



Intervista a Giovanni Monni Presidente Aogoi

# La salute della donna, paradigma per la civiltà di un Paese

di Cesare Fassari

Presidente Monni, il 2009 si è chiuso con la nomina di Ferruccio Fazio alla guida del ministero della Salute, tornato ad essere dicastero autonomo. Come valuta questa scelta del Governo? La scelta di ripristinare il Ministero della Salute va accolta con grande soddisfazione. Il mondo della sanità, del resto, aveva chiesto subito, già all'indomani della costituzione del governo nel maggio 2008, di distaccare le competenze sanitarie dal mega ministero del Welfare. E questo perché la tutela della salute, la programmazione dei servizi, l'attenzione a tutte le tematiche attinenti al benessere della persona e all'evoluzione del bisogno di assistenza, richiedono specificità e autonomia politica. Oggi, anche se un anno e mezzo dopo dall'avvio di questa legislatura, quelle specificità e quelle autonomie sono state finalmente ristabilite. Non possiamo, quindi, che esserne contenti. Una soddisfazione alla quale si aggiunge anche quella di vedere un nostro

collega medico incaricato di portare avanti questi compiti. E da un medico, che conosce la realtà della nostra sanità come Ferruccio Fazio, non possiamo che aspettarci attenzione e ascolto sulle nostre istanze.

**E quali sono le prime richieste che vorrebbe rivolgere al nuovo Ministro?**

Prima tra tutte quella dell'impegno per la promozione di politiche nuove sulla salute della donna, in tutte le sue specificità. Dal momento della maternità e della nascita a quello della gestione responsabile della salute femminile in età matura, che richiede una incentivazione dei programmi di screening e di prevenzione superando il gap inaccettabile tra Nord e Sud del Paese. Fino alle dinamiche della salute della donna nella terza età, con tutte le problematiche della non autosufficienza. Su questo punto, in particolare, penso si debba porre molta attenzione perché la donna, per sua natura e cultura, resta la figura di riferimento in famiglia sul piano dell'assistenza ai familiari anziani. Quando ad essere colpita è la donna, invece, è indubbio che senza un'adeguata rete assistenziale si possono creare situazioni di forte disagio, anche economico, nelle famiglie.

Un altro punto sul quale chiederemo l'attenzione del Ministro è poi quello di una piena rivalutazione del ruolo della ginecologia nell'ambito delle grandi politiche di salute. E questo proprio alla luce di quanto ho appena detto sulla salute della donna. Se infatti si assume questo come obiettivo strategico del Ssn, è indubbio che il ginecologo dovrà assumere un ruolo ben più ampio di quello strettamente specialistico cui siamo abituati. Dovrà diventare a tutti gli effetti il "medico della donna", con una conseguente ridefinizione, in chiave unitaria, del suo stesso profilo all'interno delle diverse strutture e dei diversi ambiti di intervento del Ssn.

**Il Rapporto Cedap, recentemente pubblicato dal ministero, mette in luce un leggero incremento della natalità nel Centro**

e nel Nord del Paese, mentre al Sud registra un ulteriore calo del numero delle nascite. A suo parere cosa si può fare per contrastare la denatalità in Italia? Cosa possono fare, in particolare, i ginecologi?

La denatalità e le politiche per invertirne il progressivo aumento sono state tra le tematiche di spicco al nostro ultimo congresso. In particolare mi ha molto colpito, favorevolmente, quanto detto dal sottosegretario Roccella, proprio attraverso le pagine del nostro giornale. "Serve un patto tra Istituzioni e operatori per sconfiggere la denatalità", ha detto l'esponente del Governo. Parole sacrosante, che sottoscrivo appieno. Raccogliamo quindi l'invito e sediamoci presto attorno a un tavolo per verificare cosa si può fare da subito. Intanto mi sembra importante la decisione di avviare una campagna informativa, realizzata dal Governo con il contributo di noi ginecologi, sul tema dell'infertilità. È un primo passo per far sì che si ricreino in Italia le condizioni più favorevoli ad una ripresa della natalità. È indubbio, tuttavia, e i dati Cedap lo confermano, che alla base del fenomeno di denatalità vi sia anche la questione economica e le crescenti difficoltà per i giovani di rendersi autonomi e farsi una famiglia. Due elementi che evidentemente sono presenti con più drammaticità proprio nel Mezzogiorno. Da qui questa inversione di tendenza, che vede oggi fare più figli in quelle zone del Paese tradizionalmente meno prolifiche.

**Lo stesso Rapporto mostra come il ricorso al parto cesareo continui ad essere da noi molto frequente, con percentuali assai superiori alla media dei paesi occidentali. Lei ritiene che questa anomalia italiana, per arginare la quale l'Aogoi è fortemente impegnata, abbia radici culturali o che sia invece legata ad interessi economici e di "potere" professionale?**

Riportare il ricorso al cesareo su livelli effettivamente rispondenti a necessità cliniche senza eccessi o abusi, resta obiettivo primario della nostra associazione. Guardi, andrò controcorrente, ma sono convinto che questa battaglia siamo in grado di vincerla e anche in tempi brevi. Entro pochi anni scommetto che il trend del cesareo rallenterà in modo evidente e nel giro di una decina d'anni tutte le regioni avranno indici sostanzialmente assimilabili. Perché dico questo? Perché la categoria ha capito. Ha colto la domanda di appropriatezza e di recupero della naturalità del parto che viene dalla donna. E questo vale soprattutto per le nuove leve della gine-



Giovanni Monni Presidente Aogoi

cologia e per quella grande risorsa rappresentata dalla crescente femminilizzazione della professione.

**Nelle ultime settimane del 2009 si è anche conclusa la vicenda legata alla pillola RU486, con la pubblicazione in G.U. della delibera dell'Aifa in materia. Qual è il suo parere su questa vicenda?**

Nell'approccio alla mia professione ho sempre cercato di mantenere una visione laica dell'atto medico. Ho profondo rispetto per i colleghi obiettori e per tutti coloro, anche al di fuori della professione, che dissentono sull'aborto e non hanno mai visto con favore la legge 194.

Ma questa è appunto una legge dello Stato. Confermata da un referendum e da pronunciamenti costituzionali. Una legge che oggi, su questo mi sembra siano tutti d'accordo, ha sradicato la piaga dell'aborto clandestino contribuendo parallelamente a ridurre progressivamente il numero di aborti tra le donne italiane che, in una ventina d'anni, si sono ridotti di quasi il 50%.

Adesso, anche in Italia, arriva l'aborto farmacologico già in uso in quasi tutti i Paesi del mondo e comunque in tutta Europa. Penso che attorno a questo farmaco si sia fatta più politica che altro.

La realtà è che siamo dinanzi ad un farmaco registrato da tempo dalle autorità internazionali, ora autorizzato anche in Italia, e che rientra appieno nella logica della 194 laddove, all'articolo 15, si sottolinea che si debba promuovere "l'uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l'interruzione della gravidanza". La RU 486 è una nuova tecnica e come tale deve essere adottata.

**Si può usare anche in day hospital?**

Secondo me sì. Primo, perché ciò non è vietato dalla 194 che, in nessuna parte, sancisce l'obbligo del ricovero ordinario e poi, perché, come qualsiasi altro atto medico, la somministrazione

ne del farmaco deve avvenire in piena autonomia e coscienza del medico che si assume la conseguente responsabilità di aver agito al meglio per la tutela della salute della donna. E questo vale anche, e forse ancor di più, quando si tratta di un'interruzione di gravidanza. Quindi, meno politica, meno ideologia e più medicina e scienza.

**Negli ultimi anni l'Aogoi si è impegnata molto per affermare la necessità che il ginecologo diventi il medico che si occupa complessivamente della salute delle donne, che altrimenti corre il rischio di non essere adeguatamente seguita in una medicina che si pretende "indifferenziata" ed è invece sostanzialmente maschile. Con quali progetti pensate di sviluppare questa battaglia culturale nell'anno che abbiamo davanti?**

Come ho detto all'inizio di questa conversazione, la promozione della salute della donna resta la nostra scelta strategica per i prossimi anni. E lo faremo a partire dal nostro agire professionale e dal rinnovamento profondo nell'approccio alle tematiche femminili da parte della professione. Ma serve ovviamente anche il concorso di altre istituzioni e di altri mondi. Penso all'università, che dovrebbe avviare specifici insegnamenti proprio sulla specificità della donna in medicina, come all'industria della salute, dalla quale mi aspetto l'avvio di protocolli di trial clinici finalmente di genere.

Insomma, come nel caso citato della denatalità, per contrastare la quale serve un grande patto, tanto più di fronte ad un obiettivo così ambizioso come quello della salute della donna, penso si debba ricercare l'alleanza di tutto il mondo della salute. Ma anche di quelle realtà organizzate o meno dell'universo femminile nelle sue diverse articolazioni sociali. Ad esempio, è un'idea che offro alla riflessione di tutti, mi piacerebbe molto avviare un programma di attenzione alla salute e ai bisogni della donna che lavora insieme alla prima presidente donna di Confindustria Emma Marcegaglia, coinvolgendo il mondo delle imprese e delle forze sociali. È solo un esempio di ciò che penso si possa fare per far crescere la società italiana su questa nuova sensibilità, partendo da una constatazione, che non è mia ma della direttrice generale dell'Oms Margaret Chan: "la salute della donna rappresenta un paradigma del livello di civiltà e benessere di una comunità". E quindi, aggiungo io, se cresce la salute e il benessere della donna, cresce tutta la società italiana. **Y**

**Intervista a Giorgio Vittori, Presidente Sigo**

## Tutti i colori delle donne

La salute femminile è un bene che tutta la società si deve impegnare a tutelare e valorizzare perché da essa dipende il nostro futuro. E il nostro futuro – spiega il presidente della Sigo in quest'intervista al nostro giornale – è già figlio di una società multietnica

**di Arianna Alberti**

**Presidente Vittori, l'Italia, come il resto d'Europa, è sempre più multietnica. Quali sono le principali difficoltà che incontra il ginecologo con le pazienti di origine straniera?**

Le difficoltà principali sono la difficoltà di comunicazione e la differente educazione sanitaria. La prima può essere risolta, almeno parzialmente, dalla "reperibilità H24" di mediatori culturali con una formazione specifica. L'educazione sanitaria è invece molto più complessa e richiede una strategia nazionale, dedicata agli immigrati ma anche al personale sanitario con corsi di formazione di "Medicina dell'immigrazione". Del resto una buona assistenza sanitaria è direttamente collegata alla educazione sanitaria e civile della popolazione. Se manca il "prima" – con tutti i suoi filtri sul territorio, con l'informazione sanitaria distribuita (media, campagne informative, periodici) – l'impatto sulle strutture sanitarie è molto maggiore: problemi di comunicazione, mancato controllo sanitario dalla nascita in poi, mancanza di informazione sulle vaccinazioni, sul rischio personale, anamnesi familiari e personale incompleta



Giorgio Vittori Presidente Sigo



e difficile, mancata effettuazione degli esami durante la gravidanza (il 20% circa delle pazienti arriva al parto senza test Hiv). Tutti problemi che chi sta in prima linea si trova ad affrontare, spesso senza grandi aiuti o risorse.

**Come valuta, quindi, la risposta assistenziale delle nostre strutture?**

Nel 2008 il 16% dei neonati italiani è generato da madre immigrata. È un numero importante: contrasta la crescita zero ma richiede risorse idonee per essere ben gestito. In soli 10 anni è avvenuta in Italia la rivoluzione migratoria e demografica che ha richiesto decine di anni in altri paesi come Regno Unito o Francia. È soprattutto il Nord Italia, per le sue capacità di attrazione economica e di offerta di lavoro, ad avere la massima concentrazione di immigrazione e quindi del fenomeno gravidanza e nascita, con tasso di fertilità circa 2 volte superiore alla popolazione residente italiana, con età media al primo figlio di circa 24 anni, 10 anni inferiore alle italiane residenti. Le conseguenze di tale "rivoluzione demografica" sono evidenti: i figli di immigrati provengono da donne più giovani e quindi più "fragili" dal punto

di vista economico, sociale e sanitario. La risposta dei vari governi regionali è "federale", ogni regione adotta la propria politica assistenziale, mentre ritengo che il materno-infantile, comparto strategico per il futuro della nazione, avrebbe bisogno di attenzioni "nazionali". Le mamme adolescenti, e gli adolescenti in generale, devono infatti divenire l'obiettivo principale delle politiche di salute e di informazione perché, come hanno evidenziato anche nostre ricerche, è proprio in quella fascia di età che l'informazione sulla salute diviene un patrimonio stabile ed entra a far parte della cultura di base della persona. E questo vale non solo per la gravidanza prima dei 19 anni, ma anche per le politiche di contrasto all'aborto, di prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, di informazione sulla pianificazione familiare e sulla salute riproduttiva. **Quanto è importante il ruolo svolto dai mediatori culturali e quanta è la presenza effettiva di queste nuove figure professionali all'interno delle strutture italiane?**

Il ruolo dei mediatori culturali

► **Segue a pagina 9**