



**Beatrice Lorenzin** nella sua lettera di saluto al congresso, in cui ha definito la promozione e la tutela della salute delle donne "un obiettivo strategico e prioritario, nonché un investimento per il miglioramento dello stato di salute del Paese".

Tra i temi di confronto che dovranno essere affrontati in questa dimensione comune istituzioni-società scientifiche c'è il grande tema della **responsabilità professionale** sanitaria, con i "corollari" del contenzioso medico legale, della medicina difensiva e degli elevati costi assicurativi, "che potranno trovare adeguata soluzione solo attraverso un intervento legislativo organico in materia", come ha ricordato il presidente Aogoi **Vito Trojano** rilanciando dal palcoscenico del congresso nazionale il suo messaggio: "Serve subito una legge per contenere i costi delle polizze". **"Una causa su 10 è contro noi"** - ha ricordato. Ogni anno ci sono 30mila cause per presunta malpractice e le richieste di risarcimento raggiungono cifre insostenibili sia per il singolo professionista che per la struttura sanitaria. Questo ha portato ad una crescita enorme dei costi delle polizze di assicurazione per i medici. Dal 2011 ad oggi sono aumentate dell'oltre 5%. Fonte di ulteriore preoccupazione per Trojano è che i più colpiti da questo fenomeno sono soprattutto i giovani camici bianchi che pagano fino a 7mila euro l'anno di premio assicurativo. "Per questo chiediamo alle istituzioni competenti di intervenire al più presto con provvedimenti che fissino dei paletti ai costi massimi dei premi delle polizze. L'obbligo assicurativo previsto per gli ospedali pubblici deve inoltre valere anche per le strutture private e convenzionate. Infine è necessario avviare un fondo di solidarietà per le categorie più a rischio come noi ginecologi". Una richiesta raccolta dalla Presidente della Commissione sanità Emilia **Grazia De Biasi**, intervenuta ai lavori congressuali, e dall'On. Fucci che hanno assunto l'impegno di approvare al più presto un provvedimento contro il caro-polizze. "Speriamo che alle parole seguano al più presto anche i fatti - ha concluso Trojano - contenere il contenzioso medico-legale ridurrebbe anche il ricorso alla medicina difensiva" che, sempre per restare nell'ambito della coperta cortissima in

sanità, "costa ogni anno oltre 12 miliardi all'intero sistema sanitario nazionale". Su questi temi si è soffermato anche il presidente del Collegio Italiano dei Chirurghi **Nicola Surico** che ha ringraziato la politica per aver coinvolto le società scientifiche nell'iter di elaborazione di una legge sulla responsabilità professionale, accogliendo l'invito ad addivenire ad un testo unico. Ma ora, che si è in dirittura d'arrivo, avverte Surico "bisogna accelerare perché la classe medica sta soffrendo" e, quanto a ginecologi e ai chirurghi, è bene ricordare che "non vanno tranquillamente né in sala parto né in sala operatoria".

**Un altro terreno comune**, in cui le competenze del mondo scientifico devono essere affidate al mondo della politica affinché possano diventare al più presto legge dello Stato, è quello che riguarda i temi dalle forti implicazioni giuridiche ed etico-deontologiche, che investono da vicino una "professione di frontiera" come quella del ginecologo. È il caso della legge sulla **fecondazione eterologa**, che andrà in discussione nella Commissione Sanità del Senato. Come si sa, i ginecologi italiani sono a favore delle linee guida sulla fecondazione eterologa realizzate dalla Conferenza delle Regioni ma "serve quanto prima una nuova legge che regoli, in modo uniforme sull'intero territorio nazionale, tutte le procedure di procreazione medicalmente assistita". È necessario che le strutture sanitarie pubbliche siano messe nelle condizioni di poter svolgere regolarmente la Pma e perciò "servono investimenti e risorse adeguati per garantire gli stessi diritti e opportunità a tutti gli aspiranti genitori italiani". **"La futura legge sulla Pma** dovrà migliorare le attuali norme e stabilirne di nuove" - hanno sottolineato in una nota i presidenti di Sigo e Aogoi esprimendo la presa di posizione ufficiale dei ginecologi italiani dal loro congresso nazionale. "Esistono infatti una serie di problemi di natura amministrativa, politica, etica e morale da risolvere. Così come per l'aborto anche per l'eterologa va riconosciuto e garantito al ginecologo il diritto all'obiezione di coscienza. Inoltre bisognerà creare un registro nazionale dei donatori di gameti". E Sigo e Aogoi sono pronte a collaborare con le istituzioni per la stesura di un nuovo regolamento. Secondo quanto annunciato dal Ministro Lorenzin tutta la Pma, sia omologa che eterologa, sarà inserita nei livelli essenziali di assistenza entro la fine del 2014. "La sentenza della Corte Costituzionale, che ha bocciato il divieto dell'eterologa nel nostro Paese, ha contribuito a riaprire il dibattito su questi temi così importanti per il benessere femminile - ha affermato il presidente Sigo **Paolo Scollo**. Adesso il nostro auspicio è che anche la **sterilità** sia considerata una

**Il miglior risultato della quattro giorni di Cagliari: una visione comune sulle priorità della Ginecologia italiana e il futuro della specialità. Per ottimizzare le cure e le risorse servono un nuovo sistema di rete ospedaliera, una nuova medicina di territorio e modelli avanzati di integrazione tra ospedale e territorio. La riorganizzazione e sicurezza del percorso nascita e la responsabilità medica sono e restano le nostre priorità. L'Italia in media spende meno degli altri Paesi europei per la sanità. Offriamo le migliori professionalità e un grande lavoro di ricerca clinica. Agli operatori della sanità è stato chiesto troppo, se non si restituisce valore e dignità alla classe medica non si reggerà più il peso e le sfide di un sistema di cure che vuol continuare ad essere equo, solidale e universalistico.**



malattia e, quindi come tale, inserita nei Lea. Nel nostro Paese il 15% delle coppie non riesce a metter al mondo un figlio". Scollo si è poi soffermato sul forte impegno della Sigo nel campo della **prevenzione**, "che passa attraverso stili di vita sani che devono essere condotti fin dall'adolescenza; bisogna ricordare ai nostri giovani che fumo, alcol, eccesso di peso, uso di steroidi e doping possono compromettere anche la loro capacità futura di diventare genitori". E anche questa forte azione nel campo della prevenzione - che copre ambiti che vanno dalla contraccezione ai tumori della sfera della ginecologica - è parte integrante del nostro lavoro quotidiano ha concluso Scollo, ricordando come nel caso dei tumori ginecologici femminili "è stato registrato un aumento del 30 per cento nell'azione di prevenzione nei primi dieci mesi di quest'anno".

**Gli altri temi affrontati** nel corso delle sessioni dagli oltre 2.500

ginecologi giunti in Sardegna, oltre a quelli proposti come approfondimento alle pagine seguenti, sono quelli della sessualità nelle adolescenti, la menopausa, le novità in contraccezione, l'oncologia ginecologica, le emergenze in sala parto e la violenza di genere.

Di particolare interesse in questa quattro giorni il dibattito su aspetti cruciali di nuova cultura sanitaria, quali un **nuovo sistema di rete ospedaliera**, una nuova medicina di territorio e modelli avanzati di integrazione ospedale territorio, da cui potrebbero derivare anche notevoli risparmi in termini di ospedalizzazione e per la cura dei pazienti. Temi dibattuti anche nell'ambito della Tavola Rotonda "Consultori in Italia: Quale futuro?" a cui ha partecipato anche la senatrice **De Biasi**.

Seguitissime poi le tre sessioni che il segretario nazionale Aogoi **Antonio Chiantera** ha voluto dedicare alle **problematiche medico legali e assicurative**, e che

lo hanno visto protagonista, con a fianco la responsabile Ufficio legale Aogoi **Vania Cirese**. Molto vivace, in particolare, è stata la discussione che ha animato la sessione **"Perizie & Periti: analisi e commenti"**. Un tema caldo, anche in considerazione che "gli errori dei Ctu vanno a fuorviare le risultanze e possono avere conseguenze più gravi di quelli dei medici". "È fondamentale - ha ricordato **Chiantera**, invitando tutti a mettersi al lavoro - mettere a punto gli elenchi di periti e consulenti da proporre al più presto a tutte le Corti d'Appello".

**Un ringraziamento unanime** è andato ai presidenti del Congresso, **Giovanni Monni, Giovanni Urru, Salvatore Dessole e Gian Battista Melis**, ciascuno dei quali, nel proprio ambito di competenza, ha dato un valore aggiunto a questo Nazionale Sigo 2014, che premia il lavoro dei ginecologi sardi che ha dato un grande contributo clinico e scientifico alla ginecologia italiana. **Y**

## La medicina di genere: il punto di vista del ginecologo

**Elsa Viora**  
Vice presidente Aogoi

Con il termine "medicina di genere" si intende la distinzione in campo medico delle ricerche e delle cure in base al genere di appartenenza, non solo da un punto di vista anatomico, ma anche secondo differenze biologiche, funzionali, psicologiche e culturali. A differenza del "sesso" che sottolinea solo la caratterizzazione biologica dell'individuo, il termine "genere" (gender) infatti intende le categorie "uomo" e "donna" non solo in base a differenze biologiche, ma anche secondo fattori ambientali, sociali e culturali. Le molte iniziative che si stanno realizzando nell'ambito della medicina di genere dimostrano l'attualità del tema e la necessità di in-

**"I ginecologi possono/devono rappresentare il motore per accrescere la sensibilità del mondo scientifico su questo tema". Questo il take home message della sessione congressuale dedicata alla medicina di genere che, tra i temi affrontati, ha portato all'attenzione dati e prospettive legate a un nuovo campo di ricerca per valutare l'outcome feto-neonatale e le complicanze della gravidanza in rapporto al sesso del feto**

terventi costruttivi per ridurre le disuguaglianze di genere nell'approccio a patologie comuni ai due sessi e il carico economico che ne deriva sulla società. Nella sessione che il Congresso di Cagliari ha dedicato a questo tema, è stato ampiamente ribadito che la medicina di genere non è una nuova specialità medica ma è trasversale a tutte le specialità. È stato inoltre evidenziato il concetto che vi sono delle differenze di genere nelle patologie e che queste

differenze vanno affrontate in modo razionale e scientifico. Appare quindi fondamentale l'apporto di tutte le specialità, ma anche il ruolo del ginecologo come "medico della donna" per antonomasia, che segue la donna in tutte le fasi della sua vita, dall'adolescenza alla contraccezione alla maternità e dopo l'età fertile. Uno specialista che ha la possibilità di valutare altre patologie e

► Segue a pagina 24

## ► 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**



## Flash dal C

## 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 conoscano 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