



Dalle incertezze sulla Ru486 alle nuove tariffe il Ssn non guarda «al femminile»

# Si smaglia la rete per le donne

Pillola abortiva: urgono percorsi - Prestazioni "rosa" sottovalutate

**D**esidero esprimere la mia opinione sulla Ru486 e alcuni aspetti di antropologia ed economia sanitaria dedicata alla donna. Se l'obiettivo è interrompere la gravidanza in casi selezionati, il mifepristone o Ru 486 rappresenta un'alternativa all'intervento chirurgico che la ricerca ha messo a disposizione del medico e della paziente e che oggi ha superato non solo la primissima fase di valutazione, ma in alcuni Paesi è già utilizzata.

La Commissione europea, prima di approvare l'uso, ha posto filtri ulteriori con l'obiettivo di migliorare la garanzia per le pazienti e in ottemperanza alle leggi e ai regolamenti nazionali ha dato quindi origine a un processo di valutazione da parte di tutti i Paesi europei e delle istituzioni preposte. Valutazione che per l'Italia si è conclusa a luglio 2009, con una serie di puntualizzazioni sull'uso e sull'informazione, anche quella allegata al farmaco, per paziente e medico specifiche per il nostro Paese. Questo farmaco non è la "cosiddetta pillola del giorno dopo", brutta definizione di una contraccezione di emergenza, e non può essere confusa da nessuno, medici, pazienti o media.

L'utilizzo della Ru486 è stato approvato solo nell'ambito della 194 e quindi può avvenire esclusivamente nell'ambito delle strutture indicate dalla norma, come un ulteriore strumento - il primo non chirurgico - a disposizione per ottemperare alla legge. La sua utilizzazione richiede l'organizzazione di "percorsi assistenziali" specifici, a esempio su come organizzare la struttura in funzione del tempo di azione della procedura (pochi minuti nel caso dell'intervento chirurgico e alcuni giorni nel caso della terapia medica). Va chiarito chi prepara il personale a fornire alla paziente l'informazione specifica e l'articolata richiesta, chi resta a disposizione per garantire l'assistenza, chi si occupa delle donne per cui bisogna comunque ricorrere alla chirurgia tradizionale. Ma soprattutto chi affiancherà la paziente in questo nuovo percorso e, in caso di complicazioni o problemi, come si regolerà il problema delle responsabilità e della obiezione nella realtà pratica degli ospedali. Oggi questi aspetti non mi sono chiari, anche perché saranno necessari specifici corsi di aggiornamento per le strutture e per il personale che si occupano della 194, probabilmente previsti dai protocolli operativi indicati dalle istituzioni competenti.

La 194 ha determinato effetti e risultati sensibili, dimostrando una diminuzione straordinaria del numero delle interruzioni di gravidanza, passate da circa 240mila degli anni '80 a meno di 130mila nel 2008 e la quasi totale scomparsa della clandestinità. Le "italiane residenti" che ogni anno si sottopongono all'interruzione di gravidanza sono meno di 90mila, in calo di quasi il 5% rispetto al 2007. La quota rimanente e in crescita è a carico delle immigrate o addirittura di chi proviene da altri Paesi dove l'aborto avviene ancora nella clandestinità.

## Informazione sessuale al palo

Un dato allarmante riguarda le adolescenti, per le quali non abbiamo notato alcun sostanziale miglioramento o diminuzione nel corso degli anni e che per la Sigo costituiscono un interesse etico e scientifico fondamentale. Tra gli obiettivi non completamente colti della 194, vi sono infatti le strategie di informazione e di prevenzione della gravidanza indesiderata. Le ricerche da noi condotte su campioni di adolescenti hanno dimostrato che la prevenzione, l'informazione sull'educazione sessuale ma soprattutto sulla corretta gestione del proprio programma riproduttivo sono del tutto insufficienti, anche per quanto riguarda le malattie sessualmente trasmesse.

Su questo i dati dell'Osservatorio dell'Istituto superiore di Sanità non sono rassicuranti. Oggi

l'Istat dimostra che l'età media alla prima gravidanza per le donne italiane è molto vicina ai 35 anni (20 anni fa definita "gravida attempata"), che le percentuali di ricorso alla fecondazione assistita stanno inevitabilmente crescendo per colmare questo handicap e ritardo biologico e che si sta ponendo un nuovo problema "confessionale e religioso" per le coppie osservanti che si sottopongono a tali metodiche.

La nostra Nazione è passata da circa 1,2 milioni di nascite degli anni '60 alle 550mila del 2008. Circa il 13% avviene grazie alle immigrate (meno del 5-6% della popolazione italiana). La rete dedicata alla medicina della donna e al materno-infantile non ha ancora reagito completamente a questo brusco mutamento demografico: oggi sarebbe necessaria più attenzione alla qualità e all'organizzazione che alla quantità. Le percentuali elevate di ricorso al cesareo del nostro Paese sono da considerarsi anche come indicatore di disagio professionale, di una richiesta di aiuto oltre che di cambiamento di richieste sociali. Sarebbe necessario investire in formazione medico-professionale e mentalità dedicata alla conservazione dell'integrità genitale per una donna che per motivi sociali e personali decide di concepire il primo figlio tardi quando il tempo, le

malattie come endometriosi, fibromatosi, clamidia ecc. hanno messo a repentaglio la possibilità di concepire naturalmente. Ma come sappiamo bene in Italia, così ricca di patrimonio culturale pieno di storia antica, conservare è più difficile che distruggere, richiede competenza e costa di più.

Come conciliare la realizzazione procreativa e lavorativa per la donna? Perché parlare di economia sanitaria e prestazioni al femminile? Secondo alcuni grandi leader politici l'efficienza delle prestazioni materno-infantili è un indicatore molto importante della qualità e del futuro di una Nazione e dovrebbe essere tra gli obiettivi prioritari delle strategie assistenziali.

Dal punto di vista dell'economia sanitaria e delle proposte future non mi sembra che stiamo andando nella giusta direzione. Le prestazioni femminili sono quasi il 20% del totale, distribuite tra Università, ospedale e territorio (privato e pubblico), e attraversano tutte le fasi della vita, dall'adolescenza alla menopausa. Si occupano di medicina fetale, riproduzione, endocrinologia, chirurgia conservativa e demolitiva, benigna o tumorale, pianificazione familiare e malattie sessualmente trasmesse, di osteoporosi e di incontinenza urinaria, di vaccinazioni anti-Hpv e di seno.

Quanto sta succedendo da troppi anni in Italia va nella direzione opposta alla valorizzazione: nell'ultima proposta del tariffario nazionale dedicato alle prestazioni sanitarie della donna, sia in gravidanza (prestazioni ostetriche) che per gli interventi ginecologici, siamo ben al di sotto del minimo accettabile e perdiamo anche nel confronto con prestazioni di altre branche. Oggi un parto

## Dr. il parto naturale vale pochissimo

spontaneo vale meno di un'appendicectomia non complicata, un intervento per conservare l'utero e la possibilità di procreare in modo naturale vale meno dell'asportazione di una colecisti, di un pezzo di intestino o dell'apposizione di una protesi di anca. Tutto questo mi sembra inaccettabile e intollerabile da un punto di vista professionale, ma soprattutto mi sembra un piedistallo mancante, un valore di fondamentale importanza non riconosciuto oppure volutamente umiliato e quindi un altro episodio di violenza sulla donna che si aggiunge alla cronaca quotidiana.

**Giorgio Vittori**  
Presidente nazionale Sigo  
(Società italiana di ginecologia e ostetricia)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## INNOVAZIONI TECNOLOGICHE

# Dall'ombelico una chirurgia senza cicatrici

**N**egli ultimi 20 anni la chirurgia mini-invasiva ha fatto passi da gigante. Importanti innovazioni tecnologiche hanno permesso un deciso salto di qualità: ottiche sempre più raffinate, anche digitali, e strumenti dedicati hanno fatto sì che la laparoscopia venga oggi utilizzata per moltissimi interventi (dalle più semplici appendicectomie, patologie ginecologiche, ernie inguinale fino agli interventi più complessi come colectomie, gastrectomie, pancreasectomie ecc.) e sia diventata il gold standard chirurgico per il trattamento dei calcoli biliari nella colecisti (colecistectomia). I vantaggi per il paziente sono notevoli: minimo danno dei tessuti, con conseguenti cicatrici di dimensioni ridotte, minor dolore post-operatorio, degenza più breve e più rapida ripresa delle normali attività.

Ma non ci si è fermati qui. In questi anni si è assistito a un ulteriore sforzo per ridurre sempre più l'invasività dell'intervento, diminuendo le dimensioni e i numeri degli accessi. Un'ulteriore evoluzione della chirurgia mini-invasiva è la cosiddetta Notes (acronimo di Natu-

ral orifice transluminal endoscopic surgery) o chirurgia endoluminale. Una tecnica che prevede l'accesso alla cavità addominale attraverso le aperture naturali (bocca, ano o vagina) del nostro organismo, evitando incisioni esterne e quindi cicatrici, ma richiede poi l'apertura interna di un passaggio attraverso lo stomaco, il sigma o la cupola vaginale per entrare nella cavità addominale.

Anche l'ombelico, nella chirurgia mini-invasiva utilizzato come porta di accesso per uno degli strumenti chirurgici (il primo trocar) e per l'ottica, ossia la telecamera che consente ai chirurghi di vedere sul monitor le immagini dell'intervento, è stato in un certo senso riscoperto come orifizio embriologico naturale attraverso il quale condurre gli interventi chirurgici. È nato così l'approccio cosiddetto E-Notes (Embryonic - Natural orifice transumbilical endoscopic surgery), che prevede un unico accesso all'addome (single-port surgery), proprio attraverso l'ombelico. Una decisa spinta verso que-

sto approccio viene oggi dalla messa a punto di nuovi dispositivi che consentono l'introduzione di diversi strumenti chirurgici, oltre all'ottica, in un singolo port, che viene appunto posizionato a livello dell'ombelico. In questo modo si utilizza un orifizio naturale lasciando l'addome del paziente senza cicatrici, e si impiega lo strumentario mini-invasivo normalmente in uso. Per questo l'approccio E-Notes si propone come una significativa alternativa alla più complessa Notes, che invece richiede strumenti e tecnologia dedicati e ancora da perfezionare.

La chirurgia con un solo accesso ombelicale non rappresenta una novità assoluta. I ginecologi infatti la utilizzavano già molti anni orsono per effettuare alcune procedure specifiche quali le legature tubariche. Tuttavia, il passaggio dall'ombelico veniva eseguito in modo "artigianale", e la mancanza di uno strumentario chirurgico adeguato ha impedito lo sviluppo e l'applicazione di questa metodica negli anni a seguire. Oggi pe-

rò, grazie all'innovazione tecnologica e alla disponibilità di strumenti laparoscopici dedicati, nuovi e perfezionati, è stato possibile effettuare interventi chirurgici addominali quali l'appendicectomia e la colecistectomia. In alcuni casi sono state eseguite anche resezioni coliche (asportazione di tratti del colon). E in altri settori come l'urologia sono stati effettuati - seppure in pochissimi casi - interventi più complessi quali la nefrectomia.

Vi sono certamente delle limitazioni all'uso routinario ed estensivo di questa tecnica. In primo luogo problematiche tecniche che la rendono - almeno nelle fasi iniziali - più complessa a causa dell'accesso unico, l'ombelico: perciò sono necessarie una buona esperienza e manualità del chirurgo. Altri limiti sono legati alla conformazione fisica dei pazienti. A esempio persone obese o affette da colecistiti complicate, per le quali si prevede un intervento più complesso, difficilmente possono giovare di questo

approccio. È quindi fondamentale la selezione dei pazienti: spetta al chirurgo stesso valutare le indicazioni a questo tipo di chirurgia.

In Humanitas sono state di recente eseguite dalle équipes di Chirurgia generale III, da me diretta, e di Chirurgia mininvasiva, diretta dal prof. Riccardo Rosati - tra i primi in Italia - alcune colecistectomie "senza cicatrici" utilizzando l'ombelico come via naturale per condurre e portare a termine tutto l'intervento. Si tratta senza dubbio di un ulteriore passo avanti verso una chirurgia sempre più rispettosa dell'integrità del paziente. Il tempo e una maggiore esperienza ci potranno dire se questo approccio costituirà un reale vantaggio non solo estetico ma anche funzionale rispetto alla colecistectomia laparoscopica tradizionale.

**Marco Montorsi**  
Responsabile Chirurgia generale  
III Istituto Clinico Humanitas  
Ircs e docente Università  
degli Studi di Milano