

La donna migrante e il ginecologo italiano

► Segue da pagina 17

La natura del "bene salute" fa sì che il sistema sanitario non può limitarsi a produrre output, cioè prestazioni, ma debba orientare tutti i suoi sforzi a produrre outcome cioè esiti di salute. Pertanto, la tutela della salute avviene attraverso interventi di promozione della salute con le pratiche partecipative per mezzo dell'empowerment: processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni, le istituzioni, le comunità acquisiscono competenze sulle proprie vite per cambiare l'ambiente e la politica, per migliorare l'equità e la qualità. È dovere etico e deontologico del medico, del ginecologo indagare se le persone hanno gli strumenti per fare scelte consapevoli. Le popolazioni maggiormente esposte a condizioni di deprivazione sociale sono caratterizzate principalmente da scarsa capacità a "cercare salute". Il cardine operativo è dunque l'offerta attiva dei servizi perché le persone difficili da raggiungere sono anche quelle più a rischio. Il disagio sociale è associato a peggiori indicatori di salute e la condizione di migrante è una delle caratteristiche del disagio, rispetto al quale il servizio sanitario pubblico ha una assoluta obbligazione, che ne giustifica l'esistenza e cioè ridurre gli effetti sulla salute delle disuguaglianze sociali. A questo è chia-

La condizione di migrante è una delle caratteristiche del disagio rispetto al quale il servizio sanitario pubblico ha una assoluta obbligazione, che ne giustifica l'esistenza ovvero ridurre gli effetti sulla salute delle disuguaglianze sociali

mato il ginecologo italiano, a lui la missione culturalmente impegnativa di accompagnare la donna migrante nel Welfare della partecipazione. ■

Per saperne di più

- G. Baglio. Limiti del paradigma bio-medico
- E. Materia. Salute globale e complessità

Il fenomeno delle Mgf in Italia. Stime e criticità dell'approccio conoscitivo alla materia

L'incidenza statistica delle Mgf nei paesi a tradizione escissoria conta sulle stime fornite dal Demographic and Health Survey (1), mentre nei paesi di migrazione come l'Italia il dato mostra la sua più ampia criticità, poiché non tiene conto: della durata dell'esperienza migratoria, caratteristiche del paese di accoglienza, congiuntura economica corrispondente al periodo di integrazione, dimensione della comunità immigrata, aderenza alla pratica tra le generazioni, irregolarità amministrativa (2).

Il governo italiano, che ha legiferato sul fenomeno nel 2006, ha prodotto due documenti in materia, ad oggi i più accreditati. La stima delle donne provenienti dai 26 paesi a tradizione escissoria che presenterebbero una forma di Mgf sarebbe di circa 35 mila. Invece, la stima delle minorenni potenzialmente a rischio di Mgf ammonterebbe a circa 1.100 persone. Queste stime sono il risultato del calcolo fra il totale assoluto della popolazione femminile proveniente dai 26 paesi a tradizione escissoria residente regolarmente in Italia (3), il tasso di diffusione della pratica nei paesi di origine, lo scarto tra

le generazioni nell'aderenza alla pratica (4). Altre ricerche sulle minorenni hanno tenuto in considerazione il numero di alunne iscritte nel sistema scolastico con genitori provenienti da un paese a tradizione escissoria, stimando un rischio potenziale di Mgf ben maggiore, pari a 7.727 persone (5). La conoscenza di un fenomeno socio-culturale incidente sulla salute della popolazione femminile come le Mgf ha ottime ragioni per rivolgersi alla statistica, infatti l'incidenza del fenomeno obbliga a riflettere sull'adeguatezza del Ssn in termini di accesso, fruibilità, formazione, prevenzione, ecc. Tuttavia, il dato statistico non deve rappresentare elemento legittimante la conoscenza del fenomeno, poiché attualmente non tiene conto di molteplici variabili.

Per saperne di più

- 1 UNICEF 2013
- 2 Fondazione L'Albero delle vite, 2013: 23; Nosotras; Fondazione Patrizio Paoletti 2011:32; AIDOS, ADUSU, Culture aperte 2009:38
- 3 ISTAT 2008
- 4 Istituto Piepoli S.p.A., Ministero delle Pari Opportunità, 2009: 14-15
- 5 Fondazione L'Albero delle vite, Nosotras, Fondazione Patrizio Paoletti 2011: 34



Contracezione

La contraccezione e i suoi dintorni

Emilio Arisi

Presidente Società Medica Italiana per la Contracezione (SMIC)

La contraccezione e le sedi dove essa viene gestita, siano essi i consultori, gli ambulatori del medico di base, gli ambulatori del ginecologo o gli ambulatori ospedalieri, sono in grado di determinare numerosi benefici: possono migliorare le scelte di una gravidanza, permettendo di decidere quando farla e di distanziarne i tempi, con ciò migliorando anche la qualità di vita del nascituro. Possono ridurre il rischio di certi tumori ginecologici. Possono ridurre il rischio di malattie sessualmente trasmissibili, ed altro ancora. Ne deriva un ventaglio di azioni, che va ben al di là del tradizionale e consolidato concetto

di contraccezione, cioè di strumento e metodo capace di evitare le gravidanze non desiderate, e di conseguenza l'aborto volontario che delle precedenti costituisce almeno il 50% (nelle adolescenti anche fino all'80%). Questa visione complessiva andrebbe tenuta ben presente sia dai medici, che dagli amministratori, che dagli utenti.

Per restare solo all'ambito della salute materno-infantile, è dimostrato che spaziare le gravidanze implica migliori condizioni di salute della madre gravida, sia



in termini fisici (es. più visite prenatali, minori anemie), che psichici. Sul versante neonatale il precedente uso della contraccezione è collegato a maggiore frequenza e durata dell'allattamento materno, ma anche a minore incidenza di parti prematuri e di piccoli alla nascita, con evidenti riflessi sulla salute del neonato e della madre, essendo comunque l'allattamento una condizione che riduce il rischio di tumore al seno. Questi aspetti sono importanti anche dal punto di vista sociale, in particolare nelle aree povere e nei paesi in via di sviluppo ove le gravidanze ripetute sono possibile causa di mortalità materna.

La contraccezione permette una maggiore possibilità di prevenire le malattie sessualmente trasmissibili e le loro conseguenze negative sulla salute in generale e sulla salute riproduttiva in particolare. Ciò è particolarmente importante nell'adolescente, che ha davanti a sé la gestione di tutta la sua vita sessuale e riproduttiva. In questo ambito il ruolo del preservativo maschile

e femminile è nodale, ma va tenuto presente anche il ruolo della pillola estroprogestinica e della spirale di solo progestinico. I flussi mestruali abbondanti sono una condizione molto frequente, che interessa non meno del 30% delle donne, con possibili gravi riflessi sulla condizione fisica. Anemia, astenia, difficoltà di concentrazione, cefalea, riduzione delle capacità immunitarie, perdita di giornate di lavoro, perdita di giorni di scuola, perdita di rapporti sociali sono tra le conseguenze più evidenti. L'uso della spirale di solo progestinico, come prima scelta, e l'uso della pillola in seconda istanza riducono la quantità del mestruo e recuperano progressivamente il benessere fisico.

Altre condizioni legate alla mestruazione possono essere controllate dalla pillola, in primis la mestruazione dolorosa, ma anche il dolore da ovulazione o le irregolarità nel comportamento del mestruo. La pillola, in particolare, se contiene un progestinico antiandrogenico, può mi-

gliorare acne, pelle grassa, peluria abbondante, che possono incidere negativamente sulla qualità della vita e sulle relazioni sociali, in particolar modo nelle adolescenti. Ma in queste condizioni la pillola antiandrogenica, migliorando il funzionamento ovarico della PCO (policistosi ovarica), che è alla base di questi segni cutanei, migliora anche le capacità riproduttive della donna con questa sindrome. Né va dimenticato che l'uso della pillola può ridurre notevolmente il rischio di cancro dell'ovaio (tra il 60 e l'80% a seconda delle casistiche) e di quello dell'endometrio, con importante risparmio di vite umane.

Conviene infine ricordare come le sedi dove si fa il counselling per la contraccezione, dai consultori agli ambulatori, sono anche le sedi dove si può fare il counselling per la vaccinazione contro l'Hpv, dove si effettua il Pao-test, dove si possono dare consigli di salute e di prevenzione in senso generale, inclusi i consigli sui comportamenti sessuali a rischio. Questo ha inevi-

tabili riflessi positivi sulla salute nel medio e nel lungo periodo. Sotto queste prospettive si può valutare la valenza di una società scientifica come la Società Medica Italiana per la Contraccezione (Smic), che cerca di unire gli intenti dei ginecologi dell'Aogoi, di quelli dell'Agite e dei medici di medicina generale della Simg, nell'unico intento della prevenzione nell'ambito della salute sessuale e riproduttiva in Italia, i cui centri pubblici non sono purtroppo tra i primi in Europa essendo continuamente defianziati e spesso privati del personale sufficiente per sopravvivere. **Y**

Iperensione in gravidanza

Una patologia nota ma ricca di nuove ricerche e protocolli di trattamento clinico

Herbert Valensise

Segretario SIGO
Professore Associato Clinica
Ostetrica e Ginecologica,
Università di Roma Tor Vergata -
Ospedale S. Giovanni Calibita
Fatebenefratelli- Isola Tiberina,
Roma

La sessione sulla ipertensione in gravidanza organizzata all'interno del Congresso Sigo riveste un'importanza notevole per la possibilità per tutti i soci di approfondire tematiche di ricerca e assistenziali in



sviluppo continuo.

La patologia ipertensiva rappresenta ancora oggi uno dei primi elementi di patologia della gravidanza e, qualora non correttamente riconosciuto, anche una delle patologie gravate dalla più elevata mortalità e morbidità sia materna che fetale e neonatale.

Le complicanze emorragiche, di patologia placentare, di disfunzione multiorgano sono sempre temibili e a volte non visibili immediatamente alla valutazione clinica della paziente. Se poi confrontiamo questa patologia, che su una base multifattoriale ha sempre o quasi una condizione di maladattamento immunologico madre - placentare - feto, con le metodiche sempre più utilizzate di fertilizzazione assistita omologa ed eterologa, capiamo come la conoscenza di questa patologia, le possibilità di identificare precocemente i soggetti a rischio, le possibilità di trovare ed applicare dei protocolli farmacologici profilattici e terapeutici efficaci, diventi un bagaglio sempre più importan-

te per qualunque medico ostetrico e ginecologo che sia dedicato alla assistenza di gravidanze apparentemente normali. Ecco quindi che le presentazioni che si succederanno nella sessione organizzata sono espressione dei gruppi di ricerca clinica e di base di punta in Italia che consentiranno una messa a fuoco su alcuni argomenti essenziali.

Esiste oggi la possibilità di fare uno screening biochimico e/o molecolare del rischio di preeclampsia mediante dosaggio ematico di alcune sostanze nel corso delle settimane che precedono la comparsa della patologia o questa metodica proposta è frutto soltanto della spinta commerciale di industrie che vogliono premere sull'acquisto di kit particolari?

A questa domanda verrà data risposta sia dalle presentazioni di esperti autorevoli sia dalla presenza come moderatore del prof. Andrea Tranquilli, esperto mondiale e primo (ed unico per ora) presidente mondiale della Società per lo studio della ipertensione in gravidanza ISSHP. Allo stesso modo, la valutazione della condizione di trombofilia, che qualche anno fa aveva dato grande attesa e speranze di chiarimento della predisposizione alla patologia, riveste ancora oggi un ruolo importante? E quanto valore clinico può avere la somministrazione di eparina a basso peso molecolare, che viene utilizzata dai ginecologi spesso 'off label' con costi non irrilevanti per il sistema sanitario nazionale e per le pazienti? Il dibattito è tuttora aperto e il prof. Alessandro Caruso, tra i primi a studiare le possibilità terapeutiche della molecola potrà portare come moderatore la sua esperienza, confrontandosi con esperti assoluti come la Dott.ssa Elvira Grandone.

Infine le relazioni si concentreranno sulle possibilità assistenziali di fronte alla patologia in atto, scoperta e conclamata. Le possibilità di gestione ambulatoriale, i limiti ed i rischi connessi saranno illustrati dalla scuola di Ancona, evidenziandone i vantaggi sulla spesa assistenziale riducendo entità e durata di ricoveri 'incongrui' ma, allo stesso tempo, associando le valutazioni di diagnostica integrata presentate dal gruppo di Roma Isola Tiberina, che porrà attenzione agli indicatori che possono allertare il clinico sul viraggio delle condizioni materne e fetali verso una maggiore gravità che non lasci 'esplodere' il caso clinico senza le dovute precauzioni mediche ed assistenziali.

Pertanto temi di grande interes-

se e ricaduta pratica. Come la HELLP syndrome, ben nota a tutti gli esperti per la sua imprevedibilità e potenziale gravità, che verrà rivisitata dal gruppo di Roma San Giovanni, focalizzando i punti essenziali di attenzione clinica per una precoce identificazione e valutazione del trattamento migliore da mettere in atto.

Pertanto una sessione dedicata ad una patologia nota ma in continua evoluzione sia dal punto di vista diagnostico, sia dal punto di vista assistenziale metodologico e terapeutico che merita di essere seguita da tutti i ginecologi ad ogni livello di esperienza e di attività clinica. **Y**

Oncologia ginecologica / 1

Il tumore dell'ovaio oggi, tra diagnosi e citoriduzione

Giorgio Giorda

Direttore ff Oncologia
Chirurgica Ginecologica Centro
di Riferimento Oncologico
IRCCS Aviano (Pn)

L carcinoma epiteliale dell'ovaio (EOC) è il tumore ginecologico con più elevata mortalità con valori di OS non superiori al 37% (dati USA del SEER e italiani ITACAN) e per il sottogruppo "Papillare" non superiori al 20% a 5 anni. L'attuale revisione anatomico-patologica e bio-molecolare distingue il EOC in Tipo I e II. Il tipo II (sieroso di alto grado) condivide la frequenza più elevata, la diagnosi tardiva, la prognosi peggiore, la inattivazione della p53, l'eterogeneità e instabilità genetica con alterazione dei geni dell'Homologous Repair in circa il

50% dei casi.

Il tipo I (LMP, endometrioidi e sierosi di basso grado, mucinosi, a cellule chiare, di Brenner) ha un comportamento meno aggressivo, diagnosi spesso precoce, prognosi migliore e alterazioni di altri loci genici (ad es. KRAS, BRAF, PTEN, ARID1A etc) mutualmente esclusive per le singole categorie, senza inattivazione della p53.

La diagnosi di EOC è tardiva (III o IV stadio), nel 70% dei casi che esordiscono spesso con ascite e preceduti da sintomi gastrointestinali aspecifici. Nel restante 30%, la diagnosi iniziale è di massa pelvica complex da sottoporre a triage con l'utilizzo di US, RMN, TAC e marker biomorali.

La US è il più frequente e primo presidio diagnostico e nel corso degli anni si sono succedute varie classificazioni ecografiche a score (che tengono conto di dimensioni della massa, percentuale di componente solida, struttura dei setti, vascolarizzazione, dosaggio di CA 125) con vari livelli di PPV. Per migliorare il PPV sono stati valutati vari approcci di bio-marker quali OVA-1 (pannello di marker), proteomica (spettrometria di massa su siero), HE4 (isolato dall'epididimo ma espresso anche dal tumore



Il carcinoma epiteliale dell'ovaio, che costituisce il 90% circa dei tumori maligni della gonade femminile, sta subendo delle rapide evoluzioni per le scoperte di biologia molecolare che sottendono alle valutazioni anatomico-patologiche.

Non è il tumore ginecologico più frequente, essendo preceduto dal tumore della mammella, dell'endometrio e, nei paesi che non adottano sistemi di screening del cervico-carcinoma, anche dal carcinoma della cervice. Però è sicuramente il tumore ginecologico più gravato da mortalità, con dati di sopravvivenza globale non superiori al 37%. Il sottogruppo "Papillare" rivela anzi una sopravvivenza di circa il 20% a 5 anni.

È possibile che la mortalità così elevata sia legata alla diagnosi non precoce della malattia, ma potrebbe essere anche correlata con le caratteristiche biologiche intrinseche, quali stanno emergendo dagli studi bio-molecolari.

