

Società Italiana Ospedaliera Sterilità (S.I.O.S.)

Multidisciplinari per scelta

La Sios ha confermato la scelta culturale di fondo che la ha caratterizzata fin dalla nascita, cioè la multidisciplinarietà nella gestione dell'infertilità, cooptando nella dirigenza accanto al ginecologo Cristoforo De Stefano anche un andrologo, un endocrinologo e una biologa (Giovanni Colpi, Massimo Manno, e Alessia Nicoli). Il nuovo presidente, Mauro Costa, è specialista sia in ginecologia e ostetricia che in andrologia.

La società, nata nel 2003 in seno alla Aogoi, ha tenuto due congressi nazionali, a Reggio Emilia nel 2004 (250 partecipanti) e a Genova nel 2006 (320 partecipanti) e simposi dedicati all'infertilità nei congressi nazionali Sigo-Aogoi-Agui degli ultimi 3 anni. Ha inoltre organizzato sessioni di lavoro in tutti i corsi di Aggiornamento Teorico Pratico in Medicina Embrio-Fetale e Perinatale di Villasimius, dal 2003 al 2008, e due corsi di formazione teorico-pratici per il personale non medico dei centri per l'infertilità e nel dicembre 2007 ha tenuto il primo di una serie di corsi di primo livello per la diagnosi e il trattamento dell'infertilità a Lugo di Romagna. Il congresso nazionale del 2008 si terrà a Catania.

La società si prefigge il traguardo di allacciare rapporti anche con altre società a livello europeo e internazionale e nel contempo di radicarsi sul territorio nazionale dando voce non soltanto agli operatori ospedalieri ma anche ai molti specialisti che operano in strutture territoriali.

Nel corso del prossimo triennio saranno sviluppati alcuni temi che interessano da vicino sia gli operatori che le coppie infertili, in particolare:

- **Formazione.** Corsi di primo livello per ginecologi saranno organizzati dalle sezioni regionali, tre per ogni anno, distribuiti uniformemente sul territorio nazionale.
- **Informazione.** La Sios prevede per il 2008 due iniziative editoriali: una newsletter trimestrale, agile strumento di aggiornamento oltre che di informazione sulla attività societaria, da allegare a *Gyneco-Aogoi*, con direttore scientifico Mauro Costa e coordinatrice editoriale la dottoressa Stefania Fratta, e l'acquisizione di uno spazio dedicato su una rivista scientifica nazionale per la pubblicazione di articoli originali e review.
- **Sicurezza e qualità dell'attività di Pma,** soprattutto in ri-

ferimento alle nuove normative della comunità europea (*tissue directive*). In questo campo il presidente Sios Mauro Costa è stato nominato rappresentante degli specialisti italiani nel consorzio formato dalla Società Europea di Riproduzione Umana ed Embriologia (Eshre) congiuntamente all'ente autorizzativo britannico (Hefa) al fine di armonizzare le nuove norme con le esigenze peculiari degli operatori che praticano la Pma nei vari paesi della Cee. Ogni paese europeo è rappresentato nel consorzio da un medico, un biologo ed un legislatore. La Sios si propone come parte esperta alle autorità competenti a implementare le nuove norme nella legislazione italiana.

- **La prevenzione della infertilità,** in particolare la sterilità iatrogena, conseguente a terapie effettuate per neoplasie o patologie autoimmuni. In questo settore saranno attivati studi collaborativi tra centri pilota sulla conservazione della fertilità e saranno condotte campagne di sensibilizzazione mediante corsi per medici ginecologi e non. Proporranno una collaborazione su questo tema anche a Società oncologiche mediche, ginecologico-oncologiche, di oncologi pediatri e di radioterapisti. In prima battuta verrà ricercato il consenso sulle modalità e i contenuti del counselling e si cercherà di uniformare la modulistica dei consensi.
- **Individuazione di linee di ricerca per multicentriche e proposte di consensus su temi Pma dibattuti:** poor response, OHSS, Pma ed endometriosi, Pma ed infezioni virali, crioconservazione ovocitaria.
- **Conoscenza e approfondimento degli aspetti psicologici e sessuologici,** sia come causa di infertilità di coppia, sia come conseguenza e complicità della stessa infertilità.
- **Nel campo sociale e politico** la Sios cercherà di raccordarsi con le altre realtà societarie esistenti nel settore e con le associazioni dei pazienti per concordare una comune linea di comportamento nei confronti del mondo politico-istituzionale affinché il contributo delle società scientifiche possa essere utilmente impiegato nell'aggiornamento delle linee guida della legge 40/2004. **Y**

Vita, aborto, diritti della donna e doveri dei medici

Quel pasticciaccio mediatico

Abborto e cure ai nati molto pretermine. Ma anche pillola abortiva e persino lo "sperma femminile". Questioni mediche e dibattiti di natura etica si intrecciano in queste settimane di pre-campagna elettorale e basta una dichiarazione un po' sopra le righe perché le prime pagine dei giornali si lancino in crociate - vere o presunte - che coinvolgono tematiche delicate e procedure cliniche in cui non tutti sono in grado di districarsi. Sono temi su cui da anni ciclicamente si dibatte nel nostro paese - e non solo - ma il clima culturale che si sta venendo a creare negli ultimi tempi ne favorisce un uso mediatico che talvolta rischia di sconfinare nello scontro fazioso più che nella seria riflessione scientifica e culturale. Sfogliando quotidiani e periodici ci si può imbattere in letture confuse che associano, talvolta arbitrariamente, temi diversi come fossero scatole cinesi, fornendo interpretazioni imprecise di realtà cliniche poco conosciute al grande pubblico. Ma è chi in corsia trascorre molte ore della propria giornata, dedicando professionalità e impegno umano nella cura delle persone, che può utilmente dare informazioni condivisibili in grado di sgombrare il campo da fraintendimenti e polemiche inutili quando non dannose per la corretta evoluzione della scienza e della società.

Una delle polemiche che più ha trovato spazio sui media nelle scorse settimane riguarda il trattamento per i nati molto pretermine, tema al quale è dedicato il documento "Cure perinatali nelle età gestazionali estremamente basse (22-25 settimane)" presentato il 22 gennaio scorso dal ministro della Salute Livia Turco e redatto da un gruppo di esperti convocato dal ministro e coordinato dal Presidente del Consiglio superiore di sanità Franco Cucurullo e dalla consigliera del ministro Maura Cossutta. Il gruppo è composto, oltre che da rappresentanti dell'Iss e di alcune importanti strutture ospedaliere, dalle società scientifiche che operano nel settore, come l'Aogoi, rappresentata dal presidente Gio-

In queste settimane il dibattito su stampa e tv ha coinvolto spesso temi delicati, come l'aborto, le cure ai neonati molto prematuri, la pillola RU-486 e altro ancora. Tanti argomenti che si incatenano tra loro come un gioco di scatole cinesi. Ma nel caotico coro delle voci confuse e spesso poco preparate, i professionisti possono aiutare a fare chiarezza

vanni Monni e da Valeria Dubini, la Sigo, la Simp, l'Agui e le altre società di neonatologia, anestesia e medicina legale. Sono stati loro ad approvare all'unanimità il documento ministeriale, che si ispira ai contenuti della "Carta di Firenze" presentata il 18 febbraio 2006 nel corso di un seminario scientifico presso l'Istituto degli Innocenti e a cui è stato dedicato un approfondimento nel numero 3 di *GynecoAogoi* dello scorso anno. In realtà, già l'8 gennaio il ministro aveva chiesto al Consiglio superiore di sanità di esprimersi in merito ad alcune questioni come Legge 194, Ru 486 e, appunto, cure per i nati pretermine, mentre il Comitato nazionale di bioetica è al lavoro da tempo sull'argomento e dovrebbe pubblicare le sue conclusioni già verso la fine di febbraio 2008. La finalità del ministro sembra essere dunque quella di raccogliere i pareri delle principali società scientifiche di neonatologia e ginecologia e degli specialisti del settore per poter formulare raccomandazioni condivise a livello nazionale su questo tema che, pur riguardando una casistica piuttosto ridotta (meno di 2 casi su 1.000 nati vivi), presenta risvolti etici e clinici molto delicati. Ma all'inizio di febbraio, in occasione della Giornata per la vita 2008, quattro università romane (Tor Vergata, La Sapienza, Cattolica e Campus Biomedico) si sono riunite per un convegno al Fatebenefratelli e hanno siglato un breve documento che afferma

che "un neonato vitale, in estrema prematurità, va trattato come qualsiasi persona in condizioni di rischio e assistito adeguatamente". Niente di strano: se non fosse che alcuni accademici dialogando con la stampa, hanno precisato che le cure al neonato prematuro devono essere prestate anche senza il consenso della madre. A quel punto si innesca la bagarre mediatica: i politici si affretta-



no a commentare, ognuno per la sua parte, il ministro prende le distanze giudicando "insensato" procedere alla rianimazione contro la volontà della madre e così via. Ma cos'è che ha creato tanto scompiglio? E quali sono le differenze tra i due documenti, quello del gruppo di esperti ministeriale e quello degli accademici romani? "Il documento ministeriale è frutto di un lavoro lungo e complesso che ha coinvolto i rappresentanti delle società scientifiche e altri esperti - spiega Giovanni Monni, presidente Aogoi e membro del gruppo di lavoro ministeriale - Contiene le conclusioni cui sono giunti i rappresentanti di migliaia di operatori sanitari che lavorano in questo campo. I ginecologi romani, dal canto loro, hanno voluto esprimere una loro posizione degna del massimo rispetto, come d'altronde ha detto lo stesso ministro, ma che comunque rappresenta la posizione di pochi. La maggioranza approva quanto previsto dal decalogo stilato dal pool di esperti istituito dal ministro Turco che rispetta la legge 194. Insomma, non mi sembra giustificato il clamore mediatico che si è scatenato". Resta da comprendere come mai gli accademici romani, che pure hanno preso parte al gruppo di lavoro istituito dal ministero, hanno avvertito l'esigenza di rendere pubbliche le loro considerazioni che, in poche righe, tracciano l'atteggiamento con cui affrontare questi casi, mentre il documento del gruppo di lavoro ministeriale cerca già di dare indicazioni assistenziali rispetto alle diverse età gestazionali. E lo fa in cinque pagine che hanno la finalità di "contribuire alla definizione di apposite raccomandazioni rivolte agli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza alla gravidanza, al parto e al neonato estremamente pretermine". Nel testo si sottolinea che "nel corso degli ul-

timi decenni, profondi progressi diagnostico-terapeutici, sia sul versante ostetrico sia su quello neonatale, hanno immesso nell'agire professionale atti clinici che, da eccezionali, sono diventati frequenti. Non è più un fatto straordinario prestare cure mediche al travaglio di parto e al neonato di bassissima età gestazionale. Questa situazione interagisce con la società nel suo complesso e le decisioni ad essa connesse coinvolgono importanti aspetti umani, etici, deontologici, medico-legali, economici ed organizzativi". E, in effetti, gli ambiti in cui le cure mediche ai nati molto pretermine esercitano la loro influenza sono tanti: occorre valutare come la discrezionalità del medico e le indicazioni di legge possono interagire con la volontà dei genitori, comprendere quali interventi possono essere giudicati utili e quali si configurino come accanimento terapeutico ma anche definire quali risorse sono necessarie perché su tutto il territorio nazionale sia possibile offrire un'assistenza adeguata ai nati molto pretermine, oltre naturalmente a capire cosa accade se una madre non intende riconoscere il proprio figlio nato troppo prematuramente o che presenti segni vitali dopo un aborto terapeutico. Sulla stampa sono apparse denunce molto gravi che parlano addirittura di prematuri nati vivi ma senza speranze di sopravvivenza trattati senza alcuna compassione. "Denunce tutte da verificare - spiega ancora il presidente Aogoi - Chi lancia queste accuse senza circostanziarle offende le migliaia di ginecologi negli ospedali italiani che ogni giorno sono al fianco della donna e del neonato mettendo al loro servizio professionalità e umanità anche in contesti spesso non facili sia dal punto di vista operativo che da quello legale". Argomenti complessi, anche considerando che, come il grup-

po ministeriale ha sentito l'esigenza di precisare, la prevalenza di nascite in età gestazionali estreme è bassa e i lavori scientifici non sono numerosi e non sempre metodologicamente robusti a causa delle diverse modalità di arruolamento delle popolazioni in studio e della lunghezza del follow-up dei nati; inoltre, gli esperti partono dalla considerazione che la prevalenza di disabilità e di morte varia con l'epoca gestazionale, considerata il parametro più indicativo di maturazione, e di conseguenza variano le riflessioni sulle scelte assistenziali più appropriate da adottare. Ecco perché il documento ministeriale, oltre a fornire indicazioni di carattere generale riferite al periodo prima del parto e alle cure ostetriche, prevede, in riferimento alle modalità del parto e alle cure neonatali, suggerimenti diversi a seconda delle diverse età gestazionali. Il documento sottolinea anche che "il neonato non sottoposto a cure intensive, perché considerato non vitale, ha diritto a cure compassionevoli. Deve essere trattato con rispetto, amore e delicatezza. A tali cure è anche candidato il neonato, pur rianimato inizialmente, che non dimostri possibilità di sopravvivenza e per il quale il trattamento venga considerato non efficace ed inutile". Per i bambini dimessi dalle terapie intensive si raccomanda inoltre il follow-up almeno fino all'età scolare. Per gli esperti ministeriali, in ogni ambito di decisione ai genitori deve essere offerto il massimo supporto sul piano psicologico sottolineando che "ogni decisione deve essere individualizzata e condivisa con i genitori, sulla base delle condizioni cliniche del neonato alla nascita e non può prescindere dalla valutazione dei dati di mortalità e disabilità riportati in letteratura riferiti alla propria area".

Y

Il documento dei ginecologi romani

Il testo

"Con il momento della nascita la legge attribuisce la pienezza del diritto alla vita e quindi all'assistenza sanitaria. Pertanto un neonato vitale va trattato come qualsiasi persona in condizioni di rischio ed assistito adeguatamente. L'attività rianimatoria esercitata alla nascita dà quindi il tempo necessario per una migliore valutazione delle condizioni cliniche, della risposta alla terapia intensiva e della possibilità di sopravvivenza e permette di discutere il caso con il personale dell'Unità ed i genitori. Se ci si rendesse conto dell'inutilità degli sforzi terapeutici, bisogna evitare ad ogni costo che le cure intensive possano trasformarsi in accanimento terapeutico".

L'intervento

"Con questo documento - ha dichiarato Domenico Arduini - ci sia-

mo riferiti alla Costituzione Italiana (art.2) 'la pienezza del diritto alla vita e quindi all'assistenza sanitaria' nella quale è presente il diritto alla salute e all'assistenza, dopo che il neonato è nato ed è quindi, a tutti gli effetti un cittadino italiano con pari diritti e dignità. Ci siamo poi riferiti, leggendola pienamente, alla legge 194 del 1978, nella quale, nell'art.7 comma 3 riporta che se il feto sopravvivesse alle pratiche abortive dovrebbe essere, da parte del medico, 'assistito adeguatamente'. La legge 194, in nessun punto, pone il problema del consenso della donna a quest'attività, poiché intrinseca al diritto del nato a vivere. Malgrado ciò abbiamo, nel documento, dato ampio spazio ai rapporti con le coppie che permettono di discutere il caso con il personale dell'Unità ed i genitori. Solo così infatti ci si potrà fare un'idea precisa della situazione clinica del neonato, anche allo scopo di fornire un'informazione la più possibile attendibile e completa, cosa impossibile a farsi nella conciliazione del momento del parto. Ab-

biamo poi eliminato il concetto di settimane di gravidanza al di sopra o sotto delle quali si devono o non si devono effettuare cure a questi neonati (non presente nella 194 ma nel documento proposto dal Ministro della Salute nel gennaio 2008) per il rischio di errore insito nella metodica ecografica con un errore standard di 4 giorni, nelle condizioni migliori, responsabilizzando invece il neonatologo al parto di decidere, in maniera autonoma, la migliore condotta per il singolo caso clinico".

Hanno condiviso il documento

5 università romane (tre statali e due cattoliche)
Domenico Arduini ed Emilio Piccione
 Università Tor Vergata
Pierluigi Benedetti e Giuseppe Benaglio
 Università La Sapienza "Umberto I"
Giovanni Scambia
 Università Cattolica S. Cuore
Massimo Moscarini
 Università La Sapienza "S. Andrea"
Roberto Angioli
 Campus Biomedico

Cure perinatali nelle età gestazionali estremamente basse (22-25 settimane)

Il documento conclusivo elaborato dal gruppo di esperti riunito dal ministro Turco che è stato trasmesso al Consiglio Superiore di sanità impegnato nell'estensione di un parere su questa tematica. Il documento - condiviso all'unanimità dai rappresentanti dell'Iss, delle Società scientifiche e delle associazioni di ginecologia e ostetricia, pediatria, neonatologia, medicina perinatale e medicina legale - ha come finalità quella di contribuire alla definizione di apposite Raccomandazioni rivolte agli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza alla gravidanza, al parto e al neonato estremamente pretermine

Compito della medicina perinatale è garantire il massimo potenziale di salute del feto, del neonato e della madre.

Nel corso degli ultimi decenni, profondi progressi diagnostico-terapeutici, sia sul versante ostetrico sia su quello neonatale, hanno immesso nell'agire professionale atti clinici che, da eccezionali, sono diventati frequenti.

Non è più un fatto straordinario prestare cure mediche al travaglio di parto e al neonato di bassissima età gestazionale. Questa situazione interagisce con la società nel suo complesso e le decisioni ad essa connesse coinvolgono importanti aspetti umani, etici, deontologici, medico-legali, economici ed organizzativi e si fondano sulle seguenti evidenze scientifiche:

- L'età gestazionale è definita come l'età post-mestruale in settimane e giorni (esempio: per 23 settimane si intende il periodo compreso tra le 23 settimane e 0 giorni e le 23 settimane e 6 giorni; il feto ha finito le 23 settimane e sta vivendo la 24° settimana di età gestazionale).
- Il calcolo dell'età gestazionale può essere effettuato con indagini ultrasonografiche tra le 7 e le 17 settimane con una maggiore accuratezza (diff +/- 3-4 giorni);
- la prevalenza di nascite ad età gestazionali estreme è bassa (<2/1000 nati vivi) e le statistiche di sopravvivenza e di prognosi di questi neonati consentono di produrre raccomandazioni assistenziali di ordine generale;
- i lavori scientifici non sono numerosi e non sempre metodologicamente robusti a causa delle diverse modalità di arruolamento delle popolazioni in studio e della lunghezza del follow-up dei nati. Inoltre il periodo di conduzione degli studi è distribuito in un arco di tempo molto ampio dal 1995 ad oggi;

- nelle casistiche la prevalenza di disabilità e di morte varia con l'epoca gestazionale, comportando riflessioni sulle scelte assistenziali più appropriate;
- nella valutazione del neonato, l'età gestazionale è considerata il parametro più indicativo di maturazione - vale a dire di potenziale vitalità - dato che il parametro peso è influenzato da molti altri fattori, non necessariamente connessi alla vitalità; tuttavia, data la variabilità individuale e a volte l'incertezza della datazione, il comportamento medico e rianimatorio difficilmente può essere categorizzato e necessita comunque di una attenta valutazione delle condizioni cliniche alla nascita;
- al di sotto delle 23+0 settimane la sopravvivenza al di fuori dell'utero è del tutto eccezionale (non potendosi escludere eventuali errori di datazione). A partire dalle 25+0 settimane di età gestazionale vi è elevata probabilità sopravvivenza, anche se dipendente da cure intensive. Il neonato di età gestazionale compresa tra 23+0 e 24+6 settimane evidenzia un progressivo miglioramento della sopravvivenza per ogni giorno di aumento dell'età gestazionale, pur rimanendo molto elevati i tassi di mortalità, in relazione anche all'eventuale presenza di patologie fetali
- le problematiche sopra sollevate suggeriscono la stesura di raccomandazioni per gli operatori sanitari. Già molti paesi europei ed extraeuropei, si sono espressi in protocolli di comportamento e linee guida redatti da diverse società scientifiche. Queste devono essere intese come suggerimenti per i sanitari nella assistenza alla gravidanza, al parto ed al neonato estremamente pretermine. Va precisato che ogni decisione deve essere individualiz-