

► Segue da pagina 23

indirizzare ad una assistenza appropriata.

I ginecologi possono/devono rappresentare il motore per aumentare la sensibilità del modo scientifico verso questo tema. E in questo l'Aogoi si è fatta e si fa parte attiva.

Il nuovo quesito che ci si è posti è se la medicina di genere possa essere applicata fin dalla vita prenatale. Numerosi studi sono stati pubblicati negli ultimi anni su questo argomento allo scopo di valutare se esista una differenza nell'outcome fetoneonatale e nelle complicanze della gravidanza a seconda del sesso del feto.

Il Presidente della International Society for Gender Medicine (IGM) è il professor Marek Glezermann, un ginecologo che ha fatto molti studi sull'argomento. Nel 2010 ha pubblicato uno studio sulla valutazione dell'esito della gravidanza in rapporto al sesso del feto. Ha esaminato 66.3867 gravidanze singole di cui il 51,8% con neonati maschi e il 48,2 con neonate femmine. Complessivamente non sono risultate differenze significative nelle maggiori complicanze (parto pretermine e restrizione della crescita fetale) fra le gravidanze con neonati maschi o femmine, ma emerge

che nelle gravidanze con feti maschi è più alta l'incidenza di parto pretermine (media 29 settimane) e in quelle con feti femmine è maggiore il rischio di restrizione della crescita fetale.

Sempre lo stesso gruppo, nel 2012 ha pubblicato uno studio sulla inci-

denza dei traumi da parto nelle gravidanze a termine in rapporto al sesso del neonato. Sono state considerate 118.280 gravidanze singole a termine e un trauma è risultato presente nel 24% dei parti. Come percentuale complessiva non si evidenziano differenze di genere, ma nei maschi è maggiore il rischio di traumi dello scalpo, mentre nelle femmine è maggiore il rischio di fratture della clavicola.

È stata anche valutata l'eventuale correlazione fra natimortalità e sesso del feto. Sono stati inclusi nello studio, pubblicato nel 2012, 77.120 parti con una percentuale di nati morti pari a 0,15%, di cui 39 neonati maschi e 59 neonate femmine. Non sono state rilevate differenze nella natimortalità, ma nei maschi vi è un rischio maggiore (RR 2,1) di distacco intempestivo di placenta con conseguente morte endouterina, mentre nelle femmine vi è un rischio maggiore (RR 3,7) di "insufficienza placentare", termine che consideriamo desueto, ma che è stato utilizzato dagli stessi autori per definire l'insieme delle situazioni cliniche accomunate da un "malfunzionamento" della placenta che possono condurre ad un esito fetoneonatale infausto.

Un altro argomento certamente

interessante che è stato affrontato nel corso della sessione è quello della crescita del feto: da tempo noi, ginecologi e ostetriche, ci chiediamo (e molto spesso sono le donne a domandarcelo) se i bambini, maschi e femmine, crescono nello stesso modo durante la vita intrauterina. Le nostre risposte fino ad ora si basavano essenzialmente sulle piccole differenze del peso rilevato alla nascita, ma è possibile confrontare le curve di crescita dei feti maschi e femmine, ottenute con l'esame ecografico. Gli studi che nei decenni precedenti avevano valutato la crescita in utero con il sesso fetale non sono giunti a conclusioni univoche in quanto i risultati ottenuti sono stati talora contrastanti.

Uno studio pubblicato nel 2013 su 12.132 gravidanze singole, di cui 6.478 gravidanze con feto maschio e 5.654 gravidanze con feto di sesso femminile, sovrapponibili per quanto riguarda le altre caratteristiche della popolazione (parità, complicanze quali ipertensione ed età gestazionale al parto), riporta che il sesso fetale influenza la crescita dei parametri biometrici rilevati con l'esame ecografico.

Tali effetti sono più evidenti sulla biometria dell'estremo cefalico e molto meno sul femore, alcuni di questi effetti sono evidenti già alla fine del secondo trimestre e si manifestano in modo diverso nelle varie settimane di età gestazionale. Le ragioni per cui il sesso fetale influenza i diversi parametri biometrici non sono chiare, certamente sono coin-

volti sia fattori genetici che fattori ambientali. Il limite maggiore dello studio, segnalato dagli stessi autori, è il fatto che sono state utilizzate curve trasversali e non longitudinali.

Molto probabilmente, l'uso di modelli specifici legati al sesso del feto potrebbero migliorare l'accuratezza della valutazione della crescita ed eventualmente della stima del peso.

Un aspetto della medicina di genere "in utero" che potrebbe essere molto interessante è quello della percentuale di Dna fetale libero circolante nel sangue materno, materiale utilizzato per un nuovo test di screening (NIPT - Non Invasive Prenatal Testing), più efficace cioè con minori falsi positivi e falsi negativi, rispetto ai test ora utilizzati. Un lavoro pubblicato da Peter Johansen a maggio 2014 pone l'ipotesi che il sesso fetale possa essere un fattore da considerare nei complessi calcoli che sottendono all'esito del test del Dna fetale.

In conclusione, gli studi fino ad ora pubblicati segnalano un'influenza del sesso fetale nella crescita intrauterina e nelle maggiori complicanze della gravidanza: questo certamente offre interessanti prospettive per la conoscenza di

tali processi fisio-patologici, anche se non hanno al momento una ricaduta sul piano assistenziale. Ma non dobbiamo dimenticare quale è il ruolo fondamentale del ginecologo come medico a cui la donna si rivolge nelle diverse fasi della vita (contraccezione, gravidanza, menopausa, screening tumori) e quindi quello che ha un'opportunità unica di creare una vera rete con gli altri specialisti per una assistenza migliore possibile alle donne che si rivolgono a noi. **Y**



CODICE ROSA: una bella storia che nasce dall'offerta formativa Aogoi

Valeria Dubini
Consigliere SIGO

La storia che ho potuto raccontare al congresso nazionale di Cagliari è, per una volta, una storia bella: un percorso virtuoso nel quale l'associazione dei ginecologi ospedalieri ha svolto un importante ruolo di promozione.

La storia del codice rosa, infatti, nasce dalla formazione che l'Aogoi ha offerto in varie zone di Italia, e che la Toscana ha scelto di utilizzare con sistematicità investendo tutte le Asl, al fine di offrire in tutti gli ospedali un'assistenza di base in risposta alla violenza di genere.

Gli strumenti sono stati la cartella Aogoi, che tutti conoscono e che è stata prodotta dal

Non è rosa come un fiocco rosa ma come una "rosa" è fragile e ha bisogno di essere protetta: è un percorso riservato a tutti i casi sospetti o dichiarati di maltrattamento, violenza domestica o sessuale, che riguarda donne, anziani, bambini, uomini...tutti coloro che si vengano a trovare in una situazione di "fragilità"

gruppo di contrasto alla violenza costituitosi nel 2001, il manuale prodotto dalla nostra associazione e molto impegno.

In una Asl della Toscana, a Grosseto, si creano le condizioni per una forte sinergia tra le forze dell'ordine e l'ospedale e la formazione vede coinvolti in prima persona questura, procura, carabinieri a fianco dei sanitari. Ne nasce un'idea, che diventa un percorso e che la Regione sposa in pieno promuovendo nel 2011 un protocollo d'intesa

che dà l'avvio al protocollo regionale denominato "codice rosa".

Non è rosa come un fiocco rosa ma come una "rosa" fragile che ha bisogno di essere protetta: è un percorso riservato a tutti i casi sospetti o dichiarati di maltrattamento, violenza domestica o sessuale, che riguarda donne, anziani, bambini, uomini... tutti quelli che si vengano a trovare in una situazione di "fragilità". Il centro del progetto è rappresentato dal Pronto Soccorso: si

Congresso



Alcuni scatti della cerimonia inaugurale e, in basso a sinistra, la consegna delle medaglie d'oro Aogoi



La Fondazione Confalonieri Ragonese presenta a Cagliari le prime LG Sigo-Aogoi-Agui

In occasione del Congresso nazionale la Fondazione ha presentato all'Assemblea dei Soci le prime Linee Guida che caratterizzano il nuovo corso della Fondazione

Il Prof. Fabio Sirimarco, Presidente della Fondazione, dopo aver ringraziato gli estensori dei Documenti scientifici per l'impegno e la professionalità dimostrata, ha presentato le due Linee guida su "Il rischio tromboembolico in gravidanza e puerperio" e la "Gestione multidisciplinare dell'emorragia post-partum". "È con grande orgoglio e soddisfazione che i Ginecologi italiani possono finalmente disporre di Linee-guida condivise

dalla Sigo, Aogoi e Agui" – ha detto Sirimarco nel corso della sessione annunciando che è "in via di ultimazione l'elaborazione di altre tre Linee-Guida, e precisamente: Induzione al travaglio di parto; Il parto pretermine e La gestione della gravidanza plurima".

Il Presidente ha infine precisato che "le Linee guida rappresentano il risultato di un lavoro collettivo di esame su specifiche condizioni, allo scopo di fornire al

professionista e alle Istituzioni raccomandazioni sul processo decisionale. Esse, per definizione, non sono vincolanti e non devono condurre ad un comportamento clinico obbligatorio; devono piuttosto, attraverso lo studio sistematico della produzione scientifica esistente, fornire un supporto decisionale a scelte che comunque tengano conto delle condizioni e necessità del paziente, del contesto nel quale si opera e delle risorse disponibili".

Le disfunzioni sessuali maschili: anche il ginecologo può avere un ruolo determinante

■ Presentate a Cagliari le Raccomandazioni Aogoi finalizzate a individuare percorsi diagnostico-terapeutici di base dei disturbi sessuali maschili, partendo dal disagio femminile

Anna Gallicchio

Il tema delle "patologie sessuali maschili: cosa deve sapere e fare il ginecologo" è stato al centro di una interessante Tavola Rotonda nell'ambito del Congresso Nazionale di Cagliari. Ad illustrare l'innovativo approccio alle disfunzioni sessuali maschili, centrato sulla coppia anziché sul singolo individuo, il Segretario Nazionale Chiàntera e il Presidente Trojano, moderatori dell'incontro che ha messo in luce come il contributo del ginecologo, medico di fiducia della donna, possa essere determinante nell'individuare precocemente questi disturbi e come sia importante che "l'anamnesi sessuale diventi parte integrante dello strumentario diagnostico".

A determinati disturbi maschili corrisponde infatti un particolare tipo di disturbo femminile o viceversa: è evidente come certe "coppie di disturbi" (ad esempio eiaculazione precoce e anorgasmia) possano spesso impedire l'atto sessuale completo inficiando la capacità procreativa, come ha spiegato Giuseppe De Placido, Direttore della Scuola di Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia dell'Università degli studi di Napoli "Federico II", nella Lettura Introduttiva "Disfunzioni sessuali maschili e infertilità di coppia: un approccio clinico

integrato". Per questo nell'approccio ai disturbi sessuali la prospettiva di coppia può essere più utile nell'inquadramento clinico.

Così come è emerso nell'ambito della Tavola Rotonda – a cui hanno preso parte Fabio Parazzini, Roberto Bernorio, Maurizio Guida e Ferdinando Pellegrino – molto può essere fatto dal ginecologo con la sua paziente per affrontare e trattare le problematiche maschili. L'importante è favorire il dialogo e stimolare l'approccio medico per individuare le nuove soluzioni terapeutiche. In quest'ottica i ginecologi Aogoi hanno elaborato alcune semplici Raccomandazioni (che saranno pubblicate a breve sul sito www.aogoi.it), finalizzate a individuare percorsi diagnostico-terapeutici di base dei disturbi sessuali maschili, partendo dal disagio femminile. Queste Raccomandazioni per i ginecologi

includono anche opportune "Rassicurazioni" per le donne, utili quando si affrontano tematiche così delicate e complesse come la vita intima e l'interazione di coppia. È sempre necessario chiarire alla coppia che non si deve individuare un "colpevole", ma semplicemente fare un corretto inquadramento diagnostico del disturbo, per poi condividere eventuali indicazioni terapeutiche, ovviamente anche con l'uro-andrologo.

presume infatti che più o meno tutte le vittime, anche quelle che non hanno la forza di denunciare, prima o poi arrivino proprio al Pronto Soccorso da sole o, non di rado, accompagnate dai loro stessi persecutori.

Nel DEA si deve prevedere una stanza dedicata, la "stanza rosa", che è importantissima perché la persona che vi accede può essere protetta, curata, visitata, ricevere tutto quello che è necessario senza essere sbalottata da una parte all'altra dell'ospedale. La stanza rosa rappresenta una prima risposta della struttura, che richiama l'idea di un "nucleo protettivo" e dà immediatamente la percezione che in quella struttura c'è un'attenzione e un ascolto al problema.

Il punto di forza del progetto è l'attivazione, in tutti i casi di sospetta violenza, di una task force, dedicata e formata: il concetto è quello di una squadra formata da personale so-

cio-sanitario, magistrati, ufficiali di Polizia giudiziaria, specializzata e tempestiva nell'azione, che ha come impegno specifico quello della tutela delle fasce deboli della popolazione.

Il progetto dal 2011 è andato via via espandendosi, coinvolgendo pezzo per pezzo tutte le Asl, in una sorta di "effetto domino", come lo ha definito Vittoria Doretti che ha costituito la prima struttura a Grosseto, che si è completata a gennaio 2014.

Pur tra molte difficoltà e resistenze, il progetto, che vede un referente regionale e dei referenti presenti in ogni Asl, ha la finalità di mettere in rete le risorse, evitare risposte frammentate, contaminare le varie culture (sanitaria, giudiziaria, sociale) e costruire una visione omogenea dei problemi.

Inoltre consente una raccolta dati che costituisce una sorta di osservatorio regionale: nel 2013 sono state circa 3mila le perso-

ne assistite e nel primo semestre 2014 siamo già intorno a 2mila.

Una storia virtuosa dunque, dove l'impegno della nostra associazione è stato in grado di portare "consapevolezza" e le persone, con il loro impegno, sono riuscite a trasformarla in "organizzazione".

La formazione dunque dà frutti concreti, e già si parla di estendere il progetto ad altre regioni: auguriamoci che così possa essere e che l'effetto domino non si arresti, auguriamoci che tutto questo possa essere una risposta vera che porti all'emersione del sommerso, alla prevenzione dei drammi che leggiamo poi sui giornali, ad un cambiamento culturale vero.

Riconosciamo che in tutto questo l'Aogoi ha avuto un ruolo importante, ha avuto la sensibilità di portare avanti una battaglia che sembrava impossibile e di questo tutti noi dobbiamo essere orgogliosi.