

IDENTITÀ NUOVE SFIDE IN

Apriamo una finestra sui lavori congressuali con alcuni autorevoli ospiti, relatori all'86° Congresso nazionale Sigo-51° Aogoi, che ringraziamo per il loro contributo.

Introducono questa anteprima del Congresso i tre presidenti Mauro Buscaglia, Alessandra Graziottin e Nicola Natale, con un *focus on* dedicato a tre aree tematiche di forte impatto sociale, culturale ed etico che rappresentano una

ANTEPRIMA
CONGRESSO
SIGO-AOGOI

IVG e salute della donna immigrata

Investire di più nella medicina transculturale

di Mauro Buscaglia
co-presidente congresso nazionale 86° Sigo-51° Aogoi

Nel corso dei lavori del Congresso saranno affrontati praticamente tutti i problemi inerenti la salute della donna, dall'adolescenza alla senilità. Vorrei qui sottolineare, in modo particolare, due tematiche il cui affronto comporta non solo l'analisi di dati clinici e scientifici, ma anche la valutazione di aspetti politici e culturali, come tali più difficili da risolvere in modo costruttivo. Mi riferisco al problema dell'interruzione volontaria di gravidanza e della salute delle donne immigrate affrontati nelle due sessioni **"Interruzione volontaria di gravidanza: cosa succede?"** e **"Nascere stranieri 10 anni dopo"**. Il ricorso alle Ivg, come è ampiamente riportato nell'ultima relazione presentata al Parlamento dal Ministro della Salute e relativa all'anno 2009, è in costante diminuzione dall'entrata in vigore della Legge 194/78 più di 30 anni fa: nel 2009 sono state effettuate 116.933 Ivg con un decremento

di oltre il 50% rispetto al 1982 (234.801 casi), il tasso di abortività è risultato pari all'8,3 per mille, con un decremento sempre di oltre 50% rispetto al 1982 (17,2 per mille).

Nonostante la positività di questi dati resta ancora molto da fare, soprattutto in termini di prevenzione, in particolare per quanto riguarda le pazienti immigrate che negli ultimi anni sono arrivate a rappresentare oltre un terzo delle Ivg effettuate in Italia.

È evidente che per queste pazienti la prevenzione passa anche attraverso misure culturali, sociali e politiche che non possono essere affrontate unicamente dagli operatori sanitari.

L'altra tematica emergente riguarda la salute delle donne immigrate, che nei Paesi europei ammontano ormai a diversi milioni. Anche in Italia nel giro di pochi anni la loro presenza è aumentata notevolmente, comportando per i servizi di ostetricia e ginecologia un nuovo aspetto, spesso affrontato senza sufficienti risorse organizzative e adeguata preparazione.

Dai dati Istat e di alcune ricerche dell'Istituto Superiore di Sanità emerge un profilo di salute peggiore relativo agli esiti perinatali per la popolazione immigrata.

Di fronte a queste tematiche è importante che, oltre ad interventi più complessi di integrazione e coesione sociale spettanti alla politica, si investa sulla formazione clinica e transculturale degli operatori e si favorisca una sempre maggior presenza nei punti nascita e nei consultori familiari della figura del mediatore/mediatrice linguistico culturale. Spero quindi che su questi problemi possa essere sviluppato un confronto approfondito e sereno per arrivare a salvaguardare sempre più la salute delle donne italiane e straniere di qualunque origine etnica culturale o religiosa che accedono ai nostri servizi.



Mauro Buscaglia

Dolore e sessualità

Due zone d'ombra poco esplorate dalla nostra specialità

di Alessandra Graziottin
co-presidente congresso nazionale 86° Sigo-51° Aogoi

Una delle proposte più interessanti nel percorso formativo e di aggiornamento di questo programma scientifico riguarda il tema del dolore, sia in forma di dolore pelvico cronico (CPP) sia di vulvodinia. Si tratta di un fronte ancora trascurato, su cui è necessario migliorare la capacità diagnostica e terapeutica dei ginecologi per evitare omissioni diagnostiche o diagnosi superficiali di tipo psicogeno ("Il dolore è tutto nella sua testa, signora"). Omissioni ed errori hanno forti ripercussioni sia sull'evoluzione del dolore stesso – che, non diagnosticato e curato, tende a peggiorare e a coinvolgere organi vicini, con importanti comorbilità

– sia sulla qualità della vita della donna e della sua famiglia. Una donna che sta sempre male diventa infatti un fattore di vulnerabilità anche per l'equilibrio psicoemotivo dei figli – fatto a cui non si pensa mai – soprattutto se il partner, stanco di diagnosi "psicogene", diventa aggressivo e violento con lei e con i figli. D'altra parte, il dolore pelvico cronico è uno scacchista impegnativo, un'importante sfida diagnostica e terapeutica per il medico ed è anche un problema di forte di rilevanza sociale per gli alti costi, quantizzabili e non quantizzabili, che comporta. Sempre in tema di dolore, ampio spazio didattico è dedicato a un altro Corso intracongressuale, essenziale per il ginecologo clinico, quello sulla Vulvodinia, che approfondisce la

LA DONNA: IN GINECOLOGIA

sfida diagnostico-terapeutica complessa, da raccogliere anche "oltre gli stretti confini della professione". Intervengono: Angela Citerinesi, Claudio Crescini, Mauro Costa, Davide De Vita, Valeria Dubini, Francesca Fiorillo, Ciro Guarino, Mario Meroni, Carlo Maria Stigliano, Pier Francesco Tropea, Giovanni Scambia, Costante Donati Sarti, Francesca Nocera, Angelamaria Becorpi, Mario Campogrande e Felice Repetti

fisiopatologia del dolore vulvare, per disegnare poi razionali strategie terapeutiche multimodali mirate a modificare i fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento. Obiettivo finale di questi due **Corsi Sigo sul dolore pelvico cronico e sulla vulvodinia** è di sviluppare e valorizzare un atteggiamento diagnostico attento, rigoroso ed empatico del ginecologo nei confronti del dolore femminile, che gli consenta di mettere in atto una efficace terapia multimodale con una disponibilità proattiva alla valutazione rapida e rigorosa del dolore ginecologico e delle sue comorbilità. Ne verrà aumentata la sua soddisfazione di medico, che si sentirà protagonista di una diagnosi e di una terapia che possono

decisamente cambiare in meglio la salute e l'intera vita della donna. Il terzo Corso intracongressuale è dedicato a un altro tema poco esplorato dalla nostra specialità: **Sessualità femminile: "quello che il ginecologo deve sapere"**. La sessualità è parte integrante della vita e della sua qualità e sono molteplici le condizioni che possono alterare la percezione dell'identità sessuale, della funzione sessuale e della relazione di coppia. Il ginecologo è il medico che, in assoluto, ha più elementi conoscitivi per fare una diagnosi di tipo biologico o psicodinamico, rinviando la paziente, se del caso, ai colleghi di altre specialità. Obiettivo finale del corso, rivolto a tutti i ginecologi che lavorano nei consultori familiari e a livello ambulatoriale, ospedaliero e territoriale, pubblico e privato, è arricchire il bagaglio di competenze cliniche per poter affrontare a livello ambulatoriale le basi biologiche delle principali disfunzioni sessuali femminili. Nell'augurare a tutti voi un buon Congresso, vi invito a partecipare attivamente a questi tre momenti di aggiornamento, le cui tematiche – di cocente attualità – sono state finora confinate ai margini dalla nostra specialità.



Alessandra Graziottin

La ginecologia nel dibattito sul "gender mainstreaming"

Un nuova chiave di lettura per la nostra professione

di Nicola Natale
co-presidente congresso nazionale 86° Sigo-51° Aogoi

Tra i molteplici e interessanti argomenti che verranno discussi nella nostra quattro giorni milanese, vorrei soffermarmi sui contenuti della tavola rotonda **"I chiaroscuri dell'essere donna oggi"**, posta all'inizio del Congresso e aperta a un'audience non solo medica. Al centro del dibattito infatti vi è un tema particolarmente importante per la nostra formazione di nuovi "medici della donna", cioè quello delle trasformazioni che investono l'identità femminile e l'essere donna oggi. Un dibattito che, se da un lato si rivolge a un pubblico ginecologico per la necessità del ginecologo di comprendere gli aspetti non solo medici della donna che a lui si affida, vuole aprirsi anche a un'audience non medica proprio per la valenza culturale che queste problematiche rivestono. Da alcuni decenni ormai il tema dell'essere donna è al centro del dibattito culturale nonché

politico, non solo del nostro Paese, ma anche dell'Europa e del mondo. In particolare, si è costruito socialmente uno spazio specifico di espressione e di difesa del genere femminile, inteso nelle sue molte sfaccettature: essere donna, madre, lavoratrice fino a identificare un'etica della cura e delle relazioni "al femminile". Nei percorsi di crescita e di cambiamento delle diverse generazioni, il divenire donna e madre ha assunto significati differenti e ha visto la nascita di diverse possibilità di conciliazione della vita familiare e della vita lavorativa, includendo in anni recenti anche la rinegoziazione dei compiti e dei ruoli con il genere maschile. All'interno di queste sfide, che hanno solo in parte trovato una risposta efficace nelle politiche familiari e sociali, le donne si sono reinventate, hanno rinegoziato la loro identità, anche nel confronto, non sempre efficace, con gli uomini (fallimenti della relazione di coppia, violenza sulle donne...), inserendosi nella scia del dibattito europeo sul *gender*

mainstreaming che dagli anni '90 pone il tema della differenza di genere come chiave interpretativa di tutti i processi sociali. A partire da queste molteplici considerazioni, che evidenziano anche potenziali situazioni rischiose e di fragilità, il dibattito mira a porre e riproporre alcune questioni rilevanti in vista di possibili nuove modalità di interpretazione delle risorse disponibili e delle sfide attuali e future. In questo e altri momenti congressuali vogliamo aprire una riflessione sugli aspetti culturali, etici e deontologici della nostra professione, che ci permetterà di mettere meglio a fuoco la nostra identità di ginecologi oggi, medici della donna *tout court*. La vostra partecipazione attiva a questo dibattito sarà senz'altro il valore aggiunto di questo Congresso nazionale.



Nicola Natale

Ginecologia e immigrazione

Le emergenze ostetriche nelle pazienti immigrate

di **Angela Citeresi**

U.O. di Ostetricia e Ginecologia, USL 4, Prato

È un dato conosciuto e diffuso quello della presenza di disegualanze sanitarie tra le diverse popolazioni etniche nei paesi sviluppati. Per quanto riguarda la morbilità correlata alla gravidanza, le popolazioni immigrate presentano quasi sempre un'incidenza di indicatori di rischio più elevata rispetto a quella della popolazione generale. I motivi di tale disparità, quando il sistema sanitario è di tipo universalistico come il nostro, potrebbero ritrovarsi in differenze genetiche, in comportamenti socioculturali peculiari, nell'ambiente fisico e sociale nonché nella maggiore difficoltà da parte dell'utenza immigrata ad avvicinarsi ai servizi sanitari in generale o a quelli di maggiore qualità.

In considerazione del fatto che nella realtà italiana strutture ed équipe assistenziali sono comuni alle varie popolazioni quando l'emergenza viene affrontata in sede ospedaliera, il riscontro in questa sede di una maggiore morbilità in un particolare gruppo etnico sollecita un approfondimento delle sue cause, al fine di ridurre l'incidenza e prevenirne gravi conseguenze sanitarie.

A causa di emorragie postpartum gravi, seguite da isterectomia in numero superiore a quello atteso, in donne cinesi che hanno partorito presso l'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia della Asl di Prato, si è deciso di studiare con molta attenzione il fenomeno dell'emorragia postpartum in tutta la popolazione ostetrica durante un periodo di due anni e mezzo, tra gennaio 2007 e giugno 2009, per un totale di 7091 parti valutati. Grazie all'archiviazione elettronica delle informazioni relative alla perdita di sangue al momento del parto, è stato possibile distribuire nei tre diversi gruppi di popolazioni, italiana, cinese, e altre donne straniere, i casi di emorragia postpartum, intesa come perdita ematica maggiore di 500 ml, oppure maggiore di 1000 ml e i casi di isterectomia eseguita a seguito di emorragia massiva.

L'analisi dell'incidenza dell'emorragia postpartum e dell'isterectomia nei tre gruppi, rispettivamente in 3657, 2287 e



1147 parti, permette alcune considerazioni.

L'incidenza di emorragia postpartum, cioè di perdita ematica al parto superiore di 500 ml, è lievemente diversa nei differenti gruppi etnici (italiane, cinesi ed altre straniere): 10% nelle italiane, 12% nelle cinesi, 16% nelle altre donne non italiane. L'incidenza di isterectomie a seguito di emorragie gravi nella popolazione cinese è significativamente maggiore rispetto a quella della popolazione italiana: 0,5 per mille tra le donne italiane, 3 per mille tra quelle cinesi, 1,7 per mille tra le altre straniere.

La valutazione delle cause di

emorragia per i casi che sono andati incontro a isterectomia ha evidenziato come l'ipotonia uterina sia una causa ugualmente distribuita tra le differenti etnie, mentre la rottura dell'utero e la placenta accreta sono state causa di emorragia soprattutto tra la popolazione cinese.

Dalla disamina della letteratura, l'incidenza dell'isterectomia postpartum a seguito di emorragia grave non si discosta da quella rilevata nella popolazione italiana della nostra casistica (0,5 per mille) e risulta inferiore a quella riscontrata nella popolazione cinese (3 per mille).

Le cause di isterectomia riporta-

te in letteratura sono le stesse di quelle riscontrate nei nostri 11 casi. L'incidenza dell'emorragia postpartum nella popolazione cinese è riferita in letteratura superiore alla media. Nel 2009 il Royal College of Obstetricians and Gynaecologists attribuisce all'etnia asiatica un'odds ratio per emorragia postpartum del valore di 2.

Il dato della maggiore incidenza dell'emorragia postpartum tra le donne di etnia asiatica è solo parzialmente confermato dall'analisi dei nostri 7091 parti. Infatti l'incidenza dell'emorragia postpartum nelle popolazioni etniche, italiana e cinese, è rispettivamente di 10,6 e 12,4 per cento, quando si considera l'emorragia postpartum come perdita ematica superiore a 500 ml, e di 1,7 e 2 per cento rispettivamente, quando si considera la perdita di sangue di entità superiore a 1000 ml.

Le isterectomie, a seguito di emorragia massiva, si presentano invece con maggiore frequenza tra le donne cinesi (3 per mille), mentre tra le donne italiane (0,5 per mille) il dato è quello atteso secondo la letteratura.

La maggiore incidenza di casi di rottura d'utero e di placenta accreta nell'etnia cinese potrebbe avere le sue radici in differenze genetiche, in comportamenti sociosanitari peculiari, nonché nell'accesso solo tardivo alle cure sanitarie. Si può ipotizzare che la rottura di utero sia attribuibile a una maggiore suscettibilità alla tachisistolia da parte del muscolo uterino. L'aumentata suscettibilità potrebbe dipendere dall'assunzione di sostanze tossiche come pure da una sconosciuta predisposizione genetica.

La maggiore incidenza di placenta accreta, inoltre, potrebbe essere riconducibile alla poliabortività, spesso volontaria, a cui la popolazione cinese, come è noto, ricorre con una maggiore frequenza.

Abbiamo appreso da un'indagine che le donne cinesi assumono in gravidanza erbe di natura imprecisata e, prima del parto, assumono una tisana che favorirebbe le contrazioni uterine prevenendo le emorragie. La composizione della tisana, tuttora poco definita, consiste di cristalli associati a materiale corneo, forse appartenente alle corna di cervo, che conterrebbero un precursore del testosterone. È noto inoltre che lavorano a ritmi estenuanti fino al momento del parto, che hanno spesso un'alimentazione inadeguata, che presentano livelli di emoglobina bassi, tutte condizioni che le espongono a maggiori rischi per la salute.

Dai dati di letteratura non risulta che l'emorragia, che non è



Angela Citeresi

malattia ma sindrome ed è assolutamente multifattoriale, abbia un'incidenza diversa in base alla razza, mentre non si può escludere che l'alimentazione possa giocare un ruolo, che comunque è da considerare modesto. Si riporta che gli asiatici abbiano meno trombosi ma anche questo potrebbe essere legato a stile di vita e alimentazione perché se vivono come gli occidentali tutto si allinea.

Alla luce di questi dati e di quanto affermato in precedenza, si ritiene opportuna l'adozione di alcune misure di contenimento del rischio emorragico nelle donne gravide di etnia cinese ed in generale delle donne immigrate. Il maggior rischio di complicazioni gravi o emergenze emorragiche delle popolazioni immigrate, più che a rischi genetici, appare attribuibile a fattori sociali, culturali nonché sanitari. Per le donne di etnia cinese abbiamo individuato fattori comportamentali associati a fattori sanitari e ambientali, come determinanti per la gravità della complicanza emorragica postpartum.

Una sintesi di buone pratiche da suggerire in presenza di donna di etnia asiatica, con un quadro importante di emorragia postpartum, è la seguente:

- 1) effettuare un'anamnesi dettagliata sul possibile uso di sostanze tossiche, presenti in infusi o altro e assunte in prossimità o durante il travaglio;
- 2) porre particolare attenzione alla condizione di tachisistolia uterina durante il travaglio;
- 3) migliorare la diagnosi di placenta accreta prima del parto, verificando ogni rischio antenatale;
- 4) valutare con cura le condizioni generali della donna ed in modo particolare la presenza di anemia;
- 5) adottare le terapie per la correzione delle patologie ematologiche;
- 6) garantire una immediata disponibilità di sangue ed emoderivati in caso di emorragia postpartum grave.

Da Bergamo a Milano: il nostro congresso regionale al Sigo 2010

di **Claudio Crescini**
segretario regionale Aogoi
per la Lombardia

Il consueto appuntamento di novembre a Bergamo per il Congresso regionale Aogoi Lombardia, che si svolge annualmente dal 2000, quest'anno non ci sarà.

La concomitanza del Nazionale Sigo a Milano ci ha suggerito di trasferirlo a Milano nei locali della Fiera facendolo diventare parte integrante del Congresso nazionale. Quindi anche quest'anno Aogoi Lombardia aspetta i colleghi, che da tutta Italia partecipano alle sue iniziative scientifiche e didattiche, con un intenso e variegato programma.

Domenica 14 novembre verrà riproposto il corso di Aogoi Lombardia sulle urgenze/emergenze in sala parto che si tiene trimestralmente a Bergamo e che in questa occasione sarà focalizzato sul trattamento delle emergenze emorragiche. Verranno trattati in modo pratico tutti gli aspetti delle procedure finalizzate ad arrestare la metrorragia del postpartum, dalle terapie farmacologiche a quelle chirurgiche demolitive passando attraverso i metodi di tamponamento uterino e di chirurgia conservativa. Verranno presentati gli algoritmi di intervento per correggere lo shock ipovolemico con la ge-



Claudio Crescini

stione appropriata dei liquidi infusionali, la successione degli interventi emostatici fino all'embolizzazione delle arterie uterine.

Sempre Domenica, come corso pregressuale, verrà allestito per un numero limitato di partecipanti un laboratorio di esercitazioni simulate su manichino per apprendere la successione delle manovre per risolvere la distocia di spalle; sarà quindi possibile eseguire praticamente – e in modo assolutamente realistico – le manovre di Mc Roberts, di Rubin, di Jacquemier e di Zavanelli.

In una seconda postazione sarà possibile esercitarsi nel parto operativo vaginale mediante ap-



plicazione di ventosa ostetrica. Il manichino utilizzato consente inoltre di esercitarsi nella semeiotica ostetrica per la valutazione della stazione della parte presentata e dell'indice di presentazione. In particolare si apprenderà l'utilizzo della ventosa come strumento per facilitare la flessione della testa fetale e con essa la spontanea rotazione dell'occipite sotto la sinfisi pubica.

Lunedì 15 novembre in sala gialla 3, dalle ore 10 alle 11.30, la sessione Aogoi Lombardia farà il punto sul problema della encefalopatia neonatale, le possibilità di prevenirla e soprattutto le modalità per differenziare la paralisi cerebrale da causa strettamente ostetrica legata ad una anossia intrapartum da quelle che riconoscono una eziologia di danno placentare in corso di gravidanza, e quindi non imputabili alle modalità del parto o alla sua assistenza.

Dalle ore 11.30 alle 13 sessione monotematica sui difetti di crescita intrauterina negli aspetti eziopatogenetici, diagnostici e di timing del parto.

Tutto il pomeriggio di Lunedì 15 novembre sarà dedicato alla sessione sull'anatomia chirurgica. Abbiamo invitato un numero considerevole di colleghi che da anni si dedicano alla chirurgia ginecologica tradizionale ed endoscopica nel campo della patologia benigna e maligna e abbiamo chiesto loro di illustrarci con una ricca documentazione iconografica statica e video gli aspetti anatomici nei diversi interventi chirurgici di pertinenza della nostra specialità.

Tutto ciò è stato reso possibile dalla disponibilità di Aogoi na-

zionale e Sigo che hanno favorito e promosso la partecipazione della sezione lombarda. Speriamo così di aver dato il nostro contributo al successo del Congresso nazionale Sigo e di ritrovarci numerosi nelle sessioni promosse da Aogoi Lombardia.

La nuova cornice normativa: cosa cambia per i centri di PMA

Il recepimento delle nuove norme comunitarie: due aspetti critici in tema di qualità e sicurezza

di **Mauro Costa**
S.S. Fisiopatologia
preconcezionale e prenatale
E.O. Ospedali Galliera Genova

Il Decreto legislativo 191 del 2007 e il Decreto legislativo N. 16 del 2010, sulla definizione di norme di qualità e di sicurezza per la donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani, hanno trasposto nella legislazione italiana l'insieme di nuove norme europee note come "Direttiva dei Tessuti".

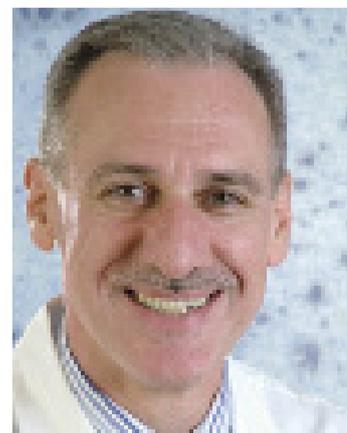
Queste normative includono tra i cosiddetti "Istituti dei tessuti" anche i centri di Procreazione Medicalmente Assistita, in quan-

to utilizzano cellule umane da applicare su esseri umani a scopo terapeutico. Questa interpretazione del termine "applicazione" è ovviamente estensiva, non trattandosi certo, nel caso della Pma, di un trapianto.

La normativa alza di molto il livello di qualità e sicurezza richiesto a chi pratica queste terapie e impegna i centri di Pma in grandi cambiamenti organizzativi e strutturali. La normativa copre le attività di Pma dal momento del prelievo, alla lavorazione ed eventuale conservazione fino al momento del transfer. L'applicazione clinica è esclusa (fatto salvo il follow-up per la vigilanza).

Per un responsabile di struttura Pma affrontare la materia implica valutazione organizzative e operative che mobilitano risorse umane, infrastrutturali ed economiche.

Due sono gli aspetti critici fondamentali della normativa: la necessità di adeguamento dei centri a uno standard strutturale di alto livello e la necessità di implementare un sistema di gestio-



Mauro Costa

ne della qualità e sicurezza. Il laboratorio Pma dovrà garantire una qualità dell'aria di fondo almeno grado D (secondo le Norme comunitarie di Buona Fabbricazione (GMP) e le fasi cruciali della manipolazione dei gameti ed embrioni dovranno avvenire sotto cappa, con aria grado A. Quando questo non fosse tecnicamente possibile (ad esempio la manipolazione dei gameti durante la ICSI) sarà necessario dimostrare che l'ambiente prescelto mantenga i massimi requisiti di sicurezza e la prassi dovrà essere validata. Bisogna cioè dimostrare con i dati, con le linee guida internazionali e con la letteratura scientifica, che la procedura è efficace e sicura. Se si aggiungono queste nuove norme ai precedenti requisiti minimi strutturali dei centri, definiti dalle normative regionali sulla base del documento della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome dell'11 novembre 2004, risulta chiaro che l'adeguamento strutturale dei centri è ormai obbligatorio e sarà certo gravato da costi rilevanti sia per chi opera nel pubblico che per i centri privati.

I responsabili del centro Pma dovranno acquisire le conoscenze necessarie alla progettazione di un sistema di Gestione della qualità e sicurezza (SGQS). Questa conoscenza non è comunque eludibile, neppure nel caso si intenda affidarsi ad una consulenza esterna; peraltro, un approccio consapevole alla stesura della documentazione permette un risparmio economico e una maggiore credibilità della propria struttura. Il SGQS richiesto dal Dlg. 191/07 deve essere documentato così come indicato nel Capo IV Art. 16.

Obiettivo accessorio è anche quello di affrontare con serenità le ispezioni di controllo. Un SGQS trova formalizzazione nella sua documentazione, definita Sistema Documentale del Sistema Qualità (SDSQ). Tuttavia, l'aspetto funzionale (non solo formale), è molto più esteso e comporta la produzione e la redazione di evidenze cartacee tracciate. In sostanza, si deve dimostrare che quanto avviene nelle attività è aderente e congruo con le politiche mediche e le prassi operative condotte ordinariamente dalle figure professionali del sistema (procedure operative standard, POS).

Parte rilevante di questo repertorio cartaceo è certamente il manuale operativo, tuttavia quello che rende formale e attuato il sistema è la completa e aggiornata disponibilità di procedure operative standard (POS) e di registrazioni (verbali, log-book ecc). Di fatto un SDQS è legato al sito geografico, al proprio sviluppo planimetrico, alle infrastrutture e all'organigramma. La molteplicità di situazioni possibili implica l'impossibilità di avere un manuale "ciclostilato" che soddisfi qualunque paradigma. Per riassumere, gli elementi irrinunciabili dell'SDQS di un

centro Pma, dovrebbero essere un indice/sommario (tabellare, conciso con riferimenti di legge applicabili ad ogni documento), un manuale operativo (compatto non prolisso, riassuntivo di tutto il flusso delle attività), un verbale di riesame (audit documentato periodico del sistema di gestione qualità), un Log-Book (sistema per le calibrazioni/pulizie e controlli periodici della strumentazione), POS e linee guida (le procedure documentate, tracciabili e versionate relative ai passi di controllo indicati nel manuale operativo dal quale riportano riferimenti incrociati), allegati a corredo (Planimetrie, mappe, documenti di delega della struttura e nomine ruoli, curricula, contrattualistica).

È diffusa l'opinione che per un Centro Pma sviluppare un sistema di qualità e sicurezza, e quindi l'acquisire conformità con i requisiti di legge, significhi avere un sistema di certificazione ISO9001. In merito è opportuno sgombrare il campo da malintesi ed equivoci. La legge non richiede alcuna certificazione, poiché per definizione la certificazione è una attività volontaria, bensì richiede un sistema di gestione della qualità per molti aspetti analogo a quello degli schemi certificativi più recenti e d'altra parte la certificazione non copre altri requisiti della legge, basti pensare agli obblighi rispetto alle norme sulla privacy (D.Lgs 196/2003) e sulla sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro (D.Lgs 81/2008 - ex 626/94), ben presenti nella nuova normativa. Con un impegno di tutto il centro, che avrà comunque ricadute virtuose sulla qualità del lavoro, e con l'aiuto delle autorità competenti sarà possibile per ogni team acquisire le competenze necessarie a strutturare un sistema di gestione qualità e sicurezza il più possibile personalizzato sul centro stesso. Questo SGQS, se non sarà generato in totale autonomia, dovrà almeno essere condiviso profondamente da tutto il personale del centro.

In questo senso i progetti del CNT di formazione degli ispettori regionali e di formazione del personale dei centri stessi porteranno in un tempo minimo, da calcolarsi in almeno due anni, a una cultura condivisa e diffusa, che è l'unica garanzia perché il salto di qualità dei centri italiani sia reale e non soltanto formale. A questo contribuirà certamente un chiarimento su alcuni punti della normativa, ancora controversi o di non uniforme interpretazione, che la Federazione delle Società Scientifiche Italiane della Riproduzione ha richiesto al Ministro della

Salute in una lettera (pubblicata sul sito www.aogoi.it). Al tema dell'Infertilità sarà dedicata una sessione nel giornata di mercoledì 17 novembre.

Uroginecologia

Una nuova visione unitaria delle funzioni degli organi pelvici nel rispetto dell'integrità femminile

di Davide De Vita
Dirigente Medico U.O.
Ginecologia-Ostetricia P.O.
S. Francesco D'Assisi,
Oliveto Citra (Sa)

Luoginecologia avrà un ruolo rilevante nell'ambito del programma del Congresso Sigo Aogoi 2010 di Milano (Uroginecologia: interventi preordinati). Il titolo dello stesso "Donna oggi: essere e benessere, la medicina al servizio della donna", anticipa i contenuti del programma scientifico uro-ginecologico: "nel profondo rispetto dell'integrità femminile, mettendo in risalto la salute della donna, la sua vita ginecologica, ostetrica, sociale, affettiva e sessuale e rapportandola al suo perineo a cui è strettamente legata".

Infatti, alle soglie del 2010, la popolazione mondiale ha raggiunto aspettative elevate rispetto al

forte miglioramento della qualità di vita, registrando però al contempo un esponenziale aumento della prevalenza dei disordini del pavimento pelvico e ponendo dunque la complessa disciplina uroginecologica in crescente considerazione.

Nell'ambito del vasto e completo programma scientifico di Milano verranno trattati i diversi disordini pelvi perineali e una serie ampia di condizioni cliniche che includono l'incontinenza urinaria, il prolasso degli organi pelvici (Pop), le disfunzioni sessuali, il dolore pelvico cronico, le cistiti ricorrenti ed interstiziali e la vescica iperattiva.

Il programma scientifico prevede "un corso avanzato di perfezionamento di semeiotica uroginecologica e del pavimento pelvico", con aggiornamenti in tema di epidemiologia, eziopatogenesi, classificazione, diagnostica e terapia delle disfunzioni pelvipervineali, organizzato dall'Agite e dall'Aogoi, che già da tempo stanno unendo le loro forze per diffondere e perfezionare la formazione pelvi perineale tra i ginecologi ospedalieri, territoriali e libero-professionisti. Sappiamo come il parto vaginale distocico sia il fattore maggiormente responsabile in quanto può determinare un danno notevole sia del tessuto muscolare sia di quello nervoso e come la gravidanza stessa, per mezzo di modificazioni meccaniche della statica pelvica e di cambiamenti nell'assetto ormonale, può essere un significativo fattore di rischio per le patologie della statica pelvica.

L'obiettivo del corso sarà di riu-



Davide De Vita

scire a formare figure professionali atte a ridurre al minimo i danni pelvi-perineali che la gravidanza e il parto, spesso, determinano oltre che ad intervenire terapeutamente qualora se ne riscontrino le condizioni.

Un largo spazio avrà la terapia chirurgica dei disordini del pavimento pelvico, che includono il trattamento mininvasivo dell'incontinenza urinaria da sforzo (Ius) e del prolasso degli organi pelvici (Pop). Per ciò che riguarda il trattamento della Ius, verranno esaminati i risultati riguardo l'efficacia e la tollerabilità delle sling ad incisione unica (mini-sling), nate nel tentativo di ridurre al minimo il trauma chirurgico, che dovranno essere confrontate con i risultati fortemente positivi e consolidati nel tempo, della Tvt e della Tot.

Si tratterà, inoltre, dell'evoluzione della chirurgia pelvica, che rappresenta un tema molto affascinante. Infatti, nel corso degli anni diverse teorie e pratiche chirurgiche si sono avvicinate con l'introduzione di idee, materiali e strumenti nuovi, passati di generazione in generazione e via via arricchite, modificate o innovate fino ai giorni nostri. Alla luce degli insegnamenti del passato, l'impegno attuale sarà volto al miglioramento, all'innovazione continua, al progresso nella ricerca scientifica, fino ad arrivare a confrontare e a problematizzare anche l'atteggiamento demolitivo del trattamento del Pop, finora effettuato ignorando la concezione dell'importanza dell'utero e delle sue strutture di sostegno nei meccanismi di supporto pelvico. Non vi è ancora un definitivo gold standard sul trattamento del prolasso uterino e possiamo dichiarare che l'isterectomia nell'isterocele è la complicità legata all'operazione stessa, che mutila fisiologicamente la paziente e che molto spesso viene eseguita perché è l'unica opzione chirurgica in possesso di quel ginecologo che la attua. In particolare, verrà enfatizzata l'importanza dell'anello pericervicale, che rappresenta la chiave di

volta della architettura della statica pelvica. Tradizionalmente, la conservazione dell'utero viene considerata valida solo nelle donne in cui l'attività riproduttiva è ancora presente: recentemente molte pazienti richiedono la conservazione dell'utero, per diverse ragioni soprattutto psicologiche ed identitarie. Recenti studi mostrano come la conservazione dell'utero può essere considerata un'opzione valida in donne selezionate, anche se è consenso unanime che l'opzione ottimale del trattamento del prolasso uterino deve tenere conto dei seguenti fattori: del o dei specifici difetti presenti, dell'età della paziente, delle comorbilità, del desiderio di prole, della storia di chirurgia per prolasso in altri compartimenti, della preferenza della paziente e di quella del chirurgo in relazione alle sue attitudini chirurgiche.

Dunque, lo slogan della disciplina uroginecologica del Congresso sarà quello di promuovere una visione non più unilaterale e frammentata, ma integrata, dove confluiscono diversi saperi e competenze, proiettata cioè verso un orientamento multidisciplinare. Ne deriva che tra gli obiettivi prioritari vi siano la ricerca di un linguaggio comune, il confronto di esperienze, formazioni, specializzazioni ed aggiornamenti, "con una nuova visione unitaria delle funzioni degli organi pelvici", presupposto per ottenere migliori risultati clinici e scientifici. La visione unitaria delle funzioni degli organi pelvici crea dunque una sorta di superspecialità che deve aprire nuovi spazi alla ricerca e assicurare ai pazienti delle soluzioni più razionali e che tengano conto della complessità del territorio in cui ci si muove.

I chiaroscuri dell'essere donna oggi

Violenza sulle donne: al ginecologo il compito di cogliere i segnali e offrire un'opportunità

di Valeria Dubini
Vicepresidente Aogoi

Niente è più in tema con "i chiaroscuri dell'essere donna oggi" delle problematiche connesse alla violenza sulle donne.

La "violenza come degenerazione di un rapporto" può solo in parte spiegare come anche nella nostra civile società sia possibile assistere a tanta sopraffazione sul corpo delle donne. Lo vediamo purtroppo tutti i giorni sfogliando le pagine dei





mo partner troppo assillanti e svalorizzanti e donne troppo insicure.

Cogliere i segnali e avere una finestra di opportunità da aprire vuol dire svolgere il nostro ruolo di sanitari fino in fondo, in un approccio veramente olistico nei confronti della salute delle nostre assistite.

Ma certo vuole innanzitutto dire avere creato dei percorsi formativi, culturali e dei percorsi di azione che ci permettano di aprire quella finestra per offrire qualcosa. Quella rete che solidamente deve avere i suoi anelli nel territorio a cui facciamo riferimento.

Certo, quindi, la violenza può nascere come degenerazione di un rapporto e ben rappresentare i chiaroscuri del femminile, perché l'amore come è stato insegnato a generazioni di giovani donne è oblativo, giustificativo e, nella cultura "familistica" che ancora contraddistingue la nostra società, tende a contenere i problemi nelle mura domestiche. Ma non dimentichiamo la violenza intesa come degenerazione di un rapporto tra generi - e in generale tra individui - nella società, perché è là che si richiede il nostro essere presenti e attenti ed è là che anche il nostro ruolo come sanitari può esprimersi completamente.

Diseguaglianze di genere e sostenibilità economica

La salute della donna: la sfida delle malattie croniche non comunicabili

di Francesca Fiorillo
Vicepresidente SIGITE,
membro direttivo AGITE

L'Aogoi-Sigo e la Fondazione G. Lorenzini hanno presentato, durante il Congresso Sigo-Aogoi del 2009, l'inizio dei lavori del progetto interdisciplinare "Protezione della salute della donna nei confronti delle malattie croniche non comunicabili". Il suo obiettivo è tutelare la salute della donna oltre la salute riproduttiva, partendo dalla considerazione che un ginecologo attento ha la possibilità di interveni-



Francesca Fiorillo

re efficacemente per realizzare un'attenta prevenzione delle malattie croniche non comunicabili, ossia delle malattie cronicodegenerative che impattano la salute della donna nella terza età, anche con tutto il loro peso sociale in termini di emarginazione, disabilità e impegno economico.

Come è noto infatti le malattie croniche non comunicabili costituiscono un peso insopportabile anche per le società più evolute come la nostra. Più del 90% della mortalità e del 70% della disabilità sono secondarie alla loro presenza e i costi sanitari diretti e sociali indiretti sono elevatissimi.

La prevenzione di tali patologie per essere veramente efficace deve essere correttamente condotta con strategie integrate e globali che tengano conto sia degli elementi comuni sia delle differenze - prima fra tutte quella di genere. Deve considerare non solo le differenze biologiche ma anche le differenze socio-culturali e ambientali come, per esempio, la differente risposta del sistema sanitario alla richiesta di salute.

Tali differenze vanno evidenziate, divulgate e, dove necessario, corrette per ridurre le diseguaglianze, ottenere un'adeguata protezione della salute della donna e garantire stabilità sociale ed economica al nostro paese. La salute della donna ha quindi implicazioni strategiche e politiche di estrema rilevanza ed entra a pieno titolo nell'agenda di ogni politico.

Pertanto l'Aogoi-Sigo e la Fondazione G. Lorenzini hanno richiesto al Ministro delle Pari Opportunità, Mara Carfagna, un confronto per analizzare alcune proposte d'intervento al fine di ridurre tali diseguaglianze, promuovendo un'azione politica capace di sensibilizzare sia la popolazione sia gli operatori sanitari, primi fra tutti i ginecologi, da sempre medici della donna. Durante l'86° Congresso Sigo a Milano, il 15 novembre alle 8.30, l'Aogoi-Sigo e la Fondazione G. Lorenzini condurranno una ta-

vola rotonda "La protezione della salute della donna: un investimento economico per la società", durante la quale si terrà un dibattito-confronto sul carico che le diseguaglianze di genere esercitano sulla salute e sull'economia della nostra società, ipotizzando nuovi modelli di sviluppo e d'investimento proprio sulla salute delle donne, per giungere preparati all'appuntamento mondiale in cui la donna e la sua salute costituiranno il focus di ogni dibattito e di scelta politica internazionale.

Parto fisiologico

Il parto in acqua e il progetto Acqua Aogoi

di Ciro Guarino

Direttore della Struttura Complessa dell'U.O. di Ostetricia e Ginecologica del P.O. S. Leonardo, C. Mare di Stabia (NA)

La richiesta da parte delle istituzioni e delle donne del "recupero" di un approccio più "umanizzato" all'evento nascita è sempre più attuale e pressante, dal momento che negli ultimi decenni l'attività ostetrica ha subito profondi mutamenti, diventando sempre più attenta agli aspetti tecnologici della gravidanza e del parto, trascurando, invece, quelli emotivi a essa correlati.

Dal punto di vista pratico, "umanizzazione" significa essenzialmente "rispetto". Rispetto della



Ciro Guarino

fisiologia, rispetto della donna, rispetto del nascituro.

E proprio in quest'ottica il parto in acqua rappresenta un'opportunità da valorizzare perché consente di recuperare quell'aspetto di naturalità dell'evento nascita, grazie al rispetto della fisiologia, lasciando la futura madre padrona di gestire in maniera attiva e autonoma il suo travaglio e il suo parto, accompagnata dalla presenza del ma-

quotidiani.

Ma forse si deve partire dal rilevare come sia ancora troppo basso il nostro livello di attenzione e troppo distratta la nostra società sui percorsi che portano poi a queste drammatiche evenienze: troppo distratta su una cultura circolante incentrata sulla "fruibilità" del corpo femminile e sulla perpetuazione dei tanti stereotipi che sono tipici di una società che vuole tenere il genere femminile in un rapporto subalterno.

Ed è all'interno di questi contesti, fatti di azioni piccole e grandi, che si alimenta la permissibi-



Valeria Dubini

lità di un rapporto "asimmetrico". Per far capire a che punto siamo nel nostro percorso citiamo soltanto la sentenza della Corte di Cassazione del luglio 2010, che cancella la condanna di un uomo per maltrattamenti contro la moglie perché "lei aveva carattere e non era intimorita" dagli insulti, dalle ingiurie, dalle umiliazioni e dai maltrattamenti fisici.

Certo c'è poi lo squilibrio di una

relazione.

Quello che ci scandalizza quando leggiamo i fatti di cronaca eclatanti, ma che passa poi sotto silenzio nell'invisibile quotidiano.

L'asimmetria di una relazione passa attraverso un presunto amore che diviene "possesso", una presunta passione che diventa "ossessione", un presunto desiderio che diviene "pretesa". Cose di tutti i giorni, che possiamo facilmente vedere intorno a noi, ma che trovano poi una deriva violenta quando si rompe un equilibrio, che in ogni coppia è difficile stabilire a priori. Il punto comune tra tutti questi comportamenti è dato dall'incapacità di tenere conto dell'altra e dall'impossibilità di entrare in una relazione "rispettosa" dei suoi desideri, delle aspettative e dei tempi. Ed esiste quindi uno spazio per "educare" al rispetto e alla relazione iniziando già dalle giovanissime generazioni.

Mai come nelle relazioni asimmetriche la sessualità si trasforma in una terribile arma di controllo e di possesso, di sopraffazione e di possibile umiliazione.

Ed è qui che come sanitari dobbiamo sentirci coinvolti e dobbiamo conoscere il nostro terreno di intervento.

Ogni volta che assistiamo, ad esempio, al reiterato fallimento di un'autoprotezione riproduttiva, come nelle IVG ripetute, o quando assistiamo a sintomi troppo spesso sottovalutati nella nostra professione, come il dolore pelvico cronico. O, ancora, quando assistiamo gravidanze nelle quali ci vengono riportati sintomi sfumati oppure ripetuti accessi ai nostri servizi per algie, attività contrattile, perdite ematiche. Ogni volta che incontria-



rito, in un ambiente confortevole, che ricordi possibilmente quello domestico. Sulla scena del parto i professionisti addetti all'assistenza sono discreti, ma attenti.

Inoltre, l'assistenza al parto in acqua, in cui il rispetto dei tempi "naturali" dell'evento nascita rappresenta un elemento irrinunciabile e in cui le interferenze esterne sono necessariamente meno frequenti, consente anche di educare gli operatori sanitari all'attesa, promuovendo in tal modo una migliore comprensione della fisiologia della nascita e dei bisogni basilari delle donne in travaglio.

L'esperienza dell'immersione in acqua durante il travaglio e il parto ha origini lontane, già nel 1803 è riportato in Francia l'espletamento di un parto in acqua.

Negli anni '60 diventano più numerosi i casi di parto in acqua, benché inizialmente essi avvenivano in circostanze per lo più casuali, ma è solo negli anni '70-'80 che in Europa si inizia a valutare in modo scientifico l'opportunità di immergere le donne in acqua durante il travaglio e, successivamente, di espletare anche il parto in acqua, grazie,

soprattutto, al lavoro dell'equipe di Michel Odent in Francia e di Gerd Eldering in Germania. Oggi il parto in acqua è una pratica consolidata in molti ospedali europei e anche in Italia tale modalità di parto si sta capillarmente diffondendo grazie all'esperienza realizzata in questi ultimi dieci anni.

Tuttavia, nonostante il vasto e consolidato successo del travaglio e del parto in acqua tra le donne che lo sperimentano, nonostante le sempre più numerose richieste, a oggi, le evidenze scientifiche di sicurezza ed efficacia di tale modalità di parto sono scarse e ciò contribuisce anche alla diffidenza che molti specialisti nutrono verso questa pratica ostetrica.

E dunque, partendo dalla convinzione che per agire in sicurezza per sé stessi e per la donna è necessario basare la propria attività sempre su solide basi scientifiche, è nata l'idea del Progetto Acqua Aogoi, uno studio osservazionale multicentrico, con lo scopo di arricchire la letteratura attualmente a disposizione sulla valutazione degli effetti materni e fetali dell'immersione e del parto in acqua.

E proprio al parto in acqua e al

Progetto Acqua Aogoi sarà dedicata una sessione del Congresso Sigo 2010 in cui si ripercorrerà la storia di questa modalità di assistenza ostetrica, attraverso l'analisi della letteratura internazionale, dalle vecchie alle nuove evidenze scientifiche fino alla presentazione dei risultati - illustrati da Fabio Parazzini - del primo anno di vita del Progetto Acqua Aogoi, che ha visto la partecipazione entusiastica di ben 42 centri nazionali.

La sessione sarà un'analisi a 360° di questa modalità di parto di cui saranno illustrati rischi e benefici, prevenzione e gestione delle possibili complicanze materne, nonché impatti neonatali presentati dall'ottica del ginecologo, del neonatologo e dell'ostetrica.

La prestigiosa occasione offerta dalla Sigo al gruppo del Progetto Acqua Aogoi è la testimonianza concreta dell'alto valore scientifico del progetto, che ha il compito di supportare e promuovere in Italia questa modalità di parto, fornendo agli operatori quel necessario ausilio di conoscenze tecniche e scientifiche, che oggi è ancora carente. Tutto questo per restituire alla donna la giusta centralità nel

momento più importante della sua vita, centralità che con il parto in acqua si realizza in pieno, anzi si esalta, in una materializzazione assolutamente evidente. Alla sessione parteciperanno Albin Thoeni, Roberto Fraioli, Enzo Esposito, che da anni propongono questa procedura nell'assistenza al travaglio e al parto. Interverranno inoltre le ostetriche Olivadoti e Castagnetti e la neonatologa Luisa Calabrò. La sessione sarà seguita dalla lezione magistrale di Michel Odent sull'impatto della modalità del parto sulle generazioni future, che sarà un importante spunto di discussione e di riflessione sul futuro dell'assistenza ostetrica e sulla grande responsabilità che noi ginecologi abbiamo nell'assicurare il benessere materno a breve e a lungo termine.

Chirurgia conservativa

Chirurgia "Body sparing" e "cost saving", al servizio della donna

di **Mario G. Meroni*** e **Alessandra Graziottin****

*Direttore della Struttura complessa Ostetrica e Ginecologia, Ospedale Niguarda Ca' Granda - Milano

**Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica, Ospedale S. Raffaele Resnati - Milano

Negli Usa ogni anno si effettuano 600 mila isterectomie (M. Baggish 2005), in Australia una donna su 5 in età perimenopausale viene sottoposta ad isterectomia per patologia benigna (M. Craham 2008).

Sono dati che devono far riflettere sulla necessità di tanta chirurgia demolitiva sull'apparato genitale femminile. Quante volte l'indicazione è discutibile o francamente errata? Per esempio, basti pensare che uno studio su oltre 800 mila donne operate ha dimostrato che quelle con colon irritabile vengono sottoposte al doppio delle isterectomie rispetto alle donne senza sintomi gastrointestinali. Quindi quante isterectomie vengono effettuate senza un adeguato inquadramento della paziente e un adeguato ricorso alla terapia medica o alla terapia chirurgica conservativa? Quante laparoscopie per algie pelviche di natura da determinarsi, con quadro addominale negativo, potrebbero essere evitate con una migliore raccolta dell'anamnesi e un ri-

corso ad una semeiologia più adeguata? Quanti interventi per sospetta endometriosi potrebbero essere evitati? Sempre per endometriosi, quante indicazioni chirurgiche potrebbero essere evitate con una migliore conoscenza della storia naturale della malattia e un ricorso più razionale alla terapia medica? Quanti interventi non risolutivi e incompleti per patologia endometriosa sono effettuati senza alcun miglioramento sintomatologico della paziente?

Quali costi, quantizzabili e non quantizzabili, questi interventi comportano per la donna e per la società? Con quali criteri possiamo scegliere un approccio conservativo davvero "body sparing" e "cost saving" che con maggiore gradualità, prima medica e poi chirurgica, esplori in modo rigoroso e pragmatico le diverse opzioni terapeutiche per ogni singola storia clinica? Come integrare le diverse conoscenze sulla storia naturale delle malattie per pianificare una chirurgia che rispetti globalmente il bisogno espresso dalla paziente? Questo deve comportare una conoscenza delle diverse tecniche chirurgiche e la loro integrazione. Come affrontare per esempio una paziente che ha un quadro annessiale sospetto e un prolasso genitale associato? Occorre una rigorosa conoscenza dell'approccio vaginale e laparoscopico integrati o della laparoscopia demolitiva e ricostruttiva del pavimento pelvico. Quanti centri sono in grado di dare una risposta adeguata al problema? Nella chirurgia oncologica, come si possono preservare le diverse funzioni pelviche con un oculato approccio *nerve sparing*? Oppure, quanto è importante la conservazione dell'utero e delle ovaie per la donna? Per esempio: "Mi hanno svuotata come una gallina dal macellaio", è il vissuto violento riferito da una donna di campagna dopo un'isteroannessiectomia laparotomica che, forse, poteva essere evitata o quantomeno resa meno invasiva.

All'interno di questo dibattito, che ha degli aspetti prettamente tecnici e scientifici, che cosa vorrebbero le donne? Come vengono ascoltate, come vengono preparate a un intervento su un apparato che rappresenta un aspetto del loro sentirsi donna? Il simposio sulla chirurgia "body sparing" e "cost saving" è stato pensato per dare una risposta alle domande che abbiamo provocatoriamente formulato.

In particolare, la sessione è stata impostata sulla conservazione dell'utero a partire dal punto di vista femminile per concludersi sullo stesso tema dal punto di vista dello specialista attraverso una disamina dei diversi aspetti tecnologici e chirurgici.

Verrà affrontato il problema dal punto di vista dell'isteroscopista attraverso una valutazione delle alternative alla chirurgia maggiore. In particolare di come sia possibile ottenere un benessere conservando il viscerale uterino e



Mario G. Meroni

la funzione mestruale.

La laparoscopia si pone oggi come via di accesso preferenziale alla chirurgia dell'utero. Si tratta di patologia benigna o maligna, la laparoscopia può affrontare la chirurgia conservativa o demolitiva in percentuali vicine al 100%. Con una adeguata esperienza, si possono affrontare miomectomie anche multiple e anche di miomi di grosse dimensioni con una prognosi ottima sia per quanto riguarda la chirurgia in quanto tale, sia per la prognosi delle gravidanze successive. Si vedrà come anche per gli uteri di grandi dimensioni, una tecnica adeguata possa ottenere dei risultati idonei in grande sicurezza. Si parlerà di conservazione dell'utero nel prolasso genitale e dei criteri che devono guidare tale scelta. Si vedrà inoltre come l'utilizzo della chirurgia robotica possa dare un contributo a tale opzione. La sessione continuerà affrontando il problema del *nerve sparing* da due punti di vista. Il chirurgo lo affronterà dal punto di vista anatomico e delle ac-

cortezze tecniche che consentono di individuare e rispettare l'innervazione della pelvi nel suo complesso. Il neurofisiologo ci aiuterà a comprendere come gli esiti di una chirurgia non rispettosa, possano provocare gravi problemi alla donna e di come la qualità della vita ne possa essere negativamente influenzata. Vi sono quindi tutti gli ingredienti per un affronto razionale della chirurgia pelvica degli anni 2000. Una chirurgia poco invasiva, razionale, rispettosa dell'anatomia, da praticarsi solo quando necessaria. In sintesi: attenta alla donna in tutti gli aspetti.

Cancro cervicale

Adenocarcinoma e vaccino anti-Hpv

di Carlo Maria Stigliano
Ginecologia Preventiva
Asp Cosenza

L'esperienza clinica evidenzia la costante diminuzione dei cervicocarcinomi a cellule squamose che negli anni 1998-2002 hanno rappresentato il 66% del totale dei casi con conferma istologica afferenti ai Registri Tumori. Stanno invece aumentando in proporzione gli adenocarcinomi, che originano dall'epitelio del canale cervicale e hanno minori probabilità di essere identificati precocemente con il Pap-test. Negli anni 1998-2002, gli adenocarcinomi hanno costituito il 12% dei tumori maligni del-



Carlo Maria Stigliano

la cervice. Si tratta di forme della neoplasia particolarmente insidiose perché risultano più difficilmente diagnosticabili, in quanto situate nella parte interna del canale e non tendenti a desquamare: i ceppi di papillomavirus 16, 18, 45 sono responsabili di circa il 90% degli adenocarcinomi endocervicali. Pertanto, considerando il peso che tali ceppi hanno nel determinismo dell'ADK cervicale, i dati di cross protezione, derivati dai recenti studi di Fase III, consentono di ipotizzare che sia possibile ritenere almeno uno dei vaccini più protettivo verso il cancro cervicale di un 11-16% oltre e in più rispetto alla protezione assicurata verso HPV 16/18.

La possibilità quindi di poter disporre di un vaccino capace di ridurre il rischio di tali forme tumorali è certamente un elemento di grande rilevanza nella prevenzione primaria di una lesione spesso tardivamente identificata e non sempre facilmente e radicalmente trattabile, stante il numero di recidive possibili an-

che in relazione alla multifocalità dell'insorgenza.

È tuttavia necessario trattare gli argomenti connessi a questa patologia in maniera pratica e dialogante: come il clinico pratico deve gestire i Pap test con esito AGC? Come e quando effettuare sicuri accertamenti sul canale cervicale in caso di Pap test alterati e in assenza di lesioni colposcopicamente evidenti sull'esocervice?

Qual è il ruolo dell'endoscopia e in particolare quanto è utile la cervicoscopia?

A queste e ad altre domande si cercherà di rispondere nella sessione "Prevenzione del cancro cervicale, dal PAP test al vaccino: qual è il punto di vista del ginecologo?", dal momento che appare dunque evidente la necessità di riservare una maggiore attenzione a questo tipo di neoplasia e di affinare le tecniche di diagnostica precoce delle lesioni a rischio all'interno del canale cervicale.

Contenzioso medico-legale

Responsabilità professionale e formazione del ginecologo

di Pier Francesco Tropea
Ginecologo, esperto di
ginecologia forense

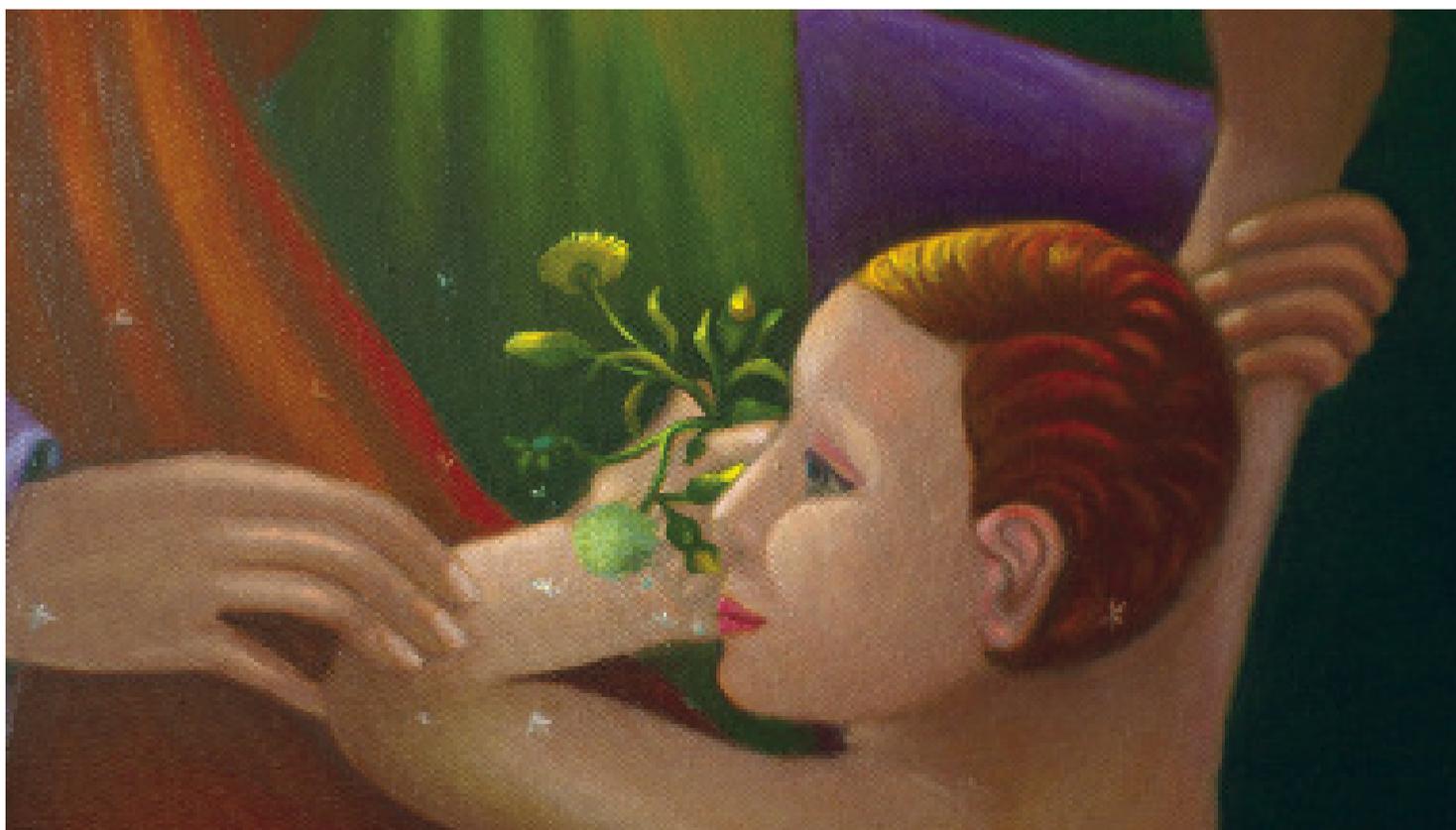
L'incremento del contenzioso medico-paziente che riguarda in modo specifico l'ostetrico-ginecologo, destinatario privilegiato delle de-



Pier Francesco Tropea

nunce giudiziarie in ambito professionale, impone un'attenta analisi, non soltanto dell'organizzazione delle strutture sanitarie chiamate a erogare la prestazione medica (tema finalmente pervenuto all'attenzione degli Organi ministeriali), ma anche degli strumenti didattici che vengono impiegati attualmente per la formazione dello specialista in Ostetricia e Ginecologia. Forse nessuna disciplina medica ha subito negli ultimi decenni una profonda trasformazione come quella registrata nell'ambito ostetrico-ginecologico e ciò per l'enorme sviluppo di alcuni settori della specialità (come la Medicina perinatale, la diagnostica ecografica, la ginecologia oncologica, l'addoscopia ginecologica ecc.) che ha condotto al riconoscimento ufficiale di competenze settoriali e si è consacrato nella creazione di vere e proprie superspecializzazioni codificate anche a livello europeo. Ne viene di conseguenza che lo specialista ginecologo, divenuto super-esperto nel suo settore, non può abbracciare con eguale competenza tutti gli ambiti della propria disciplina, il cui esercizio globale viene di fatto trascurato dal predetto professionista. L'affermarsi di una superspecializzazione, se da un lato garantisce il paziente dell'esistenza di una specifica competenza settoriale, comporta d'altro canto il rischio della perdita dell'unitarietà della disciplina specialistica, allontanando progressivamente lo specialista stesso dalle basi della disciplina, rappresentate dall'evento parto e dai meccanismi fisiopatologici ad esso inerenti.

In sostanza, va tenuto conto del fatto che l'ostetrico di recente formazione, divenuto padrone dei tecnicismi chirurgici, può essere portato a prediligere l'espletamento del parto per via addominale, avendo contemporaneamente trascurato di acquisire una buona formazione professionale in sala da parto. Si può affermare che, più che a censurabili interessi economici - peraltro sospettabili in teoria soltanto nella pratica professiona-





le privata – la crescente tendenza al ricorso al taglio cesareo può talvolta essere posta in relazione con l'insufficiente formazione tecnica di carattere ostetrico che caratterizza lo specialista della presente generazione. Tutto ciò, pur volendo tenere nel debito conto anche le altre motivazioni che sono alla base del progressivo incremento dei tagli cesarei: l'età avanzata della donna alla prima gravidanza, il rigoroso controllo delle nascite con la conseguente "preziosità" dell'unico figlio programmato della coppia, il sempre più diffuso ricorso alle pratiche di fecondazione assistita (il cui successo terapeutico non può essere in alcun modo vanificato da alcun potenziale fattore di rischio), il desiderio della gestante di partorire senza dolore (il che non è sempre possibile in relazione all'attuale impossibilità di garantire a tutte le gestanti ricoverate nelle strutture pubbliche l'anestesia epidurale in corso di travaglio) ed infine l'atteggiamento autodifensivo del ginecologo nei confronti del rischio di dover rispondere in sede giudiziaria di un eventuale insuccesso di un parto condotto per via vaginale.

Relativamente al versante ostetrico della nostra specialità, l'altro aspetto che ha stretta relazio-

ne con le implicazioni medicolegali concerne la diagnostica prenatale, con particolare riguardo alla mancata definizione ecografica e/o laboratoristica di uno stato malformativo del feto.

In tale ambito, un eventuale errore diagnostico dell'operatore sanitario, comportando il mancato ricorso da parte della gestante a una interruzione legale della gravidanza, può determinare pesanti conseguenze giudiziarie per il ginecologo cui spetta l'onere di un cospicuo risarcimento del danno.

In ambito ginecologico, si è assistito a un sempre più diffuso ricorso alla tecnica laparoscopica, oggi utilizzata in campo chirurgico anche per gli interventi demolitivi e radicali dell'apparato genitale (alla chirurgia laparoscopica sarà dedicata la sessione "Laparoscopia: se e quando farla, quando evitarla" nella giornata di lunedì 15 novembre). Come è chiaramente espresso nella Relazione che verrà presentata al Congresso Sigo-Aogoi del novembre 2010 in Milano, precisi profili di responsabilità professionale possono nascere in capo al ginecologo ove il ricorso a tale tecnicismo non tenga conto della precisa indicazione a questo tipo di intervento. Particolare riguardo, in tal caso,

è da destinare alle alternative terapeutiche (mediche o chirurgiche) rispetto alla laparoscopia programmata, dovendo essere tali possibilità prospettate alla paziente e con quest'ultima discusse prima dell'acquisizione di un consapevole consenso da parte dell'operanda. Sotto questo profilo, vanno chiariti alla paziente, non soltanto gli indubbi vantaggi medico-funzionali ed estetici che la laparoscopia possiede in confronto con la chirurgia tradizionale, ma anche i rischi specifici che questa tecnica può presentare, soprattutto sotto forma di incidenti intraoperatori (embolia, lesioni vascolari ecc.).

Alla luce di quanto sopra esposto, appare evidente che la disciplina ostetrico-ginecologica necessita di una profonda revisione degli aspetti formativi della specialità, in quanto il tirocinio previsto attualmente per gli specializzandi non è generalmente (salvo rare eccezioni pertinenti ad alcune Scuole) sufficiente a garantire al singolo medico in formazione l'acquisizione di un bagaglio tecnico-culturale specialistico in linea con gli standard richiesti a livello europeo per gli specialisti della disciplina ostetrico-ginecologica.

Dato che l'alto numero di specializzandi non consente ad alcune Scuole Universitarie di adempiere compiutamente alla formazione tecnico-professionale di questi medici, è sempre attuale la proposta di conferire a quei reparti ospedalieri forniti dei requisiti tecnico-scientifici richiesti, obiettivamente rilevati, il compito di affiancare gli istituti universitari nella formazione pratica dei giovani medici, senza voler togliere alle Università stesse le prerogative a esse conferite dalla normativa vigente.

Ginecologia oncologica

La figura del ginecologo oncologo oggi

di Giovanni Scambia

Direttore Dipartimento per la Tutela della Salute della Donna e della Vita Nascente, Università Cattolica del Sacro Cuore

È evidente oramai come, nell'ambito di ogni disciplina medica, si configurino sempre più delle super specialità che, vista la rapida evoluzione delle conoscenze e la sempre crescente richiesta di qualità della cura, sono indispensabili per garantire una ottimale gestione della paziente. Nell'ambito della nostra specialità è oggi evidente come, oltre

alla classica distinzione fra i cultori dell'ostetricia e della ginecologia, si vadano delineando delle figure professionali caratterizzate da un impegno scientifico e clinico molto specifico. Tra queste figure si colloca oggi sicuramente il ginecologo oncologo, alla cui definizione ha notevolmente contribuito in Italia la presenza di Irccs oncologici, nonché di divisioni universitarie e ospedaliere di ginecologia oncologica.

Il ginecologo oncologo può oggi essere considerata quella figura professionale che, avendo una specifica conoscenza della biologia e della storia naturale delle neoplasie ginecologiche, è in condizione di guidare al meglio il percorso diagnostico e terapeutico di una paziente affetta da un tumore dell'apparato genitale. Il ginecologo oncologo infatti si caratterizza per la sua particolare esperienza di chirurgia pelvica, e più recentemente anche di chirurgia dell'alto addome, nonché per le sue specifiche conoscenze di oncologia



Giovanni Scambia

medica, anatomia patologica e biologia dei tumori ginecologici. È molto evidente inoltre come oggi anche tra i cultori dell'oncologia ginecologica esistano alcuni dediti prevalentemente agli aspetti chirurgici e altri agli aspetti medici della disciplina. Pur tuttavia, la comune matrice culturale ginecologica e il confronto continuo intraistituzionale e nei convegni rende molto omogenea l'impostazione culturale della ginecologia



A lezione di "dolore"

Il Corso sul Dolore Pelvico Cronico (CPP) è stato previsto all'interno del Congresso, nella giornata di **lunedì 15 novembre**, per dare ai Colleghi la massima possibilità di partecipazione, data la centralità del tema nella valutazione clinica delle pazienti ambulatoriali. L'obiettivo del corso è pragmatico, volto a migliorare la capacità diagnostica di ogni partecipante nel:

- 1) conoscere la fisiopatologia del CPP, con particolare riguardo al ruolo del mastocita nella progressione dell'infiammazione e del dolore da nocicettivo a neuropatico a livello intestinale, viscerale/peritoneale, vescicale e vulvovestibolare; alle modificazioni del sistema del dolore indotte dalle neurotrofine quali il

Nerve Growth Factor, al coinvolgimento muscolare, in particolare dei muscoli pelvici con possibili coinvolgimenti sistemici fino alla Fibromialgia, alla depressione e all'ansia come fattori di potenziamento della percezione algica, nonché ai fattori neurologici coinvolti;

- 2) conoscere i punti chiave semeiologici: a) anamnestici, per l'inquadramento delle comorbilità intestinali, vescicali, muscolari e psichiatriche, oltre che ginecologiche. Per questo nel programma didattico sono inclusi anche il gastroenterologo, l'urologo, la neurologa, lo psichiatra, scelti tra i più autorevoli specialisti italiani sul tema di CPP; b) clinici, per un corretto esame obiettivo;
- 3) conoscere i principi essenziali di terapia per poterli mettere in pratica nel

lavoro ambulatoriale quotidiano.

Il Corso intracongressuale sulla vulvodinia approfondirà la fisiopatologia del dolore vulvare, per disegnare poi razionali strategie terapeutiche multimodali mirate a modificare i fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento. I fattori predisponenti includono le infezioni vaginali recidivanti da candida nonché tutte le altre condizioni infiammatorie (infettive e non) del vestibolo vulvare; l'ipertono del muscolo elevatore, che può essere "miogeno", ossia espressione di un alterato tono di base congenito o acquisito in risposta a infiammazione vestibolare cronica e/o a dolore, oppure associato a fobia del coito (in tal caso tipico della condizione nota come vaginismo): tutti questi fattori predispongono anzitutto alla vestibolite vulvare. Tra i fattori predisponenti vi possono

essere condizioni di patologia cutanea vulvare quali il lichen sclerosus e dermatiti. Tra i fattori precipitanti, il più frequente e rilevante è il rapporto sessuale: quando causa dolore, si parla di dispareunia. Sono inoltre rilevanti i fattori iatrogeni, tra cui l'episiotomia/rrafia, la colpoplastica, specie se posteriore, il laser vulvare, alcuni trattamenti farmacologici vulvari, la radioterapia genitale, vescicale o anale. Tra i fattori di mantenimento, il più frequente è purtroppo l'omissione diagnostica. Infine, affinché il Corso sia sostenuto da un valido strumento di approfondimento, la Fondazione Graziottin, che organizza il Corso stesso, offrirà in omaggio a ciascuno dei partecipanti il libro "Vulvodinia: strategie di cura", di Alessandra Graziottin & Filippo Murina (Sperling ed. 2010), che uscirà proprio in coincidenza del Congresso Sigo.

oncologica italiana.

Delineata in questo modo la figura del ginecologo oncologo, e vista l'apparente distanza culturale da altre branche della nostra specialità, ci si potrebbe chiedere se una figura di questo tipo debba necessariamente provenire dalla ginecologia e ostetricia o per esempio da altre specialità chirurgiche o addirittura, nel caso di ginecologi oncologi dediti alle terapie mediche, dalla oncologia medica.

Da questo punto di vista ritengo che una conoscenza globale della salute della donna sia la base migliore se non addirittura necessaria per il corretto inquadramento anche della patologia neoplastica.

Solo così il ginecologo oncologo può essere la guida culturale di un team composto, anche a seconda delle situazioni nelle diverse istituzioni, da oncologi medici, patologi, radioterapisti, terapisti del dolore.

È pertanto evidente come il percorso formativo di un ginecologo oncologo debba a mio giudi-

zio prevedere il conseguimento di una specialità in ginecologia e ostetricia e proseguire in istituzioni universitarie, ospedaliere o Irccs dove, per l'alto numero e la qualità delle cure e per la presenza di tutti i servizi ne-

cessari. come ad esempio la radioterapia, gli sia consentito di acquisire la formazione specifica necessaria.

È importante che le istituzioni che si faranno carico di questo percorso formativo si mettano

in rete per garantire un'uniformità didattica, con scambio di esperienze e condivisione di protocolli clinici comuni nonché periodiche riunioni scientifiche di aggiornamento.

Su quest'ultimo punto, soprat-

tutto, le riunioni della Società Italiana di Oncologia Ginecologica potrebbero essere un importante momento di condivisione e scambio di esperienze. Credo che oggi in Italia e nel mondo la figura del ginecologo oncologo, anche se non ancora in maniera formalizzata, si vada sempre più delineando nei fatti come il punto nodale di riferimento per il trattamento della patologia neoplastica femminile.

Questo anche alla luce delle ripetute dimostrazioni scientifiche comprovanti che l'outcome clinico delle pazienti con neoplasie ginecologiche è migliore dove l'iter terapeutico è condotto da specialisti del settore.

Questo concetto è particolarmente vero nel caso del carcinoma ovarico dove solo il possesso di una cultura oncologica specifica può guidare l'esatta integrazione fra terapia chirurgica e chemioterapia.

Rimane un ultimo punto che mi piace citare anche se, per la sua complessità, non è il caso di affrontare in questa sede e cioè il ruolo che il ginecologo, e in particolare il ginecologo oncologo, debba avere nel trattamento del carcinoma mammario. Il mio parere è che il carcinoma mammario per la sua biologia e storia naturale debba rientrare in pieno nel concetto di oncologia femminile e che pertanto il ginecologo oncologo con specifica formazione chirurgica, debba trovare un posto di rilievo nelle unità di trattamento del carcinoma mammario.

A questo proposito credo che l'insegnamento della senologia debba trovare più spazio nelle scuole di specializzazione in ginecologia e ostetricia e che le varie società scientifiche ginecologiche debbano sempre più promuovere corsi e convegni in questo settore.

Sessualità femminile: per saperne di più

Il terzo Corso intracongressuale, previsto nella giornata di **martedì 16 novembre**, è dedicato ad un altro tema poco esplorato dalla nostra specialità: Sessualità femminile: "quello che il ginecologo deve sapere". La sessualità è parte integrante della vita e della sua qualità e sono molteplici le condizioni che possono alterare la percezione dell'identità sessuale, della funzione sessuale e della relazione di coppia. Il ginecologo è il medico che, in assoluto, ha più elementi conoscitivi per fare una diagnosi di tipo biologico o psicodinamico, rinviando la paziente, se del caso, ai colleghi di altre specialità. Gli obiettivi di apprendimento includono le caratteristiche etiologiche e fisiopatologiche delle principali disfunzioni sessuali femminili; la

semeiologia essenziale (anamnesi ed esame obiettivo) per imparare a riconoscere sintomi e segni peculiari che orientano la diagnosi e la terapia di primo livello sulle basi biologiche delle disfunzioni sessuali femminili (Dsf). Particolare attenzione è dedicata alla semeiologia dei fattori genitali che, attivando feed-back negativi, possono ridurre il desiderio e l'eccitazione mentale e fisica. Tali fattori, di quasi esclusiva pertinenza ginecologica, possono essere essenziali per risolvere disturbi altrimenti non curabili sul solo piano psicodinamico. Infine, data l'alta prevalenza di violenze e abusi nella nostra popolazione, uno spazio di apprendimento è dedicato alla semeiologia dell'abuso e delle comorbilità psicodinamiche (ansia, depressione), essenziali per cogliere quei fattori che minano alla base la sessualità della donna, e

per integrare a livello biologico e psicodinamico la diagnosi e la terapia delle Dsf, con approccio multimodale. Obiettivo finale del corso, rivolto a tutti i ginecologi che lavorano nei consultori familiari e a livello ambulatoriale, ospedaliero e territoriale, pubblico e privato, è arricchire il bagaglio di competenze cliniche per poter affrontare a livello ambulatoriale le basi biologiche delle principali disfunzioni sessuali femminili.



Ginecologia & Terza Età / 1

La SIGITE promuove "l'invecchiamento con successo"

Costante Donati Sarti
Presidente SIGITE
Francesca Fiorillo
Vicepresidente SIGITE

Il genere è la variabile più importante quando si parla di invecchiamento e longevità. Sappiamo che vengono concepiti più maschi che femmine, (120-130 M/100 F) ma i maschi, anche se più robusti, muoiono di più e prima, infatti durante l'età adulta il rapporto si inverte (97 M/100 F) e aumenta progressivamente con l'età, a 60 anni abbiamo 68 U ogni 100 F e a 80 anni 50 U ogni 100 F.

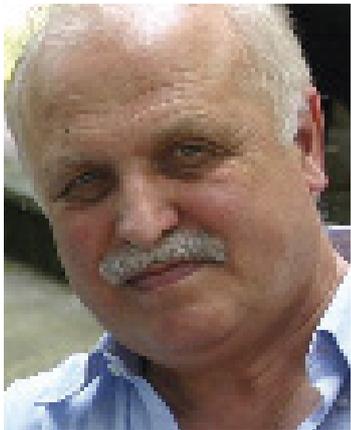
Le donne quindi hanno alla nascita un'aspettativa di vita maggiore dell'uomo, 84 anni contro 79, ma paradossalmente, pur vivendo di più, le donne sono più fragili e sopportano un maggiore carico di patologia e disabilità. Dopo la menopausa, con la perdita della protezione ormonale iniziano i processi degenerativi che determinano l'invecchiamento. Però si può scegliere come invecchiare contrastando l'invecchiamento patologico caratterizzato dalla presenza di malattia e disabilità e perseguendo "l'invecchiamento con successo", che si identifica con un'aspettativa di vita superiore alla media per qualità e durata. È vero molto dipende dalla genetica, anche se oggi si ritiene che non esistono geni responsabili della senescenza, bensì geni che assicurano la longevità, come alcuni geni che controllano le funzioni riparative cellulari (secondarie a danno ossidativo da radicali liberi) o il *remodelling*, ossia le funzioni adattative di compenso (il sistema insulina/IGF1 si modifica al fine di permettere aggiustamenti energetici ed allungare la vita).

Molto però dipende anche dall'epigenetica, definita come lo studio dei cambiamenti ereditabili dell'espressione genica non causati da cambiamenti delle sequenze del DNA. L'espressione di alcuni geni infatti può essere influenzata da eventi epigenetici quali l'imprinting genomico e l'inattivazione del cromosoma X, processi in cui la metilazione del DNA, il rimodellamento della cromatina tramite la modificazione degli istoni, comporta la soppressione (silencing) dell'espressione del gene. L'assetto epigenotipico non è confinato però alle prime fasi della vita, ma si modifica con l'età, influenzato dall'ambiente e dallo stile di vita.

E appunto un corretto stile di vita, la dieta mediterranea, la restrizione calorica, l'attività fisica rappresentano elementi determinanti per contrastare l'insorgenza del declino funzionale,



mantenendo un basso BMI, bassi livelli di trigliceridi, limitando lo stress ossidativo e preservando l'attività insulinica così come i livelli di IGF-1, prevenendo così la comparsa di alcune patologie quali il diabete, la sindrome metabolica e le malattie cardiovascolari che più di altre compromettono la qualità di vita e conducono alla perdita dell'autosufficienza ed alla morte. Pertanto, se è vero che la genetica ha offerto alle donne una protezione maggiore, avendole fornite di un network riparativo molecolare e cellulare più efficiente e di una notevole capaci-



Costante Donati Sarti

tà adattativa neuroendocrino-immunologica è anche vero che le condizioni ambientali e sociali, fattori di stress esogeno ed endogeno, sottopongono tali sistemi ad un lavoro incessante per contrastare il declino funzionale e/o patologico.

Quindi per promuovere l'invecchiamento con successo andrebbero innanzitutto promossi degli studi di medicina di genere atti a fornire maggiori chiarimenti sui meccanismi che lo determinano diversificati per genere, andrebbe realizzata una maggiore sorveglianza delle condizioni socio-ambientali per ridurre i fattori di stress esogeno ed endogeno e andrebbero corretti gli stili di vita sin dall'infanzia per prevenire nella terza età la comparsa delle malattie degenerative.

Sono proprio queste considerazioni che hanno spinto la Società Italiana di Ginecologia Terza Età (Sigite), in collaborazione con le società scientifiche impegnate a promuovere la salute della donna, a realizzare studi sulla medicina di genere ed interventi educativi atti a prevenire il decadimento funzionale dopo la menopausa.

Ginecologia & Terza Età / 2

Società e invecchiamento

Francesca Nocera
Direttivo Società Italiana
Ginecologia della Terza Età
(Catania)

Il 21° secolo sarà ricordato come il secolo dell'*ageing* ovvero dell'invecchiamento della popolazione a livello mondiale. È difficile in realtà tradurre nella nostra lingua questo concetto che porta in sé differenti e contrastanti chiavi di lettura; se da un lato l'aumento delle aspettative di vita alla nascita è frutto dei grandi progressi della medicina, delle biotecnologie, delle migliorate condizioni di vita quanto meno nelle aree privilegiate del pianeta, dall'altro l'invecchiamento della popolazione è uno dei più maggiori problemi che ci si trovi ad affrontare a livello planetario, per le enormi ricadute sociali ed economiche.

Secondo stime delle Nazioni Unite l'età media nel 2050 a livello mondiale sarà di 38 anni

contro i 26 del 1990. In Europa invece la popolazione rispetto alle stime della fine degli anni '90 sarà solo di poco aumentata ma certamente molto più anziana. L'Europa detiene il primato di età media più alta, mentre l'Africa è destinata a restare ancora a lungo il continente "più giovane". Le altre macroaree del Pianeta si collocano in fasce intermedie. In particolare nel nostro Paese abbiamo il record assoluto della popolazione residente con più di 65 anni: 1 su 4 ha più di 65 anni, 1 su 30 ha più di 80 anni, 1 su 4000 è ultracentenario. Da circa 30 anni nel nostro Paese non si ha crescita della popolazione per la concomitanza di riduzione del tasso di natalità e allungamento della vita media ed è noto che, dal punto di vista demografico, la vitalità di una popolazione si misura dalla sua capacità di rinnovarsi. Il noto concetto del "nido vuoto" è destinato ad essere sostituito da quello della "culla vuota". Tralasciando i risvolti economici ed occupazionali, l'invecchiamento della popolazione comporta dei costi elevatissimi alla voce "spesa sanitaria" su cui incide non l'età in sé ma le condizioni di salute della popolazione e con l'età aumentano le disabilità e le patologie croniche. In un paese in crisi economica come il nostro, l'anziano rappresenta ancora più una frangia debole e l'ospedale, che è ancora la prima struttura di riferimento anche per il difficile inserimento del soggetto non autosufficiente nella fragile realtà della famiglia di oggi, non è strutturato né dal punto di vista architettonico, né organizzativo, per accoglierlo.

L'assistenza all'anziano, oggi fortemente basata sul "badantato", pone sia in campo medico che sociale la necessità di una formazione a forte impronta gerontologica.

Ginecologia & Terza Età / 3

Aspetti genetici, antropologici

Angelamaria Becorpi
Direttivo Società Italiana
Ginecologia della Terza Età
(Firenze)

È noto come la maggiore capacità di sopravvivenza della donna rispetto all'uomo sia dovuta a vari fattori: genetici, antropologici, ambientali, immunitari, e soprattutto endocrini, fattori che sottendono in modo diverso, inembricandosi fra loro, al processo di invecchiamento della donna. Durante l'intero arco dell'esistenza femminile, gli steroidi go-

Depressione post partum. Non lasciamole sole

La depressione post partum colpisce, secondo la letteratura scientifica, circa il 10% delle donne, da 50.000 a 75.000 neomamme l'anno nel nostro Paese, con un costo sociale valutato in circa 500 milioni di euro in 12 mesi. Nonostante questi dati il rischio di sviluppare depressione viene valutato di routine solo dal 30% dai ginecologi durante gli incontri preparto. Dopo, solo nel 45% delle strutture è previsto un monitoraggio delle mamme 'a rischio'. E il tempo dedicato all'informazione prima della dimissione è inadeguato per il 72% dei ginecologi. Tra i campanelli d'allarme al primo posto si trovano episodi di ansia o depressione durante la gravidanza o una storia personale o familiare di depressione (81%).

A seguire, precedenti casi di depressione post partum (78%), isolamento o condizioni

socioeconomiche svantaggiate (63%) e problemi con il partner (58%).

I casi che richiederebbero un provvedimento di Tso extraospedaliero possono essere

valutati in circa 1.000 interventi per anno.

Il ginecologo si afferma come prima figura di riferimento (molto importante per il 63%), rivestono un ruolo chiave anche lo

psicologo (59%), l'ostetrica (52%), il medico di famiglia (30%) e il pediatra (24%). Sono i dati che la Sigo ha raccolto nel corso di un'indagine promossa fra i propri soci e su questa base, ha attivato, già nel 2008, "Non lasciamole sole", una campagna nazionale con l'obiettivo di costruire una rete di protezione per tutelare soprattutto le donne più fragili. Al tema della Prevenzione e trattamento della depressione in gravidanza e post partum il congresso nazionale ha dedicato un'intera sessione, nella giornata di **lunedì 15 novembre**, che approfondirà gli aspetti clinici della depressione in gravidanza e nel postpartum, gli interventi farmacologici e psicologici, con una riflessione sulla responsabilità del medico e dello psichiatra nonché sul ruolo della ostetrica nella identificazione della depressione.



nadici giocano indubbiamente un ruolo fondamentale su numerosi e complessi effetti a livello dei vari organi e apparati, condizionando la risposta a meccanismi patogenetici diversi nelle diverse fasi della vita riproduttiva e in particolare nella postmenopausa, con ripercussioni sull'estrinsecarsi di sindromi e patologie degenerative.

D'altra parte è dimostrato come l'esistenza di regioni geneticamente importanti nel determinismo dell'insorgenza di patologie di rilievo nella fase postmenopausale e nella senescenza, quali l'ipertensione arteriosa, l'infarto, gli stati depressivi giochi un ruolo fondamentale nella risposta a stati quali l'ipoestrogenismo. Sappiamo inoltre come la componente genetica corredi in maniera significativa con fattori di rischio cardiovascolare: numerosi studi evidenziano come, in media, i geni possono spiegare quasi il 50% della variabilità di parametri quali il livello del colesterolo HDL, oltre il 50% della variabilità di misure antropometriche, quali l'altezza, il peso e la circonferenza della vita, circa il 20% di altri parametri cardiovascolari, parimenti alle variazioni di tratti della personalità. E riguardo all'esistenza di differenze tra i sessi nella componente genetica, mentre le differenze dei parametri fisici, come altezza e peso, tra uomo e donna possono essere considerate quasi scontate, non lo è altrettanto per le differenze nel comportamento e la personalità, influenzate dalle caratteristiche genetiche al 30% per le donne, ma soltanto al 20% per gli uomini.

Indubbiamente l'identificazione dei geni che regolano condizioni patologiche, quali ad esempio l'obesità, può essere considerata elemento di fondamentale interesse nell'approccio della prevenzione nella postmenopausa della patologia cardiovascolare parimenti a quelli che

regolano la risposta alle interferenze sul sistema nervoso centrale che la deprivazione estrogenica e i fenomeni di ageing possono determinare.

Gli screening in ostetricia

Come (non) turbare i sogni delle mamme

di **Mario Campogrande**
Past president Aogoi

Che bello, c'è proprio!". La prima visita ostetrica, la prima ecografia. "Certo signora, complimenti, la gravidanza è confermata!". "Allora, tutto bene, vero?". "Sì, sì, per ora tutto bene". "Perché per ora?". "Perché sarà necessario effettuare esami, ecografie, controlli, screening...". Non tutti i colloqui sono certo così in occasione della prima visita, un giorno importante e da moltissime donne considerato bello e felice fino a quel colloquio. Ma, spesso, è così: un "per

ora", un "però è necessario..." verbalizzati dal medico con la consuetudine al lavoro in ambulatorio, con freddezza professionale, rappresentano una conclusione dell'incontro non propriamente felice.

Non è forse inutile ricordare che in Italia, sebbene la spesa pubblica per la sanità non raggiunga i livelli di altri Paesi Europei o degli Usa, molte risorse sono diffusamente impiegate, particolarmente in Ostetricia, ma anche in Ginecologia, per l'esecuzione di esami ematologici (morfologici, immunologici, biochimici, infettivologici, ecc.) e strumentali (ecografici, cardiocografici, ECG, RX, ecc.) orientati verso un generico "controllo" dello stato di salute di madre e feto, o della donna per i problemi ginecologici. Spesso senza una razionale indicazione si prescrivono ripetuti accertamenti a tutte le donne in gravidanza, confondendo gli elenchi di esami gratuiti, o, meglio, pagati dalla collettività attraverso le Regioni, con il contenuto di Linee Guida o con protocolli studiati e valutati dal-

la comunità scientifica.

In questo modo sono state estese a tutta la popolazione ostetrica pratiche diagnostiche che erano state introdotte con specifico orientamento clinico, confondendo così il significato ed il valore di importanti mezzi diagnostici con quello degli strumenti e delle metodiche dei programmi di screening.

Si è così avviata, spesso neppure esplicitamente dichiarata, una pratica di screening verso obiettivi non sempre scelti su basi epi-



Mario Campogrande

demiologiche, con mezzi, test sierologici o esami strumentali, di cui non si conosceva o non si conosce tuttora pienamente il vero significato in termini di sensibilità, specificità, valori predittivi.

Tutto ciò si realizza introducendo, oltre ad una non corretta allocazione delle risorse, elementi di ansia, se non anche di vero e proprio rischio iatrogeno, senza giovamento per la salute pubblica o per la serenità dei medici, che tra l'altro non sono affatto, con questa pratica, meglio protetti dall'incremento di contenzioso giudiziario: una pratica medica non basata sull'evidenza è oggi sempre meno accettata ed accettabile.

È ben noto che il successo di un programma, di un percorso di screening dipende una serie di caratteristiche essenziali: la condizione obiettivo dello screening è un problema sanitario importante, il test di screening è accettabile per la popolazione, il test è valido e affidabile, al risultato positivo può seguire un valido test diagnostico, esistono provvedimenti terapeutici se la diagnosi risulterà positiva, gli obiettivi del programma di screening giustificano i costi.

Sono oltre una trentina gli screening di condizioni patologiche, o di gruppi di condizioni patologiche (gruppo di malattie infettive ad esempio) che vengono proposti alle donne in gravidanza, alla ricerca di malattia in assenza di sintomi, molti orientati alla valutazione delle condizioni del feto. Ed è proprio su questi ultimi, ma non soltanto su questi, che nella odierna pratica ostetrica abbiamo accettato di proporre ed effettuare screening che presentano sensibilità e specificità che in altri settori degli screening non sarebbero accettati facilmente. Specificità a volte basse, *detection rate* non altissime, valori predittivi positivi bassi per la bassa prevalenza della malattia, sono fattori co-

muni nel nostro lavoro quotidiano. E così ci troviamo a proporre, ad esempio, lo screening di anomalie fetali, cromosomiche o strutturali, informando che avremo la possibilità di arrivare poi ad una diagnosi soltanto nel 50%, nel 80-90% dei casi di feti affetti, e ciò, come nello screening delle anomalie cromosomiche, con valori di screening falsi positivi del 5-10%. Significa cioè in questi casi che offriremo poi la diagnosi prenatale invasiva a questa percentuale di donne, è pur vero spiegando loro che soltanto una su 20, una su 60 avrà poi la diagnosi di feto affetto. Abbiamo tuttavia allarmato il 5-10% di tutte le donne gravide! E dobbiamo sommare a queste tutte quelle positive ad altri screening per patologie indipendenti tra loro e tra loro compatibili (ad esempio Toxoplasmosi, Diabete, Emoglobinopatie ecc.), ottenendo, con un calcolo statisti-

co un po' complesso, un 15-20% di future mamme, una su cinque, con un test di screening positivo.

“Ma allora... screening positivo...”. “Si tranquillizzi, via. La maggior parte delle donne con screening positivo avrà poi una diagnosi rassicurante!”. “Ma io non dormivo, o dormivo malissimo già il giorno prima del test, poi questi giorni in attesa della risposta, e adesso poi!”. L'ansia pre-test, l'ansia in attesa del risultato, l'ansia da test positivo, l'ansia da attesa per i rischi dell'esame prenatale invasivo, l'ansia post esame invasivo, l'attesa del risultato della biopsia coriale o dell'amniocentesi: anche nei casi ad esito buono, con assenza di patologia fetale, sono ben documentati da numerose ricerche psicologiche, e dalla nostra esperienza quotidiana, le ripercussioni negative sulla serenità della mamma che le no-

stre proposte e le nostre pratiche inducono. E altrettanto documentati sono i dati che ci dicono che anche le migliori delle informazioni fornite non contribuiscono molto a prevenire e ridurre gli stati ansiosi.

“Ma insomma, stiamo soltanto proponendo un controllo periodico alle donne negative alla prima ricerca di anticorpi antitoxoplasma!” Già, ma stiamo proponendo altre notti insonni “Sarò ancora negativa?”. E ancora suggeriamo altre indagini, altri turbamenti in un periodo che la futura mamma aveva sognato bellissimo!

Siamo certi che tutte le nostre proposte siano motivate da forti basi scientifiche? Altrove, in Europa e in altri Paesi si comportano tutti così? È giunto probabilmente il momento per una rivisitazione delle nostre proposte di screening. Sogni d'oro alle mamme!

La donazione del sangue cordonale

Esperienza e crescita dell'attività all'Ospedale Galliera di Genova

Donare il cordone ombelicale: perché? Il cordone ombelicale e il sangue in esso contenuto sono normalmente eliminati dopo il parto. Il prelievo di sangue dal cordone non danneggia né la madre né il neonato in quanto è prelevato quando il cordone è già stato reciso. Il cordone ombelicale è ricco di cellule staminali in grado di riprodursi, qualora trapiantate in un organismo, e di contribuire a curare alcune malattie in particolare del sistema ematopoietico (ad esempio leucemie). Le cellule staminali contenute nel cordone ombelicale possono essere congelate e conservate a scopo trapianto per quei soggetti che non abbiano donatori fra i familiari. Al presente in Italia non è permessa l'istituzione di Banche per la raccolta e conservazione di sangue cordonale dedicato, a scopo preventivo, al donatore stesso (conservazione autologa). È invece consentita la donazione autologa “dedicata” (cioè donazione per il neonato stesso o per un suo familiare) in caso di evidente indicazione clinica (se ad esempio in famiglia vi è un soggetto affetto da malattia oncematologica). La ricerca in questo campo è in continua evoluzione, sono già oggi numerose le occasioni di utilizzo di cellule staminali provenienti da donazioni altruistiche.

Pertanto presso il nostro Ospedale, pur effettuando la raccolta per la conservazione autologa, per chi lo richiede, dopo accordi presi con Istituti privati con sede all'estero, caldegiamo la donazione del sangue cordonale.

La Possibilità di raccolta del sangue cordonale prevede la donazione altruistica, la donazione autologa “dedicata” e la conservazione autologa.

Come donare il cordone ombelicale. La madre che intende aderire al programma deve recarsi presso il Servizio Trasfusionale a partire dalla 34° settimana di gestazione, dove avrà un colloquio con un medico che le sottoporrà i moduli da compilare e si renderà disponibile a qualsiasi chiarimento possa essere necessario.

Il consenso sarà inoltrato alla S.C. di Ostetricia che provvederà a inserirla nella lista delle potenziali donatrici di cordone. La raccolta viene effettuata al momento del parto (anche se cesareo) se le condizioni cliniche



Felice Repetti

ed organizzative del momento lo consentono. Le condizioni che non consentono il prelievo sono: PROM minore delle 12 ore; febbre il giorno prima, durante o dopo il parto (T uguale o maggiore 38 °).

La madre che aderisce al programma accetta di eseguire i test virologici: HIV, HbS Ag, HCV per l'idoneità trasfusionale del cordone al momento del parto e sei mesi dopo in seguito a chiamata. In caso contrario il sangue cordonale non potrà essere utilizzato a scopo trapianto. Dall'audit dell'attività svolta dopo il primo anno di attività abbiamo rilevato i seguenti problemi che hanno limitato il numero di unità effettivamente congelate e idonee alla donazione:

- scarsa informazione circa la possibilità di donare
- prelievi inadeguati
- basso numero di donazioni nella popolazione straniera afferente al punto nascita (20%)

per cui l'attività si è concentrata sull'informazione attraverso opuscoli multilingue distribuiti in più momenti di contatto con le donne nell'ambito del percorso nascita; la partecipazione dei medici del servizio trasfusionale a un incontro del corso di accompagnamento alla nascita allo scopo di sensibilizzare le donne; formazione del personale ostetrico circa le modalità di prelievo e le finalità della donazione.

Dal 1° gennaio 2010 ad oggi sono state inviate alla Liguria Cord Blood Bank 150 unità e sono state criopreservate 31 unità. Con un sensibile aumento rispetto all'anno passato delle unità criopreservate.

Uno spazio dedicato alle novità in tema di bellezza e salute

Ginecologi e ginecologhe attenti alla cura del corpo, alla bellezza come epifenomeno di salute, alle crescenti richieste delle donne sul fronte beauty & antiage saranno sicuramente attratti da questo spazio, collocato ogni giorno tra le 13 e le 14.

I temi sono di sicuro interesse, per cultura personale, per arricchire la riflessione clinica anche su scelte di bellezza attuali e future (le ginecologhe ne saranno entusiaste) oltre che per offrire alle pazienti suggerimenti, consigli e idee che potrebbero essere il fiore all'occhiello di una consulenza ginecologica di alto profilo, attenta non solo a rimuovere patologie ma ad accrescere il benessere psicofisico della donna.

Questo il programma: **lunedì 15 novembre**, Sala Blu 1, h.13-14: **Ringiovanire il volto: indicazioni e limiti del chirurgo estetico:** quante volte la donna ci chiede un consiglio sull'opportunità di fare o meno una blefaroplastica o un “ritocchino”? Fiorella Donati (Milano), con un'iconografia straordinaria, ci aiuterà a cogliere il limite sottile tra un intervento di qualità, che toglie anni al volto, e le insidie di interventi che hanno perso di vista il rispetto dell'identità e dell'unicità individuale. Quante volte vediamo donne disperate per i drammatici esiti cosmetici di chemioterapie peraltro necessarie? Quanto sarebbe utile poter dar loro dei consigli efficaci per ridurre la devastazione di pelle, mucose e capelli e per migliorare la percezione di sé! In questo ci aiuterà E. Piazza (Milano): **Cosmesi durante la chemioterapia: la bellezza che cura.**

Ugualmente utile sarà la terza relazione su: **Capelli e unghie in bellezza e salute: i segni da decifrare, gli errori da evitare** A. M. Tosti (Bologna). Pragmatica, ci aiuterà a dare risposte di qualità alle moltissime donne che, dall'adolescenza alla vecchiaia, ci chiedono aiuto per problemi di alopecia, capelli sottili o unghie fragili o ammalate da una Candida apparentemente inguaribile.

Martedì 16 novembre, Sala Blu 1, h.13-14, altro appuntamento di interesse, per saperne di più su: **Tattoo e piercing: motivazioni e rischi in ostetricia e ginecologia.** Santo Mercuri (Milano) ci aiuterà a conoscere le molte insidie mediche che piercing e tattoo possono implicare per le nostre pazienti. Innovativo, per i ginecologi, l'orizzonte che si apre sulle possibilità di creare patologia, o di curare, attraverso il tessuto che noi utilizziamo. Nella relazione su **Il tessuto che cura: orizzonti da scrutare**, A. D'Antuono (Bologna) presenterà i dati nella terapia del lichen sclerosus e della Candida grazie a biancheria a base di seta naturale trattata con ammonio quaternario. Questo tessuto è già stato incluso nelle linee guida europee per il trattamento della dermatite atopica, è rimborsato dal servizio sanitario di diversi Paesi europei (tra cui UK e Olanda) per i bambini atopici, ma è ancora (quasi) sconosciuto ai ginecologi italiani, ai quali potrebbe offrire un ulteriore aiuto nella terapia multimodale della Candida, del lichen, ma anche delle intertrigini inguinali e sottomammare nelle donne anziane e/o obese. Naturalmente, parlando di salute e bellezza, non poteva mancare Riccarda Serri (Milano) che ci aiuterà a leggere il mondo della cosmesi dal punto di vista medico-biologico, con **Cosmesi: i segreti per scegliere il meglio per la bellezza e la salute.** Per la terza giornata di breaking news, **mercoledì 17 novembre**, Sala Blu 1, h.13-14) infine, l'orizzonte cambia, per dedicarci ad un'altra area essenziale di benessere per mamma e bambino, con approfondimenti sul fronte dell'allattamento naturale e artificiale, ma anche sugli appassionanti e innovativi orizzonti terapeutici che il colostro può offrire sul fronte della salute. Speaker di alto profilo apriranno per noi una finestra culturale stimolante e adeguata ad un Congresso davvero attento al benessere della donna, a 360°.

Non perdetevi queste sessioni!
Alessandra Graziottin



AGITE AL
CONGRESSO
SIGO-AOGOI

AGITE al SIGO 2010

Dalla collaborazione all'integrazione: un fronte unico per una meta comune

di **Giovanni Fattorini**
Presidente AGITE

L'86° Congresso Sigo-51° Aogoi cade in un momento particolarmente delicato per le sorti della ginecologia italiana. Le recenti polemiche su alcuni casi di cronaca che hanno visto tra i protagonisti medici, ginecologi in particolare, e personale del comparto sanitario e che hanno riguardato alcuni recenti drammatici esiti clinici e ostetrici hanno riproposto alcuni temi di fondo dei rapporti tra la medicina e la società, in particolare sulle caratteristiche e le contraddizioni dell'assistenza ostetrica nel nostro paese. Tra queste ultime si evidenziano, da una parte, l'eccessivo ricorso alla tecnologia – vedi le percentuali di parti cesarei che caratterizzano ancora il nostro sistema, ma prima ancora l'eccessivo ricorso ad accertamenti non sempre appropriati riconosciuti da tutti come una deriva non opportuna oltre che dispendiosa, e da alcuni addirittura come un rischio potenziale per la salute materno-fetale – dall'altra, esiti ostetrici generali considerati invece da più parti, oltre che da autorevoli sedi scientifiche, come assolutamente buoni. E se è fin troppo facile ribadire che la sfida dei prossimi anni sarà quella di mantenere, e vieppiù migliorare, gli outcome fetali e gli indici di mortalità perinatale e materna, riducendo di pari passo aggressività chirurgica e onnipotenza tecnologica, non è ancora assolutamente chiaro quale dovrà essere la strategia per ottenere questa sintesi.

Nel frattempo nessuno, a partire dalle donne e dall'opinione pubblica, è disposta a rinunciare ai vantaggi contraddittori, ma reali, di una ostetricia così medicalizzata.

È proprio questo l'obiettivo che si pone a tutti noi: consolidare i risultati raggiunti, implementarli, svilupparli in termini nuovi (più comfort e libertà, più consapevolezza e dignità per le donne, più chance per la salute dei

■ **La costruzione di percorsi di integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali è la migliore delle offerte che il Ssn può assicurare ai suoi assistiti. Ed è anche la migliore garanzia che i professionisti "della nascita" hanno il diritto di reclamare**

bambini), stabilendo nel frattempo una nuovo patto tra medici e pazienti, tra i curanti e le donne, le coppie, le famiglie.

Se questa è la meta comune, alcune cose si possono fare subito. Innanzi tutto contribuire a ridurre la sfiducia nel sistema sanitario pubblico in quanto universo di regole, patrimonio di scienza ed esperienza accumulata, organo in grado di evolversi migliorando le sue performance.

In secondo luogo, contribuire a ridurre la sfiducia nei confronti del singolo operatore sanitario, medico, ostetrica o infermiere che sia, a scapito di una esagerata e irrazionale fiducia nella tecnologia medica considerata di per sé onnipotente e quindi in grado di risolvere sempre tutto sempre che sia sapientemente applicata.

In terzo luogo, mettere tutti in guardia dal pericoloso emergere, non di un sacrosanto diritto di coinvolgimento e informazione da parte degli utenti, ma di irresponsabili pretese che vorrebbero sostituirsi alla libera e complessa dialettica della relazione tra il medico e il paziente. Per cominciare ad ottenere questi risultati vanno perseguiti alcuni obiettivi che ci auguriamo possano essere messi al centro dell'attenzione del Congresso che, insieme al raggiungimento di risultati scientifici importanti, non può sottrarsi al compito di svolgere in questo momento anche un ruolo di orientamento culturale, scientifico ed etico per tutti i ginecologi italiani.

Tra questi obiettivi vi è sicuramente il necessario superamento delle permanenti difficoltà a raccogliere in un fronte unico tutti gli operatori, che possono anche avere orientamenti diversi nell'affrontare temi così complessi, ma che dovrebbero avere unanimità di parere e di comportamento su questioni che riguardano l'etica personale e la deontologia professionale.

■ **La nostra presenza al Congresso**

L'Agite si presenta a questo appuntamento, innanzitutto, con la piena coscienza di fare parte della comunità scientifica della ginecologia italiana e di avere le carte in regola per dare un contributo alla risoluzione dei problemi che abbiamo segnalato. Per quanto riguarda l'aspetto più strettamente scientifico, Agite, in collaborazione con la società italiana di Uroginecologia, presenterà uno dei Corsi Precongressuali dedicati alle problematiche legate alla valutazione e al trattamento delle disfunzioni proprie del pavimento pelvico:

"Dalla Se-

meiotica alla riabilitazione del pavimento pelvico", dedicato a tutti gli operatori che ritengono fondamentale una valutazione appropriata di questa che non può più essere considerata una semplice struttura anatomica. Nella sessione a cura della Smic inoltre verrà presentata la versione definitiva della "Cartella dedicata agli adolescenti" frutto di un gruppo di lavoro composto da operatori appartenenti ad Agite-Smic-Sigia e che le tre Società propongono come strumento di lavoro a tutti i Consulenti Familiari dedicati agli adolescenti. La presentazione sarà sicuramente un'occasione di dibattito per tutti coloro che si interessano di problematiche legate alla condizione giovanile nel nostro paese.

Saremo poi presenti in una sessione congiunta con i colleghi di Aogoi, che affronterà il tema dei rapporti tra le strutture territoriali e quelle ospedaliere e che opportunamente abbiamo chiamato "Dalla diffidenza alla collaborazione e dalla collaborazione all'integrazione", proprio a significare che costruire percorsi di integrazione tra operatori e culture in parte differenti, ma convergenti verso gli stessi obiettivi, possa dare un contributo importante a migliorare la qualità dell'assistenza, a ridurre l'interventismo senza mettere a discapito la salute della madre e del bambino.

Non è del tutto casuale che nelle realtà dove questo si è non solo predicato, ma si è cominciato realmente a praticare, la qualità complessiva risulta più elevata e l'intreccio (ci riferiamo a quello non trasparente tra doveri pubblici e comportamenti privati) risulta meno pervasivo.

Una buona assistenza nel corso della gravidanza svolta nei presidi territoriali (attività clinica ambulatoriale associata ai corsi di accompagnamento alla nascita e ad altri interventi volti a promuovere consapevolezza ed empowerment tra le donne), insieme alla esaltazione di valori che possono essere trasmessi da personale ancora appassionato al proprio lavoro – medici, ostetriche, personale infermieristico – può favorire insieme al miglioramento degli outcome ostetrici, come alcuni lavori hanno già dimostrato, anche un miglioramento del clima nei rapporti tra personale sanitario, le donne, le istituzioni sanitarie nel loro complesso.

Una integrazione feconda tra strutture ospedaliere e territoriali non riduce di per sé il numero dei cesarei, che non dovrebbe costituire peraltro l'obiettivo fondamentale di un buon modello assistenziale bensì solo una sua conseguenza naturale, ma contribuisce sicuramente a

rendere più rassicurante, meno solitaria l'esperienza della gravidanza oltre ad incrementare fiducia e cooperazione terapeutica tra tutti i protagonisti dell'evento, aumentando la probabilità di esiti più fausti per la mamma e per il bambino.

Questo forse non siamo ancora in grado di poterlo provare con assoluta certezza, ma se questa impostazione dovesse, come ci auguriamo, svilupparsi in tutte le regioni italiane i risultati, ne siamo certi, non dovrebbero mancare. Credo che avere a disposizione un modello che prevede ruoli chiari, procedure condivise, responsabilità certe, sia nella fase che precede il parto, sia nel momento del travaglio, del parto, sia nel puerperio e allattamento, costituisca la migliore delle offerte che il Ssn possa assicurare ai suoi assistiti ed insieme la migliore garanzia professionale e anche legale che i professionisti "della nascita" hanno il diritto di reclamare.

Il tema del rapporto tra le attività ospedaliere e quelle territoriali non si ferma al tema della nascita, ma coinvolge altri grandi temi che riguardano la salute della donna, si pensi, tra gli altri, a quelle patologie anche importanti che richiedono un approccio chirurgico "minore" e a quelle che richiedono un iter diagnostico, complesso e pluridisciplinare. Anche per queste, appropriatezza, qualità assistenziale ed efficienza possono essere principi non antitetici e concorrenti, se virtuosamente applicati, ad incrementare l'efficacia dell'intervento sanitario, la soddisfazione della paziente, le gratificazioni e le garanzie del sanitario.

Percorsi condivisi tra reparti ospedalieri, rete consultoriale, strutture ambulatoriali specialistiche che prevedano un approccio razionale al tema del dolore pelvico cronico, alle patologie della statica pelvica, alla patologia preneoplastica, alla sterilità (gli esempi potrebbero continuare...), non dovrebbero costituire l'eccezione, ma la regola. Alla diagnosi e al trattamento di quelle patologie che possono già oggi essere trattate in strutture in cui non sia previsto il ricovero ordinario è dedicata una seconda sessione che la nostra Associazione ha organizzato nel corso del Congresso: "Ginecologia preventiva extraospedaliera: diagnostica strumentale e chirurgia ambulatoriale", che vedrà impegnati operatori ed esperienze già attive nella realtà italiana da molti anni.

Infine la presenza di molti relatori iscritti alla associazione in altri importanti momenti del Congresso costituisce un'ulteriore riprova della autorevolezza che la nostra Associazione si è conquistata a soli tre anni dalla sua costituzione.

A conclusione, un sincero ringraziamento alla Presidenza del Congresso, in particolare al Professor Nicola Natale, e un augurio a tutti per il miglior successo del Congresso. **Y**

