

■ SPECIALE REPORTAGE GIORNALISTICO ■

BOLOGNA: Congresso SIGO 2005.
Dal mito ad oggi

La prima documentazione storica del termine *'ostetricia'* risale a Plinio il Vecchio, quindi un paio di millenni fa, e riguarda un uomo, e che Uomo, anzi un Superuomo, addirittura un dio.

Infatti ben prima di papa Luciani, col suo famoso "Dio è anche Madre"*, Plinio segnala l'abilità del pittore Ctesilochos (discepolo del ben più famoso Apelle) nel dipingere "Giove partoriente e gemente come una donna, con l'assistenza *ostetrica* delle Dee".**

Non attribuibile retroattivamente il premio miliardario a suo tempo stabilito dalla Regina Vittoria "*per il primo uomo che partorirà, liberando le donne da questa affannosa e dolorosa esclusiva*", continuiamo ad aspettarcelo come futuro 'miracolo' estremo dell'Ostetricia & Ginecologia.

Attualmente a Domenico De Aloysio insieme a Piero Di Donato è riuscito il miracolo di combinare quest'anno a Bologna un Congresso uno-e-trino; (SIGO/AOGOI/AGUI) nazionale che dell'Ostetricia & Ginecologia ha portato nel Presente sia un garante Passato sia un già significativo Futuro.

Per chiarire subito a tutti che Bologna, la sua Università è – *e continua ad essere poiché è stata* – culla della moderna Ostetricia & Ginecologia, De Aloysio ha voluto dare preciso spazio alla mostra "*VEDERE CON MANO*": ampi pannelli fotografici raffiguranti gli eccezionali Modelli di creta colorati [*antesignani dell'Eidomatica*] di '*presentazioni fetali in utero*' fatti eseguire, su sua casistica, a metà '700 dall'ostetrico e docente Giovanni Antonio Galli, tuttora conservati a Palazzo Poggi dall'ateneo felsineo.

"*Vedere con mano* è quanto divenne allora già possibile – ha spiegato De Aloysio – per la preparazione ostetrica, bendando per l'esame finale chi doveva poi così saper riconoscere con la sola esplorazione manuale i vari casi che si presentassero: ben prima di tutto il moderno *imaging/eidomatica*.

"Nella Storia dell'Ostetricia, e dunque della Medicina – ha affermato De Aloysio – il "*medico di valore*" Giovanni Antonio Galli [1708-1782] dona a Bologna il merito della nuova consapevolezza (ai Latini non era certo mancata...) di occuparsi responsabilmente più a fondo dell'Ostetricia, oggetto invece di basso interesse da parte dei suoi Colleghi, cioè dei pericoli che questa loro scarsa preparazione/competenza comportava per donne e '*neonascenti*'.

"Galli con grande modernità – puntualizza De Aloysio – comprese in particolare l'importanza di addestrare sia i medici e le ostetriche, sia all'esplorazione della partoriente sia nell'espletamento del parto. Gli fu chiaro che per tale addestramento non doveva/poteva esser sufficiente accontentarsi della pratica diretta (*in corpore vili* ?!) sulle donne & creature. Tanto meno potevano risultare utili libri e illustrazioni: 'addestrare' ben significa "render destri" = *manualmente* capaci: perché la pratica ostetrica è sì visiva, ma tuttora sommamente manuale. Ecco pertanto la geniale idea del Galli: la realizzazione di un utero di cristallo (*grande quanto a termine gravidanza*), nel quale l'apprendista' possa *prima vedere* diversamente atteggiati vari modelli di feti e poi, **bendato** esplorando realisticamente a mano, valutarne la situazione ed eseguire le opportune manovre.

Se questa poteva essere la prova scolastica finale, per arrivare ad essa c'era – e desta ancora meraviglia per il suo realismo – la serie di preparati, appunto in creta colorata e oggetto della mostra congressuale, illustranti varie fasi del parto fisiologico o patologico, le analoghe posizioni del feto e della placenta e le corrispondenti tecniche d'intervento.

Alla mostra, e pertanto al Congresso, De Aloysio ha dedicato il

prezioso volume edito da *MNL* – 340 le copie numerate & autorevolmente autografate – significativamente titolato da *Ars Maieutica a Disciplina Medica – Rivoluzione in Ostetricia a Bologna tra '700 e '900*, coautore l'anatomopatologo Paolo Scarani.

Inequivocabile che De Aloysio abbia, con questa sua creatura culturale, voluto in un *parto* solo rendere merito e onore a Bologna e al

* Più precisamente "Dio ha misericordiose *viscere materne*", immagine mutuata dalla tradizione ebraico-profetica.

** "*muliebriter ingemiscente inter obstetricia Dearum*"; 35, 140.

Congresso che vi ha presieduto.

Con un modico di massmediatica *serendipity*, la piena radicazione del Congresso nel Presente, addirittura nell'attualità, è stata posta dal contestuale scoppio della polemica suscitata dal ministro Storace contro la sperimentazione italiana della RU486, che ci vede una volta ancora fanalino di coda rispetto al resto dell'Europa: un'assemblea a sale riunite degli oltre **3000** specialisti convenuti a Bologna ha il 22 settembre prontamente approvato a netta maggioranza la mozione di **Risposta dei ginecologi italiani al ministro Storace**: *"I Consigli Direttivi della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia, dell'Associazione Ginecologi Universitari Italiani e dell'Associazione Ginecologi Ospedalieri Italiani, – in occasione dell'81° Congresso Nazionale di Ginecologia e Ostetricia che si celebra a Bologna – preso atto della decisione del Ministro della Salute Francesco Storace di interrompere la ricerca sulla pillola abortiva RU486, già avviata nell'Ospedale S. Anna di Torino, sottolineano che la sperimentazione era stata già approvata dal Ministero della Salute e legittimata dal Comitato Etico Regionale del Piemonte. Pertanto dopo riunione collegiale segnalano all'opinione pubblica che la scelta del Ministro è per lo meno discutibile e poco rispettosa della libertà della ricerca clinica applicata e della professionalità dei ginecologi italiani, consapevoli peraltro che il progetto di ricerca non ha mai posto in essere condizioni di pericolo per la salute delle donne"*.

"Opportuno sarebbe che il Ministro Storace – ha commentato personalmente de Aloysio – favorisca uno stretto legame tra la donna che prende la pillola post abortiva e le strutture assistenziali ospedaliere, perché questo è importante per ridurre comunque i rischi dell'interruzione volontaria di gravidanza anche se contenuti. E invito il Ministro a favorire la cultura della contraccezione: perché non vi è alcun dubbio che la scelta abortiva rappresenti un fallimento della contraccezione e che per la donna rappresenti comunque un lutto. Pertanto la pillola abortiva rappresenta solo una via meno traumatica, pur nella drammaticità dell'evento".

Quanto sia opportuno adeguare l'Italia ad una forma d'aborto già ampiamente disponibile nel resto d'Europa e ben meno traumatica, non foss'altro psicologicamente, degli interventi invasivi concessi alle italiane, risulta in special modo evidente per le adolescenti. Le 'interruzioni volontarie di gravidanza' tra le giovanissime sono frequenti e in aumento: sin dal 2000 c'è già stato un incremento del 14 per cento di aborti tra le ragazze men che ventenni; nel 2002 risultano *ufficialmente* 223 aborti tra le minori di 14 anni e 10.470 tra quelle dai 15 ai 19 anni..

Al Congresso la figura attuale dell'adolescente viene disegnata dalla professoressa Vincenzina Bruni (Ordinario Ginecologia Univ. Firenze): "Giovannissime, alcune ancora bambine, eppure già donne, pertanto disorientate: sottovalutano la contraccezione, che conoscono ma non usano. Un fenomeno in crescita fra loro la "paura del sabato sera": arrivano nei week end ai pronto soccorso a chiedere una 'pillola del giorno dopo' dopo rapporti sessuali a rischio, non coperti da contraccezione né profilattici.

"Attenzione, non è la pillola abortiva ma una contraccezione d'emergenza. Devono dunque far riflettere l'aumento fra le giovanissime sia di richiesta di "pillola del giorno dopo", sia la crescita comunque dell'aborto sia la crescita delle malattie sessualmente trasmesse nelle donne sotto i 25 anni".

Giovane presente invece positivamente confidato al futuro il consistente spazio dedicato nel programma Congressuale ai ricercatori 'juniores': "Abbiamo fortemente voluto che ai giovani specialisti venisse – ha sottolineato pubblicamente il copresidente Pietro Di Donato – dedicata una platea d'eccellenza: tutti i giorni, due ore al mattino, nella sala principale sono stati presentati i migliori lavori (complessivamente 19) di giovani congressisti italiani. Una bella occasione per loro ma anche per quanti, con più esperienza alle spalle, è stato ad ascoltarli: sono loro il futuro".

Al Futuro non promettono, al contrario, granché di ottimistico le attuali premesse italiane sulla fecondazione assistita.

Il triplice Congresso di Bologna è stato uno dei primi appuntamenti all'indomani del referendum e ad oltre un anno dalla relativa legge: un lucido e sconsolato bilancio l'ha sintetizzato Piergiorgio Crosignani (Dir. I Clinica Ginecologica Univ. Milano): "Se per la maggioranza delle donne giovani e sane non è cambiato niente, per le donne più avanti con gli anni qualche tecnica, pur accessibile nel resto d'Europa, risulta in Italia preclusa, e sì che le possibilità sono già poche!

"L'Italia è l'unico Paese al mondo in cui è reato congelare embrioni. Per le donne a rischio resta pertanto la consapevolezza/spauracchio di poter concepire un figlio con malformazioni, che comunque dovrà accogliere ed eventualmente poi abortire: e così molte rinunciano. In sintesi: **l'Italia ha perso un'ottima occasione per fare una buona legge**".

"E' a dir poco francamente imbarazzante – ha dichiarato al Congresso Carlo Flamigni, Ordinario Ginecologia Univ. Bologna – apprendere che i Centri per la maternità assistita fuori Italia sono sempre più affollati di coppie italiane dopo l'entrata in vigore della Legge costrette a viaggi della speranza. Un esempio? In un Centro per la maternità assistita di Valencia è esposto il cartello *"Siamo i maggiori fornitori di turisti italiani a Valencia"*.

Esistono ormai due Europa della maternità assistita: quella più benestante, più avanzata scientificamente, più preparata, che però, a

seguito dell'*invasione* provocata dalla Legge italiana. ha alzato i prezzi, offrendo comunque molte garanzie. E c'è per contro un'Europa meno benestante e con un ridotto bagaglio scientifico, meno preparata, che i prezzi li ha opportunisticamente abbassati, ma non offre certo le necessarie garanzie".

La garanzia infine d'un anche personale successo, *personale* pure perché di nota *soddisfazione personale*, De Aloysio l'ha avuta dall'ampia ragionata conferma scientifica alla validità della terapia ormonale *restitutiva* (meglio che 'sostitutiva') in menopausa rappresentata dal *DOCUMENTO SULLA TERAPIA ORMONALE SOSTITUTIVA CONDIVISO DALLE ASSOCIAZIONI SCIENTIFICHE* (AOGOI, AGUI, SIGO, SIGITE, SIM, AGEO, AGICO, GOERM)* e sottoscritto al Congresso da tutti i rispettivi Presidenti.

Il Documento Condiviso in sintesi dichiara:

"La terapia ormonale sostitutiva è l'unica terapia in grado di alleviare con efficacia i sintomi soggettivi da deficit ormonale molto spesso presenti in menopausa / che / affliggono un gran numero di donne condizionando a volte pesantemente la vita di relazione, l'attività lavorativa ed il vissuto personale.

"La terapia ormonale sostitutiva può rappresentare la prima linea di scelta terapeutica per la prevenzione dell'osteoporosi nelle donne ad elevato rischio / e rappresenta inoltre una possibile opzione nei casi di intolleranza ad altre terapie osteoprotettive, o quando le altre terapie sono controindicate o inefficaci.

. Tutti i tipi di terapia ormonale sostitutiva (estrogeni, estro-progestinici, titolone, SERM) sono in grado di annullare la perdita di massa ossea / menopausale

Ricerche sperimentali hanno dimostrato che gli estrogeni influiscono beneficamente sulla maggior parte dei fattori di rischio cardiovascolare (obesità, distribuzione del grasso corporeo, assetto lipidico, controllo glicemico, e funzioni endoteliali). Gli studi epidemiologici condotti su donne relativamente giovani hanno dimostrato una minore incidenza di eventi gravi coronarici tra le utilizzatrici di terapia ormonale sostitutiva. Ad oggi però non esistono studi longitudinali controllati che permettano di confermare tale ipotesi. Per tale motivo, allo stato attuale, non è consigliato l'uso della terapia ormonale sostitutiva allo scopo esclusivo della prevenzione primaria della malattia cardiovascolare.

Studi condotti su donne in età più avanzata (superiore a 60 anni) e/o con rilevanti fattori di rischio o con precedenti di patologie cardiovascolari hanno dimostrato che la terapia ormonale sostitutiva in queste pazienti è accompagnata da un aumento minimo, ma statisticamente significativo, del rischio di malattia coronarica (7 casi ogni 10.000 donne), di trombosi venosa profonda (18 casi ogni 10.000 donne) e di ictus cerebrale (8 casi ogni 10.000 donne). Per tale motivo, in presenza di rilevanti fattori di rischio o accertata patologia cardiovascolare la terapia ormonale sostitutiva non è consigliabile.

"La terapia ormonale sostitutiva non aumenta l'incidenza del tumore dell'utero (endometrio) e dell'ovaio e riduce l'incidenza del cancro del colon-retto.

La terapia ormonale sostitutiva con estrogeni in associazione con progestinici, aumenta in modo modesto e non statisticamente significativo (0.8 casi ogni 1000 donne trattate per almeno 3- 5 anni da aggiungere ai 3 casi su 1000 che si registrano anche in assenza di terapie) il rischio di comparsa di tumore al seno e tale aumento sembrerebbe essere legato ad un effetto promuovente la crescita di un tumore già iniziato ma non ancora diagnosticato. La terapia ormonale sostitutiva ne anticiperebbe la diagnosi. Il progestinico associato all'estrogeno sembra in un qualche modo essere responsabile dell'aumento del rischio. La terapia con soli estrogeni sembra non aumentare la frequenza del tumore al seno, ma anzi comporterebbe una lieve riduzione, non significativa, del rischio. I tumori al seno insorti durante la terapia ormonale sostitutiva hanno una prognosi migliore.

Pertanto:

La terapia ormonale migliora significativamente la qualità di vita delle donne sofferenti in epoca menopausale.

E' indicata nel trattamento dei sintomi della sindrome climaterica e dei disturbi legati ad alterazioni del trofismo genito-urinario.

E' efficace nella prevenzione dell'osteoporosi e delle fratture osteoporotiche.

Non esistono dati che dimostrino un rischio cardiovascolare allorquando la terapia ormonale sostitutiva è iniziata in donne sane in coincidenza con l'avvento della menopausa.

In sostanza le 8 Società Scientifiche, con quest'adesione, hanno come le Dee olimpiche fatto da ostetriche all'ottimale parto Congressuale portato a buon termine da De Aloysio e Di Donato.

Sergio Angeletti