare, in base al profilo della paziente, TOS, tibolone o SERMs, consente una personalizzazione delle strategie di prevenzione e trattamento della osteopenia/osteoporosi, migliorando così il rapporto beneficio/rischio della terapia

malmente non sarebbero in grado di determinare tale evento.

La Terapia Ormonale Sostitutiva (TOS), utiliz-

Tavola rotonda SIGO-SIN Progetto AOGOI

Ginecologi e neonatologi insieme per il benessere materno-neonatale

Davide De Vita

Segretario Regionale AOGOI

L'a Tavola Rotonda, che fa il suo esordio in un congresso nazionale Sigo, vuole presentare gli **Obiettivi** della sinergia tra l'Aogoi e la Società Italiana di Neonatologia (SIN) nonché le **Criticità e le proposte** di modernizzazione dei punti nascita e alcuni **Strumenti** utili al raggiungimento di questi obiettivi.

Al centro della discussione ci saranno le modalità necessarie per migliorare e aumentare la sicurezza e la qualità dell'assistenza perinatale. I temi che verranno affrontati riguarderanno: l'**adeguamento dei punti nascita di molte regioni**, che ad oggi presentano ancora elementi di inappropriata, relativamente alla gestione delle complicanze. Il **potenziamento** dei reparti di Ostetricia e di Terapia Intensiva Neonatale, sia da un punto di vista di organico che di strumentazione - nel rispetto finalmente dei Lea, già richiesti dal 2011 con l'ac-

La Tavola rotonda, che fa il suo esordio al SIGO 2016, ha l'obiettivo di analizzare le attuali criticità di carattere organizzativo e clinico presenti in molti Punti Nascita italiani, proponendo un confronto sulle possibili soluzioni mediante una duplice visione, che è frutto di una nuova mentalità non più mono-specialistica ma aperta alla collaborazione. Nella consapevolezza che il comune intento è il benessere materno-neonatale

cordo Stato Regioni e mai attuati sinora. La **diffusione delle raccomandazioni** sull'organizzazione dei punti nascita di I livello, che prevede la realizzazione di una rete assien-



gie terapeutiche

zata solitamente con l'indicazione principale del trattamento della sintomatologia climaterica e, quindi, pur non rappresentando un trattamento di prima scelta per il trattamento della osteoporosi, è, però, una terapia che risulta essere in grado di proteggere il **tessuto osseo**, non solo in termini di BMD, come riportato nello studio ORAG (1), ma anche con una riduzione significativa del rischio di **frattura vertebrale** (HR = 0.66; I.C. 95 %: 0.44-0.98) e **femorale** (HR = 0.66; I.C. 95 %: 0.45-0.98) (2).

Un dato interessante, portato all'attenzione negli ultimi anni, è come le basse dosi di estrogeni (0.3 mg di estrogeni coniugati, o dosi di estrogeno bioequiva-

lenti) siano in grado di avere effetti comparabili con le dosi standard (0.625 mg di estrogeni coniugati o dosi di estrogeno bioequivalenti) della TOS sulla BMD nei vari siti scheletrici, sia per via orale sia per via transdermica (3, 4), ma con minori potenziali effetti collaterali (5).

Il tibolone, un composto ad attività estrogenica, progestinica e androgenica appare in grado di ridurre significativamente la perdita ossea postmenopausale migliorando i valori di BMD, alla dose standard di 2.5 mg/die ed anche alla dose di 1,25 mg/die a livello vertebrale e femorale (6). Inoltre, il tibolone, in uno studio su donne anziane (età media 68 anni), denominato LIFT (Long Term Inter-

Un dato interessante, portato all'attenzione negli ultimi anni, è come le basse dosi di estrogeni siano in grado di avere effetti comparabili con le dosi standard della TOS sulla BMD nei vari siti scheletrici, sia per via orale sia per via transdermica, ma con minori potenziali effetti collaterali

vention on Fractures with Tibolone) ha dimostrato (7), alla dose di 1.25 mg/die è in grado di ridurre il rischio di nuove fratture vertebrali (RR = 0.55; I.C. 95 %: 0.41-0.74) e di fratture non vertebrali (RR = 0.74; I.C. 95 %: 0.58-0.93).

I Modulatori Selettivi del Recettore Estrogenico (Selective Estrogen Receptor Modulators, SERMs) sono composti che agiscono attraverso il legame con il recettore per gli estrogeni (ER), ed esplicano effetti di tipo agonista o antagonista in dipendenza del tessuto considerato. Tale tessuto-specificità viene ottenuta grazie alla presenza di ER di differente tipologia (ed azione) presenti nei vari tessuti (ER di tipo alfa o beta, oppure ER di membrana) ed alla azione di proteine associate al recettore. Tali proteine, dette coregulatori, possono facilitare ed aumentare il risultato del legame tra recettore ed ormone (co-attivatori) oppure, al contrario, ridurre l'effetto biologico di tale legame (co-repressori). In conseguenza di tali fattori, i SERMs sono in grado di agire come estrogeno-agonisti su alcuni tessuti (es., tessuto osseo) e come estrogeno-antagonisti su altri tessuti (es., mammella) (8).

I due SERMs attualmente disponibili per uso clinico nella gestione della osteoporosi postmenopausale sono il Raloxifene ed il Bazedoxifene.

Il Raloxifene (RLX), composto non steroideo, è un SERM di seconda generazione con una funzione benzotiofenica nella molecola, ed è stato studiato nella prevenzione e nel trattamento della osteoporosi e della fratture (9). Lo studio registrativo è denominato MORE (Multiple Outcome Raloxifene Evaluation) (10), è uno studio multicentrico, randomizzato, in doppio cieco e controllato con placebo, condotto su 7705 donne di età compresa tra 31 e 80 anni, in menopausa almeno da 2 anni, con osteoporosi; la durata è stata di 36 mesi per valutare gli effetti di raloxifene a 60 mg, 120 mg e placebo a livello scheletrico. Tutti i soggetti hanno ricevuto una supplementazione con colecalciferolo e calcio. Il RLX (60 mg/die) ha ridotto l'incidenza delle fratture vertebrali sia in pazienti con fratture vertebrali pre-esistenti (una riduzione di circa il 30 %; RR=0.70; IC 95 %: 0.56-0.86) sia in pazienti senza fratture vertebrali all'inizio dello studio (riduzione di circa il 55 %; RR=0.45; IC 95 %: 0.29-0.71). Per ciò che riguarda le fratture non vertebrali, non vi è stata una riduzione delle fratture di femore. La BMD è stata aumentata, rispet-

to al placebo, nel gruppo trattato con RLX sia a livello vertebrale sia a livello femorale.

Un dato interessante, valutato in uno studio della durata di 5 anni, è che l'uso del RLX riduce significativamente il passaggio dalla condizione di osso normale alla condizione di osteopenia, sia a livello vertebrale (RR= 0.23; IC 95%: 0.00-0.81) sia a livello femorale, anche se soltanto come trend non significativo (RR= 0.43; IC 95%: 0.11-1.06) (11); nello stesso studio veniva dimostrato come il trattamento con RLX riduceva significativamente il passaggio dalla condizione di osteopenia a quella di osteoporosi sia a livello lombare sia a livello femorale. È opportuno ricordare, riguardo gli effetti extrascheletrici del raloxifene, la riduzione del rischio di cancro mammario (con recettori estrogenici positivi) riportato nello studio MORE.

Riguardo gli effetti extrascheletrici del raloxifene, è opportuno ricordare la riduzione del rischio di cancro mammario (con recettori estrogenici positivi) riportato nello studio MORE

Il bazedoxifene (BZA) è un SERM sviluppato dal RLX con sostituzione del core benzotiofenico (presente nella molecola del RLX) con un anello indolico, che si lega a ER alfa ed ER beta con alta affinità. Si comporta come antagonista a livello dell'utero (diminuzione della stimolazione endometriale estrogeno-dipendente) e della mammella (inibizione della proliferazione cellulare) (12). BZA ha dimostrato, in uno studio della durata di 2 anni, controllato versus placebo e trattamento attivo (RLX), di essere in grado di prevenire la perdita ossea e ridurre il turnover osseo in una popolazione di donne in postmenopausa con BMD normale o basso (T-score a livello vertebrale o femorale tra -1 e -2.5, quindi una popolazione di pazienti osteopeniche), in maniera sovrapponibile al RLX e significativamente migliore rispetto al placebo (13). In uno studio per valutare l'efficacia antifratturativa di BZA (14), della durata di 3 anni, BZA ha ridotto l'incidenza di nuove fratture vertebrali in una popolazione di donne osteoporotiche in postmenopausa; le pazienti sono state trattate con una

terapia quotidiana di BZA 20 mg, BZA 40 mg, RLX 60 mg, o placebo. L'incidenza di nuove fratture vertebrali a 3 anni di trattamento è stata significativamente ridotta con BZA 20 mg (HR= 0.58; IC 95%:0.38-0.89), BZA 40mg (HR= 0.63; IC 95%: 0.42-0.96), RLX 60 mg (HR= 0.58; IC 95%: 0.38-0.89). L'effetto del trattamento era presente nelle donne con e senza fratture vertebrali prevalenti. Nella popolazione globale di studio (n=7492), l'incidenza di fratture non vertebrali non mostrava differenza significativa tra BZA 20 mg, BZA 40 mg, RLX 60 mg o placebo. In maniera interessante, un'analisi post-hoc in un gruppo di soggetti ad alto rischio (T-score collo femorale di -3.0 o minore, 1 o più fratture vertebrali gravi, o fratture vertebrali multiple; n = 1772), ha mostrato come BZA a 20 mg abbia ridotto significativamente il rischio di fratture non vertebrali rispetto al RLX 60 mg (p = 0.05) ed al placebo (p=0.02). Inoltre, grazie all'effetto antiestrogenico esercitato da BZA a livello endometriale, è stato possibile creare una associazione tra estrogeni coniugati (0.45 mg) e BZA (20 mg), senza necessità di utilizzare un progestinico per la protezione endometriale, denominata Tissue Selective Estrogen Complex (TSEC), che ha mostrato una capacità di prevenire la perdita ossea postmenopausale a livello vertebrale e femorale (15) in maniera significativamente differente rispetto al placebo, con un significativo aumento della BMD media a livello della colonna lombare e del femore totale rispetto al baseline a 24 mesi di trattamento con BZA 20 mg/CE 0.45 mg in donne oltre 5 anni dall'inizio della menopausa; inoltre, vi era una differenza statisticamente significativa (p<0.01) rispetto al placebo in ogni punto di valutazione nel tempo (6, 12 e 24 mesi). Anche in donne entro i primi 5 anni dell'inizio della menopausa, TSEC risultava attivo nell'aumento della BMD rispetto al placebo. I dati di variazione dei markers del metabolismo osseo (osteocalcina come marker di formazione e C-telopeptide come marker di riassorbimento nel siero) erano significativamente differenti per BZA/CE rispetto al placebo (p<0.001).

Sul sito Aogoi, in allegato all'articolo, è disponibile la bibliografia

ziale materno-neonatale in cui anche il punto nascita di I livello sia in grado di assistere e gestire una gravidanza e un neonato critico, consapevoli che un 10% di gravidanze apparentemente fisiologiche può nascondere una gravidanza a rischio. In tale modo potremo assicurare anche in un centro di I livello, in condizioni di trasferimento non attuabile, l'assistenza adeguata di un feto con lieve ritardo di crescita e/o potremo essere in condizione di poter affrontare un'urgenza come il distacco di placenta - situazioni previste, ma mai attuate, dall'Accordo Stato Regione del 2011.

L'elaborazione di linee guida e procedure condivise in "Medicina Perinatale", con l'attuazione di protocolli diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), nella gravidanza fisiologica e in quella a rischio, inclusa la criticità dei trasferimenti in utero e neonatali.

Il miglioramento della comunicazione con i pazienti e i loro familiari, mirato a prevenire e prevedere i problemi di comunicazione tra le diverse figure professionali e tra struttura e familiari, frequenti soprattutto durante le emergenze e le gravidanze a rischio, in particolare nella gestione dei nati pre termine. A questo proposito, sarà presentato un importante strumento, utile al raggiungimento di questi obiettivi: la "Perinatal Card", che ha una triplice funzione, informativa, di counselling e di consenso informato allargato, da sottoporre alla gestante e al coniuge/compagno, da parte del ginecologo e neonatologo.

SPECIALE
CONGRESSO
91° SIGO
56° AOGOI
23° AGUI

La sala parto e la salute futura di madre e nascituro: una prospettiva ecologica

■ Abbiamo compreso che non siamo predeterminati, almeno non completamente: la nostra interazione con l'ambiente, che comincia dalle cellule germinali dei nostri genitori, dipende non solo dalla composizione e dall'espressione del loro DNA, ma anche dalle modificazioni epigenetiche che li hanno interessati al concepimento. Prosegue poi nella vita intrauterina, si concretizza alla nascita e successivamente, attraverso l'allattamento, lo svezzamento e la successiva alimentazione, insieme con lo stile di vita che scegliamo, possiamo continuamente cambiare il nostro destino, la traiettoria della nostra vita su questa terra

**Antonio Ragusa
Alessandro Svelato**
Dipartimento Materno Infantile
Ospedale Apuane, Massa e Carrara

Epigenetica. Questa parola è stata usata per la prima volta da Waddington nel 1957. Il termine è usato per spiegare i processi molecolari attraverso cui i tratti genetici persistono durante la divisione cellulare, senza per questo cambiare la sequenza nucleotidica del DNA. Si tratta di processi che risultano dal silenziamento o dall'attivazione di geni, attraverso modificazioni della funzione del DNA, dell'RNA e delle proteine. In pratica si è compreso che l'ambiente può modificare l'espressione del DNA. L'epigenetica può essere definita come lo studio dei cambiamenti nell'espressione genica che non comportano alterazioni nella sequenza di DNA ereditabile.

È facile comprendere cosa significa epigenetica, pensando che tutte le cellule corporee posseggono la stessa sequenza nucleotidica, eppure ogni cellula è diventata qualcosa di diverso: le cellule del fegato epatociti, quelle cerebrali, i neuroni, quelle cutanee, la pelle e così via. Si comprende come le differenze di espressione a livello fenotipico dipendano dal contesto nel quale i geni si esprimono e non solo dalla sequenza nucleotidica, i meccanismi epigenetici sono numerosi, i più importanti sono i processi di metilazione e quelli che utilizzano piccole mo-

lecole di RNA non codificante (non coding RNA), che vengono sintetizzate da DNA conosciuto un tempo come spazzatura (junk DNA) a cui fino a qualche anno fa non si riusciva ad attribuire alcuna funzione. **I primi studi su questo argomento hanno interessato proprio i bambini nati con basso peso**, che si erano ben adattati all'ambiente uterino povero di risorse, si scoprì che se essi crescevano in un ambiente ricco di risorse alimentari, sviluppavano malattie cardiovascolari in maniera drammaticamente più elevata dei bambini nati normopeso (Barker, 1995).

L'evidenza epidemiologica della "programmazione fetale", come causa di malattie metaboliche nell'adulto è stata suggerita dal lavoro di Barker e colleghi. Sebbene il concetto di programmazione sia stato scoperto precedentemente a Barker, sono stati i suoi studi epidemiologici alla fine degli anni '80 che hanno portato alla chiara formulazione che **gli eventi nella vita fetale possono influenzare il rischio a lungo termine di sviluppare malattia metabolica**. Utilizzando una coorte di uomini di 64 anni, tutti nati nel Hertfordshire (UK), Barker individuò una relazione inversa tra la pressione sistolica, l'aumento della mortalità cardiovascolare e il peso alla nascita. Utilizzando la stessa coorte di uomini, egli dimostrò anche un legame inverso tra il peso alla nascita, la tolleranza al glucosio e l'insulino-resistenza. Gli individui con

i più bassi pesi alla nascita avevano una probabilità sei volte maggiore di sviluppare il diabete di tipo 2 o una ridotta tolleranza al glucosio. Questi risultati sono stati replicati in una grande varietà di popolazioni di etnie differenti. In realtà sia il peso troppo elevato che troppo basso alla nascita, sono stati associati con fattori di rischio cardiovascolare in età adulta. Pertanto, è la composizione corporea alla nascita, piuttosto che il peso in sé, a rappresentare un indicatore per prevedere le malattie future. **Molto importante a questo riguardo è il peso materno precedente alla gestazione**, oltre che quello guadagnato durante la gravidanza, entrambi sono associati con la crescita fetale intrauterina. Il feto monitora l'ambiente esterno attraverso la valutazione dell'incremento ponderale materno e in

certa misura vi si adegua, modulando, a parità di patrimonio genetico, l'espressività del suo DNA.

I meccanismi epigenetici possono far sì che i tratti fenotipici caratteristici dei genitori si trasmettano sia direttamente, attraverso i micro RNA, sia indirettamente alla progenie. Ad esempio, le madri di ratto che hanno maggior accudimento parentale partoriscono prole capace di maggior accudimento parentale, viceversa madri che accudiscono poco partoriscono prole poco accudente, si tratta della trasmissione di un comportamento, tale trasmissione può essere completamente ribaltata se il cucciolo nato da una madre poco accudente è affidato a una madre molto accudente, il comportamento del cucciolo sarà quello della madre cui è stato af-



fidato, dimostrando che l'acquisizione di questo tratto comportamentale è acquisita e non genetica. I cuccioli di ratto, infatti, se esposti all'"accudimento" ridurranno i processi di metilazione del DNA in una particolare posizione del loro codice genetico. Questa modificazione si attiva subito dopo la nascita e persiste per tutta la vita. **Questo piccolo esempio dimostra che responsabilità gli ostetrici hanno quando assistono alla nascita**, essa va ben oltre il singolo istante. Infatti, durante i primi istanti di vita si attivano e si disattivano numerose sequenze nucleotidiche, le modalità con cui avviene questo processo determineranno conseguenze a lungo termine.

Un esempio affascinante è quello che succede variando il tempo del clampaggio del **cordone ombelicale alla nascita (CC)**. Randomizzando in due gruppi i neonati da gravidanza non complicata: clampaggio ritardato (≥ 180 secondi dopo il parto) o clampaggio precoce (≤ 10 secondi dopo il parto) i ricercatori svedesi hanno scoperto che a 4 anni di età i nati cui era stato praticato il clampaggio ritardato, soprattutto se erano di sesso maschile, avevano migliori capacità motorie e sociali, il che indica che l'ottimizzazione del tempo di CC può influenzare lo sviluppo neurologico a lungo termine, in una popolazione a basso rischio di bambini nati in una nazione ad alto reddito. Un altro esempio riguarda la **somministrazione di farmaci in travaglio**. Una forte correlazione inversa è stata trovata tra la quantità e la durata dell'esposizione al fentanil, usato per l'epidurale e la quantità di ossitocina sintetica, contro la capacità di suzione e di raggimento, durante la prima ora dopo il parto vaginale, del seno materno. Più i neonati sono esposti a ossitocina sintetica e fentanil, maggiori difficoltà essi hanno. Questi risultati suggeriscono che l'esposizione intrapartum al fentanil e all'ossitocina sintetica, diminuisce in modo significativo

SPECIALE
CONGRESSO
91° SIGO
56° AOGOI
23° AGUI

Il Progetto Genoma

IL DNA HA UNA LUNGHEZZA DI 2 METRI. Il 50% è composto da DNA ripetuto. Solo il 2,5% di tutto il DNA è codificante e determina la sintesi di proteine. Il 5% è costituito di geni operatori e trasposoni. Il 99% del DNA è uguale in tutti gli uomini. Le differenze di questo 1% sono alla base, tra l'altro, delle malattie genetiche. La comprensione della funzione dei geni e di quali malattie possano derivare dalle loro alterazioni è stata l'obiettivo del progetto genoma. Il Progetto cominciò nel 1990 e arruolò diversi istituti di ricerca pubblici internazionali coordinati dai National Institutes of Health, e dal dipartimento dell'energia degli Stati

Uniti. Si concluse in anticipo, nel 2003. Il sogno era quello socratico: "nosce te ipsum". La speranza era che conoscere i geni, avrebbe condotto alla piena comprensione della natura umana, ma così non è stato. Francis Collins, il 26 giugno del 2000 annunciò al mondo, insieme con Venter e Clinton, che la sequenza del genoma umano era stata completata. Sebbene il progetto abbia drammaticamente aumentato la nostra conoscenza e le possibilità curative e preventive della medicina, nel frattempo si è accumulata una enorme mole di dati scientifici, che ci hanno portato a comprendere che molte modificazioni fenotipiche avvengono indipendentemente dalla sequenza genica.

la probabilità del lattante di eseguire il pelle a pelle con la madre durante la prima ora dopo il parto. Nei ratti il trattamento perinatale con una singola dose di ossitocina provoca, attraverso un fenomeno noto come “**imprinting ormonale**”, conseguenze che durano per tutta la vita nella capacità recettoriale, nella produzione di ormoni e nel comportamento sociale e sessuale.

Un altro paradigma, da quale stiamo lentamente cominciando a uscire è quello che considerava i microrganismi esclusivamente come nemici degli organismi eucarioti, oggi sappiamo che noi conviviamo con circa 10.000 miliardi di microrganismi, essi coabitano all'interno del nostro corpo soprattutto nell'intestino, ma anche nella pelle nella bocca e nei genitali. Questo fa sì che in molte zone del nostro corpo la quantità di cellule procariotiche sia nettamente superiore alla quantità di cellule eucariotiche. **Il 95% delle cellule che compongono il nostro corpo non sono umane**, per esempio, coabitiamo con varie centinaia di grammi di E. coli, germe che abita felicemente nel nostro intestino. Alcuni batteri presenti nell'apparato digerente sono indispensabili per consentirci di metabolizzare alcuni principi nutritivi essenziali. Abbiamo nel nostro corpo 10 alla 6ª cellule batteriche e 10 alla 5ª cellule eucariotiche. Questi batteri producono vitamine, degradano il colesterolo, influiscono nel metabolismo degli acidi biliari e antagonizzano lo sviluppo di germi patogeni. Anche a livello planetario, a livello ecologico più generale, la presenza dei microrganismi è fondamentale per consentire il corretto equilibrio dell'ecosistema. Senza batteri, infatti, non sarebbe possibile trasformare il carbonio, lo zolfo, l'azoto e il fosforo e altri elementi necessari alle forme viventi. È noto il ruolo dei batteri lattici nella produzione di latte fermentato in formaggi, sappiamo che la vinificazione sarebbe impossibile, così come la panificazione, senza questi microrganismi.

Cosa siamo noi? Un Superorganismo costituito da circa dieci trilioni di cellule derivate da spermatozoo e cellula uovo che esprimono circa 23.000 di geni umani e circa 100 trilioni di cellule microbiche che esprimono 3.000.000 geni microbici. Un ordine di grandezza logaritmica in più, siamo più batteri che umani. Se poi teniamo conto delle sequenze nucleotidiche di origine virale, conservate all'interno del nostro codice, sequenze di cui la placenta è la fonte più rappresentativa, ecco che comprendiamo come siamo vicini a una completa rivoluzione culturale e medica.

Come possiamo interferire positivamente durante la gestazione e il parto, con questi processi che cominciamo a conoscere? Curando con grande attenzione il nostro modo di stare in sala

parto, tra i tanti argomenti interessanti al riguardo, **proviamo ad analizzare il ricorso al taglio cesareo e l'alimentazione materna.**

Il taglio cesareo può effettivamente ridurre la mortalità e la morbilità materna e perinatale se è eseguito a causa di precise indicazioni mediche, tuttavia non vi evidenza scientifica che provi i benefici del cesareo per madri e neonati quando non vi è giustificazione clinica. Al contrario le donne sottoposte a cesareo, soffrono di una maggior incidenza di:

- morte materna
- morbosità materna
- isterectomia peripartum
- ricoveri successivi durante il puerperio
- embolia di liquido amniotico
- accretismo placentari
- malposizioni placentari nelle successive gravidanze.

I neonati da cesareo, d'altro canto, soffrono di maggior incidenza di:

- lacerazioni iatrogene pericereareo
- morbosità respiratoria
- peggior adattamento cardiovascolare
- ridotta capacità di essere allattati al seno
- anemia
- asma
- laringite
- gastroenterite
- colite ulcerosa
- malattia celiaca
- infezioni del tratto respiratorio inferiore
- artrite idiopatica giovanile
- morte
- obesità
- diabete tipo 1
- sindrome metabolica
- cancro
- leucemie

quest'ultimo rischio, la leucemia, trova una probabile spiegazione nel fatto che lo stress della nascita predispone i neonati, attraverso un complesso meccanismo biochimico a migliorare le capacità di clearance delle cellule preneoplastiche.

Nella genesi di questo “mal adattamento alla nascita” uno dei fattori più importanti è probabilmente la mancata acquisizione del microbioma materno che avviene in conseguenza del taglio cesareo, questo determina un'alterata maturazione del sistema immunitario neonatale che può condurre a un rapporto alterato sia con il nostro “ambiente interno” che con l'ambiente esterno.

La nutrizione gioca un ruolo chiave in molti aspetti della salute e gli squilibri dietetici sono determinanti nella genesi delle malattie cardiovascolari, l'obesità, il diabete e il cancro. Un'alimentazione adeguata è particolarmente importante durante i periodi critici, soprattutto i primi anni di vita (sia pre che postnatale). A questo proposito, esiste un'ampia messe di dati epidemiologici e sperimentali che dimostrano che la nutrizione non ottimale in gravidanza e nei primi anni di vita extrauterina, può avere conseguenze sul-

la salute diversi decenni più tardi. L'ipotesi che meccanismi epigenetici possano collegare tali squilibri nutrizionali con la malattia e il rischio ha guadagnato l'accettazione di molti scienziati negli ultimi anni. Sorprendentemente, quasi tutti i meccanismi epigenetici rispondono efficacemente a segnali ambientali composti, tra cui la dieta. In particolare la dieta in gravidanza consente di modulare la creazione e il mantenimento di marchi epigenetici, influenzando in tal modo l'espressione genica e, quindi, il rischio di malattia e salute nel futuro. Un esempio lampante viene dagli studi sull'ontogenesi dell'olfatto umano (vedi Box).

Le iniziative per la salute spesso affrontano l'obesità infantile in parte, incoraggiando una buona alimentazione nei primi anni di vita. Tuttavia la scienza dimostra che i bambini preferiscono naturalmente i livelli più elevati di sapori dolci e salati e rifiutano il gusto amaro, più di quanto non facciano gli adulti. Così, la loro biologia di base, per ragioni evolutivistiche, non li predispone a favorire un basso contenuto di zucchero, un basso contenuto di sodio e una dieta ricca di vegetali e li rende particolarmente vulnerabili al nostro ambiente alimentare corrente costituito da cibi ad alto contenuto di sale e zuccheri raffinati. La buona notizia è che le esperienze sensoriali, cominciano presto nella vita, inoltre esse si possono plasmare. Le madri che consumano diete ricche di cibi sani saranno in grado di conferire ai bambini un buon punto di partenza, perché i sapori sono trasmessi dalla dieta materna al liquido amniotico e al latte materno, e i neonati allattati al seno accettano meglio questi sapori. Al contrario, i neonati nutriti con formula imparano a preferire un profilo a sapore unico e possono avere più difficoltà inizialmente ad accettare sapori che non si trovano nella formula, come quelli di frutta e verdura. Indipendentemente dalla modalità di alimentazione precoce, i bambini possono imparare attraverso l'esposizione ripetuta alla varietà alimentare in utero. In definitiva, fornendo alla madre e al neonato, alimenti complementari a basso contenuto di sale e zuccheri si può contribuire a proteggere il feto prima e il neonato poi, da un eccesso di assunzione di cibo insano nella vita adulta. Le prime esperienze di vita con gusti e sapori sani possono condurre a un lungo cammino verso la promozione di un'alimentazione sana, che potrebbe avere un impatto significativo nell'affrontare le molte malattie croniche associate ad una cattiva scelta di cibo che affliggono il nostro mondo.

Sul sito Aogoi, in allegato all'articolo, è disponibile la bibliografia 

La dieta in gravidanza. L'ontogenesi uterina dei sapori e del gusto

Nel 1995 J. A. Mennella prelevò 10 campioni di liquido amniotico da 10 donne in gravidanza sottoposte ad amniocentesi di routine. Circa 45 minuti prima della procedura, cinque donne avevano ingerito capsule di placebo, mentre le rimanenti cinque assunsero capsule contenenti olio essenziale di aglio. Le coppie di campioni selezionate dalle donne che avevano ingerito l'aglio e quelle delle donne che avevano ingerito capsule di placebo, sono state successivamente valutate da una giuria sensoriale di adulti. L'odore del liquido amniotico ottenuto da quattro delle cinque donne che avevano ingerito le capsule di aglio è stato giudicato contenere aglio, rispetto ai campioni raccolti dalle donne che consumavano le capsule di placebo. Così, l'ingestione di aglio da parte delle donne in gravidanza altera in modo significativo l'odore del loro liquido amniotico. Dopo questo studio numerose conferme sperimentali hanno sancito l'ontogenesi uterina dei sapori e dei gusti umani.

Le donne in gravidanza sono spesso confuse dalla consulenza di amici, familiari e medici su cosa mangiare durante la gravidanza e l'allattamento al seno. La mag-



gior parte dei consigli è focalizzata sulla nutrizione, ma negli ultimi anni gli scienziati hanno iniziato ad esplorare un altro aspetto importante: **l'esperienza del primo sapore**. Anche se alcune preferenze, come ad esempio l'amore per la dolcezza e una certa avversione per l'amaro, sono geneticamente determinate da milioni di anni di evoluzione, un crescente corpo di

evidenze, suggerisce che la maggior parte delle nostre inclinazioni idiosincratice per i diversi sapori non sono innate, ma apprese. Infatti, studi in neonati umani e negli animali, suggeriscono che possiamo iniziare a imparare ad amare o ad odiare gusti diversi già nel grembo materno, nella vulgata: se nostra madre ha consumato abbondanti quantità di broccoli, durante la gestazione, probabilmente ameremo i broccoli dopo la nascita... Recentemente sono emerse evidenze sul fatto che un eccessivo utilizzo di folati e vitamina B12 durante la gestazione potrebbe aumentare il rischio di autismo, anche in questo caso è necessario un giusto equilibrio tra l'alimentazione e la supplementazione. Sappiamo che il consumo di frutta e verdura in gravidanza è correlato con un aumento delle capacità cognitive nell'infanzia, dobbiamo utilizzare più tempo per spiegare i vantaggi di una corretta alimentazione e prescrivere meno supplementazioni, che devono essere riservate a chi ha una reale necessità.

Un altro promettente ambito di ricerca sulla modulazione nutrizionale materna, con l'obiettivo di influire positivamente sulla futura salute neonatale/adulta del nascituro, giace nell'utilizzo di probiotici, prebiotici e simbiotici.

I **probiotici** sono microrganismi (soprattutto batteri) viventi e attivi, contenuti in determinati alimenti o integratori, in numero sufficiente per esercitare un effetto positivo sulla salute dell'organismo, rafforzando in particolare l'ecosistema intestinale.

I **prebiotici** sono sostanze non digeribili, contenute in natura in alcuni alimenti principalmente fibre idrosolubili, non gelificanti tra cui i polisaccaridi non amidacei o beta-glucani, i fructani, gli oligofruuttosaccaridi, le inuline, il lattitolo, il lattosaccarosio, il lattulosio, le pirodestrine, gli oligosaccaridi della soia, essi promuovono la crescita, nel colon, di una o più specie batteriche utili allo sviluppo della microflora probiotica. I **simbiotici** sono un mix tra probiotici e prebiotici, la cui azione sulla salute è sinergica e per questo definita simbiotica. Questi alimenti hanno già dimostrato di essere capaci di ridurre le infezioni e le forme allergiche neonatali se opportunamente somministrati alla madre durante la gestazione.



In caso **D**i carenza il trattamento su misura

10.000 U.I./ml
gocce orali
Euro 5,42



50.000 U.I./2,5 ml
1 flaconcino monodose
Euro 8,50



50.000 U.I./2,5 ml
2 flaconcini monodose
Euro 15,34



25.000 U.I./2,5 ml
2 flaconcini monodose
Euro 8,10



25.000 U.I./2,5 ml
1 flaconcino monodose
Euro 5,42



CLASSE A - RR

Dibase
coleciferolo

PER PREVENIRE E TRATTARE LA CARENZA DI VITAMINA D

SPECIALE
CONGRESSO
91° SIGO
56° AOGOI
23° AGUI

Le attualità nelle disfunzioni del Pavimento Pelvico Femminile

Mauro Cervigni

Segretario Scientifico Associazione Italiana Urologia Ginecologia (AIUG)

Il Congresso Sigo-Aogoi-Agui 2016 presenterà, come sempre, le novità cliniche emerse nell'ultimo anno e gli argomenti cosiddetti 'caldi' che sono spunto di attualità e di dibattito. Le giornate si articoleranno in tre Sessioni, in una Lettura Magistrale e in un Simposio sponsorizzato.

Il Simposio sponsorizzato verterà sulla **Vescica Iperattiva**, patologia sottostimata con una incidenza crescente nella popolazione femminile soprattutto nell'età peri e post-menopausale e con un forte impatto negativo sulla qualità di vita. Attualmente le Linee Guida internazionali indicano quale primo step terapeutico il trattamento farmacologico con anticolinergici. La molecola presentata al Simposio cercherà di dare appunto una risposta a questa complessa patologia.

La prima Sessione sarà organizzata dall'Aiug e avrà un filo logico che partirà dalla prevenzione ostetrica per il **salvataggio del perineo**: quali strategie mettere in atto, fino ad arrivare al trattamento più attuale della **incontinenza urinaria** mediante l'uso delle Minisling, e alle nuove tecniche per il **Prolasso Genitale**. Sarà inoltre trattato un argomento sempre più emergente nella chirurgia ricostruttiva pel-

Due giornate di approfondimento dedicate all'uroginecologia: al centro le novità cliniche emerse nell'ultimo anno e gli argomenti 'caldi', spunto di attualità e di dibattito



vica: il mantenimento dell'utero, mediante una chirurgia "uterine sparing", delineando luci ed ombre di questo nuovo trend. Verrà fatta una ulteriore focalizzazione sul concetto della qualità di vita delle pazienti, che deve essere l'obiettivo primario di ogni intervento sia esso conservativo che chirurgico nella gestione dei disturbi del pavimento pelvico. Verrà quindi presentata una rivalutazione di quello che viene riportato in letteratura riguardo alle Linee di Evidenza e ai Gradi di Raccomandazione, attualmente imprescindibili in una gestione moderna di queste patologie.

Un appuntamento da non mancare sarà la presentazione delle Linee Guida fatta alle fine del Simposio dell'Aiug, essendo un argomento di estrema importanza per tutti i chirurghi che praticano la chirurgia ricostruttiva pelvica, perchè si presenteranno ufficialmente le **Linee Guida Aiug/Sigo** (che saranno ratificate dall'Istituto Superiore di Sanità) e che faranno testo soprattutto in sede di contenzioso medico-legale, realtà questa purtroppo in forte crescita nel no-

stro paese, come in tutti i paesi occidentali.

Nella **Letture magistrale** verrà trattato un tema nuovo per questi appuntamenti annuali della Società: la **pelvineurologia**, ov-

vero lo studio dei nervi pelvici mediante la navigazione intradominale laparoscopica.

Il **Secondo Simposio** verterà su un argomento ancora molto controverso in tutti gli eventi

nazionali e internazionali: la **gestione del Prolasso Genitale** dopo l'allerta dell'FDA americana sull'uso della chirurgia protesica.

Dopo una *overview* sull'argomento e sulle tendenze future si delineeranno i ruoli attuali della chirurgia fasciale tradizionale e di quella protesica, indicandone le luci e le ombre, e si cercherà di dare una risposta anche ai casi più complessi da trattare, come in caso di recidive chirurgiche: come studiarle e come trattarle.

Nella mattina di mercoledì verrà trattato infine un argomento di interesse emergente che dovrebbe far parte del bagaglio culturale e clinico del ginecologo: il **Dolore Pelvico Cronico**. Quest'anno verranno delineati alcuni aspetti di questa patologia cronica in relazione alla sessualità e ai disturbi intra ed extrapelvici che assai spesso compromettono la normale vita relazionale della paziente e della sua sfera emotiva e familiare. Verrà dato spazio anche alle associazioni pazienti che molto stanno facendo in termini di counseling e di supporto normativo.

Sono pertanto lieto a nome del Presidente, di tutto il Consiglio Direttivo Aiug e mio personale, di invitarvi a queste due giornate di approfondimento su queste tematiche uroginecologiche, che sicuramente instilleranno dei dubbi, ma faranno crescere la consapevolezza e la cultura su argomenti che il ginecologo si troverà ad affrontare sempre più frequentemente nella pratica clinica e che saranno, al pari degli altri aspetti della specialità, una componente sempre più importante nella formazione delle nuove generazioni dei ginecologi italiani. ■

La Fondazione Policlinico Gemelli di Roma sede della nuova International School of Pelvic Surgery (ISPS). A dirigerla sarà Mauro Cervigni

È un riconoscimento che pone la Ginecologia italiana a livelli di assoluto prestigio mondiale. L'Isps formerà giovani specialisti Urologi, Ginecologi e Colonproctologi provenienti da tutto il mondo.

Dal 12 al 16 settembre 2016 si è svolto a Tokyo il Congresso annuale della International Continence Society (ICS), la prestigiosa società internazionale che si occupa delle disfunzioni del pavimento pelvico e che ha visto la presenza di oltre 2500 delegati provenienti da 21 paesi di tutto il mondo. In quell'occasione, all'interno dell'ICS Institute (organismo organizzativo), è stata fondata la International School of Pelvic Surgery (ISPS) e affidato

l'incarico di dirigerla al Prof. Mauro Cervigni, attualmente Trustee dell'Executive Board dell'ICS per l'Uroginecologia. La Scuola prevedrà la formazione di giovani specialisti Urologi, Ginecologi e Colonproctologi provenienti da tutto il mondo e avrà sede presso la Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli, Università Cattolica di Roma. Tale alta onorificenza pone la Ginecologia italiana a livelli di assoluto prestigio mondiale e non può che fare inorgogliare tutti noi.



"Sono tematiche che il ginecologo si troverà ad affrontare sempre più frequentemente nella pratica clinica e che, al pari degli altri aspetti della specialità, saranno una componente sempre più importante nella formazione delle nuove generazioni dei ginecologi italiani"

Approccio personalizzato al trattamento della vescica iperattiva con fesoterodina

Davide De Vita

Segretario AOGOI Campania,
consigliere AIUG

Epidemiologia

In Europa, il 16,6% della popolazione di età superiore ai 40 anni soffre di Vescica Iperattiva (VI) o Over Active Bladder (OAB), sindrome caratterizzata dai sintomi di urgenza, con incontinenza (VI bagnata) o senza incontinenza (VI asciutta), di solito accompagnata da frequenza e nicturia; l'incidenza aumenta con l'aumentare dell'età, il 60% di questi pazienti consulta il proprio medico, tra questi, il 27% si vede prescrivere un farmaco.

La sintomatologia che accompagna la VI è dovuta ad iperattività detrusoriale (dimostrabile urodinamicamente da contrazioni involontarie del detrusore), ma può anche essere associata ad altre condizioni, quali alterazioni della statica pelvica o altri disturbi genitourinari.

La "vescica iperattiva", che può essere isolata oppure associata all'incontinenza urinaria da sforzo (incontinenza mista), è una diagnosi clinica e si definisce il *desiderio improvviso ed impellente di urinare che risulta difficile da differire*. Tale definizione è valida se non ci sono infezioni comprovate o altre patologie (1), mentre "l'iperattività del detrusore" è una diagnosi strumentale urodinamica.

Seppure la prevalenza complessiva della sindrome della VI è simile nei due sessi (16% nell'uomo e 16,9% nella donna in uno studio americano (2), 15,6% nell'uomo e 17,4% nella donna in uno studio europeo), la severità del sintomo è significativamente più prevalente nella popolazione femminile (3). È stato stimato che più di 50 milioni di persone che vivono nei paesi maggiormente sviluppati



soffrono di incontinenza urinaria per la cui cura viene impiegata una grande varietà di farmaci, che pur essendo efficaci in un certo numero di pazienti, possono presentare effetti collaterali e spesso non possono essere assunti in maniera continuativa (4).

La VI riguarda oltre 66 milioni di persone in Europa, rendendola più diffusa rispetto a molte malattie ben conosciute, come l'osteoporosi, il diabete mellito, l'asma e l'Alzheimer.

In Italia 5 milioni di persone soffrono di incontinenza urinaria, il 60% è composto da donne. La VI determina ripercussioni sulla qualità di vita, limitando significativamente le abitudini di vita, l'attività sociale, obbligando molto spesso le pazienti a trascorrere la maggior parte della propria giornata in casa, assistendo al fenomeno degli *"arresti domiciliari"*, o qualora escano al fenomeno della *"mappatura*

delle toilette", che le costringe a pianificare con largo anticipo gli spostamenti e le loro attività quotidiane, in modo da trovarsi nell'immediata prossimità di una toilette igienicamente valida e soprattutto confortevole. Inoltre, tali disturbi urinari si ripercuotono qualitativamente e quantitativamente sull'attività lavorativa, con conseguenze sul rendimento lavorativo e sulla difficoltà a trovare lavoro, al cambio di mansioni fino al licenziamento. Molte pazienti sono costrette ad utilizzare pannolini con ripercussioni anche sulla vita di coppia e sulla vita sessuale perché spaventate dall'idea di perdere il controllo della vescica e trovarsi quindi in una situazione di grave imbarazzo nell'atto sessuale, tabù che mette a repentaglio qualsiasi relazione interpersonale e che si ripercuote sull'equilibrio psicofisico di chi ne è colpito (5).

Purtroppo non sono disponibili

Nella cronologia dei farmaci per la vescica iperattiva la fesoterodina, uno degli ultimi farmaci ad essere commercializzato, agisce andando a bloccare le contrazioni involontarie del muscolo detrusore della parete vescicale durante la fase di riempimento del ciclo minzionale



studi qualificati di settore dai quali trarre dati utili per riflessioni approfondite in Italia, ma è sufficiente ricordare che il Ssn nel 2000 ha speso 243 milioni di euro in ausili per incontinenti, di cui 166 milioni per pannolini e che ciò rappresenta il 64% dell'importo totale annuo speso per l'assistenza protesica in generale

Le linee guida per il trattamento della vescica iperattiva prevedono:

- **Norme comportamentali:** perdita di peso, cessazione fumo, dieta, regolarizzazione dell'assunzione di acqua, riduzione di irritanti dell'urotelio quali caffeina e teina.
- **Riabilitazione** mediante esercizi per sviluppare la muscolatura del pavimento pelvico, nel tentativo di istruire la paziente a sopprimere o ignorare il desiderio di urinare aumentando gradualmente il tempo tra una minzione e l'altra.
- **Terapia farmacologica**, atta ad inibire le contrazioni involontarie della vescica attraverso una azione agonista vs il segnale mediato dall'acetilcolina (6).
- **Terapie di seconda linea** mediante tecniche invasive quali la neuromodulazione sacrale o iniezioni di Botox direttamente in vescica.

Terapia farmacologica con Fesoterodina

In questo articolo ci soffermeremo sulla presentazione di un farmaco antimuscarinico, la fesoterodina (Toviaz) che viene impiegato nella terapia della VI e dei sintomi ad essa associati quali minzione frequente, urgenza minzionale improvvisa o perdita involontaria di urina. È strutturalmente correlato alla tolterodina ed è disponibile in due dosi efficaci e ben tollerate, 4 mg ed 8 mg. Nella cronologia dei farmaci per la VI la fesoterodina, uno degli ultimi farmaci ad essere commercializzato, agisce andando a bloccare le contrazioni involontarie del muscolo detrusore della parete vescicale durante la fase di riempimento del ciclo minzionale. Queste contrazioni sono mediate dalla stimolazione indotta dall'acetilcolina, dei recettori muscarinici M3 presenti nella vescica; quindi bloccando questi recettori, la fesoterodina è in grado di ridurre le contrazioni involontarie del detrusore, migliorare i sintomi da instabilità ed aumentare la capacità vescicale. Allo stesso tempo la fesoterodina è in grado di produrre il blocco dei recettori muscarinici M2 che quando attivati inibiscono il rilassamento del muscolo detrusore. Il blocco di tali recettori quindi



SPECIALE
CONGRESSO
91° SIGO
56° AOGOI
23° AGUI

Si stima che oltre 50 milioni di persone che vivono nei paesi maggiormente sviluppati soffrano di incontinenza urinaria. In Italia sono 5 milioni, di cui il 60% donne.

Nel 2000 il nostro Ssn ha speso 243 milioni di euro in ausili per incontinenti: il 64% dell'importo totale annuo speso per l'assistenza protesica in generale. La "vescica iperattiva" riguarda oltre 66 milioni di persone in Europa

produce un aumento del rilassamento vescicale.

Fesoterodina presenta quindi una azione non selettiva bilanciata sui recettori M2/M3.

La capacità vescicale viene aumentata, il primo stimolo urinario ritardato e la frequenza degli svuotamenti della vescica volontari ed involontari viene ridotta.

La fesoterodina agisce come pro-farmaco attivo per os, convertito al metabolita attivo 5 idrossimetiltolterodina (5HMT) da un'esterasi non specifica (7). La 5-HMT è il principale metabolita anche della tolterodina, da cui viene prodotto per ossidazione a livello epatico dal CYP2D6. La conversione di fesoterodina nel suo metabolita attivo non richiede la via epatica del citocromo.

Questo composto, chimicamente identico al 5-idrossi metabolita della tolterodina, è un antagonista recettoriale muscarinico non-sottotipo selettivo (8). Si ritiene che tutti gli effetti della fesoterodina nell'uomo siano mediati dal 5-HMT, dal momento che il composto originario è indosabile dopo assunzione orale. Il 5-HMT è metabolizzato nel fegato, ma una quota significativa è escreta dal rene senza ulteriore metabolizzazione ed è stato dimostrato che la variabilità interpopolazione all'esposizione alla 5-HMT è molto bassa.

L'efficacia della fesoterodina nel trattamento della VI è stata valutata in due studi controllati, randomizzati, in doppio cieco, condotti in pazienti prevalentemente di sesso femminile, entrambi da Chappel et al.

Il primo studio, randomizzato, è stato condotto su 1103 pazienti, suddivisi in 4 gruppi, 265 trattati con fesoterodina 4 mg/die, 276 con fesoterodina 8 mg/die, 279 con placebo e 283 con tolterodina a rilascio prolungato 4 mg/die come controllo attivo. Dopo 12 settimane, il numero medio di minzioni nelle 24 ore (end point primario), da un valore iniziale di 11,5-12 si è ridotto di 1,02 con placebo, 1,74 con fesoterodina 4 mg, 1,94 con fesoterodina 8 mg e 1,69 con tolterodina 4 mg.

Tutte e tre le differenze rispetto al placebo sono risultate statisticamente significative così come il numero di episodi di incontinenza da urgenza nelle 24 ore (altro end point primario) con valori -1,20 con placebo, -2,06 con fesoterodina 4 mg, -2,27 con fesoterodina 8 mg, -1,83 con tolterodina 4 mg partendo da un basale di 3,7-3,8. Anche la risposta al trattamento (misura di esito co-primaria), definita come percentuale di pazienti che hanno giudicato "migliorate" le proprie condizioni in una scala dei benefici a 4 punti, è stata si-

gnificativamente superiore rispetto al placebo: 53,4 % (placebo), 74,7% (fesoterodina 4mg), 79% (fesoterodina 8mg), 72,4% tolterodina 4mg.

Un miglior aumento medio significativo rispetto al placebo coi 3 trattamenti attivi è stato osservato anche nel volume urinario vuotato per minzione e nel numero medio di giorni con incontinenza normale (9). Nel secondo studio, EIGHT STUDY effettuato su 1955 pazienti, 806 trattati con fesoterodina 4 mg, 804 con fesoterodina 8 mg e 402 con placebo, Chappel et al. hanno confermato, su una casistica maggiore la superiorità della fesoterodina 8 mg vs 4 mg e verso placebo nel ridurre gli episodi di incontinenza urinaria da urgenza. L'importanza di questo studio sta nella dimostrazione, unica per la categoria dei farmaci antimuscarinici, statisticamente significativa dell'efficacia dose-dipendente della fesoterodina nel trattamento della VI (10). Inoltre, l'analisi dei dati sulla qualità della vita, mediante King's Health Questionnaire e l'ICI Questionnaire-short Form, ha mostrato che entrambi i dosaggi determinano un significativo miglioramento degli episodi di incontinenza, severa urgenza con incontinenza, volumi medi vuotati e numero di giorni continenti alla settimana (10,

Simposio Pierre Fabre Pharma

Vescica Iperattiva: ruolo della Fesoterodina

Nell'ambito del Congresso Nazionale SIGO, lunedì 17 ottobre 2016, dalle ore 13,30 alle 14,30, è previsto il Simposio "Pierre Fabre Pharma" dal titolo Vescica Iperattiva (OAB): ruolo della Fesoterodina.

Sarà un vero e proprio focus sulla Vescica Iperattiva, in cui si discuterà sull'importanza e sull'alta incidenza di tale sindrome e delle opportunità di riconoscerla, diagnosticarla e curarla in tempo.

Interverranno come moderatori: il segretario nazionale AOGOI **Antonio Chiantera**, il past presidente AIUG **Gaspere Carta**, segretario regionale AOGOI Campania e consigliere AIUG **Davide De Vita** e il segretario scientifico AIUG **Mauro Cervigni**.

11). Khullar ha confermato che la fesoterodina, ad entrambi i dosaggi 4 e 8 mg x 1/die, si è rivelata decisamente superiore al placebo nel miglioramento dei sintomi della VI, ma la dose di 8 mg/die ha un'efficacia significativamente maggiore (11).

La tollerabilità della fesoterodina è ben dimostrata nello studio di Wagg et al. che ha evidenziato un miglioramento dei sintomi della VI con una ottima tollerabilità nei soggetti anziani, confermati dai pochi effetti collaterali sul SNC ed anche una ridotta secchezza delle fauci (12). Il meccanismo che è alla base di tale maggiore tollerabilità è legato al metabolita attivo della fesoterodina (5-HMT), che essendo meno lipofilo della tolterodina attraverserebbe più difficilmente la barriera ematoencefalica, con minori effetti collaterali a livello del SNC (7, 13).

Gli effetti indesiderati sono quelli caratteristici degli antimuscarinici, la secchezza delle fauci è il disturbo più frequentemente riportato, valutata da media a moderata nella maggioranza dei casi. Kelleher et al., in uno studio randomizzato su pazienti con VI trattati con fe-

soterodina 4, 8 mg, tolterodina a lento rilascio 4 mg e placebo, per una durata di 12 settimane, hanno dimostrato un miglior effetto positivo della fesoterodina sulla qualità della vita rispetto agli altri trattamenti (14, 15).

La soddisfazione a lungo termine dei pazienti che hanno utilizzato fesoterodina è stata dimostrata nello studio Van Kerrebroeck che riporta una soddisfazione del 97% dei pazienti dopo 2 anni di trattamento(16).

Conclusioni

Toviaz, fesoterodina fumarato, presenta un ampio numero di studi scientifici che ne attestano l'efficacia clinica, il profilo di sicurezza, tollerabilità e il grado di soddisfazione per i pazienti. Inoltre, un recente studio clinico di Oelke et al riporta come fesoterodina sia l'unico farmaco per la vescica iperattiva classificato B (comprovata efficacia), efficace per il trattamento dei sintomi della vescica iperattiva (17). L'assunzione consigliata è di una compressa retard di 4 mg una volta al giorno, indipendentemente dai pasti e può essere aumentata alla dose di 8 mg al giorno. **Y**

Per saperne di più

1. Abrams P et al. *Neurourol Urodyn* 2002;21:167-178
2. Stewart WF et al. *World J Urol* 2003; 20:327-336
3. Milsom B. *BJU International* 2001; 87:760-766
4. Tubaro A. *Urology* 2004;64 (6Suppl 1):2-6
5. Temml C et al. *Eur Urol* 2005; 48:622-7
6. EAU Guidelines on Urinary Incontinence 2012
7. Michel MC. *Expert Opin Pharmacother* 2006;(10):1787-1796
8. Ney P et al. *BJU Int* 2008; 101:1036-42
9. Chapple C et al. *Eur Urol* 2007; 52:1204-12
10. Chapple C et al. *BJU Int* 2014; 114:418-426
11. Khullar et al. *Urology* 2008;71 (5):834-43
12. Wagg A et al. *J Am Geriatr Soc* 2013;61:185-193
13. Malhotra B et al. *British Pharmacologic Society Winter Meeting* 2007; Brighton UK
14. Kelleher et al. *BJU* 2008;102 (1):56-61
15. Malhotra B et al. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2008, Nov;46(11) 556-63
16. Van Kerrebroeck PEV. *Int J Clin Pract* 2010;64: 528-9
17. Oelke M et al. *Age and Ageing* 2015; LUTS-FORTA

linea ginecologica VELATES



La linea di **prodotti naturali** utili a migliorare la **qualità di vita** e soddisfare le necessità di **benessere del pianeta donna**

Materiale destinato agli operatori sanitari. Vietata la diffusione al pubblico.

IL CONTROLLO DELLA CISTITE
INIZIA DA QUELLO
DELLA FLORA INTESTINALE



PROTEZIONE DELLA
MUCOSA VAGINALE



LENITIVO E
IGIENIZZANTE



L'ALTERNATIVA NATURALE
NELLA SINDROME
PREMESTRUALE



L'AUTO PER LA
GESTIONE DEI DISTURBI
MENOPAUSALI



IDRATANTE E PROTETTIVO



DURANTE LA GRAVIDANZA
E L'ALLATTAMENTO



VELATES è un marchio



Leonardo Medica srl
Via Pietramarina 53 • 50059 Vinci (FI)
www.leonardomedita.com

Attività regionali e infertilità al centro del congresso AGITE

Sandro M. Viglino
Presidente AGITE
Vice Presidente AOGOI

■ Il Congresso SIGO 2016 sarà un Convegno molto importante non soltanto per la rilevanza e l'originalità dei temi trattati ma anche perché sarà un Congresso elettivo, essendo giunti a scadenza molti degli incarichi dirigenziali attribuiti nell'Assemblea elettiva di tre anni fa. Incarichi relativi ai Direttivi che hanno retto in questi anni Sigo, Aogoi, Agite e, per quanto riguarda i colleghi universitari, Agui. Dunque un momento fondamentale per la vita di queste Associazioni che qualche collega potrà ancora guardare con indifferenza o addirittura con diffidenza ma dalla cui "salute" dipende la "salute" della Ginecologia italiana.

Ecco perché spero che tanti colleghi cercheranno di essere presenti per partecipare attivamente a queste scelte e per non subirle passivamente (per poi magari criticarle). Com'è ormai consuetudine, nel contesto del Congresso Sigo si inserisce anche quello di Agite che da un lato dovrà procedere all'elezione del nuovo Consiglio di Presidenza (anche alla luce del positivo fermento che sta contraddistinguendo negli ultimi tempi diverse realtà regionali) e dall'altro dovrà presentare una sorta di "bilancio" delle attività svolte da parte delle delegazioni regionali in merito a specifici temi di carattere scientifico e professionale.

Tutto ciò per richiamare ancora una volta la bontà e la qualità di talune attività sviluppate in questi ultimi anni sui territori re-



Il problema legato all'infertilità di coppia ha assunto dimensioni che stanno andando al di là della sua rilevanza scientifica e sociale

gionali che meriterebbero di essere meglio considerate da chi ha il compito di amministrare la Sanità ma anche da tanti colleghi ospedalieri e universitari che continuano a considerare quelle attività poco rilevanti o a non considerarle affatto. È, quest'ultimo, un peccato originale che non è stato ancora ammesso in nessun confessionale della professione ma che presto dovrà trovare il giusto riconoscimento.

Mi auguro, però, che tra i tanti colleghi che parteciperanno ci siano anche molti "territoriali" che peraltro devono smettere di piangersi addosso e decidere invece di prendere in mano il proprio futuro professionale, anche se è difficile mantenere vive le speranze dopo tanti anni di scarsa considerazione.

All'esposizione delle accennate attività regionali seguirà la presentazione del "Progetto AGITE per la conservazione del patrimonio riproduttivo": un'iniziativa sulla quale vorrei soffermarmi. Il problema legato all'infertilità di coppia ha assunto dimensioni che stanno andando al di là della sua rilevanza scientifica e sociale, specie dopo la pes-

sima Legge 40/2004 che ha limitato in modo indiscriminato e irragionevole il ricorso alla procreazione medicalmente assistita (Pma). Da quel momento è iniziato un percorso di consapevolezza da parte dell'opinione pubblica (nonostante l'esito negativo dello specifico referendum abrogativo del giugno 2005 quando votò solo il 25,5% degli aventi diritto) che ha incontrato in questi ultimi anni l'interesse e la sensibilità del Ministro Lorenzin che, avendolo visto sulla propria pelle, ha compreso fino in fondo l'importanza del problema al punto da indire il 22 Settembre e a partire da quest'anno il Fertility Day, una giornata per richiamare l'attenzione dell'opinione pubblica sulla necessità di dedicare attenzione alla conservazione del patrimonio riproduttivo, specie in un Paese afflitto da tempo dal fenomeno della denatalità (488.000 nati nel 2015, il numero più basso dall'Unità d'Italia) e con il più basso tasso di incremento della popolazione (-5,4 per mille). Ci dispiace che tale iniziativa sia stata travisata nei suoi principi ispiratori e oggetto di critiche spes-

so immotivate che hanno finito per "sporcare" una lodevole proposta tesa semplicemente a richiamare l'attenzione di tutti (specialmente dei giovani) su una questione importante e concreta.

Sebbene la percentuale di coppie infertili o subfertili abbia subito nell'ultimo ventennio un aumento che, in realtà, è più relativo che assoluto, considerando che, a differenza di un tempo, tali coppie giungono all'attenzione dello specialista, tuttavia non si può negare che fattori prima sconosciuti o assenti hanno condizionato e stanno condizionando il nostro patrimonio riproduttivo. Fattori materni e anche paterni, spesso legati all'età ma non solo, hanno assunto una rilevanza prima sconosciuta o sottovalutata. Tutti sanno che oggi l'età materna alla prima gravidanza è decisamente salita (intorno ai 32 anni) per ragioni soprattutto di carattere sociale che sarebbe qui troppo lungo analizzare ma questo è sicuramente un elemento fondamentale di cui tener conto. La fecondità nella specie umana è massima tra i 20 ed i 30 anni; a 35 anni è la metà, a 38 anni è un quarto ed a 40 anni un decimo di quella di una donna di 30 anni. Il patrimonio oocitario che una femmina riceve al momento della nascita va incontro ad un progressivo deperimento per cui a 37 anni, per esempio, sono presenti ancora 25.000 ovociti rispetto al patrimonio iniziale di oltre un milione. Ma anche l'età paterna gioca un ruolo non così secondario come si pensava fino a poco tempo fa: essa manifesta più tardivamente i suoi effetti negativi, ma già dopo i 35 anni il numero di mesi necessari in media a concepire, pur con una partner di giovane età, è doppio rispetto a quello di un uomo di 25 anni e dopo i 50 si osserva un aumento degli esiti negativi della gravidanza. Dunque l'età resta il fattore principale su cui richiamare l'attenzione delle giovani coppie. Ma anche altri fattori svolgono ruoli di tutto rilievo: errate abitudini alimentari e variazioni del peso corporeo, condizioni morbose extragenitali ma soprattutto *malattie a trasmissione sessuale (Mts) e ambiente e stili di vita*. Ecco perché l'ope-

ra paziente e non semplice di informazione e sensibilizzazione va rivolta innanzitutto ai giovani cui bisogna spiegare che il loro patrimonio riproduttivo non è infinito e non è invulnerabile, non è rigenerabile e può soltanto ridursi a seguito dell'età ma, per quanto li riguarda, anche a causa di fattori (MTS, stili di vita, abitudini voluttuarie, ecc.) che possono essere evitati o contenuti.

Da qui parte il Progetto AGITE con l'intento di utilizzare al meglio la presenza dei ginecologi che operano sul Territorio (rete consultoriale e, soprattutto, centri giovani) al fine di veicolare questi messaggi a quella parte dell'utenza (la più giovane) che in genere non ha punti di riferimento scientifici validi e affidabili. A quest'opera di educazione e informazione rivolte a ragazze e ragazzi e alle giovani coppie progettiamo di affiancare la disponibilità di un sito web di Agite (accessibile anche su mobile e attualmente in corso di restyling) attraverso il quale ricevere quelle informazioni e quei suggerimenti utili ad evitare comportamenti che potrebbero un giorno rivelarsi nocivi e determinanti per la conservazione della propria fertilità.

Vorrei, concludendo, ribadire però un concetto che ritengo basilare soprattutto sotto il profilo dell'etica professionale. Sono dell'opinione che ogni vita vada accolta e valorizzata, non soltanto al momento della nascita ma anche e soprattutto dopo. Così come resto convinto che ogni figlio debba nascere desiderato.

Il nostro compito di Ginecologi e di medici non è quello di trasformarci fanatici della demografia. Le scelte e le convinzioni individuali e delle coppie che si rivolgono a noi vanno semplicemente rispettate ma è nostro dovere, questo sì, ricordare che quel potere quasi magico che l'essere umano ha di poter "dare" la vita, come tutto ciò che ci è donato dev'essere attentamente custodito e amministrato perché, anche se l'evoluzione umana ha compiuto tanti grandi passi, le leggi della biologia non sono cambiate e sono lì a ricordarci che siamo noi gli artefici del nostro destino... anche di quello riproduttivo. ■

Consigli per una corretta alimentazione in gravidanza: brochure informative per le donne nord africane e indo-pakistane

Negli ultimi anni, l'arrivo nel nostro Paese di migranti ha reso multietnica la tipologia delle pazienti seguite presso gli ambulatori e i reparti di Ostetricia e di Diabetologia. Sempre più spesso, quindi, gli operatori sanitari hanno necessità di effettuare educazione comportamentale e alimentare a donne straniere con diabete gestazionale (GDM), obesità e sindrome metabolica. È infatti ben noto come una attività fisica costante,

insieme ad un'alimentazione sana ed equilibrata rappresentino il fulcro della terapia di queste patologie.

Nell'ASST Bergamo Ovest un gruppo di lavoro, formato da medico ginecologo e diabetologo, infermiere, ostetriche, dietista e nutrizionista, ha incontrato mediatori culturali per approfondire le proprie conoscenze circa le tradizioni nazionali, le abitudini alimentari e comportamentali delle pazienti straniere gravide. Questo ha per-

messo di giungere a formulare schemi dietetici non solo nel rispetto delle raccomandazioni nutrizionali per il GDM delle linee guida delle società scientifiche, ma anche nel rispetto dei gusti e dei cibi più caratteristici dei paesi di provenienza delle pazienti.

Sono per ora disponibili due schemi, uno per donne provenienti dall'Africa del Nord e uno per le pazienti indo-pakistane, che rappresentano le etnie che più frequentemente accedono al-

la struttura. Tali schemi alimentari sono attualmente in corso in traduzione in arabo e in urdu per una fruibilità anche per coloro che non hanno ancora dimestichezza con la lingua italiana.



Claudio Crescini

Oncofertilità: una nuova disciplina per la preservazione della fertilità nella paziente oncologica

**Giacomo Corrado
Marcello Iacobelli
Emanuela Mancini
Ermelinda Baiocco
Anna Maria Lobascio
Arabella Bufalo
Ashanti Zampa
Anna Di Luca Sidozzi
Stefania Torelli
Enrico Vizza**

Banca del Tessuto Ovarico e delle Cellule Germinali della Regione Lazio, Istituto Nazionale Tumori "Regina Elena" - IFO, Roma

Negli ultimi anni sono stati fatti grandi passi avanti nella cura delle malattie oncologiche. Oggi si stima che nel mono il tasso di sopravvivenza a 5 anni sia intorno al 65% e per alcune forme tumorali (linfomi e tumore mammario) superiore all'85%. Ogni anno nel nostro Paese circa 8.000 cittadini under 40 (5.000 donne e 3.000 uomini) sono colpiti da tumore, 30 ogni giorno, pari a circa il 3% del numero totale delle nuove diagnosi. Di fronte a questi dati appare chiaro come l'oncologo non possa più limitarsi ad occuparsi della sola sopravvivenza del paziente ma debba farsi carico anche della sua qualità di vita con uno sguardo attento al suo futuro e, per quelli più giovani, alla possibilità di avere figli.

Il tema della fertilità e della procreazione è sempre più sentito in ambito oncologico, non solo grazie al già citato miglioramento delle prospettive di guarigione ma anche perché l'abbassamento dell'età di insorgenza di alcuni tumori e l'innalzamento dell'età media alla prima gravidanza hanno portato ad un aumento del numero di donne che si ammalano in età fertile prima di aver concluso il percorso riproduttivo. Va inoltre considerato che, grazie ad un più facile accesso alle informazioni ed ad una maggiore consapevolezza di poter avere un ruolo attivo nella cura, sono sempre di più le donne che si informano e richiedono espressamente di affrontare temi legati alla fertilità e alla procreazione. **È nata così una nuova disciplina medica** che unisce l'oncologia e la medicina della riproduzione: l'oncofertilità. Lo specialista ginecologo, oncologo, psicologo e biologo con competenze specifici

La fertilità fa parte della vita di una giovane donna, indipendentemente dai suoi progetti di maternità. È un bene che ha a disposizione e di cui non potrà usufruire durante le cure oncologiche. Sapere che questo potrà essere ripreso al termine delle cure (con l'utilizzo dei propri gameti crioconservati o in altro modo) è per molte donne confortante. Al momento della diagnosi l'oncologo dovrebbe quindi offrire alla paziente la possibilità di riflettere su questo tema, fornendole gli strumenti per approfondirlo se lo riterrà opportuno

che nell'ambito dei trattamenti per l'infertilità e della procreazione medicalmente assistita, si occupa di tutti i temi legati alla fertilità e alla riproduzione in oncologia: preservazione della fertilità, ricerca di gravidanza dopo tumore e tumore in gravidanza. **Le principali tecniche** di preservazione della fertilità nella donna affetta da neoplasia sono costituite dall'utilizzo di farmaci (analoghi LH-RH) per proteggere le ovaie dal danno delle terapie antitumorali, dalla crioconservazione degli ovociti e da quella del tessuto ovarico. Le tecniche ormai consolidate per prevenire l'infertilità da chemioterapia sono il prelievo di ovociti prima dei trattamenti chemioterapici e la loro crioconservazione e l'utilizzo degli analoghi LH-RH che proteggono le ovaie durante la cura. Tali tecniche possono entrambe essere applicate alla stessa paziente e hanno un tasso di successo relativamente elevato, con possibilità di gravidanza dopo la guarigione tra il 30 e il 50% a seconda dell'età della paziente, dei trattamenti chemioterapici ricevuti e del numero di ovociti crioconservati.

Studi di fase III eseguiti su centinaia di donne dimostrano che le pazienti trattate con analoghi LH-RH durante la chemioterapia hanno un rischio dimezzato di rimanere sterili dopo il trattamento, rispetto alle pazienti che ricevevano la sola chemioterapia. D'altra parte il congelamento di almeno 10 ovociti offre il 30% di probabilità di poter avere un bimbo in braccio, una volta concluso il percorso oncologico. **La crioconservazione degli ovociti**, praticabile solo nelle pazienti affette da patologie oncologiche in età postpuberale al di sotto dei 39 anni di età, costituisce una valida procedura di preservazione della fertilità ad oggi riconosciuta

come non più sperimentale. La crioconservazione ovocitaria può essere attuata in modo preminente od offerta in associazione con la crioconservazione del tessuto ovarico. **Il banking degli ovociti** può essere proposto solo ad una ristretta fascia di pazienti, in quanto la terapia oncologica è generalmente attua-

ta con criteri di urgenza e la stimolazione ormonale necessaria al recupero degli ovociti può addirittura risultare dannosa per la paziente. Di conseguenza, il trapianto di corticale ovarica è il metodo più concreto e rapido per affrontare il problema del ripristino della fertilità, perché la crioconservazione del tessuto

ovarico offre il vantaggio di non richiedere una stimolazione ormonale, ed offre quindi importanti prospettive per preservare sia la funzione riproduttiva sia l'attività steroidogenica. La percentuale di ripresa della funzionalità ovarica dopo reimpianto è elevata (90-100%) ma la sua durata è ancora limitata (massimo qualche anno). Ad oggi sono nati 60 bambini nel mondo dopo reimpianto di tessuto ovarico scongelato. Il materiale biologico può rimanere crioconservato per anni ed essere utilizzato quando la paziente ha superato la malattia. **La principale limitazione della crioconservazione del tessuto ovarico** è rappresentata dalla possibilità teorica di reintrodurre cellule tumorali, eventualmente contenute nei frammenti ovarici prelevati, nel corpo della paziente al momento del reimpianto. Il rischio della reintroduzione di cellule maligne durante l'autotrapianto di tessuto ovarico è molto variabile: raramente alcuni tumori coinvolgono l'ovaio, altre neo-

Identificazione del linfonodo sentinella nei tumori solidi

Nell'immediato futuro la metodica del LS, la cui efficacia ormai è stata dimostrata in numerose serie, diverrà standard anche nei tumori dell'utero come accade per mammella, melanoma e tumore della vulva in stadio iniziale. I risultati di numerosi studi prospettici randomizzati in corso sono molto attesi e consentiranno di chiarire ancora meglio quanto sinora dimostrato nelle serie retrospettive

Alessandro Buda

Unità semplice di Ginecologia Chirurgica Oncologica - Divisione di Ginecologia, Ospedale San Gerardo di Monza
Università degli Studi Milano-Bicocca

Se cerchiamo di identificare l'origine della metodica di identificazione del linfonodo sentinella nei tumori solidi, dobbiamo tornare indietro fino alla fine del 1800 quando Sappey penso per primo di iniettare la cute di alcuni cadaveri per identificarne le vie di drenaggio]. I suoi studi furono confermati in seguito da Sherman e Ter-Pogossian, ma fu con Cabanas nel 1977 che fu introdotto il concetto di "linfonodo senti-

nella" (LS) come lo conosciamo oggi. Da allora la metodica è diventata standard nel melanoma, nel tumore della mammella ed è raccomandata anche nei tumori della vulva unifocali in stadio iniziale

Dopo le prime esperienze preliminari su piccole serie di pazienti, negli ultimi due decenni la tecnica d'identificazione del LS **nei tumori della cervice e dell'endometrio in stadio iniziale** è stato valutato e validato in numerosi studi retrospettivi, ma anche prospettici non randomizzati. Il concetto si basa sulla possibilità di garantire standard di cura oncologici elevati riducendo al minimo le morbosità associate alla linfadenectomia



pelvica e lomboaortica, che potrà essere limitata ai pochi casi (20% circa) in cui la metodica non dovesse essere fattibile oppure quando le indagini preoperatorie evidenziano un forte sospetto di localizzazioni metastatiche linfonodali. Oggi questa tecnica è tema di



plasie, invece, comportano talvolta la presenza di cellule tumorali nell'ovaio. Per annullare tale rischio è importante che vengano effettuate attente valutazioni di natura istologica, molecolare ed immuno-

stochimica. Attualmente, grossi filoni di ricerca si stanno portando avanti nel ricercare tecniche di reimpianto, che potrebbero portare nei prossimi

anni a risolvere definitivamente l'attuale limitazione della procedura.

Essendo una tecnica che ancora viene considerata sperimentale deve essere eseguita solo in centri con adeguate competenze di crioconservazione ma soprattutto con un'organizzazione in grado di offrire le più sensibili e aggiornate tecniche

Oggi è noto che le pazienti che hanno avuto un figlio dopo la diagnosi di tumore mammario non hanno una prognosi peggiore rispetto alle altre. Al contrario, i risultati di uno studio condotto su 1.244 donne segnalerebbero addirittura un effetto protettivo della gestazione, con una significativa riduzione del rischio di morte

di analisi del tessuto prima del reimpianto.

Nelle giovani sottoposte a trattamenti antitumorali sono due le preoccupazioni principali nei confronti di una gravidanza, talvolta condivise anche dai medici: da un lato i possibili effetti nocivi delle terapie sullo sviluppo del bambino, dall'altro le conseguenze della gestazione sulla donna in termini di ripresa della malattia, in particolare in caso di neoplasie ormono-sensibili come quelle del seno. Riguardo al primo punto, i dati disponi-

bili non dimostrano un aumento del rischio di difetti genetici o di altro tipo nei bambini nati da donne precedentemente sottoposte a terapie antineoplastiche. Per quanto riguarda il secondo aspetto, oggi è noto che le pazienti che hanno avuto un figlio dopo la diagnosi di tumore mammario non hanno una prognosi peggiore rispetto alle altre. Al contrario, i risultati di uno studio condotto su 1.244 donne segnalerebbero addirittura un effetto protettivo della gestazione, con una significati-

► **Segue a pagina 28**



ricerca di argomento di discussione di grande attualità nell'ipotesi che prospetticamente la biopsia del LS possa sostituire la linfadenectomia in alcuni gruppi di pazienti con tumore in stadio iniziale.

Nei tumori della cervice, grazie alle numerose evidenze emergenti della letteratura la procedura di ricerca del LS è stata riconosciuta come opzione valida nelle linee guida 2015 dell'NCCN (National Comprehensive Cancer Network). Le recenti acquisizioni (livello dell'evidenza IIB) suggeriscono che la linfadenectomia possa essere evitata in una significativa proporzione di pazienti.

Il mapping linfonodale nel tumore della cervice trova il suo razionale negli studi anatomici eseguiti su cadavere che evidenziano come la cervice presenti 3 vie di drenaggio linfatico preferenziali; in particolare

la via principale drena attraverso una via sopra-ureterale, verso la regione iliaca esterna che rappresenta anche la sede di maggior incidenza delle metastasi del tumore in stadio iniziale.

Fino ad oggi la maggior parte delle esperienze di mapping linfonodale è stata eseguita con un radio-isotopo (Tc^{99m}) associato o meno all'iniezione intraoperatoria di colorante blu. L'esperienza prospettica multicentrica più importante è stata pubblicata nel 2011 dal gruppo francese (studio SENTICOL - Ganglion Sentinelle dans le Cancer du Col). L'analisi dell'ampia casistica multicentrica su 139 pazienti con tumore in stadio IA1-1B1 ha evidenziato un tasso di identificazione pari al 98% e una sensibilità del 92%. il DR del 95% e il BM del 76%. Il tasso di falsi negativi (FN) assolu-

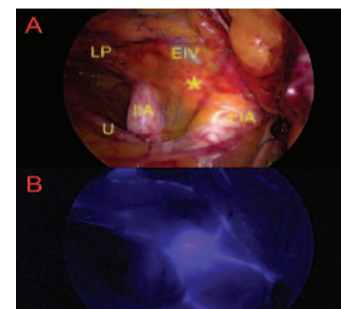
to è stato dell'8% sul totale delle pazienti studiate, riducendosi allo 0% nelle pazienti con migrazione bilaterale dei traccianti.

Inoltre la ricerca del LS consente di identificare alcune vie di drenaggio "non tipiche", o aberranti, che non sarebbero state rimosse nel corso di una linfadenectomia standard e, unitamente all'identificazione di pazienti con metastasi riscontrate solo mediante ultrastaging, consentono di migliorare l'accuratezza dello staging linfonodale. In una meta-analisi che includeva oltre 1100 pazienti sottoposte a biopsia dei LS, si è evidenziato un tasso di identificazione del LS del 92.2%, una sensibilità globale dell'88.8% e un valore predittivo negativo del 95%. L'analisi per sottogruppi, in relazione a tipo di chirurgia (laparoscopia vs open), tipo di tracciante (colorante, radiocolloide, radiocolloide + colorante) e tipo valutazione anatomo-patologica dei linfonodi (ematosilina eosina, ematosilina eosina+ immunistoichimica), ha evidenziato che il detection rate miglio-

re si otteneva con l'approccio minivasivo, l'utilizzo di tracciante combinato (radiocolloide + colorante) e l'analisi istologica che includeva l'associazione ematosilina-eosina + immunistoichimica. Inoltre i risultati migliori sono stati sinora ottenuti quando la biopsia del sentinella veniva eseguita in pazienti con diametro tumorale ≤ 2 cm.

Purtroppo le problematiche correlate con l'inoculazione del radio-farmaco è complessa, soprattutto dal punto di vista organizzativo, sia per il personale medico-sanitario sia per le pazienti; infatti, il percorso prevede di somministrazione del Tc^{99m} prevede il coinvolgimento della medicina nucleare, e diverse figure del personale medico e sanitario. Inoltre i tempi d'inoculazione e radioattività devono essere rispettati (iniezione il giorno prima, o la mattina dell'intervento) con notevole sconforto per le pazienti che, oltre a essere sveglie durante l'iniezione intracervicale del tracciante radioattivo, devono rimanere in Medicina Nucleare per un tempo di circa tre ore, al fine di completare l'acquisizione delle immagini (linfoscintigrafia statica e dinamica e/o SPECT/CT).

L'introduzione del colorante fluorescente indocianina verde (ICG), i cui risultati iniziali so-



no molto confortanti, rappresenta l'evoluzione migliorata della tecnica del LS.

Tale metodica presenta diversi ed importanti vantaggi: 1) risultati sovrapponibili alla tecnica con radiocolloide ^{99m}Tc con o senza colorante blu in termini di sensibilità e valore predittivo negativo; 2) tecnica di iniezione estremamente semplice e veloce, senza necessità di supporto presso la Medicina Nucleare, essendo eseguita direttamente in sala operatoria dopo induzione dell'anestesia generale; 3) minor sconforto per le pazienti che evitano il passaggio in Medicina Nucleare ed il dolore provocato dall'iniezione; 4) assenza del rischio legato alla radioattività (es: precauzioni e protezioni da indossare in sala durante l'iniezione del radiofarmaco e in operatoria durante l'intervento; rischi per il personale sa-

► **Segue a pagina 28**

SPECIALE
CONGRESSO
91° SIGO
56° AOGOI
23° AGUI

► Segue da pagina 27

Oncofertilità

va riduzione del rischio di morte. Va quindi ritenuta definitivamente caduta la storica controindicazione alla gravidanza nelle pazienti con pregresso carcinoma mammario. Nonostante non sussistano reali controindicazioni, la quota di coloro che hanno almeno un figlio dopo la diagnosi di carcinoma mammario è tuttora molto bassa: solo il 3% tra le donne di età inferiore a 45 anni e l'8% se si considerano le under 35. I successi riportati in letteratura sono controbilanciati dal fatto che l'accessibilità a queste metodiche è ancora limitata.

Le raccomandazioni dell'ASCO (American Society of Clinical Oncology) sulla preservazione della fertilità nelle pazienti oncologiche sottolineano l'importanza di discutere con le pazienti in età fertile il rischio di infertilità e di indirizzarle ad uno specialista per valutare le possibilità di preservazione della fertilità. Introdurre il tema della fertilità al momento della diagnosi permette alla paziente di avere il tempo per riflettere, raccogliere informazioni e decidere se sottoporsi ad un trattamento di preservazione della fertilità. Questa possibilità di scelta andrebbe offerta a tutte le donne in età fertile, indipendentemente dal trattamento a cui si sottoporranno e indipendentemente dalla loro storia procreativa. La fertilità infatti fa parte della vita di una giovane donna, indipendentemente dai suoi progetti di maternità. È un bene che ha a disposizione e di cui non potrà usufruire durante le cure oncologiche. Sapere che questo potrà essere ripreso al termine delle cure (naturalmente, con l'utilizzo dei propri gameti crioconservati o in altro modo) è per molte donne confortante.

Al momento della diagnosi l'oncologo dovrebbe quindi offrire alla paziente la possibilità di riflettere su questo tema fornendole gli strumenti per approfondirlo se lo riterrà opportuno. La prima informazione sulla fertilità dovrebbe essere generica, un invito a prendere in considerazione anche il tema della fertilità e della procreazione e a riflettere sull'opportunità di raccogliere informazioni specifiche attraverso un consulto con uno specialista. Tale informazione deve essere accompagnata da un percorso strutturato di supporto che preveda un aiuto decisionale e una chiara esposizione dei potenziali benefici e rischi delle tecniche di preservazione della fertilità oggi a disposizione. ■

► Segue da pagina 27

Identificazione del linfonodo sentinella nei tumori solidi

nitario coinvolto, ecc...); 5) riduzione dei costi di esecuzione (l'ICG costa pochissimo rispetto al radioisotopo); 6) riduzione dei costi ospedalieri: minori tempi operatori rispetto al passato e miglior utilizzo delle sale operatorie; minor durata della degenza delle pazienti; riduzione del rischio di complicanze e più rapida ripresa delle attività lavorative delle pazienti stesse con miglioramento della loro Qualità di Vita (QOL).

La condizione che si è dimostrata necessaria affinché il tasso di falsi negativi della metodica di stadiazione linfonodale sia limitato al minimo, è la stretta aderenza ad un algoritmo di comportamento (vedi figura in alto). L'algoritmo introdotto e proposto dal gruppo del Memorial Sloan Kettering Cancer Center, può essere utilizzato in pazienti con malattia apparentemente limitata all'utero e nelle quali, dopo il work-up preoperatorio e l'iniziale esplorazione chirurgica, non siano presenti linfonodi macroscopicamente aumentati di volume, o sospetti per localizzazione metastatica.

Inoltre nel caso di non migrazione del tracciante (radiocoloide, blu di metilene o colorante fluorescente), o in caso di migrazione unilaterale, è indicato eseguire una linfoadenectomia mono o bilaterale. In questo tutte le pazienti con linfonodi positivi venivano identificate.

Significato delle micrometastasi e impatto sulla sopravvivenza

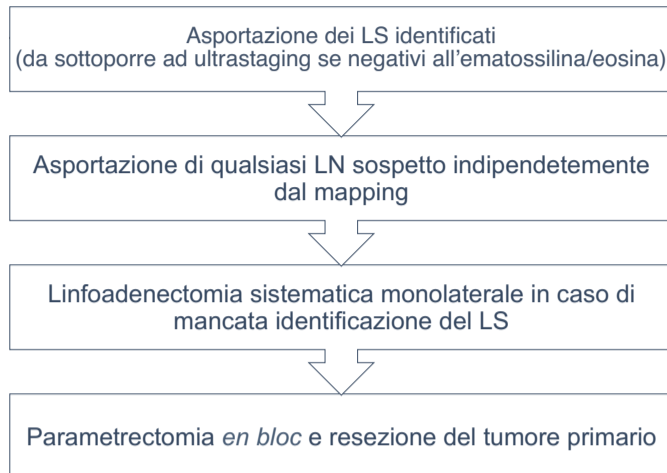
L'identificazione del LS consente di identificare un maggior numero di pazienti che presentano aggregati di cellule neoplastiche a livello linfonodale < a 2 mm (micrometastasi).

L'analisi di un'ampia casistica di oltre 600 casi di pazienti sottoposte a chirurgia radicale per neoplasia cervicale in stadio iniziale, ha evidenziato che la presenza di micrometastasi < 2 mm all'interno dei linfonodi sentinella peggiora la prognosi a lungo termine di queste pazienti, come accade per le donne che presentano macrometastasi linfonodali. Nessun ruolo prognostico è stato invece evidenziato in presenza di cel-

lule tumorali isolate (ITC) nei linfonodi sentinella. Più recentemente in una serie comprendente 17 pazienti con tumore della cervice con alto rischio di metastasi linfonodali (stadio IB-IIA con neoplasia >3 cm), è stato valutato il rischio di macrometastasi, micrometastasi o ITC (isolated tumor cell) nei linfonodi pelvici di pazienti con LS negativo all'immunohistochimica (HIC).

In questo studio tutti i linfonodi non sentinella sono stati processati con HIC e non sono stati evidenziati casi falsi negativi di linfonodi non-LS positive (MAC o MM) in caso di LS negative. In due pazienti furono evidenziate ITC in due non-LS in un'emipelvi, ma in entrambi i casi erano presenti MIC dal lato opposto. La sensibilità specifica per emipelvi è risultata pari al 100% sia per MAC sia per MIC nei linfonodi pelvici.

L'esperienza personale del nostro centro iniziata nel 2010, conferma l'efficacia della procedura soprattutto dopo l'introduzione del tracciante fluorescente indocianina verde (ICG) che abbatta notevolmente i costi della procedura, riducendo i tempi della tecnica durante l'intervento chirurgico e il disagio delle pazienti che prima dovevano essere sottoposte da sveglie ad iniezione cervicale di un tracciante radioattivo in medicina nucleare. In una delle casistiche più ampie pubblicate sinora, abbiamo evidenziato in uno studio retrospettivo mul-



ticentrico europeo, che l'utilizzo del colorante fluorescente ICG migliora il tasso di identificazione e il l'optimal mapping bilaterale.

Prospettivamente, la riduzione della complessità chirurgica permetterebbe altresì di affrontare la maggior parte di queste patologie per via laparoscopica, riducendo ulteriormente la morbilità a breve e lungo termine migliorando così la qualità di vita delle pazienti.

Infine è fondamentale sottolineare che tale procedura richiede una curva di apprendimento ed un approccio multidisciplinare che comprende un team dedicato, il medico nucleare, l'anatomo-patologo esperto e un numero di casi/anno che consenta di superare nel minor tempo possibile la curva di apprendimento (circa 30 casi/chirurgo) per ridurre al minimo il tasso di fal-

si negativi ed i risultati migliori in termini di detection rate e mapping bilaterale.

Personalmente credo che nell'immediato futuro la metodica del LS, la cui efficacia ormai è stata dimostrata in numerose serie, diverrà standard anche nei tumori dell'utero come accade per mammella, melanoma e tumore della vulva in stadio iniziale. I risultati di numerosi studi prospettici randomizzati in corso sono molto attesi e consentiranno di chiarire ancora meglio quanto sinora dimostrato nelle serie retrospettive.

Sul sito Aogoi, in allegato all'articolo è disponibile la Bibliografia ■

La frequenza di tumori in gravidanza in Lombardia

■ L'incidenza di malattie maligne tra le donne fertili varia nel mondo. Questa differenza si rispecchia anche tra le donne incinte. Per esempio, il melanoma è il tumore più comune in gravidanza in Australia, ma è molto meno frequente in Europa. Lungo questa linea, è interessante analizzare l'associazione tra cancro e gravidanza nello specifico della nostra popolazione ed in particolare in Lombardia

Fabio Parazzini

Professore associato Ostetricia e Ginecologia, Università di Milano

La diagnosi di una malattia neoplastica in gravidanza ha un grande impatto sulla donna, il partner e la società. Questo evento non è raro. Tuttavia, pochi studi epidemiologici hanno offerto stima dell'insorgenza di tumori maligni tra le donne incinte.

Ad esempio, in un ampio studio di popolazione condotto tra il 1994-2008 in Australia, in cui sono state considerate più di 1.300.000 gravidanze, il tasso di incidenza grezza di cancro associato alla gravidanza era 1,4 per 1000 gravidanze. In uno studio condotto in California durante il periodo 1981-1999 il tasso di insorgenza di tumori maligni invasivi

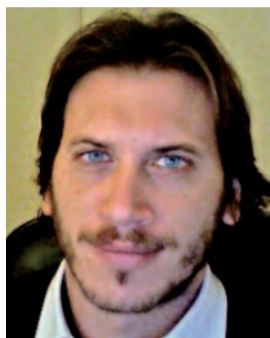
Fertility Sparing Surgery in pazienti con tumori ginecologici

Giuseppe Trojano

Il Clinica Ostetrica Ginecologica,
Università degli Studi di Bari

■ **La diagnosi di cancro ginecologico è una notizia devastante per una paziente in qualsiasi epoca della sua vita, ma diventa molto più difficile da accettare quando è colpita una giovane donna che non ha ancora esaudito il suo desiderio di maternità. Il trattamento dei tumori ginecologici può implicare una sterilità permanente.**

In passato il cancro è stato considerato come una malattia mortale e tutto l'impegno nel trattamento era finalizzato esclusivamente alla cura della malattia,



senza prendere in considerazione altri aspetti come la preservazione della fertilità.

Attualmente l'evoluzione della tecnica chirurgica, l'utilizzo di nuovi agenti chemioterapici e i follow-up ravvicinati hanno consentito un aumento del tasso di

sopravvivenza per tumori ginecologici, consentendo quindi di affrontare altri aspetti correlati alla vita delle pazienti in età riproduttiva procreativa, come appunto la conservazione della fertilità. Schover et al. hanno dimostrato come la preservazione della fertilità rappresenta una delle principali preoccupazioni delle pazienti con meno di quarant'anni, che devono essere sottoposte a trattamento per tumore ginecologico e quando il trattamento implica sterilità permanente, questo rappresenta un elemento negativo che influenza la qualità della loro vita, a lungo termine.

Per Fertility Sparing Surgery si intende la preservazione dell'utero e di sufficiente tessuto

ovarico, per consentire un futuro concepimento.

Allo stato attuale, in casi molto selezionati di pazienti giovani con tumori ginecologici in stadio iniziale e previo adeguato counselling, è possibile proporre una chirurgia conservativa che garantisca comunque buoni tassi di guarigione.

I tre tumori ginecologici più comuni sono quelli del collo dell'utero, dell'ovaio e dell'endometrio. Anche se questi tumori sono più comuni nelle pazienti anziane, il 15-45% dei tumori del collo dell'utero, il 12-34% dei tumori ovarici e il 5-29% dei tumori dell'endometrio possono insorgere in pazienti in età fertile. Questi dati, associati alla tendenza generale della popolazione femminile a ritardare l'età della prima gravidanza, hanno accresciuto l'importanza della fertility sparing surgery in questa tipologia di pazienti.

La preservazione della fertilità può quindi essere un elemento importante nelle pazienti con tumori ginecologici e necessita di una specifica valutazione, che deve essere affrontata caso per caso, da un team multidisciplinare.

Un intervento chirurgico "fertility sparing" può essere propo-

sto alle pazienti con carcinoma cervicale microinvasivo (invasione <3 mm estensione <7 mm stadio FIGO IA1) candidate alla conizzazione e alle pazienti con carcinoma squamoso o adenocarcinoma o carcinoma adenosquamoso, limitato alla cervice, con lesione di diametro inferiore ai 2 cm e con estensione dell'invasione inferiore a 10 mm (stadio FIGO IA2-IB1) candidate alla trachelectomia.

Possono essere candidate a trattamento chirurgico conservativo tutte le pazienti con tumore ovarico borderline confinato alle ovaie o con impianti extraovarici non invasivi, anche in caso di recidiva. Una chirurgia ovarica conservativa può essere proposta alle pazienti con carcinoma epiteliale dell'ovaio stadio FIGO IA G1-G2, sottoposte a stadiazione chirurgica ottimale (istotipi: sieroso, mucinoso, endometriode), può essere considerata in caso di pazienti con carcinoma ovarico in stadio IA e istologia a cellule chiare, e alle pazienti in stadio IC con interessamento ovarico unilaterale e istologia favorevole: negli ultimi due casi, comunque, l'intervento deve essere seguito da un trattamento chemioterapico adiuvante a base di platino.

I tumori germinali e quelli dei cordoni sessuali possono essere trattati conservativamente.

Un trattamento conservativo ormonale può essere proposto a donne con carcinoma endometriale, ma solo in casi selezionati (tipo 1 G1, senza segni di invasione degli spazi linfovascolari, con imaging negativo per invasione miometriale e dopo esclusione di patologia ovarica e/o metastatica).

Le pazienti sottoposte a questi trattamenti devono essere attentamente selezionate e dettagliatamente informate circa la deviazione dallo standard di cura, i rischi oncologici, e la conseguente probabile necessità di tecnologie riproduttive per garantire il concepimento. **Y**



era 0,9/1000 nati (Smith LHD et al Am J Obstet Gynecol. 2003; Lee YY et al 2012).

Parte delle differenze tra gli studi possono essere dovute ai diversi criteri di diagnosi utilizzati (ad esempio malattia maligna vs malattia invasiva) o le popolazioni considerate (tutte le gravidanze o i parti). Anche l'inserimento o meno di casi identificati nei 12 o 18 mesi dopo il parto possono influenzare le stime.

L'incidenza di malattie maligne tra le donne fertili varia nel mondo. Questa differenza si rispecchia anche tra le donne incinte. Per esempio il melanoma è il tumore più comune in gravidanza in Australia, ma è molto meno frequente in Europa. Lungo questa linea, è interessante analizzare l'associazione tra cancro e la gravidanza nello specifico della nostra popolazione ed in particolare in Lombardia.

A tal fine abbiamo analizzato più di 1.200.000 gravidanze

identificate dal database SDO registrate negli anni 2002-2011 in Lombardia. Abbiamo quindi identificato le donne con una SDO con diagnosi di una neoplasia maligna durante il periodo "a rischio", cioè da 3 mesi (per aborti) o 9 mesi (per i parti) prima dell'aborto/parto e 12 mesi dopo. La frequenza di diagnosi di tumore era 122,9 per 100.000 gravidanze. **I tumori più comuni** erano il **cancro al seno** (39,9 per 100.000 gravidanze), **cancro alla tiroide** (15,5 per 100.000 gravidanze) e **linfomi** (13,1 per 100.000 gravidanze). Il tasso di incidenza di **cancro della pelle** era pari a 14,8 per 100.000 gravidanze.

Su un totale dei casi di cancro legate alla gravidanza, il 20% sono stati diagnosticati durante la gravidanza (con un rischio di 25 per 100.000 gravidanze) e l'80% post-gravidanza (con un rischio di 97,9 per 100.000 gravidanze). L'incidenza del cancro legata alla gravidanza osservato nella nostra popolazione è in gran parte in linea con i dati riportati da altre popolazioni.

Nella nostra analisi circa l'80% dei tumori legati gravidanza sono stati diagnosticati nel periodo post gravidanza. Questa osservazione è in accordo con i dati della letteratura. Ad esempio nello studio di popolazione condotto da Lee et al in Australia il 72% dei casi sono stati diagnosticati nei

La diagnosi di una malattia neoplastica in gravidanza ha un grande impatto sulla donna, il partner e la società. Questo evento non è raro. Tuttavia, pochi studi epidemiologici hanno offerto una stima dell'insorgenza di tumori maligni tra le donne incinte

12 mesi dopo il parto. In questo studio gli autori hanno suggerito che alcuni di questi tumori possono essere stati sospettati durante la gravidanza, dato l'alto tasso di parto pre termine riportati in questo studio tra le donne con tumore nel periodo post partum. Lungo questa linea nel nostro studio la frequenza di cancro legati gravidanza è stata più alta tra le donne la cui gravidanza è conclusa con l'aborto. In caso contrario, è comunemente suggerito che durante la gravidanza le donne tendono a ritardare eventuali procedure diagnostiche non legate alla gravidanza o alle condizioni ginecologiche. **Y**



Emilio Arisi

Presidente Società Medica Italiana
per la Contraccezione (SMIC),
affiliata AOGOI



L'aborto ripetuto è certamente uno dei fenomeni riproduttivi più studiati da più punti di vista: la numerosità, l'andamento in una serie di anni, le cause, la possibilità di limitare tali cause o addirittura eliminarle, le sue possibili complicazioni, i suoi riflessi sulla organizzazione sanitaria e sui costi per il sistema sanitario nazionale e per le singole persone. Non v'è dubbio che l'aborto ripetuto è un fenomeno numericamente molto importante all'interno della abortività volontaria (Ivg, interruzione volontaria di gravidanza) in ogni paese del mondo, Italia inclusa, pur con delle incidenze variabili da nazione a nazione. Comunque, in confronto con molti altri paesi europei e forse anche nel mondo, l'Italia si colloca con i valori più bassi. Dati rilevati tra il 2010 ed il 2013 collocano la ripetitività in Finlandia al 37.6 % delle donne che abortiscono, in Inghilterra e Galles al 37.0%, in Olanda al 35.0%, in Spagna al 37.2 %, in Svezia al 41.2 %.

Le cause dell'aborto ripetuto. Tra le cause quelle che più facilmente incidono sono quelle economico-sociali. Basso strato sociale, basso livello di studio, difficoltà nel lavoro, disoccupazione, difficoltà familiari, talora superficialità od atteggiamento di sfida riproduttiva sono certamente molto presenti. Ma uno dei presupposti più importanti della ripetitività è certamente una pregressa Ivg, il che indica come i sistemi di prevenzione facilmente falliscano.

Molte di queste cause sono eliminabili e potrebbero essere eliminate con apposite attenzioni dei singoli e delle istituzioni. In particolare risulta evidente come l'utilizzo di una contraccezione di lungo periodo come i LARC (IUD-Cu, IUS-LNG, impianto sottocutaneo) potrebbe ridurre decisamente il numero, come sottolineato da molti dati della letteratura recente.

I dati dell'aborto ripetuto in Italia. La figura dell'aborto volontario in Italia in questi ultimi anni ha avuto un andamento numerico in riduzione, e nel 2014 il numero delle Ivg è sceso per la prima volta al di sotto delle 100.000 unità, collocandosi a 97.535 (dato provvisorio) con un decremento del 5,1% rispetto al dato definitivo del 2013 (105.770 casi), e con più che un dimezzamento rispetto ai dati del 1982 (234.801 casi), come da relazione del Ministero della Salute che in ottobre 2015 ha presentato in Parlamento i dati definitivi del 2013 e quelli provvisori del 2014.

La percentuale di aborti volontari ripetuti nel 2013 si colloca al 26,8% delle donne che hanno abortito. Tale percentuale,

Aborto volontario ripetuto, come limitare il fenomeno

■ **La percentuale di aborti volontari ripetuti in Italia si colloca nel 2013 al 26,8% delle donne che hanno abortito. Tale percentuale, oltre ad essere sostanzialmente stabile almeno dal 1990, è la più bassa a livello internazionale. Il fenomeno tuttavia ha delle ricadute importanti sull'organizzazione sanitaria e sui costi, per il Ssn e per le singole persone**



oltre ad essere sostanzialmente stabile almeno dal 1990, è la più bassa a livello internazionale, molto al disotto di quanto stimabile con i modelli matematici predisposti per valutare negli anni l'andamento di questo fenomeno. Ciò dimostrerebbe una progressiva attenzione ai metodi di prevenzione dell'aborto. Ma su questo ambito potremmo aprire per l'Italia un interessante dibattito. Osservia-

donne di recente immigrazione, che presentano un rischio di abortire e quindi di ri-abortire superiore alle italiane. Le cause della ripetitività nelle cittadine straniere vanno ricercate in una maggiore fragilità di questo gruppo di donne rispetto alla popolazione generale delle donne che abortisce. Vi può incidere lo status economico e sociale, la scolarità, la mancanza di supporto a livello familiare, la



Molti dati della letteratura recente sottolineano che l'utilizzo di una contraccezione di lungo periodo come i LARC potrebbe ridurre decisamente il numero delle Ivg ripetute

mo infatti aborti in calo, nascite in calo, contraccezione sicura stabile da anni, condom in calo.

Se andiamo a valutare la cittadinanza osserviamo il **38,0% nelle cittadine straniere e il 20,9% nelle cittadine italiane.** Il fenomeno è facilmente spiegabile con la maggiore fertilità delle donne immigrate, specialmente se provenienti dai paesi centro-africani, e in particolare per le

scarsa conoscenza della nostra lingua, la mancata o scarsa conoscenza dei metodi anticoncezionali oppure la difficoltà all'approccio ai consultori e agli ambulatori pubblici.

Le complicazioni. Le possibili complicazioni di un atteggiamento ripetitivo sono certamente in prima istanza i costi per il sistema sanitario nazionale, facilmente calcolabili con semplici tabelle, ma anche e so-

prattutto i costi personali e sociali, più difficilmente quantificabili, delle complicazioni legate alla procedura e delle sofferenze psichiche e fisiche che vi possono essere correlate. Possono anche esservi, sia pure in modesta percentuale, dei riflessi negativi sulle gravidanze future.

Le complicazioni immediate più frequenti sono le emorragie e le infezioni, registrate su 6.9 donne ogni 1000 Ivg. Purtroppo le complicazioni tardive sono più difficilmente rilevabili e ci sfuggono. Interessante osservare che le complicazioni sono più frequenti nell'Italia Settentrionale e Centrale, ma, trattandosi di piccoli numeri, probabilmente la differenza è dovuta a mancate registrazioni.

I costi economici. Se in Italia il costo medio di un Drg per l'interruzione volontaria di gravidanza è valutato attorno ai 1300 euro, alcune semplici operazioni matematiche ci permettono di stimare i costi attribuibili direttamente al sistema sanitario nazionale.

Se la numerosità degli aborti ripetuti si colloca attorno ai 30.000 casi/anno negli ultimi tre anni di cui conosciamo i dati definitivi (2011, 2012, 2013), si può tranquillamente calcolare che la spesa annua diretta per il sistema sanitario è stata di 39 milioni di euro, il che significa 117 milioni di euro in tre anni. Una spesa enorme che si potrebbe in gran parte ridurre con investimenti molto minori in progetti di prevenzione della ripetitività dell'aborto.

A ciò vanno aggiunti comunque anche i costi personali della donna che abortisce, legati alle perdite di giornate lavorative o di giorni scolastici, ai trasporti, alla logistica familiare, che a loro volta non sono certamente di poco significato.

Come limitare il problema: i LARC. I modi per limitare il fenomeno possono essere molti, e dati gli elevati costi del sistema sanitario nazionale correlati al-

la ripetitività, molti di questi costi potrebbero essere affrontati e ridotti dal sistema sanitario, sia attraverso opportune modalità di informazione sulla prevenzione, sia attraverso la disponibilità degli strumenti atti ad attuare questa prevenzione. In questo senso i metodi anticoncezionali sono certamente un importante strumento. In particolare lo sono i LARC (Long Acting Reversible Contraception; IUD-Cu, IUS-LNG, impianto sottocutaneo), metodi utilizzabili nel lungo periodo, da tre a cinque anni, dopo la loro applicazione nella cavità uterina o dopo l'inserimento nel sottocute dell'arto superiore non dominante. Peraltro la loro efficacia anticoncezionale è elevatissima e sfiora il 100%. Di questo dovrebbero essere più consapevoli i ginecologi nella loro attività quotidiana e dovrebbero esserlo i gestori della sanità pubblica, dal Ministro della Salute, agli Assessori regionali alla sanità, ai responsabili locali.

Progetti in atto nel mondo. Nel mondo sono state attivate esperienze di prevenzione con varie modalità. Una possibilità è quella di coinvolgere donne ed operatori in meccanismi di formazione prima di effettuare l'Ivg. Ciò è stato fatto ad esempio in Usa con buoni risultati. Migliori risultati si ottengono però attivando opera di counselling nelle donne che praticano per la prima volta l'Ivg per l'applicazione immediata dei LARC durante l'aborto o subito dopo l'aborto nell'ambito della struttura dove la Ivg viene eseguita. Esperienze di questo tipo sono state attivate e sono attive in molte parti del mondo (Australia, Usa, Zambia, e altre nazioni). I risultati sono eccellenti, in particolare rispetto alle adolescenti, che sono quelle che davanti a loro hanno una più lunga vita riproduttiva, e dunque una maggiore possibilità di aborto se non usassero metodi anticoncezionali sicuri, che impediscano la loro fecondità nel lungo periodo.

Positive esperienze di questo tipo sono attive anche in Italia per l'impegno di alcuni ginecologi illuminati.

Anche l'AOGOI è attiva in questo ambito. Su questa linea l'Aogoi ha lanciato un suo "Studio osservazionale prospettico sull'adeguatezza percepita dalla donna del counselling contraccettivo nel post interruzione volontaria di gravidanza", progetto su cui sta attualmente impegnando le sue strutture e i suoi affiliati a livello nazionale. Di questo progetto potranno presto essere valutati i risultati, che già nelle valutazioni in itinere sono molto positivi. **Y**

La gravidanza al suo esordio

Il percorso nascita deve iniziare prima della gravidanza come disvelamento di possibili patologie della coppia che possono inficiare la gravidanza stessa e che in molti casi possono trovare interventi adeguati. E nell'attuare quelle terapie preconcezionali che hanno dimostrato avere un esito sul decorso della gravidanza stessa

Pasquale Pirillo
Direttivo Nazionale AOGOI

Ogni persona tra i venti e i trent'anni opera scelte che condizioneranno tutta la vita. La scelta di essere ostetrico ginecologo la feci una notte di ottobre di oltre quarant'anni or sono quando Remo Ferraresi della clinica di Perugia, dopo una velocissima applicazione di ventosa, mise tra le mie braccia mia figlia. Scelsi non tanto per emulazione o vocazione ma per essere io, a mia volta, oggetto della smisurata gratitudine che provavo per quel medico.

Giunta la mia carriera all'epilogo spesso gli amici mi chiedono di quanti bambini ho aiutato a nascere, dico che se fossero tutti concentrati sarebbero gli abitanti di una piccola cittadina, i più anziani ormai quarantenni che hanno già continuato il percorso della vita; quasi tutti normali, alcuni con problemi legati a quel momento del venire al mondo.

Un giovane avvocato, che incontro spesso per motivi di lavoro, porta sul viso il segno di



una delle mie prime applicazioni di forcipe; lo guardo e mi chiedo se sono stato maldestro o se gli ho permesso di esserci ed essere anche bravo. Mi consola la sua simpatica gratitudine che era il motivo della mia scelta iniziale di essere ostetrico; se fosse nato in quest'ultimo decennio quasi sicuramente lo vedrei schierato in un tribunale a richiedermi il risarcimento di quel danno.

E mi chiedo perché si sia modificato il rapporto tra noi e le persone che cerchiamo di aiutare e perché questo deterioramento sia ancora più virulento in ostetricia tanto da portarci a quel triste stato di essere sgraditi persino alle compagnie assicuratrici

o da far proporre ad un nostro non onorevole parlamentare l'introduzione del reato di "violenza ostetrica".

Certamente abbiamo medicalizzato la gravidanza creando un rapporto diretto e talvolta anomalo tra noi e la gestante.

La madre, in attesa del figlio meraviglioso, sin dalla prima notizia del suo stato, si affida a noi completamente e quella richiesta-patto non può e non deve essere tradita a pena di passare dalla fiducia totalizzante al rancore più triste.

Sovente il controllo di una gravidanza, anche se a basso rischio, diventa un rituale mensile della coppia che, in anticipo ed anche se mediato da un monitor ecografico, vuole conoscere il figlio. E il loro bimbo è lì, chiaro, ne sappiamo il sesso, ne comunichiamo il peso, l'altezza; se le condizioni sono buone ne ricostruiamo il viso in 4D e vediamo

La madre, in attesa del figlio 'meraviglioso', sin dalla prima notizia del suo stato, si affida a noi completamente e quella richiesta-patto non può e non deve essere tradita, pena di passare dalla fiducia totalizzante al rancore più triste

a chi somiglia dei genitori. Chi potrebbe pensare che non abbiamo la capacità di affrontare qualsiasi evenienza pur di consegnare loro il bimbo meraviglioso.

Poi nei nostri Congressi e nelle nostre linee guida, lontani dai principali interlocutori, le coppie che assistiamo, ci diciamo quali sono i limiti diagnostici delle nostre metodiche, ci diciamo che la mortalità e la morbidità perinatale anche se ridotta continuano ad esistere, che non riusciamo a ridurre condizioni come la paralisi cerebrale infantile e che vi sono ancora condizioni gravi per le quali la gravidanza può far morire la donna.

Dobbiamo tendere a demedicalizzare la gravidanza/parto con, non direi più, l'umanizzazione della stessa (termine scontato), ma attraverso la sua socializzazione. Socializzazione come conoscenza profonda del fenomeno.

La donna che si affida al medico/struttura sanitaria non più quasi acriticamente ma che dagli operatori viene educata a conoscere il percorso che la porterà ad essere madre, consapevole anche dei possibili rischi e dei mezzi per evitarli o prevenirli e delle loro conseguenze.

Tale competenza può essere affidata alle strutture consultoriali-territoriali; è in tale ambito che un insieme di figure professionali, in primis l'ostetrica in collaborazione con lo specialista ginecologo, lo psicologo, il sociologo possono individuare il livello di rischio della gravidanza.

Il percorso nascita deve iniziare prima della gravidanza come disvelamento di possibili patologie della coppia che possono inficiare la gravidanza stessa e che in molti casi possono trovare interventi adeguati e nell'attuare quelle terapie preconcezionali che hanno dimostrato avere un esito sul decorso della gravidanza stessa.

La gravidanza a basso rischio può essere controllata in ambito territoriale con l'effettuazione degli esami strumentali e di laboratorio che il percorso nascita ha ormai codificato, soprattutto con i corsi di accompagnamento al parto che devono avere il compito di rendere consapevole la coppia, specie se alla prima esperienza, del momento vissuto.

La gravidanza a medio-alto rischio deve essere gestita nelle strutture ospedaliere adeguate agli standard previsti dall'attuale, vigente, accordo Stato Regioni noto come decreto Fazio.

Sulla carta è ormai definita la necessità, per ottimizzare i risultati, che il punto nascita gestisca almeno 1000 parti/anno ma, altrettanto necessario, è che la struttura sia dotata di funzioni ambulatoriali in grado di gestire i vari aspetti della patologia in gravidanza a tutta la popolazione ostetrica del territorio.

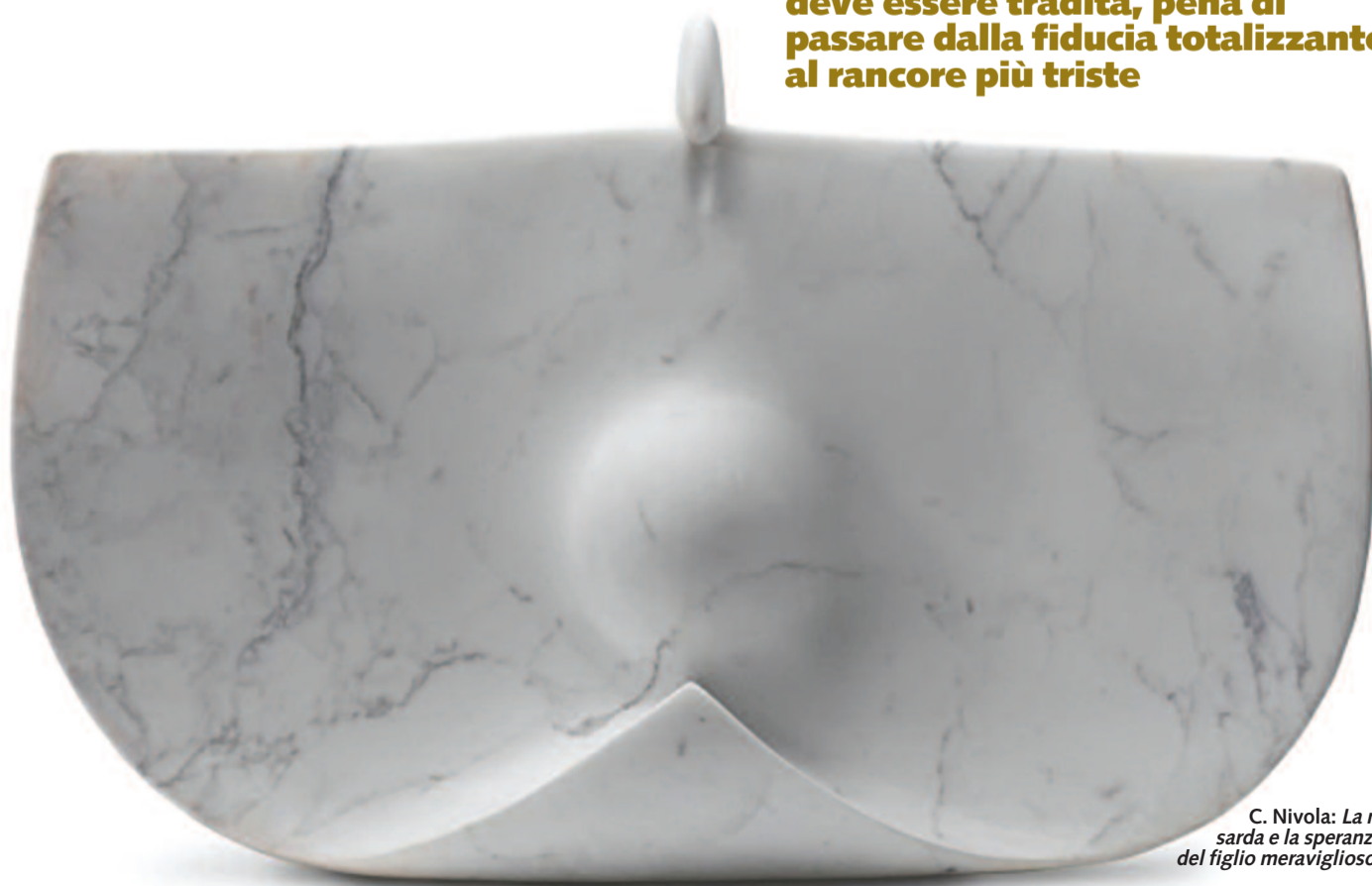
Tutte le strutture che gestiscono il percorso nascita, territoriali e ospedaliere, dovrebbero essere collegate tra di loro e una gravidanza con un grado di rischio ostetrico trovare la risposta nella struttura più idonea a gestire quel livello creando una condivisione sociale e medico-organizzativa della gravidanza stessa.

Enorme scalpore mediatico ha suscitato l'iniziativa del Fertility Day; tra i punti oggetto di focalizzazione quello che l'età media materna alla prima gravidanza sia in costante aumento nel nostro Paese; è nei fatti che tale condizione aumenti il rischio ostetrico e l'incidenza del taglio cesareo come è stato dimostrato da un recente documento Aogoi (*Considerazioni sulla frequenza "realistica" a livello della popolazione in Italia del parto per via cesarea, 2015*).

Grande è il rispetto per la situazione tragica della precarietà lavorativa dei nostri giovani che si riflette inevitabilmente sui loro progetti di vita ed è compito della funzione politica trovare una soluzione.

Una politica sanitaria deve comunque farsi carico anche dell'informazione e dello stato conoscitivo della popolazione. Patto per la salute non è solo l'erogazione delle prestazioni, è una crescita culturale che rifondi anche quel patto di fiducia tra medici ed utenti che oggi sembra, si passi l'espressione ad un vecchio medico, malinconicamente incrinata. **Y**

SPECIALE
CONGRESSO
91° SIGO
56° AOGOI
23° AGUI



C. Nivola: La madre sarda e la speranza del figlio meraviglioso

Flugenil[®]Lact

Soluzione vaginale con tappo bifasico **REW CAP™**

**Ricostituisce il fisiologico ecosistema vaginale
dopo trattamento antibiotico o antimicotico**

10 mld di Fermenti lattici vivi



**Tappo bifasico
REW CAP™**



CE
Medical device

L. acidophilus LA 14 - L. rhamnosus LR-32

con Acido ialuronico e Acido lattico

Dopo terapia antibiotica e antimicotica

1 applicazione al giorno, preferibilmente la sera
per i primi 3 giorni.

Prevenzione delle infezioni urogenitali

1 applicazione al giorno per i primi 3 giorni e
successivamente un'applicazione a settimana
per 3 mesi.

Sessione SIOS.E: un mix di teoria e pratica

SIOS.E partecipa al 91° Congresso Nazionale SIGO 2016 con una sessione innovativa che combina teoria e pratica per fornire ai Medici e ai Ginecologi non specialisti in Medicina della Riproduzione una panoramica delle più recenti innovazioni in questo campo e una serie di indicazioni utili per la propria attività clinica quotidiana

La sessione, in programma mercoledì 19 Ottobre 2016 dalle 11.00 alle 13.00 nella Sala Masalia, sarà composta da una prima parte di carattere scientifico e da una seconda parte di carattere clinico con un taglio estremamente pratico.

Per quanto riguarda la prima parte, il Direttivo della Società ha proceduto ad una rigorosa analisi e valutazione dei lavori italiani pubblicati nel 2015, selezionando quelli che si sono maggiormente distinti per il loro valore scientifico e clinico e invitando gli autori a presentare i loro studi ai colleghi.

Per quanto riguarda la parte clinica, si è ritenuto che fosse importante per i Medici e i Ginecologi non specialisti in Medicina della Riproduzione ricevere indicazioni sulle cose da non fare in merito a quattro aspetti peculiari dell'iter diagnostico e terapeutico della coppia infertile. È stata quindi predisposta una tavola rotonda per favorire la discussione su questi temi tra i partecipanti e i relatori.

Nel corso della sessione verrà presentata inoltre una nuova Polizza di Responsabilità Civile Professionale rivolta specificamente ai biologi della riproduzione (vedi box). Questa convenzione fa parte di un progetto più ampio che prevede l'elaborazione

Uno degli obiettivi che la nuova SIOS.E si è posta è quello di perseguire un riconoscimento ufficiale per la figura dell'embriologo clinico anche in Italia

di pacchetti assicurativi personalizzati anche per Medici della Riproduzione e Centri di Pma. Vi attendiamo numerosi a Roma! **Y**

Una nuova assicurazione professionale per i biologi della riproduzione soci di SIOS.E

■ **Il Direttivo di SIOS.E auspica che questa iniziativa, prima nel suo genere, possa fornire un valido supporto ai Biologi della Riproduzione nello svolgimento della propria atti-**

vità lavorativa, contribuendo al miglioramento della qualità e della sicurezza dei trattamenti e che possa costituire un ulteriore passo avanti verso il pieno riconoscimento professionale degli operatori di questo settore

Fin dalla propria ristrutturazione societaria e dal cambio di nome, SIOS.E si è voluta proporre come punto di riferimento nei campi della Medicina della Riproduzione e dell'Embriologia, considerando entrambe le discipline componenti complementari ed inscindibili della Procreazione Medicalmente Assistita.

In particolare, uno degli obiettivi che la nuova SIOS.E si è posta è quello di perseguire un riconoscimento ufficiale per la figura dell'embriologo clinico anche in Italia e sono numerosi gli strumenti che la Società sta ponendo in essere in quest'ottica.

Sullo scorso numero di *Gyneco-Aogoi* era stata presentata la ricognizione effettuata da SIOS.E per capire quali sono le tipologie di contratto, il numero di professionisti impiegati in ragione del numero e tipologia di trattamenti effettuati e tentare di identificare una proposta che possa servire da linea guida per la corretta gestione del personale di laboratorio.

Dalla *survey* è emerso che quasi la totalità dei centri, sia pubblici che privati, riporta una carenza di formazione specifica in Pma



che coinvolgerebbe circa il 50% dei professionisti impiegati nei laboratori.

Il fabbisogno formativo, tuttavia, non è l'unica problematica che il personale di laboratorio operante nel campo della Pma si trova ad affrontare. Un'altra importante questione è quella legata alle Assicurazioni Professionali. La grande maggioranza delle assicurazioni esistenti, infatti, non sono specifiche per i Biologi della Riproduzione e non tengono quindi conto di aspetti peculiari di questa attività lavorativa. Con l'obiettivo di offrire ai propri associati una soluzione a que-

sto problema, SIOS.E ha negoziato con la compagnia di Assicurazioni AmTrust Europe Ltd per il tramite della Società BFB Insurance Broker Srl, una nuova Polizza di Responsabilità Civile Professionale rivolta specificamente ai biologi della riproduzione. Questa convenzione fa parte di un progetto più ampio che prevede l'elaborazione di pacchetti assicurativi personalizzati anche per Medici della Riproduzione e Centri di Pma.

L'importo del premio è contenuto per permettere l'accessibilità a questo prodotto da parte del più ampio numero di professionisti possibile e non prevederà variazioni in funzione del ruolo gerarchico ricoperto, bensì in funzione delle tecniche eseguite (I, II o III livello). Le particolari condizioni previste dalla polizza saranno riservate solo ed esclusivamente ai Soci SIOS.E.

Tutte le informazioni, le condizioni assicurative ed economiche saranno pubblicate sul sito della Società www.siosteril.it e sul prossimo numero di *GynecoAogoi*.

Il Direttivo di SIOS.E auspica che questa iniziativa, prima nel suo genere, possa fornire un valido supporto ai Biologi della Riproduzione nello svolgimento della propria attività lavorativa, che possa contribuire al miglioramento della qualità e della sicurezza dei trattamenti e che possa costituire un ulteriore passo avanti verso il pieno riconoscimento professionale degli operatori di questo settore.



Simposio AIO

L'ostetrica nei contenziosi medico legali: analisi giurisprudenziale interattiva di casi

Antonella Marchi

Presidente Associazione Italiana di Ostetricia (A.I.O.)

Quest'anno, patrocinati dall'Accademia Italiana di Scienze Forensi, affronteremo una sessione dal titolo "L'ostetrica nei contenziosi medico legali: analisi giurisprudenziale interattiva di casi" (Midwifery Malpractice). L'intervento dei relatori sarà limitato a 15 minuti di take messages sui temi più scottanti del momento e sarà offerta alla sala l'interattività del dibattito su casi clinici presentati dai relatori. Ecco i due principali temi che verranno discussi:

- **Performance e swot analysis in sala parto: ruolo e responsabilità dell'Ostetrica** (casi clinici: Parto Analgesia e Distocia di spalla)

- **Valutazione del rischio, decisioni cliniche e best practices. Decreto Balduzzi e Disegno di Legge Gelli** (casi clinici: diagnosi di gravidanza, VBAC in acqua e con parto a domicilio, applicazione di Prepidil gel o Propress, auscultazione con stetoscopio vs cardiocografia)

Una parte della sessione sarà dedicata alla presentazione dei la-

Il Congresso Nazionale SIGO è l'appuntamento più importante anche per la nostra Associazione che ogni anno si vede impegnata nell'organizzazione di una sessione scientifica di rilievo

vori del Gruppo Ostetriche Italiane Pavimento Pelvico (GOIPP) di cui è responsabile nazionale Annamaria Cristiani e dei dati raccolti dall'Osservatorio Burnout nella popolazione Ostetriche di cui è responsabile nazionale Giusy Di Lorenzo.

Il 2016 ha visto l'Aio impegnata nel proseguimento e consolidamento delle attività avviate. Abbiamo rinnovato il nostro por-



tale internet, che è stato reso più fruibile ed arricchito con notizie, normative ed evidenze scientifiche aggiornate. Nel giugno scorso è uscito il 1° numero 2016 della nostra rivista *Maieutikos*, seguito da un numero speciale di *Maieutikos* dedicato alla **Mappatura delle competenze ostetriche** di grande utilità per i servizi dei Dipartimenti Materno Infantili di tutto il paese e per le libere professioniste.

Inoltre abbiamo costituito una **commissione esaminatrice** composta dalla collega Marina Silvagno e dal Dott. Carmine Gigli per l'iscrizione all'**Albo Nazionale per Periti e Consulenti Ostetrica/o Legale Forense** affinché vengano valutate con rigore tutte le richieste pervenute e creata una rete di collaborazione tra i nostri Osservatori che stanno operando con intensità.

L'Osservatorio nazionale per i presunti abusi professionali ha aggiornato il database in seguito a numerose segnalazioni di colleghe ostetriche e studentes-

se di ostetrica che ci evidenziano in tutto il Paese situazioni inaccettabili. La responsabile dell'Osservatorio, **Roberta Giornelli**, ha informato sia la Federazione Nazionale Collegi Ostetriche sia tutti i Collegi delle Ostetriche Italiani affinché mettano in atto azioni di vigilanza ed interventi anche nei confronti delle ostetriche che favoriscono e collaborano con persone "non addette ai lavori".

Per quanto riguarda l'**Osservatorio nazionale per la sindrome da burnout e malattie professionali**, la responsabile, **Giusy Di Lorenzo**, sta valutando i dati che abbiamo raccolto attraverso un questionario circa il Burnout nella popolazione Ostetriche che presenterà al congresso SIGO. Invitiamo perciò le Colleghe Ostetriche e le Studentesse di Ostetrica a linkare su <http://associazioneitalianaostetrica.it/web/osservatorio-nazionale-per-la-sindrome-da-burnout-e-malattie-professionali/> e compilare il format anonimo a fine pagina da inviare direttamente dalla pagina di compilazione.

Finalmente abbiamo avviato l'**Osservatorio Nazionale per la libera professione ostetrica** con le due responsabili: **Raffaella Aliperti** e **Daniela Pergola** con l'intento di sviluppare un monitoring sociale in tale ambito. La sua funzione è conoscitiva rispetto al fenomeno professionale, ma anche di supporto alle Ostetriche in questo percorso evolutivo della professione in cui è possibile trovare un elevato grado di diversificazione nello svolgimento delle prestazioni. Siamo certe che questo favorirà lo scambio tra professioniste di modelli organizzativi e contri-

buirà alla definizione di modelli assistenziali qualificati.

I principali obiettivi dell'Osservatorio Nazionale per la libera professione ostetrica possono essere così riassunti:

1. supportare la libera professionista potenziandola ad avere comportamenti clinici best practices
2. monitorare gli outcomes assistenziali sulla salute materno-neonatale del Percorso Nascita assistito con continuità dall'ostetrica
3. fornire all'utenza femminile, informazioni circa l'appropriatezza dell'assistenza che deve avvenire rigorosamente secondo Linee Guida
4. raccogliere reclami da parte dell'utenza femminile di comportamenti clinici non idonei da parte delle libere professioniste
5. raccogliere reclami da parte dell'utenza femminile di attività professionali svolte da dipendenti pubblici (del nostro ambito professionale) in modo incompatibile per la loro esclusività del rapporto di lavoro
6. fornire i dati raccolti al Ministero della Salute.

Come ogni anno, anche il 2016 ha visto l'impegno di **Elsa Del Bo**, responsabile per i rapporti internazionali, concentrarsi sull'attività di collaborazione con l'**International Confederation of Midwives** e quindi rappresentare le Ostetriche Italiane all'incontro Pan-Europeo a Sofia e al **Congresso Internazionale di Toronto nel 2017**.

Non ultimo, il mio impegno per la tutela e la salvaguardia della Professione, come nel caso delle Ostetriche della Calabria supportate nel difficile momento della chiusura delle cliniche in cui lavoravano e la mia partecipazione attiva, grazie all'Aogoi, all'audizione della XII Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati riguardante i Ddl sul Parto fisiologico.

Colgo l'occasione per informare che in seguito al terremoto che ha colpito Lazio, Marche ed Umbria, le Colleghe Ostetriche Nipponiche ci hanno inviato una donazione da investire in sostegno alla salute per madri e bambini. Le ringraziamo per l'umanità e la sensibilità dimostrata. **Y**

Il risultato di un lavoro di squadra AIO-AOGOI Puglia!

Il 9 agosto scorso è stata pubblicata dalla Asl di Taranto (ASL/TA) una Delibera per indire un concorso per ben 76 unità di CPS ostetrica/o. Tutto ciò è stato possibile grazie allo sblocco delle assunzioni in ambito sanitario sancito dalla Deliberazione Regione Puglia n.

1072 del 19/7/16, che ha predisposto anche che "(...) le Aziende possono modificare e/o riconvertire i profili del personale (...) in altri ritenuti più necessari; procedere alla modifica qualitativa della dotazione organica con le procedure previste (...) di avviare nelle more dell'approvazione da parte della Giunta Regionale del piano assunzionale le procedure per il reclutamento del personale (...)". Se il necessario riordino della rete ospedaliera regionale ha richiesto

una riduzione quantitativa dei presidi, diviene ora quanto mai urgente migliorare qualitativamente l'assistenza, partendo proprio dal "chi fa cosa", onde riconoscere alla professione ostetrica tutta la sua specificità in ambito ostetrico-neonatale e ginecologico, così come previsto da codice deontologico, profilo professionale e percorsi di studi accademici.

Questo concorso rappresenta un traguardo straordinario: è il frutto di un lavoro costante e tenace che ha

visto coinvolti tantissimi attori ma che soprattutto vede trionfare il diritto delle donne, delle coppie e dei bambini ad un'assistenza professionale, specifica e qualificata.

Si sta avviando un cambiamento sostanziale, che coinvolgerà tutte le Asl regionali e che porterà uniformità di vedute e di linguaggio. Si consideri che questa è una realtà che si è già concretizzata da tempo in diverse regioni italiane proprio perché "fattibile", per esempio in Veneto,

Friuli VG, Emilia Romagna, solo per citarne alcune.

Il riconoscimento professionale è la leva portante su cui deve puntare la nostra professione per una crescita quanto mai proficua a tutto vantaggio sia nostro che dei medici specialisti in ginecologia-ostetrica ma soprattutto della collettività perché possa fruire di un servizio sempre più competente e rispondente ai propri bisogni. **(Maria Fasano e Silvia Tursi, Iscritte AIO Puglia)**

Neuropelveologia: una metodica innovativa per curare condizioni patologiche che possono influenzare i nervi del piccolo bacino

Vito Chiantera

Professore associato,
Ostetricia e Ginecologia
Università degli Studi di Palermo
Direttore UOC, Ginecologia
Oncologica, ARNAS Civico, Palermo

Fino ad oggi, nessuna specialità medica si è occupata esclusivamente delle lesioni e delle patologie a carico dei nervi pelvici.

La bassa incidenza, riportata in letteratura, riguardo ai danni provocati ai nervi della pelvi è del tutto in contraddizione con la realtà: disturbi della funzionalità vescicale e rettale così come il dolore neuropatico, insorti dopo interventi chirurgici, sono problematiche che oggi giorno molto comunemente sono affrontate in molti studi medici. Il numero di pazienti affette da patologie dei nervi pelvici è dunque ampiamente sottovalutata, e questo può essere attribuito alla mancata consapevolezza che tali lesioni possono esistere, alla difficoltà legata all'esecuzione di una corretta diagnosi e dalla complessità della neuroanatomia pelvica che è per lo più sconosciuta alla grande maggioranza degli specialisti. Per offrire maggiori possibilità e scelte di cura, è stata sviluppata negli ultimi anni in Svizzera dal prof. Marc Possover, direttore medico del *Neuropelveology Center* di Zurigo, la "Neuropelveologia", una metodica innovativa per curare condizioni patologiche che possono influenzare i nervi del piccolo bacino.

Avere "un modo neurologico di pensare" come sostiene il Prof. Possover consentirebbe la diagnosi e il trattamento medico o neurochirurgico appropriato di diverse affezioni come la vulvodinia, la coccigodinia, la nevralgia del pudendo, la sciatica di origine pelvica o il dolore prostatico che appartengono tutti alla sfera del dolore di tipo "neuropatico pelvico cronico". Tutto questo è reso possibile grazie anche al progresso delle apparecchiature endoscopiche, degli strumenti di microchirurgia e all'introduzione della stimolazione laparoscopica elettrica dei nervi pelvici (tecnica LANN - La-

Il numero di pazienti affette da patologie dei nervi pelvici è ampiamente sottovalutata. Tra i motivi, la mancata consapevolezza che tali lesioni possono esistere, la difficoltà legata all'esecuzione di una corretta diagnosi e la complessità della neuroanatomia pelvica che è per lo più sconosciuta alla grande maggioranza degli specialisti. Per offrire maggiori possibilità e scelte di cura, è stata sviluppata negli ultimi anni in Svizzera la "Neuropelveologia: una nuova specializzazione in medicina che si concentra sulla prevenzione, diagnosi e trattamenti chirurgici delle patologie dei nervi pelvici"



paroscopica neuro-navigazione). **Nel 2004 abbiamo riportato in letteratura** un lavoro scientifico che ha introdotto il concetto di **neuro-navigazione laparoscopica della pelvi**. Tale approccio consente di visualizzare ed esporre le componenti nervose somatiche e autonome della pelvi, valutarne la funzionalità e di riscontrare eventuali anomalie o lesioni a tale livello. Proprio la laparoscopia è un metodo indispensabile per indagare la causa del dolore e per poterla trattare con procedure neurochirurgiche convenzionali come la decompressione dei nervi o la ricostruzione del nervo quando necessario. Queste procedure sono sicure e portano ad un significativo miglioramento del dolore nel 62% dei pazienti con lesioni nervose dovute ad atti chirurgici, nel 78% dei pazienti con endometriosi dei nervi pelvici, mentre il sollievo del dolore può essere ottenuto in più del 80% dei i pazienti con compressione/irritazione dei nervi pelvici da parte di varici pelviche.

Nei casi di nervi lesionati, o dopo fallimento delle tecniche neurochirurgiche classiche, la neuromodulazione è una nota opzione per controllare sia il do-

lore neuropatico sia i disturbi delle funzioni dell'intestino e della vescica. L'impianto laparoscopico di neuroprotesi sui nervi pelvici chiamata anche "Procedura LION" è l'unica tecnica chirurgica d'impianto che consente un posizionamento preciso degli elettrodi su tutti i nervi pelvici e in tutte le combinazioni immaginabili.

Questo nuovo approccio ai nervi pelvici per via laparoscopica apre possibilità terapeutiche assolutamente nuove per il trattamento delle diverse sindromi dolorose e disfunzioni secondarie a patologie dei nervi pelvici. Inoltre, poiché la scoperta di una cura biologica sembra ancora improbabile nel prossimo futuro, per le persone con lesioni al midollo spinale, i dispositivi elettrici sono ancora l'unica possibilità di ripristinare le funzioni perdute. La **procedura LION** permette un impianto selettivo di elettrodi sui nervi pelvici che consente lo sviluppo di nuove strategie rivoluzionarie per la stimolazione dei nervi pelvici. Su questa base, il Prof. Possover ha riportato per primo con successo una serie di procedure LION per il controllo delle funzioni vescicali e ripristino della locomozione in persone con lesione completa del midollo spinale e in bambini con spina bifida.

Tali procedure trovano applicazioni anche in campo urologico. La vescica iperattiva rappresenta una condizione patologica che si manifesta con una prevalenza che va dal 9 al 43% spesso associata ad una sintomatologia che ha un notevole impatto sulla qualità di vita delle pazienti. La neuromodulazione può rappresentare una valida alternativa nelle pazienti che non rispondono alla terapia medica. Attualmente abbiamo in corso uno studio multicentrico internazionale che ha come obiettivo quello di valutare l'efficacia della neuromodulazione sacrale e del nervo pudendo nel trattamento della vescica iperattiva. Tali procedure sembrano infatti essere associate ad un miglioramento della sintomatologia in

oltre il 70% delle pazienti con un significativo miglioramento della qualità di vita.

Da non trascurare, infine, l'aspetto oncologico. Anche se avvengono molto raramente, dovrebbero essere considerati come cause possibili di dolore pelvico i tumori del sacro, del cocige, e dei nervi.

I neurinomi (schwannomi), ad esempio, sviluppandosi a livello

della guaina del nervo, non necessariamente interferiscono con la sua funzione ma ne possono causare la deformazione e/o la compressione provocando dolore. L'esplorazione chirurgica e la rimozione risultano dunque essenziali per trattare da un lato la sintomatologia dolorosa e dall'altro confermare la natura della neoplasia.

Tutti questi nuovi aspetti sono il risultato del nostro lavoro pionieristico che abbiamo riassunto con la denominazione "**neuropelveologia**", una nuova specializzazione in medicina che si concentra sulla prevenzione, diagnosi e trattamenti chirurgici delle patologie dei nervi pelvici. Il dilemma è che tutte le conoscenze necessarie in materia sono disperse in aree di specialità completamente differenti (neurologia, ginecologia, oncologia urologica e colo-proctologia), che di solito hanno poco in comune; e richiedono pertanto la necessità di effettuare dei cambiamenti "nel modo di pensare" da parte degli specialisti delle varie discipline. Proprio per questo l'insegnamento e la formazione di medici nel campo della neuropelveologia risultano assolutamente indispensabili. **Y**



Per saperne di più

1. Possover M, Quakernack J, Chiantera V. The LANN technique to reduce postoperative functional morbidity in laparoscopic radical pelvic surgery. *J Am Coll Surg* 2005;6:913-7
2. Possover M. Laparoscopic management of neural pelvic pain in women secondary to pelvic surgery. *Fertil Steril* 2008; 91(6):2720-5
3. Possover M. New surgical evolutions in management of sacral radiculopathies. *Surg Technol Int* 2010; 19:123-8
4. Possover M. The laparoscopic implantation of neuroprosthesis to the sacral plexus for therapy of neurogenic bladder dysfunctions after failure of percutaneous sacral nerve stimulation. *Neuromodulation* 2010; 13: 141-144
5. Possover M, Schurch B, Henle KP. New pelvic nerves stimulation strategy for recovery of bladder functions and locomotion in complete paraplegics. *Neurourol Urodyn* 2010; 29(8):1433-8
6. Possover M. The neuropelveology: from the laparoscopic exposure of the pelvic nerves to a new discipline in medicine? *Gynaecol Surg* 2011; 8 (2):117-119
7. Possover M. The neuropelveology: a new speciality in medicine. *Pelvipiperineology* 2010; 29: 123-124
8. Possover M, Forman A, Rabischong B, Lemos N, Chiantera V. *Neuropelveology: New Groundbreaking Discipline in Medicine.* *J Minim Invasive Gynecol.* 2015 Nov-Dec; 22 (7):1140-1

Il dolore pelvico cronico, genitale o lombare rappresenta uno dei disturbi molto frequenti nell'ambito della popolazione generale. In molti di questi casi, l'eziologia è sconosciuta e molto spesso i pazienti ricevono trattamenti medici a base di analgesici, talvolta in combinazione con antipsicotici o anticonvulsivanti

Carlo Maria Stigliano

La comunicazione in medicina *in generale* e in ginecologia *in particolare*, deve essere efficace e capace di influenzare i comportamenti in tema di stili di vita e di salute, nonché diventare parte integrante della “relazione di prevenzione e cura” tra medico e paziente (donna-coppia).

È indispensabile quindi che in particolare il ginecologo abbia un atteggiamento sufficientemente empatico ma al tempo stesso sia capace di rappresentare con la sua professionalità e la sua competenza il sicuro referente scientifico della donna e del suo partner su temi sensibili e spesso di non facile gestione.

Nell'ambito della ginecologia un particolare aspetto è costituito dalle **malattie sessualmente trasmissibili** che impongono al medico un importante sforzo di comprensione e di comunicazione nel rapporto con la donna e nell'ambito della coppia e a volte anche nei confronti dei familiari per i delicati meccanismi che vengono ad essere attivati di fronte a patologie che oltre all'aspetto squisitamente fisico generano spesso conseguenze sul piano relazionale e comportamentale di non semplice gestione. È pertanto indispensabile mettere a punto adeguati strumenti formativi per il ginecologo per questo impegnativo tipo di comunicazione, in questo delicato settore della professione.

I ginecologi (e in generale gli operatori sanitari coinvolti nella prevenzione e cura delle malattie sessualmente trasmesse) hanno la responsabilità del controllo e della tutela della salute sessuale e riproduttiva della coppia; ci troviamo quindi di fronte ad una materia non semplice che afferisce ad informazioni generalmente sottaciute, che diventano estremamente delicate e difficili da gestire: una difficoltà nella difficoltà! Assai spesso poi ci si trova ad affrontare queste situazioni con persone giovani, presumibilmente sane e di un'età in cui si è ben lontani dall'idea di ammalarsi.

In sostanza tre sono gli aspetti fondamentali su cui è necessario soffermarsi: la difficoltà della comunicazione, la delicatezza dell'argomento, la peculiarità degli interlocutori finali.

Non è tanto un problema di competenze scientifiche (che pure sono essenziali) quanto di una questione di metodologia e di principi di misurabilità. Normalmente anche chi sa e ha le giuste competenze scientifiche non sempre è capace di espor-

La comunicazione in ginecologia. Come parlare di MST?

■ **Il rapporto medico-paziente in ginecologia ha peculiarità importanti che lo differenziano molto dalle situazioni relazionali delle altre branche della medicina, sia quella generale che quella specialistica. Occorre infatti considerare la particolarità degli argomenti in gioco, gli aspetti psicologici e comportamentali e in buona sostanza il vissuto personale riguardo al proprio corpo e alla sessualità che ciascuno mette in campo nel rapporto con il proprio curante**



re in maniera appropriata ed efficace le sue conoscenze e quindi di trasferire correttamente il messaggio; dunque è indispensabile fornire le giuste metodologie di comunicazione e aiutare ginecologi e operatori sanitari a misurare l'efficacia della loro comunicazione e le capacità effettive di contribuire a modificare i comportamenti dei beneficiari finali in tema di salute e stili di vita.

Riteniamo pertanto necessaria la creazione di un apposito strumento di formazione per gli specialisti del settore, finalizzato alla conoscenza dettagliata delle principali criticità sanitarie e sociali riscontrabili nell'ambito delle prevenzione e cura delle MST. Sarà opportuno fornire un'informazione autorevole e precisa, ma allo stesso tempo sintetica ed efficace. Un'informazione che prima di

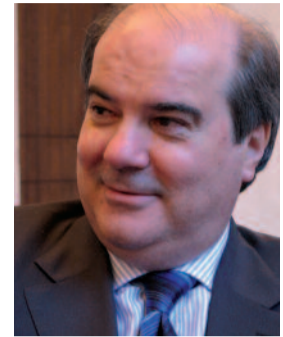
Ancor più, nel caso di giovani pazienti, dobbiamo essere capaci di educarli alla prevenzione e a stili di vita sicuri, senza scendere nel paternalismo o peggio nel terrorismo psicologico il cui risultato finale sarebbe inevitabilmente l'allontanamento

arrivare ai beneficiari finali – principalmente i giovani – deve arrivare agli addetti ai lavori in modo efficace.

Bisognerà fornire ai ginecologi la capacità di indentificare i percorsi di comunicazione necessari per affrontare nel mi-

gliore dei modi la gestione delle MST e delle conseguenze cliniche e sanitarie che ne derivano, per contribuire quindi al cambiamento. Sarà necessario insegnare ai medici qual è il linguaggio più appropriato, con quali modalità e a chi comunicare efficacemente; saper riconoscere le metodologie e le tecniche più adeguate; saper impostare e gestire un rapporto medico-paziente basato sui più moderni principi della buona pratica clinica (ascolto attivo, empatia, *patient education*, *counselling*, *empowerment*) avvalendosi anche delle moderne tecnologie.

Il principio basilare è “cosa sapere, cosa fare, cosa non fare, cosa dire, cosa non dire...”: non basta attenersi all'aurea regola del “primum non nocere”. Occorre anche avere capacità e abilità nel riuscire a stabilire un fat-



tivo rapporto di collaborazione con la paziente e con la coppia su temi che coinvolgono aspetti estremamente riservati della loro vita. Per questo è necessario che gli operatori sanitari che sono coinvolti nel processo di prevenzione o cura/gestione delle MST debbano far propria una terminologia adeguata in modo da comunicare correttamente con i propri interlocutori. Il medico deve capire innanzitutto cosa comporta quella specifica diagnosi nella persona che ha di fronte; deve spiegare e rassicurare in merito a quello che succede e a quello che si deve fare. Il linguaggio tecnicistico, fatto di acronimi e di terminologie oscure per i non addetti, rischia continuamente di interrompere il legame con il curante e di gettare nella disperazione le donne e i loro congiunti per la paura di conseguenze terribili a causa delle malattie sessualmente trasmesse.

Serve insegnare ai medici che bisogna spiegare correttamente con un linguaggio semplice (ma non in modo banale) di fronte a quale problema ci si trova, evitando altresì l'ansia e il timore di conseguenze irreparabili e che possano mettere in pericolo la stessa vita della donna. E ancora di più, nel caso di giovani, dobbiamo essere capaci di educarli alla prevenzione e a stili di vita sicuri, senza scendere nel paternalismo o peggio nel terrorismo psicologico il cui risultato finale sarebbe inevitabilmente l'allontanamento dei giovani pazienti.

In conclusione i ginecologi e gli operatori sanitari con orientamento professionale prevalentemente polarizzato sulla gestione della comunicazione in tema MST, delle patologie correlate e della cura e tutela della salute sessuale e riproduttiva, devono avere conoscenze e competenze adeguate in questo campo per essere in grado di migliorare la relazione di cura e prevenzione con la donna e la coppia; influenzare concretamente stili di vita e scelte di salute sessuale e a tutela della vita riproduttiva; infine contribuire a contenere le conseguenze di sanità pubblica che ne possono derivare e che hanno grande rilevanza a vari livelli. **Y**



Vania Cirese

Responsabile Ufficio Legale AOGOI

Il trend di evoluzione negativa nei rapporti tra medici e pazienti è rintracciabile negli orientamenti dei Tribunali e della Cassazione, attestati nel corso degli anni su una linea di crescente severità nei confronti dei medici. Lo constatiamo sui giornali e nelle trasmissioni televisive mentre l'opinione pubblica, prima incline al rispetto e alla fiducia nei confronti dei medici e del Ssn vive oggi un conflitto altalenante di sentimenti: da un lato affascinata dai progressi della scienza medica e della tecnica "quasi onnipotente", dall'altro, indignata per gli episodi di "malasanità", riportati con ricostruzioni fuorvianti dagli scoop giornalistici. Il problema è che le aspettative, spesso eccessive e irrealistiche, dei pazienti comportano la mancata accettazione di qualunque risultato negativo, qualunque rischio ed evento avverso si verifichi in ambito sanitario. Così continuiamo ad assistere all'incremento enorme e parallelo dei due contrapposti atteggiamenti: quello della grande e fiduciosa attesa e quello della cocente e reattiva delusione che sfocia molto spesso in azioni giudiziarie.

La macchina dell'informazione

Ad aumentare le speranze e le pretese sempre maggiori di benessere e salute contribuisce anche la complessa macchina dell'informazione e della pubblicità, con l'insieme di messaggi promozionali di singoli medici, industrie produttrici o distributrici di farmaci, presidi e materiale sanitario, che vengono riversati sui cittadini con i mezzi straordinariamente persuasivi della comunicazione di massa. Sull'altro versante, quello della delusione per l'insuccesso, si collegano altrettanti fattori causali, il primo dei quali, ovviamente, è proporzionale all'entità delle attese talora giustificate, altre volte infondate o eccessive. Ed anche su questo versante assume un ruolo centrale l'informazione di massa che in Italia ha coniato il termine scandalistico ed abusato di "malasanità", che compare quasi quotidianamente nella stampa anche se spesso a torto. Né sulla stampa, né nelle aule di giustizia però viene dato il giusto rilievo al fatto che molte patologie non sono suscettibili di una diagnosi compiuta o tempestiva né di una efficace terapia; molti trattamenti medico-chirurgici necessari od opportuni sono gravati da una rischiosità difficilmente prospettabile. Molti rischi sono con-

AOGOI PER TE

Tempestività e qualità. Solidarietà e sintonia. Ecco gli ingredienti del successo del Board di tutela legale AOGOI

■ In questi anni di "battaglie giudiziarie" il nostro sforzo principale è stato quello di restituire, per quanto possibile, la serenità ai soci Aogoi. Se certamente non è possibile evitare l'apertura di un processo, si può sicuramente evitare che l'ostetrico ginecologo rimanga da solo e disorientato a fronteggiare questa amara esperienza, nell'indignazione e confusione che spesso paralizzano ed impediscono di reagire subito e al meglio. Tempestività e qualità, solidarietà e sintonia: sono queste le parole chiave che caratterizzano il nostro lavoro



nessi a carenze organizzative e strutturali degli enti, assolutamente sottovalutate. Tutti questi fattori e i rilevanti interessi economici implicati sono all'origine della patologica dimensione del **contenzioso giudiziario** legato al problema del

risarcimento del danno in una società in cui il denaro assume troppo spesso un ruolo progressivamente dominante a scapito di altri valori.

Medici e Magistrati

Il medico è controllato da una generazione di "consumatori" cui è stato insegnato a dubitare, informarsi e far valere i propri diritti. Tutto giusto se non fosse che poi la guarigione da una malattia viene considerata come un 'diritto indipendente dalla circostanze' e dalle reali, concrete possibilità.

Tra i medici più "bersagliati" i ginecologi-ostetrici sono senz'altro in prima linea. Tale situazione sociale è contestuale al-

l'avvento di una cultura vittimistica nella quale le "vittime" sono rese popolari dalla televisione e dai giornali con dovizia di particolari e ricostruzioni ingigantite e spesso fuorvianti. A fronte di questo contesto, la dottrina e la giurisprudenza si sono evolute, facendosi interpreti delle mutate esigenze dei cittadini verso la migliore tutela della salute e una più lunga sopravvivenza.

L'inevitabile, a volte, inconsapevole **partecipazione dei magistrati al sentimento collettivo** e le loro frequenti attuali posizioni schierate in favore della massima tutela del paziente, spiega, il progressivo abbandono, negli anni, di un orienta-

mento generalmente più comprensivo nei confronti dei medici, dovuto anche al tradizionale "rispetto" nei confronti della categoria ed anche all'accettazione dell'ineluttabilità della malattia e della morte. **Spiega il passaggio progressivo a quella giurisprudenza severa**, a volte eccessiva, dei tempi attuali.

L'impressione che si ricava dal partecipare alle fasi delle indagini giudiziarie ed ai dibattimenti, nonché dalla lettura delle denunce e delle sentenze di merito e di Cassazione, è quella di un frequente atteggiamento di pregiudizio, di sfiducia e di riprovazione nei confronti dei medici, cui si attri-

cui responsabilità non può farsi gravare sul medico.

Il Board di tutela legale AOGOI

In questi anni di "battaglie giudiziarie", l'Ufficio legale Aogoi ha inteso riportare il più possibile la serenità ai soci Aogoi. Certo non si può evitare che si apra un processo ma si può sicuramente evitare che l'ostetrico ginecologo si trovi a fronteggiare questa amara esperienza da solo e disorientato, nell'indignazione e confusione che spesso lo paralizzano e gli impediscono di reagire subito e al meglio.

Ogni causa vinta ha costituito un indirizzo nuovo che ha dato soddisfazione al singolo ma anche un orientamento innovativo e più favorevole per tutta la classe medica. Un indirizzo che è 'circolato' e ha ispirato il convincimento di altri giudici creando un circolo virtuoso a vantaggio di altri specialisti.

Abbiamo sperimentato che come in medicina anche nel campo del diritto è **la tempestività** che pone le basi del successo e accanto alla tempestività dell'intervento, **la qualità**. Queste sono state le parole d'ordine che hanno caratterizzato il nostro intervento: tempestività e qualità. Abbiamo fornito al giudice consulenze tecniche e difese in punto di fatto e di diritto in tempi molto celeri e altamente perite, qualificate, che hanno determinato il successo. **Il risultato ottenuto ha fatto "giurisprudenza"**, ossia è diventato un "leading case". In tanti casi spinosi vinti, ottenere oltre al faticoso successo, i complimenti dell'avversario (il fatidico PM) è stata la riprova della validità del percorso.

Ai soci preoccupati, indignati, allarmati e amareggiati da un'indagine abbiamo subito fornito **"il primo orientamento"**: una pronta e qualificata risposta allo stato d'ansia di chi subisce un processo penale, o disciplinare o alla Corte dei Conti e che si trova confrontato con il grave onere di delineare una strategia difensiva e far fronte a tanti adempimenti nell'urgenza. Ripercorrere la vicenda clinica attraverso l'analisi delle cartelle e tutta la documentazione sanitaria, identificare la causa del danno o del decesso della pa-

ziente o del feto, valutare la condotta del singolo e dell'equipe alla luce delle linee guida e protocolli, stabilire quale diligenza e prudenza avrebbe usato "l'agente modello", ossia lo specialista "virtuoso" della stessa branca e stessa esperienza, in quel caso concreto... questi sono stati i nostri compiti per "sollevare" i soci Aogoi da ansia e preoccupazione e accompagnarli e indirizzarli nel cammino della difesa.

Siamo intervenuti con la **presenza immediata del legale e del consulente** di parte a tutti gli **accertamenti tecnici irripetibili**, seguendo le operazioni fin dall'inizio e passo passo. Siamo intervenuti con **pareri proveritate** della Società Scientifica, abbiamo sollevato **eccezioni e questioni delicate** che hanno colpito l'attenzione del Giudice in **punto di diritto**, ribaltando la posizione dell'accusa pubblica e privata e ottenendo che il Giudice si convincesse della bontà dei nostri assunti e accordasse anche le nostre richieste più audaci, perché fondate e motivate.

Ma soprattutto abbiamo adottato i due ingredienti segreti che qui vogliamo svelare:

1. la vera solidarietà ed empatia con ogni ostetrico ginecologo che subisce un processo penale;
2. la vera sintonia tra il Presidente del Board, il CT e l'avvocato.

Le sinergie necessarie. Una pregevolissima consulenza tecnica, la più approfondita e perita, nelle mani di un avvocato esperto in tema di responsabilità medica (e ostetrico-ginecologica in particolare) corre il rischio, troppe volte tramutatosi in danno, di non essere

adeguatamente sfruttata, di non servire allo scopo, di non convincere realmente il giudice, perché l'avvocato non riesce a "farla propria" e a trasmetterla, senza menomarla, quando la traduce in linguaggio giuridico, quello parlato dal Giudice.

Del resto, il più bravo consulente tecnico di parte se non si coordina con l'avvocato quando affronta le questioni, nel suo elaborato scritto o nella *cross examination*, in aula cade rovinosamente nelle trappole tese dall'avversario (Pubblico Ministero o parte civile). Infatti gli argomenti che il CT intende affermare nell'interesse del medico indagato o imputato, rischiano di produrre l'effetto opposto se

l'esperto non è stato adeguatamente e strategicamente preparato "a tavolino" con l'avvocato per evitare contraddizioni, incertezze, incoerenze, contrasti tra letteratura medica e orientamenti giurisprudenziali già acclarati sul punto, se non si programmano le obiezioni della controparte. L'avvocato deve poter confidare nell'autorevolezza, esperienza e serietà del CT, ma anche discutere con lui delle criticità che vede sotto il profilo giuridico che deve sinergicamente congiungersi con le risultanze tecniche (medico-legali e specialistiche).

È anche vero che un avvocato competente, che anche abbia fatto una scelta di campo optando da numerosi anni di difendere solo i medici e di occuparsi solo di responsabilità in sanità, che anche vanti numerosi



successi e che si sappia ben orientare nel caso di specie, con in mente una precisa strategia affi-

ciabile, non riuscirà a conseguire una vittoria con un consulente tecnico non preparato, non autorevole, non scrupoloso, non sinergicamente affiatato, "traballante" in aula o incoerente e debole nel suo elaborato scritto.

A fronte di questi convincenti frutti di tanti anni di esperienza, il Board di tutela legale Aogoi ha lavorato sui due predet-



sto familiare e lavorativo.

Le vittorie nei processi sono state frutto di collaborazione e di sintonia

con ognuno di Voi, con il Segretario nazionale **Antonio Chiantera**, con il Presidente **Vito Trojano**, e con tutti i **Segretari regionali e provinciali**. L'unione, e solo l'unione, fa la forza.

Un Board 'dedicato'. Voglio infine ricordare che mentre in Inghilterra la "medical malpractice" è una branca particolare per gli avvocati, in Italia lo è per pochissimi penalisti e civilisti che, seppure esperti curano tuttavia anche altri settori del diritto come divorzi, diritto di famiglia, reati di rapina, truffa, estorsione...e poi difendono qualche volta anche i medici e perché non anche i pazienti.

Ebbene nulla di questo accade in Aogoi. Il Board dispone di legali "dedicati". *Cosa significa?* Vuol dire che sono specialisti in responsabilità sanitaria, che trattano solo questa materia da anni, con particolare attenzione alla branca specialistica dell'ostetrica-ginecologia. Non difendono i pazienti (né tanto meno li istigano al contenzioso) ma semmai favoriscono la distensione dei rapporti e la ripresa di fiducia e collaborazione tra medico, paziente e struttura. Sono tenuti in conto dai Giudici per la serietà e fondatezza delle li-



buiscono, in modo spesso infondato, responsabilità per insuccessi e danni che spesso non sono loro addebitabili o non sono a rilevanza penale, in buona parte correlate alla rischiosità della Medicina, connaturate ai limiti delle possibilità medico-chirurgiche, o all'ambiente di lavoro inadeguato e carente di presidi e di organizzazione, la

L'Aogoi ha istituito un albo di consulenti tecnici, di diretto riferimento della Società Scientifica, che difendono solo i soci. Questo costituisce uno strumento di tutela preziosissimo sul versante tecnico e giuridico, fruibile da tutti gli associati e i cui risultati sono andati e continueranno ad andare a vantaggio di tutta la classe medica

nee difensive proposte che fanno giurisprudenza.

Inoltre l'Aogoi ha istituito **un albo di consulenti tecnici di diretto riferimento della Società Scientifica** che difendono solo i soci. Questo costituisce uno strumento di tutela preziosissimo sul versante tecnico e giuridico, fruibile da tutti gli associati e i cui risultati sono andati e continueranno ad andare a vantaggio di tutta la classe medica.

Tutto ciò contribuisce a dar vita ad indirizzi giurisprudenziali più garantisti, più giusti, più coerenti e più omogenei e a favorire interventi legislativi che fino ad oggi non si sono mai realizzati in Italia e nell'Unione Europea. **Y**

Perizie e periti

La professione del medico è... una colpa?

Giuseppe Ettore
Segretario AOGOI Sicilia

LOstetricia e la Ginecologia costituiscono, fra le diverse specializzazioni della Medicina, due settori di particolare e delicato interesse medico-legale, etico e giuridico, giacché esse si correlano in particolare a quello straordinario evento che è la nascita. La professione medica costituisce di per sé il prototipo di un particolare modello dell'agire umano: quello dell'adozione doverosa di misure di diligenza, prudenza e perizia che tuttavia non sempre garantiscono la certezza di evitare un evento avverso.

Il sanitario è tenuto ad adottare le misure imposte dalle *leges artis*, anche se non vi è per nulla la sicurezza che esse eviteranno l'evento temuto in quanto le "complicanze" sono intrinseche nel lavoro svolto. Nello specifico, il rischio in sala parto non è del tutto eliminabile ed è "dinamico".

L'argomento della responsabilità e della colpa professionale medica è tra i più ampiamente studiati nell'ambito delle discipline medico-legali: si riconosce quindi una responsabilità, individuale e d'equipe, di ordine civile, penale e deontologica.

In considerazione dei rischi globali del medico vanno tenuti inoltre in considerazione: tipologia della specialità, aree organizzative per complessità e volume di attività, adeguati strumenti di lavoro e aggiornamento tecnologico nonché il livello delle competenze professionali, organizzative e medico legali di ogni professionista.

Competenze dei professionisti: qualità e sicurezza delle cure

Secondo lo schema di Avedis Donabedian la qualità delle cure ha tre componenti principali: **la struttura, il processo e l'esito delle cure.**

Un elemento fondamentale della qualità dell'assistenza è costituito inoltre dalle **competenze del personale** che all'interno di un sistema eroga le prestazioni sanitarie.

La qualità di un sistema sanitario è fortemente condizionata, pertanto, dai professionisti che al suo interno erogano le cure e dai loro livelli di competenza, intesi come la combinazione delle conoscenze, abilità e attitudini appropriate al contesto in cui operano. Per questo motivo qualunque sistema sanitario, che sia di tipo pubblico o privato, dovrebbe essere capace di garantire, ai pazienti che ricevono cure e assistenza, professionisti che: a) hanno correttamente ultimato la formazione obbligatoria richiesta per quel tipo di cure (corso di laurea e specializzazione); b) mantengono costantemente la loro formazione, aggiornata rispetto alle conoscenze in continua evoluzione, c) posseggono le competenze adeguate per gli specifici processi di cure.

Attualmente in Italia il criterio predominante che viene utilizzato per l'autorizzazione dei medici a svolgere determinate procedure o attività è rappresentato dalla valutazione dei titoli di studio, innanzitutto la laurea in medicina e chirurgia e il diploma di specializzazione.

In altri termini, allo stato attuale, nelle nostre organizzazioni non esiste un processo che tuteli la sicurezza del paziente rendendo esplicito "chi sa fare cosa" all'interno di un reparto (e quindi nel quadro delle funzioni e necessità di questo), in relazione alle competenze delle esperienze maturate da parte del professionista e sulla base dei volumi di attività realmente erogati e dei relativi esiti. Va anche aggiunto che in funzione della mancanza di questa tradizione inerente al "chi sa fare cosa" anche l'atteggiamento culturale dei professionisti in questo ambito è carente.

La situazione descritta non facilita, evidentemente, il compito di chi ha la responsabilità di gestire il lavoro dei professionisti e di garantire ai pazienti e agli organismi regolatori un'efficiente ed efficace assistenza sanitaria: non sono infatti, solitamente, messi a disposizione strumenti per la mappatura delle competenze, per la valutazione delle attività in corso e per una

"Allo stato attuale, nelle nostre organizzazioni non esiste un processo che tuteli la sicurezza del paziente rendendo esplicito chi sa fare cosa all'interno di un reparto in relazione alle competenze delle esperienze maturate dal professionista e sulla base dei volumi di attività realmente erogati e dei relativi esiti. È evidente allora come - in un'ottica di integrazione tra patient safety, valutazione e formazione - sia necessario favorire lo sviluppo e l'applicazione di strumenti che consentano di rendere più efficacemente valutabile quest'aspetto, strutturale e organizzativo, della qualità

dell'assistenza, cercando di prendere spunto da quei contesti e da quelle realtà in cui vi sono esperienze significative su queste importanti tematiche"



buona pianificazione della formazione e delle azioni di miglioramento.

Il risultato, in termini di qualità e esiti delle cure, ha un impatto negativo e ancora oggi non è raro assistere all'occorrenza di casi di eventi avversi, anche gravi, che implicano tra i principali fattori contribuenti l'inadeguatezza dei livelli di competenza del personale e la mancanza, tra le politiche dell'azienda sanitaria, di processi strutturati in grado di definire, valutare e promuovere, per ciascun professionista, le competenze necessarie a erogare le prestazioni per le quali è assunto.

Appare evidente, allora, come - in un'ottica di integrazione tra *patient safety*, valutazione e formazione - questa attitudine del nostro sistema debba essere migliorata favorendo lo sviluppo e l'applicazione di strumenti che consentano di rendere più efficacemente valutabile quest'aspetto (strutturale e organizzativo) della qualità dell'assistenza, cercando di prendere

spunto da quei contesti e da quelle realtà in cui vi sono esperienze significative su queste importanti tematiche.

Accreditamento e valutazione delle competenze

L'accreditamento rappresenta il modo e lo strumento di garanzia della qualità delle prestazioni erogate, laddove il concetto di qualità presuppone l'adeguatezza delle tre componenti (struttura, processo e esito) indicate da Donabedian. L'accreditamento costituisce un processo di valutazione sistematico e periodico svolto da un "organismo esterno", con l'obiettivo di verificare l'adesione a requisiti predeterminati correlati alla qualità dell'assistenza.

In Italia, purtroppo, il processo di accreditamento istituzionale, introdotto dal decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni e dal Dpr 14 gennaio 1997 "atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private" ha incontrato molteplici difficoltà e fattori ostacolanti rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati: l'eccessiva bu-

rocratizzazione del processo; lo scarso coinvolgimento dei professionisti; l'eccessivo utilizzo del processo di accreditamento quale strumento per rimanere nel mercato sanitario piuttosto che strumento finalizzato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e dell'organizzazione sanitaria; l'eccessiva focalizzazione sui requisiti meramente strutturali piuttosto che sull'assistenza al paziente e l'insufficiente attenzione al tema della valutazione delle competenze del personale.

Al fine di superare le criticità sopra indicate, l'intesa della Conferenza Stato-Regioni del 20.12.2012 obbliga le Regioni e le Province Autonome ad avviare un nuovo percorso di revisione dei propri sistemi di accreditamento sulla base delle indicazioni contenute nel "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento", prodotto dal Tavolo per la Revisione della normativa per l'Accreditamento (TRAC), al fine di garantire maggiore qualità nei percorsi assistenziali.

Il documento del TRAC riconosce l'importanza della valutazione delle competenze del personale e individua, tra i criteri per la garanzia della qualità dell'assistenza, un criterio specifico sulle competenze (4° criterio): «La organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività». Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per il livello aziendale requisiti che evidenzino i seguenti due requisiti: 1. la programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica; 2. l'inserimento e l'addestramento di nuovo personale.

Il sistema dei privileges

I *privileges* sono un termine adottato dagli standard Joint Commission International, fortemente diffuso all'interno dalla cultura sanitaria americana e difficilmente traducibile nella lingua italiana: il termine privilegio ha nella nostra lingua significati differenti. In particolare, nello standard SQE.10 viene richiesto quanto segue: "L'organizzazione ha una procedura standardizzata oggettiva"

I privileges rappresentano uno strumento fondamentale per lo sviluppo delle competenze dei singoli professionisti e, per questo, devono rappresentare la base per la determinazione dei fabbisogni formativi degli operatori

In Italia il processo di accreditamento istituzionale ha incontrato molteplici difficoltà e fattori ostacolanti rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati. Tra questi: l'eccessiva burocratizzazione del processo; lo scarso coinvolgimento dei professionisti; l'eccessivo utilizzo del processo di accreditamento quale strumento per rimanere nel mercato sanitario; l'eccessiva focalizzazione sui requisiti meramente strutturali piuttosto che sull'assistenza al paziente e l'insufficiente attenzione al tema della valutazione delle competenze del personale

- re quali saranno i "privileges" del neoassunto. Laddove disponibili, vengono prese in considerazione anche le lettere dei precedenti luoghi di lavoro e di illustri colleghi, i premi vinti e altre fonti di informazione.
2. In occasione della riconferma in ruolo, ogni tre anni, l'organizzazione raccoglie e utilizza le informazioni relative alle seguenti aree di competenza generale dei professionisti medici:
- Assistenza sanitaria;
 - Conoscenze mediche/cliniche delle scienze biomediche, cliniche e sociali consolidate
 - Apprendimento e miglioramento basato sulla pratica professionale
 - Capacità di comunicazione

- e nei rapporti interpersonali
 - Professionalità che si riflette nell'impegno verso il continuo sviluppo professionale
 - Pratiche di sistema tramite la conoscenza dei contesti e dei sistemi di erogazione dell'assistenza sanitaria.
- I "privileges" clinici, una volta stabiliti o ristabiliti, sono resi disponibili in formato cartaceo, elettronico o con altri mezzi agli operatori o alle unità operative (ad esempio in sala operatoria o in pronto soccorso) dove il medico erogherà le prestazioni. Queste informazioni sono un'ulteriore garanzia del fatto che i singoli medici eserciteranno la loro professione entro i limiti delle loro competenze e dei "privileges" loro conferiti. Le infor-

mazioni saranno aggiornate periodicamente. A ciascun medico il Responsabile dell'U.O. assegna i diversi livelli di autonomia dopo averne valutato la "competenza" sulla base del grado di aderenza agli specifici criteri d'assegnazione.

I "privileges" rappresentano inoltre uno strumento fondamentale per lo sviluppo delle competenze dei singoli professionisti e, per questo, devono rappresentare la base per la determinazione dei fabbisogni formativi degli operatori.

Ancora oggi nell'occorrenza di eventi avversi, talvolta, tra i fattori contribuenti, si mettono in luce competenze non adeguate da parte dei professionisti (ad esempio la scarsa capacità di gestire le emergenze ostetriche o altri casi complessi) per carenza di esperienza specifica e modesti percorsi formativi post laurea su particolari processi assistenziali e ben identificate procedure. Scarsi livelli di competenza professionale per determinate

procedure medico chirurgiche, non raramente, nascondono insufficienti volumi di attività.

La responsabilità dell'occorrenza di tali situazioni è riconducibile, non solo al singolo professionista, ma anche all'organizzazione di unità operativa o di un ospedale che non è capace di identificare, in modo esplicito, tra i professionisti coloro in grado di affrontare ben identificate situazioni cliniche, autorizzando l'esecuzione di determinate procedure unicamente a coloro che abbiano superato specifici percorsi formativi e affrontato definiti volumi di casistica. In questo modo si identifica anche un diverso ruolo dei direttori di U.O. chiamati a gestire le proprie responsabilità dirigenziali con strumenti chiari e finalizzati al miglioramento dell'intera équipe. Ci si chiede quanti anni occorrerà attendere, nel nostro servizio sanitario, per giungere ad un sistema di accreditamento delle competenze e se tale sistema sia realmente praticabile. **Y**

va e basata sull'evidenza per autorizzare tutti i medici a ricoverare e a curare i pazienti e a erogare altre prestazioni cliniche in funzione delle rispettive qualifiche" (*Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 4th edition, 2011*).

Si tratta di un concetto fondamentale, poiché, come afferma l'intento dello standard, "la decisione più critica che deve essere presa da un'organizzazione sanitaria, al fine di tutelare la sicurezza dei pazienti e promuovere la qualità dei propri servizi sanitari, riguarda le competenze cliniche aggiornate dei singoli medici e la determinazione di quali prestazioni cliniche il singolo medico sarà autorizzato a eseguire: tale processo che viene anche chiamato conferimento dei privileges".

Lo standard ha gli scopi di commisurare (in termini di rapporto mezzi-fini) le decisioni di un'organizzazione sanitaria per promuovere la qualità dei propri servizi sanitari e tutelare quindi la sicurezza dei pazienti, definire le competenze cliniche aggiornate dei singoli medici e determinare le prestazioni cliniche che il singolo medico è autorizzato a eseguire: quest'ultimo procedimento viene chiamato "conferimento dei privileges".

Le decisioni in merito al conferimento dei "privileges" sono prese con le seguenti modalità:

- L'organizzazione seleziona un processo standardizzato per individuare le prestazioni cliniche per ciascun professionista medico. In occasione dell'assegnazione del primo incarico nell'organizzazione, le credenziali individuate allo standard *SQE.9* forniranno la base principale per stabili-

Sentenze

Un piccolo segnale dalla magistratura favorevole ai medici

Giovanni Pomili
Segretario AOGOI Umbria

Del tutto recentemente è stata pubblicata una sentenza delle Sezioni Unite della Cassazione Civile (la n. 14800 del 19 luglio 2016, Pres. Rordorf, Rel. Giusti), che riguarda una "censura" formulata dalla Sezione disciplinare del Consiglio Superiore della Magistratura il 24 marzo 2016 nei confronti di un Pubblico Ministero di Trieste.

Il fatto riguarda una vicenda nella quale erano rimaste coinvolte due dottoresse (un'endoscopista e un'anestesista) che erano state indagate dalla suddetta P.M. la quale, tuttavia, ha lasciato trascorrere molto tempo prima di chiedere il rinvio a giudizio delle Sanitarie, oltre 6 anni.

Il Giudice per l'Udienza Preliminare (Gup), a tal punto, ha dovuto dichiarare che la prescrizione del reato era già avvenuta prima della richiesta del P.M..

La particolarità della vicenda consiste nell'atteggiamento tenuto dai giudici delle Sezioni Unite della Cassazione Civile, ai quali la P.M. era ricorsa per ottenere la cancellazione della



sanzione disciplinare della "censura" irrogata nei suoi confronti dai suoi colleghi del C.S.M.. I supremi giudici, invero, hanno inteso stigmatizzare il fatto che la condotta della P.M. ha creato ansie e costi inutili alle dottoresse indagate per le quali lei stessa aveva chiesto il rinvio a giudizio fuori tempo: "la condotta del pubblico ministero che ha formalizzato l'azione penale in un momento in cui era venuta meno la pretesa punitiva dello Stato integra l'illecito contestato, essendo del tutto intuibile il pregiudizio alla sfera personale delle due imputate, costrette ad affrontare inutilmente un processo sopportandone, oltre ai patemi, anche i relativi costi".

Gli stessi giudici, inoltre, hanno condiviso e ribadito la posizione del C.S.M. secondo cui il comportamento della P.M.

Per la Cassazione la condotta della P.M. ha creato ansie e costi inutili alle dottoresse indagate per le quali lei stessa aveva chiesto il rinvio a giudizio fuori tempo

aveva portato discredito alla Magistratura "alla luce della evidente grave compromissione dell'immagine del magistrato nonché del danno arrecato alla parte dall'inutile celebrazione del processo". La magistrata, infatti, secondo la corretta procedura, avrebbe dovuto chiedere l'archiviazione del caso dopo aver rilevato d'ufficio l'avvenuta prescrizione del reato dovuta, tra l'altro, proprio alla sua scarsa sollecitudine: "(...) il pubblico ministero avrebbe dovuto presentare al giudice la richiesta di archiviazione per essere il reato ipotizzato già estinto per intervenuta prescrizione, ed il successivo

È la prima volta che il C.S.M. prima, e la Cassazione a Sezioni Unite poi, prendono una posizione così significativa nei confronti di un membro del proprio Ordine

svolgimento di un'udienza preliminare inutile e dispendiosa, sono apparsi al giudice disciplinare non solo espressione di una inexcusabile trasgressione, da parte dell'incolpata, di un inderogabile obbligo di legge, ma anche causa di un danno per le parti, costrette ad affrontare l'udienza preliminare, e fonte di compromissione dell'immagine del pubblico ministero in presenza dell'esaurimento della pretesa punitiva da parte dello Stato".

È la prima volta, per quanto di mia conoscenza, che il C.S.M. prima, e la Cassazione a Sezioni Unite poi, prendono una posizione così significativa nei confronti di un membro del proprio Ordine. Questa sentenza lascerebbe sperare che possa aprirsi uno spiraglio di maggior comprensione e rispetto dell'operato e della dignità della classe medica.

Per approfondire, consulta la sentenza integrale, allegata all'articolo, sul sito Aogoi **Y**



Carmine Gigli
Presidente FESMED

Gli adempimenti istituzionali stanno per essere completati ed entro la fine dell'anno dovrebbero partire le trattative per il rinnovo del contratto di lavoro, il cui finanziamento verrà definito con la prossima legge di stabilità. Se c'è ancora incertezza sui fondi, invece gli argomenti chiave del contratto si stanno ben delineando e, in un momento in cui le strutture complesse si vanno riducendo, rivestirà un'indubbia importanza lo sviluppo della carriera e la graduazione delle funzioni professionali.

A questo proposito la FESMED è intenzionata a chiedere:

- la valorizzazione della peculiarità del lavoro medico all'interno del Ssn attraverso il riconoscimento della pari dignità degli incarichi di natura prevalentemente gestionale o professionale;
- la caratterizzazione della direzione di struttura complessa, oltre che dalla componente professionale specialistica, dal governo clinico della struttura stessa, con responsabilità di organizzazione delle risorse umane e strumentali assegnate, mirate all'efficienza clinica ed all'efficacia delle cure e delle attività di prevenzione, nonché dalla responsabilità della formazione del personale e dall'implementazione di linee guida, protocolli e procedure;
- l'affidamento al dirigente medico, al superamento del terzo anno di servizio, di incarichi superiori a quelli di base, definiti e riconoscibili anche da parte dell'utenza, attraverso procedure a carattere selettivo disciplinate dal Ccnl;
- l'individuazione del ruolo di Tutor per i dirigenti medici che svolgono specifici incarichi di formazione, aggiuntivi a quelli assistenziali;
- che il trattamento complessivo di retribuzione dei dirigenti, con incarico prevalentemente

Simposio FESMED. Aggiornamenti del mondo sindacale

Cosa chiedono i medici a Governo e Regioni

La FESMED insieme ad "Alleanza per la professione medica", della quale è socio fondatore, chiede al Governo di onorare gli impegni che ha preso con i medici nel corso dell'incontro tenuto a Palazzo Chigi il 9 marzo 2016. Chiede inoltre al Ministro della Salute di riprendere le trattative sull'art. 22 del Patto della Salute e alle Regioni di riconsiderare le loro posizioni sulle scelte di salute, in un quadro di maggior accordo con le rappresentanze dei medici



professionale o gestionale, sia correlato alla complessità dell'incarico.

La libera professione intramoenia

La FESMED non concorda con quanto sostiene il presidente della Regione Toscana Enrico Rossi, il quale, ripartendo dai valori di uguaglianza sociale che hanno ispirato la legge 833, propugna l'abolizione della libera professione "intramoenia", con il ricatto dei "giovani disposti ad entrare al posto di chi lascia per il privato". Al contrario, siamo convinti della necessità che il prossimo contratto di lavoro debba rivedere i vincoli relativi ai tetti orari e ai volumi prestazionali, che adesso vengono spesso utilizzati per impedire l'esercizio dell'intramoenia. Questa attività, se ben coordinata con le esigenze istituzionali delle Aziende può contribuire all'abbattimento delle liste d'attesa, con maggior soddisfazione per i cittadini.

Il Governo e le Regioni

Gli impegni presi dal Governo nel corso dell'incontro tenuto a Palazzo Chigi il 9 marzo 2016

non sono stati ancora onorati. In quella occasione il sottosegretario alla Presidenza del Consiglio **Claudio De Vincenti**, affiancato dai Ministri della salute **Beatrice Lorenzin** e per la semplificazione e la pubblica amministrazione **Maria Anna Madia**, avevano convenuto con le **OO.SS. mediche** di affrontare, nell'ambito di Tavoli dedicati, i seguenti argomenti:

1. **Valorizzazione della professione medica**, riconoscendo il ruolo centrale nella prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei pazienti, nonché nella governance delle strutture sanitarie, ospedaliere e di medicina territoriale, assicurando l'autonomia tecnico-professionale e la correlata responsabilità.
2. **Coinvolgimento delle Organizzazioni Sindacali** – con le Regioni, i Ministeri della Salute, dell'Istruzione, Università e ricerca e dell'Economia e delle finanze – nella stesura, relativamente all'attuazione del Patto della salute 2014/16, dell'art. 22, per ciò che riguarda gli sviluppi professionali di carriera, la valorizzazione delle risorse umane, i rapporti con le altre professioni sanitarie.
3. **Definizione delle tipologie di contratti flessibili** compatibili con l'attività sanitaria all'interno della P.A., in coerenza con la disciplina UE di riferimento; percorsi di stabilizzazione graduale del personale precario; regolamentazione dei fenomeni di esternalizzazione delle attività sanitarie da parte delle strutture ospedaliere; verifica del tetto di spesa per il personale.
4. **Riforma del sistema di formazione**, pre e post laurea, dei medici e dei dirigenti sanitari, in sinergia con il MIUR e il Ministero della salute.
5. **Avvio con la vigilanza dei ministeri competenti**, previa definizione delle aree contrat-

"Se dovesse passasse il modello organizzativo per intensità di cure i medici si troverebbero orfani dei reparti di appartenenza e... i pazienti scoprirebbero di essere stati affidati agli infermieri"

tuali e dell'atto di indirizzo, delle trattative per il rinnovo del contratto collettivo nazionale di lavoro e dell'accordo collettivo nazionale, quali strumenti di governo e innovazione del sistema sanitario.

6. **Verifica con le Regioni e col Mef** in sede di Conferenza Unificata dell'ambito applicativo del comma 236 della legge di stabilità 2016.

Sul successivo accordo raggiunto fra il Ministero della Salute e le OO.SS. sull'art. 22 del Patto della Salute è venuto a mancare l'assenso delle Regioni, che continuano ad eludere ogni tentativo di modifica sostanziale del sistema formativo, per riproporre l'accesso al Ssn di medici senza specializzazione con l'obiettivo, neppure tanto mascherato, di poter disporre di forza lavoro sottopagata per coprire i turni di guardia.

Non contente di questo, le Regioni, attraverso il "Comitato di settore", stanno utilizzando l'atto di indirizzo per il rinnovo del contratto di lavoro dell'Area sanitaria per promuovere il maniera strumentale il "modello organizzativo per intensità di cure", al fine di ottenere dei risparmi a scapito del ruolo del medico e quel che è peggio a danno della qualità dell'assistenza.

Con l'applicazione di questo modello organizzativo i medici si troveranno orfani dei reparti di appartenenza e i pazienti scopriranno di essere stati affidati agli infermieri. Per riuscire in questo intento, e sempre attraverso l'atto di indirizzo per il rinnovo del contratto di lavoro, le Regioni non hanno esitato ad interferire nei rapporti fra le professioni medica e infermieristica, che sono in attesa di un chiarimento fra le parti.

La FESMED, insieme ad "Alleanza per la professione medica", della quale è socio fondatore, ha chiesto: al Governo di rispettare gli impegni che ha preso con i medici, al Ministro della Salute di riprendere le trattative sull'art. 22 del Patto della Salute e alle Regioni di riconsiderare le loro posizioni sulle scelte di salute, in un quadro di maggior accordo con le rappresentanze dei medici.

Se non ci saranno risposte adeguate, si aprirà una vertenza che potrà arrivare allo sciopero! **Y**

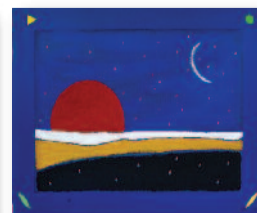
Arte&Medicina

Giovenale, ginecologo e pittore, in mostra al SIGO 2016

Il congresso nazionale ospiterà alcuni dipinti del nostro collega Giovenale Tresca, ginecologo presso il Fatebenefratelli di Benevento, alcuni dei quali troviamo riprodotti in queste pagine.

Per Giovenale l'arte non dovrebbe essere confinata nelle gallerie ma entrare anche nei luoghi di cura. È così che il sogno di portare il colore dei suoi

quadri negli ospedali si è realizzato al Policlinico Gemelli di Roma dove da alcuni mesi è presente una mostra permanente delle sue opere. Su queste pagine, tratte dal catalogo "L'avventura dell'Esistere", le immagini dei dipinti: **Maternità il Dono, Tensione verso l'Eterno, Il sorgere della Speranza e Ciò che conta davvero.**





Bio-Oil® è l'olio dermatologico che aiuta a migliorare visibilmente cicatrici, smagliature e a uniformare il colorito della pelle in caso di discromie. Bio-Oil® è a base di oli naturali, vitamine e contiene l'innovativo ingrediente PurCellin Oil™. Per informazioni dettagliate sul prodotto e i risultati dei test clinici, visiti il sito www.bio-oil.com o contatti Chefaro Pharma Italia al numero verde 800-432722.
Bio-Oil® è il prodotto N° 1 più venduto in farmacia per smagliature e cicatrici*. €11,95 (60ml), €19,95 (125ml), €27,95 (200ml).

Onligol®

Macrogol 4000

• Regolarizza l'intestino
e facilita l'evacuazione

• Non provoca né crampi
né dolore addominale

• La sua efficacia
non si riduce nel tempo

• Non altera il gusto
della bevanda

• Non contiene
eccipienti o aromi

• **SENZA ZUCCHERO**



AD AZIONE LASSATIVA

IL PRIMO MACROGOL SENZA ELETTROLITI E SENZA AROMA
CHE SI SCIOLGIE IN QUALSIASI BEVANDA, ANCHE CALDA
(es. tè, tisane, latte, brodo o succo di frutta)

ALFA WASSERMANN

Alfa Wassermann fa parte del gruppo Alfasigma