

**Elsa Viora è la nuova  
presidente AOGOI**

**Ecco il nuovo Direttivo  
per il triennio 2016/2019**

**RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE.  
SE NE RIPARLERÀ NEL 2017**

**AOGOI:  
moltiplichiamo  
gli sforzi  
per approvare  
la legge**

■ **L'INTERVISTA**

La neo presidente Aogoi Elsa Viora illustra le priorità del suo mandato per il prossimo triennio

■ **O.N.Da**

La fotografia dello stato di salute delle donne italiane nella quinta edizione del Libro bianco dell'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna

■ **IN EVIDENZA**

Patrimonio & redditi. Una disposizione nata per la trasparenza nei confronti di chi fa politica viene ora applicata anche al personale sanitario



## 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](http://NATHURA.COM)

  
**NATHURA**<sup>®</sup>  
LA NOSTRA RICERCA,  
IL TUO STAR BENE.



### Antonio Chiantera

*Alla neo presidente Elsa Viora i migliori auguri di buon lavoro da tutta la squadra Aogoi. Auguri di un Sereno e proficuo 2017 a tutta la Ginecologia italiana!*

6



*“Ringrazio tutta l’Associazione per la fiducia dimostratami. Nel prossimo triennio mi dedicherò con pragmatismo e passione a continuare il lavoro di questi ultimi anni. Insieme porteremo avanti gli obiettivi e le iniziative che l’AOGOI ha messo in campo”*

## PRIMO PIANO

- 4 **Responsabilità professionale. Se ne riparlerà nel 2017**  
La febbre della ripresa: AOGOI moltiplichiamo gli sforzi per approvare la legge  
Vania Cirese
- 5 **Fucci: “Responsabilità medica, chance da non sprecare”**  
• Cic: “Si approvi il provvedimento in tempi rapidi”  
• “Non fermiamoci. Iter non sia interrotto”. L’appello Fnomceo  
• La petizione online di *Quotidiano Sanità*

## PROFESSIONE

- 6 **Viora: “Rendere l’AOGOI una casa sempre più accogliente per i ginecologi”**  
Intervista a Elsa Viora, neo Presidente AOGOI  
• *Il ritratto*  
Una donna alla presidenza Aogoi
- 7 **Ecco il nuovo Direttivo AOGOI per il triennio 2016/2019**
- 8 **Cambio ai vertici anche per SIGO: il nuovo Direttivo per il triennio 2017/2019**  
• Trojano: Si apre una nuova stagione all’insegna della continuità
- 10 **Le realtà territoriali e le best practices**  
Marina Toschi
- 11 **Medaglia d’oro AOGOI a Pietro Bartolo, medico “eroe” di Lampedusa**
- 12 **Il messaggio più bello che il Congresso di Catania ci ha permesso di portare a casa**  
Carlo Sbiroli
- 13 **Responsabilità e coesione per rivalizzare la forza e l’identità del sindacato**  
Giuseppe Ettore

- 14 **AGITE in prima fila per la contraccezione d’emergenza**  
Giovanni Fattorini  
• I principali dati della Relazione al Parlamento sulla 194

15



SIGO 2017

**Obiettivo donna: “Tagliare il traguardo attraverso una buona pratica medica”**

Domenico Arduini  
Marco Bonito

## IN EVIDENZA

- 16 **Patrimonio & redditi sul sito aziendale. Aogoi: richiesta “inaccettabile”**

## LA SALUTE DELLA DONNA

- 19 **Dalla salute al welfare femminile**  
La quinta edizione del Libro bianco dell’Osservatorio Nazionale sulla salute della donna (O.N.Da)



## AGGIORNAMENTI

- 28 **Profilassi e gestione medica dell’Emorragia Post Partum**  
Claudio Crescini

## RUBRICHE

- 33 **Libri**
- 34 **Grazie Prof. Veronesi**  
Carlo Maria Stigliano

# Responsabilità professionale. Se ne riparlerà nel 2017

Al contrario di quanto auspicato, bisognerà aspettare l'anno nuovo per la ripresa delle votazioni sul provvedimento, interrotte prima del referendum e poi per la crisi di Governo. Il via libera da parte del Senato al disegno di legge Gelli sulla responsabilità professionale e il rischio clinico, che in ogni caso dovrà tornare alla Camera, viene rinviato al 2017. La ripresa dei lavori sul provvedimento da parte dell'Assemblea di Palazzo Madama riprenderà, come annunciato dal presidente Pietro Grasso, il prossimo 10 gennaio.

**Dal Cic alla Fnomceo, l'appello unanime della classe medica al Parlamento è di 'fare presto'. Il punto dell'Ufficio legale AOGOI e la nota dell'On. Benedetto Fucci**



## La febbre della ripresa: AOGOI moltiplichiamo gli sforzi per approvare la legge

**Vania Cirese**

Responsabile Ufficio Legale AOGOI  
Settore Penale

**Il 10 gennaio p.v. riprenderà in Senato in aula l'esame degli ultimi articoli del Ddl Disposizioni in Materia di Sicurezza delle Cure e Responsabilità Professionale degli Esercenti le Professioni Sanitarie (relatore Bianco). La Commissione Igiene e Sanità ha mantenuto le promesse di celerità e accuratezza, ora non resta che completare l'iter.**

Al Senato, l'articolato è stato in parte rivisitato rispetto alla ver-

**Occorre incoraggiare la più celere approvazione della legge, da molti anni auspicata, che introduce una normativa di riferimento in un settore il cui il vuoto legislativo ha lasciato campo libero ad orientamenti giurisprudenziali spesso aprioristicamente severi e anche contrastanti tra loro**

sione trasmessa dalla Camera in accordo con il relatore originario (Gelli). Un sentito ringraziamento appare doveroso oltre che all'On. **Benedetto Fucci** anche al Senatore **Luigi D'Ambrosio Lettieri** che raccogliendo "il testimone" ha lavorato con molto impegno a stretto contatto con l'Ufficio Legale Nazionale Aogoi, con il Prof. **Vito Trojano** e il Prof. **Antonio Chiantera** ed

ha difeso strenuamente gli articoli, gli emendamenti e sub-emendamenti targati Aogoi.

**Le proposte Aogoi** hanno infatti mirato a favorire l'introduzione per la prima volta in Italia di un vero sistema aziendale, regionale, e nazionale di **monitoraggio e gestione dei rischi** ed eventi avversi, nel primario intento di prevenire il contenzioso medico legale innanzitutto

mediante misure volte ad identificare le fonti dei rischi e dei danni ai pazienti ed evitare la reiterazione degli eventi avversi predisponendo presidi adeguati e linee guida e raccomandazioni da parte delle Società Scientifiche.

Un simile sistema già presente dagli anni 2000 in Gran Bretagna, Francia, Belgio e in altri stati dell'Unione Europea non era

stato mai introdotto in Italia, seppur il Ccnl avesse compiuto sforzi in tal senso. **Ancora da difendere è tutta una serie di novità veicolata tramite le proposte Aogoi**, ad esempio la giurisdizione della Corte dei Conti che offre garanzie di terzietà con la possibilità di valutare i profili organizzativi della struttura e i carichi di lavoro dei sanitari quando deve stabilire la sussistenza della colpa grave. Non potendo suggerire una depenalizzazione che sarebbe stata incostituzionale, l'Aogoi ha concentrato l'impegno sull'introduzione di utili deflattivi del contenzioso medico legale affinché

siano sottoposti a processo (civile, penale, Corte dei Conti) solo quei casi realmente meritevoli del vaglio del giudizio e non le pretese infondate, pretestuose e strumentali ad ottenere risarcimenti non dovuti. Così sul versante delle novità segnaliamo la disposizione che diversifica la responsabilità dei medici dipendenti pubblici che sarà di natura extra contrattuale e quella della struttura di natura contrattuale, con il vantaggio di una prescrizione più breve (5 anni anziché 10) e l'onere della prova a carico del paziente quando siano coinvolti i medici.

**Fondamentale è poi la previsione dell'obbligo** in capo alla struttura di informare necessariamente il medico qualora sia citata in giudizio civile dal paziente o addivenga ad un risarcimento dei danni in via bonaria, stragiudiziale. In difetto, non potrà essere esercitata l'azione di rivalsa. Questo importantissimo presidio impedirà che il medico, all'oscuro di un processo perso dall'azienda o del pagamento di un risarcimento al paziente da parte dell'ente a sua insaputa, si veda esposto a rimborsare ingenti somme alla sua azienda senza aver avuto alcuna opportunità di contestare l'addebito, difendersi, e portare prove a sua discopla.

Del pari, l'accertamento tecnico preventivo deflazionerà il giudizio civile. L'esclusione di responsabilità in caso siano seguite le linee guida e buone pratiche e sia contestata l'imperizia, deflazionerà il giudizio penale. Non v'è dubbio che occorra incoraggiare la più celere approvazione della legge da molti anni auspicata, che introduce una normativa di riferimento in un settore il cui il vuoto legislativo ha lasciato campo libero ad orientamenti giurisprudenziali spesso aprioristicamente severi e anche contrastanti tra loro.

**Pregio sicuro del testo di legge è di aver voluto delineare dei punti fermi** da cui partire, innanzitutto prevedendo un profilo specifico di reato colposo in ambito sanitario nel riconoscimento della peculiarità legata alle finalità sociali dell'esercizio professionale. Inoltre, aver disposto in legislazione che la sicurezza delle cure sia parte costitutiva del diritto alla salute, dando rilevanza agli indirizzi organizzativi e obblighi preventivi dei danni ai pazienti, mediante un corretto ed obbligatorio *risk management*.

**La Corte Europea ha da tempo segnalato** che la punizione, e in particolare la sanzione penale, deve costituire l'estrema ratio nei casi di responsabilità medica. La stessa Corte ha rilevato che, oltre ad assicurare processi celeri e congrui risarcimenti dei danni ai pazienti gli Stati Membri, sono tenuti ad identificare e prevenire i rischi ed eventi avversi.

**La nuova legge e soprattutto gli articoli suggeriti da Aogoi** consentiranno all'Italia anche di raggiungere gli obiettivi indicati dalle Istituzioni Comunitarie. **Y**

## Fucci: "Responsabilità medica, chance da non sprecare"

**Benedetto Fucci**  
Commissione Affari Sociali  
della Camera

**L**a notizia che la conferenza dei capigruppo del Senato ha fissato la ripresa dell'esame del Ddl sulla responsabilità professionale al 10 gennaio suscita in me due reazioni, da un lato la soddisfazione per l'esistenza di una data che fa uscire quanti ritengono essenziale approvare il provvedimento dall'incertezza. Dall'altro lato resta la preoccupazione per il tempo che, "facendo il suo mestiere", scorre inesorabile. A inizio gennaio saremo a un anno circa dalla scadenza naturale di questa travagliata legislatura. Certo il Ddl, dopo il Senato, dovrà tornare alla Camera.

**Condivido e sostengo tutti gli appelli**, da quello pubblicato su *Quotidiano Sanità*, al quale ho subito aderito, a quello di categorie e rappresentanti autorevoli del settore medico-sanitario, perché il Ddl venga portato a conclusione. Un intervento in materia è atteso da più di un decennio. Un periodo nel quale, invece, altri Paesi europei di primo piano come in particolare la Francia hanno compiuto passi importanti.

**"Condivido e sostengo tutti gli appelli, da quello pubblicato su *Quotidiano Sanità*, al quale ho subito aderito, a quello di categorie e rappresentanti autorevoli del settore medico-sanitario perché il Ddl venga portato a conclusione. Un intervento in materia è atteso da più di un decennio. Un periodo nel quale, invece, altri Paesi europei di primo piano, come in particolare la Francia, hanno compiuto passi importanti"**

**Mi preme sottolineare** come il primo passaggio alla Camera – dove nel 2013 avviammo l'esame delle proposte di legge allora già presentate (comprese le mie, le prime della legislatura: Atti Camera 257 e 259) – è già stato lungo e approfondito. Anche in Senato sono stati fatti numerosi interventi in quasi un anno di tempo. Restano a mio parere dei punti non del tutto convincenti nel testo oggi in esame (a partire dal tema a mio parere importante della doppia natura della responsabilità, extracontrattuale per il medico e contrattuale per la struttura); ma il provvedimento interviene in modo positivo su molti versanti, dal risk management alle linee guida, dalla conciliazione alla questione assicurativa.

**Penso siamo ora in grado**, dopo che il Senato mi auguro in tempi rapidi lo avrà licenziato, di arrivare a un punto finale. Questo, ovviamente nel pieno rispetto delle prerogative dei colleghi senatori, è l'auspi-

cio che mi fa avvicinare all'ormai imminente inizio del nuovo anno. Un 2017 nel quale il Parlamento nel suo complesso avrà l'opportunità forse unica, al termine di un percorso finora positivo in termini di dialogo e collaborazione sui temi

condivisi tra le forze politiche. **È una grande, forse irripetibile, chance** che se realizzata darebbe anche un valore significativo a una legislatura pure così travagliata e segnata da una grande conflittualità politica. **Y**

QUOTIDIANO SANITÀ. LA PETIZIONE ONLINE

### Ddl "Responsabilità professionale" a rischio? Se vuoi che sia approvato subito firma la petizione online

**Quotidiano Sanità ha aderito all'appello di Riccardo Tartaglia per una raccolta di firme su una petizione indirizzata al presidente del Consiglio incaricato Paolo Gentiloni e ai presidenti di Senato e Camera Piero Grasso e Laura Boldrini, affinché non sia vanificato il lavoro parlamentare fin qui svolto per dare al Paese una buona legge sul rischio clinico e la responsabilità professionale. Ecco il testo della petizione per sollecitare una rapida approvazione del Ddl "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", già approvato dalla Camera ed ora all'esame del Senato. Il Ddl sulla sicurezza delle cure e la responsabilità professionale è ormai a un passo dalla sua approvazione. Si tratta di una norma**

► Segue a pagina 33

### "Non fermiamoci. Iter non sia interrotto". L'appello Fnomceo

**La Federazione degli Ordini dei medici è scesa in campo a favore dell'approvazione del Ddl Responsabilità professionale invitando "a non interrompere l'iter del provvedimento" attualmente all'esame dell'Assemblea del Senato. Il Consiglio Nazionale della Fnomceo, riunitosi il 16 dicembre scorso a Roma, ha infatti dato mandato al Comitato Centrale di "mettere in atto ogni possibile iniziativa volta a una rapida approvazione".**

**"Il testo del Ddl, frutto di un lungo lavoro condiviso da Camera e Senato, rappresenta un punto di sintesi tra il diritto dei cittadini ad essere tutelati e quello dei medici a curare con serenità – ha affermato la Fnomceo in una nota –. Il nostro auspicio è che si riesca finalmente ad avere questa Legge attesa da decenni, che restituirà serenità ai nostri professionisti, rinsaldando così la relazione terapeutica e garantendo il diritto a cure sicure ed efficaci, oltre che quello a un giusto risarcimento".** "Negli ultimi anni si è creata una frattura tra il mondo del Diritto e il mondo della Sanità – ha affermato il relatore del Ddl alla Camera, **Federico Gelli**, intervenendo in Assemblea per illustrare il provvedimento – frattura che, con questa Legge, abbiamo cercato di colmare".

**"Questa è la Legge del possibile – ha aggiunto il Cassazionista Giacomo Travaglino, Consigliere della III Sezione Civile –. Non dimentichiamo che, su questa materia, al di là del Decreto Balduzzi, venivamo da vent'anni di sistema esclusivamente giurisprudenziale. Avevamo cioè una serie di sentenze, figlie di casi singoli, senza nessun impianto normativo di base".** "Il consenso su questo provvedimento è tanto più grande quanto maggiore è stata la condivisione tra le due Camere su ogni passaggio, l'attenzione su ogni osservazione – ha dichiarato **Amedeo Bianco**, relatore al Senato –. È stato un lavoro lungo e complesso, che sta per vedere finalmente il traguardo. Se si continuerà sulla strada della collaborazione si potrebbe arrivare all'approvazione definitiva entro il mese di gennaio" – ha concluso **Federico Gelli**.

### Ddl Responsabilità professionale

### Cic: "Si approvi il provvedimento in tempi rapidi"

**Il Collegio Italiano dei Chirurghi in rappresentanza delle 67 Società Scientifiche di Area Chirurgica e di oltre 65.000 professionisti che le compongono e che svolgono la loro attività nelle sale operatorie italiane, di fronte alla crisi del governo Renzi e alla nascita di un nuovo governo sollecita il Parlamento a non interrompere l'iter di approvazione del Ddl sulla responsabilità professionale:** "Non si ravvede alcuna giustificazione in un ulteriore ritardo nella approvazione definitiva di una legge che è già stata più volte vagliata dalle Commissioni Parlamentari e dall'aula della Camera". I professionisti manifestano con forza l'esigenza di poter lavorare in un contesto giuridico "chiaro e definito". "L'impegno costante del Collegio Italiano dei Chirurghi e di molte società ad esso afferenti non può venir vanificato dal blocco di una legge che delinea le nuove regole in un contesto di civiltà moderna che finalmente equipara la sanità italiana alle altre realtà europee. Da troppo tempo – spiega il Cic in una nota – il Sistema Sanitario Nazionale attende la promulgazione della legge sulla responsabilità professionale. Il mondo dei professionisti segue con attenzione l'iter parlamentare e non è disposto a vedere l'approvazione definitiva rinviata in relazione ad una crisi di governo".

**"Il Parlamento ha le sue funzioni e deve costantemente mantenerle; un riscontro negativo su tale materia renderebbe inevitabile una forte mobilitazione di tutta la categoria, che crede in un Sistema Sanitario universalistico ed equo e nelle garanzie che devono essere consolidate per dare ai pazienti il diritto di una assistenza qualificata e altamente professionale, garantendo ai professionisti sanitari la tranquillità nel loro operare",** concludono i chirurghi.

Intervista a Elsa Viora, neo Presidente AOGOI

# Viora: "Rendere l'AOGOI una casa sempre più accogliente per i ginecologi"

**"Il nostro è un lavoro di squadra: porteremo avanti gli obiettivi e le iniziative che l'AOGOI ha messo in campo. Nel prossimo triennio mi dedicherò con pragmatismo e passione a continuare il lavoro di questi ultimi anni, con un'attenzione particolare ai temi della formazione, rapporto medico-paziente, medicina di genere e violenza contro le donne, rete territorio-ospedale. Il coinvolgimento, più ampio possibile, dei soci in tutte le iniziative Aogoi è un aspetto importante. Penso soprattutto ai giovani colleghi per i quali l'Aogoi può e deve essere punto di riferimento"**

**T**orinese, esperta di ecografia ostetrico-ginecologica e diagnosi prenatale, Elsa Viora è la nuova presidente dell'Aogoi, eletta all'unanimità lo scorso ottobre dall'Assemblea dei Soci in occasione del Congresso nazionale. La dottoressa Viora, che negli anni ha ricoperto incarichi di rilievo in seno all'Aogoi e alla Sigo, è la prima donna in Italia a ricoprire la carica di presidente di una Società scientifica di ostetricia e ginecologia. Un riconoscimento che, nelle sue parole, va a premiare anche il contributo di impegno e professionalità che le colleghe ginecologhe, sempre più numerose, stanno dando alla specialità.

Consapevole dell'"eredità" consegnatale dal suo predecessore Vito Trojano, la neo presidente ci illustra in questa intervista quali saranno le priorità del suo mandato. Il suo impegno, in estrema sintesi, sarà quello di proseguire il lavoro 'di squadra' svolto in questi ultimi sei anni, "nel segno della continuità", con una particolare attenzione e sensibilità per alcuni temi su cui l'Aogoi si è impegnata 'ante litteram', come le attività di aggiornamento e formazione, la violenza sulle donne e la medicina di genere, che andranno ripresi con ancor più vigore; il potenziamento della rete territorio-ospedale-territorio che deve essere per le donne un circolo virtuoso nel quale trovare accoglienza.

**Dottoressa Viora, per la prima volta nella storia delle Società scientifiche di Ginecologia e**

**Ostetricia italiana una donna ricopre il ruolo di presidente. In uno scenario in cui le donne medico si avviano a diventare maggioranza il mondo medico, soprattutto a livello apicale, ha un'impronta ancora molto "maschile". Ritieni che l'Aogoi abbia voluto dare un segnale importante con la sua elezione?**

Ringrazio tutta l'Associazione per la fiducia dimostrata, credo con la mia elezione l'Aogoi abbia voluto dare anche un riconoscimento concreto all'impegno femminile nella nostra specialità. L'Aogoi del resto ha sempre dimostrato di essere al passo coi tempi e anche 'controcorrente', quando occorre. L'aver scelto una donna come presidente è comunque un segnale importante per tutte quelle colleghe che, al pari dei loro colleghi maschi, si dedicano con grande professionalità, passione e dedizione a un lavoro così delicato e 'totalizzante' come il nostro, riuscendo a tener testa, come delle vere 'acrobate' (vedi il libro promosso da Aogoi e Sigo nel 2009 in omaggio al triplice impegno femminile lavoro-casa-famiglia ndr) anche alle sfide poste dal proprio ruolo di donna nell'ambito sociale e familiare: dalla maternità alla diseguale distribuzione dei carichi di lavoro in famiglia. Le donne medico, come in generale le donne impegnate in molte altre professioni, devono affrontare molti sacrifici. Tutto questo certamente influisce a livello di carriera, ora però è innegabile che sia in atto un cambiamento. L'elezione di Roberta



Cherseviani alla presidenza dei medici italiani ne è un esempio.

**Quali sono le priorità in cima alla sua agenda di neo presidente?**

Innanzitutto vorrei dire che ho iniziato la mia presidenza consapevole del grande lavoro realizzato negli ultimi anni dal mio predecessore Vito Trojano e dal segretario nazionale Antonio Chiantera, in particolare per quanto attiene la responsabilità professionale medica. È soprattutto grazie al loro strenuo impegno se l'Aogoi, supportata dal suo ottimo Ufficio legale, ha potuto svolgere un ruolo molto attivo, in termini propositivi e con-

sultivi, per l'elaborazione del Ddl 'Responsabilità professionale'. L'importanza di questa legge è decisiva, siamo quasi ad un passo dalla sua approvazione definitiva e, nel caso ci fossero ulteriori ritardi, faremo sentire la nostra voce.

Quanto alla mia agenda, cercherò di mettere a frutto l'"eredità" consegnatami dalla presidenza di Vito Trojano e concentrerò le mie energie su quelli che sono gli obiettivi prioritari dell'Aogoi. Innanzitutto valorizzando il percorso di formazione, che riveste un'importanza vitale per tutti noi, medici e ostetriche. La nostra è una disciplina in continua

evoluzione e quindi è indispensabile un aggiornamento permanente, non solo perché richiesto formalmente dal Ministero per i crediti Ecm ma perché questo rappresenta un requisito indispensabile ai fini della correttezza del nostro operato e della qualità della nostra assistenza. Un altro tema che considero importante è quello della relazione medico-paziente. Negli ultimi anni abbiamo assistito a un progressivo deterioramento di questo rapporto, la diffidenza reciproca altera talvolta la trasparenza e la cordialità del rapporto, con ripercussioni negative anche sul piano assistenziale, special-

## Una donna alla presidenza AOGOI

**Elsa Viora è una donna di coppe: pronta a sacrificarsi per gli altri esercitando una grande influenza su di essi. Profondamente intuitiva, creativa e animata dalla convinzione che il dialogo e la ragionevolezza siano la via maestra da seguire nell'attuazione dei programmi. Se c'è da battersi, eccola nella mischia.**

La sua 'tostaggine', quasi sempre mitigata da un sottile sorriso, si accoppia a una buona capacità di ascolto. Una cosa scorretta non gliela senti mai dire. È anche capace di qualche moine e non le manca un tocco di vanità e di umorismo oratorio. In questo è molto piemontese.

Al contrario di Trojano, Elsa Viora non ha nulla di profetico. Ma è la figura ideale per portare avanti con diligenza e impegno quelle idee e quei valori della tradizione Aogoi, che sono stati ben tracciati e hanno trovato notevole successo nei sei anni della precedente presidenza. È un'eredità pesante che certamente la neopresidente saprà affrontare con grande determinazione e dove sicuramente giocherà la sua partita più importante. Le sarà di aiuto l'esperienza maturata per oltre vent'anni nei direttivi Aogoi, Sigo, Sieog, e soprattutto l'essere donna. Questo è un valore aggiunto molto importante, se si tiene presente che negli ultimi 10-15 anni la ginecologia italiana si è fortemente femminilizzata ed è una specializzazione che cura esclusivamente donne. Sicuramente Elsa ha dalla sua il "vento rosa" che sta soffiando non solo nella Sanità italiana (ministro donna), ma anche in tutto il mondo (ad eccezione degli Usa). Ed è arrivato forte anche in Aogoi tanto da rompere finalmente il "soffitto di cristallo" che resisteva da anni.

Elsa Viora è responsabile della Struttura di Ecografia Ostetrica-Ginecologica e Diagnosi prenatale dell'Ospedale Sant'Anna di Torino. È tra le maggiori esperte in questo campo. Da decenni organizza corsi di ecografia per tutta Italia e le sue Fad sul sito Aogoi sono tra le più cliccate. Ha sempre creduto che la clinica e il suo metodo debbano essere la via maestra da seguire nell'esercizio della professione. Ed è altresì convinta che un medico non debba mai rinunciare all'aggiornamento e al confronto delle idee. Valori che sicuramente trasferirà nel suo lavoro in Aogoi.

Non resta che augurare a Elsa di giocare la sua partita con il suo solito spirito partecipativo che ha mostrato nel sua lunga militanza in Aogoi e soprattutto di essere un presidente donna e non una donna presidente.

Carlo Sbiroli

mente in un ambito così delicato come il nostro. Dobbiamo perciò impegnarci tutti per ricucire l'alleanza medico-paziente in modo che sia chiaro che l'obiettivo comune ad entrambi è quello di fornire/ricevere un trattamento il più possibile adeguato/centrato sulla singola donna. Per questo dobbiamo lavorare su due fronti. Da un lato, avvalendoci di uno strumento prezioso come le linee guida, che ci aiuti a seguire i percorsi diagnostico-terapeutici più appropriati. Strumento che va costantemente sviluppato e migliorato. Dall'altro, migliorando le nostre capacità di comunicare con le donne che si rivolgono a noi, il che significa adeguare le nostre modalità di trasmettere le informazioni alla persona che abbiamo davanti.

Si tratta di due ambiti su cui l'Aogoi ha lavorato e sta lavorando. La Fondazione Confalonieri Ragonese è il terreno comune su cui la nostra Associazione, con Sigo e Agui, elabora e mette a punto linee guida condivise su aspetti importanti e delicati della nostra specialità: un terreno che cercheremo di coltivare con sempre maggiore cura. Anche il Master sulla comunicazione

rappresenta un ulteriore impegno finalizzato a fornire e/o migliorare le competenze in questo ambito, che ormai devono entrare a tutti gli effetti a far parte del bagaglio di ogni buon medico. Le doti personali, pur importanti, non sono sempre sufficienti. Si può e si deve imparare ad essere dei buoni comunicatori. Laddove la comunicazione è carente, assente, impersonale nell'approccio viene a crearsi quella sfiducia che poi è la molla principale che spinge il cittadino-paziente ad intentare tante azioni legali infondate quando non vi è stato il risultato atteso o si è verificato un evento avverso.

Un altro tema molto delicato e sensibile su cui l'Aogoi si sta impegnando molto è quello delle interruzioni volontarie di gravidanza, anche in relazione alle problematiche legate alla diagnostica prenatale. Ancora una volta in questo ambito si tratta di proseguire il lavoro già iniziato: il questionario elaborato da Aogoi sulle Ivg, nello specifico sulle Ivg ripetute, presentato al Congresso nazionale di Roma, è stato molto apprezzato dal ministero della Salute. Dobbiamo continuare a lavorare su questo

programma e creare una rete tra i vari Ospedali-Consultori familiari-Centri convenzionati e privati in modo da poter avere un

quadro preciso della situazione e stimolare riflessioni ed un confronto fra le varie realtà.

**I dati sulle Ivg, fotografati dall'ultima relazione al Parlamento, che registrano una diminuzione**

► Segue a pagina 8

## Ecco il nuovo Direttivo AOGOI per il triennio 2016/2019

**Elsa Viora, Dirigente Medico Responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale "Ecografia ostetrica-ginecologica e Diagnosi Prenatale" presso l'Aou Città della Salute e della Scienza - Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia, è la nuova presidente Aogoi. Riconfermato Antonio Chiantera alla Segreteria nazionale. Alla Vice Presidenza Giuseppe Ettore e Pier Luigi Sozzi. Claudio Crescini Vice Segretario nazionale.**

**Riconfermato anche il Tesoriere Aogoi Carlo Maria Stigliano, mentre i nuovi consiglieri sono: Luigi Alio, Gianfranco Jorizzo e Maurizio Silvestri.**

**Il presidente uscente dell'Aogoi, Vito Trojano, resta membro del direttivo nazionale come Past president e diventa vice presidente della Sigo.**

**Il 18 ottobre 2016 nell'ambito del Congresso Nazionale Sigo-Aogoi-Agui Nazionale si è svolta l'elezione del nuovo Consiglio di Presidenza Aogoi che guiderà l'Associazione, insieme ai Segretari regionali, nel triennio 2016/2019.**

**Il Consiglio di Presidenza Aogoi, approvato all'unanimità dall'Assemblea dei Soci, che ha visto presenti circa 800 iscritti, risulta così composto:**

**Presidente**  
Dott.ssa Elsa Viora

**Past President**  
Prof. Vito Trojano

**Vice Presidenti**  
Dott. Giuseppe Ettore  
Dott. Pier Luigi Sozzi

**Segretario Nazionale**  
Prof. Antonio Chiantera

**Vice Segretario nazionale**  
Dott. Claudio Crescini

**Tesoriere**  
Dott. Carlo Maria Stigliano

**Consiglieri**  
Prof. Luigi Alio  
Dott. Gianfranco Jorizzo  
Dott. Maurizio Silvestri

**Sono stati inoltre eletti Membri del: Collegio dei Revisori**  
Dott. Gianfranco Quintarelli  
Dott. Franco Rodio  
D.ssa Silvia von Wunster

**Consiglio dei Proviviri**  
Dott. Giancarlo Cecchini  
Prof. Roberto Secli  
Dott. Roberto Sposetti  
Dott. Salvatore Bennici  
(Proviviro Supplente)



► **Segue da pagina 7** del 9.3% rispetto al dato del 2014, sono confortanti.

Sì, questo anche grazie al fatto che non abbiamo mai abbassato la guardia sul fenomeno, sostenendo e promuovendo ogni iniziativa mirata a un adeguato counselling contraccettivo, anche riguardo alla contraccezione d'emergenza. Il ricorso all'Ivg da parte delle donne straniere rimane elevato, come pure elevato rimane il numero degli obiettori (il 70,7% tra i ginecologi) nonostante per il Ministero "non emergono criticità nei servizi". Le parole di Papa Francesco contenute nella lettera apostolica "Misericordia et misera", come ha sottolineato il presidente Agite Sandro Viglino in una nota di commento, sono senz'altro di conforto a quanti di noi si devono misurare col dramma delle donne che fanno ricorso alla legge 194.

Un altro tema 'difficile' su cui

**L'Aogoi si è impegnata ante litteram è quello della violenza contro le donne. In occasione della Giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne lei ha opportunamente ricordato che i ginecologi debbono continuare a tener desta l'attenzione su questo fenomeno, richiamando anche le indicazioni che ci giungono da Linee Guida nazionali e internazionali sull'assistenza in gravidanza.**

Certamente, le Linee guida ci ricordano la necessità di raccogliere con la anamnesi, ad ogni incontro con la donna gravida, elementi relativi a possibili episodi di violenza subita, ponendo, con opportuna delicatezza, domande specificamente orientate. Alla raccolta di notizie dobbiamo trovarci preparati a continuare il discorso e fornire opportuna assistenza. Un impegno dell'Aogoi potrà essere quello di svolgere un'analisi della attività di questo 'momento' professionale, condotta con opportuno program-

ma in ogni Regione e seguita, ove necessario, da interventi formativi. I femminicidi continuano purtroppo ad essere quotidianamente sulle prime pagine dei giornali e di questo non è sufficiente parlarne, bisogna prevenire. Chi meglio di noi, medici ginecologi e ostetriche, può fare prevenzione? Dobbiamo riprendere il lavoro, che già è stato svolto con particolare impegno e professionalità dalla collega Valeria Dubini, per approfondire la conoscenza del fenomeno e per prevenire, soprattutto, ogni forma di violenza sulle donne. La donna vittima di violenza deve avere una voce che, con altre voci, deve diventare un coro per sconfiggere gli atti persecutori, i matrimoni forzati, le mutilazioni genitali, le traite di donne e bambine, la violenza economica, fisica, psicologica, sessuale attraverso un equilibrio relazionale tra i sessi con parità di rispetto, ruoli. Altrettanto importante è riprendere le fila del

**Viora "Un punto che mi sta particolarmente a cuore è il coinvolgimento, più ampio possibile, dei soci in tutte le iniziative AOGOI.**

**Penso soprattutto ai giovani, che devono poter trovare nella nostra associazione un luogo dove aggiornarsi e confrontarsi"**

nostro lavoro sulla medicina di genere, di cui l'Aogoi si era occupata, prima tra le associazioni di ginecologi, negli anni passati: proprio nel nostro Congresso nazionale del 2008 a Torino si era tenuta per la prima volta un'intera sessione dedicata sul tema. Sono perciò particolarmente lieta nell'apprendere che la Conferenza Nazionale Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea ha approvato una mozione per l'inserimento della medicina orientata al genere in tutti gli insegnamenti. Il fatto che la medicina di genere diventi materia di studio in tutte le Scuole di Medicina delle Università italiane è molto importante. Un'altra buona notizia è lo stanziamento di 31 milioni di euro per l'attuazione di un Piano straordinario contro la violenza sessuale e di genere approvato dalla Conferenza Stato Regioni lo scorso novembre.

suale e di genere approvato dalla Conferenza Stato Regioni lo scorso novembre.

**Quali sono le sfide più importanti per la ginecologia italiana nel prossimo futuro?**

Il potenziamento della rete territorio-ospedale è senza dubbio una delle sfide principali, che dobbiamo continuare a perseguire con grande determinazione. È una sfida difficile: occorrono investimenti e risorse, buone capacità organizzative e una visione a lungo termine ma i benefici che possono derivare da una piena integrazione territorio-ospedale sono particolarmente importanti sia sul piano della efficienza/qualità assistenziale sia su quello del risparmio economico. L'obiettivo deve essere quello di offrire alla donna

## Cambio ai vertici anche per SIGO: ecco il nuovo Direttivo per il triennio 2017/2019

**Giovanni Scambia, Direttore del Polo Scienze della Salute della Donna e del Bambino dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, è il nuovo presidente SIGO. Subentra al prof. Paolo Scollo e a partire dal 1° gennaio 2017 guiderà per tre anni la Società Scientifica. Il past president Aogoi Vito Trojano è stato eletto vice presidente Sigo. Il nuovo Direttivo risulta così composto:**

**Presidente**

**Prof. Giovanni Scambia**

**Past president**

**Prof. Paolo Scollo**

**Vice Presidente**

**Prof. Vito Trojano**

**Consiglieri**

**Dott. Carmine Gigli**

**Prof. Massimo Franchi**

**Dott. Roberto Jura**

**Prof.ssa Anna Maria Paoletti**

**Tesoriere**

**Dott. Mario Massacesi**

**Segretario**

**Prof. Ettore Cicinelli**

**Revisori dei Conti eff.**

**Dott. Vincenzo Maritati**

**Dott. Maurizio Silvestri**

**Dott. Andrea Bilotti (suppl)**

**Probiviri**

**Dott. Giuseppe Canzone**

**Prof. Pantaleo Greco**

**Dott. Alessandro Melani**

**Prof.ssa Giovanna Maria Salerno**

**Prof.ssa Tullia Todros**



Da sinistra: Vito Trojano, Giovanni Scambia e Paolo Scollo



Alcune immagini della cerimonia per il passaggio di consegne nel corso del Direttivo congiunto Sigo svoltosi il 17 dicembre scorso





un percorso diagnostico-assistenziale completo. Ciò vale per tutte le patologie ginecologiche e ostetriche, più o meno gravi. L'iter è questo: il sospetto diagnostico viene formulato nei nostri ambulatori (consultorio/ospedale/centro convenzionato o privato) ma poi la conferma diagnostica e il successivo iter terapeutico è effettuato in ospedale. La donna, dopo l'intervento chirurgico o dopo la gravidanza, torna dal medico/ostetrica che l'aveva seguita. È necessaria insomma una continuità assistenziale che permetta alla donna di non sentirsi abbandonata: la rete territorio-ospedale-territorio deve essere un circolo virtuoso affinché non vi sia difformità di informazioni alla paziente, con tutte le implicazioni negative che ciò può comportare. Il miglioramento del Percorso nascita resta sempre uno dei nostri obiettivi centrali. La recente nota congiunta Sigo-Aogoi-Agui sul tema del riordino dei punti nascita rinnova un appello che le nostre società scientifiche rilanciano periodicamente per non far cadere l'attenzione sul tema della sicurezza per il rispetto degli standard nazionali. Il Comitato Percorso Nascita è uno strumento che può aiutarci a fare grandi passi avanti in questa

direzione. L'incontro svoltosi lo scorso novembre a Catania, durante il Convegno regionale Aogoi Sicilia, tra il Comitato Nazionale Percorso Nascita e i Segretari regionali di tutta Italia è stato molto interessante e verrà ripetuto nel Convegno regionale Aogoi Campania. Questo rappresenta un esempio che non è solo di semplice collaborazione ma di confronto diretto tra i vertici istituzionali e chi elabora i dati, formula progetti, chi lavora sul campo e quindi conosce bene le difficoltà: la realtà vera che ritroviamo nella nostra pratica quotidiana.

Un modello analogo può essere proposto per la collaborazione con l'Istituto superiore di sanità riguardo alla sorveglianza della mortalità materna: la capacità, l'impegno, la disponibilità di Serena Donati, che è anche una ginecologa, si sono già manifestati con la sua partecipazione a nostri convegni, corsi e congressi. Sempre in tema di percorso diagnostico-assistenziale completo, un'altra sfida è rappresentata dalla rete dei Centri di riferimento di ginecologia oncologica. La Ginecologia Oncologica è considerata una delle branche portanti della Ginecologia e Ostetrica ed è destinata a svilupparsi come sub-specialità come altre

**Chiantera "L'elezione di Elsa Viora è un riconoscimento alle capacità e competenze di una collega di gran spessore e rappresenta anche un segnale importante: il contributo che le donne danno al mondo medico e in particolare alla nostra specialità è essenziale, sia in termini di competenza che di sensibilità e capacità organizzative. I migliori auguri di buon lavoro alla bravissima collega Viora da tutta la squadra Aogoi!"**

branchie ad esempio la Medicina Materno Fetale, la Fisiopatologia della Riproduzione e l'Uro-ginecologia ed è stata definita "alta specialità" dal Ministero della Salute (G.U. 1/2/1992, Decreto 29 gennaio 1992). L'obiettivo, insisto su questo punto, deve essere quello di offrire alle donne la migliore assistenza possibile attraverso un percorso diagnostico-assistenziale completo.

**Dopo la crisi del governo Renzi e la nascita del nuovo Governo Gentiloni, gli occhi della classe medica sono puntati sul Ddl Responsabilità professionale: la preoccupazione è che l'iter per una sua rapida approvazione venga interrotto. Dopo l'appello del Cic e la raccolta di firme per una petizione al Governo affinché non sia vanificato il lavoro parlamentare anche la Fnomceo**

**ha dichiarato che metterà in atto ogni possibile iniziativa volta a una rapida approvazione. La sensazione, espressa da più parti, è che vi sia un calo di attenzione della politica sulla sanità e sulla salute degli italiani. Che ne pensa?**

Penso che la riconferma del ministro Lorenzin alla Salute, valutata positivamente da gran parte del mondo medico, sia una garanzia di continuità. Certamente la nostra Associazione che tanto si è adoperata per questa legge non resterà alla finestra se ci dovessero essere ulteriori slittamenti. Dopo la presa di posizione autorevole del Collegio italiano dei chirurghi e della Fnomceo è facile immaginare, come ha sottolineato il Cic nel suo comunicato, che in caso di riscontro negativo su tale materia, sarebbe inevitabile una

forte mobilitazione di tutta la categoria.

**Per quanto riguarda la vita associativa, quale aspetto in particolare intende valorizzare?**

Un punto che mi sta particolarmente a cuore è il coinvolgimento, più ampio possibile, dei soci in tutte le iniziative Aogoi. Penso soprattutto ai giovani, che devono poter trovare nella nostra associazione un luogo dove aggiornarsi e confrontarsi. Terminato il percorso di studi, spesso si ritrovano ad operare in realtà diverse da quelle in cui hanno acquisito la specializzazione e devono adeguare le loro conoscenze alla pratica clinica: proprio in questi loro primi anni in ospedale ci si può sentire soli e disorientati e l'Aogoi può e deve essere un punto di riferimento per loro. Questo per me non è solo un augurio ma anche un impegno. **Y**

## Trojano: Si apre una nuova stagione all'insegna della continuità

**"Sono onorato di poter collaborare insieme alla nuova squadra che sarà presieduta dal Prof. Giovanni Scambia nel prossimo triennio. Il clima di coesione tra le nostre società scientifiche respirato in questi ultimi anni ci aiuterà a lavorare al meglio, insieme, sugli obiettivi non ancora raggiunti e sui nuovi capitoli che attendono di essere aperti"**

**Vito Trojano**

Vice Presidente SIGO, Past President AOGOI

Mi appresto ad iniziare questa nuova esperienza con grande entusiasmo, grato per il nuovo incarico alla vice presidenza della Sigo e onorato di poter collaborare insieme alla nuova squadra che sarà presieduta dal Prof. Giovanni Scambia nel prossimo triennio.

Nella mia veste anche di past president Aogoi continuerò a mettere a disposizione dell'Aogoi e della nuova presidente Elsa Viora – alla quale va il mio più caloroso e affettuoso augurio di buon lavoro – le mie energie e il mio impegno, volto in particolare a rafforzare la già stretta collaborazione tra le nostre società scientifiche e con le nostre società affiliate. Un obiettivo che, insieme con i past president Paolo Scollo e Nicola Surico, abbiamo fortemente perseguito in questi ultimi anni.

Sigo, Aogoi e Agui che, riprendendo l'auspicio del segretario nazionale Antonio Chiantera, mi auguro possano diventare in un futuro vicino la grande (e sempre più unita) 'casa comune della ginecologia italiana', continueranno, con un nuovo Direttivo, a portare avanti nel prossimo triennio quelli che sono i punti centrali dell'agenda della ginecologia e ostetrica italiana. Dal risk management alla messa sicurezza della rete dei punti nascita, dalla chiusura dei 'piccoli' ospedali alla rivisitazione dei Drg di ostetrica e ginecologia, dai nuovi Lea alle linee guida per la prevenzione delle complicanze in gravidanza, alla rete nazionale oncologica, sono tante le questioni aperte su cui dovremo continuare a lavorare insieme.

Il Ddl sulla responsabilità professionale che tanto mi ha impegnato in questi anni e che dovrebbe essere approvato nel primo squarcio 2017 – e qui mi unisco all'appello corale della classe medica 'a fare presto' – dovrà trovare una sua piena applicazione. Penso in particolare all'istituzione dei Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente e dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità che rappresentano uno dei pilastri legislativi del provvedimento, su cui dovremo tenere i riflettori ben accesi.

Il rafforzamento della nostra presenza in ambito istituzionale a livello italiano non ci deve far perdere di vista l'obiettivo europeo del Network europeo di Ostetrica e Ginecologia: questo è uno dei temi che mi sta particolarmente a cuore e su cui senz'altro continuerò a impegnarmi. Il mio auspicio per questa nuova stagione che si apre per i neoeletti Direttivi di Sigo, Aogoi e Agui è che quest'ultima iniziativa, come altre importanti già avviate o in fieri, possano essere oggi ancor più condivise e quindi realizzate.



## Dirigenza medica

### Giuseppe Ettore è il nuovo presidente della FESMED

**G**iuseppe Ettore è il nuovo presidente della Fesmed (Acoi, Aogoi, Sedi, Sumi) la Federazione sindacale dei medici di dirigenti. La decisione è stata presa nell'ambito del Convegno che si è tenuto a Rimini il 18 e 19 novembre 2016, dov'è stato eletto il Consiglio direttivo che guiderà la Federazione nel triennio 2016-2019.

**Alla presidenza, Giuseppe Ettore succede a Carmine Gigli, che resta nel Consiglio direttivo con la carica di presidente emerito.**

**Giovanni Sgroi è il nuovo presidente vicario, con Teresa Saccotelli segretaria e Maurizio Silvestri tesoriere.**

Completano la squadra i consiglieri:

**Sergio Brunati, Giuseppe Pirillo, Gianfranco Quintarelli e Alberto Zaccaroni. **Y****





## A.GI.TE: rinnovato il Consiglio di Presidenza Sandro Viglino riconfermato Presidente

Nel corso del Convegno AGITE sono state presentate alcune delle esperienze più significative realizzate in alcune Regioni italiane (Liguria, Piemonte, Toscana, Emilia Romagna, Campania, Puglia, Basilicata, Sicilia) relative a tematiche ostetriche e ginecologiche in cui il Territorio è protagonista.

Nell'ambito del Convegno è stato altresì presentato il

Progetto AGITE per la preservazione della salute riproduttiva, progetto concepito da tempo ma che ha trovato la sua naturale concretizzazione temporale proprio nel momento di massimo interesse da parte del Ministero della Salute che sta mostrando una particolare sensibilità nei confronti di questo tema e che è culminato nel Fertility day dello scorso 22 settembre.

In occasione del Congresso AGITE, nell'ambito del Congresso nazionale SIGO 2016, si è anche proceduto al rinnovo del Consiglio di Presidenza che risulta così composto:

**Presidente**

**Sandro M. Viglino**

**Past President**

**Giovanni Fattorini**

**Vice Presidente**

**Marina Toschi**

**Tesoriere**

**Carlo M. Stigliano**

**Consiglieri**

**Daniela Anzelmo,**

**Rita Corina,**

**Barbara Del Bravo**

**È stata infine istituita la figura di Coordinatore per il Nord, il Centro ed il Sud Italia**



### Le Raccomandazioni AIO per ostetriche su prevenzione, cura, trattamento delle disfunzioni del pavimento pelvico nella donna

L'Associazione Italiana di Ostetricia (A.I.O.), con l'intento di valorizzare e potenziare il percorso assistenziale delle Ostetriche in ambito prevenzione e/o cura delle disfunzioni pelviperineali femminili, ha istituito al suo interno il Goipp-Gruppo Ostetriche Italiane Pavimento Pelvico, con Segretario Nazionale A.I.O. la Dott.ssa Anna Maria Cristiani. Il Goipp ha prodotto le prime Raccomandazioni AIO per la prevenzione, la cura ed il trattamento delle disfunzioni del pavimento pelvico nella donna.

Le Raccomandazioni, presentate nel corso del Congresso nazionale SIGO 2016, sono il primo strumento scientifico in Italia di Midwifery best practice prodotto dalle Ostetriche per le Ostetriche, immediatamente applicabile alle attività professionali. Le raccomandazioni sono pubblicate nel sito dell'Associazione: [www.associazioneitalianaostetrica.it](http://www.associazioneitalianaostetrica.it) dove è consultabile anche la documentazione clinica elaborata da AIO sul pavimento pelvico, al fine di ottimizzare la pratica clinica e lo sviluppo delle competenze delle Ostetriche.

### Simposio AGITE al SIGO 2016

## Le realtà territoriali e le best practices

**Marina Toschi**

Vice Presidente AGITE

Una vasta rappresentazione di molte realtà regionali italiane differenti rispetto a quanto si svolge nel Territorio è quella che è stata mostrata nel Simposio Agite tenutosi nel corso del Sigo 2016. Infatti si è parlato delle buone pratiche che avvengono: in **Liguria**, visto quanto viene svolto tra Territorio ed Ospedale rispetto alla prevenzione e la diagnosi precoce della patologia del basso tratto genitale, da parte del presidente Sandro Viglino; in **Piemonte** con il racconto di quanto attuato nei Consultori in collaborazione con gli altri servizi territoriali, per combattere la "Depressione post-partum", con il contributo del dottor Massimo Abbondanza; in **Emilia-Romagna** con il past president Giovanni Fattorini che ha portato l'esperienza della prevenzione della Ivg nell'interazione tra Istituzioni, Territorio ed Ospedali, dove si applica la Ivg medica e l'uso di contraccezione post-Ivg.

Sempre **sul tema Ivg sono state presentate le esperienze della Basilicata**, in particolare di Matera, da parte della dottoressa

Rita Corina mentre la dottoressa Giulia Caradonna ha parlato della **Puglia**, in particolare nella zona di Bari, dove è presente in modo prevalente la pratica dell'Ivg medica. La buona pratica di collaborazione codificata da un protocollo e da una cartella informatica che segue la donna dal Consultorio al reparto ospedaliero e poi di nuovo al consultorio per il controllo post Ivg, è stata esposta dalla dottoressa Francesca Fiorillo grazie al contributo della rappresentante regionale Agite **Campania**, la dottoressa Marina Tesorone.

**Buone pratiche nella accoglienza delle donne migranti** sono quelle che ha riportato la dottoressa Barbara del Bravo per la Regione **Toscana**, mentre la **Sicilia**, nella figura del dottor Salvatore Damanti, ha portato l'esperienza del nascente processo di collegamento tra Ospedale e Territorio per il Percorso Nascita. Sono infatti stati stabiliti chiari criteri per il follow-up delle gravide all'interno della vasta rete consultoriale siciliana e predisposta una cartella informatica che dovrà seguire la donna e garantire scambi e continuità. Dalla Regione Sicilia è anche intervenuta l'epidemiologa dottoressa Dar-

danoni, che ha illustrato dati accurati sulla situazione delle gravidanze e dei parti in Sicilia.

Ampia è stata la discussione ed il confronto tra i colleghi di tutte le Regioni, seguita agli interventi dei rappresentanti regionali ma si è poi passati alla presentazione del **Progetto Fertilità**, partendo dalla descrizione accurata della realtà italiana ed europea sul tema dell'infertilità di coppia che ha fatto il dottor Mauro Costa. Ha infatti dimostrato quanto sia anche solo economicamente fruttuoso intervenire precocemente per le coppie infertili o subfertili, senza attendere età più avanzate, come invece purtroppo ancora accade, in parte per la sottovalutazione del tema, anche da parte dei medici.

Il progetto della nostra Associazione è stato poi presentato da Sandro Viglino alla presenza della dottoressa Serena Battilomo, del Ministero della Salute, che ha molto apprezzato il lavoro che Agite intende svolgere sia attraverso la formazione degli operatori territoriali che attraverso la diffusione delle corrette informa-



zioni ai media e alle coppie.

L'assemblea nazionale di Agite a cui ha partecipato anche tutto il gruppo dei fondatori, molti nuovi iscritti ed i rappresentanti regionali, ha concluso la mattinata, arrivando alla elezione del nuovo gruppo dirigente.

**I rappresentanti regionali che sono stati in questa sede confermati o nominati sono:**

**Massimo Abbondanza (Piemonte); William Bertarini (Liguria); Daniela Fantini (Lombardia); Daniela Spettoli (E. Romagna); Carlo Girolametti (Marche); Karin Andersson (Toscana); Cristina Damiani (Lazio); Arturo Fabra (Umbria); Marina Tesorone (Campania); Ignazia Roccu (Molise); Antonio Amorosi (Basilicata); Rosa Barretta (Calabria); Annunziata Marra e Giulia Caradonna (Puglia); Salvatore Damanti (Sicilia); Matteo Biancareddu (Sardegna).**

A loro gli auguri per un ottimo lavoro da fare assieme a tutti i colleghi e le colleghe delle realtà territoriali italiane. **■**

# Medaglia d'oro AOGOI a Pietro Bartolo, medico "eroe" di Lampedusa

**Il medico di Lampedusa, specialista ginecologo, è stato insignito dell'importante riconoscimento nel corso della cerimonia inaugurale dell'XI Congresso regionale Aogoi Sicilia**

**F**orse non tutti sanno che Pietro Bartolo, conosciuto come il medico di Lampedusa che tante vite umane ha salvato e altrettante ne ha curate, non solo dal punto di vista clinico, è uno specialista ginecologo. Il dottore d'Italia forse più conosciuto al mondo – protagonista di **Fuocoammare**, il film di Gianfranco Rosi Orso d'oro al Festival del cinema di Berlino 2016 e miglior documentario europeo agli Efa (European Film Award) 2016, nonché autore del libro **"Lacrime di sale"** – ha ricevuto la Medaglia d'oro Aogoi dalle mani della neo Presidente **Elsa Viora**, alla presenza del Past President **Vito Trojano** e del Segretario nazionale **Antonio Chiantera**, nel corso della cerimonia inaugurale dell'XI Congresso regionale Aogoi Sicilia, svoltosi a Catania dal 3 al 5 novembre scorso.

Alla premiazione erano presenti i rappresentanti dei ginecologi ospedalieri e del territorio siciliani che con il coordinamento dei segretari provinciali Aogoi **Bennici** (Agrigento), **Bonfiglio** (Ragusa), **Bucolo** (Siracusa), **Caudullo** (Messina), **Giannone** (Caltanissetta), **Iannone** (Trapani), **La Ferrera** (Enna), **La Spina** (Catania) e del Segretario regionale **Giuseppe Ettore**, neo eletto Vicepresidente nazionale Aogoi, hanno organizzato il congresso, contribuendo a realizzare un programma scientifico mirato a



creare un ampio confronto e dibattito per consolidare procedure e terapie innovative in ambito ostetrico e ginecologico.



**Oltre al Dottor Pietro Bartolo, i soci onorari e medaglie d'oro Aogoi per l'anno 2016 sono: (da sinistra) i Professori Sergio Schonauer di Bari e Giambattista Massi di Firenze**



## Rinnovo Cariche Societarie SIGITE 2016-2019

### Mario Gallo è il nuovo Presidente della Società Italiana Ginecologia Terza Età

**Ecco il nuovo organigramma ratificato dal Consiglio Direttivo svoltosi il 18 ottobre 2016 in occasione del Congresso Nazionale Sigo-Aogoi-Agui**

**Presidente**  
**Mario Gallo**

**Past presidente**

**Franca Nocera**

**Vice Presidenti**

**Silvia Maffei, Maria Concetta Pandolfo**

**Consiglieri**

**Simona Ambrogio, Francesco De Seta, Giuseppina Grassi, Domenico Gullo, Massimo Stomati**

**Revisori dei Conti**

**Lino Del Pup, Carlo Mapelli, Silvia Ottonelli**

**Collegio dei Proviviri**

**Angela Becorpi, Francesca Fiorillo, Francesco Cancellieri**

**Segretario**

**Stefano Lello**



## PROGETTO "SANITÀ DI FRONTIERA", IL PRIMO CORSO DI EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

### "Salute e migrazione: curare le persone oltre i confini"

Pietro Bartolo, esperti dell'Oms, Medici Senza Frontiere, Iss, Emergency, ASP6 di Palermo, Regione Sicilia, Unhcr, Croce Rossa Italiana, Simm (Società Italiana Medicina delle Migrazioni), Inmp, Save the Children ed esponenti delle principali realtà impegnate sul tema delle migrazioni si sono riuniti a Lampedusa, dal 12 al 16 dicembre u.s., per il primo corso ECM rivolto a medici, psicologi, infermieri e assistenti sociali provenienti da tutta Italia.

Il primo corso accreditato Ecm "Salute e migrazione: curare le persone oltre i confini", promosso dall'Osservatorio Internazionale della Salute (OIS) grazie al sostegno di Consulcesi Onlus, è parte del Progetto "Sanità di Frontiera". Oltre agli altri corsi che saranno replicati durante il 2017 (di cui sarà data comunicazione sul sito [www.sanidadifrontiera.it](http://www.sanidadifrontiera.it)), il Progetto prevede: l'istituzione di un'alta scuola di formazione per medici, dipendenti Asl e organizzazioni del settore, anche grazie al supporto del medico simbolo di Lampedusa Pietro Bartolo; la realizzazione di una piattaforma digitale finalizzata alla condivisione dei dati sanitari relativi ai migranti con una cartella clinica condivisa, accessibile da remoto, in modo tale che anche altri medici siano sempre informati sul loro stato di salute e sulle vaccinazioni già fatte; la creazione di Child Friendly Spaces a Lampedusa e a Roma per ricreare spazi a misura di bambino, dove i piccoli migranti possano sentirsi a casa e vivere serenamente la loro infanzia, oltre che assistenza sanitaria e psicologica sul campo e mediazione culturale. (Fonte: Ufficio Stampa O.I.S.)

Carlo Sbiroli

Cosa accade quando in un congresso regionale di ostetricia e ginecologia si parla prevalentemente di politica sanitaria del territorio? Cosa accade quando politici, opinion maker e medici vengono messi a confronto per discutere argomenti che sono di grande interesse e attualità per noi ginecologi, come ad esempio, la sicurezza dei punti nascita? Accade che il congresso prenda una direzione apparentemente inattesa per chi, come me, era sceso a Catania per l'XI Congresso Aogoi della Regione Sicilia (3-5 novembre 2016) convinto di assistere alle solite lezioni di ostetricia e ginecologia che, pur utili per l'aggiornamento clinico, molto spesso si ripetono con gli stessi temi nei diversi congressi regionali e al nazionale. A Catania invece si è assistito prevalentemente a un serrato confronto "politico" su argomenti che stanno particolarmente a cuore a noi ginecologi. Ma soprattutto Catania ha dimostrato che è importante valorizzare la cultura e l'esperienza "locale" per capire e spesso risolvere quegli stessi problemi a livello nazionale. Giuseppe Ettore è riuscito in questa sottile e difficile operazione mettendo insieme i molti e contraddittori pezzi di un puzzle che va dalla messa in sicurezza dei punti nascita, alla morbi-

## XI Congresso Aogoi Sicilia

# Il messaggio più bello che il Congresso di Catania ci ha permesso di portare a casa

■ Una tre giorni di dibattito e discussione aperta su importanti argomenti clinico-scientifici. Ma anche un momento di serrato confronto 'politico' su questioni che stanno particolarmente a cuore a noi ginecologi. L'XI congresso regionale di Catania ha dimostrato che è importante valorizzare la cultura e l'esperienza 'locale' per capire e spesso risolvere quegli stessi problemi a livello nazionale. Presente anche Pietro Bartolo, il medico 'eroe' di Lampedusa, specialista ginecologo, insignito della medaglia d'oro Aogoi

lità e mortalità materna e neonatale fino ai vari rischi dei professionisti che operano in questo settore. E in questo ambito particolare interesse hanno suscitato i dati recenti del sistema di sorveglianza ostetrica ISS-regioni e il progetto che l'Aogoi sta portando avanti in collaborazione con Assessorato Salute e Cepas "Formare Formando". Nei tre giorni del congresso sono stati affrontati anche importanti argomenti clinico-scientifici. Sono stati giorni di dibattito e discussione aperta su temi come la salute della donna, le nuove frontiere della diagnosi ecografica precoce delle masse annessiali, la nutrizione e suppl-

mentazione perinatale, solo per citare quelli più importanti. Per discutere tutto questo Giuseppe Ettore ha invitato circa 370 tra relatori e moderatori. Una faculty così numerosa (roba da congresso nazionale) ha prodotto un confronto serrato, una festa della conoscenza, dell'informazione e dell'approfondimento. I ginecologi siciliani, come sempre, hanno risposto con grande entusiasmo. Le aule sono state sempre piene. L'uditorio sempre attento e partecipativo come se in molti avessero atteso questa occasione per approfondire e discutere con serenità i vari temi proposti. Concludo questo report da Ca-

tania con la cerimonia inaugurale. È stata l'occasione (ragionata e consapevole) di portare all'attenzione dei congressisti due argomenti di grande interesse che, direttamente o indirettamente, ci toccano da vicino. Per primo è intervenuto Giovanni Scambia. Ha prospettato una medicina del terzo millennio estremamente più favorevole. Una medicina che permetterà di realizzare una migliore prevenzione, una più precisa diagnostica e conseguentemente un percorso terapeutico più adeguato. Tutto questo grazie a nuovi test genetici che indicano le predisposizioni scritte nel Dna. Poi ha parlato Pietro Bartolo, medico a Lampedusa, ginecologo. Ha raccontato la sua esperienza di sbarchi di migranti, "persone esattamente come noi, ciascuna con la sua storia di sofferenza e violenza alle spalle". Tutto questo per sottolineare

che se da una parte la ricerca scientifica, la conoscenza e la prevenzione sono state sempre amiche dell'uomo, e ci permettono di essere delle "persone" degne di vivere in un Paese civile, dall'altra il freddo, la fame, i rischi delle migrazioni sono invece i nostri principali nemici. E questo è sicuramente il messaggio più bello che il Congresso di Catania ci ha permesso di portare a casa. **Y**

**Una faculty numerosa e competente ha prodotto un confronto serrato, una festa della conoscenza, dell'informazione e dell'approfondimento. I ginecologi siciliani, come sempre, hanno risposto con grande entusiasmo**



## Riorganizzazione della rete dei punti nascita. A Catania il punto con i rappresentanti delle Istituzioni

**Per la prima volta, a sei anni dall'accordo Stato-Regioni, il Comitato Percorso Nascita nazionale e i Segretari regionali Aogoi si sono incontrati a Catania, nell'ambito del congresso regionale Aogoi, per fare il punto sulla rete di assistenza ostetrica neonatale.**

**Ettore: "Abbiamo voluto organizzare un momento di confronto e di aggregazione sui caldi temi della sicurezza dei punti nascita, di estremo interesse e attualità in tutte le regioni"**

A 6 anni dall'accordo Stato-Regioni che stabiliva che, per garantire adeguata assistenza a partorienti e nati, i reparti maternità nei quali avvengono meno di 500 parti l'anno andavano chiusi, la questione è sempre una priorità, ancora da completare. Per questo l'XI Congresso Regionale AOGOI Sicilia ha voluto dedicare una giornata al tema della riorganizzazione

della rete dei punti nascita in Italia", ha spiegato **Giuseppe Ettore**, Vice Presidente Aogoi e segretario regionale Aogoi Sicilia. Secondo il Programma nazionale esiti 2015 dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), nel 2014 gli ospedali in cui operavano punti nascita con meno di 500 parti l'anno erano 123, circa un quarto del totale. Nel 2011 il Mini-

sterio della salute ha costituito un organismo - il Comitato Percorso Nascita nazionale (CPNn) - che opera a sostegno delle Regioni per attuare le migliori strategie di riorganizzazione dei punti nascita, assicurando, nel contempo, un efficace coordinamento permanente tra le istituzioni centrali e periferiche, in funzione della qualità e sicurezza del percorso nascita. "Viene

effettuato anche un puntuale monitoraggio delle situazioni, che tuttavia non può definirsi del tutto rosea, anche dove potrebbe apparire tale", ha sottolineato Ettore. Secondo il rapporto del monitoraggio ministeriale al 31 dicembre 2014, nella stragrande maggioranza delle Regioni sono ancora attivi in media 5-6 punti nascita sotto i 500 parti, con l'eccezione della Campania (19 punti) e della Sicilia (17 punti). "Per migliorare e sollecitare il lungo e tortuoso percorso della messa in sicurezza dei punti nascita in Sicilia, al fine di abbassare i tassi oramai non più giustificabili di morbidità e mortalità materna e perinatale, esiti

inappropriati e i rischi per i professionisti, abbiamo organizzato questa giornata che ha visto riuniti il Comitato Percorso Nascita nazionale e regionale siciliano per fare il punto sulla rete di assistenza ostetrica neonatale, con il coinvolgimento, quindi, di Ministero della salute, Istituto superiore di sanità e Assessorato regionale della salute." "È la prima volta in 6 anni che il CPNn incontra i Segretari regionali AOGOI per sentire direttamente la voce dei professionisti. E ciò ha rappresentato un momento di confronto e di aggregazione sui caldi temi della sicurezza dei punti nascita, di estremo interesse e attualità in tutte le regioni".



**Giuseppe Ettore**  
Presidente FESMED

**L**a FESMED, costituita da Acoi, Aogoi, Sedi, Sumi, è un Sindacato che rappresenta dirigenti medici, in prevalenza ginecologi dell'AOGOI (Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani) e chirurghi ospedalieri dell'ACOI (Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani), e desidera sviluppare nel triennio 2016-2019 un programma in linea e nella continuità del precedente Direttivo, in piena sinergia con le società scientifiche di riferimento.

**Particolare impegno sarà rivolto, oltre alla presenza attiva nell'attività intersindacale per il rinnovo del contratto di lavoro, alla revisione e miglioramento:**

- **dei livelli di sicurezza** dei singoli posti di lavoro (organici, carico di lavoro, criticità strutturali, accreditamento)
- **dei livelli di appropriatezza** delle cure attraverso la valutazione dei livelli di competenza dei sanitari e la pianificazione dei bisogni formativi e del grado di innovazione tecnologica.

**Diversi saranno i fronti a difesa della professione e della dignità dei medici dirigenti:** sblocco del turnover e nuove assunzioni, stabilizzazione dei precari, riordino degli organici, revisione dei profili di carriera, difesa della libera professione.

**In merito al fabbisogno dei dirigenti medici** per il riordino degli organici, pare che il governo stia puntando su una *metodologia tecnica* basata, a quanto ci risulta, sull'individuazione di tempi medi di impegno di ciascun dirigente del ruolo sanitario dipendente coinvolto nella produzione di prestazioni diagnostiche o terapeutiche e/o esecuzione di attività cliniche. Tutto ciò è inadeguato poiché il calcolo dei carichi di lavoro, e il fabbisogno di personale, basati sui tempi di produzione, è lo strumento ordinario utilizzato nelle catene di montaggio manifatturiere caratterizzate da produzione di articoli a bassa complessità ed utilizzo diffuso di lavori ripetitivi. Le attività diagnostiche e terapeutiche, sia in regime di ricovero che ambulatoriale, sono invece ordinariamente complesse sul piano tecnico ed organizzativo per poter essere standardizzate in modo attendibile in tempi medi di produzione, essendo molte le variabili che incidono su tali tempi.

**In piena linea con l'Intersindacale, si chiede quindi di:**

- **sospendere** l'attuazione amministrativa di tale metodologia da parte del MEF per la valuta-

# Responsabilità e coesione per rivitalizzare la forza e l'identità del sindacato

**Oggi, alla forte richiesta di autorevolezza e determinazione dell'azione sindacale, si contrappone una ridotta considerazione e partecipazione al sindacato stesso. Per questo, solo un forte richiamo di responsabilità e coesione di tutti i medici può rivitalizzare la forza e l'identità del sindacato**



**“Negli ultimi anni i medici sono bersaglio di una quantità elevata di provvedimenti legislativi che hanno stravolto il contratto di lavoro, ridotto le retribuzioni e allontanate le condizioni di un incremento salariale a fronte di retribuzioni bloccate da 7 anni**

zione della congruità dei fabbisogni nelle Regioni;

- **convocare** le OOSS della dirigenza del ruolo sanitario per una puntuale informazione ed un loro coinvolgimento, come da impegni assunti, nel costruire una metodologia adeguata alle peculiarità delle attività e delle prestazioni sanitarie. Negli ultimi anni, inoltre, i medici sono bersaglio di una quantità elevata di provvedimenti le-

gislativi che hanno stravolto il contratto di lavoro, ridotto le retribuzioni e allontanate le condizioni di un incremento salariale a fronte di retribuzioni bloccate da 7 anni. Di contro, le crescenti responsabilità in ambito penale, civile, era-

ri, medici e non, esposti alla delegittimazione sociale e a rischi sempre meno sostenibili e ridurre l'incremento della medicina difensiva, per un costo di diversi miliardi di euro.

**In attesa della suddetta legge** bisognerà puntare ancora di più su: formazione, adozione di pratiche di sicurezza, corretta comunicazione, allo scopo di ridurre il numero di eventi avversi e gestire meglio i rapporti con gli assistiti.

**L'azione più energica** dovrà essere quindi rivolta a riportare i Medici interlocutori credibili per i pazienti e per le istituzioni, ridurre lo stato di marginalizzazione nei livelli decisionali e riappropriarsi della figura del medico con il ruolo di attore e non di comparsa.

Ciò rappresenta la strada maestra per uniformare e rendere efficiente la sanità pubblica italiana attraverso anche più servizi, più qualità e più professionalità nei modelli organizzativi, come di recente auspicato dallo stesso ministro Lorenzin.

Oggi, alla forte richiesta di autorevolezza e determinazione dell'azione sindacale, si contrappone una ridotta considerazione e partecipazione al sindacato stesso.

Per tali molteplici motivi solo un forte richiamo di responsabilità e coesione di tutti i medici può rivitalizzare la forza e l'identità del sindacato. **Y**

**Giuseppe Ettore è il nuovo presidente della FESMED**

**Giuseppe Ettore è il nuovo Presidente della Fesmed- Federazione Sindacale Medici Dirigenti; succede a Carmine Gigli, che resta nel consiglio direttivo con la carica di presidente emerito.**

Giuseppe Ettore è direttore del Dipartimento materno infantile e dell'Uoc di ginecologia e ostetricia dell'ARNAS Garibaldi di Catania, V. Presidente Nazionale e Segretario Regione Sicilia dell'Aogoi; è componente del Comitato Percorso Nascita nazionale del Ministero della Salute e regionale dell'Assessorato salute della Sicilia, componente del gruppo di lavoro Agenas, coordinatore e componente esperto del Consiglio Superiore di Sanità del gruppo di lavoro "Parto" e "NIPT2".

# AGITE in prima fila per la contraccezione d'emergenza

**Giovanni Fattorini**  
Past President di AGITE

**Il 7 dicembre 2016 è stata trasmessa al Parlamento la Relazione contenente i dati definitivi relativi agli anni 2014 e 2015 sull'attuazione della L. 194/78 che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria della gravidanza (Ivg). La relazione è stata trasmessa con ritardo rispetto agli anni scorsi probabilmente a causa delle recenti vicende politiche che hanno visto la caduta del Governo Renzi e l'insediamento del nuovo Governo e le incertezze che hanno riguardato anche il Ministero della Salute e la conferma dello stesso Ministro. Ogni anno questo è un appuntamento a cui siamo ormai abituati e anche quest'anno eravamo in attesa della sua pubblicazione e di eventuali novità.**

Il trend da un po' di tempo a questa parte ci aveva abituato ad una costante riduzione del fenomeno, dopo anni di equilibrio, con la principale novità costituita dal fatto che pur permanendo più elevato il ricorso all'Ivg da parte delle donne straniere – a carico delle quali si registra il 31,1% delle Ivg sul totale del 2015, con un tasso di abortività nel 2014 (ultimo anno per cui è disponibile la stima della popolazione straniera) del 17,2 per 1000 – questo contributo si è andato da qualche anno stabilizzando, e attualmente sta diminuendo in percentuale, in numero assoluto e come tasso di abortività. Eravamo abituati cioè a un *decalage* progressivo e diciamo la verità ci si poteva aspettare anche un'inversione di tendenza tenuto conto della stasi del mercato degli anticoncezionali, della crisi dei servizi (sempre meno valorizzati al di là delle belle parole) e del permanente e sostanziale disinteresse per politiche efficaci di tutela e promozione della salute sessuale e riproduttiva. La giornata dedicata alla tutela della Fertilità, al di là delle polemiche che l'hanno accompagnata, è stata una iniziativa coraggiosa che noi abbiamo sostenuto, ma che rischia, questo sì, di rimanere un'iniziativa isolata e dal vago sapore propa-

gandistico se non sarà seguita da politiche conseguenti e da un impegno di tutto il governo.

Invece una novità nel vero senso della parola c'è stata. Ma lasciamo parlare la Relazione del Ministro Lorenzin: "Dai dati emerge che nel 2015 il numero di Ivg è inferiore a 90.000, infatti sono state notificate dalle Regioni 87.639 Ivg, con una diminuzione del 9,3% rispetto al dato del 2014, pari a 96.578 (-6.0% rispetto al 2013, quando erano stati registrati 102.760 casi).

Le Ivg cioè si sono più che dimezzate rispetto alle 234.801 del 1983, anno in cui si è riscontrato il valore più alto in Italia, in particolare tra il secondo e terzo trimestre, e questo potrebbe essere almeno in parte collegato alla determina AIFA del 21 aprile 2015 (G.U. n. 105 dell'8 maggio 2015) che elimina, per le maggiorenni, l'obbligo di prescrizione medica dell'Ulipristal acetato (ellaOne), contraccettivo d'emergenza meglio noto come "pillola dei 5 giorni dopo". I dati delle vendite dell'Ulipristal acetato (*ellaOne*) mostrano infatti un incremento significativo nel 2015 rispetto agli anni precedenti (7.796 confezioni nel 2012, 11.915 nel 2013, 16.796 nel 2014 e 83.346 nel 2015).

È noto che non sempre, o meglio quasi mai, è possibile stabilire con certezza una relazione diretta tra l'aumento dell'uso dei contraccettivi e un minor ricorso all'aborto, il caso di molti Paesi del Mondo occidentale sta lì a dimostrarlo, anche se non vale il contrario e cioè un minor impegno della comunità scientifica, delle istituzioni e dell'opinione pubblica dei singoli soggetti sul versante del controllo attivo della fertilità si accompagna in una percentuale molto elevata ad un aumento dell'abortività volontaria.

Ma torniamo alla notizia e cioè alla parziale liberalizzazione della vendita del farmaco nelle farmacie del nostro paese. La vicenda è nota e non varrebbe tornarci sopra se i dati non avessero confermato, al di là di ogni previsione, un possibile rapporto diretto sull'utilizzo della Contraccezione d'Emergenza, e la facilitazione di questo utilizzo, e il calo così vistoso delle Ivg.

Noi di AGITE abbiamo fin da

subito preso molto sul serio questa opportunità e ci siamo schierati, non dopo un intenso dibattito interno, su una linea che, lungi dal banalizzare l'assunzione del farmaco, ha privilegiato il suo più facile utilizzo con la necessità di informare e spiegare le caratteristiche proprie del farmaco, in primo luogo ai colleghi e all'opinione pubblica confusa ancora una volta da una

informazione sensazionalistica e il più delle volte errata. Vorrei ricordare tra tante iniziative quella che ha riguardato la messa a punto di una "scheda prescrittiva" che è servita, prima della liberalizzazione, di ausilio sia al medico – rammentiamo che tra le diverse difficoltà le prime normative prevedevano anche l'effettuazione di un test di gravidanza – sia alla raccolta di

preziosi dati epidemiologici. Ralleghiamoci quindi di questi risultati che dimostrano ancora una volta quanto siano vantaggiosi in termini di risparmio per la spesa sanitaria e soprattutto in termini di salute generale l'esistenza di servizi pubblici dedicati e di medici informati e consapevoli, oltreché di Società Scientifiche che ne supportino culturalmente l'azione. **Y**



**“Le Ivg si sono più che dimezzate rispetto al 1983. Questi risultati dimostrano ancora una volta quanto siano vantaggiosi – in termini di risparmio per la spesa sanitaria e soprattutto in termini di salute generale – l'esistenza di servizi pubblici dedicati e di medici informati e consapevoli, oltreché di Società Scientifiche che ne supportino culturalmente l'azione”**

## I PRINCIPALI DATI DELLA RELAZIONE AL PARLAMENTO SULLA 194

**Nel 2015 aborti in calo del 9,3% e per la prima volta sotto i 90mila. Anche merito pillola dei 5 giorni dopo**

**In totale nel 2015 il numero di Interruzioni volontarie di gravidanza è stato inferiore a 90.000**, infatti sono state notificate dalle Regioni 87.639 Ivg, una diminuzione del 9,3% rispetto al dato del 2014, pari a 96.578 (-6,0% rispetto al 2013, quando erano stati registrati 102.760 casi). Le Ivg cioè si sono più che dimezzate rispetto alle 234.801 del 1983, anno in cui si è riscontrato il valore più alto in Italia. Numeri contenuti nella Relazione trasmessa al Parlamento dal Ministero della Salute con i dati definitivi relativi agli anni 2014 e 2015 sull'attuazione della L. 194/78 che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria della gravidanza. **L'effetto 'pillola dei 5 giorni dopo'**. La Relazione evidenzia come "diminuzioni percentuali particolarmente elevate si osservano in Abruzzo, Molise,

Calabria e Piemonte e in generale nel secondo semestre del 2015. Quest'ultimo aspetto, che merita sicuramente delle maggiori riflessioni e approfondimenti, potrebbe essere almeno in parte collegato alla determina AIFA del 21 aprile 2015 (G.U. n.105 dell'8 maggio 2015), che elimina, per le maggiorenni, l'obbligo di prescrizione medica dell'Ulipristal acetato (ellaOne), contraccettivo d'emergenza meglio noto come "pillola dei 5 giorni dopo". **Tutti gli indicatori confermano il trend in diminuzione:** il tasso di abortività (numero di Ivg per 1000 donne tra 15 e 49 anni), che rappresenta l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza del ricorso all'IVG, è stato 6,6 per 1000 nel 2015 (-8,0% rispetto al 2014 e -61,2% rispetto al 1983), era 7,1 nel 2014. **Il rapporto di abortività** (numero

delle Ivg per 1000 nati vivi) nel 2015 è risultato pari a 185,1 per 1000 con un decremento del 5,7% rispetto al 2014, anno in cui questo valore è stato pari a 196,2 (da considerare che in questi due anni i nati sono diminuiti di 18.666 unità), con un decremento del 51,5% rispetto al 1983 (quando era 381,7). **Rimane elevato il ricorso all'IVG da parte delle donne straniere**, a carico delle quali si registra il 31,1% delle Ivg sul totale del 2015, 33% nel 2014 (rispetto al 7% del 1995): un contributo che è andato inizialmente crescendo e che, dopo un periodo di stabilizzazione, sta diminuendo in percentuale, in numero assoluto e come tasso di abortività. **I tassi di abortività più elevati sono fra donne di età compresa tra i 25 e i 34 anni.** Per quanto riguarda la distribuzione **► Segue a pagina 32**

**92° CONGRESSO NAZIONALE SIGO  
57° CONGRESSO NAZIONALE AOGOI  
24° CONGRESSO NAZIONALE AGUI**

# Obiettivo donna: "Tagliare il traguardo attraverso una buona pratica medica"

**La linea tracciata nella costruzione di questo incontro scientifico - che si rispecchia nel logo del congresso: una donna che taglia un immaginario traguardo - è rappresentata dalla ricerca di un corretto approccio ai problemi della salute attraverso l'utilizzo di una buona pratica medica**

**Q**uest'anno si festeggerà il 125° anniversario della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia, ed il 70° anniversario dell'Associazione Ginecologi Ospedalieri Italiani. Sono due momenti importanti nella storia di queste due compagini illustri della nostra area ed un implicito riconoscimento delle capacità di mantenere entrambe il loro vivifico ruolo portante della ginecologia italiana. L'Associazione Ginecologi Universitari ha una storia più recente ma anch'essa ricca di importanti mete raggiunte.

**Chiaramente il prossimo congresso Sigo-Aogoi-Agui, che si terrà a Roma nell'ottobre 2017, non potrà non risentire di questo "peso" storico importante che lo contraddistinguerà.**

Per questa ragione la linea tracciata nella costruzione di questo incontro scientifico, che si rispecchia nel logo del congresso stesso (una donna che taglia un immaginario traguardo), è rappresentata dalla ricerca di un corretto approccio ai problemi della salute attraverso l'utilizzo di una buona pratica medica. Il nostro indirizzo è di discutere in maniera completa e multidisciplinare la gestione dei casi a basso rischio che, paradossalmente, sono quelli maggiormente ricchi d'incognite e sorprese. Questo non deve meravigliare poiché l'attenzione si è sempre incentrata sulla gestione del caso complesso. Quello di cui non si parla quasi mai è la corretta individuazione del "basso rischio", della sua gestione fino alla risoluzione del problema e della capacità a trattare l'urgenza inaspettata che può comparire anche in questi casi.

In questo spirito abbiamo voluto costruire un programma che fosse, in maniera oggettiva, quello atteso dai soci. Per questa ragione è stato aperto, ormai da oltre tre mesi, un indirizzo mail a cui i soci possono inviare gli argomenti che desiderano vengano trattati durante il loro congresso e finora sono stati inviati due aggiornamenti.



**Roma  
8/11 ottobre 2017**

Ad oggi abbiamo inserito oltre il 95% dei desiderata, ottenendo un programma preliminare realmente condiviso. Nei prossimi mesi saranno inviati ulteriori aggiornamenti per costruire, tutti insieme, il SIGO 2017.

Per quanto attiene al programma, ogni giorno si avranno due argomenti principali che saranno discussi per tutto il tempo disponibile, affrontando, in maniera conseguente, le indicazioni diagnostiche e terapeutiche, i possibili risultati, gli eventi avversi, le regole per gestirli, il rapporto con il paziente in caso di problemi, la difesa nella sfortunata ipotesi di un contenzioso (vedi figura). Vi saranno delle sessioni parallele che affronteranno argomenti molto diversi dai principali, allo scopo di evitare che nello stesso momento vi siano sessioni d'interesse consimile. Inoltre tale bozza di programma sarà inviata anche alle Società Scientifiche che, pur nella loro completa libertà, potranno affrontare argomenti di supporto o diversi da quelli già trattati in ambito congressuale. Chiaramente rimane ampio spazio per altri incontri, sessioni varie, argomenti molto specifici. Speriamo che questo modo "diverso" di affrontare i temi incontri il vostro favore e vi aspettiamo a Roma nel 2017.

**Domenico Arduini  
Marco Bonito**



[sigo@adriacongrex.it](mailto:sigo@adriacongrex.it)

**SIGO2017**

92° Congresso Nazionale SIGO  
57° Congresso Nazionale AOGOI  
24° Congresso Nazionale AGUI



**Obiettivo Donna:**  
la buona pratica  
medica

**Roma | 8/11 ottobre - 2017**

**PRESIDENTI:**  
Domenico Arduini  
Marco Bonito

[www.sigo.it](http://www.sigo.it)



Via Sassonia, 30  
47922 Rimini  
Tel. +39 0541 305811  
[sigo@adriacongrex.it](mailto:sigo@adriacongrex.it)



**"Abbiamo voluto costruire un programma che fosse quello atteso dai soci. Per questa ragione è stato aperto, ormai da oltre tre mesi, un indirizzo mail dedicato che consentirà ai soci di indicare gli argomenti che desiderano vengano trattati nel corso dei lavori congressuali. Ad oggi abbiamo inserito oltre il 95% dei desiderata, ottenendo un programma preliminare realmente condiviso"**

**Brescia, Bergamo e Garda: le Asst chiedono al personale dirigente patrimonio e redditi da pubblicare nella intranet aziendale**

# “Richiesta illecita e inaccettabile”. E l’AOGOI diffida l’Azienda

Come è possibile che una disposizione nata per la trasparenza nei confronti di chi fa politica venga ora applicata *tout court* anche al personale sanitario, con un'incredibile violazione della privacy e con il rischio di possibili ripercussioni, per la propria famiglia o per i risparmi e i beni da parte di 'malintenzionati' nonché da parte di studi legali dichiaratamente nati per la richiesta di risarcimenti a fine di lucro ai medici?

**Giriamo la domanda a Vania Cirese, responsabile dell'Ufficio legale nazionale Aogoi per il Settore penale, che con Nicola Fucci, responsabile per il Settore del lavoro, ha inoltrato diffida a tre aziende ospedaliere su mandato della nostra Associazione a cui è stata richiesta “un'azione comune in tempi brevissimi”**



**A**vvocata Cirese, la richiesta avanzata recentemente dalle Asst di Brescia, Bergamo e Garda a tutto il personale della Dirigenza medica e SPTA di fornire una dichiarazione patrimoniale e reddituale, disponibile nella intranet aziendale, arriva persino a coinvolgere “il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado”. La vicenda, su cui l’Aogoi è intervenuta celermente e con fermezza, invitando e diffidando le aziende, lascia però alquanto perplessi. Ci può fornire un quadro più preciso?

Sicuramente nella richiesta delle Direzioni generali di queste tre aziende si evidenziano gravi criticità, oltre ai profili di sicura illegittimità per la lesione dei diritti fondamentali e tutela della Privacy e alla riservatezza, così come costituzionalmente garantiti. Ciò detto, va precisato che il quadro normativo nel suo insieme non è affatto chiaro. L’applicazione delle nor-

me e disposizioni in materia di “trasparenza” ha sempre destato non pochi problemi, proprio in considerazione delle evidenti conseguenze e rischi per la riservatezza e protezione dei dati personali connessi al crescente e generalizzato obbligo di pubblicazione delle informazioni nel settore pubblico. Oltretutto, è indubbio che la diffusione di questi dati sul web costituisce la forma più ampia e invasiva di divulgazione delle informazioni. Contemperare l’esigenza di rendere trasparente l’azione amministrativa con il diritto alla riservatezza e alla protezione della privacy è molto complicato ma necessario. Occorre tenere in considerazione i rischi per la vita privata e per la dignità delle persone interessate che possono derivare da obblighi di pubblicazione sul web di dati personali non sempre indispensabili a fini di trasparenza. Rischi che emergono ancora di più in considerazione

della delicatezza di alcune informazioni e della loro facile reperibilità grazie ai motori di ricerca. Il recente Dlgs n. 97 del 2016, in vigore dal 23 giugno scorso, ha introdotto significative modifiche proprio in materia di pubblicità, trasparenza e diffusioni delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, integrando e riformando la precedente disciplina (il D.Lgs. n.33 del 2013 e la Legge n.190 del 2012). In particolare la novella del 2016, con i suoi 44 articoli, rafforza la trasparenza amministrativa attraverso, da un lato, l’introduzione di forme diffuse di controllo da parte dei cittadini, dall’altro attraverso misure che consentano una più efficace azione di contrasto alle condotte illecite nelle pubbliche amministrazioni. L’obiettivo del nuovo decreto è di ridurre l’ambito di applicazione degli obblighi e delle misure in materia di trasparenza, preve-

dere misure organizzative per la pubblicazione di alcune informazioni e per la concentrazione e la riduzione degli oneri gravanti in capo alle amministrazioni pubbliche, razionalizzare e precisare gli obblighi di pubblicazione, individuare i soggetti competenti all’irrogazione delle sanzioni per la violazione degli obblighi di trasparenza. Inoltre, viene introdotta una nuova forma di accesso civico ai dati e ai documenti pubblici, traslata dalla *Freedom of information act* di derivazione anglosassone, attraverso cui è consentito a chiunque (indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti) di accedere a tutti i dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, nel rispetto di alcuni limiti tassativamente indicati dalla legge.

**E fin qui nulla da obiettare. L’obiettivo del decreto è la trasparenza delle pubbliche ammi-**

**nistrazioni. Ma cosa c’entrano i medici con tutto questo?**

Il punto ‘critico’ che in questa sede ci interessa è proprio questo ed è contenuto nel comma 1-bis della novella del 2016 che estende l’obbligo di pubblicazione della situazione patrimoniale e reddituale, oltre che ai titolari di incarichi politici, anche ai soggetti titolari di incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, compresi quelli attribuiti discrezionalmente dall’organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione. **Quindi gli obblighi di trasparenza dei dirigenti delle amministrazioni pubbliche verrebbero equiparati a quelli previsti per i titolari di incarichi politici?**

Sì e non è tutto. Questa previsione infatti, oltre ad assimilare condizioni non del tutto equiparabili fra loro, come quelle dei titolari di incarichi dirigenziali e dei titolari di incarichi politici, impone la pubblicazione della propria situazione patrimoniale ad un notevolissimo numero di soggetti: secondo le elaborazioni dell’Aran i dirigenti pubblici ai quali si applicherebbero queste nuove disposizioni sarebbero oltre 140.000, senza contare coniugi e parenti fino al secondo grado! Peraltro, il predetto personale dirigenziale sarebbe assoggettato ad importanti obblighi di trasparenza (e quindi ad un trattamento giuridico limitativo della riservatezza individuale) a prescindere dall’effettivo rischio corruttivo insito nella funzione svolta, così come altri soggetti pubblici risulterebbero invece inespugnabilmente esclusi dai medesimi obblighi pur potendo ricoprire incarichi di analogo rilievo.

**Se la norma fosse applicata tout court si verrebbe a creare una situazione piuttosto complicata e anche un po’ paradossale.**

Sì, senza contare che da questo eventuale ‘automatismo indiscriminato’ deriverebbe una grave violazione del principio di proporzionalità di derivazione europea. Perciò, in questo quadro, è assolutamente necessaria una normativa chiara ai fini di una graduazione degli obblighi di pubblicazione di dati personali sotto il profilo della platea dei soggetti coinvolti, del contenuto degli atti da pubblicare e delle modalità di assolvimento di tali oneri, prevedendo e garantendo, infine, livelli differenziati di trasparenza del personale pubblico,



## IL CORSIVO DI CARLO SBIROLI

# Trasparenza o schiaffo al buonsenso?

**H**o letto l'assurda richiesta degli Spedali Civili di Brescia indirizzata a tutto il personale della Dirigenza Medica: è stato chiesto di presentare le dichiarazioni patrimoniali e reddituali non solo al medico interessato, ma anche "al coniuge non separato e ai parenti entro il secondo grado". La prima reazione è stata d'incomprensione. Per essere più precisi: non ho voluto capire. È come se nel mio vecchio cervello fosse calata improvvisamente una fitta nebbia che m'impediva di avvicinarmi a un mondo oscuro, coloso, difficile da interpretare. Un mondo nel quale si ha la sensazione che il solo accostarsi provochi ricatto, minaccia. E dove l'attuazione di direttive, norme e orpelli vari è condotta da una vecchia e superata burocrazia che agisce con superficialità e con una ingiustificata miopia. Tutto questo rischia di abbattere quel livello minimo di garanzie della privacy che deve essere presente in ogni nazione civile e che dovrebbe essere superata solo in presenza di uno stato di emergenza o, per dirla con Giorgio Agamben, "in stato d'eccezione". E sicuramente questo non ricorre nel caso degli Spedali Civili di Brescia.

In questa storia la cosa che colpisce di più è la richiesta delle dichiarazioni patrimoniali "ai parenti entro il secondo grado", pur in assenza di uno stato di eccezione. Un tale atteggiamento è percepito in modo negativo. Anzitutto perché determina una drastica riduzione (fino all'annullamento) del diritto alla privacy (soprattutto per i parenti che non centrano nulla) e in secondo luogo perché non riveste un ruolo determinante nella lotta alla corruzione e all'imbroglione. Credo invece che in questi casi sia importante che le amministrazioni attuino una sensibilità nuova e più attenta del rispetto della privacy e della riservatezza. È importante che trovino un equilibrio tra il diritto all'acquisizione di dati privati e il diritto-rispetto alla privacy. Questo può essere garantito dalla presenza di maggiore responsabilità e di una maggiore cultura di chi gestisce e applica queste leggi. Se ciò non dovesse accadere, allora si deve ammettere che siamo messi male. E in questi casi non si cerca una spiegazione. Si cerca una guarigione.

tali da modulare la conoscibilità delle informazioni a seconda del ruolo e della carica ricoperta, in modo da evitare interferenze sproporzionate sulla sfera privata degli interessati.

**Quindi, stando alla normativa vigente, la richiesta dell'azienda ospedaliera ha un suo fondamento. E allora come mai questa situazione si è verificata finora solo in pochissimi casi?**

La richiesta dell'azienda non è "accettabile" anche se, come dicevo, il quadro normativo è confuso. In particolare non è chiaro se il generico rinvio operato dal legislatore nel successivo comma 1-bis possa ritenersi sufficiente o meno ad estendere anche ai dirigenti (medici e SPTA) quegli obblighi di pubblicazione della si-

## Chiantera "Questa vicenda ci offre l'opportunità di sollecitare il legislatore a fare chiarezza su una normativa confusa, che potrebbe avere ripercussioni su un'ampia platea di cittadini"

tuazione patrimoniale e reddituale previsti da una normativa riservata specificamente ai soggetti titolari di cariche elettive.

Del resto, la circostanza che il tenore letterale della norma desti non pochi dubbi interpretativi riguardo all'individuazione dei soggetti effettivamente tenuti alle pubblicazioni di cui sopra è ulteriormente comprovato, in primis, proprio dalla mancata applicazione di detto onere per i dirigenti ad opera della maggior parte delle Aziende Sanitarie Locali del Ssn e in secondo luogo, venendo al caso specifico, dalle delibere delle aziende sanitarie che fanno discendere l'obbligo per i dirigenti non direttamente dalla normativa richiamata (il D.Lgs. n. 33/2013), bensì da una generica interpretazione (nemmeno indicata!) dell'Anac, l'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Ma c'è di più! Proprio sul medesimo portale telematico del Anac, nella speciale sezione "FAQ" in materia di trasparenza (per l'applicazione del d.lgs. n.33/2013), l'Autorità specifica che, ai sensi dell'art. 15 del citato d.lgs., "non sussiste un obbligo di pubblicazione dei dati patrimoniali e reddituali dei titolari di incarico dirigenziale, di collaborazione e consulenza".

**Il problema della protezione dei dati personali non è di poco conto. Come mai non è intervenuto il Garante?**

Il Garante per la protezione dei dati personali è intervenuto, con il parere n. 92 del 3 marzo 2016. Anche a parere del Garante è ir-

ragionevole estendere automaticamente gli obblighi di trasparenza e le relative sanzioni a tutti i dati, documenti e informazioni resi pubblici sulla base di obblighi giuridici regolati da specifiche norme di settore, aventi spesso finalità notevolmente diverse.

Anzi, con specifico riferimento agli obblighi di pubblicità dei dati patrimoniali per il personale pubblico (e i relativi coniugi e parenti

entro il secondo grado), l'Autorità suggerisce di disciplinarli con criteri di maggiore proporzionalità, modulando gli obblighi di trasparenza a seconda del ruolo e della carica ricoperta, proprio al fine di evitare che – con la prevista estensione ai dirigenti degli obblighi stabiliti per i titolari di incarichi politici – si determinino ingerenze eccessive nella vita privata di un ambito vastissimo di dipendenti pubblici.

**Veniamo alla diffida inoltrata dall'Aogoi.**

Ovviamente, su sollecitazione di alcuni soci, l'Aogoi è intervenuta immediatamente diffidando le Direzioni generali dal dare attuazione alle delibere contenenti queste richieste. Naturalmente auspichiamo una collaborazione, ma in difetto ci vedremo costretti ad adire la competente Autorità

giudiziaria per il riconoscimento dei diritti alla riservatezza e alla protezione dei dati personali, garantiti peraltro dalla normativa europea.

Non c'è dubbio che non può sussistere un obbligo incondizionato a carico del dirigente sanitario relativamente alla trasmissione delle dichiarazioni concernenti diritti reali su beni immobili e mobili iscritti nei pubblici registri senza il consenso del dirigente interessato o in contrasto con la sua volontà.

**Diffida a parte, questa potrebbe essere una buona occasione per fare chiarezza su una normativa che ha lo scopo nobile di rendere più trasparenti le pubbliche amministrazioni ma che pone molti dubbi interpretativi e che, se non correttamente applicata, potrebbe ledere i diritti di moltissimi cittadini. Che ne pensa?**

Non c'è dubbio che questo sia il rovescio positivo della 'medaglia'. L'obiettivo dell'Aogoi, e del suo Ufficio legale, è quello di essere sempre propositivi. 'Fare rumore', anche se a volte indubbiamente serve anche questo, non basta. Quando ci troviamo di fronte a particolari situazioni 'critiche', cerchiamo naturalmente di affrontarle e possibilmente risolverle in tempi rapidi ma poi, per evitare che si ripetano, le situazioni vanno 'contestualizzate' e risolte 'a monte'.

**Sarà un'altra 'battaglia' dell'Aogoi?**

Senza altro ci impegneremo affinché venga fatta chiarezza in materia, affinché non si ripetano più casi simili. L'Aogoi a breve avrà un incontro con il Garante della Privacy e solleverà il problema della lesione dei diritti fondamentali e tutela della vita privata, garantiti dalla nostra Carta Costituzionale, dalla Convenzione europea e dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Ue nonché dalla disciplina europea in materia di protezione dei dati personali. L'esperienza acquisita in questi anni sul fronte della responsabilità medica, sia a livello italiano, per arrivare ad una legge che restituisca la giusta serenità ai medici e tuteli nel contempo i diritti dei cittadini anche in materia di equo risarcimento, sia a livello europeo, con la creazione del Network di Ostetricia e Ginecologia, per una Direttiva europea che armonizzi prassi e legislazione, ci ha insegnato che non basta lanciare 'grida di allarme' ma che bisogna confrontarsi con le istituzioni di riferimento mettendo sul tavolo delle proposte concrete. **Y**

## Il riconoscimento BEST PRACTICE 2016 di O.N.Da a sette ospedali italiani

Valeria Dubini

**Quest'anno l'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna (ONDa) ha voluto istituire il Concorso "Best Practice" finalizzato prevalentemente alla prevenzione delle malattie cardiometaboliche attraverso percorsi che valorizzino le differenze di genere**

Il concorso Best Practice, che ha coinvolto gli ospedali premiati con i Bollini Rosa, ha l'obiettivo di "contribuire alla promozione di percorsi di prevenzione, diagnosi e cura declinati al femminile che tengano conto delle differenze genere-specifiche". Sono stati **sette gli ospedali italiani** a ricevere il riconoscimento **Best Practice 2016** in quanto riconosciuti "al top della prevenzione, diagnosi e trattamento delle patologie

cardiometaboliche al femminile". Tra questi, l'Ospedale "Piero Palagi" di Firenze, con un progetto mirato a istituire un ambulatorio di follow-up per le patologie che si sono presentate in gravidanza e che possono precondizionare future patologie croniche, con particolare riferimento all'ambito metabolico e cardiovascolare.

► Segue a pagina 33



**La Dott.ssa Elisa Danti (Direzione sanitaria Ospedale Palagi) con il riconoscimento ONDa; a sinistra: la Dott.ssa Valeria Dubini (Direttore SC Attività Ost. Gin. Palagi e Territorio); a destra: la Dott.ssa Dott.ssa Cristiana Baggio (Direttore SC Diabetologia e Malattie Metaboliche)**



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

### TRIPLICE AZIONE

**AZIONE  
BATTERIOSTATICA  
SELETTIVA<sup>(1,4)</sup>**

**AZIONE PROTETTIVA  
E MUCOADESIVA<sup>(2,4)</sup>**

**AZIONE  
ACIDIFICANTE  
DEL PH<sup>(3,4,5)</sup>**

- RIDUCE E PROTEGGE DALLA VAGINOSI BATTERICA<sup>(6)</sup>
- PREVIENE LE RECIDIVE NELLE DONNE AFFETTE DA VAGINOSI BATTERICA<sup>(6)</sup>
- UTILIZZABILE IN GRAVIDANZA<sup>(6)</sup>



DISPOSITIVO MEDICO **CE**

POSOLOGIA<sup>(5)</sup>:

1 ovulo ogni 3 giorni.

Ripetere questo trattamento per 3 cicli complessivi o secondo consiglio del proprio medico.

Iniziare il PRIMO CICLO DI TRATTAMENTO IMMEDIATAMENTE DOPO il trattamento farmacologico.

Giorno 1	Giorno 2	Giorno 3	Giorno 4	Giorno 5	Giorno 6	Giorno 7
						

### Bibliografia

1. Fascicolo tecnico del prodotto – FT01ANNEX 009\_qualification tests-Annex 09.12.2\_microbiol screening 2B13-00042 Effik ovuli. Inibitory activity of vaginal suppository formulations
2. Fascicolo tecnico del prodotto – FT01ANNEX 009\_qualification tests-Annex 09.10 PCL-13-2-FT Final Report. Determination of vaginal permanence in the rat of an ovule formulation over 72 h period
3. Test di valutazione dell'effetto di Polybactum sul pH di soluzioni acquose a pH differenti
4. Ardolino LI et al. Polybactum®, A Selective, Bacteriostatic, Locally Active Vaginal Formulation: Preclinical Evaluation of Tolerability. 2016; <http://dx.doi.org/10.1016/j.curtheres.2016.07.002>
5. Paternoster DM et al. Efficacy of an acidic vaginal gel on vaginal pH and interleukin-6 level in low-risk pregnant women: a double blind, randomised placebo-controlled trial. J Matern Fetal Neonatal Med. 2004;15:198-201.
6. Fascicolo tecnico del prodotto – FT01ANNEX 013\_Labeling



QUINTA EDIZIONE DEL LIBRO BIANCO SULLA SALUTE DELLA DONNA

## Dalla salute al welfare al femminile



Osservatorio nazionale sulla salute della donna



FARMINDUSTRIA



Osservatorio nazionale sulla salute della donna

### LA SALUTE DELLA DONNA

Dalla salute al welfare al femminile

Libro bianco 2016



FrancoAngeli

Dal 2007 l'Osservatorio Nazionale sulla salute della donna pubblica, con ricorrenza biennale, grazie al supporto di Farmindustria, il Libro bianco sulla salute delle donne italiane. Questa quinta edizione, realizzata nell'anno del decennale dell'Osservatorio, presenta un'impostazione rinnovata rispetto alle precedenti per dare spazi di approfondimento alle patologie e alle tematiche di genere contemplate dal primo Manifesto sulla salute della donna presentato in Expo 2015 da Onda, in qualità di partner della Società civile. Gli argomenti sono molti e spaziano dalla sicurezza dei punti nascita, alla tutela della fertilità, dalla prevenzione cardiovascolare declinata al femminile alla depressione nei cicli vitali della donna, dallo stato dell'arte della ricerca oncologica in rosa alle problematiche associate a sovrappeso e obesità femminili, dal dolore cronico all'impatto delle malattie autoimmuni reumatiche sull'essere "donna", dalle demenze alla fragilità della donna anziana e alla violenza di genere. Altra novità è l'introduzione di un tema molto attuale, delicato e complesso, il welfare al femminile, in considerazione dell'impatto delle strategie di conciliazione non solo sulla produttività aziendale, ma anche sulla salute e sulla qualità della vita delle lavoratrici. Come approfondimento sono presentati i risultati di un'indagine conoscitiva realizzata da Onda, in cui è stato arruolato un campione di 800 donne di età compresa tra 18 e 64 anni, per esplorare come è cambiato il rapporto delle donne italiane con la propria salute negli ultimi dieci anni. A chiusura del Libro bianco, un contributo a firma dell'Agenzia Italiana del Farmaco offre preziosi spunti di riflessione sulla necessità di impegnare maggiori risorse nella farmacologia di genere a garanzia di una medicina sempre più fondata sulla centralità del paziente e sulla personalizzazione delle terapie. **Il volume si articola in quattro parti: La popolazione femminile, Salute delle donne e patologie di genere, Il welfare per le donne, Assistenza sanitario-assistenziale "a misura di donna". Alle pagine seguenti ve ne proponiamo un'ampia sintesi.**

## PREMESSA

## O.N.Da: quinto report sulla salute femminile Dieci anni di attenzione alla salute della donna

**Francesca Merzagora**

Presidente O.N.Da

Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna

**L**a quinta edizione del Libro bianco che ormai tradizionalmente fotografa lo stato di salute delle donne italiane, grazie al contributo di Farmindustria, viene quest'anno realizzato in concomitanza del decennale di Onda, Osservatorio costituito nel 2006 con l'intento di unire le forze e le competenze per promuovere in Italia la Medicina di genere e richiamare l'attenzione delle Istituzioni, del mondo scientifico-accademico e sanitario-assistenziale nonché della popolazione, sulla salute della donna. Una sfida intrapresa con idee e con slancio convinti che si potesse dare un contributo per modificare l'impostazione androcentrica della medicina che, fin dalle sue origini, relegava gli interessi per la salute femminile ai soli aspetti correlati alla riproduzione. Gli studi condotti in ambito clinico e farmacologico sono sempre stati, infatti, compiuti quasi esclusivamente sugli uomini, adattando poi i risultati alla donna, senza valutare che la biologia femminile può influenzare, talvolta in modo determinante, lo sviluppo e la progressione delle malattie. E questo malgrado le donne vivano più a lungo degli uomini, si ammalino di più e consumino più farmaci.

Sappiamo che i primi passi verso la Medicina di genere sono stati compiuti a partire dagli anni Novanta e da allora è stato avviato un numero sempre maggiore di studi dai quali sono emerse differenze significative tra donne e uomini, in particolare per il sistema cardiovascolare, nervoso e immunitario oltreché endocrinologico.

La letteratura scientifica, per esempio, riporta che le donne con infarto del miocardio vengono sottoposte a trattamento in ritardo rispetto agli uomini. Sono stati condotti molti studi in proposito, per comprendere le differenze biologiche e socio-culturali. Se è pur vero che a tutt'oggi permane una scarsa conoscenza del rischio, l'esperienza clinica evidenzia che le donne spesso lamentano sintomi atipici rispetto agli uomini, rendendo probabilmente molto più difficile l'interpretazione diagnostica delle manifestazioni con conseguente ritardo nell'accesso alle cure necessarie.

Le malattie autoimmuni, per fare un altro esempio, risultano molto più frequenti nelle donne: si pensi all'artrite reumatoide, al lupus eritematoso sistemico o alla sclerodermia.

In campo oncologico, alcune patologie considerate un tempo pressoché di esclusivo appannaggio maschile, colpiscono sempre più anche le donne anche per l'assunzione di stili di vita non corretti (per esempio, il fumo di sigaretta): incidenza e mortalità del tumore polmonare sono così aumentate anche nelle donne da diventare, in alcuni Paesi del mondo, la principale causa di morte per cancro femminile, superando addirittura il tumore della mammella.

A distanza di dieci anni, qualche passo avanti è stato compiuto: dall'istituzione nel 2012 della prima – e a oggi unica – Cattedra di Medicina di genere a Padova, alle molteplici Mozioni approvate in Parlamento sulle principali tematiche di salute femminili, all'istituzione della prima giornata nazionale dedicata alla salute della donna il 22 aprile 2016 da parte del Ministro Lorenzin, alla recentissima proposta di legge a firma dell'On. Paola Boldrini (maggio 2016) mirata a promuovere la Medicina di genere a tutti i livelli, dal Patto per la salute, alla formazione fino alla cura.

Una riflessione sull'importanza della salute della donna può derivare anche dall'analisi dei risultati di una recente indagine conoscitiva condotta in occasione del decennale di Onda, su un campione di 800 donne italiane per sondare come si evoluto nel tempo il loro rapporto con la propria salute. I dati sono interessanti: per l'80% del campione la salute rimane la priorità nel corso della vita strettamente legata ai comportamenti messi in atto per tutelarla, ma solo il 46% è soddisfatto di come riesce a gestirla e il 67% vorrebbe poter fare di più. Le donne curano la propria alimentazione (57%) e quasi la metà pratica regolarmente attività fisica (47%). Il livello di soddisfazione percepito risulta però inferiore a dieci anni fa e le patologie che impattano maggiormente sono legate alla salute mentale (ansia, depressione, psicosi).

Il passo avanti compiuto nei confronti del tumore al seno ove, grazie anche a figure come Umberto Veronesi, timori e paure sono stati superati grazie al superamento dello stigma e a un avvicinamento delle pazienti alle cure, deve essere ora compiuto nei confronti della salute mentale, destinata secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, a diventare entro il 2030 la principale malattia cronica. E sappiamo quanto le donne ne siano coinvolte, basti pensare,



## INTRODUZIONE

## Il nostro contributo nella progettazione del futuro in rosa

**Massimo Scaccabarozzi**

Presidente Farmindustria

**L**o decennale di Onda, con la quinta edizione del suo Libro bianco, è un'occasione preziosa per una realtà come Farmindustria, da anni impegnata nel far conoscere sempre meglio, con iniziative ad hoc, l'importanza della Medicina di genere e nel dialogare costruttivamente con le Autorità competenti, perché le procedure siano rese in tempi brevi più efficienti.

Un lavoro di squadra fatto insieme a Onda e a tutti gli attori del sistema, che ha contribuito a portare a una più chiara coscienza delle specificità della salute femminile e delle problematiche a essa connesse.

I progressi di quest'ultimo decennio nelle conoscenze medico-scientifiche sulla salute della donna devono però concretizzarsi nelle politiche e nelle pratiche socio-sanitarie.

Nessuno meglio delle imprese del farmaco comprende i tempi e le dinamiche delle scoperte scientifiche e del loro impatto sulla società. Proprio per questo hanno la "carica" necessaria per dare un contributo nella progettazione del futuro in rosa.

Sfogliando i capitoli del Libro bianco salta agli occhi che la salute delle donne è interconnessa a tutti gli ambiti del sistema sociale. Un concetto che in un paese moderno come il nostro non bisogna stancarsi di ribadire, tenendo alta l'attenzione degli attori coinvolti.

In questo denso e ricchissimo studio emergono le caratteristiche del mondo femminile ben presenti a chi si occupa di salute per vocazione personale e industriale.

Il successo delle donne è parte del successo dell'industria farmaceutica nel cambiare in meglio la vita di milioni di persone.

Nelle nostre imprese sono tante e con ruoli di massima responsabilità (capi azienda, direttori, dirigenti). Proprio per questo sono molti i servizi di welfare aziendale su misura, che favoriscono il bilanciamento tra sfera personale e carriera.

Siamo un microcosmo che riflette quello che una società può fare per dare la dovuta attenzione alle necessità mediche, sociali e professionali.

A dieci anni dall'inizio di questo percorso, Farmindustria è qui, con le amiche e gli amici di Onda, perché il lavoro sinora svolto, punto di riferimento autorevolissimo per tutti i protagonisti del Sistema-paese, sia ancora più efficace per il vero progresso della società e per il benessere delle donne. **Y**



per esempio, all'incidenza più che doppia della depressione (rispetto agli uomini) nei principali cicli vitali femminili.

La donna è al centro dell'attenzione di Onda sia come "malata", perché vivendo a lungo si ammalata e necessita più cure, sia perché è lei prevalentemente a ricoprire il ruolo di *caregiver*: attenta e scrupolosa nel processo di cura e assistenza degli altri in molti casi – come abbiamo verificato nei nostri studi – trascura la propria salute.

La donna è anche colei che usufruisce maggiormente del Servizio Sanitario Nazionale in termini di giornate di degenza in ospedale: l'idea intuitiva di Alberto Costa di premiare le realtà più virtuose segnalando all'opinione pubblica per consentire una scelta più consapevole del luogo dove farsi curare, si è concretizzata anni fa nei Bollini Rosa ([www.bollinirosa.it](http://www.bollinirosa.it)), un circuito di ospedali italiani particolarmente attenti sotto il profilo della cura e dell'assistenza all'utenza rosa. Un network di 250 ospedali che, in occasione di giornate dedicate a talune patologie di interesse femminile, organizzano con il nostro supporto Open day, offrendo alle donne servizi gratuiti clinico-diagnostici e informativi. L'obiettivo è avvicinare la popolazione femminile alle cure nonché sensibilizzarla sulle patologie di maggior impatto clinico ed epidemiologico.

Il futuro prossimo di Onda è già scritto: la popolazione italiana invecchia, le donne vivono più anni rispetto agli uomini e la presa in carico degli anziani in una società ove la struttura familiare si è profondamente modificata (figli che lavorano più a lungo prima di poter arrivare alla pensione o che sono all'estero) è un tema complesso. L'assistenza domiciliare con l'ausilio delle badanti è la soluzione scelta da molte famiglie, ma gli anziani sono sempre più spesso ricoverati in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) di lungo degenza, di cui oltre il 75% degli ospiti è di sesso femminile.

Analogamente ai Bollini Rosa agli ospedali, Onda ha intrapreso per la popolazione anziana il percorso di riconoscimento e segnalazione alle famiglie delle strutture con caratteristiche (di accoglienza, calore, rispetto e tolleranza oltre che adeguate sotto il profilo clinico, terapeutico, riabilitativo e socio-relazionale) indispensabili per inserire

un proprio caro al loro interno. I Bollini RosaArgento ([www.bollini-rosargento.it](http://www.bollini-rosargento.it)), patrocinati dalle Società scientifiche di riferimento in ambito geriatrico, connoteranno dunque le RSA virtuose, orientando nella scelta del luogo di ricovero di un proprio caro. Onda avvierà al loro interno e con la loro collaborazione, attività di formazione e orientamento alle famiglie in un processo di crescita per la tutela della vita dell'anziano ricoverato.

Questa edizione del Libro bianco viene pubblicata nell'anno del decennale di Onda e segue l'esperienza di EXPO 2015, in cui si è concretizzata la partnership dell'Osservatorio come Società civile e dove è stato presentato il primo Manifesto sulla salute della donna (allegato in appendice).

Per questo motivo la struttura del volume di quest'anno è stata modificata rispetto all'impostazione di tradizione ormai consolidata: abbiamo previsto una prima parte con una sezione dedicata alla popolazione femminile (struttura demografica, fertilità, speranza di vita, mortalità), una dedicata ai servizi sanitari (ospedalizzazione, uso di farmaci, screening oncologici) e una legata ai fattori di rischio e agli stili di vita (fumo, consumo di alcol, sovrappeso e obesità, attività fisica).

Le patologie e tematiche di genere che vengono analizzate nella seconda parte del Libro riflettono l'impostazione del Manifesto sulla salute della donna e comprendono: punti nascita, salute sessuale e riproduttiva, prevenzione cardiovascolare, depressione, oncologia, sovrappeso e obesità, dolore cronico, malattie reumatiche auto-immuni, demenze, tutela della donna anziana e violenza di genere.

Quest'anno, inoltre, a seguito dell'incontro organizzato da Farindustria "Le Donne per la Farmaceutica, la Farmaceutica per le Donne", si è deciso di inserire nel volume uno spazio dedicato al welfare femminile: sappiamo del resto quanto le relazioni industriali, se improntate nel segno della responsabilità sociale, migliorino non solo la produttività aziendale, ma anche la qualità della vita delle lavoratrici. Temi quali le politiche di conciliazione, il welfare contrattuale, le pensioni e i loro riflessi sulla salute femminile, nonché un'analisi del welfare aziendale in particolare nel settore farmaceutico, dove vi sono molte donne in posizioni apicali e dove vige una grande attenzione alle lavoratrici, arricchiscono il volume, offrendo nuovi spunti di interesse e riflessione.

Desidero ringraziare per la realizzazione del Libro, Farindustria, tutti coloro che hanno scritto un contributo, coloro che lavorano nei Bollini Rosa e in altre realtà a fianco di Onda per la promozione della salute della donna, che riteniamo ancora un valore importante a cui riservare molte energie in futuro. **Y**



## INTRODUZIONE

# Puntare le luci sull'intero arco della vita di una donna, a partire dalla ricerca biomedica per arrivare ai farmaci innovativi

**Emilia Grazia De Biasi**

Presidente, Commissione Igiene e Sanità, Senato della Repubblica

**A** che punto è la salute delle donne nel nostro Paese? Una prima risposta proviene da questo volume e ci consente di svolgere qualche considerazione sui cambiamenti nel rapporto fra donne e salute, un piccolo bilancio sulla Medicina di genere e non solo.

In questi anni sono cambiate molte cose, le donne sono diventate più consapevoli di loro stesse, la loro presenza nel mondo del lavoro è divenuta sempre di più strutturale, eppure Istituzioni, politica e società non hanno sempre accolto il grande valore della libertà femminile. Ci siamo ribellate all'idea che la nostra salute fosse prevalentemente quella legata alla riproduzione, ma oggi siamo costrette a ritornare con forza alla difesa proprio di quella salute che per lungo tempo avevamo considerato una sorta di confinamento identitario da consegnare alla sfera dei diritti acquisiti. Non vi è dubbio che molte conquiste siano messe in discussione da leggi o da mancate applicazioni di leggi: la "194" – la legge sull'interruzione volontaria di gravidanza – con l'alto numero di obiettori di coscienza, l'assenza di politiche per la prevenzione (Papilloma virus, per esempio!), il persistente rifiuto – tutto italiano – di momenti di informazione e di educazione dei ragazzi e delle ragazze alla consapevolezza della propria sessualità, i consultori divenuti servizi deboli con scarsi profili professionali. E ancora: la Legge 40, abbattuta pezzo per pezzo dalle sentenze della Corte Costituzionale, tutta da riscrivere, la cui riforma è oggi all'attenzione della Commissione

del Senato che ho l'onore di presiedere: avrebbe dovuto occuparsi della sterilità ed è invece diventata una massa di divieti a una parte dei quali rispondono le recenti Linee Guida del Ministero della Salute. Credo, perciò, che oggi si imponga un vero e proprio progetto obiettivo sulla salute riproduttiva, che comprenda l'intero arco della vita riproduttiva delle donne, dall'adolescenza fino alla menopausa, e che sappia parlare di corpo e di mente (basti pensare alla depressione post partum), che abbia al centro la libertà e la responsabilità delle donne nella scelta della maternità e che diventi un capitolo importante nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza di prossima approvazione. Non tutto si può risolvere in una dimensione salutistica, poiché gli ostacoli sociali ed economici alla maternità e alla genitorialità in generale sono ancora molto forti e vanno messe a punto politiche efficaci nel lavoro, per i congedi parentali, per la casa, per la rete di servizi sociali ed educativi, a partire dai nidi, che siano in grado di favorire la scelta di genitorialità, politiche che sappiano intrecciarsi con quelle della salute riproduttiva. Ma, e questo è il punto, tutto ruota attorno al corpo delle donne, e mi viene da dire che forse avremmo bisogno di puntare le luci sull'intero arco della vita di una donna, a partire dalla ricerca biomedica per arrivare ai farmaci innovativi e alla farmacopea di genere, che ha fatto negli ultimi tempi enormi passi in avanti: finalmente si riconosce che uomini e donne sono differenti, che hanno differenti reazioni ai farmaci e che dunque è possibile curare in modo meno invasivo.

Il nostro corpo è uno e cambia col passare degli anni: è troppo chiedere che sia la medicina ad adeguarsi a questi cambiamenti? È troppo pretendere di rompere stereotipi antichi e dannosi e cominciare a pensare che ogni fase della vita di una donna richiede una nuova attenzione, ugualmente improntata alla dignità della persona? Non è arrivato il momento di affermare il diritto alla salute dalla nascita fino alla fine della vita? È un appello che rivolgo al mondo della ricerca, della medicina, delle imprese, ma anche alle Istituzioni nazionali e regionali e alla politica, se non vogliamo che

quest'ultima venga ancora una volta superata da una società più consapevole. L'indifferenza è un male grande, superato solo dalla mancanza di azioni concrete: mi riferisco alla violenza contro le donne, alla barbarie planetaria che anche in casa nostra miete vittime quotidiane e a quanto sia importante agire più che parlare, prevenire – con uno sforzo culturale immane ma non impossibile – con servizi e punti di riferimento che non lascino le donne in solitudine e angoscia. C'è ancora molto, moltissimo da fare, ma è questione di civiltà. Infine fra le bellissime imprese di Onda, a cui deve andare il ringraziamento di tutte noi, vorrei citare i mitici Bollini Rosa. Convincere le impermeabili strutture ospedaliere ad aprirsi alla salute delle donne non deve essere stato facile, ma i risultati sono notevoli e parlano di impegno civile, di tenacia, di speranza.

Francesca Merzagora e tutto lo staff di Onda sono un bell'esempio di cosa significhi mettere in relazione scienza, Istituzioni e società al servizio del bene prezioso della salute, che anche grazie a loro, oggi parla anche con voce di donna. **Y**



## INTRODUZIONE

## Una Medicina di genere per un'etica della cura diffusa e condivisa

**Vanna Iori**

Professore ordinario di Pedagogia presso Università Cattolica di Milano  
Deputata, Commissione Giustizia e Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza

In occasione del decennale di Onda, Osservatorio nazionale sulla salute della donna, che tanto ha contribuito a promuovere in Italia la Medicina di genere, sono onorata di poter offrire un piccolo apporto di riflessioni finalizzato a valorizzare la differenza biologica, e quindi terapeutica, del corpo femminile all'interno di una tradizione medica androcentrica. Vorrei basare queste riflessioni sul concetto a mio avviso sempre decisivo dell'"essere un corpo", e un corpo sessuato. Il che risulta significativo non solo per gli organi riproduttivi, nei quali la medicina tradizionale ha ravvisato la sola specificità e differenza femminile, ma per tutta la dimensione corporea, per ogni malattia, per le terapie e per i vissuti stessi della salute e della malattia.

La necessità di una riflessione sul corpo femminile e sulle sue patologie, in considerazione del nostro "essere un corpo sessuato", risulta scarsamente rilevante nella formazione medica tradizionale, fortemente improntata a una visione androcentrica. Il corpo femminile è continuamente ricondotto, da un lato, alla sessualità, dall'altro alla procreazione. Ma nel complesso intreccio di vissuti deter-

minati dalla nascita, quel corpo che si trasforma per accogliere una vita e i mesi trascorsi nel grembo di una donna sono un'esperienza originaria di cui rimane l'impronta per tutta la vita. Poiché il corpo femminile a generare la vita, da sempre nella nascita si esprimono quelle competenze "di genere" che hanno alimentato la profonda sapienza accuditiva e di cura da cui gli uomini si sono tradizionalmente estraniati.

Negli ultimi anni il padre è entrato, con imbarazzo e timore, nella sala parto e accompagna la madre nei percorsi di preparazione al parto, a conferma delle trasformazioni in atto nella percezione dell'esperienza generativa come esperienza che non riguarda più solo la donna, ma coinvolge anche gli uomini.

Le differenze tra i percorsi di genere e il coinvolgimento corporeo così radicalmente diverso rendono tuttavia questa esperienza, anche quando condivisa, profondamente differente per i padri e per le madri. Se la generatività è duale, la nascita avviene da un corpo di donna e sono quindi diversi i modi e i tempi della paternità e della maternità. Le donne ricevono segnali biologici e orientamenti educativi che da sempre indicano la ma-

ternità come una possibile predestinazione (assunta o respinta che sia); negli uomini, al contrario, l'idea di virilità si costruisce al di fuori di quella di paternità. Inoltre le donne custodiscono un dialogo con il figlio già durante i mesi della gestazione, mentre per i padri l'assunzione del ruolo genitoriale si costruisce molto più tardivamente. Quando la donna-madre "annuncia" al proprio partner il suo stato, da quel momento ha inizio, per il padre, un lento accesso alla genitorialità, vissuto tuttavia nell'originaria estraneità corporea, oltre che psicologica e culturale.

Gli uomini, per quanto partecipi, diventano padri soltanto quando tengono tra le braccia il loro figlio. E talvolta neppure allora. L'elaborazione della paternità resta per lungo tempo più razionale che emotiva. La partecipazione al momento della nascita e la presenza in sala parto non sempre poi si traduce in una condivisione di cura educativa.

Il cambiamento in atto nei ruoli di coppia ha trasformato anche l'identità maschile e induce un numero crescente di padri a sottrarsi agli stereotipi della virilità tradizionale, basata sulla forza e sulla durezza. La tradizionale "assenza" educativa paterna si sta lentamente trasformando in una consapevolezza del ruolo formativo maschile, anche se questo richiede di inventare nuovi modelli di virilità e di paternità comprendenti anche la tenerezza.

Le madri rappresentano il fulcro delle relazioni di cura assumendo una funzione molto più vasta di quella biologica: riprodurre l'umanità, ovvero mettere al mondo il mondo o, come afferma Edith Stein, "proteggere, custodire e portare al suo sviluppo l'umanità vera". Pur tra mille difficoltà nel sottrarsi agli stereotipi



imposti ai rispettivi ruoli e all'originaria asimmetria, i nuovi padri e le nuove madri stanno oggi costruendo percorsi di maggiore reciprocità e simmetria relazionale e comunicativa.

Aver cura della vita è un'attitudine che si concretizza nella premura verso i figli e nella maggiore propensione a condividere le pratiche di cura (preoccupazione, responsabilità, sollecitudine, attenzione, oltre che accudimento).

Riconoscere il valore di questa cultura della cura significa costruire, attorno alla nascita, una cultura di cui non sono depositarie soltanto le madri (nella funzione riproduttiva), ma anche i padri in quanto, nella cura dei figli, si creano i presupposti per custodire e affermare l'etica della cura.

Per favorire la crescente umanizzazione del mettere al mondo e del crescere i figli, l'incontro tra scienze mediche e saperi della cura consente di ripensare la durezza di un sapere medico che si affida alle tecniche e diffondere un'etica della cura condivisa dove prendersi cura dei figli non sia disgiunto dall'etica della responsabilità diffusa in senso sociale e civile. **Y**

## SINTESI

## PARTE PRIMA

## La popolazione femminile italiana

■ I principali dati epidemiologici e i determinanti di salute relativi alla popolazione femminile tratti dai dati dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane (Rapporto Osservasalute 2015)

**Le donne sono ancora in vantaggio rispetto agli uomini in termini di longevità:** la speranza di vita alla nascita è di 85.0 per le donne rispetto a 80.3 anni per gli uomini. Anche se negli anni più recenti si è registrato un incremento più favorevole per gli uomini, il vantaggio femminile rimane ancora significativo, passando da 5 anni di distanza nel 2010 a 4.7 nel 2014. Considerando la popolazione ultra-65enne si rileva, all'aumentare dell'età, un incremento percentuale della componente femminile sul totale che raggiunge il 68.9% nel segmento di popolazione oltre gli 85 anni.

**Le malattie cerebro-vascolari e ischemiche del cuore rappresentano le prime cause di morte** nella popolazione femminile mentre il cancro al seno si conferma la prima causa di morte oncologica, seguito dal tumore del colon retto.

Dall'analisi dei determinanti di salute emerge un maggior consumo di alcol e uso di tabacco presso la popolazione maschile senza differenze significative rispetto

alla precedente rilevazione del 2013. Seppur gli uomini si dichiarino più attivi fisicamente (il 27.1% pratica sport con continuità contro il 7% delle donne), la prevalenza di sovrappeso e obesità risulta maggiore presso la popolazione maschile.

**Per il genere femminile i ricoveri ospedalieri** si concentrano nella fascia di età tra i 30 e i 40 anni, fenomeno ragionevolmente imputabile al parto, e per età maggiore di 85 anni, quale conseguenza della maggior longevità delle donne (dati SDO 2014).

**Per quanto riguarda l'uso di farmaci**, differenze di genere sono evidenziabili nella fascia di età tra i 15 e i 64 anni, in cui le donne mostrano una prevalenza media d'uso dei medicinali superiore a quella degli uomini, con una differenza assoluta del 10% (Rapporto Osmed 2015). **Y**



## PREFAZIONE

## Siamo solo all'inizio del processo di inclusione della Medicina di genere in tutte le branche mediche

**Walter Ricciardi**

Presidente Istituto Superiore di Sanità

**L**a dimensione di "genere" in salute è uno dei parametri basilari e assolutamente non trascurabili nell'ambito dell'attività clinica e della programmazione e organizzazione dell'offerta sanitaria di ogni Paese.

Infatti, per garantire a ogni individuo, maschio o femmina, la tutela del proprio benessere e il migliore approccio clinico, diagnostico e terapeutico, non si può prescindere dal considerare il genere come fattore determinante.

È per questo che l'Osservatorio nazionale sulla salute della donna ha posto al centro della propria mission il riconoscimento della Medicina di genere e la tutela della salute femminile.

Con il riconoscimento di questa nuova disciplina medica, lo studio sulla salute della donna non sarà più circoscritto alle sole patologie esclusivamente femminili che colpiscono mammella, utero e ovaie, ma rientrerà nell'ambito della Medicina genere-specifica che, paralle-

lamente al fattore età, tenga conto che il bambino non è un piccolo adulto, che la donna non è un sosia dell'uomo e che l'anziano ha caratteristiche mediche ancora più peculiari.

Solo procedendo in questa direzione sarà possibile garantire a tutti l'appropriatezza terapeutica e, quindi, la personalizzazione delle terapie, con conseguente vera centralità del paziente.

La Medicina di genere è, oggi, un argomento molto dibattuto su cui si confrontano non solo le Società Scientifiche, ma più in generale tutte le Istituzioni che hanno come obiettivo la promozione della salute, in tutti i suoi vari aspetti, secondo le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. In Italia tutti i principali Enti istituzionali, quali il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità, l'Agenzia Italiana del Farmaco e l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, dedicano al riconoscimento scientifico dell'importanza del genere vari Progetti di ricerca per cercare di giungere a una ottimizzazione delle cure in un'ottica di equità.

Grazie all'attenzione posta a questa importante tematica si sta assistendo, in questi ultimi anni, a un cambiamento riguardo sia il non relegare gli interessi per la salute femminile ai soli aspetti specifici correlati alla riproduzione, ma anche il porre un'attenzione particolare a diverse patologie un tempo ritenute tipicamente maschili e l'inserimento delle donne, in

modo paritetico, in molte sperimentazioni cliniche di farmaci e dispositivi medici.

Questi "cambiamenti" sono, però, da considerarsi solamente un inizio del processo di identificazione e inclusione della Medicina di genere in tutte le branche mediche.

L'inclusione del determinante genere nella pratica sanitaria prevede altresì una ridefinizione dei percorsi, nonché dei processi formativi, che influenzeranno l'organizzazione e la programmazione di tutta la rete dell'offerta sanitaria.

L'auspicio è che la Medicina genere-spe-

cifica raggiunga in tempi brevi quel riconoscimento scientifico tale da essere inclusa nell'ambito del "sapere medico" e che le conoscenze riguardanti le diversità evidenziate nei percorsi preventivi, diagnostici, terapeutici e assistenziali tra uomini e donne vengano incluse nelle Linee Guida per garantire processi di cura personalizzati e metodologicamente corretti. **Y**



## PARTE SECONDA

## Salute delle donne e patologie di genere

### Punti nascita: obiettivo sicurezza per la donna e il neonato

a cura di: R. Zanini, N. Orthmann

■ **Si stima che circa il 10% dei parti avvenga ancora in luoghi considerati non sicuri**, impreparati alle emergenze. L'obiettivo cui puntare è quello di creare una rete nazionale di punti nascita sicuri in cui il volume di attività risulti non inferiore ai 500 parti/anno, valore minimo considerato a "garanzia" di sufficiente esperienza e adeguata organizzazione. Altro requisito indispensabile è la copertura H24 di ginecologo, ostetrica, anestesista e neonatologo/pediatra. Un percorso nascita sicuro necessita dunque di requisiti strutturali e organizzativi minimi che, pur non potendo azzerare completamente i rischi intrinsecamente correlati alla gestazione e al parto, offrano alla donna e al suo bambino la massima garanzia possibile di sicurezza.

Secondo gli ultimi dati delle Schede di dimissioni ospedaliere (2014), le strutture in cui si registra un volume di attività inferiore ai 500 parti l'anno rappresentano circa

il 28.1% (nel 2010 erano pari al 28.9%) e in base ai dati registrati nell'ultimo Rapporto CeDAP, delle 128 TIN presenti nei 526 punti nascita rilevati, soltanto 107 si trovano in punti nascita con un volume di parti annui >1.000.

### Salute sessuale e riproduttiva: verso il Piano nazionale per la fertilità

a cura di: R. Nappi

■ **Lo scenario italiano, caratterizzato da una forte deflessione delle nascite** (il tasso di fecondità totale è pari a 1.39 figli per donna) e dal progressivo innalzamento dell'età materna alla prima gravidanza (che si è spostata dai 23/25 anni del 1970 agli attuali 31.4), impone di intervenire rapidamente per avviare un rinnovamento culturale in tema di procreazione che, fondato sul valore individuale e sociale della maternità, promuova un momento riproduttivo consapevole e nelle migliori condizioni biologiche e psicologiche possibili. Con l'obiettivo di sviluppare strategie intersettoriali e interistituzionali a sostegno della genitorialità e di promuovere politiche sanitarie ed educative per la tutela della fertilità, il Ministero della Salute ha presentato il Piano nazionale per la fertilità elaborato sulla base del lavoro del "Tavolo consultivo in materia di tutela e conoscenza della fertilità e prevenzione delle cause di infertilità". Nell'ambito delle attività sanitario-assistenziali, il Piano contempla anche l'aspetto della tutela e della

conservazione della fertilità nei pazienti oncologici prevedendo, presso un numero geograficamente equilibrato di Unità Organizzative di Medicina e Chirurgia della fertilità, la collocazione di Centri di Oncofertilità.

### Prevenzione cardiovascolare al femminile

a cura di: M. Penco, S. Gallina, V. Bucciarelli, S. Maffei

■ **È ormai accertato che le malattie cardiovascolari (MCV) non sono più un problema esclusivamente del genere maschile**, ma costituiscono la principale causa di mortalità e disabilità nella popolazione femminile di età superiore ai 50 anni. Nel genere femminile le MCV hanno un esordio posticipato di circa 10-15 anni rispetto a quanto accade negli uomini, poiché gli estrogeni ovarici, prodotti nel corso della vita fertile, svolgono un'azione protettiva sull'apparato cardiovascolare.

Ai fattori di rischio "tradizionali" per MCV (ipertensione arteriosa, tabagismo, diabete mellito, sovrappeso, familiarità per cardiopatie, età) si sono via via aggiunti altri fattori di rischio, definiti "emergenti", specifici per il genere femminile tra cui troviamo sia patologie più frequenti nelle donne come disordini trombofilici e malattie autoimmuni, sia condizioni propriamente femminili quali sindrome dell'ovaio policistico, complicanze del periodo gravidico e menopausa.

Oltre a sensibilizzare la popolazione femminile su questi

► **Segue a pagina 24**

► **Segue da pagina 23**

aspetti, è di fondamentale importanza diffondere nella comunità scientifica le armi conoscitive per assicurare a queste pazienti precocità di diagnosi e adeguata stratificazione del rischio, appropriatezza degli interventi terapeutici invasivi e farmacologici, maggiore accesso ai programmi di riabilitazione cardiovascolare e, soprattutto, maggiore coinvolgimento nei trial clinici.

## Depressione nei cicli vitali della donna

a cura di: C. Mencacci, GC. Cerveri

■ **Il 30% di tutte le patologie femminili riguarda l'area della salute mentale** (malattie psichiatriche e neurologiche). Protagonista in questo scenario è la depressione maggiore che colpisce le donne da due a tre volte più degli uomini, dall'adolescenza all'età adulta e che spesso si accompagna ad altri disturbi psichici tipicamente declinati al femminile, come ansia, disturbi del sonno e del comportamento alimentare. Oltre ad avere un'umentata possibilità di ammalarsi nel corso della vita e a riferire, rispetto agli uomini, un maggior numero di sintomi, le donne presentano una maggiore durata degli episodi.

Le origini della depressione femminile sono complesse e certamente multifattoriali; al di là di una componente genetica, tra i diversi fattori causali viene riconosciuto, come noto, il ruolo degli ormoni femminili. Gli studi internazionali in materia evidenziano un rischio di depressione che coinvolge l'intero ciclo riproduttivo della donna, dai 15 ai 45 anni, risultando maggiore in alcune stagioni della vita, caratterizzate da grandi cambiamenti e riadattamenti - non solo biologici ma anche psicologici - quali il periodo perinatale (dalla gravidanza al post partum) e il climaterio cui il capitolo dedica ampio spazio di approfondimento.

## Oncologia al femminile: prevenzione e ricerca. A che punto siamo?

a cura di: A. Albini

■ **Siamo entrati nell'era della medicina delle "4 P"**: personalizzata, predittiva, preventiva e partecipativa, qualcosa di particolarmente vicino alle donne. Prevenzione primaria e diagnosi precoce restano le principali armi di difesa mentre per gli aspetti terapeutici sono stati fatti enormi progressi grazie agli innovativi farmaci a target, in affiancamento alle tradizionali chemio e radioterapie: agendo su specifici bersagli, risultano più efficaci e consentono un miglioramento della prognosi oncologica, a fronte di una minor tossicità. Tra le nuove frontiere terapeutiche dell'oncologia risultano l'immunoterapia, che si basa sulla stimolazione delle cellule del sistema immunitario per "attaccare" il cancro, e i farmaci contro l'angiogenesi che distruggono il tumore non andandolo a colpire direttamente ma bloccando i vasi sanguigni che lo nutrono. Combattere i vasi neoformati significa prendere il cancro "per fame" o soffocarlo.

Il contributo della ricerca ai progressi della terapia è stato particolarmente significativo per il cancro della mammella, in quanto quasi tutti i nuovi farmaci sono derivati dall'impegno internazionale della ricerca che ne ha studiato i meccanismi. Grandi aspettative per il prossimo futuro si concentrano, nell'ambito dell'oncologia femminile, sul tumore ovarico.



## Sovrappeso e obesità femminili

a cura di: M. Porrini

■ **I dati degli ultimi anni sulla prevalenza di sovrappeso e obesità** a livello globale sono estremamente preoccupanti: quella che era considerata una epidemia è ora descritta come una pandemia. Secondo recenti dati, anche in Italia il problema è lontano dall'essere risolto, tuttavia la percentuale di adulti sovrappeso e obesi è aumentata solo leggermente dal 2000 e negli ultimi anni si è stabilizzata, rimanendo al di sotto delle passate proiezioni: il sovrappeso riguarda il 40% della popolazione, l'obesità il 9.5%

delle donne e l'11.3% degli uomini.

Sebbene uomini e donne siano vulnerabili all'obesità, l'incidenza, come pure gli effetti sulla salute, variano considerevolmente rispetto al genere; i fattori in gioco sono numerosi, primo tra tutti il dimorfismo sessuale dell'adiposità (le donne hanno una quantità totale di grasso corporeo superiore a quella degli uomini e nell'età fertile accumulano più grassi nel tessuto sottocutaneo prevalentemente a livello gluteo-femorale, risultando più sensibili all'obesità cosiddetta periferica) a cui si associano fattori personali, socio-economici e culturali la cui miglior comprensione potrebbe avere interessanti risvolti nell'applicazione clinica oltre che nella prevenzione.

## Terapia del dolore: una questione di genere. Perché è importante considerare il dolore specifico nella donna

a cura di: A. Valente, R. Di Pasquale, M. Allegri

■ **Secondo i dati prodotti dalla International Association for the Study of Pain (IASP)** in Occidente circa dodici milioni di donne soffrono di dolore cronico. Tra le cause più comuni si annoverano lombalgia, cefalea/emicrania, artrosi, artrite reumatoide; anche l'osteoporosi, fattore di rischio per dolore osseo, è un problema eminentemente femminile, così come la fibromialgia. In ambito ginecologico le cause di dolore cronico più comuni sono il dolore pelvico, la dismenorrea e l'endometriosi. Le donne peraltro dimostrano, in ragione delle proprie caratteristiche di genere, una maggiore sensibilità al dolore che trova ragione nelle differenze fisiologiche, genetiche e ormonali, oltre che in fattori psico-sociali.

Esistono differenze tra donne e uomini anche in termini di risposta ai trattamenti analgesici così come di effetti collaterali ai farmaci di più comune impiego, per questo nell'ambito della terapia del dolore e della ricerca scientifica legata inevitabilmente a essa, grande attenzione si pone oggi a trattamenti più mirati che tengano in considerazione caratteristiche ed esigenze di genere.

## Malattie autoimmuni reumatiche e impatto sulla qualità di vita delle donne

a cura di: PL. Meroni

■ **La netta prevalenza delle patologie autoimmuni reumatiche** nel sesso femminile fa sì che esse esercitino una particolare influenza su molteplici aspetti della vita della donna. In più, dal momento che l'attività di malattia risente delle variazioni dei livelli di ormoni che svolgono un ruolo fondamentale anche durante fasi cruciali della vita della donna, come lo sviluppo puberale, la gravidanza, l'allattamento e la menopausa, queste patologie hanno un notevole impatto sull'essere donna. L'adozione di percorsi concreti e funzionali e l'attivazione di una rete operativa strutturata tra medici di medicina generale e centri specializzati rappresentano le prime strategie da adottare per evitare inutili ritardi diagnostico-terapeutici e garantire alle pazienti l'accesso alle cure adeguate. In particolare si rende necessario promuovere servizi sanitari assistenziali dedicati a specifiche patologie, quali le Lupus Clinic e le Early Arthritis Clinic, ad oggi presenti in pochi centri ospedalieri di eccellenza.

Nonostante la maggiore longevità, la donna ha più patologie e ha una salute percepita peggiore di quella dell'uomo: al di sopra dei 75 anni, una donna su tre presenta la sindrome della fragilità, una su due è affetta da almeno due malattie croniche.

## Demenze. Decadimento cognitivo nella donna e donna caregiver

a cura di: V. Silani, B. Poletti

■ **Negli ultimi vent'anni osserviamo il progressivo sviluppo** di una neurologia dimorfa che rivolge una



specifica attenzione alle differenze tra generi per quanto riguarda fattori di rischio, manifestazioni, risposta al trattamento nello studio delle demenze e della Malattia di Alzheimer. Nel capitolo sono discussi tre fattori di rischio in relazione al genere: il genotipo relativo all'apolipoproteina E (APOE), che rappresenta un fattore biologico non modificabile ma che interagisce con fattori modificabili correlati al genere, il livello di educazione e l'ovariectomia bilaterale.

Una considerazione particolare merita il ruolo femminile di caregiver di familiare affetto da demenza; studi recenti suggeriscono che le donne caregiver percepiscono un carico assistenziale maggiore rispetto agli uomini, anche in presenza di condizioni degli assistiti confrontabili.

## La condizione della donna anziana

a cura di: C. Vergani

■ **Il mondo degli anziani è prevalentemente un mondo al femminile.** In Italia nascono più bambini che bambine ma dopo i 50 anni prevalgono le donne: nel 2016 i centenari sono 18.765, di cui solo poco più di 3 mila maschi. I super centenari (110 anni e oltre) sono 22, due maschi e 20 femmine tra le quali spicca la persona più longeva al mondo che ha più di 116 anni.



Fragilità, polipatologia, solitudine e perdita dell'auto-sufficienza gravano pesantemente sulla donna anziana, la cui condizione non necessita di un modello verticale di assistenza ospedalocentrico, ma di un modello orizzontale, centrato sulla persona con servizi diffusi sul territorio.

## Violenza di genere. Prevenzione e contrasto attraverso la rete territoriale

a cura di: A. Kustermann

■ **I dati italiani sono in linea con quelli europei** in base ai quali un terzo delle donne è stato vittima di violenza nel corso della propria vita. Secondo l'ultimo report prodotto dall'Istat (2014), in Italia sono 6 milioni e 788 mila le donne tra i 16 e i 70 anni che hanno subito violenza, pari al 31.5%. Di queste, il 21% ha subito violenza sessuale, il 20.2% violenza fisica e il 5.4% forme più gravi di violenza sessuale come stupri o tentati stupri. L'impatto della violenza sulla salute è devastante: al di là dell'esito più grave, quello fatale, esistono tantissime conseguenze a carico della salute mentale, fisica e riproduttiva oltre che problematiche socio-relazionali e condotte di abuso. In considerazione della diffusione capillare del fenomeno e della sua complessità, è fondamentale creare un modello d'intervento coordinato, multidisciplinare e inter-istituzionale che risponda in modo articolato e completo ai bisogni delle vittime, coinvolgendo attivamente tutti gli operatori e i servizi interessati. **Y**



## PARTE TERZA

## Il welfare per le donne

- Politiche di conciliazione e riflessi sulla salute della donna (S. Camusso)
- Welfare contrattuale e strumenti di prevenzione della salute della lavoratrice (A. Furlan)
- Pensioni e salute femminile: possibili scenari (T. Bocchi)

■ **Le donne sono sempre più protagoniste del mondo del lavoro ma il percorso verso un'effettiva e sostanziale uguaglianza tra generi è ancora lungo.** Continuano, infatti, a permanere differenze retributive e di prestazione lavorativa tra gli uomini e le donne, che inevitabilmente si riflettono e, ancor più si rifletteranno, sui trattamenti previdenziali. La differenza di reddito

pensionistico tra uomini e donne è pari al 41.4%; altro dato significativo riguarda la copertura pensionistica: tra le donne, 17 anziane su 100 non ricevono alcuna forma di pensione, mentre, solo 4 uomini su 100 si trovano nella stessa situazione. Le differenze di reddito sono dovute a condizioni diverse nel posto di lavoro, in particolare, e nel mercato del lavoro, in senso generale, ma un ruolo determinante è anche giocato dalla bassa offerta di servizi pubblici per l'infanzia e la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro. Un problema che investe in modo deciso proprio le donne che ricoprono il 72% delle ore di lavoro di cura della coppia con figli. L'allungamento della vita lavorativa con contributi versati nelle casse previdenziali sempre più incerti e comunque ridotti a causa della precarietà, rende i lavoratori e soprattutto le lavoratrici sempre più dipendenti da un sistema previdenziale che li obbliga a restare al lavoro anche in età avanzata, con rischi crescenti per la loro salute e il loro equilibrio psicofisico. In queste condizioni le famiglie e in particolare le donne hanno

dovuto far fronte alla necessità, in una corsa continua, di coniugare attività in contrasto tra loro.

## Il welfare aziendale nel settore farmaceutico

E. Giorgetti

■ **L'industria farmaceutica è un settore hi-tech in piena trasformazione** che innova e che da sempre è attento alle risorse umane, all'ambiente, ai rapporti con il territorio. La farmaceutica è anche il settore nel quale, pure in una congiuntura così difficile, le donne hanno maggiori spazi per le assunzioni, perché sono brave e spesso più degli uomini. Rappresenta un esempio virtuoso nell'applicazione di strategie di welfare a misura di donna che favoriscono il bilanciamento tra carriera, famiglia e vita privata, come iniziative di People care e a sostegno della maternità, misure per la flessibilità e la gestione personalizzata degli orari e servizi salva tempo. **Y**

## Il rapporto delle donne italiane con la salute

A dieci anni dalla sua nascita, Onda ha effettuato, con l'Istituto di ricerca partner Elma Research, un'indagine volta a indagare ad ampio respiro il rapporto delle donne italiane con la salute. La ricerca ha replicato una precedente svolta nel 2006 sulla medesima tematica, al fine di comprendere come sia cambiato lo scenario e come sia evoluto il rapporto delle donne con la propria salute nel corso di questo decennio.

### La percezione della salute

La salute, così come nel 2006, rimane l'obiettivo principale della vita delle donne. Il 76% delle donne nel 2006 e il 69% delle donne nel 2016 cita la salute come priorità nella propria vita.

Evolve la visione che le donne hanno della salute: essa si discosta dalla sola assenza di malattia ed efficienza fisica e diviene sempre più un concetto olistico, una condizione di equilibrio con se stesse e che coinvolge sia il corpo che la mente. Si smorza inoltre la visione deterministica della salute: non tanto ritenuta determinata dalla costituzione e dal destino, ma considerata oggi come strettamente legata ai comportamenti messi in atto per tutelarla (dal 62% del 2006 al 78% del 2016) e influenzata dall'ambiente in cui si vive (dal 46% del 2006 al 59% del 2016).

### Lo stato di salute delle donne

Le donne nel 2016 appaiono meno soddisfatte del proprio stato di salute, sia dal punto di vista fisico sia da quello psicologico e mentale. Le donne percepiscono come importante fattore di disturbo alla vita odierna lo stress, di cui nel 2016 oltre 1 donna su 3 afferma di soffrire.

### La prevenzione

Le donne nel 2016 si dichiarano meno preoccupate rispetto alla salute propria e dei propri familiari, e appaiono molto più sensibilizzate e vicine al concetto di prevenzione, sia dal punto di vista teorico/dichiarato sia da quello più pratico.

### A livello dichiarato...

- Il 49% delle donne oggi dichiara di fare prevenzione, rispetto al 44% del 2006.

- La salute è tenuta in considerazione e salvaguardata nella quotidianità: si riduce notevolmente il numero di donne che dichiara di pensarci solo se e quando essa viene a mancare o in caso di problemi – dal 53% del 2006 al 33% del 2016.

### A livello comportamentale...

- Il 62% delle donne – rispetto al 48% del 2006 – dichiara di sottoporsi a controlli e visite anche quando sta bene, senza aspettare di soffrire di malattie o problematiche specifiche.
- Ci si sottopone a più esami e controlli diagnostici rispetto al passato, in primis esami del sangue, urine, controllo della pressione, PAP test, ecografie. Anche le visite dentistiche e oculistiche sono maggiormente annoverate fra i controlli diagnostici sostenuti abitualmente. Cresce il ruolo dei medici specialisti, in particolare di quelli pubblici.
- Le donne dichiarano di curare, ancor più che dieci anni fa, la propria alimentazione – che ritengono profondamente legata al benessere – e svolgono in percentuale decisamente maggiore attività fisica: nell'arco di dieci anni, la quota di praticanti regolari è salita dal 19% al 47%.
- Per quanto riguarda l'abitudine tabagica, non si registra invece un miglioramento: la percentuale di fumatrici è rimasta uguale (26% nel 2016 e 27% nel 2006).
- Al primo posto, nella classifica degli ostacoli all'accesso agli accertamenti clinici e diagnostici di prevenzione, si colloca l'aspetto economico (63% vs il 18% nel 2006).

### La donna e la salute dei familiari

Negli anni cresce il ruolo della donna come fulcro della famiglia in qualità di responsabile della salute dei propri cari.

Si conferma, a dieci anni di distanza, quale maggior fonte di preoccupazione verso la salute propria e dei propri cari, la patologia oncologica.

### La percezione di supporto

Critiche le donne anche rispetto alla percezione di supporto da parte del Sistema Sanitario Nazionale e delle Istituzioni. Quasi la metà delle intervistate non ritiene sufficienti né i servizi offerti dal Sistema Sanitario Nazionale (44% delle donne), né l'attenzione dedicata negli ospedali e da parte delle Istituzioni alle esigenze femminili (rispettivamente 46% e 47%). Tendenzialmente non si avverte un sensibile miglioramento di questi aspetti nel corso degli anni.

### Informazione

Quasi metà delle donne si considera oggi molto/abbastanza informata sulla salute. Nel 2016 il mezzo più utilizzato per informarsi sulla salute è internet, che cresce esponenzialmente rispetto al 2006 (65% vs 8%). Si registra un calo dell'utilizzo, in particolare, della carta stampata (35% nel 2016 vs 52% nel 2006). Il medico di famiglia rimane l'interlocutore di riferimento per le donne per ricevere informazioni sulla salute (52% nel 2016 e 45% nel 2006).

### La gestione della salute

Più negative le donne anche per quanto riguarda la personale modalità di gestione della propria salute: sebbene facciano di più, si ritengono meno soddisfatte. Rispetto al 2006 le donne sono meno soddisfatte anche di come riescono a gestire la propria salute: il 46% (rispetto al 70% del 2006) è molto o moltissimo soddisfatto di quello che riesce a fare e 2 donne su 3 (67%) vorrebbero poter fare di più. Cambia radicalmente l'approccio farmacologico alla propria salute: ci si sposta sempre più dalla medicina tradizionale verso un approccio alternativo: mentre nel

2006 il 71% delle donne si curava esclusivamente con la medicina tradizionale e il 4% prevalentemente con gli alternativi, le percentuali registrate nel 2016 sono, rispettivamente, pari a 25 e 8%.

### Il percorso di questi 10 anni e gli indirizzi di intervento

I risultati mostrano un intenso miglioramento del rapporto delle donne con la propria salute: molto in questi anni è stato fatto e i frutti di tale investimento si apprezzano nel comportamento e nelle dichiarazioni delle donne italiane. Ciò posto, il percorso verso una consapevolezza piena e uniforme nella popolazione femminile è ancora lungo e molti sono i passi da compiere. In particolare:

- Incrementare la prevenzione attiva e ridurre l'attendismo che talvolta emerge, tenendo ben presente che le principali barriere riconosciute oggi verso

un'efficace prevenzione da parte delle donne sono il costo associato alla prevenzione e la scarsa informazione sugli esami di screening.

- Puntare ancora sulle campagne contro l'abitudine al fumo, un'abitudine dannosa che non si riduce negli anni: come dieci anni fa, 1 donna su 4 continua a essere fumatrice.
- Incrementare e "fare sì che sia maggiormente percepita" dalle donne, anche a livello di consapevolezza e informazione, la presenza e il supporto che sono offerti dagli ospedali, dalle Istituzioni e dalla Società Civile.
- Sfruttare internet come mezzo preferenziale nella divulgazione delle informazioni e nell'organizzazione/promozione di iniziative dedicate alla salute; tale canale è infatti divenuto oggi il principale mezzo di informazione e aggiornamento.

**MANIFESTO SULLA SALUTE DELLA DONNA**

Gli obiettivi del triennio 2016-2018

La tutela della salute della donna, unitamente alla promozione della Medicina di genere, costituiscono una sfida e un impegno collettivo che Onda intende sottoscrivere e perseguire con Istituzioni, Società scientifiche, Associazioni di pazienti, Società civile.

- Potenziare la rete degli ospedali con i Bollini Rosa
- Garantire la sicurezza nei punti nascita
- Incentivare la salute sessuale e riproduttiva
- Ridurre la mortalità femminile per patologie cardio-vascolari
- Combattere la depressione
- Lottare per la riduzione dei tumori femminili
- Ridurre l'obesità e il sovrappeso
- Contrastare il dolore cronico
- Migliorare la qualità di vita delle donne affette da patologie immuno-reumatiche
- Prevenire il decadimento patologico cognitivo
- Tutelare la donna anziana
- Fermare la violenza sulle donne

Onda | EXPO MILANO 2015

Il manifesto sulla Salute della donna presentato in Expo 2015 da O.N.Da

## PARTE QUARTA

## Assistenza sanitario-assistenziale "a misura di donna"

La dimensione di "genere" in salute è uno dei parametri basilari e assolutamente non trascurabili nell'ambito dell'attività clinica e della programmazione e organizzazione dell'offerta sanitaria di ogni Paese, a garanzia di una medicina sempre più personalizzata e basata sulla centralità del paziente, cosiddetta genere-specifica. In quest'ottica, dal 2007, Onda attribuisce i Bollini Rosa agli ospedali "vicini alle donne" che offrono servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali patologie femminili, riservando particolare attenzione alle specifiche esigenze dell'utenza rosa. Il

network attuale è composto da 248 strutture dislocate sul territorio nazionale ([www.bollinirosa.it](http://www.bollinirosa.it)).

L'esperienza maturata in tanti anni con i **Bollini Rosa** ha dato gli spunti per avviare un processo di "mappatura" delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), dove oltre il 75% degli ospiti è rappresentato da donne, la maggior parte in condizioni di non autosufficienza.

L'obiettivo è premiare con i **Bollini RosaArgento** le strutture in possesso dei requisiti necessari per garantire non solo una gestione efficace e sicura dell'ospite, ma anche un'assistenza umana e personalizzata ([www.bollinirosargento.it](http://www.bollinirosargento.it)). **Y**

## CONCLUSIONI

### L'accesso ai farmaci innovativi in Italia per migliorare la salute femminile

**di Paola Testori Coggi\*, Simona Montilla\*\***

\* Presidente Comitato Prezzo e Rimborso dei Farmaci dell'Agenzia Italiana del Farmaco.

\*\* Dirigente Farmacista Settore HTA ed economia del farmaco dell'Agenzia Italiana del Farmaco

**L**e differenze di genere nella prevalenza delle patologie, morbilità e mortalità vengono oggi continuamente documentate dalla comunità scientifica. Le donne e gli uomini si differenziano, inoltre, anche per l'esposizione ai farmaci, per la risposta alla terapia farmacologica e lo sviluppo di eventi avversi. Sul piano della programmazione sanitaria, il problema, quindi, crescente soprattutto poiché nel genere femminile il rapporto costo-beneficio degli interventi sanitari risulterebbe inferiore rispetto a quello del genere maschile, con una cospicua dispersione di risorse rispetto ai risultati ottenuti, dovuti al tentativo di adattare alla donna, sia in diagnostica che in terapia, ciò che è efficace nell'uomo.

Gli attuali trend di popolazione, nel mostrare come il genere più rappresentato sia quello femminile (51.5%) rispetto al maschile (48.5%), confermano aumenti sensibili della vita media più accentuati per la donna, con speranza di vita alla nascita rispettivamente di 84.7 e 80.1 per donne e uomini.

Se la scienza non ha ancora fornito risposte circa queste differenze nell'aspettativa di vita, non può tuttavia essere ignorata la necessità di intervenire sulle malattie integrando la prospettiva di genere, poiché l'allungamento della vita media comporterà un maggior impiego di risorse nel futuro e, pertanto, sarà imprescindibile una maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle stesse.

I profili epidemiologici, inoltre, confermano anche come la prevalenza di patologie un tempo ritenute prettamente maschili (per esempio, patologie cardiovascolari, obesità, carcinoma polmonare) stia aumentando nelle donne, modificando profondamente la dinamica della mortalità e della morbilità e accentuando in tal modo l'inadeguatezza delle terapie e dei trattamenti proposti, frutto di una ricerca clinica in passato cieca rispetto al genere. L'influenza del genere sull'insorgenza e sull'espressione clinica delle malattie cardiovascolari era stata riconosciuta in Italia già negli anni '90, quando il professor Antonio Brusca, allora Presidente della Società Italiana di Cardiologia, affermava che "con la menopausa si perde il privilegio dell'effetto protettivo degli ormoni femminili e la malattia cardiovascolare nelle donne tende non solo a eguagliare quella della popolazione maschile, ma persino a superarla. Le patologie cardiovascolari sono la prima causa di morte per le donne: ictus e infarto le colpiscono in misura doppia rispetto ai tumori".

È stato denunciato, appunto, da decenni il fatto che la metodologia utilizzata nella ricerca medica e nella sperimentazione clinica dei farmaci sia stata basata su studi, non solo privi di una prospettiva di genere, ma le cui popolazioni in studio hanno compreso quasi esclusivamente soggetti di sesso maschile. Sebbene, come risposta a tali evidenze, siano state sviluppate nel tempo politiche e iniziative, nazionali e internazionali – valgano, a mero titolo di esempio, la World Health Organisation Gender Mainstreaming Strategy oppure le azioni regolatorie della Food and Drug Administration negli Stati Uniti – volte a superare la carenza di informazione circa l'influenza del genere in medicina, le differenze biologiche legate al sesso non sono ancora indagate approfonditamente e, generalmente, non sono tenute in considerazione nei programmi di ricerca e nei trattamenti sanitari, e in quelli farmacologici in particolare. Le donne non sono ancora rappresentate adeguatamente negli studi clinici e ancora più raramente vengono presentate analisi dei sottogruppi in rapporto al genere. La ricerca, quindi, non ha ancora superato quel pregiudizio e quella cecità di genere, investigando quali siano i meccanismi sottostanti a queste differenze e come la diagnosi e il trattamento delle malattie possano variare in loro funzione.

Al fine di garantire l'equità di genere nei processi della ricerca sanitaria, ma soprattutto nell'offerta delle terapie e nell'accesso ai farmaci innovativi a beneficio dei pazienti, è necessario lo sviluppo di nuovi approcci farmacologici e nuove prospettive terapeutiche attraverso cui misurare distintamente per la donna e per l'uomo l'efficacia e la sicurezza dei farmaci.

Parallelamente, le strategie di promozione, programmazione e tutela della salute per tutta la popolazione non sono ottenibili senza la Medicina di genere e la sua in-

tegrazione in un approccio multidisciplinare che includa le scienze economiche. Per questo in Italia, dal 2011, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha istituito un Gruppo di lavoro dedicato ai farmaci e al genere con l'obiettivo di studiare e valutare le tematiche relative agli aspetti regolatori e farmacologici della Medicina di genere, nonché di diffondere le conoscenze sulla Medicina di genere e incoraggiare la ricerca di genere.

È infatti, fondamentale che i medici, soprattutto gli specialisti, conoscano la Medicina di genere per poter sviluppare, laddove le malattie presentano differenze determinate dal genere, approcci di diagnosi e di cura specificamente adattati alla donna e quindi più appropriati ed efficaci.

Un'approfondita conoscenza della Medicina di genere e una costante attenzione ai sintomi rilevati nella popolazione femminile possono veramente contribuire a un miglioramento della salute della donna.

La formazione dei medici sulla Medicina di genere dovrebbe essere realizzata già durante gli studi di medicina con corsi specifici oppure integrando i corsi specialistici delle varie branche della medicina. Un esperimento interessante, per esempio, quello realizzato dal Centro GENDERS (Gender and Equality in Research and Science) dell'Università degli Studi di Milano il quale, nell'ambito del progetto europeo STAGES (Structural Transformation to Achieve Gender Equality in Science), ha attivato dei corsi facoltativi sulla Medicina di genere rivolti agli studenti dal terzo al sesto anno. Il Centro GENDERS sta attualmente lavorando a un ulteriore progetto pilota per rendere strutturale e trasversale alle discipline mediche l'insegnamento della Medicina di genere.

#### Consumo dei farmaci

I dati presentati nel Rapporto OsMed 2015 sull'Uso dei Farmaci in Italia, confermano un trend già osservato negli ultimi anni: le donne mostrano livelli di esposizione e consumo dei farmaci, così come di prevalenza d'uso, più elevati di circa il 10% rispetto agli uomini in quasi tutte le fasce di età tra i 15 e i 54 anni.

Nella fascia di età successiva si osserva, invece, un'inversione con differenze che mostrano un livello più elevato di consumo negli uomini accompagnato anche da un maggiore costo per paziente trattato. Per esempio, nella classe di età compresa tra 65 e 74 anni gli uomini consumano circa il 14% in più delle donne in termini di DDD (Defined Daily Dose).

Nel complesso della popolazione, la prevalenza d'uso è stata del 76%, con valori tra uomini e donne rispettivamente del 70% e dell'81%.

#### Reazioni avverse ai farmaci

Nelle donne si registra anche una maggiore frequenza di reazioni avverse da farmaci, spesso di gravità maggiore rispetto agli uomini e talvolta di tipologia specifica. Le donne sono più esposte (circa 1.7 volte) alle reazioni avverse da farmaco rispetto agli uomini e i dati di letteratura indicano che gli eventi avversi ai farmaci nelle donne determinano un maggior numero di ricoveri rispetto agli uomini.

Le cause di queste differenze e l'impatto clinico che ne deriva non sono ancora pienamente compresi, ma senz'altro ruoli chiave sono giocati dalle differenze biologiche, farmacocinetiche e farmacodinamiche tra generi, non indagate a causa della sottorappresentazione delle donne nella sperimentazione clinica (i profili di sicurezza nel genere femminile vengono, di conseguenza, evidenziati solamente nella fase di post-marketing) e dal potenziale sovradosaggio (il dosaggio medio è calcolato per soggetti di sesso maschile considerando un peso medio di 70 kg). Pur considerando un potenziale bias dovuto a una maggiore attitudine alla medicalizzazione da parte delle donne, altri fattori da annoverare sono la politerapia, l'invecchiamento e la maggiore vulnerabilità verso specifiche classi di farmaci ed, infine, i fattori socioculturali.

In Italia i dati raccolti dalla Rete Nazionale di Farmacovigilanza nel 2015 confermano questa tendenza, come mostrato dalle segnalazioni di reazioni avverse che nelle donne costituiscono circa il 54% del totale, per un valore assoluto pari a 22.563 eventi avversi in soggetti femminili rispetto a 18.936 eventi avversi nei soggetti maschili. Il 65% delle reazioni segnalate nelle donne si manifesta nelle fasce pre- e post-menopausa e in quella anziana (da 45 a oltre 75 anni), mentre nelle fasce di et. fertile (da 15 a 44 anni) le segnalazioni rappresentano circa il 21% delle segnalazioni totali nelle donne.

Concludendo, per garantire l'accesso a farmaci innovativi che contribuiscano a migliorare la salute femminile è necessario incrementare gli investimenti in progetti dedicati alla prospettiva di genere con lo scopo di indagare le diverse proprietà delle funzioni, i fattori di rischio, le caratteristiche e le modalità di espressione clinica delle patologie, la responsività ai trattamenti e la prevalenza delle complicanze, affinché la specificità dei generi possa essere indagata e declinata in opportunità di sviluppo e di salute.

Nel quadro più generale delle politiche sanitarie è necessario continuare gli sforzi per la prevenzione delle patologie che più colpiscono la popolazione femminile e per la diffusione della conoscenza della Medicina di genere per garantire diagnosi e terapie adeguate alle donne. **Y**

# Flugenil<sup>®</sup>Lact

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

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

**10 mld di Fermenti lattici vivi**



Prevenzione delle  
infezioni vaginali  
in gravidanza



**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.

# Profilassi e gestione medica dell'Emorragia Post Partum

## Claudio Crescini

Vice Segretario Nazionale Aogoi  
Direttore Dipartimento  
Materno-Infantile Asst Bg Ovest  
Ospedale di Treviglio (Bergamo)  
crescini1152@gmail.com

**V**iene definita EPP minore la perdita ematica nelle prime 24 ore dopo il parto compresa tra 500 e 1000 ml, **maggiore** tra i 1000 ed i 1500 ml, **massiva** oltre i 1500 ml e/o con segni clinici di shock emorragico e/o in caso siano state necessarie 4 o più sacche di emazie concentrate (in questo caso si tratta di valutazione a posteriori).

**L'EPP maggiore può presentare due condizioni:** quella in cui la perdita ematica è **controllata** e pur essendo una condizione clinica critica si è in azione di progressivo recupero e quella persistente in cui la perdita ematica non è adeguatamente controllata e vi è un pericolo immediato per la vita della donna.

**L'ACOG ha proposto come parametro** di riferimento la valutazione dell'ematocrito definendo emorragia postpartum una perdita del 10-15 % dell'Ht ed emorragia massiva una perdita superiore al 35-45% (Arulkumaran 2009, ACOG 2006, NICE 2014).

## STIMA DELLA PERDITA EMATICA INTRAPARTUM

Nonostante la stima della perdita ematica sia fondamentale per la diagnosi e soprattutto per l'attivazione degli interventi terapeutici appropriati e progressivi e sebbene le procedure di misurazione introdotte, in particolare il routinario utilizzo delle sacche trasparenti graduate per la raccolta del sangue, la valutazione della quantità di sangue perso durante il parto rimane imprecisa e sottostimata soprattutto in caso di perdita massiva quando la capacità di raccolta delle sacche graduate viene superata. Per questo motivo nel Regno Unito il National Health System inglese ha proposto un poster con immagini di quantità di sangue su assorbenti, telini e ambiente che aiutano ad esprimere una valutazione "ad occhio" della perdita ematica.

Non essendo sufficienti i tradizionali mezzi di misurazione della perdita ematica per una corretta stima ci si deve avvalere in associazione anche del giudizio



**L'Emorragia Post Partum (EPP) è a tutto oggi la prima causa di morte e grave morbosità materna nel mondo: interessa prevalentemente i Paesi a basso reddito, ma è presente anche seppur in misura molto ridotta nei Paesi ad economia avanzata nei quali si stima che l'incidenza di EPP grave vari tra il 2 ed il 4% dei parti (1). In Italia l'Istituto Superiore di Sanità ha rilevato per gli anni 2013-2015 che l'EPP è stata responsabile del 26% delle morti materne e che in oltre la metà dei casi l'assistenza prestata è stata al di sotto dello standard**

clinico che si basa sui segni clinici dello shock ipovolemico nella donna gravida. A partire dalla 30a settimana di gravidanza il volume plasmatico è aumentato fino al 40% i globuli rossi del 20-30%, la gittata cardiaca del 50% dalla 24<sup>a</sup> settimana e trattandosi generalmente di donne giovani e sane i classici parametri vitali possono rimanere stabili anche con perdita ematica superiore a 1000-1500 ml. Al contrario, gravide giunte a termine di gravidanza in condizioni di anemia (Hb <9 mg/dl) possono non tollerare una perdita ematica più contenuta.

In sintesi una gravida a termine di gestazione può tollerare una perdita di 1000 ml di sangue

senza presentare significative alterazioni della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa che insorgono invece quando la perdita ematica supera i 1000-1500 ml (2).

Utile per la sua semplicità e rapidità risulta l'utilizzo dell'**indice di shock** che da informazioni sulla stabilità emodinamica in caso di emorragia. Consiste nel calcolo di un coefficiente ricavato dal rapporto tra frequenza cardiaca e pressione arteriosa sistolica F.C./P.A.S. il cui range di normalità è compreso tra 0.5 e 0.7. Nella popolazione ostetrica non affetta da preeclampsia l'indice è ritenuto nella norma se compreso tra 0.7 e 0.9 e segno di emorragia significativa poten-

zialmente richiedente emotrasfusioni se >1 (3).

I sintomi iniziali di una condizione di pericolo di vita per la donna durante il parto sono spesso mascherati dalle modificazioni fisiologiche di alcuni parametri vitali e ciò può comportare un ritardo della diagnosi e del trattamento nella principale causa di morte materna quale l'EPP. Pertanto è stato proposto un sistema di raccolta e valutazione di criteri di allarme precoce.

Una pressione sistolica inferiore a 100 mm Hg con una frequenza cardiaca superiore a 100 bpm (Indice di shock 1) sono segno di una importante perdita ematica e dell'inizio di uno scom-

penso circolatorio mentre i valori di ematocrito ed emoglobina non saranno significativi se non dopo almeno 4 ore trattandosi di emorragia acuta (4,5,6).

## Segni clinici precoci dello shock nella EPP

1. Agitazione, irrequietezza, sete
2. Tachipnea preceduta da ansietà
3. Pallore
4. Tachicardia (difficile riconoscimento per la presenza della tachicardia fisiologica della gravidanza e del puerperio).
5. Tempo di riempimento capillare ungueale rallentato e assente per perdita ematica del 40% rispetto al volume totale
6. La pressione arteriosa è man-

tenuta fino ad una perdita ematica del 30-40% del volume totale; poi il crollo è rapido ed il rischio di perdere la paziente è elevato.

### I FATTORI DI RISCHIO DELLA EPP

Esistono, come vedremo di seguito, condizioni anamnestiche particolari o situazioni ostetriche ben definite che espongono la donna ad un rischio maggiore di sviluppare un'emorragia postpartum, ma nella maggior parte dei casi di EPP non sono presenti fattori di rischio. Per questo motivo un punto nascita di qualsiasi livello deve poter garantire sempre una adeguata assistenza in caso di EPP.

I fattori di rischio (vedi **Tabella**) sono sostanzialmente riconducibili all'eziopatogenesi dell'emorragia post partum che è riconducibile ai 4 elementi (**regola delle 4 T**):

**T TONO:** alterazioni della contrattilità uterina/atonìa

**T TESSUTO:** ritenzione di tessuto placentare

**T TRAUMA:** lacerazioni genitali da parto (vaginali e cervicali), rottura d'utero

**T TROMBINA:** anomalie della coagulazione congenite o acquisite.

È quindi possibile nei casi in cui i fattori di rischio per EPP siano facilmente riconoscibili durante la gravidanza (gravidanza multipla, pregressa EPP, anomalie della placentazione, preeclampsia, importante macrosomia fetale) riferire la donna presso un punto nascita che possa offrire una adeguata assistenza.

Nel caso di insorgenza durante il travaglio di condizioni di rischio non previste (prolungamento del periodo espulsivo, ritenzione di placenta, atonia e lacerazioni genitali) il punto nascita deve essere in grado di mettere in atto tutte le procedure di sorveglianza e trattamento medico e chirurgico per controllare e ridurre la perdita ematica.

#### Tono: atonia uterina

È la causa più frequente di EPP, con una incidenza del 70%, e si può manifestare sia dopo un parto spontaneo eutocico sia nel parto operativo vaginale e nel parto mediante taglio cesareo. Nel taglio cesareo primario l'incidenza di EPP è stata stimata del 6% ed è comunque aumentata anche nei casi di parto vaginale in presenza di sovradistensione del visceri uterino, di induzione o accelerazione del travaglio di parto, nella macrosomia, nella corionamniosite e nel prolungamento del periodo espulsivo.

Il riconoscimento tempestivo dell'atonìa postpartum mediante palpazione esterna consente l'immediato massaggio esterno e la somministrazione di uterotonici. Se il sanguinamento persiste dopo aver ottenuto una buona contrattilità uterina ci si orienterà su una causa differente quale la ritenzione di tessuto placentare o lesioni del tratto genitale.

### Trauma

Le lesioni traumatiche genitali (vaginali, cervicali, del corpo uterino o del legamento largo) incidono nel 20% circa dei casi di EPP, mentre l'inversione uterina è evento eccezionale.

L'emorragia proveniente da una lesione del tratto genitale deve essere sempre sospettata e ricercata in presenza di sanguinamento con utero contratto. La riparazione di queste lesioni richiede l'anestesia generale, un setting appropriato per una completa visualizzazione delle pareti vaginali, dei fornicati e della cervice. È necessario inoltre disporre all'interno del box per EPP di strumentazione chirurgica adeguata comprendente valve vaginali di grandi dimensioni e ferri appropriati.

### Tessuto

La ritenzione di tessuto placentare incide per circa il 10% dei casi di EPP ed è causa di una inefficace attività contrattile uterina emostatica. La ritenzione di placenta che richiede una rimozione manuale si manifesta nello 0,5-3% dei parti ed è associata ad aumentata perdita ematica e maggior necessità di emotrasfusioni. La ritenzione di cotiledoni placentari è causa di persistente perdita ematica postpartum ed è una indicazione alla revisione strumentale della cavità uterina con pinze ad anelli e cannula monouso n. 12, sotto controllo ecografico e in anestesia generale. L'accrescimento placentare è una condizione più rara, più grave e strettamente correlata al numero di tagli cesarei pregressi. Nella maggior parte dei casi esita in una isterectomia.

### Trombina

I disordini della coagulazione sono causa solo dell'1% delle EPP ed oltre alle forme preesistenti alla gravidanza sono spesso associati a distacco intempestivo di placenta normalmente inserita, preeclampsia, sepsi ed embolia da liquido amniotico (7,8).

### INTERVENTI PREVENTIVI FINALIZZATI ALLA RIDUZIONE DELLA PERDITA EMATICA POSTPARTUM

#### Prevenzione dell'anemia sideropenica in gravidanza

L'aumentato fabbisogno di ferro in gravidanza può frequentemente richiedere una supplementazione per giungere a termine con un valore di emoglobina non inferiore a 11 gr/ml e ridurre quindi la necessità di emotrasfusioni nel postpartum, conseguenti ad una eccessiva perdita ematica intrapartum.

#### Stimolazione del capezzolo mediante suzione precoce (skin to skin)

Nonostante i benefici nella promozione dell'allattamento, nella colonizzazione batterica intestinale batterica e nello sviluppo della relazione madre-bambino, non è stato per ora dimostrato che la stimolazione pre-

coce del capezzolo possa ridurre la perdita ematica ed il rischio di EPP (9).

#### Trattamento attivo del terzo stadio del travaglio

Il trattamento attivo del terzo stadio del travaglio basato sulla somministrazione di uterotonici eventualmente associata a trazione controllata del funicolo si è dimostrato efficace nel ridurre il rischio di EPP > 1000 ml (10). È quindi fortemente consigliata la somministrazione di 2 fiale di Syntocinon (10 mg ossitocina) IM al momento dell'espulsione delle spalle.

La trazione controllata del cordone non riduce la perdita ma solo il ricorso ad ulteriori uterotonici ed è raccomandata nel taglio cesareo (11, 12).

Il clampaggio precoce del cordone è controindicato (13). Il massaggio uterino dopo il secondamento riduce la perdita ematica media (14).

### FARMACI UTEROTONICI

#### Ossitocina

L'ossitocina (Syntocinon) è un prodotto di sintesi identico all'ormone naturale prodotto dall'ipofisi in risposta alla suzione del capezzolo ed al travaglio. I recettori miometriali aumentano durante la gravidanza e stimolati dall'ossitocina rilasciano gli ioni calcio intracellulari stimolando l'attività uterina delle fibre muscolari miometriali. L'ossitocina è il farmaco di prima scelta per la prevenzione dell'EPP.

L'infusione e.v. a basse dosi induce contrazioni ritmiche a partenza dal fondo uterino simili a quelle del travaglio di parto fisiologico mentre alte dosi incrementano la forza della contrattilità. La somministrazione e.v. in bolo può determinare un transitorio rilassamento miometriale, ipotensione e tachicardia (15).

L'ossitocina ha un'azione rapida con un tempo di latenza di 1 minuto se somministrata e.v. e di 2-3 minuti se intramuscolo.

A causa della sua emivita plasmatica breve per mantenere l'utero in costante attività contrattile è necessaria una infusione continua. Vi è generale concordanza sul dosaggio di 20 U.I. in 500 ml sol fisiologica in 2 ore.

La somministrazione intramuscolo pur avendo un tempo di latenza maggiore rispetto all'e.v. ha tuttavia una efficacia clinica più lunga nel tempo fino a 60 minuti.

La sua azione antidiuretica ne sconsiglia l'utilizzo in diluizione con preparazioni prive di elettroliti come le soluzioni glucoosate per il rischio di intossicazione da acqua.

L'infusione e.v. in continua diluita in soluzione fisiologica raggiunge il massimo dell'efficacia in 20-40 minuti.

Sebbene nel parto vaginale in molte linee guida sia consigliata la somministrazione di 10 U.I. di Syntocinon all'espulsione delle spalle è stato riscontrato in alcuni studi che un dosaggio di ossitocina inferiore risulta altrettanto efficace, con minori potenziali effetti collaterali (16).

L'ossitocina è un farmaco di facile conservazione in quanto stabile fino a 25°C.

Nel taglio cesareo il NICE e il RCOG consigliano la somministrazione di 1 fiala di Syntocinon e.v. dopo l'estrazione della placenta.

#### Metilergometrina (Methergin)

È un analogo di sintesi della ergonovina, alcaloide presente nella segale cornuta. Determina una contrazione persistente di tipo tetanico nella zona superiore ed inferiore dell'utero attraverso l'attivazione dei canali del calcio e dell'actina-miosina. Somministrata per via intramuscolare ha un inizio dell'efficacia dopo 2-5 minuti con una azione che può persistere per 3 ore.

In alcuni protocolli viene associata all'ossitocina per sfruttare l'effetto complementare: rapidità di azione dell'ossitocina con lunga durata della metilergometrina.

Se viene somministrata per via endovenosa per ottenere un effetto immediato si deve infondere per un tempo non inferiore ai 60 secondi e si deve monitorare attentamente pressione arteriosa e frequenza cardiaca.

È un farmaco poco adatto nelle aree a povertà diffusa in quanto richiede una conservazione a meno di 8°C e lontano dalla luce. Il dosaggio consigliato è 1 fiala da 0,2 mg/ml per via IM.

Trattandosi di un farmaco vaso-costrittore è assolutamente controindicato in pazienti con ipertensione, cardiopatie e forti fumatrici.

#### Carbetocina (Duratocin)

La carbetocina è un analogo dell'ossitocina ed ha una durata di efficacia più lunga (long-acting). Non sembra avere una efficacia maggiore rispetto all'ossitocina in infusione continua nella riduzione della perdita ematica e nella prevenzione dell'EPP, mentre uno studio ha riportato un vantaggio nei tagli cesarei d'emergenza in pazienti obese (17).

#### Misoprostolo (Cytotec)

È un analogo sintetico della prostaglandina E1 selettiva sui recettori miometriali. La somministrazione per via rettale richiede più tempo per agire (20-30 min), un picco di concentrazione ematica inferiore e meno effetti collaterali rispetto alla somministrazione per os o sublinguale.

Risulta meno efficace dell'ossitocina parenterale nella prevenzione dell'EPP, ma può essere vantaggioso in aree a scarsità economica e limitata assistenza. Il basso costo, la facilità di conservazione e somministrazione trattandosi di compresse e non di fiale, i ridotti e non gravi effetti collaterali, oltre ovviamente all'efficacia nello stimolare e mantenere la contrazione uterina hanno introdotto il misoprostolo nel trattamento di prima linea dell'EPP al dosaggio di 800 micr gr per via rettale (18).

### I fattori di rischio della EPP

Fattori di rischio	Eziologia	Odds ratio (95% CI)	Riferimenti bibl.
Gravidanza multipla	Tono	3.3 (1.0-10.6)	Combs et al., 1991a
		4.7 (2.4-9.1)	Sosa et al., 2009
Precedente EPP	Tono	3.6 (1.2-10.2)	Combs et al., 1991a
Preeclampsia	Trombina	5.0 (3.0-8.5)	Combs et al., 1991a
		2.2 (1.3-3.7)	Combs et al., 1991b
Macrosomia fetale	Tono	2.11 (1.62-2.76)	Bais et al., 2004
		2.4 (1.9-2.9)	Sosa et al., 2009
Mancata progressione del secondo stadio	Tono	3.4 (2.4-4.7)	Sheiner et al., 2005
		1.9 (1.2-2.9)	Combs et al., 1991b
Prolungamento del terzo stadio del travaglio	Tono	7.6 (4.2-13.5)	Combs et al., 1991a
		2.61 (1.83-3.72)	Bais et al., 2004
Placenta ritenuta	Tessuto	7.83 (3.78-16.22)	Bais et al., 2004
		3.5 (2.1-5.8)	Sheiner et al., 2005
		6.0 (3.5-10.4)	Sosa et al., 2009
Placenta accreta	Tessuto	3.3 (1.7-6.4)	Sheiner et al., 2005
Episiotomia	Trauma	4.7 (2.6-8.4)	Combs et al., 1991a
		2.18 (1.68-2.76)	Bais et al., 2004
		1.7 (1.2-2.5)	Sosa et al., 2009
Lacerazione perineale	Trauma	1.40 (1.04-1.87)	Bais et al., 2004
		2.4 (2.0-2.8)	Sheiner et al., 2005
		1.7 (1.1-2.5)	Sosa et al., 2009
Anestesia generale	Tono	2.9 (1.9-4.5)	Combs et al., 1991b

**Prostaglandine**

Tutte le prostaglandine hanno una elevata efficacia nel trattamento dell'atonia uterina e vengono utilizzate come farmaci di seconda linea quando le comuni procedure di prevenzione della EPP non sono efficaci, la perdita ematica persiste e tende a raggiungere o superare i 1000 ml. Numerose prostaglandine sintetiche trovano impiego nel trattamento dell'EPP (Dinoprost, Dinoprostone, gemeprost, Carboprost, Sulprostone, Misoprostolo ecc.) in Italia la prostaglandina più utilizzata è il Sulprostone (Nalador).

Il sulprostone deve essere utilizzato prima che il letto vascolare sia depleto per ridurre il suo potenziale effetto vasocostrittivo sulle arterie coronarie, inoltre l'efficacia delle prostaglandine risulta ridotta in pazienti in shock ipovolemico.

Bisogna ricordare che le prostaglandine possono determinare infarto miocardico, angina ed iclus pertanto la loro somministrazione deve essere attentamente valutata e monitorizzata nelle pazienti con fattori di rischio cardiovascolari.

In caso di atonia non responsiva all'ossitocina la decisione di utilizzare il Nalador nel dosaggio standard di 1 fiala da 0,5 mg in 250 ml di sol fisiol ad una velocità di 40-160 gtt al minuto deve essere tempestiva, prima che la perdita ematica abbia superato i 1000 ml.

**FARMACI ANTIEMORRAGICI**

**Acido tranexamico (Tranex)**

È una sostanza antifibrinolitica che trova impiego sia nella profilassi che nel trattamento dell'EPP nel dosaggio di 1 gr e.v. e non solo quando la coagulazione è già compromessa.

Non vi è attualmente un consenso sul dosaggio di ac. Tranexamico da utilizzare che comunque varia negli studi pubblicati da 1 a 4 gr ev in infusione.

L'acido tranexamico si è dimostrato efficace nel ridurre la perdita ematica se somministrato all'inizio del taglio cesareo senza effetti trombotici o avversi neonatali (19).

**Fattore VII Ricombinante Attivato (rFVIIa Novo Seven)**

Il rFVIIa è stato inizialmente prodotto per il controllo del sanguinamento nei pazienti affetti da emofilia e solo successivamente è stato riconosciuto efficace come agente emostatico in una larga serie di condizioni emorragiche, in particolare posttraumatiche, chirurgiche ed ostetriche.

Il farmaco è prodotto isolando il gene del FVII sul cosomoma 13 umano, moltiplicandolo in cellule renali di criceti ed estraendolo con complessi sistemi di purificazione. In questo modo è esente da virus e da proteine umane.

Mentre il sanguinamento dai grossi vasi può essere arrestato chirurgicamente il sanguinamento diffuso "a nappo" è più

difficilmente controllabile con la sola chirurgia e più efficaci risultano i farmaci sistemici che agiscono sulla cascata coagulativa.

L'esperienza clinica ha dimostrato che il rFVIIa è un efficace mezzo emostatico nella EPP severa anche come terapia di salvataggio e di conservazione dell'utero (20, 21).

Il FVII è una proteina sintetizzata dal fegato ed è presente in circolo in forma non attivata. In presenza di una lesione vascolare la barriera endoteliale viene danneggiata ed il Fattore Tissutale (FT) entra in contatto con il sangue attivando il FVII che diviene così FVIIa. Il FVIIa legato al FT stimola la produzione di trombina e la formazione di aggregati di fibrina stabili nella sede della lesione vascolare arrestando il sanguinamento. Per produrre fibrina è necessaria la presenza del suo precursore il fibrinogeno per questo motivo l'ipofibrinogenemia riduce l'efficacia del farmaco. Se il FT diviene scarsamente disponibile o viene isolato dalla formazione del coagulo sono le piastrine che attivano la produzione di trombina in alternativa al FT. Quindi la piastrinopenia riduce l'efficacia del farmaco. Il rFVIIa in dosi farmacologiche attiva anche il FX che stimola la produzione di trombina e fibrina piastrinodipendente e TF indipendente.

La somministrazione di rFVIIa riduce il tempo di protrombina (PT) di 7-8 secondi ed il tempo parziale di tromboplastina attivato (APTT) di 15-20 secondi. Le condizioni ottimali per ottenere la massima efficacia del farmaco sono : una emoglobina superiore a 7 gr /dl, fibrinogeno > 1 gr /l, piastrine > 50.000, pH > 7.2 , ripristino temperatura corporea > 36.5

La dose iniziale di rFVIIa è di 40-60 microgrammi/kg e.v., quindi circa 3-4 grammi per trattamento. Il costo del farmaco è di circa 1000 euro per grammo.

Il rischio di tromboembolia severa conseguente alla somministrazione di rFVIIa è stato calcolato in 25 casi su 100.000 infusioni. Le reazioni avverse minori ed infrequenti sono: febbre,cefalea, vomito e manifestazioni cutanee (22).

**IL TEAM DI SALA PARTO PER L'EMERGENZA/URGENZA NEL TRATTAMENTO DELL'EPP**

Poiché l'EPP può manifestarsi anche in gravidanze a basso rischio e senza fattori predisponenti è opportuno che il luogo del parto, le procedure di assistenza e l'organizzazione siano in grado di prevenire quando possibile questa complicanza, diagnosticarla nella fase più precoce di insorgenza e attuare tempestivamente tutti gli interventi necessari di progressiva intensità ed invasività con un team addestrato e rapidamente attivabile.

Il team deve comprendere, oltre a tutto il personale ostetrico di sala parto in turno, un secondo

medico ostetrico, una seconda ostetrica, due infermiere, una OS e un anestesista. Deve essere allertata la sala operatoria, il centro trasfusionale, il laboratorio, il centro di rianimazione e ove presente la radiologia interventistica.

Per raggiungere i due principali obiettivi - arresto della perdita e ripristino di volume plasmatico con ossigenazione tissutale - è indispensabile un team composto da più operatori e un efficace intervento multidisciplinare.

Il sistema di attivazione del team dell'emergenza deve essere testato con simulazioni ripetute a scadenze almeno semestrali (23).

Ogni specialista deve aver ben chiaro il protocollo di sua competenza per la gestione dell'EPP: l'ostetrico deve conoscere tutti gli step per individuare l'origine della perdita ematica e procedere al suo controllo e cessazione; l'anestesista rianimatore gli interventi per ripristinare e mantenere la perfusione tissutale, l'ossigenazione ed in controllo dell'emostasi; il personale di supporto per monitorare e registrare i parametri vitali, fornire il materiale occorrente compresi i derivati del sangue, farmaci e devices emostatici.

Può essere di utilità, soprattutto nei punti nascita a basso volume di attività, approntare un contenitore specifico (Box EPP) contenente tutti i presidi necessari per il trattamento in sala parto della EPP. In esso saranno contenuti di minima: valvole vaginali di dimensioni adeguate per l'esplorazione del canale del parto, 4 pinze ad anelli, portaghi di lunghezza adeguata, catetere urologico Rush da 500 ml o Bakri balloon, zaffi per tamponamento vaginale, venflon 16 G, compresse di Cytotec e tutto quanto si ritiene utile avere ad immediata disposizione.

Una particolare attenzione deve essere dedicata all'informazione della paziente per ottenerne il massimo della collaborazione, se cosciente, e dei parenti affinché comprendano che tutta la macchina organizzativa sta lavorando a pieno regime per ottenere i migliori risultati possibili (24).

**AZIONI DI DIRETTA RESPONSABILITÀ DEL PERSONALE OSTETRICO**

Il team di sala parto attivato per il trattamento dell'EPP dovrebbe essere composto da un numero adeguato di figure professionali ed addestrato grazie all'esperienza sul campo ed alle simulazioni periodiche a svolgere compiti specifici. In questo modo gli interventi terapeutici e le procedure in progressione di complessità nel rispetto dei protocolli adottati verranno suddivisi in modo ordinato tra i singoli operatori.

Di seguito i compiti che debbono essere svolti dal personale con qualificazione ostetrica in base alla gravità e progressione dell'EPP mentre il personale anestesiological si occupa del soste-

gno del circolo, dell'ossigenazione e del controllo dello stato coagulatorio.

Le attività si differenziano nella pratica esecutoria tra il gruppo ostetrico e quello rianimatorio ma si realizzano in armonia ed accordo con una continua attività di comunicazione che modulerà gli interventi dei due gruppi.

**Primo livello**

- 1) Trattare l'anemia in gravidanza
- 2) Individuare precocemente i fattori di rischio anamnestici e di nuova insorgenza
- 3) Disporre di un accesso venoso in tutte le donne in travaglio
- 4) Posizionare a tutte le donne la sacca trasparente graduata per il monitoraggio della perdita ematica postpartum
- 5) Eseguire a tutte le donne profilassi con ossitocina 10 U.I. IM al disimpegno delle spalle
- 6) Somministrare metergolina 1 fiala im dopo il secondamento ( opzionale nel basso rischio)
- 7) Attenta verifica della integrità delle placenta e delle membrane per escludere ritenzione cotiledoni
- 8) Delicato massaggio esterno del fondo uterino
- 9) Verificare stato vescicale se presenza di globo praticare cateterismo estemporaneo
- 10)Skin to skin
- 11)Verificare riduzione progressiva perdita ematica e mantenimento contrattura uterina
- 12)Episiorrafia
- 13)Osservazione per 2 ore

**Secondo livello: perdita ematica > 500 ml e <1000 ml paziente stabile. Non certezza del controllo definitivo della perdita ematica. Eziologia EPP da definire**

- 1) Allertare team emergenza /urgenza
- 2) Informare la paziente della necessità di procedure di sicurezza
- 3) Compressione uterina
- 4) Metergolina 1 f.i.m. (se non somministrata precedentemente)
- 5) Aggiungere secondo accesso venoso (16 G)
- 6) Ossitocina 20 u.i. in 500ml fisiologica
- 7) Approntare Nalador 1 fiala in 250 ml fisiologica
- 8) Acido tranexamico 1 gr (2 fiale) e.v.
- 9) Prelievo per esami ematochimici
- 10)Posizionare catetere vescicale
- 11)Ricerca origine sanguinamento con regola delle 4 T
- 12)Controllo ecografico
- 13)Monitorare parametri vitali e monitoraggio con saturimetro digitale
- 14)Trattare ipovolemia con cristalloidi (Ringer lattato)
- 15)Riscaldare la paziente
- 16)Attivare processo di richiesta emoderivati.

**ATONIA TERZO LIVELLO Perdita ematica maggiore di 1000 ml. Non certezza del controllo definitivo della perdita ematica**

(Totale dei farmaci somministrati e in corso di somministrazione: 10 U.I. Syntocinon im, 20-40 U.I. Syntocinon e.v. in fis. 500ml., 1 f. methergolina i.m., 1 fiala Nalador in 250 ml sol fisiologica, 1 gr acido Tranexamico, 500 ml ringer lattato )

1. Informare paziente e familiari delle ulteriori procedure
2. Aggiungere agli uterotonici somministrati Cytotec 4 cp via rettale
3. Ossigeno in maschera (10-15 L minuto)

Applicare balloon con controllo ecografico posizionamento e addome completo

4. Se paziente stabile e disponibile radiologia interventistica valutare opportunità di embolizzazione arterie uterine

I sistemi di tamponamento uterino mediante sistemi di distensione del viscere uterino con balloon di gomma o silicone sostituiscono i classici tamponamenti con garza e sono ritenuti l'intervento di prima scelta in caso di non adeguata efficacia degli uterotonici nella EPP da atonia grazie alla loro duplice azione: compressione superficie di sanguinamento e stimolo contrattura uterina (25, 26). L'applicazione è semplice, rapida, poco invasiva e l'efficacia estremamente elevata, superiore al 75%. Può essere utilizzato sia nel parto vaginale che nel taglio cesareo ed in ogni caso può ridurre la perdita ematica in attesa di ulteriori interventi.

È consigliata la profilassi monodose antibiotica e la rimozione graduale entro 12 ore dall'applicazione .

**ATONIA QUARTO LIVELLO Perdita ematica maggiore di 1500. Non certezza del controllo definitivo della perdita ematica**

- 1) Informare paziente e familiari della possibilità di intervento chirurgico anche demolitivo
- 2) Trasferimento in sala operatoria se non già avvenuto
- 3) Valutare opportunità somministrazione Fattore VII attivato ricombinante (Novo Seven)
- 4) Valutare possibilità e opportunità embolizzazione arterie uterine
- 5) Valutare necessità di trattamento chirurgico conservativo/demolitivo

**IL SOSTEGNO DEL CIRCOLO**

Sebbene la correzione dell'ipovolemia e dello shock verranno gestite dal personale specializzato in anestesia e rianimazione la fase iniziale dell'EPP è generalmente affrontata dal personale ostetrico ad eccezione dei punti nascita ad alto volume di attività dove esiste un team di sala parto permanente plurispecialistico. Il primo intervento di sostegno del circolo sarà affidato ai cristal-

loidi (ringer lattato, soluzioni fisiologiche) ricordando che 1500 ml di cristalloidi sostituiscono 500 ml di sangue (regola del 3:1), non forniscono mezzi di trasporto di ossigeno ai tessuti e soprattutto ad alte dosi possono determinare una coagulopatia da diluizione in qualche caso letale. I colloidi (Voluven ecc.) hanno una maggiore efficacia nell'espandere il volume plasmatico rispetto ai cristalloidi (regola dell'1:1) ma hanno gli stessi svantaggi.

Pertanto il loro impiego dovrebbe essere limitato alle prime fasi dell'EPP e in quantità strettamente necessaria al sostegno del circolo in attesa delle emazie concentrate, del plasma e del fibrinogeno o dei crioprecipitati. Nel posizionamento di una agocannula periferica si deve tener conto che la cannula da 20 gauge consente un flusso di 65 ml/min, quella da 16 G 210 ml/min e quella da 14 G 315 ml/min.

Nelle emorragie massive lo specialista rianimatore avrà posizionato un catetere venoso centrale (CVC) attraverso la giugulare interna. Con la rapida infusione di cristalloidi, inizialmente, a causa della costrizione venosa generalizzata indotta dallo shock, la pressione atriale destra risalirà con un volume di liquidi somministrati inferiore alla perdita ematica. Quindi un eccesso di liquidi somministrati prima che il sistema venoso e l'atrio destro non abbiano ridotto il loro tono può comportare un sovraccarico di cuore destro. La soluzione fisiologica in grandi quantità oltre ad un effetto negativo sui fattori della coagulazione per diluizione può determinare un'acidosi ipercloremica. I colloidali hanno invece un rischio di shock anafilattico oltre alla coagulopatia.

A tuttoggi è argomento di discussione quale sia il miglior mezzo liquido per sostenere il circolo nello shock emorragico, pertanto ogni punto nascita concluderà in sede multidisciplinare il protocollo da adottare. La posizione di Trendelenburg non è ritenuta efficace nello shock ipovolemico da emorragia (27,28).

#### EMODERIVATI

L'alta mortalità associata alla EPP è generalmente correlata al ritardo nel riconoscimento della ipovolemia e alla insufficiente terapia trasfusionale ed infusione per il sostegno del circolo e per l'ossigenazione tissutale (29).

Nelle prime fasi di attivazione del team dell'emergenza/urgenza si invia un campione urgente di sangue in laboratorio per determinazione emocromo, PT, PTT e fibrinogeno e prove crociate di compatibilità.

Sebbene le trasfusioni di sangue non siano prive di rischi (reazioni di incompatibilità e trasmissione di infezioni) il ritardo nella infusione di sangue è una delle principali cause di mortalità per EPP.

I globuli rossi concentrati (GRC)

### Per saperne di più

1. A textbook of postpartum hemorrhage 2006 Sapiens Publishing
2. Leduc D et al. Active management of the third stage of labour: prevention and treatment of postpartum hemorrhage. J Obstet Gynaecol Can 2009; Oct 31:980-93
3. Le Bas et al. Use of the obstetric shock index as an adjunct in identifying significant blood loss in patient with massive postpartum hemorrhage. Int. J. Gyn Obst. 24:253-55 2014
4. Mhyre JM et al. The maternal early warning criteria: a proposal from the national partnership for maternal safety. Obstet Gynecol 2014;124:782-86
5. Shields LE et al. Use of maternal early warning trigger tools reduces maternal morbidity. Am J Obst Gynecol apr 2016;214: 527 e1- 527 e6
6. Arulkumaran S et al. Massive obstetric hemorrhage. In Oxford Handbook of Obstetrics and Gynaecology Oxford University Press 2003
7. Anderson J et al. Postpartum hemorrhage in Advanced life support in obstetrics (ALSO) provider course manual. Kansas American Academy of family physicians 2000; 1-15
8. Magann et al. Postpartum hemorrhage after vaginal birth: an analysis of risk factors. S Med J 2005; 98:419-22
9. Abedi P et al. Breastfeeding or nipple stimulation for reducing postpartum haemorrhage in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev 2016; 1:CD10845
10. Begley F et al. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev 2015; 3:CD007412
11. Hofmeyr GJ e coll Controlled cord traction for the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev2015; 1:CD008020
12. Anorlu RI et al. Methods of delivery the placenta at cesarean section. Cochrane Database Syst Rev 2008;3:CD004737
13. NICE National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. NICE Clinical Guideline 190. London Institute for Health and Clinical Excellence 2014
14. Hofmeyr GJ et al. Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. Cochrane Database Syst Rev 2013; 7:CD006431
15. Parker SL, Schimmer BP. Pituitary hormones and their hypothalamic releasing hormones In Goodman and Gilman eds. The Pharmacological Basis of Therapeutics 11 th ed. New York 2006: Mc Graws Hill 1489-510
16. Stephens LC, Bruessel T. Systematic review of oxytocin at cesarean section. Anaesth Intensive Care 2012; 247-52
17. El Behery et al. Carbetocin versus oxytocin for prevention of postpartum hemorrhage in obese nulliparus women undergoing emergency cesarean delivery. J Maternal Fetal Neonatal Med 2016; 29:1257-60
18. Lokumagage AU e coll. A randomized study comparing rectally administered misoprostol versus syntometrine combined with an oxytocin infusion for the cessation of primary postpartum hemorrhage. Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80:835-9
19. Simonazzi e coll Tranexamic acid for preventing postpartum blood loss after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Acta Obstet Gynecol Scand 2016;95:28-37
20. Dildy GA3rd Postpartum hemorrhage: new management option Clin Obstet Gynecol 2002; 45:330-44
21. Hedner U Recombinant factor VIIa ( Novo Seven ) as a haemostatic agent. Bloodline Rev 2001; 1:3-4
22. Aledort LM. Comparative thrombotic event incidences af-

ter infusion of recombinant factor VIIa versus factor VIII inhibitor bypass activity. J Thromb Haemost 2004; 2:1700-8

23. Merien AE et al. Multidisciplinary team training in a simulation setting for acute obstetrics emergencies: a systematic review. Obstet Gynecol 2010;115:1021-1031

24. Ragusa A, Crescini C. Urgenze ed emergenze in sala parto Piccin 2 ed. 2016

25. Condous GS et al. The tamponade test for massive postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol 2003;104(4):767-772

26. Ragusa A e coll Tamponade test in the management of massive postpartum hemorrhage : the use of the Rush balloon . Reproductive Sciences 2009; 16 (3) (supplement):535

27. Bridges N, Jarquin- Valdivia AA Use of the trendelenburg position : to T or not to T ? Am J Crit Care 2005;14:364-8

28. Haute Autorite de Santé Guidelines for clinical practice - Postpartum hemorrhage J Gynecol Obstet Biol Reprod 2003;33(8):4S6-4S136

29. Bonnet MP et al. Transfusion practices in postpartum hemorrhage:a population-based study. Acta Obstet Scand apr 2012;92:404-1

hanno la finalità di trasportare ossigeno ai tessuti, il plasma quella di prevenire la coagulopatia e sostenere il circolo.

L'EPP interessa generalmente una popolazione di giovani donne sane in cui lo shock ipovolemico si manifesta tardivamente perché i meccanismi di compenso sono inizialmente molto efficaci, inoltre è noto che vi è sempre una sottostima della perdita ematica. Per questo motivo e per i dati osservazionali sugli esiti negativi del ritardo nel procedere alla emotrasfusione si ritiene che questa debba essere iniziata precocemente, a giudizio clinico e non sui dati di laboratorio.

Infatti la concentrazione di emoglobina e l'ematocrito in corso

di EPP non rispecchia la reale condizione clinica.

In caso di estrema urgenza si utilizzeranno sacche di GRC gruppo 0 Rh D negativo che deve essere a disposizione sempre in ogni punto nascita.

Generalmente una unità di GRC aumenta l'HB di 1,5 gr e l'Ht del 4 % in una paziente del peso di 70 kg.

Il plasma fresco congelato (PFC) mantiene inalterati i fattori della coagulazione e viene somministrato con un rapporto 4:6 con i GRC anche se recentemente si ritiene che sia più efficace per la prevenzione delle alterazioni della coagulazione della EPP un rapporto PFC: GRC di 1:1

Si deve altresì tener conto che il

PFC richiede tempo per essere scongelato ed utilizzato e che contiene una quantità limitata di fibrinogeno pertanto non è sufficiente per correggere l'ipofibrinogenemia.

I crioprecipitati contengono prevalentemente fibrinogeno e fattore VIII e sono fondamentali per correggere l'ipofibrinogenemia soprattutto quando il valore tende a scendere sotto il valore di 2 gr/l.

Il fibrinogeno concentrato (Haemocomplettan P) non è disponibile nella maggior parte dei punti nascita italiani di conseguenza in caso di ipofibrinogenemia vengono impiegati i crioprecipitati che rappresentano una valida alternativa.

Si deve altresì ricordare che la fibrinogenemia a termine di gravidanza è fisiologicamente aumentata e può raggiungere i 7 gr/l, di conseguenza il valore soglia di allarme di 2 gr/l potrebbe corrispondere ad una perdita superiore al 50% del fibrinogeno di partenza nella donna a termine.

La somministrazione di concentrati piastrinici deve essere presa in considerazione in presenza di un valore inferiore a 75.000.

Quando tutti i metodi prima descritti falliscono non rimane che la scelta chirurgica, complessa ed articolata, a seconda delle differenti situazioni cliniche e che sarà oggetto di una successiva trattazione. **Y**

## Emorragia post partum. Presentata all'Iss la prima Linea Guida per la prevenzione e il trattamento

■ La prima Linea Guida italiana *evidence based* sulla prevenzione dell'emorragia post partum è stata presentata all'ISS il 24 ottobre scorso. Raccoglie le migliori evidenze cliniche a supporto di quella che è la prima causa di mortalità e grave morbosità materna a livello globale. L'Italia è tra i paesi europei con i minor tassi di mortalità materna, ma per l'ISS si può fare di più

**L**a prima Linea Guida italiana *evidence based* sulla prevenzione dell'emorragia post partum raccoglie le migliori evidenze clini-

che a supporto di quella che è la prima causa di mortalità e grave morbosità materna a livello globale. La Linea Guida italiana, frutto del progetto di

sorveglianza ostetrica coordinato dall'Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS) del Centro Nazionale di Epidemio-

► Segue a pagina 32



► Segue da pagina 14

## Nel 2015 aborti in calo del 9,3% e per la prima volta sotto i 90mila. Anche merito pillola dei 5 giorni dopo

percentuale, nel 2015 il 43.1% delle donne che hanno abortito era in possesso di licenza media superiore, e il 42.9% risultava occupata. Per le italiane la percentuale delle nubili (56.9%) era superiore a quella delle coniugate (36.4%), al contrario delle donne straniere (48.3% le coniugate, 45.2% le nubili). Il 44.8% delle donne italiane che ha eseguito una Ivg non aveva figli.

Considerando solamente le Ivg effettuate da cittadine italiane, la riduzione per le donne italiane dal 1982 ha subito un decremento percentuale del 74.3%, passando da 234.801 a 60.384 nel 2015.

**Tempi di attesa.** Sono in diminuzione i tempi di attesa tra rilascio della certificazione e intervento (possibile indicatore di efficienza dei servizi). La percentuale di Ivg effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento è infatti aumentata: è il 65.3% nel 2015, 64.8% nel 2014, era il 62.3% nel 2013 e il 59.6% nel 2011. È diminuita la percentuale di Ivg effettuate oltre le 3

settimane di attesa: 13.2% nel 2015 e 2014, era il 14.6% nel 2013 e il 15.7% nel 2011.

**Obiezione di coscienza.** Il numero degli obiettori resta alto nonostante per il Ministero "non emergono criticità nei servizi". Nel 2014 la relazione conferma valori elevati di obiezione di coscienza, specie tra i ginecologi (70.7%, cioè più di due su tre) in aumento dello 0,7% rispetto al 2013. Ricordiamo che a livello nazionale, si è passati dal 58.7% del 2005, al 69.2% del 2006, al 70.5% del 2007, al 71.5% del 2008, al 70.7% nel 2009, al 69.3% nel 2010 e 2011, al 69.6% nel 2012, al 70.0% nel 2013 e al 70,7% nel 2014. Tra gli anestesisti nel 2014 si è registrato un calo (48,4% rispetto al 49.3% del 2013). Per il personale non medico dopo gli ultimi anni d'incremento, con valori che sono passati dal 38.6% nel 2005 al 46.5% nel 2013, nel 2014 c'è stato un calo al 45,8%.

"La prevenzione dell'Ivg è obiettivo primario di sanità pubblica - scrive il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin - Dal 1983 l'Ivg è in diminuzione in Italia; attualmente il tasso di abortività del nostro Paese è fra i più bassi tra quelli dei paesi occidentali".

Il Ministro rileva come però "rimane elevato il ricorso all'Ivg da parte delle donne

straniere, a carico delle quali si registra un terzo delle Ivg totali in Italia: un contributo che è andato inizialmente crescendo e che, dopo un periodo di stabilizzazione, sta diminuendo in percentuale, in numero assoluto e tasso di abortività".

Lorenzin fa notare come in sono "in diminuzione i tempi di attesa, pur persistendo una non trascurabile variabilità fra le regioni. E la mobilità fra le regioni e province è in linea con quella di altri servizi del Servizio Sanitario Nazionale".

**Menzione a parte riguardo l'esercizio dell'obiezione di coscienza e l'accesso ai servizi Ivg.** Il Ministro rileva come "si conferma quanto osservato nelle precedenti relazioni al Parlamento: su base regionale e, per quanto riguarda i carichi di lavoro per ciascun ginecologo non obiettore, anche su base 7 sub-regionale, non emergono criticità nei servizi di Ivg" e per cui secondo i dati "il numero dei non obiettori nelle strutture ospedaliere sembra quindi congruo rispetto alle Ivg effettuate; il numero degli obiettori di coscienza nei consultori, pur nella non sempre soddisfacente copertura dei dati, è sensibilmente inferiore rispetto a quello registrato nelle strutture ospedaliere".

## Smic.Arisi: "Pillola 5 giorni dopo sia obbligatoria in tutte le farmacie italiane"

**“La pillola dei 5 giorni dopo sia obbligatoria in tutte le farmacie italiane. Evitiamo che le donne siano costrette a passare da una farmacia all'altra per reperire il farmaco per la Contraccezione d'emergenza”. È questo l'appello lanciato dalla Società Medica Italiana per la Contraccezione (Smic) che sollecita il ministero della Salute ad aggiornare l'elenco dei medicinali che le farmacie sono tenute a detenere obbligatoriamente. Oggi l'obbligo riguarda, infatti, genericamente tutta la categoria dei contraccettivi, senza alcuna distinzione tra quelli "ordinari" e quelli "d'emergenza" con il rischio che la pillola dei cinque giorni dopo non si trovi in tutte le farmacie.**

Questo nonostante *ellaOne*, conosciuta appunto come la pillola dei 5 giorni dopo, abbia avuto un merito significativo nella forte riduzione degli aborti nel 2015, come ha rilevato la Relazione al Parlamento sulla legge 194 del ministro della Salute Beatrice Lorenzin. Un risultato importante sul piano della prevenzione dell'evento abortivo, che ha spinto **Emilio Arisi**, Presidente della Smic, a sollecitare "un urgente aggiornamento dell'elenco dei medicinali in commercio che le farmacie sono tenute a detenere obbligatoriamente in farmacia".

"L'ultimo aggiornamento delle tabelle risale infatti al 2014 - ha spiegato Ari-

si - e prevede che il farmacista sia tenuto a conservare un contraccettivo qualsiasi, senza operare distinzione tra quelli 'ordinari', che si assumono quotidianamente per prevenire gravidanze indesiderate, e quelli 'd'emergenza', utili ai fini di prevenire una gravidanza dopo un eventuale fallimento del metodo contraccettivo utilizzato (rottura preservativo, dimenticanze pillola, ecc) o nel caso di un rapporto sessuale non protetto.

Inoltre le vecchie tabelle non tengono conto delle recenti modifiche del regime prescrittivo degli anticoncezionali d'emergenza di ultima generazione (la cosiddetta pillola dei 5 giorni dopo) per i quali è stato tolto l'obbligo di ricetta per le donne maggiorenti.

Questo cambio di regime prescrittivo e la conseguente maggiore fruibilità nell'accesso al nuovo farmaco anticoncezionale d'emergenza, come rilevato proprio dalla relazione del ministro Lorenzin, è tra le cause della diminuzione delle interruzioni volontarie di gravidanza. Dare la certezza alle donne italiane - conclude Arisi - di poter trovare in ogni farmacia del territorio nazionale questo presidio farmacologico, senza essere costrette, come spesso avviene, di passare da una farmacia all'altra, è pertanto un fattore importante per ottenere un ulteriore e auspicabile calo delle Ivg anche negli anni a venire".

## Emorragia post partum. Presentata all'Iss la prima Linea Guida per la prevenzione e il trattamento

► Segue da pagina 31

logia Sorveglianza e Prevenzione della Salute dell'Iss e finanziato dal Ministero della Salute, insiste su alcuni punti chiave per prevenire e trattare questa grave patologia.

"Quella presentata oggi è una linea guida di estrema importanza - ha dichiarato **Walter Ricciardi**, Presidente dell'Iss - nonostante l'Italia sia tra i Paesi europei con i minori tassi di mortalità materna si può fare di più. Grazie ai progetti finanziati dal Ministero della Salute stiamo, infatti, cercando di rendere sempre più capillare la sorveglianza di questo fenomeno perché ci siano sempre meno morti evitabili. Anche questa linea guida, frutto della sorveglianza coordinata dall'Iss, va in questa direzione".

**Tra i focus individuati dalla linea guida** l'identificazione precoce del rischio della donna come per esempio precedenti emorragie del post partum o ta-

gli cesarei, una gravidanza gemellare o un bambino di peso superiore a 4 kg alla nascita. Tra i punti centrali una migliore comunicazione tra professionisti, la donna e i suoi familiari sin dall'esordio del quadro clinico, ma anche l'appropriatezza all'indicazione del cesareo e il monitoraggio della donna durante il post partum.

La linea guida è finalizzata alla promozione delle buone pratiche cliniche nella gestione della EPP (emorragia post partum) e completa le attività di aggiornamento promosse dall'Iss su questa grave condizione clinica.

"Da oggi grazie a questa linea guida abbiamo uno strumento aggiornato con le migliori evidenze cliniche a disposizione di medici e ostetriche - ha spiegato **Serena Donati**, del Reparto Salute della Donna e dell'Età evolutiva dell'Iss - si tratta di una risorsa importante che nasce da un bisogno intercettato dall'analisi dei dati prodotti dal nostro sistema di sorveglianza ostetrica".

"Le indagini confidenziali hanno messo in evidenza criticità simili a quelle del Regno Unito che ha insieme a noi un basso tasso di mortalità materna - ha aggiunto Donati - le principali criticità riscontrate nella gestione delle emergenze emorragiche sono: l'inadeguata comunicazione tra professionisti, il ritardo nella diagnosi, l'inappropriata assistenza durante la gravidanza, l'inappropriata indicazione al taglio cesareo e l'inappropriato monitoraggio della donna nelle prime 24 ore dopo il parto, informazioni che abbiamo recepito e utilizzato nello sviluppo della nuova Linea Guida".

La linea guida, redatta sulla base di una rigorosa e aggiornata analisi della letteratura scientifica, è il frutto del lavoro di un gruppo multidisciplinare di esperti incaricati anche dalle società scientifiche: ginecologi, ostetriche, infermieri, anestesisti, ematologi, trasfusionisti, radiologi, anatomopatologi, epidemiologi, metodologi di linee guida, documentalisti e rappresentanti dei cittadini e del Ministero della Salute. La metodologia adottata è quella del Sistema Nazionale Linee Guida-ISS, basata sulla rivi-

sione sistematica delle prove disponibili nella letteratura scientifica, la loro valutazione e selezione e sulla interpretazione dei risultati alla luce dell'esperienza dei diversi professionisti coinvolti nel gruppo di sviluppo del documento.

**Il documento passa in rassegna** le procedure volte alla prevenzione dell'EPP grazie al riconoscimento delle donne a maggior rischio, la terapia medica e chirurgica della condizione e la sua gestione multidisciplinare, l'assistenza nel post partum e gli aspetti relativi alla gestione del rischio clinico, con particolare riguardo all'organizzazione e alla comunicazione all'interno del team assistenziale e con le donne e i loro familiari. La versione divulgativa sarà diffusa nei servizi sanitari frequentati dalle donne in età riproduttiva per permettere loro di affrontare un'eventuale emergenza con maggiore competenza e consapevolezza. Nell'ambito delle stesse attività di ricerca da cui è nata l'idea di questa Linea Guida è stato possibile stimare, grazie al sistema di sorveglianza della mortalità materna coordinato dall'Iss in 8 regioni che coprono il 73% dei nati in Italia, non solo un rap-

porto di mortalità materna pari a 9 decessi ogni 100.000 nati vivi, ma anche la proporzione di morti materne dovute a emorragia ostetrica.

Le regioni coinvolte nella sorveglianza sono: Lombardia, Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania, Puglia e Sicilia. Tra il 2006 e il 2012 su 100 donne morte a seguito di complicazioni ostetriche della gravidanza e del parto, 43 sono decedute per emergenze emorragiche. Il rapporto di mortalità materna stimato nel nostro Paese (9/100.000 nati vivi) si colloca nei valori medio-bassi europei, in analogia a quanto stimato in Francia e nel Regno Unito.

Al contrario, la proporzione di decessi materni ascrivibili a complicazioni emorragiche è superiore rispetto a quella rilevata in altri paesi economicamente avanzati. Per questo motivo l'ItOSS ha provveduto a diffondere i risultati prodotti dal sistema di sorveglianza e ha promosso attività di ricerca e aggiornamento professionale sul tema della EPP con l'obiettivo di migliorare la prevenzione e il trattamento dei casi evitabili. **Y**





## Il gene del *diavolo*

**Eliminare le patologie genetiche può essere definito un atto eugenetico? Chi è portatore della malattia genetica? La persona, la comunità o lo Stato? Lo screening al portatore, la consulenza genetica, la diagnosi preimpianto sono necessarie?**

**S**ono domande che in Italia creano ancora dissensi, prima che riflessione. In Italia dove la malattia genetica è ancora considerata come una "maledizione familiare: serpeggia tra generazioni, scompare e ricompare. È cosa ben diversa da una malattia infettiva. Mentre virus e batteri sono nemici esterni, visibili, identificabili, contro i quali è lecito, persino doveroso combattere, i geni non lo sono. La malattia genetica la porti dentro. È parte di te. È il diavolo in corpo".

Genetista dalla curiosità insaziabile, Baroukh Maurice Assael (Alessandria, Egitto, 1947) ha lavorato al Mario Negri, è stato docente di Pediatria all'Università di

Milano e fino al 2015 direttore del Centro Fibrosi Cistica di Verona. Nel suo libro "Il gene del Diavolo" (Bollati Boringhieri ed. 2016) affronta alcune delle tematiche più affascinanti e controverse della nostra epoca: la genomica, la responsabilità sociale, i costi legati alla scelte genetiche. E si chiede se sia utile o meno l'eugenetica (o neo-eugenetica) come soluzione ultima per questo tipo di patologia. Assael ripercorre la storia di malattie genetiche che hanno segnato alcune comunità, come gli ebrei askenaziti o gli hamish. In particolare tratta in modo approfondito l'esempio italiano della talassemia. Racconta la sua esperienza positiva in Veneto

presso il Centro di Fibrosi Cistica di Verona. Sono storie affascinanti dal punto di vista biologico, medico e sociale. Storie che costituiscono altrettante occasioni di approfondite e brillanti indagini nel campo della genetica.

"L'intervento sanitario contro le malattie ereditarie – scrive Assael – ha una valenza sociale. È una questione antropologica prima ancora che medica, dal momento che non mira a guarire i malati, bensì a diminuire l'incidenza del male anche nelle generazioni future". Partendo da queste premesse Assael cerca di precisare anzitutto quali siano i modelli d'intervento auspicati e quelli che poi vengono realmente attuati per il



**IL GENE DEL DIAVOLO**  
*Le malattie genetiche, le loro metafore, il sogno e le paure di eliminarle*

BAROUKH M. ASSAEL

Bollati Boringhieri, 2016  
Pagine 186

Euro 15

controllo della diffusione delle malattie genetiche. Analizza le diverse modalità sviluppate in contesti culturali del tutto differenti. E infine si chiede cosa abbia spinto categorie di persone, scienziati o meno, ad auspicare l'attuazione di programmi eugenetici o "neo-eugenetici" e con quali risultati. Si tratta di un libro di grande interesse dove gli argomenti trattati sono ben motivati e ricchi di considerazioni rivelatrici. Si

organizzano attorno al tema portante del libro: l'intervento sanitario sulle malattie genetiche. E anche se oggi si torna a parlare di programmi "neo-eugenetici", pesano ancora le metafore che "il gene del diavolo" porta con sé, le stigmatizzazioni sociali e persino, in certi casi, l'identità etnica d'interi popolazioni. Tutto questo suggerisce la complessità e il fascino di queste problematiche ancora lontane dall'essere ben definite.



**QUANDO IL RESPIRO SI FA ARIA**

PAUL KALANITHI

Mondadori, 2016  
Pagine 149

Euro 18

**P**erché recensire un'autobiografia sulla vita, la malattia e la morte di un medico americano di origine indiana? Non un medico famoso con una carriera importante alle spalle. Un trentasettenne specializzando in neurochirurgia. Promettente, con grandi ambizioni ma ancora inesperto, o almeno tale da non aver acquisito particolari meriti sul piano clinico. La risposta va cercata nella storia (triste) che viene raccontata nel libro. È una storia condivisa appieno dal lettore e che tocca profondamente, in modo positivo, noi medici. È una storia che fa ripensare alla vita che facciamo ogni giorno, al modo in

cui viviamo e operiamo. L'autore è Paul Kalanithi, un brillante neurochirurgo di 37 anni, morto a marzo dello scorso anno. Ha scritto e lasciato incompiuto il libro. Sua moglie Lucy, medico anche lei, ha scritto poi uno struggente epilogo e l'ha dato alle stampe. Appena pubblicato negli Stati Uniti si è subito situato in cima alle classifiche. In aprile è arrivato in Italia con il titolo "Quando il respiro si fa aria" (Mondadori ed.) e anche qui ha avuto grande successo. "Feci scorrere le immagini della TAC, la diagnosi era chiara: i polmoni erano costellati di tumori, la spina dorsale deformata, un intero lobo del fegato oscurato.

## Quando il respiro SI FA ARIA

**Ciò che colpisce di più è che questa storia esercita una "attrazione fatale" su noi medici. È vero che chi scrive è un medico, e questo certamente facilita la condivisione: si capiscono meglio i lunghi silenzi, i momenti di ansia, le paure. Ma è anche vero che l'autenticità e la generosità di Kalanithi nel proporre la sua storia permette di pensare, di entrare, di riconoscersi e vedersi**

Cancro molto diffuso". Il libro inizia così. Ed è come ricevere subito un pugno nello stomaco. Le successive pagine parlano di come Paul Kalanithi ha vissuto, pensato, patito. Quali i progetti da realizzare nell'arco dei due anni che rimanevano da vivere. Ma anche come ha accettato con coraggio e determinazione di raccontare il salto di ruolo, passando da curante a persona curata.

Kalanithi condivide la sua storia di malattia con il mondo. "Scelta rischiosa, considerando come l'infermità, il declino, la sofferenza e la morte siano argomenti per lo più rimossi, sconvenienti, roba da scongiurati". Ci è riuscito appieno.

Ma ciò che colpisce di più è che questa storia esercita una "attrazione fatale" su noi medici. È vero che chi scrive è un medico. E questo certamente facilita la condivisione: si capiscono meglio i lunghi silenzi, i momenti di ansia, le paure. Ma è anche vero che l'autenticità e la generosità di Kalanithi nel proporre la sua storia permette di pensare, di entrare, di riconoscersi e vedersi. Si finisce con l'essere in mezzo all'azione. E alla fine si è felice di non essere il protagonista. Scrive la moglie Lucy in un editoriale: "Il successo travolgente del libro mi ha sorpreso, non era affatto scontato. Ha contribuito sicuramente lo

sforzo di scrivere senza calcare la mano, senza illusioni, senza ridurre le questioni a vittoria contro sconfitta, a speranza contro disincanto, a salute contro malattia. Ha fatto capire che la domanda non è semplicemente se vivere o morire, ma che genere di vita valga la pena di vivere". Una domanda che Kalanithi si è fatta diverse volte nel rapido precipitare della sua esistenza verso la fine. La sua risposta è stata una vita piena, "con coraggio e forza d'animo", perché il problema non è l'esito scontato per ogni essere vivente, è il senso di quello che succede fino al momento in cui "il respiro si fa soffio d'aria".

► **Segue da pagina 5**

### Ddl "Responsabilità professionale" a rischio?

troppo importante per il nostro Paese che non può correre il rischio di essere rimandata. L'Organizzazione Mondiale della Sanità afferma che un paziente su dieci subisce un danno a seguito delle cure. Ritardare l'approvazione di una legge che introduce regole precise sull'applicazione di protocolli, buone pratiche, linee guida per "salvare vite umane" sarebbe un fatto grave. Dobbiamo evitare che ciò accada. Facendosi interprete del sentire di

molti medici, infermieri e associazioni di cittadini, il Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente della Regione Toscana, in collaborazione con *Quotidiano Sanità*, lancia un appello al neo Presidente del Consiglio **Paolo Gentiloni** e ai presidenti del Senato **Piero Grasso** e della Camera **Laura Boldrini**, perché si adoperino affinché questa legge non subisca slittamenti e sia approvata il primo possibile.

**Riccardo Tartaglia**  
Responsabile Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente della Regione Toscana

► **Segue da pagina 17**

**Francesca Merzagora**, Presidente di Onda ha ricordato che "Le malattie cardiometaboliche sono sempre più diffuse nella popolazione femminile e meritano un'attenzione particolare in quanto patologie multifattoriali con un forte impatto sulla salute generale della donna. A parità di rischio cardiovascolare le donne continuano a ricevere meno frequentemente terapie farmacologiche o comportamentali di prevenzione rispetto a quanto accade nella popolazione maschile in tutte le fasce di età". Il prestigioso riconoscimento

► **Segue da pagina 17**

### Il riconoscimento BEST PRACTICE 2016 di ONDA a sette ospedali italiani

valorizza e incoraggia il progetto complessivo, che si iscrive nell'ambito dello sviluppo della Medicina di Genere e che mira a proporre la costituzione di un percorso Aziendale "Salute Donna" finalizzato allo sviluppo di una rete multidisciplinare e multiprofessionale integrata. L'obiettivo è quello di sviluppare programmi specifici nelle aree in

cui la salute delle donne è maggiormente a rischio e presenta particolari difficoltà: la gravidanza rappresenta una "finestra strategica" e privilegiata per riconoscere i possibili rischi per specifiche future patologie di genere e l'istituzione di percorsi post partum per chi abbia presentato patologie della gravidanza correlate a patologie croniche successive rappresenta un'importante azione di politica sanitaria e di prevenzione volta a ridurre i costi umani e socioeconomici che le patologie croniche comportano.

In ricordo di un grande medico italiano

# Grazie Prof. Veronesi

AOGOI ricorda con affetto e grande riconoscenza il prof. Umberto Veronesi che oltre ad essere stato uno scienziato di fama internazionale è stato in particolare un medico che ha dedicato tanta attenzione e tanta parte della sua magnifica attività professionale alla battaglia contro i tumori delle donne. E noi ginecologi, i medici appunto delle donne, gliene siamo riconoscenti e quotidianamente continuiamo il suo impegno per la prevenzione, la diagnosi precoce e la cura dei tumori femminili



**G**razie per tutto quanto fatto per migliorare le tecniche chirurgiche contro il cancro della mammella; grazie per la sua tenacia che ci ha insegnato a credere nel progresso della scienza sopra ogni cosa; grazie per i milioni di donne strappate a terribili (ed inutili) mutilazioni della loro femminilità in nome di insostenibili concezioni superate dalla medicina basata sull'evidenza dei suoi studi; grazie per la lezione di civiltà dei suoi interventi sempre pacati anche quando intorno i toni erano insopportabili, per la sua capacità di innovare senza avventure, per la sua volontà di far crescere giovani talenti nella scienza medica.

Come medici e in particolare come ginecologi ci siamo entusiasmati per i risultati del suo im-

pegno nel campo della prevenzione, della diagnostica precoce e della cura dei tumori femminili. Abbiamo imparato a conoscere e ad apprezzare i suoi suggerimenti sul miglioramento degli stili di vita per la prevenzione delle neoplasie e le sue battaglie contro l'ignoranza e la rassegnazione nei confronti di un nemico che – grazie anche ai suoi studi insieme a quelli di tanti ricercatori sostenuti dalle sue iniziative – invincibile ed "incurabile" proprio non è.

Abbiamo capito l'importanza di un percorso di cura del cancro fondato anche sul sostegno psicologico, sul saper comunicare con i malati e saperli comprendere e rendere forti anche quando la mente vacilla ed il proprio corpo sembra piegarsi di fronte alla forza del male che ti consuma. Ci ha insegnato a

credere nell'efficacia delle cure offerte dalla scienza e nella necessità di coinvolgere il malato facendolo sentire attore nella lotta e non vittima inesorabile della malattia. Ha convinto i chirurghi a rispettare sempre più il corpo delle donne pur nella battaglia per vincere il cancro. Ah, professor Veronesi, di quante donne disperate per sentirsi ormai condannate dal cancro ha cinto amorevolmente le spalle infondendo loro il coraggio e la forza per credere nella guarigione! A quante donne guarite dal "male incurabile" ha consentito di ritornare serenamente ai propri cari e alla propria vita! E lei, con il suo sorriso, con le sue parole serene ed incoraggianti ma mai banalmente di circostanza, quante volte ha strappato alla disperazione donne che nella migliore

delle ipotesi si consideravano ormai menomate nella loro femminilità e deturpate nel loro aspetto muliebre?

Le donne, le "sue" donne, tutte quelle tantissime fortunate e guarite ma anche quelle che neppure la scienza è riuscita a salvare dal cancro, la ammiravano e la ascoltavano come un medico veramente 'amico' e 'buono', come ogni medico – dicevano – dovrebbe essere. Ecco, credo che l'insegnamento più grande che dalla sua formidabile esperienza professionale si debba cogliere sia proprio la necessità di essere vicini ai pazienti, disponibili ad ascoltarli e ad essere sempre empatici e vicini alla loro silenziosa e a volte disperata richiesta d'aiuto. È indispensabile che ogni medico impari a comunicare utilmente e umilmente con il

malato e sia capace di comprenderne ansie e paure, dandogli sicurezza in un momento così difficile e rischioso. Con la stessa amorevolezza e dolcezza mostrata sempre dal prof. Umberto Veronesi.

E infine, ma non certo per ultimo, un grazie di cuore a nome di tutti i medici italiani per avere contribuito a dare onore e validità scientifica internazionale ad una categoria di uomini e donne di scienza, spesso sottovalutata e a volte maltrattata ma che nella stragrande maggioranza dei suoi componenti ogni giorno si dedica – magari con mezzi insufficienti – ad alleviare le sofferenze e a migliorare la salute e la qualità della vita dei nostri concittadini.

Carlo Maria Stigliano  
Consiglio Direttivo AOGOI



**Scuola Multidisciplinare di Formazione Aggiornamento e Qualificazione in Fisiopatologia del Tratto Genitale e Malattie a Trasmissione Sessuale**

Riconosciuta dalla I.U.S.T.I. – EUROPE

International Union Against Sexually Transmitted Infections

Riconosciuta dalla AOGOI - Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani quale Polo Culturale di Eccellenza per le attività didattiche e scientifiche promosse



**36° CORSO DI FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO IN FISIOPATOLOGIA CERVICO-VAGINALE E VULVARE, COLPOSCOPIA E MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE**

Ascoli Piceno, 3 - 5 Aprile 2017

Sede prevista dell'Insegnamento:  
Centro Congressi – Complesso Fieristico della Camera di Commercio

**LETTURA MAGISTRALE: DOTT. RANIERI GUERRA**

Direttore Generale Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute - Roma

**Come cambierà il panorama oncologico nazionale con**

**l'estensione della vaccinazione anti - HPV prevista dal nuovo piano nazionale?**

**COORDINATORE DELL'INSEGNAMENTO: DOTT. MARIO PERONI**

Il Corso, organizzato annualmente da oltre un trentennio, tradizionalmente ottenendo ampi consensi, si svolge in una Città ospitale, ricca di arte e di storia. Nel rispetto delle basi didattiche e pedagogiche di ogni insegnamento, mantiene la sua valida impostazione e pur rinnovato costantemente sotto il profilo culturale e didattico, si articola in sessioni che attingono i più recenti aspetti della prevenzione ginecologica e delle terapie per il tramite di lezioni, video-proiezioni con immagini e filmati diagnostici e terapeutici, conferenze, tavole rotonde e discussioni e mira alla partecipazione ed alla formazione quanto più attiva degli Allievi che hanno nonchè modo di scambiarsi le loro esperienze; tutto ciò nell'ambito di una iniziale esposizione teorica che costituisce la base più propriamente cognitiva allo scopo di attuare il miglior trasferimento nella pratica di quanto si è appreso. Sulla base di queste premesse oltre a lezioni teoriche sono come sempre previste esercitazioni pratiche per piccoli gruppi di Allievi che, sotto la guida di esperti Tutors, si attuano mediante strumentazioni adeguate e talora con il ricorso a simulatori, al fine di iniziare gli Allievi ad attività pratiche, di formarli e perfezionarli nelle loro più corrette attitudini fra cui microscopia, colposcopia, isteroscopia con correlazioni ecografiche, elettroterapia e laserterapia, queste ultime realizzate su tessuti animali. L'Insegnamento, per la sua migliore riuscita, prevede come sempre un numero programmato di Partecipanti e rivolge globale attenzione ai più corretti protocolli diagnostici e terapeutici considerando le più attuali Linee Guida nazionali ed internazionali, nel rispetto delle tradizionali acquisizioni citologiche e colposcopiche, considera ed approfondisce l'apporto, sempre più rilevante, della biologia molecolare con riferimenti ad indagini epidemiologiche. Particolare attenzione è riservata alle problematiche connesse con le Malattie a Trasmissione Sessuale sia nella loro prevenzione che nella diagnostica e nelle terapie specie per l'HPV ed i vaccini, come anche con lo studio della fisiopatologia della vulva. È previsto che il Corso rientri negli obiettivi di interesse nazionale del Ministero della Salute nell'ambito della Educazione Continua in Medicina, lo stesso avendo costantemente ottenuto elevato numero di crediti formativi. Fra i patrocini costantemente conferiti vi sono quelli della International Union Against Sexually Transmitted Infections (I.U.S.T.I.- EUROPE), della SIGO, della AOGOI come anche il Corso è stato oggetto di positiva considerazione dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e da Organi Istituzionali di rilievo. Sono ammessi a partecipare Medici, Specialisti e Specializzandi prevalentemente in Ginecologia ed Ostetricia, sia Italiani che Stranieri come anche altri Operatori della Sanità. Altresì si prevede di realizzare materiale didattico destinato agli Allievi. Il fine principale del Corso è quello di ottimizzare al meglio la comprensione e quindi le attitudini dei destinatari dei messaggi, cioè gli Allievi, veri protagonisti dell'Insegnamento.

**Al Corso sono stati attribuiti nell'anno 2016 21,5 Crediti Formativi ECM.**

Per informazioni contattare:

**bluevents** Tel (+39) 06 36304489 - 06 36382038 - Fax: (+39) 06 97603411  
Provider ECM-ID 836 [formazione@bluevents.it](mailto:formazione@bluevents.it) - [www.bluevents.it](http://www.bluevents.it)



HO  
scoperto  
la pillola,  
senza  
pillola!

Oggi esistono nuovi metodi contraccettivi

**sicuri ed efficaci**

che hanno diverse modalità di assunzione.

Scopri la contraccezione più adatta a te:  
chiedi consiglio al tuo ginecologo e vai su

**[www.lapillolasenzapillola.it](http://www.lapillolasenzapillola.it)**

la pillola,  
senza  
pillola!

Una campagna educativa  
di MSD

# 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