

**Sostienici
con il 5X1000**



foemina

FONDAZIONE PER LA MATERNITÀ E LA
SALUTE DELLA DONNA E DEL NEONATO

ONLUS

www.fondazionefoemina.it

FONDAZIONE FOEMINA

Per esservi più vicini dimostrando le attività della Fondazione e l'impegno che gli associati e gli amici mettono nel realizzare le finalità della fondazione, diamo vita ad una newsletter semestrale per poter accogliere i contributi di tutti coloro che hanno a cuore la maternità e la salute della donna e del neonato

Presidente

Prof. Gianfranco Scarselli

GLI ORGANI

Consiglio di Amministrazione

Prof. Gianfranco Scarselli, Presidente
Prof. Mauro Marchionni, Vice Presidente
Consigliere Emanuela Belli
Consigliere Daniela Del Bono
Consigliere Cecilia Bussani
Consigliere Laura Cortopassi
Consigliere Ilaria Cuppini
Consigliere Fiammetta Foscardi
Consigliere Claudia Giustini
Consigliere Marcella Nardoni Antonini
Consigliere Maria Vittoria Giannotti

Comitato scientifico

Presidente Prof.ssa Vincenzina Bruni
Membro Prof.ssa Rosanna Abbate
Membro Prof.ssa Emanuela Leprini

Revisore Unico

Prof. Roberto Giacinti

Fondazione FOEMINA

Segreteria operativa c/o PLS Educational
via della Mattonaia, 17 - 50121 Firenze
Tel. 055-24621 - Fax 055-2462270
box@fondazionefoemina.it

OBIETTIVI STRATEGICI

- ✓ RICERCARE
- ✓ INFORMARE
- ✓ FORMARE
- ✓ EDUCARE
- ✓ ASSISTERE

AREE D'INTERVENTO

- ▶ Carcinoma Della Cervice Uterina
- ▶ Carcinoma Del Corpo Uterino
- ▶ Cause di infertilità femminile
- ▶ Cause di infertilità maschile
- ▶ Cervico-Vaginiti Infettive
- ▶ Contraccezione
- ▶ Contraccezione d'emergenza
- ▶ Gravidanza
- ▶ Infertilità di coppia
- ▶ Infertilità inspiegata
- ▶ Malattie Sessualmente Trasmesse
- ▶ Menopausa
- ▶ Neoplasie Ovariche
- ▶ Oncologia Ginecologica
- ▶ Patalogia Hpv Correlata
- ▶ Tematiche sociali
- ▶ Terapia dell'infertilità
- ▶ Tumore della Mammella

foemina

L'ATTIVITÀ DELLA FONDAZIONE

La Fondazione è impegnata in progetti di:

SOSTEGNO ALLA RICERCA SCIENTIFICA,

con ricerche di base e cliniche sulle principali malattie che colpiscono le donne:

- il Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia dell'Università degli studi di Firenze grazie all'aiuto della Fondazione si è dotato di strumentazioni altamente sofisticate per poter procedere, anche in convenzione con la Fondazione stessa, agli studi sul genoma, sulle alterazioni epigenetiche relative all'endometriosi, sulla vaccinazione da papilloma virus umano, sulle alterazioni del tessuto ovarico ed altre:
- Diffusione della conoscenza sulla vaccinazione gratuita di donne non incluse nell'offerta vaccinale anti-HPV della Regione Toscana, come profilassi di recidive della patologia pretumorale del basso tratto genitale femminile da Papilloma Virus (HPV). Tale studio si svolge presso il Centro di Laserterapia e Colposcopia del Dipartimento Integrato Materno-Infantile dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, con personale di coordinamento.

Molto di questo è reso possibile grazie alla sensibilità ed all'aiuto dell'Ente Cassa di Risparmio di Firenze.

SOSTEGNO FINANZIARIO PER ACQUISIZIONE DI BENI:

Sono stati erogati fondi a sostegno finanziario dell'ONG CUAMM Medici con l'Africa ed all'Associazione Senonetwork, per l'acquisto dei seguenti macchinari:

- Incubatrice da trasporto per il trasferimento dei neonati in difficoltà, donata alla Neonatologia del Dipartimento Materno infantile dell'Azienda Ospedaliera di Careggi.
- Ultracongelatore fondamentale per lo svolgimento di vari studi inerenti all'attività di prevenzione della fondazione, donato al dipartimento di Istologia dell'università di Careggi.
- Cardiocitografo per la valutazione del benessere del feto in ambito prenatale, donato all'Africa General Hospital Fontem in cameroon

SOSTEGNO SOCIALE E FORMAZIONE,

Garantendo un sostegno stabile ai paesi poveri dell'Africa con iniziative dirette e indirette supportando organizzazioni e/o strutture che conoscono le specifiche esigenze di quelle realtà e vi operano regolarmente, favorendo anche la formazione di scienziati, ricercatori e operatori affinché siano preparati ad affrontare le patologie più complesse.

PREVENZIONE,

promuovendo la cultura della prevenzione e focalizzando l'attenzione sui problemi legati alla salute delle donne già in ambito scolastico e universitario, con programmi specifici di educazione e informazione sui corretti stili di vita, anche e soprattutto attraverso interventi educativi nelle scuole e con l'aiuto dei Comitati di quartiere.

AUDIOLOGIA

Continua inoltre la collaborazione con la Cattedra di Audiologia dell'Università di Firenze con la quale in passato è stata siglata una convenzione, per la realizzazione di uno studio sui bambini affetti da infezione congenita di cytomegalovirus con ipoacusia neurosensorile, allo scopo di evidenziare un eventuale aspetto potenziante virale su eventuali mutazioni genetiche presenti in bambini affetti da sordità.

A tal fine sono state erogate varie borse di studio e assegni di ricerca.

AREE DI INTERVENTO

Per qualsiasi ulteriore approfondimento contattare lo staff della Fondazione Foemina che è a disposizione inviando una e-mail a box@fondazionefoemina.it oppure telefonando in orario di ufficio al **055. 2638682**

IL PROGRAMMA 2015

È Consultabile sul sito web sito della Fondazione:

www.fondazionefoemina.it

ISCRIZIONE ALBO ONLUS

La Fondazione ha ottenuto il Riconoscimento Giuridico Nazionale e risulta regolarmente iscritta al n. 398 del Registro Persone Giuridiche tenuto presso la Prefettura di Firenze.

È iscritta fin dalla sua costituzione all'anagrafe delle ONLUS (organizzazioni non lucrative di utilità sociale) presso il Ministero delle Finanze nel settore attività di ricerca scientifica di particolare interesse sociale. Nel 2014 è passata alla sezione della beneficenza.

COME SOSTENERCI

È possibile sostenere le attività della Fondazione Foemina Onlus con libere contribuzioni deducibili dalla propria dichiarazione dei redditi inserendo il codice fiscale della Fondazione:

05715200480

5 PER MILLE

La Fondazione è inserita nell'Elenco degli enti che possono fruire delle donazioni del 5x1000 nelle dichiarazioni dei modelli **CUD**, **730** e **Unico**. Nel 2014 sono stati trasferiti dal Ministero delle Finanze alla Fondazione € 4.335,29 riguardante la quota assegnata per le dichiarazioni del 2012 (anno fiscale 2011).

BONIFICO BANCARIO

Per sostenere le attività della Fondazione è possibile versare l'offerta minima annuale di **€ 150,00** quale **Socio Sostenitore** oppure di **€ 50,00** quale **Socio Partecipante**.

Di seguito le coordinate:

Banca CR Firenze

IT50 D0616002 9990 0000 1025 C00

L'IPERTENSIONE ARTERIOSA IN GRAVIDANZA

Dott. Andrea Ungar
MD, PhD, FESC

Syncope Unit, Hypertension Centre
Geriatric Cardiology and Medicine
University of Florence and Careggi Hospital
Aungar@unifi.it

Una delle complicanze più frequenti della gravidanza è lo sviluppo di ipertensione arteriosa nel secondo e terzo trimestre. Nelle prime settimane di gravidanza la pressione arteriosa si riduce, mentre negli ultimi due - tre mesi che precedono il parto, invece, i valori pressori ritornano ai livelli pregravidici. Un organo importantissimo per il buon esito della gravidanza è la **placenta**, che rappresenta l'interfaccia di comunicazione tra madre e feto. A questo livello, infatti avviene lo scambio di nutrienti, sostanze di rifiuto e gas. Affinché tutti questi scambi possano avvenire, è necessario che a livello placentare giunga una notevole quantità di sangue materno, con velocità ridotta e pressione altrettanto bassa. Quando la **formazione della placenta non è completa o risulta difettosa**, il prodotto finale non lavora come dovrebbe e l'organismo risponde con un aumento della pressione sistemica per irrorare bene la Placenta. Ne risulta una ipertensione arteriosa tipica della gravidanza e nota come **ipertensione gestazionale**.

Purtroppo, durante la gravidanza la pressione alta è pericolosa per la salute materna e fetale, tanto che in casi estremi può mettere a repentaglio la vita stessa di entrambi. Questa forma di ipertensione interessa circa il 6-8% delle gestanti, spesso si associa a perdita urinaria di proteine ed in questo caso prende il nome di gestosi o preeclampsia. Proprio per tal ragione, i valori di pressione arteriosa vengono attentamente monitorati ad ogni controllo ostetrico, durante il quale è sempre prevista l'analisi delle urine.

Le manifestazioni cliniche dei disturbi ipertensivi possono apparire in qualunque momento della gravidanza, a partire dal secondo trimestre fino a diversi giorni dal parto. Esse includono tachicardia, cefalea, vertigini, ronzii, sonnolenza, febbre, visione offuscata, cecità improvvisa, nausea, vomito. I rischi maggiori si corrono quando ad una pregressa ipertensione si somma quella indotta dalla gravidanza.

La terapia dell'ipertensione gestazionale è ovviamente diversa da quella classica poiché la maggior parte dei farmaci anti-ipertensivi sono nocivi per il feto e per lo scambio di nutrienti fra madre e feto. I farmaci si usano solo quando la pressione minima aumenta oltre i 99 mmHg.



In caso di pressione diastolica compresa tra 90 e 99 mmHg il trattamento è essenzialmente comportamentale, quindi mirato al controllo o all'eventuale riduzione del peso corporeo, alla moderazione del sodio alimentare, e all'astensione da alcool, fumo e sforzi severi. I rischi per madre e feto sono piuttosto bassi.

Se la pressione diastolica raggiunge e supera i 100 mmHg, il trattamento è farmacologico e basato sull'utilizzo di farmaci come alfa-metildopa, nifedipina, clonidina o labetalolo. Alcuni farmaci utilizzati per la cura dell'ipertensione sono controindicati in gravidanza; pertanto, le donne in **età fertile che soffrono di ipertensione cronica** dovrebbero considerare i pericoli associati all'uso di ACE inibitori, diuretici e sartani (**da evitare assolutamente se stanno cercando di rimanere incinte**).

LA SORDITÀ INFANTILE

Dott.ssa Emanuela Leprini
Spec. in ORL e Audiologia
Università degli Studi di Firenze
el@email.it

Quando si parla di **sordità infantile** si intende quella sordità che, già presente alla nascita, o insorta molto precocemente nei primi mesi di vita, è di tale gravità da impedire l'apprendimento spontaneo del linguaggio.

La perdita uditiva nel bambino è una situazione clinicamente grave, doppiamente "silente", perché isola il bambino dal mondo circostante privandolo del linguaggio, principale strumento comunicativo, ed in secondo luogo perché è una patologia che si instaura senza segni evidenti diretti fino all'instaurarsi di difetti irreversibili. Il fenomeno è molto rilevante se si pensa che la sola sordità congenita, grave o profonda, ha una incidenza di circa 1-2 su 1000 nuovi nati (50% su base ereditaria); questa percentuale sale a valori del 4-5% nel caso di neonati con fattori di rischio audiologico o ricoverati nelle unità di terapia intensiva neonatale. A questi numeri si aggiungono i casi di sordità acquisita nei primi tre-quattro anni di vita, che ha una incidenza di circa 3 su mille nati. **Il deficit uditivo è la più frequente disabilità congenita dell'infanzia**. Il vero handicap non è la sordità, ma l'impedimento all'apprendimento della lingua orale: il bambino nato sordo non può acquisire il linguaggio spontaneamente!

La mancanza dell'udito e del linguaggio comporta una limitazione di esperienza del mondo che ci circonda, con conseguenze negative sul meccanismo percettivo globale, sullo sviluppo cognitivo, psicologico, sociale e sul comportamento del bambino.

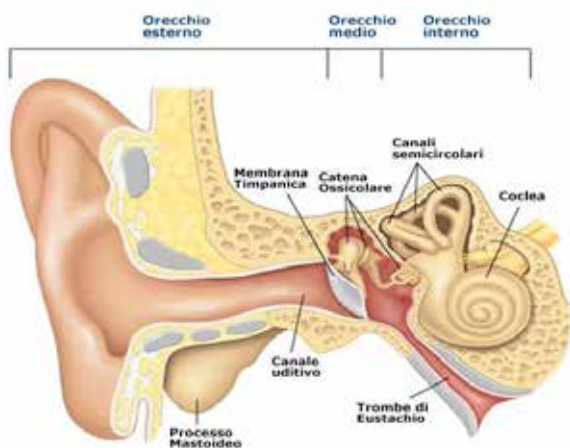
La complessità di queste relazioni dipende dal grado del difetto uditivo, dall'età di insorgenza, dalla presenza di patologie associate, dalla precocità di intervento, dalle modalità e dalle caratteristiche di trattamento protesico e riabilitativo, ma anche dalla tipologia di ambiente comunicativo e dal grado di supporto dell'ambiente familiare.

Una diagnosi precoce, una tempestiva protesizzazione, un'educazione logopedica idonea consentono un recupero pressoché completo del bambino sordo (senza altri handicap associati) ed il suo inserimento in una vita sociale e relazionale normale. Solo attuando questo percorso il piccolo ipoacusico potrà raggiungere un'adeguata competenza linguistica e cognitiva, seguendo le stesse tappe di apprendimento del bambino normoudente.

Per comprendere del tutto le difficoltà del bambino nato sordo occorre tenere presente che la funzione cocleare inizia verso la 20° settimana di gestazione e tra la 28° e la 30° settimana appaiono i meccanismi per la valutazione di intensità e di frequenza dei suoni; già dalla 22° settimana si può avere una risposta del feto alla stimolazione acustica,

in seguito a stimoli di alta intensità (70 dB), rappresentata da prevalentemente da una reazione di allarme, reazione che si ha ancora alla nascita e si attenua gradualmente nei primi due mesi di vita quando comincia il processo di riconoscimento delle vocali; dal 3° mese di vita il bambino reagisce a stimoli acustici di minore intensità (30-40 dB) e comincia a riconoscere il timbro delle voci, in particolare la voce materna suscita maggiore attenzione delle altre. Intorno ai 6 mesi compaiono risposte a stimoli di 10-20 dB. e il bambino riesce a cogliere il significato dell'intonazione verbale (rimprovero, gioia); a 9 mesi riconosce parole a lui familiari.

Parallelamente a questo processo di maturazione uditiva, dimostrato dal miglioramento progressivo nell'interessamento agli stimoli sonori, si verifica il processo di maturazione linguistica, che inizia dai primi mesi con una produzione vocale scatenata dal movimento corporeo, quindi involontaria, mentre intorno ai 3 mesi compaiono suoni gutturali per esprimere soddisfazione o piacere, e a 4 mesi i suoni emessi si arricchiscono anche di consonanti; a 5 mesi il bambino comincia ad esercitare un primo controllo su alcuni parametri della produzione vocale, quali variazioni in intensità e durata, e si accresce il numero di suoni consonantici emessi. A 6 mesi inizia la fase della lallazione: il bambino gioca con i suoni da lui stesso prodotti, emette sillabe ripetute, realizza insieme suoni diversi; a 8 mesi tenta di imitare modelli sonori appena uditi e comincia a utilizzare ritmi melodici e intonazioni diversi per significare intenzioni diverse.



A 1 anno compaiono le prime parole di senso compiuto ed il suo vocabolario si arricchisce progressivamente, tanto che a 24 mesi il bambino ha un vocabolario di oltre un centinaio di parole e comincia a combinare le parole in una frase, finché a 3 anni il vocabolario è di un migliaio di parole e il linguaggio è grammaticalmente sempre più composto. Ma perché tutto questo si verifichi è necessaria l'integrità del sistema uditivo che deve essere sollecitato da una adeguata stimolazione sonora in grado di attivare una precisa e progressiva strutturazione del sistema uditivo centrale, delle aree associative, dei circuiti cerebrali del SNC e dei sistemi di ideazione e di articolazione fonatoria che inizia nei primi mesi di vita; l'età maggiormente critica nello sviluppo del linguaggio è rappresentata dai primi 2 anni ma soprattutto risultano essere cruciali i primi 6-8 mesi; se la sordità viene rilevata in ritardo, l'assenza di una adeguata stimolazione uditiva durante i primi mesi-anni di vita, che è il periodo di massima *plasticità cerebrale*, causa

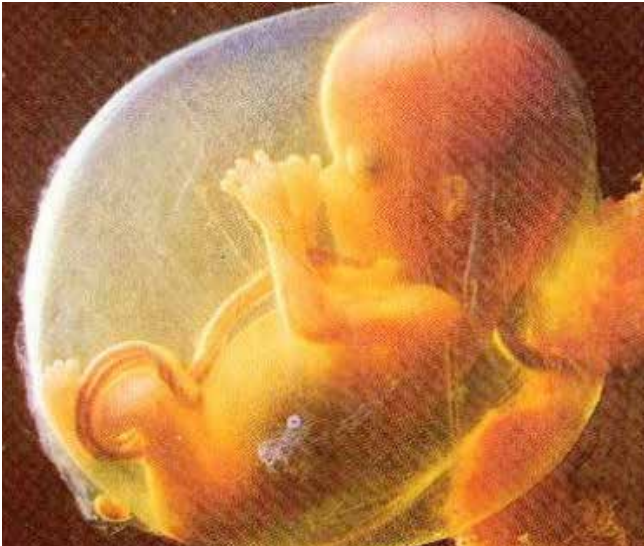
alterazioni irreversibili nello sviluppo e nell'organizzazione del sistema uditivo periferico e centrale a diversi livelli: questo è quello che viene definito *deprivazione uditiva*. L'instaurarsi della "deprivazione uditiva" tende ad alterare i sistemi di elaborazione, di apprendimento, di memorizzazione e di sviluppo cognitivo riducendo la funzione dei sistemi di integrazione centrale delle informazioni, quindi incide sulla sfera cognitiva, emotivo-affettiva e sociale del bambino; inoltre condizionerà in maniera determinante i risultati della terapia protesico-riabilitativa. L'unico mezzo per ridurre e in alcuni casi annullare i gravi effetti della sordità infantile sullo sviluppo del linguaggio e conseguentemente sullo sviluppo cognitivo, psicologico, sociale e quindi globale del bambino è rappresentato da un corretto e **precoce** trattamento protesico-riabilitativo. Secondo le più recenti linee guida internazionali è ritenuto ottimale effettuare la diagnosi di sordità entro i primi 3 mesi di vita e iniziare il trattamento protesico-riabilitativo precocemente, entro i 6 mesi di età, con protesi acustica tradizionale e nei casi di sordità profonda che non traggono un beneficio significativo dalla protesizzazione, eseguire un **impianto cocleare entro i 18 mesi di età**. La realizzazione di una diagnosi precoce è resa possibile solo attuando uno screening uditivo a tutti i neonati. All'età di 3 anni è opportuno eseguire un ulteriore screening per ricercare le forme di sordità neurosensoriale progressive e quelle ad insorgenza tardiva, quindi non presenti alla nascita. Da questo punto di vista la situazione italiana non è ottimale: si ritiene che lo screening audiologico venga effettuato in circa il 60% dei neonati, ed è molto difforme da regione a regione, (buona al nord, seguito a distanza dal centro e ancora molto indietro nel sud e nelle isole); nel migliore dei casi lo screening viene attuato solo su neonati a rischio, con conseguente mancato riconoscimento di un numero molto elevato di sordità congenite (circa il 30% dei casi). Anche dal punto di vista dell'economia nazionale, considerando le gravi conseguenze che a lungo termine la sordità provoca nella persona affetta, con costi sociali elevatissimi, e i costi estremamente ridotti dello screening universale, è auspicabile che la situazione possa migliorare in tempi rapidi.

BIOTECNOLOGIE E SALUTE

Dott.ssa Cristiana Deledda
PhD Assegnista di ricerca presso
il Dipartimento di Scienze Biomediche,
Sperimentali e Cliniche Università degli Studi di Firenze
delfam@libero.it

Clonazione, organi artificiali, **OGM**: termini che ancora oggi creano sospetto, nonostante siano argomenti dibattuti già da alcuni anni. Si tratta solo delle più note applicazioni tecnologiche della **biologia** o **biotecnologie**, un





settore di studio molto in espansione, ma purtroppo solo in parte conosciuto dai non addetti ai lavori. Il clima di diffidenza nei confronti di queste tecniche, percepite a volte come fantascientifiche o pericolose, è stato alimentato dalla mancanza di una corretta informazione scientifica, e dal diffondersi, tramite canali non ufficiali, di notizie infondate, parziali o errate, che mirano a stimolare più l'emotività delle persone che il loro spirito critico.

Senza voler negare la necessità delle valutazioni etiche e legali che sono imprescindibili in qualsiasi ambito che impatti sulla salute umana e ambientale, è importante sapere che si tratta, in realtà, di tecnologie che si basano su meccanismi presenti negli esseri viventi (quindi biologici), che già oggi fanno parte della vita di tutti noi.

Nel caso delle biotecnologie industriali può trattarsi di processi noti da secoli come l'utilizzo di lieviti per la fermentazione di vino, pane e birra, mentre nell'ambito medico, **sulle biotecnologie si basano test diagnostici** in numerosi campi tra cui oncologia, microbiologia, ematologia, e la produzione di molecole come l'insulina, la proteina indispensabile per la cura dei pazienti diabetici.

Si tratta quindi di un settore vicino all'interesse comune, che ha delle immediate ricadute sulla salute e il benessere della popolazione.

Una recente ricerca in campo medico, che ha le potenzialità di rivoluzionare la diagnosi prenatale mediante biotecnologie, ha scoperto la presenza di **DNA fetale** nel sangue materno, consentendo di sviluppare nuove tecniche di indagine prenatale da eseguire sul semplice prelievo di sangue materno dalla X settimana di gestazione, come il test non invasivo delle **aneuploidie fetali (NIPT)**. Il test non comporta alcun rischio per il feto e valuta le alterazioni numeriche dei cromosomi causa delle malattie genetiche più frequenti (**aneuploidie dei cromosomi 21,18,13, X e Y**). In Toscana il metodo attuale di screening effettuato sulle gestanti calcola una percentuale di probabilità di aneuploidie del bambino in base a parametri biochimici e dati ecografici. La nuova metodica utilizza tecniche avanzate di biologia molecolare basate sul sequenziamento del DNA fetale e, come dimostrato da recenti studi clinici, fornisce una stima del rischio molto più accurata sulla presenza o meno di aneuploidie. Come conseguenza, il ricorso alle tecniche invasive di conferma (**amniocentesi e villocentesi**) si è ridotto a casi molto più selezionati, dal momento che si tratta di metodi piuttosto invasivi e dolorosi, che causano una percentuale di abortività tra 0,5 e 1%. Il **NIPT** è già distribuito da alcuni laboratori privati in tutta Italia e presto sarà integrato nei percorsi di screening della Regione Toscana.

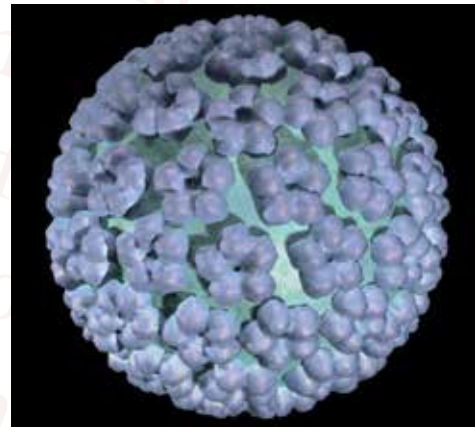
HPV E TUMORE DELLA CERVICЕ UTERINA

Prof. Massimiliano Fambrini

*Dipartimento di Scienze Biomediche Sperimentali
e Cliniche Università degli Studi di Firenze
massimiliano.fambrini.unifi.it*

Il tumore della **cervice uterina** è uno dei principali tumori dell'apparato genitale femminile. Nei paesi dove esiste un programma di prevenzione la prevalenza del tumore è di circa 10 casi su 100000/anno, mentre dove non esiste la prevenzione la prevalenza è di circa 25 casi su 100000/anno. Il trattamento del tumore invasivo può essere chirurgico o integrato con radioterapia e chemioterapia; il trattamento porta alla guarigione nel 60-80% dei casi confinati alla cervice uterina, ma ha come conseguenza principale la perdita definitiva della capacità riproduttiva.

La causa principale del tumore della cervice uterina è rappresentato dallo **Human Papilloma Virus (HPV)**: è un agente infettivo trasmissibile prevalentemente per via sessuale ampiamente diffuso nella popolazione femminile sessualmente attiva.



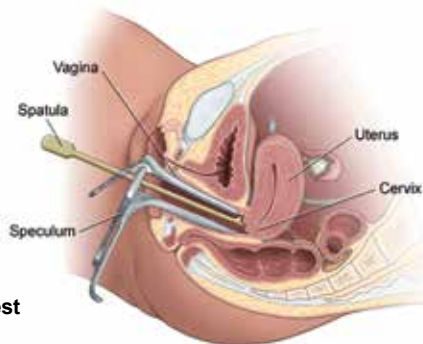
Human Papilloma Virus (HPV)

Sono conosciuti oltre 100 tipi di **HPV**; molti di questi (HPV a "basso rischio" oncologico) sono responsabili della condilomatosi genitale, patologia benigna che può interessare entrambi i sessi, mentre alcuni (HPV ad "alto rischio" oncologico) sono implicati nella patogenesi dei tumori maligni della sfera sessuale maschile (pene, canale anale) e femminile fra cui il carcinoma della cervice uterina (oltre al carcinoma vulvare, vaginale e anale).

È stato dimostrato che oltre il 99% dei tumori invasivi del collo dell'utero è associato ad infezione da **HPV** ad alto rischio. Fortunatamente la maggior parte delle donne che viene in contatto con questi virus (circa il 50% delle donne sessualmente attive) si libera spontaneamente dell'infezione senza conseguenze nell'arco di un anno. Solamente le cosiddette "infezioni persistenti", ovvero che si protraggono per oltre un anno, sono in grado di innescare quei meccanismi molecolari che possono portare al tumore della cervice uterina.

La progressione da infezione virale persistente a tumore invasivo avviene lentamente nel tempo, passando attraverso lesioni cervicali intraepiteliali (CIN) che, pur avendo le caratteristiche cellulari del tumore, sono confinate all'epitelio e quindi non hanno la possibilità di dare metastasi a distanza. Poiché l'età di massima incidenza delle lesioni intraepiteliali è dai 30 ai 50 anni, la loro identificazione precoce è estremamente importante al fine di sottoporre queste giovani donne a interventi conservativi (conizzazione) che rispetta-

no l'integrità anatomica e funzionale dell'apparato genitale. L'identificazione delle lesioni intraepiteliali è infatti l'obiettivo di tutti i programmi di prevenzione secondaria che vengono effettuati mediante il **pap-test** o l'**HPV-test** periodico in tutta la popolazione femminile di età compresa fra i 24 e i 65 anni.



Pap-test

Da pochi anni sono stati introdotti nella pratica clinica due vaccini contro i due tipi di **HPV** implicati nello sviluppo del 70% dei casi di neoplasia cervicale (HPV16 e HPV18). Uno di questi vaccini previene anche lo sviluppo del 90% dei condilomi genitali (legati ad HPV6 e HPV11). Tali vaccini sono attualmente approvati per essere destinati ad individui di sesso femminile non ancora venuti in contatto con il virus (non sessualmente attivi) e fanno parte delle vaccinazioni offerte dal **SSN** alle bambine nel dodicesimo anno di età. Probabilmente in uno scenario futuro, dove la maggior parte delle donne adulta sarà stata vaccinata in età pediatrica, la circolazione dei tipi di **HPV** implicati nel vaccino si ridurrà drasticamente e, di conseguenza anche la prevalenza delle lesioni intraepiteliali e del tumore invasivo. Purtroppo però la vaccinazione, perlomeno attraverso i vaccini attualmente in uso, non potrà sconfiere completamente la patologia tumorale della cervice uterina poiché esistono altri tipi di **HPV** oncogeni che non risentono della vaccinazione e sono responsabili di circa il 30% dei tumori. Anche con un programma di vaccinazione a regime, quindi, sarà necessario mantenere una qualche forma di screening per identificare precocemente i tumori non prevenibili dalla vaccinazione. E' inoltre oggetto di studio una nuova generazione di vaccini diretta verso un numero maggiore di **HPV** ad alto rischio oncogeno in modo da prevenire un numero sempre maggiore di tumori, aspirando in futuro alla completa eliminazione del virus ed alla scomparsa di questa patologia femminile.

NATI I PRIMI DUE BEBÉ DA FECONDAZIONE ETEROLOGA ASSISTITA. MATERNITÀ ACCESSIBILE A TUTTI? LE QUESTIONI SUL TAPPETO

Avv. Claudia Giustini
claudia.giustini@yahoo.it

Il tema della fecondazione eterologa è oggi più che mai alla ribalta: dopo la nascita a Roma, lo scorso marzo, dei primi due bambini italiani, gemelli, concepiti con l'eterologa, altri bimbi sono venuti alla luce in diverse regioni italiane e numerose gravidanze sono in corso nel nostro Paese grazie alla nota sentenza n° 162 del 2014 con cui la Consulta, dopo dieci anni di battaglie e decine di ricorsi ai Tribunali, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del divieto al ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo previste dalla Legge n° 40/2004 ed ha reso così possibile alle coppie assolutamente sterili o infertili di diventare genitori ricorrendo

a un donatore esterno di ovuli o spermatozoi (e non al cosiddetto "turismo riproduttivo"). La Toscana è stata la prima regione a dotarsi di una delibera dando il via all'eterologa nei suoi centri sanitari pubblici oltre che privati. L'Azienda Sanitaria Careggi di Firenze, infatti, è stato il primo ospedale pubblico d'Italia ad aprire le porte già dal settembre 2014 alle coppie che desideravano sottoporsi a questa pratica ed oggi festeggia la nascita del primo bambino concepito grazie alla fecondazione eterologa in una struttura pubblica. Sulla scia della Toscana anche le altre regioni, fra dibattiti e polemiche, hanno recepito le linee guida approvate dalla Conferenza delle Regioni, seppure ciascuna con paletti economici diversi. Ma la necessità di una regolamentazione uniforme a livello nazionale che allineasse l'Italia al resto d'Europa sull'accesso alla fecondazione assistita è stata avvertita dal Consiglio dei Ministri che ha recentemente definito le nuove linee-guida per la PMA, pubblicate il 15 luglio sulla Gazzetta Ufficiale, oggi vincolanti per tutte le strutture autorizzate, ed ha predisposto un Regolamento, che verrà emanato a breve, per la disciplina di aspetti essenziali dell'eterologa quali la gratuità e la volontarietà delle donazioni di gameti, i limiti di età dei donatori, l'anonimato e così via.

Con la legge di stabilità 2015, inoltre, è stato introdotto il registro nazionale dei donatori di cellule riproduttive per garantire la tracciabilità del percorso delle cellule dal donatore al nato e viceversa.

Se poi la procedura di procreazione medicalmente assistita verrà definitivamente inclusa nei Lea (Livelli essenziali di assistenza ospedaliera garantita dalle Regioni) - nonostante le perplessità espresse da alcune forze politiche in merito ai costi che le prestazioni sanitarie per la fecondazione assistita di tipo eterologo potrebbero rappresentare per il paese - tutte le Regioni dovranno prevedere piani di assistenza e di copertura economica per le coppie che potranno usufruire delle pratiche di fecondazione eterologa pagando solo un ticket. Tuttavia, per far decollare la procreazione medicalmente assistita occorre la materia prima, ossia i gameti. La legge 40 vietava le donazioni e di conseguenza le banche dei nostri centri sembrano non essere adeguatamente fornite e la carenza di gameti, in particolare di ovociti (visto che oltretutto donare i propri ovuli significa per la donna sottoporsi a trattamenti ormonali ed a un intervento di prelievo ovocitario sotto controllo ecografico), sta spingendo molti di questi al loro reperimento all'estero (in quei paesi dove le donatrici vengono remunerate), con un paradossale ripetersi, anche se in altre forme, di quel "turismo riproduttivo" che la decisione della Consulta si era proposta di eliminare. E' indubbio comunque che le questioni bio-etiche che la fecondazione eterologa ha messo sul tappeto sono tante e assai spinose. Alcune sembrano ormai chiarite: l'introduzione del principio dell'anonimato del donatore con deroga solo per esigenze di salute del nato, che coinvolge il diritto o meno del nascituro alla conoscenza delle proprie origini, o l'impossibilità di scelta delle caratteristiche fenotipiche del donatore come il colore degli occhi e della pelle. Rimane per ora indiscusso il divieto di accesso all'eterologa per i single e per le coppie dello stesso sesso. Sullo status giuridico del figlio nato da fecondazione eterologa, invece, secondo la Corte Costituzionale non vi dovrebbero essere incertezze nell'attuale impianto normativo - tenuto anche conto delle recenti modifiche del codice civile che eliminando ogni residua discriminazione rimasta nel nostro ordinamento fra i figli nati nel e fuori dal matrimonio ha sancito il principio dell'unicità dello stato di figlio - anche se non pochi sono gli interrogativi che scaturiscono da una realtà dei fatti così variegata ed in continua trasformazione come nel caso della fecondazione eterologa per i quali l'ordinamento dovrà trovare in tempi brevi corrette risposte giuridiche.

NUOVE FRONTIERE

CONTRACCETTIVE:

LA CONTRACCEZIONE CHE

LA DONNA PUÒ DIMENTICARE

(I DISPOSITIVI INTRAUTERINI)

Prof.ssa Vincenzina Bruni

*Professore Ordinario di Ginecologia e Ostetricia f.r.
vbruni@unifi.it*

Del tutto recentemente l'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) ha lanciato un chiaro allarme sul rapporto della donna oggi con la contraccezione: il 20% delle donne, infatti, sottovaluterebbe enormemente il rischio di rimanere incinta e il 40% eviterebbe la contraccezione perché troppo preoccupata per gli effetti collaterali. In effetti, l'impiego della contraccezione è andato progressivamente riducendosi anche negli ultimi anni: dal 15.4% del 2006 al 14.8% del 2013.

Poco informate sono le giovani donne sui benefici della contraccezione ormonale in termini di prevenzione netta del cancro dell'ovaio e dell'endometrio, di possibile prevenzione del cancro del colon-retto, di correzione dei cicli mestruali abbondanti, di contenimento del dolore pelvico cronico da endometriosi e adenomiosi, dell'effetto positivo sulla Sindrome premestruale e ancor più sul Disturbo disforico premestruale; inoltre il trattamento dell'iperandrogenismo funzionale ove si voglia ottenere una soppressione della produzione ovarica di androgeni e un aumento delle proteine che legano gli androgeni stessi (SHBG) non può prescindere dall'impiego della contraccezione ormonale combinata.

Vi è una diffusa ossessione all'idea che la contraccezione ormonale combinata possa modificare la propria immagine corporea in termini di aumento dei valori ponderali o comparsa d'ineestetismi cutanei (vedi la cellulite); vi è da parte del medico una sovrastima del rischio vascolare che per il Tromboembolismo venoso, che è il più rappresentato, non supera in termini di rischio assoluto i 5-12 casi per 10.000 donne anno di utilizzo [Nota EMA (Agenzia Europea dei medicinali)/AIFA (Agenzia Italiana del farmaco)]; non viene ricordato alla donna che la contraccezione col solo Progestinico, qualunque sia la via di somministrazione, non aumenta questo rischio.

Un altro serio problema è la non aderenza alla contraccezione se assunta quotidianamente per os. Si calcola che la percentuale di donne che sperimentano una gravidanza nel 1° anno di utilizzo della pillola contraccettiva è dello 0.3 % se ne è fatto un uso perfetto ma, sale al 9% per il così detto uso "tipico" (dimenticanze, grosse divergenze di orario nell'assunzione). Per i contraccettivi a localizzazione intrauterina [IUD ("intra uterine device" o più genericamente IUC ("intra uterine contraception"))] questo non si verifica; la spirale medicata al rame ha una percentuale di gravidanze dello 0.8% per uso tipico, dello 0.6% per uso perfetto, quella a dismissione di Lng (un progestinico) dello 0.2 % sia per uso tipico che per uso perfetto.

Che cosa è il "dispositivo o contraccettivo intrauterino", termine corretto per ridefinire la vecchia nomenclatura più popolare di "spirale"?

Il contraccettivo intrauterino (IUC) è un metodo costituito da una struttura di materiale plastico atto a veicolare vari metalli, più spesso rame (IUD-Cu), ma anche argento o oro, oppure in grado di rilasciare gradualmente ormoni

(levonorgestrel) (IUS-LNG), direttamente all'interno della cavità uterina.

Si parla in gergo comune di "spirale" perché i vecchi dispositivi non più in uso avevano questa forma; allo stato attuale la struttura a T, variamente modificata negli anni, è la forma maggiormente utilizzata nel mondo.

Nonostante i dati sempre positivi sull'efficienza contraccettiva, la "spirale" ha avuto periodi di uso e periodi di demonizzazione in relazione ai possibili effetti collaterali, in particolare all'ipotetico maggior rischio di malattia infiammatoria pelvica legato sia al tipo di dispositivo che alle caratteristiche della donna a cui si proponeva l'inserimento. All'inizio degli anni 70 numerose procedure legali (soprattutto negli USA, ma anche in Europa e in Italia) per danni da un particolare tipo di dispositivo il Dalkon Shield, segnarono per molti anni la morte di questo tipo di contraccezione. Oggi la spirale ha la sua giusta collocazione, soprattutto dopo il rapporto dell'OMS del 1992, nel quale si affermava chiaramente che il rischio d'infezioni era collegato soprattutto alla presenza di partner multipli e che era limitato al primissimo periodo d'uso. Permangono tuttavia alcune non giustificate riserve sia da parte del medico (ipotetiche difficoltà a inserire il dispositivo, strutture sanitarie non idonee, nulliparità ed età della paziente, difficoltà ad accedere ai recenti dati di letteratura sugli effettivi rischi del metodo) che della donna (percezioni negative sui possibili effetti collaterali, sul dolore all'inserzione, sul costo).

Negli anni 90 quando alla struttura di base sono stati aggiunti dei polimeri in grado di dismettere quotidianamente minime quantità di ormoni in particolare un Progestinico il levonorgestrel, con il risultato di aumentarne ulteriormente il livello di sicurezza e di tollerabilità, e di creare anche reali possibilità terapeutiche oltre che contraccettive.

La liberazione di ormoni (in questo caso un Progestinico) all'interno della cavità uterina per la durata di cinque anni ha importanti valenze terapeutiche, oltre che contraccettive; il dispositivo che libera venti mcg di Levonorgestrel è trattamento ottimale per le donne che hanno cicli mestruali abbondanti, per le donne con adenomiosi ed endometriosi e per tutte quelle condizioni che si caratterizzano per un'eccessiva proliferazione endometriale. (Vedi Fig. 1) Del tutto recentemente è stato introdotto un nuovo dispositivo di dimensioni più piccole del precedente, di più facile inserimento, a liberazione di una minor quantità di ormone, della durata di tre anni. Il meccanismo contraccettivo è sovrapponibile (reazione da corpo estraneo e forte interferenza sul muco cervicale con ostacolo alla penetrazione degli spermatozoi) ma non vi sono interferenze con l'ovulazione se non nei primissimi mesi d'uso, i livelli di estradiolo, l'ormone leader del femminile, sono buoni, l'endometrio (vale a dire la membrana che riveste la cavità uterina e potrà fare da letto d'impianto per una futura gravidanza) è di tipo secretivo, quindi fisiologicamente stimolata.

La giovane donna o la meno giovane donna che sceglie questo tipo di contraccezione non ha l'obbligo dell'assunzione giornaliera e può dimenticare il metodo scelto; avrà una riduzione della dismenorrea se dismenorrea, non avrà aumento di peso, ma dovrà essere informata che nei primi due mesi d'uso potranno esserci sanguinamenti anomali, seguiti da un buon controllo del ciclo. Il ritorno alla fertilità dopo la rimozione del dispositivo intrauterino (anche se "medicato" con Progestinico) è immediato.

La contraccezione intrauterina può rappresentare una prima scelta anche per le donne che non hanno mai avuto gravidanze e adolescenti purché si rispettino le contro-indicazioni.

Queste sono prevalentemente rappresentate dalla patolo-

gia infiammatoria (Malattia infiammatoria pelvica (PID) in corso o avvenuta da meno di tre mesi, Infezioni a trasmissione sessuale in atto, con infiammazioni del collo uterino di tipo purulento, sepsi post-aborto o puerperale) dalla presenza di sanguinamenti di cui non si conosce la causa o da cause importanti come una patologia maligna in atto o una tubercolosi, purtroppo riemersa negli ultimi anni anche nelle nostre regioni.

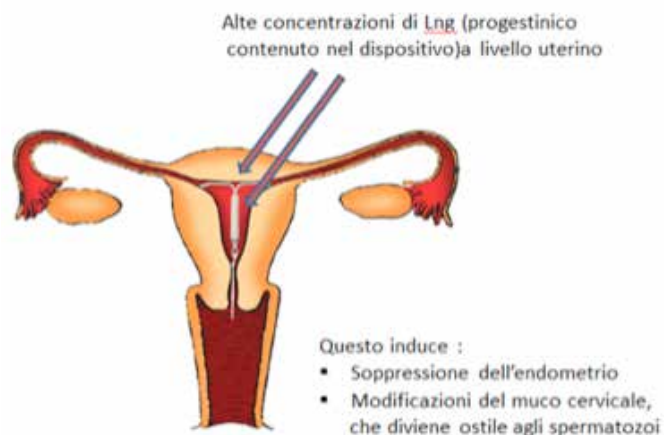
Ma anche la presenza di miomi che distorcono la cavità o di patologia malformativa uterina può rendere difficile il posizionamento e quindi rappresenta un'importante controindicazione.

- Attenzione particolare va posta all'adolescente in relazione al suo stile di vita (uso di sostanze alcoliche o comportamenti "da sballo") e alla possibilità di contrarre infezioni a trasmissione sessuale. Sappiamo che sono più a rischio le donne di età <25 anni, che è importante la precocità del primo rapporto sessuale, il numero dei partners (più di un partner nell'ultimo anno è fattore di rischio), che è importante lo stile di vita del partner (se ha altre relazioni sessuali), che esistono popolazioni vulnerabili ovvero donne che fanno uso di droghe o sono in carcere.

- Nelle giovani donne con questi fattori di rischio una valutazione infettivologica (Test su urine o secreto vaginale per clamidia e gonococco) è indispensabile; indispensabile è anche recuperare il senso del colloquio e della conoscenza delle incertezze, delle apprensioni e, in senso lato, dello stile di vita delle nostre pazienti, soprattutto se

molto giovani; questo ci permetterà di accompagnarle nelle loro scelte di vita.

- Fig. 1 Dispositivo intrauterino a liberazione di Levonorgestrel

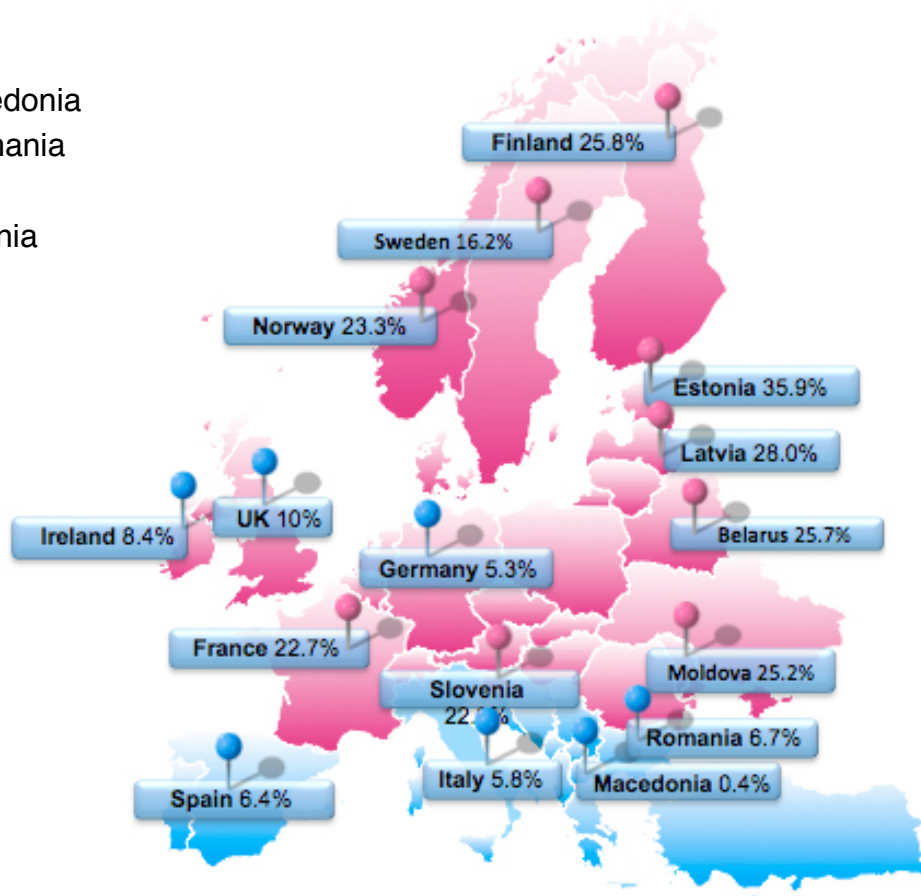


Il dispositivo intrauterino a liberazione di Levonorgestrel posizionato in utero.

Il meccanismo contraccettivo principale è un'azione locale, non il blocco dell'ovulazione.

Prevalenza di uso della Contraccezione intrauterina in Europa

dallo 0,4% della Macedonia
 al 5,3% della Germania
 al 5,8% dell'Italia
 al 35,9 % dell'Estonia



FUMO E ADOLESCENTI

Profssa Sandra Nutini,
SOD Pneumologia 2,
Centro Antifumo,
AOU Careggi, Firenze

Il fumo di tabacco rappresenta la prima causa prevenibile di morte e di malattia nel mondo. In Italia la percentuale di fumatori nella popolazione generale si è ridotta a partire dagli anni '70, passando da 34% a 21% nel 2015.



Nell'ultimo decennio però il trend in diminuzione si è arrestato e la percentuale di italiani che fuma è rimasta costante: la quota di fumatori che riesce a smettere è via via sostituita dalla quota di giovani che inizia a fumare. Nel 2015, secondo l'indagine condotta da DOXA insieme all'Istituto Superiore di Sanità, il 18% dei giovani fra i 15 e 24 anni fuma; l'età media in cui si inizia a fumare è di 18 anni, ma il 13% accende la prima sigaretta prima dei 15 e il 46% tra i 15 e i 17 anni.

Il 61% dei ragazzi italiani inizia a fumare perché influenzato dagli amici fumatori; il 16% riferisce di fumare perché prova piacere/soddisfazione nel farlo; l'8% perché "si sente più grande" e più emancipato; il 6% perché influenzato da familiari fumatori.

Molto diffuso è l'uso di sigarette fatte a mano, più economiche; il 20% dei giovani utilizza la sigaretta elettronica. Anche se molti fumano in modo occasionale o comunque un numero limitato di sigarette, il 15% dei giovani fuma regolarmente dalle 15 alle 24 sigarette al giorno.

Dalla prima sigaretta alla acquisizione di una vera e propria dipendenza dalla nicotina il passo è breve e il rischio di dipendenza aumenta quanto prima si inizia a fumare.

La nicotina inalata con il fumo arriva rapidamente, tramite il sistema circolatorio, fino al cervello, dove si lega a particolari recettori (i recettori nicotinici) situati a livello del sistema mesolimbico, modificando l'assetto dei neurotrasmettitori correlati alla sensazione di piacere e di gratificazione. Se il fumatore smette di fumare, la mancanza di nicotina a livello cerebrale scatena una vera e propria

sindrome di astinenza con ansia, agitazione, desiderio spasmodico di fumare. Anche solo due sigarette alla settimana possono portare alla dipendenza, ma differenze genetiche del recettore e del metabolismo della nicotina sembrano influenzare in modo significativo la possibilità di diventare dipendenti.

Gli adolescenti che fumano hanno una funzione respiratoria ridotta per un minore sviluppo dei polmoni causato dal fumo e una ridotta capacità di svolgere attività fisica. Alcuni studi hanno mostrato che alterazioni dei vasi sanguigni, collegate alla possibilità di sviluppare malattie cardiovascolari quali infarto miocardico e ictus, iniziano a manifestarsi già nei giovani fumatori; è aumentato anche il rischio di disfunzioni erettili e di sviluppare impotenza. E' stato inoltre dimostrata una maggiore probabilità di fare uso di altre sostanze che creano dipendenza, quali alcol e droghe pesanti.

Gli adolescenti fumatori pensano di poter smettere quando vogliono. In realtà solo il 4% riesce a smettere e il tasso di tentativi falliti negli adolescenti è superiore quello degli adulti.

Che fare per prevenire l'inizio del fumo nei giovani? Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, solo un insieme di più interventi, che coinvolgano in vario modo e a vari livelli tutta la società, può riuscire a ridurre il numero di giovani che iniziano a fumare.

L'intervento più efficace è l'aumento del costo delle sigarette: il 7% dei fumatori smetterebbe e il 30% ridurrebbe il numero di sigarette fumate di fronte ad un incremento significativo del prezzo; queste percentuali sarebbero addirittura superiori tra i giovani fumatori.

Campagne tramite i mass media indirizzate ai giovani per contrastare i messaggi che favoriscono l'inizio del fumo, interventi nella comunità e nelle scuole che promuovano un ambiente libero da fumo e uno stile di vita sano, riduzione della pubblicità e della disponibilità dei prodotti a base di tabacco, il divieto di fumo nei luoghi pubblici sono punti importanti del programma raccomandato dall'OMS per ridurre il numero di giovani che iniziano a fumare.



EROGAZIONI LIBERALI - AGEVOLAZIONI FISCALI

A cura del prof. Roberto Giacinti e della rag. Donatella Naddi

Le erogazioni liberali a favore della Fondazione, quale ONLUS e ente non commerciale di ricerca scientifica, sono agevolate in vario modo:

1) Erogazioni da parte di persone fisiche

Destinazioni

I contribuenti potranno, dalla dichiarazione dei redditi, destinare il 5 per mille delle proprie imposte a: Onlus, associazioni di promozione sociale, associazioni e fondazioni riconosciute che operano nei settori di cui all'art. 10 comma 1 lett. a) del D.Lgs. 460/97, organizzazioni di volontariato, cooperative sociali ed enti ecclesiastici, nell'apposito elenco gestito dall'Agenzia delle Entrate.

- Le liberalità in denaro o in natura erogate in favore di **Onlus** di cui all'art. 10 commi 1, 8 e 9, del decreto legislativo 4 Dicembre 1997 n. 460, nonché quelle erogate in favore di associazioni di promozione sociale in favore di fondazioni e associazioni riconosciute aventi per scopo statutario lo svolgimento o la promozione di attività di ricerca scientifica, individuate con DPCM. D.L. 14/03/05 n. 35 art. 14.

Limiti
detrazione
-deduzione

10% del reddito complessivo dich. e comunque nella misura massima di 70.000 € annui

N.B.: Tale deduzione non è cumulabile con ogni altra agevolazione fiscale prevista a titolo di deduzione o detrazione d'imposta da altre disposizioni di legge.

Detrazioni

Le persone fisiche possono inoltre beneficiare della *detrazione dall'imposta lorda per un importo pari al 26% degli oneri sostenuti per:*

Limiti
detrazione
-deduzione

€ 2.065,83

- **Liberalità a Onlus. Sono disposte, in modo tassativo, le modalità di versamento delle somme oggetto delle erogazioni liberali cui è condizionato il diritto alla detrazione. E' consentito il versamento bancario o postale, o con carte di credito, assegni bancari e circolari con ricevuta rilasciata, in quest'ultimo caso, dalla Onlus. . T.U.I.R. Art. .15 lett. i bis).**

2) Erogazioni da parte di soggetti titolari di reddito d'impresa

Per i soggetti persone fisiche e persone giuridiche titolari di reddito di impresa fra gli oneri di utilità sociale, deducibili ai fini della determinazione del reddito di impresa, è ammessa in *deduzione del reddito:*

- Le erogazioni liberali in denaro a favore delle **ONLUS**. TUIR art. 100, c. 2 lett h)

- Le liberalità in denaro o in natura erogate in favore di **Onlus** di cui all'art. 10 commi 1, 8 e 9, del decreto legislativo 4 Dicembre 1997 n. 460, nonché quelle erogate in favore di associazioni di promozione sociale in favore di fondazioni e associazioni riconosciute aventi per scopo statutario lo svolgimento o la promozione di attività di ricerca scientifica, individuate con DPCM. D.L. 14/03/05 n. 35 art. 14)

Limiti
detrazione
-deduzione

2.065,83 € o 2 % del reddito d'impresa dich

10% del reddito complessivo dich. e comunque nella misura massima di 70.000 € annui

N.B.: Tale deduzione non è cumulabile con ogni altra agevolazione fiscale prevista a titolo di deduzione o detrazione d'imposta da altre disposizioni di legge.

Cessione gratuita di beni alle ONLUS

E' stabilita la possibilità per le imprese di cedere gratuitamente alle ONLUS:

- derrate alimentari e prodotti farmaceutici prodotti o commerciat, che sarebbero eliminati dal circuito commerciale;
- beni diversi alla cui produzione o al cui scambio è diretta l'attività dell'impresa.

Le derrate alimentari ed i prodotti farmaceutici, alla cui produzione o al cui scambio è diretta l'attività dell'impresa, se vengono ceduti gratuitamente agli enti, istituzioni pubbliche e alle ONLUS, il loro valore corrispettivo non viene considerato ricavo.

La cessione gratuita alle ONLUS di altri beni oggetto dell'attività d'impresa, qualora siano d'importo complessivamente non superiore a € 1.032,91, si considera erogazione liberale deducibile ai fini del limite di cui all'art. 100, comma 2, lett. h), del Testo Unico di € 2.065,83 o del 2% del reddito d'impresa dichiarato.