



L'impegno dell'andrologo per i Trans

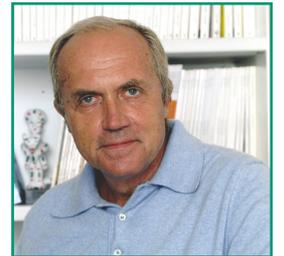
di **Aldo Franco De Rose**

Aumenta il numero di persone che, fisicamente uomini, si sentono donna e di quelli che, fisicamente donna, si sentono invece uomini. Insomma sono in aumento le persone che soffrono di disturbi di identità di genere (DIG), cioè i transessuali e aumentano contestualmente anche le richieste di riattribuzione del sesso. In Italia, ad oggi, sono circa duemila i transessuali, uomini e donne, infelici di appartenere al sesso determinato geneticamente, che vivono con la convinzione intima, persistente di appartenere al sesso opposto. E anche in Europa i numeri non cambiano: 1 uomo su 40.000 e 1 donna su 150.000... ma non tutti arrivano all'intervento. Nel nostro Paese però, dopo l'approvazione della legge (1982) che consente gli interventi per la riattribuzione del sesso, il numero di soggetti sottoposti ad intervento, anche se di poco, è stato sempre in costante crescita. Attualmente si calcola che, ogni anno, solo in strutture pubbliche, vengano effettuati circa

20 anni di chirurgia italiana nei disturbi di identità di genere

di **E. Austoni**

Sono trascorsi ormai 16 anni da quando per primi in Italia, all'Istituto di Urologia dell'Università di Milano, operammo in regime di pubblica assistenza un paziente maschio affetto da disturbo di identità di genere. Quel primo evento tracciò un percorso che altre Scuole prestigiose hanno seguito sintetizzando anche esperienze proposte all'estero, facendo del nostro Paese un punto di riferimento per questo tipo di chirurgia.



Edoardo Austoni

Se per quanto riguarda la conversione uomo-donna i risultati estetico-funzionali possono definirsi molto soddisfacenti, con metodiche ormai standardizzate e con evoluzioni tecniche che hanno interessato la conservazione del glande e l'utilizzo dei lembi pedunculati, per quanto concerne la trasformazione gino-androide, questa mantiene le caratteristiche di una vera e propria sfida chirurgica i cui risultati raramente soddisfano a pieno le aspettative del paziente. Nel corso degli anni abbiamo potuto sottoporre a revisione critica le 3 principali opzioni che caratterizzano la trasformazione andro-ginoide:

→ segue a pagina 2

→ segue a pagina 2

La riconversione androginoide

pagina 4

La riconversione ginoandroide

pagina 8

Il transessualismo e i suoi risvolti psicologici

pagina 12

L'iter endocrinologico nel transessualismo

pagina 13



→ segue da pagina 1

80 interventi, con una netta prevalenza per l'intervento da uomo a donna, rispetto a donna/uomo; tale rapporto è di 11/2, come testimoniano i dati dei 130 soggetti operati a Trieste, e di 20/1 degli 84 operati a Napoli. Insomma un fenomeno sociale che, giustamente, ha già risvegliato l'attenzione e l'interesse dell'andrologo anche se, quasi sicuramente, in forma ancora forse insufficiente. Infatti, dal momento della sentenza all'intervento, in Italia trascorrono in media due anni prima dell'operazione. Molti sono costretti a ricorrere alle strutture private, altri vanno ancora all'estero. Poche settimane addietro ho incontrato un trans che mi confessava il suo impegno lavorativo di circa 5 anni prima dell'intervento in una casa di cura non convenzionata. È bene quindi che ai centri di eccellenza tuttora esistenti, voluti e realizzati anche da andrologi, se ne aggiungano altri... anche nelle piccole realtà, proprio sull'esempio della dottoressa Angela Vita, collega urologo e andrologo dell'Ospedale San Carlo di Potenza.

E, per finire, un'ultima riflessione. Attualmente in Italia, solo dopo la prima sentenza, che permette l'intervento di riassegnazione chirurgica dei caratteri sessuali (RCS) e quindi solo dopo l'intervento, è possibile ottenerne un'altra per l'adeguamento dei dati anagrafici. Al contrario, in alcuni Paesi europei, tale sentenza può avvenire anche prima dell'atto chirurgico, consentendo una vita socialmente più vicina ai desideri del transessuale. Complessivamente, ritengo più giusta questa seconda soluzione e credo che, associazioni e medici, in un prossimo futuro, debbano impegnarsi anche in questo senso.

1. ampia preservazione delle crura cavernose;
2. conservazione del glande;
3. utilizzo di lembi di cute scrotale per la neovagina.

- 1) Per quanto riguarda il primo punto, l'ingorgo ematico con irrigidimento delle crura in corso di attività sessuale, può concorrere all'insorgenza di molti casi di dispareunia.
- 2) La conservazione del glande (proposta al fine di garantire una maggiore sensibilità genitale e di simulare un neocliatoride) rappresenta un obiettivo più teorico che pratico, in quanto, nella maggior parte dei casi, essa esita in una precoce atrofia. La variante da noi proposta alla tecnica di Edgerton, che prevede, durante la preparazione dello scalpo penieno, la conservazione del fascio vascolo-nerroso dorsale e del tessuto Buckiano, permette la conservazione di una adeguata sensibilità di tutta la neovagina ed in particolare del suo estremo distale. L'uretra, con il suo tessuto spongioso, contribuisce, durante il rapporto, alla sensibilità propriocettiva profonda.
- 3) L'utilizzo dei lembi scrotali consente certamente una maggiore ampiezza della neovagina, ma soffre tutti gli svantaggi legati alla presenza degli annessi cutanei (secrezioni maleodoranti, infezioni, incrostazioni).

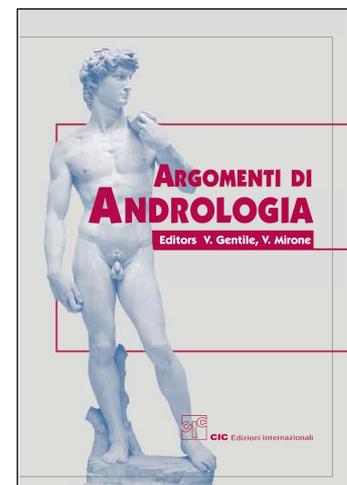
La nostra Scuola, come detto, è rimasta fedele alla metodica originale di Edgerton, che prevede l'intussuscezione dello scalpo penieno: questa tecnica è rapida, priva di complicanze e consente l'utilizzo di cute glabra. L'unico limite è costituito dalle dimensioni originali del pene: in caso di ipoplasia o di ipotrofia ormono-dipendente, utilizziamo lembi cutanei ad isola per ampliare la cute peniena.

Nella nostra esperienza riveste molta importanza una accurata valutazione psico-antropomorfa pre-operatoria. L'obiettivo cui questa chirurgia deve infatti mirare è la creazio-

V. Gentile, V. Mirone

ARGOMENTI DI ANDROLOGIA

Volume cartonato
di 262 pagine
f.to cm 17x24
€ 40,00



CIC Edizioni Internazionali



ne di una bellezza “androgina”, e non certo quello di una sorta di parodia della “superfemmina”.

La complicanza più comune (anche se anch'essa ormai rara) della trasformazione andro-ginoide, è rappresentata dall'atresia della neovagina: in questi casi riteniamo non più attuale l'utilizzo dell'intestino per la vaginoplastica di ampliamento e questo per l'evidente morbilità e gli inevitabili limiti estetico-psicologici.

In questi casi abbiamo utilizzato con successo un approccio perineale mininvasivo per via intrasfinterica, con creazione di uno spazio inter-prostato-vescico-rettale al di sotto della neovagina coartata con successiva incisione longitudinale del pavimento della stessa. A copertura della ampia neocavità così creatasi, vengono apposti grafts dermo-epidermici split-thickness, prelevati dalla superficie posteriore delle cosce.

La trasformazione gino-androide, come detto, rappresenta una vera sfida chirurgica e l'Operatore dovrà di volta in volta, in accordo con il Paziente, privilegiare l'aspetto funzionale (clitoridoplastica di allungamento) piuttosto che quello estetico (neofalloplastiche). Per quanto riguarda queste ulti-

me, la tecnica di Chang con lembo libero antibrachiale ed anastomosi microchirurgiche, rappresenta sicuramente il gold standard dal punto di vista del risultato estetico del neo-fallo, ma data la sua complessità, richiede particolari competenze ed è gravata da un'alta incidenza di complicanze gravi, oltre che da una importante morbilità a carico dell'arto donatore.

Tecniche alternative sono rappresentate dall'utilizzo del muscolo retto-addominale, da noi estesamente impiegato, o quella del lembo cutaneo sovrapubico (tecnica di Pryor). Entrambe le metodiche sono di facile esecuzione da parte dell'Urologo e consentono, in tempo unico, la mastectomia e la clitoridoplastica. Il limite dell'utilizzo del muscolo retto-addominale è quello della retrazione post-operatoria. Per questo entro 90 giorni dall'intervento procediamo all'inserzione di protesi di piccolo calibro in silicone soffice.

La chirurgia del transessualismo rappresenta oggi un interessante campo d'applicazione per l'Uro-Andrologo che si trova a dover far fronte alle sempre più numerose richieste dei Pazienti affetti da disturbi d'identità di genere.

PUBBLICITÀ



LA RICONVERSIONE ANDROGINOIDE

La creazione della neovagina con lembo peno-scrotale

di Carlo Trombetta - Trieste

L'intervento, così come attualmente viene eseguito presso la Clinica Urologica di Trieste, si compone di vari tempi che possono essere suddivisi in sei fasi differenti eseguibili da due équipes in contemporanea:

1. orchietomia (équipe ipogastrica);
2. asportazione dei corpi cavernosi e dell'uretra spongiosa (équipe perineale);
3. preparazione del moncone uretrale ed uretrotomia (équipe perineale);
4. creazione della neovagina (équipe perineale);
5. formazione delle grandi labbra e di un cappuccio clitorideo (équipe ipogastrica);
6. creazione di un neoclitoride dotato di sensibilità (équipe ipogastrica).

Per l'**orchietomia** si esegue un'ampia incisione scrotale mediana prolungata posteriormente sino in prossimità dell'ano. L'isolamento dei testicoli in blocco con la tunica vaginale comune integra viene esteso sino al canale inguinale sollevando con un divaricatore i tessuti cutanei e sottocutanei; si sezionano con il bisturi elettrico le fibre del cremastere ed il funicolo così isolato viene sezionato a livello dell'orifizio esterno del canale inguinale dopo aver apposto una doppia legatura in materiale riassorbibile.

Per l'**asportazione dei corpi cavernosi** e dell'uretra spongiosa è necessario rispettare la vascolarizzazione del cilindro cutaneo che andrà a formare la neovagina e disseccare con tecnica microchirurgica il fascio neuro-vascolare dorsale che dovrà mantenere il trofismo e la sensibilità del neoclitoride.

La **conservazione del fascio neurovascolare** dorsale si ottiene ricercando sulle parti laterali dei corpi cavernosi, in prossimità dell'uretra, il piano anatomico esistente tra tonaca albuginea e la fascia di Buck. L'isolamento dei corpi cavernosi deve estendersi fino alle radici degli stessi in corrispondenza delle branche ischio-pubiche e l'asportazione deve essere il più completa possibile.

L'**uretra bulbare** deve essere ampiamente mobilizzata assieme all'uretra membranosa dopo aver sezionato la muscolatura bulbo-cavernosa.

Per la preparazione del moncone uretrale ed uretrotomia è preferibile conservare una parte di circa 4 cm dell'uretra bulbare, aprirla ventralmente, resecare ampiamente il tessuto spongioso del bulbo uretrale ed estrofletere la mucosa.

La **creazione della neovagina** è senz'altro il tempo più complesso.

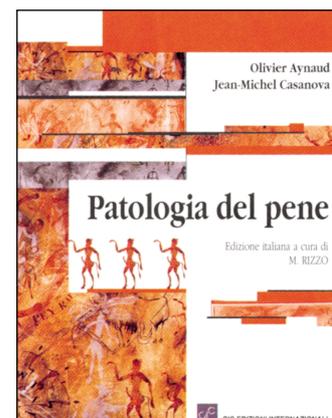
Secondo la tecnica descritta da Eldh si prepara un lembo di cute scrotale di forma rettangolare conformato ad "U" rovesciata con base in corrispondenza della linea bis-ischiatica. Le dimensioni del lembo sono solitamente di 13 cm in lunghezza e di 8 cm in larghezza nella parte alta scalando a 1 cm vicino all'ano. Nella preparazione di questo lembo l'incisione viene estesa in profondità dalla cute attraverso il tessuto sottocutaneo ed il darthos per giungere fino alla tunica vaginale sfrut-

O. Aynaud - J.M. Casanova

PATOLOGIA DEL PENE

Edizione italiana a cura di M. Rizzo

Volume cartonato di 312 pagine
con 397 foto a colori e 126 in b/n
€ 77,47



CIC Edizioni Internazionali



LA RICONVERSIONE ANDROGINOIDE

tando a livello scrotale la presenza del setto mediano, struttura in genere ben vascolarizzata, allo scopo di assicurare un sufficiente apporto ematico al lembo. Il lembo viene quindi ribaltato in modo da esporre l'uretra bulbare.

L'inversione semplice di cute peniena

di *Ciro Imbimbo, Vincenzo Mirone - Napoli*

Le tecniche di riconversione androginoide oggi più utilizzate, per quanto caratterizzate nelle varie scuole da diverse varianti di tecnica, si fondano sulla possibilità di ricavare una neovagina dalla cute del pene e/o dello scroto, avendo cura di preservare la vascolarizzazione e l'innervazione dei lembi cutanei e del glande, al fine di garantire il trofismo del canale neovaginale e la sensibilità tattile-erotica.

L'**inversione semplice di cute peniena** è la tecnica più semplice, più vecchia ma sicuramente la più estetica per il risultato finale, ma richiede, per la sua realizzazione, di un

pene di buone dimensioni per avere stoffa sufficiente per una vagina di adeguata profondità.

L'**accesso è tipicamente perineale a Y rovesciata**, a livello del rafe tra scroto e ano, punto in cui verrà confezionata la vulva.

Si esegue un "degloving" penieno dopo aver isolato l'uretra dai corpi cavernosi.

Si segue il piano di clivaggio tra il fascio vascolo nervoso e l'albuginea dei corpi cavernosi lasciando il primo adeso alla fascia superficiale del pene ed alla fascia di Buck, facendo attenzione a non ledere né le arterie dorsali superficiali, né i nervi del fascio vascolo nervoso (FVN).

Si sguainano i corpi cavernosi del pene da tutti i tegumenti superficiali, preservando l'irrorazione di questi ultimi. I corpi cavernosi isolati, vengono sezionati quanto più prossimalmente possibile ed asportati in blocco.

In questa maniera il glande ed il FVN sono lasciati adesi e solidali al cilindro cutaneo penieno.

Il complesso cute peniena-glande, una volta invertito, costituirà, una neovagina che grazie alla presenza del glande sul fondo assicurerà una buona sensibilità erogena. L'uretra viene separata dal glande e dai corpi cavernosi e ridotta in lunghezza.

Si asportano i testicoli bilateralmente.

Editor J.T. Benson

UROGINECOLOGIA E CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA DELLA PELVI

Testo Atlante



Volume cartonato
di 216 pagine
f.to cm 21x30
€ 82,63



CIC Edizioni Internazionali

LA RICONVERSIONE ANDROGINOIDE

La colovaginoplastica

di *Ciro Imbimbo, Vincenzo Mirone*

Un'alternativa alle tecniche di inversione di cute penoscrotale è rappresentata dalle tecniche di enterovaginoplastica. La ricostruzione della vagina a partire da un segmento di intestino, ileo o colon, può essere impiegata in prima istanza nei transessuali che presentano una marcata ipoplasia dei genitali esterni e che quindi non hanno sufficiente tessuto penoscrotale per una neovagina di adeguate dimensioni, oppure (più di frequente) come intervento di seconda istanza quando un primo intervento abbia dato risultati fallimentari, come stenosi ripetute e refrattarie della neovagina a causa di infezioni, necrosi dei lembi, o il non uso del tutore intravaginale per un tempo adeguato.

La **tecnica di enterovaginoplastica più utilizzata**, e che nella nostra esperienza garantisce i migliori risultati estetici e funzionali, **prevede il confezionamento della neovagina a partire da un segmento di sigma.**

Si isola un segmento di colon sigmoideo di circa 12-15 cm che abbia un meso sufficientemente lungo e si ripristina la continuità del tratto digerente con una anastomosi termino-terminale, come di routine.

Lo spazio adibito all'alloggio della neovagina è lo stesso spazio prostatico-rettale utilizzato nelle tecniche sopra decritte.

Il segmento isolato viene chiuso a *cul-de-sac* sul versante distale confezionando la neovagina, e ruotato in senso antiperistaltico, e viene fatto avanzare fino al livello di una incisione cutanea circolare perineale che costituirà il nuovo introito vaginale.

È cruciale accertarsi che non vi sia un'eccessiva trazione sul meso, che d'altra parte oltre ad essere necessario per l'irrorazione della neovagina ne previene il prollasso.

In ogni caso, la chirurgia di riconversione androgenoide, sebbene abbastanza ben codificata, presenta differenze tecniche significative da un operatore all'altro e la gestione del decorso post-operatorio è importante almeno quanto l'intervento stesso.

È importante eseguire questa

chirurgia solo in ambienti specializzati, dove il bagaglio di conoscenze dell'équipe possa far fronte, sempre nel rispetto di alcuni principi fondamentali di anatomia chirurgica e funzionale, alle esigenze ed alle caratteristiche del singolo paziente. L'esecuzione routinaria di tali interventi in centri di riferimento è indispensabile a minimizzare il tasso di complicanze che, viceversa, eseguendo tale chirurgia in modo saltuario od occasionale, rischierà di essere molto elevato.

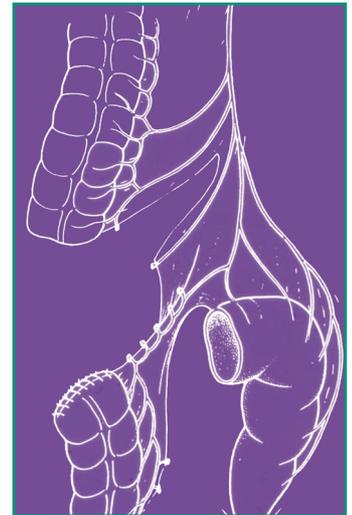


Fig. 2 - Schema di prelievo del tratto di colon per confezionare la colovaginoplastica.

LA CREAZIONE DEL RECESSO RETROPROSTATICO DOVE ALLOGGIARE LA NEOVAGINA

Sezionando il centro tendineo del perineo e divaricando i muscoli trasversi superficiali e profondi del perineo e gli elevatori dell'ano, si accede al piano di clivaggio situato posteriormente alla Denonvilliers ed anteriormente alla fascia rettale, e per via smussa si prepara questo spazio ad accogliere la neovagina. Una volta invertita e allocata in posizione, la neovagina va fissata con punti di ancoraggio al fondo della cavità retroprostatica per impedire il prollasso.

Dopo aver confezionato un neomeato, anastomizzando alla cute della parete neovaginale anteriore il moncone uretrale preservato, si completa l'intervento confezionando la vulva, a partire dalla cute scrotale. Talvolta per raggiungere un miglior risultato cosmetico è necessario un secondo tempo chirurgico a livello del vestibolo e/o della forchetta superiore. Posticipare questi "ritocchi" estetici garantisce nel post-operatorio una migliore salvaguardia della vascolarizzazione.

Le altre fasi dell'intervento

di *Carlo Trombetta*

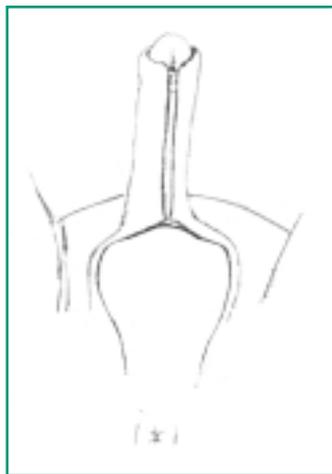
Si inizia quindi la dissezione del perineo anteriore divaricando sulla linea mediana le fibre del muscolo bulbo-cavernoso sino a scollare completamente l'uretra bulbare. Le



Fig. 1 - Aspetto della cute peniena e del glande dopo asportazione dei corpi cavernosi.



LA RICONVERSIONE ANDROGINOIDE



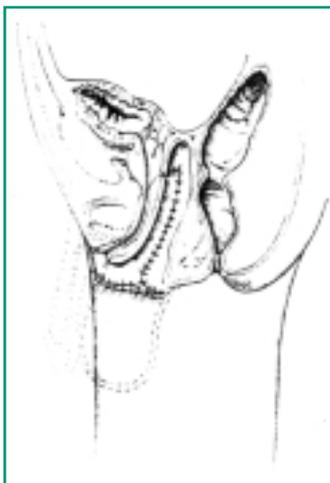
fibre laterali del muscolo vengono divaricate seguendo il facile piano di clivaggio rappresentato dall'avventizia del muscolo, le fibre muscolari vengono sezionate lateralmente e posteriormente dove si addensano e divengono più fibrose unendosi al centro tendineo del perineo. Si incide la fascia di Colles lateralmente e i muscoli trasversi superficiale e profondo del perineo vengono divaricati posteriormente. Si evidenzia

in questo modo la fascia inferiore del diaframma uro-genitale che viene incisa lateralmente in prossimità delle tuberosità ischiatiche. Esercitando una trazione sul catetere diviene facilmente apprezzabile alla palpazione anche il collo vescicale, le vescicole e la parete posteriore della vescica che sono ricoperte dalla fascia prostato-peritoneale di Denonvilliers che viene lasciata integra. Sulla linea mediana è facilmente individuabile la solida struttura rappresentata più esternamente dal centro tendineo del perineo e più in profondità dal cosiddetto muscolo retto-uretrale, che vengono sezionate. La fase successiva consiste nell'ampliare la cavità così formata che accoglierà la neovagina. Il sanguinamento è in genere modesto e prevalentemente localizzato al livello del diaframma uro-genitale.

I lembi cutanei scrotale e penieno vengono suturati assieme alle loro estremità e lateralmente con materiale riassorbibile 3-4 00.

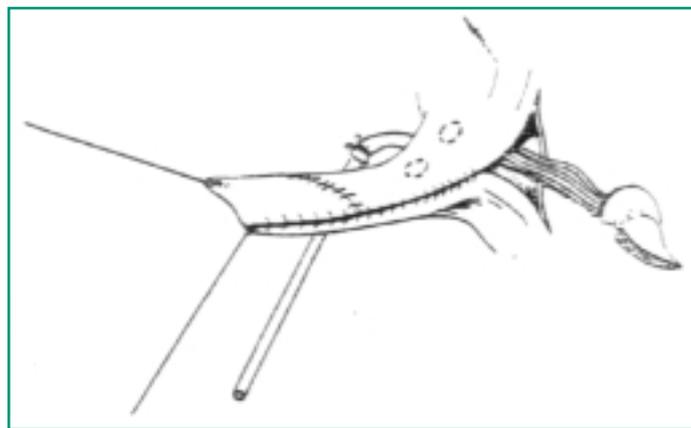
Prima di confezionare completamente il cilindro cutaneo che sarà invaginato nella cavità neoformata ci si deve preoccupare di apporre due o più punti che manterranno il cilindro cutaneo introflesso in sede. Due punti anteriori possono essere passati attraverso la fascia di Denonvilliers in corrispondenza della parte più alta della prostata, facilmente identificabile alla palpazione.

La cute scrotale viene utilizzata per la creazione delle grandi labbra dopo essere stata opportunamente resecata ed ampliando l'incisione anteriormente allo scopo di evitare la presenza di antiestetiche "orecchie di cane". Dopo aver fissato i tessuti profondi con materiale di sutura a lento



riassorbimento, la cute viene accostata con fili a riassorbimento rapido. Per dare un miglior aspetto estetico alla parte anteriore della vulva abbiamo potuto osservare come sia preferibile, per evitare complicanze ed ottenere un miglior risultato estetico, limitarsi ad effettuare un'incisione semicircolare di diametro non superiore a due centimetri nella cute che corrisponde alla base del pene già sprovvista di peli a circa 5 mm dal neoclitoride. Suturando trasversalmente questa incisione ci si limita alla formazione di un cappuccio clitorideo che protegge il clitoride da un contatto con gli indumenti ed ottiene un buon risultato estetico.

Il **neoclitoride** viene costruito utilizzando una parte del glande del quale è stata salvaguardata con dissezione estremamente accurata la vascolarizzazione e la innervazione. Per modellare il neoclitoride si utilizza in genere la parte più dorsale del glande con la contigua corona ed un breve tratto del solco prepuziale. Le dimensioni non devono superare quelle medie di un clitoride (3x4 mm) e viene fatto fuoriuscire attraverso una incisione mediana praticata a tutto spessore nella cute peniena introflessa 1-2 cm cranialmente al neomeato uretrale.



Il **tutore vaginale** può essere fissato all'introito vaginale mediante punti in materiale non assorbibile per evitare una sua fuoriuscita accidentale. Il tutore vaginale in gomma di silicone si può sgonfiare aspirando l'aria contenuta in esso. Viene in genere rimosso il giorno successivo alla rimozione del catetere vescicale. La possibilità di sgonfiarlo quasi completamente favorisce la manovra di rimozione che viene effettuata in tutta sicurezza: va comunque rimosso con estrema cautela lubrificando la cute peniena contigua per evitare che essa possa staccarsi dai punti di sutura e scivolare all'esterno. Nei giorni successivi si provvede a lavaggi con soluzioni disinfettanti della neovagina che verranno continuati dalla paziente stessa sino a completa detersione delle ferite e caduta dei punti di sutura.



LA RICONVERSIONE GINOANDROIDE

Falloplastica sovrapubica sec. Pryor

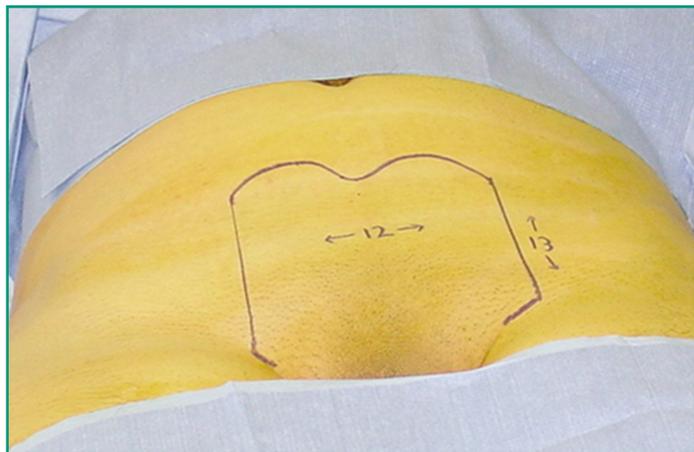
di Francesco Paolo Selvaggi e Carlo Bettocchi - Bari

La chirurgia ricostruttiva del pene rappresenta ancora oggi uno dei settori chirurgici più interessanti a causa della difficoltà nel raggiungere risultati ottimali da un punto di vista sia estetico che funzionale. Al momento non esiste una tecnica standard e le complicanze sono molto frequenti, specie nel caso in cui venga richiesta la ricostruzione del tratto urinario.

Bisogna naturalmente fornire ai pazienti un serio e completo colloquio informativo: il paziente, come il chirurgo, deve avere aspettative ragionevoli rispetto all'esito dell'intervento. La discussione in merito alle diverse tecniche chirurgiche viene centrata sul confronto tra le aspettative del paziente

ed i vantaggi e svantaggi che ogni falloplastica necessariamente comporta. In definitiva, viene spiegato che molte sono le tecniche e ognuna di queste può essere applicata ai singoli pazienti in funzione dei desideri del singolo, che possono essere: la sensibilità dei genitali; l'accettazione del difetto sul braccio; l'esigenza di sottoporsi ad un intervento semplice; l'esigenza di urinare rimanendo in piedi; l'esigenza di avere dei rapporti sessuali; la priorità dell'aspetto estetico del fallo.

La tecnica che viene descritta rientra nel gruppo delle falloplastiche con lembo peduncolato. Questa tecnica è stata ideata dal Prof. Pryor a metà degli anni '80 e da lui utilizzata al Middlesex - St. Peter's Hospital di Londra (U.K.) per quasi un decennio, durante il quale oltre 80 transessuali sono stati operati e successivamente seguiti per il trattamento delle loro complicanze. In seguito, la tecnica è stata utilizzata da Ralph, sempre al Middlesex Hospital, che ha anche apportato alcune piccole modifiche specie nel confezionamento del nuovo tratto urinario per cercare di ridurre l'alto tasso di complicanze. Infine, viene introdotta in Italia nel 1995 dal gruppo del Prof. Selvaggi ed utilizzata sia nel campo del transessualismo ginoandroide che in quello della ricostruzione peniena. Oggigiorno, la maggior parte dei centri italiani che si occupano di chirurgia ricostruttiva nei pazienti con disturbi di identità di genere ricorre a questa tecnica che sicuramente è quella che offre il miglior compromesso tra risultato estetico, tempo chirurgico e complicanze.



TECNICA CHIRURGICA

Il paziente viene messo in posizione litomica. Il fallo viene confezionato utilizzando un lembo di tessuto cutaneo e sottocutaneo della parete addominale anteriore, largo 10 cm e lungo 11 cm, misurato dalla base del clitoride. La parete addominale viene mobilizzata completamente verso l'alto fino al margine costale, distaccando se necessario anche l'ombelico, in modo che questa cute possa essere portata poi verso il basso a coprire l'area asportata. La fase finale di costruzione del neofallo prevede la tubularizzazione del lembo che viene suturato usando punti riassorbibili staccati. Su richiesta del paziente è possibile posizionare una protesi peniena e/o testicolari.

La neouretra viene confezionata usando un lembo di mucosa ottenuta dalle grandi labbra. Un primo tempo viene eseguito durante l'intervento di falloplastica, mentre il secondo dopo circa un mese e, in ogni modo, solo quando si è dimostrata la pervietà del primo tratto confezionato. Praticate delle infiltrazioni di anestetico locale con adrenalina, si prepara un lembo di mucosa largo 3 cm, che parte dall'estremità in-

LA RICONVERSIONE GINOANDROIDE

feriore del grande labbro di destra e raggiunge la parte superiore del clitoride. Il lembo così ottenuto viene tubularizzato su un catetere in silicone tipo Foley, di calibro di 14 Ch, con sutura riassorbibile. La neouretra viene inserita all'interno del neofallo e fissata all'apice dello stesso con punti di sutura staccati e riassorbibili. Un catetere sovrapubico viene posizionato per garantire un continuo drenaggio della vescica, e per permettere una uretrocistografia a tre settimane dall'intervento.

Una volta che il fallo e la neouretra si sono stabilizzati e non vi sono problemi di stenosi a carico di quest'ultima, si procede al collegamento tra la neouretra e l'uretra nativa. Per far ciò, si confeziona un tratto di uretra, su un differente catetere Foley 18 Ch, con un lembo di cute del grande labbro controlaterale e del vestibolo, suturate mediante plastica a Z. Il clitoride viene preservato ed incorporato nella neouretra, per garantire una sensibilità erogena.

In passato, l'uretroplastica veniva eseguita in un'unica fase: l'alta percentuale di complicanze ha suggerito di confezionare in due tempi la neouretra, nonostante le esigenze dei pazienti, i tempi operatori, i posti letto, ecc. Il 90% delle complicanze della falloplastica interessano l'uretra, e riuscire a confezionare una competente non è facile. Le complicanze più frequenti sono le stenosi, che di solito si verificano al livello del meato, e le fistole, che di solito si verificano alla giunzione tra la neouretra e l'uretra nativa.

In conclusione, la tecnica ideata da Pryor resta semplice, relativamente veloce da eseguire ed associata a soddisfacenti risultati, sia per il paziente che per il chirurgo. L'uretroplastica, al momento, dovrebbe essere eseguita solo a coloro i quali la richiedono in modo specifico pur conoscendo gli alti indici di complicanze.

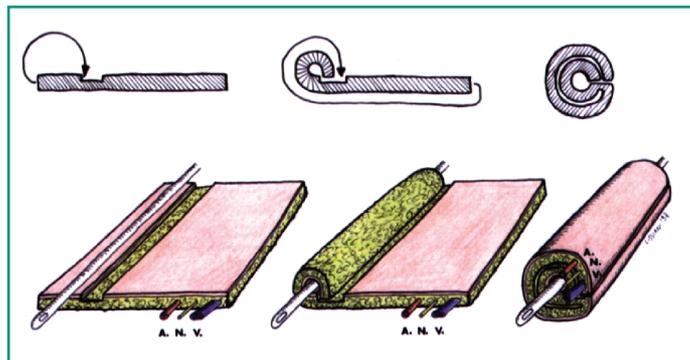
Il lembo di Chang

di Emanuele Belgrano e Andrea Ortensi

È un lembo fascio-cutaneo che misura cm 16-18 (lunghezza) × 17 (larghezza prossimale) 16 (larghezza distale).

La zona di prelievo è la faccia volare dell'avambraccio dove occorre disegnare tre zone:

- l'area "uretrale", larga circa 2,5 cm, utilizzata per costruire, su catetere, la neouretra che avrà un diametro di circa 0,8 cm;
- l'area "intermedia" che verrà disepitelizzata per poter essere ruotata attorno all'uretra ricostruita. La disepitelizzazione ha lo scopo di creare una zona sottostante sulla quale aderirà il sottocute dello strato esterno;



– l'area "peniena" (con larghezza maggiore di 10 cm), corrispondente al suddetto strato esterno, conterrà l'arteria radiale con le sue vene collaterali ed il ramo mediale del nervo cutaneo dell'avambraccio.

L'area "peniena" ruoterà all'esterno avvolgendo così il cilindro interno costituito dalla neouretra.

La vascolarizzazione del lembo è assicurata dall'apporto ematico dell'**arteria radiale** e dal drenaggio venoso della vena cefalica. In particolare, l'arteria, pur essendo profonda nel suo primo tratto prossimale, si superficializza tra il III medio e il III distale dell'avambraccio.

È a quest'ultimo tratto che si deve il maggior contributo vascolare nei confronti del lembo in tutta la sua superficie; infatti è sul segmento distale del lembo che 6 o 7 piccole arterie perforanti si distaccano dall'arteria radiale e penetrano nella fascia e nel sottocutaneo dell'avambraccio.

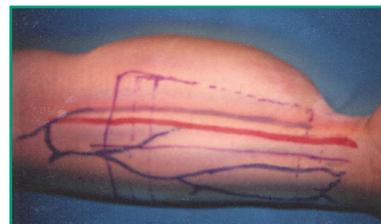
Il ritorno venoso dipende principalmente dalla **vena cefalica** e da alcune sue collaterali.

IL PRELIEVO

Con una incisione volare a circa un centimetro dalla piega del polso, si inizia il sollevamento del lembo che interessa i piani cutaneo, sottocutaneo e fasciale. È bene fissare sin dall'inizio della dissezione l'arteria radiale al sottocutaneo, legando ed abbandonando il moncone distale mentre si solleva il prossimale insieme al lembo.

Dalla parte opposta la vena cefalica verrà isolata e subirà un identico destino.

Da questo momento in poi, nel distacco del lem-



LA RICONVERSIONE GINOANDROIDE

bo dal piano sottofasciale, cioè dal muscolo, grande cura deve essere posta nel mantenere l'arteria estremamente aderente al piano sottocutaneo, in particolare per il tratto distale.

È infatti a questo livello che le arterie perforanti lasciano la radiale per nutrire la parte più superficiale del lembo. Più l'operatore salirà verso l'alto, seguendo l'arteria e distaccando il lembo dal fondo, più egli vedrà l'arteria affondare tra i muscoli brachio-radiale e flessore radiale del carpo ed allontanarsi, d'altra parte, dal piano sottocutaneo. Si intuisce che i vasi nutritizi, fondamentali per la sopravvivenza del lembo, sono quelli del tratto distale ed è qui che la preparazione deve essere precisa e circospetta.

Quando si raggiunge la biforcazione dell'arteria omerale occorre evitare qualsiasi lesione dell'asse vascolare a questo livello; l'asse ulnare va lasciato integro per assicurare una valida vascolarizzazione all'arto intero. Anche la vena cefalica va isolata nel suo intero percorso lasciandola del tutto aderente al piano sottocutaneo e fasciale del lembo.

Il nervo cutaneo mediale dell'avambraccio può essere isolato e preparato prossimalmente per un tratto di 10 cm circa; nella fase di posizionamento della zona ricevente questo ramo sensitivo sarà collegato ad un nervo locale (clitorideo o ileoinguinale) ripristinando nel neofallo un buon livello di sensibilità.

IL CONFEZIONAMENTO

Dopo l'isolamento intero del lembo, i vasi restano preparati, isolati ma ancora collegati. Tutto questo permette un buon lavoro di preparazione del lembo con vascolarizzazione valida e stabile.

Si esegue allora la disepitelizzazione dell'area "intermedia", lasciando il solo strato di epidermide, in modo tale che il plesso arterioso del derma sottostante non venga danneggiato.

Con l'ausilio di un catetere uretrale 16 Ch nel ruolo di tutore uretrale, il lato cutaneo dell'area uretrale viene ruotato intor-

no al catetere e tubulizzato, confezionando, così, la neouretra con punti staccati in catgut. Ora l'area peniena del lembo ruoterà attorno avvolgendo la neouretra, mentre il suo margine radiale si fisserà al margine dell'area intermedia, già ruotata intorno all'area uretrale.

L'estremità distale del lembo così modellata viene estroflessa e disepitelizzata per consentire il confezionamento del glande. Il neofallo ancora collegato dal punto di vista vascolare così costituito, è pronto al trasferimento.

La regione antibrachiale, dopo il prelievo del lembo, viene coperta con sottili innesti dermo-epidermici.

AREA RICEVENTE

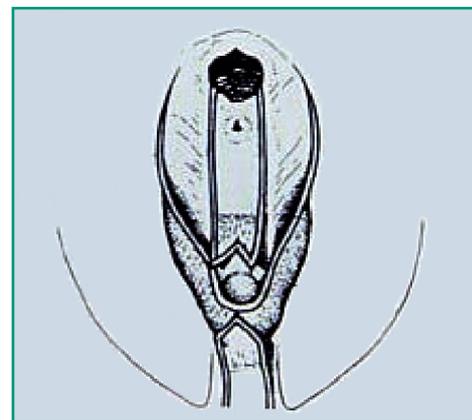
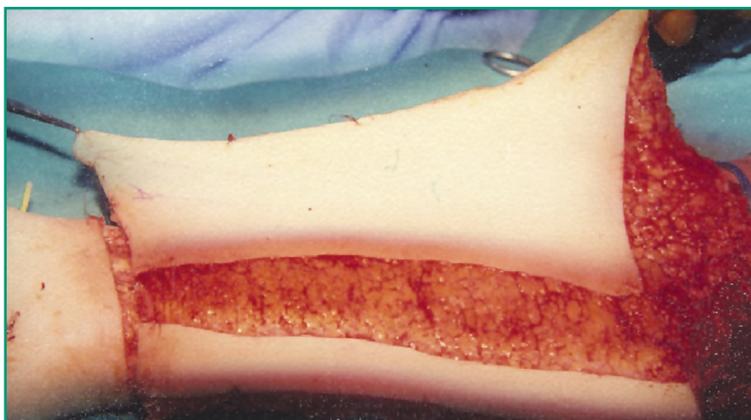
Nella preparazione della zona ricevente, va considerata la necessità di preparare anatomicamente la nuova uretra, aumentando, eventualmente, la lunghezza mediante l'utilizzo di lembi di vicinanza.

In tal modo l'uretra del neofallo potrà essere anastomizzata sull'uretra ricevente. Quest'ultima anastomosi è di grandissima importanza; è a tal livello che si realizzano più frequentemente le temibili stenosi del canale uretrale.

La preparazione dei vasi riceventi prevede l'isolamento dell'arteria epigastrica inferiore dalla sua emergenza dall'arteria iliaca interna a circa mezzo centimetro dal legamento inguinale fino all'altezza della linea ombelicale trasversa.

In tal modo l'arteria preparata con tecnica microchirurgica e mezzo ottico di ingrandimento (2-4 x), viene liberata dal muscolo retto verso l'alto e poi ruotata in basso fino a portare il suo capo distale (diam. 2-2,5 mm) al pube rendendo così agevole il collegamento in anastomosi termino-terminale sull'arteria radiale (diam. 2,0-2,5 mm).

Per la vena cefalica il collegamento per il deflusso avverrà tramite un'anastomosi termino-terminale con la vena safena preparata per un tratto di circa 15 cm alla coscia, e ruotata poi in alto anch'essa al pube.



LA RICONVERSIONE GINOANDROIDE

IL TRASFERIMENTO

Quando la zona ricevente è ormai completamente predisposta si sezionano i vasi radiali e la vena cefalica all'avambraccio ed il neofallo, ora in ischemia, viene trasferito al pube.

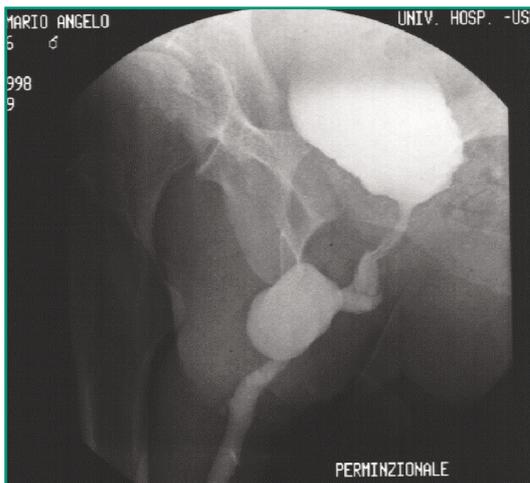


Qui si fissa la base (estremità prossimale) del lembo con pochi punti al pube ed in situazione di estrema stabilità si confeziona l'anastomosi uretrale su catetere in vescica; si realizza anche una derivazione urinaria mediante un'epicistostomia che verrà tenuta per due settimane.



Si passa quindi all'anastomosi termino-terminale in Nylon 10/0 a punti staccati con tecnica microchirurgica al microscopio operatorio (4-10 x).

Anche l'anastomosi della vena cefalica sulla vena safena eseguita con tecnica termino-terminale, è realizzata al microscopio operatore.



Il Centro universitario per la diagnosi e la terapia dei Disturbi dell'Identità di Genere (CeDIG)

di Emanuele Belgrano, Trieste

A Trieste ci occupiamo della diagnosi e della terapia dei Disturbi dell'Identità di Genere dal 1994. A partire dal 1998 esiste un ambulatorio settimanale cui afferiscono pazienti con DIG provenienti da tutta Italia e talora anche dall'estero. L'attività ambulatoriale si è andata perfezionando con il passare degli anni; attualmente vengono offerte le seguenti consulenze:

1. consulenza psichiatrica (coordinata dal Prof. E. Aguglia e dalla d.ssa E. Pascolo-Fabrizi);
2. consulenza internistica (coordinata dal Prof. B. Fabris);
3. consulenza ginecologica (coordinata dal Prof. S. Guaschino);
4. consulenza di chirurgia plastica (coordinata dal Prof. M. Pascone);
5. consulenza ORL (coordinata dal Prof. M. Russolo);
6. consulenza psicologica (coordinata dalla dott.ssa L. Scati);
7. consulenza uro-andrologica (coordinata dal Prof. C. Trombetta).

Fino ad oggi sono stati eseguiti oltre 1.500 tra prime visite e controlli.

Presso la Clinica Urologica sono stati eseguiti 112 interventi di Riconversione Chirurgica dei Caratteri Sessuali (RCS) in senso androginoide e 12 in senso ginoandroide, oltre a circa 150 interventi "minori" eseguiti nella stessa categoria di pazienti. Presso la Clinica ORL sono stati eseguiti dal Prof. Russolo 7 interventi sulle corde vocali con lo scopo di modificare il tono della voce. Presso la Clinica Ostetrico Ginecologica il Prof. Guaschino ha eseguito il tempo demolitivo dell'intervento di conversione ginoandroide in 14 casi. In 13 casi ha operato in collaborazione con il Prof. Pascone che, nel corso della stessa seduta, ha eseguito l'intervento di mastectomia. Lo stesso Prof. Pascone ha collaborato con il Prof. Belgrano in occasione di interventi di creazione di neopene.

In questo momento sono 138 i pazienti in lista d'attesa per intervento di cui 15 FtoM (ginoandroidi) e 123 MtoF (androgenoidi). Altri 51 non hanno ancora avuto la sentenza del tribunale che è indispensabile per eseguire l'operazione.

IL TRANSESSUALISMO E I SUOI RISVOLTI PSICOLOGICI

di Francesca Fulceri

La piena consapevolezza del disagio di identità di genere (DIG) avviene di solito in tarda adolescenza, sorgendo proprio in coincidenza con la difficoltà di superare la crisi adolescenziale che richiede una strutturazione dell'identità, messa in discussione dal modificarsi repentino e spesso inaspettato dei propri equilibri interni e somatici. Con la comparsa dei caratteri sessuali secondari che il soggetto nasconde, si trova di fronte alla drammatica certezza della differenza tra la identità somatica e quella invece desiderata e sentita. La tendenza in queste persone ad usare abbigliamenti e svolgere attività consone all'identità psichica viene sovente ostacolata dal contesto sociale (scolastico/familiare) provocando spesso alterazioni dello sviluppo della personalità, generando vissuti di autosvalutazione, ansia e depressione, manifestazioni di un disagio purtroppo frequenti in questi soggetti.

Per comprendere il motivo per il quale le persone transessuali arrivano a contemplare e ad attuare una decisione drastica come la riattribuzione chirurgica del sesso (RCS), è necessario focalizzare l'attenzione sul vissuto rispetto all'immagine corporea, concetto chiave nella vita delle persone che soffrono di questo disturbo. Ogni persona possiede una rappresentazione mentale del proprio corpo (schema corporeo) che le permette di muoversi nello spazio, di autorappresentarsi e autodefinirsi sia dal punto di vista corporeo, in generale, sia dal punto di vista sessuale. Ma se esiste una situazione patologica in cui il soggetto avverte una forte scissione tra sé corporeo e sé psichico, ci si può trovare di fronte ad un rifiuto del proprio corpo e con esso della propria sessualità. Le persone transessuali, infatti, presentano un rapporto altamente conflittuale con i propri genitali, e l'esperienza eterosessuale, quando avviene, spesso è vissuta in modo traumatico, rinforzando il convincimento di essere nati in un corpo sbagliato. La decisione di sottoporsi all'intervento di riattribuzione (RCS), la serietà e la irreversibilità insite in questo tipo di scelta impongono un iter diagnostico rigoroso e articolato. È necessaria una accurata valutazione della persona rispetto alle caratteristiche specifiche del disturbo, riguardo alla sua persistenza nel tempo, rispetto alle aspettative della persona, nonché la stesura del profilo di personalità volto ad escludere patologie gravi psichiatriche sottostanti.

Tutte queste valutazioni sono fondamentali per una corretta individuazione delle persone che possono realmente trarre un beneficio esistenziale dalla RCS.

I fattori che possono dare una migliore previsione riguardo agli esiti della RCS non sono totalmente conosciuti, ma sembrano essere collegabili con la richiesta di RCS prima dei

trent'anni, con la presenza di un buon equilibrio cognitivo ed emotivo, la possibilità di aver vissuto per almeno un anno nei "panni" dell'altro sesso desiderato, essere a conoscenza dei limiti e le conseguenze relative alla RCS ed infine aver intrapreso un trattamento psicoterapeutico di supporto prima e protratto dopo l'intervento. I casi dove questi criteri sono stati rispettati ma i soggetti si dichiarano insoddisfatti sono molto pochi e possono essere legati a gravi complicanze relative all'intervento.

Attualmente, la divulgazione di informazioni su tale argomento, ha dato la possibilità alle persone che richiedono questo intervento di potersi rivolgere direttamente ad un centro specifico senza ricorrere, come in passato, a lunghe ed estenuanti ricerche spesso terminate all'estero. Questo ha ovviamente creato la necessità, da parte delle figure professionali coinvolte (andrologo, endocrinologo, psico-sessuologo, psichiatra, avvocato, giudice), di porre maggior attenzione a tale tematica; è evidente intravedere dietro questo tema, infatti, un complesso disegno che si muove dialetticamente tra interazioni sociali, psico-corporee e biologiche che necessita, per la sua trattazione, di un approccio multifocale con un continuo confronto e collaborazione tra le varie figure professionali coinvolte. Al di là di ogni classificazione il DIG comunque non si presenta in modo unitario, ma riguarda persone ognuna con la propria storia di vita, un proprio profilo psicodinamico ed un proprio percorso diverso difficili da sintetizzare. Spesso storie di sofferenza, emarginazione ed estenuanti attese burocratiche.

Legge 164

In questo ultimo decennio questa tematica ha sempre assunto maggiore rilevanza sociale al punto tale che nel 1982 il Legislatore italiano ha emanato la legge n. 164/82 in merito alle "Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso", mediante la quale è possibile con domanda al Presidente del Tribunale di residenza, chiedere la rettifica del sesso anagrafico a seguito di "intervenute modifiche dei caratteri sessuali". Il g.i. può nominare un CTU per accertare le condizioni psicosessuali dell'istante ed autorizzare l'intervento chirurgico; previa verifica dell'avvenuta modificazione sessuale il Tribunale emetterà sentenza di rettifica del sesso con conseguente annotazione nei registri dello stato civile e scioglimento automatico del matrimonio o degli effetti civili conseguenti alla trascrizione del matrimonio religioso. La promulgazione della 164 ha portato ad una maggiore presa di coscienza di tale stato con un conseguente aumento di servizi pubblici che si occupano di riattribuzione chirurgica del sesso.

L'ITER ENDOCRINOLOGICO NEL TRANSESSUALISMO

Adriana Godano

La patogenesi del Disturbo di Identità di Genere (DIG) è sconosciuta, ma è certo che qualsiasi tentativo di adeguare la psiche al corpo risulta inefficace, poiché l'Identità Sessuale, cioè il percepirsi come maschio o femmina, si fissa nei primissimi anni di vita, se non addirittura durante la vita fetale; pertanto, una volta posta diagnosi di D.I.G., la "terapia" (invasiva, e non del tutto reversibile, regolamentata dalla legge 14 aprile 1982, n.164: "Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso"), è medico-chirurgica, che porta ad adeguare il corpo alla mente, integrata in un percorso psico-diagnostico e psico-terapeutico mirato all'elaborazione ed al sostegno.

GESTIONE DEL PAZIENTE CON DIG

La gestione del paziente con DIG, secondo le linee guida dell'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (Standard sui Percorsi di Adeguamento nel Disturbo dell'Identità di Genere), dev'essere interdisciplinare, ed a carico di professionisti (endocrinologo, andrologo, psicologo, chirurgo, legale...) con competenza specifica e qualificata del settore, che lavorano in équipe o perlomeno in rete, per offrire una procedura completa ed integrata. Il percorso può essere intrapreso da persone maggiorenti, salvo disposizione del Tribunale dei Minori. L'Endocrinologo riveste un ruolo centrale nel percorso di Riassegnazione Chirurgica del Sesso, perché la terapia ormonale non solo è in grado di migliorare decisamente la qualità della vita di queste persone, ma permette una conferma diagnostica dell'IS.

ANALISI DELLA DOMANDA E VALUTAZIONE DI ELEGGIBILITÀ

Il percorso di adeguamento medico-chirurgico e psico-sociale deve iniziare con un'approfondita analisi della domanda e con un'indagine della personalità e dell'ambiente socio-familiare onde evidenziare motivazioni, aspettative, contesto che hanno portato alla richiesta di adeguamento del sesso. L'inizio del percorso deve necessariamente prevedere l'informazione relativa a tutte le procedure e le terapie, nonché rischi ed irreversibilità, affinché la persona possa esprimere un consenso realmente informato.

ITER ENDOCRINOLOGICO, PRESCRIVIBILITÀ DELLA TERAPIA ORMONALE (HORMONAL SEX REASSIGNMENT) E REAL LIFE TEST

L'iter endocrinologico, parallelo a quello psico-diagnostico, prevede la raccolta del consenso informato, e successiva-

mente quella di un'anamnesi accurata, l'effettuazione dell'E.O., la prescrizione di accertamenti, e la successiva valutazione.

Sempre secondo le linee guida dell'O.N.I.G., la terapia ormonale può essere prescritta solo dopo che la persona abbia instaurato e portato avanti una relazione psicoterapeutica (parallela all'iter endocrinologico) della durata di almeno sei mesi, al termine della quale sia scaturita la diagnosi di DIG, e siano stati esclusi casi di intersesso, anomalie genetiche, e disturbi psichiatrici maggiori. Anche nel caso di un paziente che arriva in consultazione essendo già in autoterapia da anni, tali tappe devono essere rispettate, e la terapia non può essere confermata senza una preliminare psicodiagnosi.

Mentre è indiscutibile che l'intervento di RCS necessita dell'autorizzazione del Tribunale, la terapia ormonale può essere prescritta senza tale autorizzazione? La legge 164, art. 3, enuncia che il Tribunale del luogo dove ha residenza l'attore, autorizza "un adeguamento dei caratteri sessuali da realizzare mediante trattamento medico-chirurgico". Secondo un'interpretazione letterale, anche per la prescrizione della terapia ormonale necessita l'autorizzazione del Tribunale, ma i professionisti aderenti all'O.N.I.G. ritengono che tale terapia debba essere prescritta prima della presentazione dell'istanza, ed assunta per un tempo congruo, comunque non inferiore ad un anno, prima di giungere all'intervento chirurgico, poiché permette il RLT, cioè l'esperienza di vita nel ruolo adeguato al genere prescelto. Tale esigenza è stata suffragata anche da una sentenza del Tribunale Civile di Torino (06/10/97): "...La decisione relativa all'effettuazione del trattamento ormonale è di competenza esclusiva del medico o dei medici che seguono il paziente transessuale... Né vi dovrebbero essere timori di possibile illiceità del trattamento ormonale senza autorizzazione del tribunale, essendo esso una tappa ritenuta necessaria del lungo percorso in vista dell'operazione chirurgica che spetta al tribunale autorizzare". Pertanto, quando lo psicoterapeuta ha raccolto tutti gli elementi necessari, permette l'inizio della terapia ormonale. Al termine del RLT se i diversi operatori esprimono parere concorde e favorevole, il soggetto presenta istanza al Tribunale di residenza.

È fondamentale che la terapia ormonale sia proseguita sotto controllo endocrinologico anche dopo la RCS, poiché il soggetto viene a trovarsi in una condizione di ipogonadismo, che deve essere assolutamente corretta.

Linee guida endocrinologiche O.N.I.G.

Le linee guida sono state proposte ed approvate dai partecipanti in occasione della prima Giornata di Studio dell'O.N.I.G., tenutasi a Torino il 12/12/98, ed attualmente in revisione da parte della Commissione Endocrinologica della suddetta Associazione.

Esse prevedono la definizione di:

1. *scopi della terapia ormonale* (eliminare e/o attenuare le caratteristiche del sesso genetico, ed indurre le caratteristiche del sesso desiderato);
2. *accertamenti da effettuare alla presa in carico* (cariotipo, esami ematochimici generali ed ormonali, eventuali ecografie);
3. *modalità prescrittive*;
4. *prescrivibilità a carico del S.S.N.*;
5. *suggerimenti terapeutici* (FtM¹ e MtF²);
6. *monitoraggio della terapia*;
7. *sospensione della terapia in previsione del RCS, o di altri interventi*;
8. *ripresa della terapia dopo la RCS, o altri interventi, e follow up*;
9. *prosecuzione della terapia ormonale per le persone che non richiedono RCS*.

¹ Female to Male.

² Male to Female.

C.G. Stief, U. Hartmann, M.C. Truss,
U. Jonas (eds.)

TERAPIA DELLA DISFUNZIONE ERETTILE

Seconda edizione aggiornata ed ampliata



Volume broccurato di 276 pagine
con 70 figure in b/n e 4 a colori
f.to cm 17x24
€ 20,00



CIC Edizioni Internazionali

Andrologia e Medicina Generale: il lavoro comune e le prospettive

di *Lodovico Vaggi*

Lo scorso 29 maggio si è svolto l'annuale Convegno della sezione regionale SIA Lazio-Abruzzo-Molise a L'Aquila – Fonte Cerreto – nel magnifico ambiente del Parco Nazionale del Gran Sasso.

Il Convegno 2004 aveva per titolo "Andrologia e Medicina Generale: il lavoro comune e le prospettive" e proponeva quattro argomenti principali di dibattito: la Disfunzione Erettile, l'Infertilità di Coppia, le Malattie Sessualmente Trasmesse e l'Educazione Sessuale.

Larga e molto qualificata è stata la partecipazione di Andrologi e Generalisti. I quattro temi proposti sono stati tutti trattati, in ogni loro aspetto, da un Andrologo e da un Medico di Medicina Generale. Il dibattito interattivo e la Tavola Rotonda finale sono stati molto vivaci, anche con spunti di costruttiva critica, a dimostrazione di come gli argomenti siano coinvolgenti e di quanto il rapporto di lavoro tra Medicina Generale e Specialista debba essere sempre più sviluppato e rappresentato.

Crediamo quindi fondamentale che la SIA, a livello nazionale e nelle varie sezioni regionali, persegua sempre più la politica di collaborazione ed interlocuzione da tempo in atto con i Medici Generalisti e le loro Società Scientifiche e Professionali. Per quanto ci riguarda, nelle conclusioni del Convegno abbiamo proposto fattivamente incontri semestrali di aggiornamento e di gestione della collaborazione professionale.

Nella stessa giornata si è svolta l'Assemblea Generale Ordinaria della sezione con la relazione del Coordinatore uscente Giorgio Franco, che ha sottolineato come la nostra sia una sezione particolarmente attiva, con incontri periodici, Convegni e Corsi di aggiornamento, ottimi sotto il profilo qualitativo, svolti regolarmente negli ultimi anni.

Infine si è passati alla elezione del nuovo Consiglio di coordinamento che ha visto eletti: Attilio Guerani, come Coordinatore, Massimo Calabrese, come Segretario, Gaetano Gulino, Luigi Di Luigi e Guglielmo Mazzoni come Consiglieri.

A tutti i neo-eletti, i migliori Auguri di buon lavoro da ANDRONEWS.

Cari Amici,

due parole dal presidente dopo tante fatiche in Commissione Ministeriale PMA.

L'8 giugno si è chiusa la Commissione Ministeriale istituita dal Ministro della Salute per stabilire le linee guida contenenti l'indicazione delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita che completano la Legge 40 del 19 febbraio 2004 sulle "Norme in materia di PMA".

Questa commissione, costituita da 22 membri scelti dall'Istituto Superiore della Sanità su indicazione del Ministro, comprendeva esperti di varie discipline (Diritto Penale, Diritto Romano, Filosofia del Diritto, Corte Costituzionale, Medicina Legale, Neonatologia, Genetica, Bioetica, Sterilità di Coppia, Fisiopatologia della Riproduzione, Andrologia).

Le linee guida elaborate dalla Commissione saranno vincolanti per tutte le Strutture PMA autorizzate dalle Regioni.

La presenza di un Andrologo nella Commissione, come vi avevo già illustrato nel precedente numero, ha rappresentato un primo successo dell'azione della SIA, perché conferma il valore istituzionale dell'Andrologo nella diagnosi e terapia delle patologie genitali maschili.

Questa presenza è frutto di un lungo lavoro che parte da lontano, avendo coinvolto uomini come Mirone, Gentile, Maretti, Chiappetta e molte altre anime SIA, e infine il sottoscritto, attraverso una serie di complesse azioni mediatiche, territoriali, istituzionali e infine anche politiche.

L'ultimo passo l'ho dovuto fare io in Commissione e questa mia presenza ci ha permesso, infine, di incidere in modo determinante nella regolamentazione della PMA attraverso l'inserimento, nelle linee guida, di alcuni paletti che riguardano il ruolo dell'andrologo nell'attività di un Centro PMA.

Devo dire che, a mio avviso, la legge pare complessivamente ottima là dove stabilisce che, per accedere ad una PMA, bisogna accertare innanzitutto che non si possa curare in diverso modo il problema dell'infertilità con terapie mediche o chirurgiche che rimuovano gli impedimenti maschili o femminili alla fertilità stessa.

Questo significa che finalmente non si può decidere più di fare una PMA solo perché è più semplice fare così, anche se è più costoso per la Sanità.

Il nostro ruolo in questa parte di legge è stato quello di inserire la figura dell'Andrologo nelle linee guida che regolano la Certificazione dell'Infertilità per l'accesso alla PMA, stabilendo che nel Centro, affianco al Ginecologo che valuta le patologie genitali femminili, ci deve essere anche l'Andrologo, o l'Urologo con competenze andrologiche.

Questo specialista valuterà invece le patologie genitali maschili e certificherà il fattore maschile di infertilità. Poiché le linee sono vincolanti per i Centri, questo significherà che le Regioni (Autonome nella costituzione e nel controllo dei Centri) dovranno inserire questa figura professionale nell'attività di un Centro PMA, stabilendone i requisiti professionali.

Un'altra azione nostra importante in Commissione PMA è stata quella di definire le modalità di prelievo dei gameti maschili da parte dello specialista delle patologie genitali maschili.

L'aver precisato all'inizio del capitolo che intanto:

"è compito dello specialista andrologo, o urologo con competenze andrologiche, valutare l'opportunità o meno di un trat-

tamento specifico medico oppure chirurgico/endoscopico distruttivo o di ricanalizzazione delle vie seminali o di correzione della patologia genitale in atto e di scegliere la tecnica di recupero di spermatozoi più appropriata stabilendo quale sia la soluzione terapeutica più efficace, conveniente e meglio accettata dall'uomo e dalla coppia"

significa aver indicato, nelle linee guida vincolanti, le caratteristiche professionali della figura dello specialista delle patologie genitali maschili.

Le stesse indicazioni sulle caratteristiche professionali dell'Andrologo vengono anche dalle indicazioni delle modalità di prelievo degli spermatozoi:

"Le tecniche utilizzate in relazione a tali patologie potranno essere:

- *prelievo urinario post-coitum (eiaculazione retrograda);*
- *prelievo transuretrale dopo elettrostimolazione e massaggio prostatico (aneiaculazione);*
- *raccolta dell'eiaculato, prelievo testicolare epididimale, deferenziale, vescicolare con tecnica chirurgica, microchirurgica, percutanea".*

È evidente, a questo punto, che tutte le Regioni, pur nella loro autonomia, dovranno tener conto di tutto questo nel precisare nel bando di concorso i requisiti della figura professionale dello specialista delle patologie genitali maschili, indipendentemente dal nome che gli vogliono dare (Andrologo, Urologo con competenze andrologiche o Endocrinologo ad indirizzo andrologico). Questo per noi rappresenta un grande passo avanti nella istituzionalizzazione del nostro ruolo e credo debba essere considerato da tutti i Soci un grosso traguardo raggiunto da questo Direttivo. Concludo dicendo che la legge mi sembra buona anche là dove pone paletti precisi circa la sorte degli embrioni non utilizzati o per motivi tecnici o per volontà della donna che, ad inseminazione artificiale eseguita, potrebbe sempre all'ultimo momento rifiutare di ricevere l'embrione (diritto costituzionale del soggetto a decidere se sottoporsi o no a qualsiasi atto medico, o meglio incoercibilità del soggetto rispetto a qualsiasi livello di terapia medica).

Il garantire la conservazione degli embrioni non utilizzati ove tecnicamente possibile, è poi la necessaria conseguenza etica di tali scelte.

La materia è comunque molto complessa perché ci sono dei punti difficilmente risolvibili, come quello se uno o più embrioni risultano imperfetti il medico deve comunicarlo alla futura madre ricevente che, sempre per il principio costituzionale della incoercibilità, potrebbe appunto rifiutare di ricevere quelli imperfetti.

Ma questo potrebbe essere interpretato come un assenso implicito della legge alla eugenetica selettiva, che è incompatibile con l'etica.

Questo è uno dei punti contestabili della Legge, cui si appelleranno gli abrogazionisti.

Posso dirvi che, a sentire le discussioni dei giuristi in Commissione, non vi è una soluzione possibile per tutto ciò.

Una volta presa la strada della PMA bisognerà convivere con queste problematiche etiche irrisolvibili.

Il mio punto di vista è comunque che questa Legge, associata alle linee guida, riordina finalmente un campo che era diventato troppo discrezionale e si prestava a speculazioni.

La Legge subirà nel tempo degli aggiustamenti, forse anche con delle modifiche della Corte Costituzionale.

ANDRONEWS S.I.A.

Trimestrale della Società Italiana di Andrologia
Via Bellotti Bon, 10 - 00197 Roma
tel. 06 80691301 - info@siandrologia.org
Nuova serie - Anno V - N. 2/2004

Direttore Scientifico Edoardo Austoni

Direttore Esecutivo Aldo F. De Rose

Comitato di Redazione Ciro Imbimbo - Lodovico Vaggi

Direttore Responsabile Andrea Salvati

Realizzazione editoriale L.M. Saini

Progetto grafico G. Mannoni

Area Pubblicità Patrizia Arcangioli, responsabile

(Roma), arcangioli@gruppic.it

Carla Sgarbi (Roma) sgarbi@gruppic.it

Area Marketing & Sviluppo Marta Castellani (Roma)

castellani@gruppic.it

Antonietta Garzonio (Milano), garzonio@gruppic.it

Aut. Trib. Roma n. 166 del 6/4/2000

Editore:

CIC Edizioni Internazionali s.r.l.

Direzione, Redazione, Amministrazione:

Corso Trieste, 42 - 00198 Roma

Tel. 068412673 r.a. - Fax 068412688

info@gruppic.it www.gruppic.it

Ufficio di Milano: V.le Caldara, 35/a - 20122 Milano

Tel. 0255187057 - Fax 0255187061

Stampa

Litografica '79 srl - Roma

Finito di stampare nel mese di giugno 2004

È vietata la riproduzione parziale o totale di quanto pubblicato con qualsiasi mezzo senza l'autorizzazione scritta dell'Editore. Prezzo a copia € 0,50 - L'IVA, condensata nel prezzo di vendita, è assolta dall'editore ai sensi dell'art. 74, primo comma, lettera c), D.P.R. 633/1972 e D.M. 29/12/1989. La pubblicazione dei testi e delle immagini pubblicitarie è subordinata all'approvazione della direzione dei giornali ed in ogni caso non coinvolge la responsabilità dell'Editore. Il contenuto degli articoli rispecchia esclusivamente l'esperienza degli Autori.

Il periodico viene anche inviato ad un indirizzario di specialisti predisposto dall'Editore. Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/03 n. 196 (Art. 13) La informiamo che l'Editore è il Titolare del trattamento e che i dati in nostro possesso sono oggetto di trattamenti informatici e manuali; sono altresì adottate, ai sensi dell'Art. 31, le misure di sicurezza previste dalla legge per garantirne la riservatezza. I dati sono gestiti internamente e non vengono mai ceduti a terzi, possono esclusivamente essere comunicati ai propri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi contrattuali (ad es. le Poste Italiane). La informiamo inoltre che ha diritto in qualsiasi momento, ai sensi dell'art. 7, di richiedere la conferma dell'esistenza dei dati trattati e richiederne la cancellazione, la trasformazione, l'aggiornamento ed opporsi al trattamento per finalità commerciali o di ricerca di mercato con comunicazione scritta.

© Copyright 2004



CIC Edizioni Internazionali

ASSOCIATO AL
A.N.E.S.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA



2004

Questo Periodico
è associato all'USPI,
Unione Stampa
Periodica Italiana



Novità editoriale

S.R. Leiblum, R.C. Rosen

PRINCIPI E PRATICA DI TERAPIA SESSUALE

Edizione italiana a cura di A. Graziottin



Volume cartonato di 584 pagine

f.to cm 17x24

€ 80,00



CIC Edizioni Internazionali