

► Segue

Salute delle donne e tessuto sociale

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

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

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

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

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

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

Molto in questo ambito abbiamo fatto e molto ancora possiamo fare. **Y**

► Segue

Obstetrical and Gynecological problems of Mediterranean Immigrants

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Endometriosi: quale tecnica di imaging per una diagnosi corretta?

Elsa Viora

Vice Presidente AOGOI

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

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

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

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

Le diverse localizzazioni endometriose (peritoneale, ova-

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

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

rica, profonda) presentano anche differenti problemi diagnostici.

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

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



► Segue a pagina 16



► Segue da pagina 15

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

Stefano Lello
Anna Capozzi
Giovanni Scambia

Dipartimento Salute Donna e Bambino,
Fondazione Policlinico Gemelli, Roma

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

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

malmente non sarebbero in grado di determinare tale evento.

La Terapia Ormonale Sostitutiva (TOS), utiliz-

Tavola rotonda SIGO-SIN Progetto AOGOI Ginecologi e neonatologi insieme per il benessere materno-neonatale

Davide De Vita
Segretario Regionale AOGOI

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

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

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

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