

Le malattie croniche non comunicabili

Una sfida per il ginecologo nella medicina e nella società del 2000

di **Alberto Lombardi ***,
Francesca Fiorillo **
e **Andrea Peracino ***

(*) Fondazione Giovanni Lorenzini
Medical Science Foundation
(Milano, Houston)

(**) Aogoi

I costi in termini di vite umane, di disabilità e di impatto economico delle malattie croniche non comunicabili (Non Communicable Diseases-Ncd) – come le malattie cardio-cerebrovascolari, il diabete, l'obesità, i tumori, le malattie croniche respiratorie – costituiscono un peso insopportabile anche nei Paesi economicamente più robusti e dotati di sistemi sanitari efficienti come il nostro.

L'innovazione in medicina ha portato in molti Paesi strumenti di intervento molto efficaci per il trattamento di queste malattie. La prevenzione e il trattamento dei fattori di rischio (che spesso sono comuni ad alcune di queste patologie), associati al trattamento diretto delle patologie, hanno dimostrato la loro efficacia nel ridurre l'aumento e in alcuni casi la mortalità. Per contro, assistiamo a una forte crescita di diabete e obesità: decisamente in controtendenza sia per quanto riguarda la disabilità sia per evoluzione verso la mortalità.

Ostacoli e barriere

La prevenzione, primaria, pre-primaria, secondaria e terziaria delle malattie cardio-cerebrovascolari, per esempio, ha dimostrato di essere efficace se portata avanti con strategie integrate e interventi globali sui fattori di rischio. Purtroppo, la definizione di queste strategie, il disegno delle politiche di piano che ne derivano e la conduzione dei progetti collegati trovano spesso ostacoli o barriere che ne riducono l'efficacia e a volte ne interrompono sul nascere la realizzazione.

La conoscenza e la conseguente rimozione di dette barriere costituiscono il nucleo del razionale dei programmi di protezione integrata della salute dell'individuo nei confronti di dette

Oltre il 90% della mortalità e il 70% della disabilità nel mondo sono dovuti alle Ncd. In Europa, come in Italia, i numeri relativi alla mortalità sono impressionanti.

Sono queste le premesse da cui è partito l'invito di Aogoi alla Fondazione Giovanni Lorenzini per costruire insieme un progetto di integrazione multidisciplinare per la protezione della donna riguardo alla malattie croniche non comunicabili

malattie (www.healthurope.org). Gli inviti da parte dell'Oms (come negli incontri di Talin 2008 e di Venezia 2009) a identificare nella salute di una popolazione un asset economico per l'intero contesto sociale di un Paese stanno riportando all'attenzione i molti studi dedicati alla valutazione macroeconomica e microeconomica del valore della salute comparato con l'investimento economico del servizio sanitario di quel paese. Questa spinta dovrebbe contribuire a spronare le autorità economiche e sanitarie mondiali a individua-

re le disuguaglianze tra Paesi, e all'interno dei Paesi, a spostare gli investimenti economici sempre più a favore della salute anche, e soprattutto, in periodi di decrescita del Pil conseguenti alla recente tempesta finanziaria ed economica.

I numeri

Oltre il 90% della mortalità e il 70% della disabilità nel mondo sono dovuti alle Ncd. I carichi in termini di vite umane, di disabilità e di impatto economico stanno mettendo a dura prova i sistemi sanitari e finanziari di tut-

ti i Paesi nel mondo, compreso il nostro. In Europa come in Italia i numeri relativi alla mortalità sono impressionanti.

Altrettanto importanti sono i dati relativi al carico economico che queste malattie procurano alla società: in Europa il costo (diretto e indiretto) delle malattie cardiovascolari pesa per 192 miliardi di euro. In Italia il budget globale (2008) del Ssn ha raggiunto i 107 miliardi di euro per il pubblico e circa 20 miliardi per il privato, per un totale di 127 miliardi di euro. Secondo l'European CVD Statistics 2008 (i cui dati si riferiscono al 2006), le malattie cardiovascolari assorbono quasi 22 miliardi di euro, di cui 13,8 miliardi in costi diretti sanitari e 8 in costi indiretti e per perdita di produzione. Il budget farmaceutico per il pubblico (fuori dagli ospedali) è di 12,7 miliardi, cui si aggiungono 6 miliardi pagati direttamente dal cittadino (Rapporto Osmmed 2008). L'investimento per i farmaci

(sempre fuori dall'ospedale) nel 2007 è stato di 5,1 miliardi di euro per le malattie cardiovascolari (Rapporto Osmmed 2008), 396 milioni di euro per farmaci antineoplastici, 381 milioni per patologie del sistema muscolo scheletrico, 741 milioni per patologie del sistema respiratorio, 117 milioni per farmaci antiparkinsoniani e 36 milioni per gli inibitori delle colinesterasi (Sic-Sanità in cifre 2008).

Elementi in comune tra le Ncd

Al di là delle differenze di storia naturale e di trattamento, in tutte le malattie Ncd si riconoscono elementi in comune:

Una piattaforma per la ginecologia

Il Progetto Aogoi-Fondazione Lorenzini

Al tema dell'Interdisciplinarietà nella protezione della salute della donna: le malattie croniche non comunicabili è stato dedicato un simposio in occasione del recente congresso nazionale Sigo-Aogoi di Bari. Nel corso dei lavori, che hanno affrontato, accanto ai temi tradizionali delle malattie etichettate come ginecologiche le numerose problematiche legate alla complessità dell'approccio alle malattie non comunicabili, è stato identificato come un aspetto centrale da sviluppare l'aggiornamento del ginecologo, e soprattutto l'integrazione tra l'approccio ginecologico e la cultura degli esperti che danno impulso di innovazione continua alle tematiche più specifiche tra le malattie croniche non comunicabili.

Il progetto a suo tempo realizzato nella costruzione dei 400

centri della menopausa", ha affermato **Costante Donati Sarti**, "costituisce un'esperienza di riferimento di confronto. Detta esperienza viene oggi trasferita a un approccio che tenga conto delle tre età fondamentali per la salute della donna: l'adolescenza, l'età fertile, la post menopausa". "L'adolescenza raggruppa una serie di problematiche che già da quella età espongono la donna agli insulti delle malattie non comunicabili come l'obesità, il diabete giovanile, l'endometriosi, l'ovaio polistico e l'evoluzione verso la sindrome metabolica", ha sottolineato **Francesca Fiorillo** nella sua ampia presentazione. "I disturbi della personalità (come depressione, iperattività, tendenza all'isolamento, suicidio), i disturbi del comportamento alimentare (obesità, anoressia, bulimia), i disturbi del

comportamento sessuale (disturbi dell'identità di genere e dello sviluppo sessuale, atteggiamento superficiale nei confronti della sessualità, gravidanze precoci, malattie sessualmente trasmesse-HPV, amenorrea, dismenorrea, infertilità, dipendenze da alcool, fumo o droghe) sono i determinanti di alterazioni organiche, funzionali e psichiche che se non affrontate precocemente possono generare malattie croniche irreversibili e condizionare il benessere presente e futuro del giovane", ha affermato la Fiorillo. Due problematiche, tra loro apparentemente distinte, che riguardano l'età fertile: l'uso dei farmaci in gravidanza e la trombofilia sono state affrontate con rigorosa metodologia da **Valeria Dubini**. "La trombofilia costituisce un'area di attenzione spesso insufficiente, malgrado i suoi ri-

flessi sulla clinica della donna nell'età fertile, nella eventuale gravidanza", ha affermato Dubini che, riguardo all'uso dei farmaci in gravidanza, ha sottolineato come "Gli alti livelli d'estrogeni e di progesterone e gli ormoni placentari possono modificare il metabolismo ossidativo, specialmente quello legato alle singole isoforme degli enzimi citocromo P450 dipendenti, le attività metaboliche della placenta, e la capacità metabolizzante del fegato, ulteriormente aumentata in seguito all'aumento del flusso ematico, non sono sufficientemente studiate per controllare la gestione del farmaco in gravidanza, situazione in cui spesso si usano farmaci ed off-label".

Le malattie cardiovascolari e l'osteoporosi sono le patologie presentate con un approccio clinico pratico da **Stefano Lel-**





sedentarietà, inquinamento atmosferico, senza dimenticare urbanizzazione e povertà;

- la disuguaglianza tra Paesi nel come affrontare dette malattie;
- la disuguaglianza di conoscenze mediche e quindi anche di approccio alla protezione della salute fra il genere femminile e maschile.

Ncd: criticità per la donna

L'insieme delle Ncd rappresenta più del 95% di mortalità e morbilità della donna dopo la menopausa. Ma già nelle altre età della donna molte di queste patologie trovano la loro manifestazione ovvero riconoscono fattori di rischio che in modo spesso inapparente ne preparano l'evoluzione verso la disabilità e la morte.

Considerato che la donna si rivolge al ginecologo dal menarca a oltre la menopausa, e soprattutto per le tematiche riferite alla fertilità, possiamo formulare le seguenti domande:

- Quante Ncd sono sotto il controllo del ginecologo?
- Si può allontanare la donna dal ginecologo?
- Come trattare la donna dal punto di vista dei dosaggi farmaceutici che sono spesso compromessi dalla presenza del ciclo mestruale?
- Come trattare la donna con farmaci studiati fondata-

l'importanza nella fisiopatologia di infiammazione, risposta immunitaria, fattori genetici, sistemi metabolici, neuroendocrini etc;

- gli strumenti di studio che si avvalgono di competenze comuni quali molecular medicine, genomica, proteomica, metabolomic, senza dimenticare le tradizionali aree della epidemiologia statistica, bioinformatica, evidence based medicine, etc;
- l'importanza nel loro sviluppo dei fattori legati allo stile di vita come: tabagismo e altre dipendenze (alcol, droghe ecc), alimentazione scorretta,

lo. "Nell'ambito della Comunità Europea, il 55% delle donne muore di malattia cardiovascolare, mentre per gli uomini tale percentuale si attesta al 43%. "La malattia coronarica è responsabile del 23% dei decessi tra le donne, lo stroke del 18%, e altre patologie cardiovascolari determinano un ulteriore 15% di morti. In Italia le malattie cardiovascolari tolgono ogni anno oltre 300 mila anni di vita alle persone con meno di 65 anni, 240 mila negli uomini e 68 mila nelle donne. La letalità coronarica è decisamente rilevante in tutte le aree e peggiore nelle donne. Come atteso: tra i pazienti colpiti da infarto miocardico acuto nell'età compresa fra 35 e 74 anni, tre uomini su 10 e quattro donne su 10 muoiono entro 28 giorni dall'esordio dei sintomi. La menopausa rappresenta di per sé un fattore di rischio cardiovascolare. In Italia l'osteoporosi colpisce 3,9 milioni di donne e 840 mila uomini. Le due patologie richiedono infatti un approccio

multidisciplinare integrato". "Sotto le prospettive sinteticamente riportate è apparso importante e naturale l'invito rivolto da Aogoi alla Fondazione Giovanni Lorenzini, a costruire insieme un progetto dedicato alla protezione della salute della donna nei confronti delle malattie non comunicabili, per consentire nella pratica clinica del ginecologo, per antonomasia il Medico della Donna, la integrazione di competenze ed esperienze di discipline diverse che consentano un percorso nella diagnostica, prevenzione e trattamento, consono alle esigenze di salute della donna", ha affermato il professor **Rodolfo Paoletti**, che ha moderato il simposio insieme al professor Donati Sarti. Aogoi, insieme a Fondazione Lorenzini, ha spiegato il segretario nazionale **Antonio Chiantera**, ha voluto disegnare un progetto che prende in esame tre età della donna costruendo tre gruppi di studio multidisciplinari che nelle letture successive porteranno l'at-

La composizione dei tre gruppi di lavoro

GRUPPO DI STUDIO ADOLESCENZA

Patrizia Forleo

Consigliere Aogoi, Dirigente U.O. di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale "S. Giovanni Calibita" F.B.F., Roma - *coordinatore*

Maurizio Orlandella

Presidente Associazione Ginecologi Italiani Territoriali (Agite)

Marina Toschi

Ginecologo Responsabile Consultori Asl 2 Umbria

Alfredo Zanotti

Professore di Dietetica e Nutrizione, Facoltà Medicina e Chirurgia, Università di Milano

Gian Vincenzo Zuccotti

Direttore Clinica Pediatrica, Ospedale L. Sacco di Milano

GRUPPO DI STUDIO ETÀ RIPRODUTTIVA

Valeria Dubini

Responsabile Progetto Violenza Aogoi, Dirigente U.O. di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale San Giovanni di Dio - Firenze - *coordinatore*

Flavia Franconi

Ordinario di Farmacologia, Facoltà di Farmacia, Università di Sassari

Cecilia Politi

Fadoi, Primario Medicina Interna, Ospedale di Isernia

GRUPPO DI STUDIO PERI, POST MENOPAUSA E TERZA ETÀ

Stefano Lello

Ginecologia Endocrinologica, Fisiopatologia della Menopausa e Osteoporosi, Istituto Dermatologico dell'Immacolata Irccs, Roma - *coordinatore*

Anna Gennari

Segretario Sezione Milanese, Associazione Nazionale Cardiologi Extraospedalieri (Ance),

Silvia Maffei

Endocrinologia Ginecologica Cardiovascolare, Istituto di Fisiologia Clinica, CNR, Pisa

e con la collaborazione di **Marco Stramba-Badiale**, Direttore U.O. Medicina Riabilitativa, Istituto Auxologico Italiano Irccs, Milano

TASK FORCE

Antonio Chiantera, Francesca Fiorillo, Costante Donati Sarti, Andrea Peracino ed Emanuela Folco

Per maggiori informazioni contattare

le Segreterie scientifico-organizzative del progetto:

Fondazione Giovanni Lorenzini

Dott.ssa Emanuela Folco e Dott.a Cristina Bolsi

Tel. 02.29006267 - cristina.bolsi@lorenzinifoundation.org

A.O.G.O.I

Dott.a Francesca Fiorillo e Alessia Freschi

Tel. 02.29525380 - aogoi@aogoi.it

su www.aogoi.it è disponibile il materiale informativo sul

Progetto (razionale scientifico e sintesi del progetto)

tenzione sui problemi più emblematici delle malattie non comunicabili nella donna, "siano le malattie non comunicabili o i loro fattori di rischio impattanti direttamente sulla salute della donna, siano le patologie legate al sesso a impattare verso le comorbilità o le complicanze di tipiche patologie comuni ai due generi."

La costruzione di una piattaforma informativa/formativa interdisciplinare intorno ad aree sensibili sulla salute della donna in alcune fasce di età, ha aggiunto il professor Chiantera, dovrà con-

sentire a breve e medio termine la preparazione, realizzazione (e consenso) di percorsi multidisciplinari diagnostico-terapeutici e di prevenzione su aree patologiche emblematiche delle Ncd per fascia di età. "Su questa piattaforma verranno innestate un certo numero di flow chart, con inizio dalle malattie metaboliche - ha concluso Chiantera - queste saranno il tema che sperimenterà la integrazione tra esperti di dette patologie e ginecologi con un numero adeguato di interventi locali di aggiornamento a favore degli associati Aogoi".

talmente sull'uomo?

- Come personalizzare un percorso integrato di diagnosi, trattamento e prevenzione sulla donna?

Integrare tali concetti nella cultura ed esperienza del ginecologo può costituire un vantaggio per la donna. Altre domande sono:

- È possibile integrare la cultura del ginecologo con altre competenze?
- Esistono linee guida integrate?
- Esistono e funzionano dei modelli di integrazione?
- Ci sono percorsi formativi integrati?
- Quali sono i vantaggi di una integrazione?
- Quali sono gli svantaggi?
- È realistico costruire un gruppo di studio sul tema?
- Quali sono le barriere che impediscono l'integrazione?

L'attenzione alla Medicina di Genere pare sia un approccio concreto per costruire delle risposte adeguate a molte delle domande sopra riportate. Essa è indirizzata a studiare le differenze tra uomo e donna intesi, non solo come sessi, ma come insieme dell'azione e reazione che i due generi hanno nei confronti di patologie comuni, inclusa la risposta del medico, della società e non ultimo il modo come viene protetta o recuperata la loro salute.

La Medicina di Genere non è la medicina che studia le malattie che colpiscono prevalentemente le donne rispetto agli uomini, ma è la scienza che studia l'influenza del genere (che assomma l'accezione biologica e l'accezione culturale dell'individuo e della società) sulla fisiologia, sulla fisiopatologia e clinica di tutte le malattie per giungere a decisioni terapeutiche e programmi di prevenzione basati sull'evidenza sia nella donna sia nell'uomo. Questa definizione sembra ovvia ma la storia di questi ultimi anni ci impegna a qualche riflessione.

Anni di entusiasmo riparatore

Da quando nel 1988 l'Oms lanciando la sfida alla protezione della salute di uomo e donna ufficializzava il concetto di Medicina di Genere molto è stato detto e molto è stato discusso su questo approccio alla medicina. L'accezione di Medicina di Genere ha sicuramente sfondato il muro di disattenzione che fino ad allora limitava la trasversalità delle molte discipline che nel tempo si erano consolidate intorno alla necessaria protezione della salute. Come l'Organizzazione mondiale della sanità citava nella sua sfida, veniva risvegliata l'attenzione alle disuguaglianze biologiche tra uomo e donna, che studiosi e clinici non sempre avevano considerato nel costruire la grande innovazione medica e farmacologica del '900. Emblematico di tale disattenzione era, ed è ancora in molti casi, l'uso indifferente su uomo e donna di farmaci studiati preva-

Protezione della salute della donna nei confronti delle malattie non comunicabili

Progetto

Aogoi - Fondazione Lorenzini

Nell'ambito della collaborazione tra Aogoi e Fondazione Giovanni Lorenzini - FGL è stato costruito un progetto di integrazione multidisciplinare per la Protezione della Salute della Donna nei confronti delle Malattie Non Comunicabili (Ncd) che ha l'obiettivo di realizzare una piattaforma informativa/formativa interdisciplinare intorno ad aree sensibili sulla salute della donna in alcune fasce di età che consenta a breve e medio termine la preparazione, realizzazione (e consenso) di percorsi multidisciplinari diagnostico-terapeutici e di prevenzione su aree patologiche emblematiche delle NCD per fascia di età.

I prodotti attesi sono:

- Una serie di Flow Chart comportamentali validate per fasce di età (formazione) specifiche per percorso di prevenzione (diagnosi e trattamento) da presentarsi in occasione di convegni, corsi ad hoc, sito dedicato, documenti.
- Realizzazione di Corsi di Formazione per i ginecologi su aree delle malattie croniche non comunicabili.

La loro realizzazione verrà

lentamente (spesso per motivi logici) sull'uomo.

L'attenzione alle disuguaglianze tra uomo e donna non si ferma infatti sulla differenza biologica, ma necessariamente si espande alle differenze di quel complesso di caratteristiche evolutive, culturali, di azione e reazione anche sociali che il concetto di genere aggiunge complicandola, alla differenza biologica.

Non può essere considerato anomalo il fatto che l'aver preso coscienza (forse in modo tardivo) che la donna, proprio per la sua preminenza biologica e sociale di riproduttrice e continuatrice della specie, fosse stata in un certo senso sacrificata nei decenni precedenti a favore dell'uomo nel confronto di quelle patologie che con la loro crescita esponenziale stavano producendo morti e disabilità anche nei Paesi a più alto investimento nella ricerca e nella organizzazione sanitaria.

Apparve corretto e anche utile rimediare a detta trascuratezza trasferendo in modo preponderante l'attenzione dell'approccio medico di Genere verso un recupero di una attenzione alla donna, portando in molti casi a identificare la medicina di genere in medicina della donna, e

affidata a 3 gruppi di studio dedicati ciascuno a una specifica fascia di età (adolescenza, età riproduttiva, peri-post menopausa) formati da circa 3 esperti. Ciascun gruppo di studio potrà richiedere, inoltre, la consulenza di specialisti, individuati in una specifica lista di advisors, indicati da Aogoi e Fondazione Lorenzini.

Le flow chart prodotte saranno validate da un gruppo di esperti Aogoi e Fondazione Lorenzini e da referenti europei. Per la stesura delle flow chart è prevista una metodologia comune secondo le linee guida del Progetto indicate dalle Presidenze di Aogoi e Fondazione Lorenzini sulla base di esperienze precedenti, i Centri per la Menopausa in ambito Aogoi e la Campagna Nazionale per la Prevenzione del Rischio Globale Cardiovascolare da parte di Fondazione Lorenzini.

Gli esperti e gli specialisti che hanno partecipato alla stesura delle flow chart (sia i costituenti del gruppo sia gli Advisor) fungeranno da tutor per la formazione dei ginecologi. Per questa parte del progetto è previsto un fee.

Le aree di competenza e d'attenzione dei tre gruppi di studio sono:

- Adolescenza (aree: disagio psicofisico, alterati comportamenti alimentari, tossicodipendenza, dismetabolismo, vaccinazione (Hpv), contraccezione, educazione sessuale) ginecologo, pediatra, endocrinologo, dermatologo, internista, neuropsichiatra,

aggiungendo all'attenzione alle patologie della età fertile l'attenzione alle patologie non direttamente legate alla fertilità della donna.

Sulla spinta della sfida lanciata dall'Oms nascevano, non solo negli Stati Uniti - che per primi sembravano averla raccolta - nuove cliniche dedicate alle donne come evoluzione o in sovrapposizione, ovvero in contrasto, con le tradizionali cliniche ginecologiche che per motivi storici e anche pratici avevano dovuto concentrarsi sulla fisiopatologia e sulla medicina legata direttamente e indirettamente alla riproduzione e agli organi riproduttivi.

In questo nuovo entusiasmo culturale veniva usata e abusata una critica all'approccio ginecologico, tacciandolo di medicina "a bikini", e si sventolavano nuove bandiere alternative di medicina di genere perché dedicata alla donna e spesso dalle donne e a volte solo dalle donne. In realtà tale entusiasmo produceva un'enorme messe di evidenze sulle differenze tra uomo e donna soprattutto nell'approccio a malattie a largo impatto sociale (come molte patologie del sistema cardiovascolare, del sistema osteo-articolare, del sistema ner-

psicologo

- Età riproduttiva (aree: disturbi dell'umore, sessualità consapevole, impatto lavorativo (famiglia/lavoro), periferilità, alimentazione, peri-gravidanza, non-gravidanza, NCD) ginecologo, internista, endocrinologo, cardiologo, reumatologo, neurologo, farmacologo
- Peri-post menopausa e terza età (aree: CCVD, dismetabolismo, osteoarticolare, neurodegenerative, patologie urinarie pavimento pelvico, sessualità, tumori) ginecologo, internista, cardiologo, nutrizionista, endocrinologo, immunologo/reumatologo, geriatra, neurologo, farmacologo, nefrologo, urologo.

È importante tenere in considerazione:

- Quanto atteso dalla donna, quanto fatto in altri Paesi e quanto in atto o proposto dalle istituzioni e dagli stakeholders
- L'epidemiologia, il carico di disabilità, di sofferenze e il carico economico sulla società dello scenario attuale
- La scienza, la biologia e la clinica come base di approccio di percorso e organizzativo di intervento
- La visione trasversale e integrata del coinvolgimento delle specialità delle competenze
- La necessaria capillarizzazione del progetto
- La sostenibilità non solo economica del progetto.

vosio per esempio), e produceva un numero crescente di riunioni, dibattiti, congressi che in modo ripetitivo cercavano di sensibilizzare l'attenzione di medici e autorità verso le differenze di genere.

A distanza di più di dieci anni dalla sfida dell'Oms la Medicina di Genere è divenuta un'accezione necessaria per dare valore all'approccio medico di molte discipline, inclusa la ginecologia: e questo è risultato essere positivo. Quello che desta molte perplessità è che in questa necessaria attenzione alla patologia della donna si siano percorse strade che non hanno sempre aiutato a meglio dimensionare e quindi utilizzare nella pratica clinica del singolo specialista (incluso il ginecologo) questo nuovo modo di pensare.

Risultati importanti di diffusione dell'approccio verso le differenze non sembrano avere apportato ancora tutti quei vantaggi attesi, a meno che questi non vengano considerati la deposizione di coccarde più o meno rosa o celeste a strutture sicuramente importanti per il loro valore clinico già prima di una tale etichettatura.

Ospedale e territorio

di Sandro M. Viglino,

Presidente Collegio Italiano di Ostetricia e Ginecologia (CIOG) e Vice Presidente AOGOI

Un tempo il Territorio rappresentava il luogo dove il paziente incontrava lo specialista per un primo contatto, ben sapendo che qualunque approfondimento clinico si sarebbe naturalmente svolto in Ospedale. Oggi le cose non stanno più così.

Una storia che parte da lontano

Per comprendere meglio il percorso che il "Territorio" ha seguito rispetto all'istituzione "Ospedale" occorre fare un passo indietro nella storia del nostro Paese e, in particolare, al 1925 quando dal regime fascista fu creata l'Opera Nazionale Maternità e Infanzia (Onmi). Essa, infatti, fu istituita con la legge 10 dicembre 1925, n. 2277, avente per scopo la diffusione sia nelle famiglie che negli istituti "delle norme e dei metodi scientifici e d'igiene prenatale e infantile [...] anche mediante l'istituzione di ambulatori per la sorveglianza e la cura delle donne gestanti specialmente in riguardo alla sifilide". Le federazioni provinciali provvedevano all'esecuzione sul territorio di quanto ordinato dalla sede centrale dell'Onmi di Roma. Nel 1927 in ogni comune l'attuazione dei compiti dell'Onmi fu delegata a un comitato di patronato composto dall'ufficiale sanitario del relativo Comune, da un direttore didattico o da un maestro e da un sacerdote, affiancati da patroni scelti dal consiglio direttivo della federazione provinciale tra le persone di "indiscussa probità e rettitudine e possibilmente esperte in materia di assistenza materna e infantile". All'istituzione dell'Onmi seguì la costituzione di organi sanitari e di assistenza materiale quali i consultori pediatrici e ostetrico-ginecologici, i consultori prematrimoniali e matrimoniali, i refettori materni e gli asili nido, i dispensari di dermatologia sociale e i centri medico-psicopedagogici. L'Onmi ha cessato di esistere con la legge 23 dicembre 1975, n. 698.

Arrivano i consultori

Tale legge ha anticipato il Dpr 24 luglio 1977, n. 616 sul trasferimento di poteri dallo Sta-

to alle Regioni e la soppressione di enti tra i quali gli Eca e il loro passaggio ai Comuni. Ma il 1975 è anche l'anno in cui con una legge-quadro vengono istituiti i Consultori familiari, legge che è stata via via recepita e applicata nelle varie realtà regionali. Nel 1996 la legge 34 stanziava 200 miliardi di lire per riqualificarli e ne fissa il numero: uno ogni 20 mila abitanti nelle aree urbane. Poi, nel 2000, il Progetto obiettivo materno infantile (Pomi) ne ha perfezionato e ridefinito i criteri di organizzazione e il profilo di intervento socio-sanitario: interdisciplinarietà, lavoro di équipe (con la presenza di ginecologi, pediatri, neuropsichiatri infantili, psicologi, ostetriche, assistenti sociali e sanitarie, infermieri), rete con gli altri servizi, valorizzazione delle competenze femminili. È tuttora in corso, tra numerose difficoltà causate dalle diverse realtà regionali e dall'esistenza di dati non omogenei, un censimento nazionale dei consultori familiari. Alla fine del 2007 il Ministero della Salute ha dichiarato che ne esistono poco più di 2.000 con un rapporto dunque di 0.7 - 0.8 per 20 mila abitanti. Sono pochi? Sono troppi? Il problema non sta nei numeri ma nell'organizzazione e nel ruolo che questi importanti presidi svolgono o potrebbero svolgere.

Medico cercasi

La legge n° 264 del 2 Agosto 1999 che ha introdotto a livello nazionale il numero programmato per accedere ad alcune Facoltà universitarie (Medicina e Chirurgia *in primis*) se da un lato è servita a porre un argine a quell'accesso indiscriminato che ha determinato la pleora medica degli anni '70 e '80 (e di cui la mia generazione ha pagato un prezzo altissimo in termini di disoccupazione e sottoccupazione), dall'altro farà sì che nei prossimi anni si possano aprire "buchi" negli organici ospedalieri a causa del progressivo pensionamento dei medici attualmente attivi. Nè sul Territorio la situazione è migliore. Anzi, l'età media degli specialisti oggi presenti negli ambulatori è ovunque medio-alta a causa del blocco quasi totale di nuove assunzioni e quindi di un qualsivoglia turnover. Questa situazione, com'è ovvio, riguarda l'intero comparto medico ma in Ginecologia tutto ciò aprirà

CONGRESSO SIGO-AOGOI