

SPECIALE CONGRESSO 2008

SUPPLEMENTO A GYNECO AOGOI 6/2008

AOGOI



Le età della donna tra natura e tecnologia

84° CONGRESSO SIGO - 49° CONGRESSO AOGOI 2008
TORINO 5-8 OTTOBRE 2008

INTERVENTI DI: VITTORI, CAMPOGRANDE, MONNI,
TOMASSINI, MARINO, MORRONE, FORLEO, NATALE,
STIGLIANO, DUBINI, GIGLI, DONVITO, LAI

84° CONGRESSO

SIGO

2 0 0 8

49° CONGRESSO AOGOI



Le età della donna tra natura e tecnologia

Presidenti

Mario Campogrande

Giorgio Vittori

Presidenti Onorari

D. Shaw (Presidente FIGO)

W. Dunlop (Presidente EBCOG)

G. Serour (Presidente Eletto FIGO)

G. Monni (Presidente AOGO)



S.I.G.O.



TORINO

5 - 8 OTTOBRE 2008 - Centro Congressi Lingotto

SUPPLEMENTO AL NUMERO 6 - 2008
DI GYNCO AOGOI

ORGANO UFFICIALE
DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI
GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

Presidente Giovanni Monni
Direttore Scientifico Felice Repetti
Comitato Scientifico Giovanni Brigato,
Antonio Chiantera, Valeria Dubini,
Carlo Sbiroli
Direttore Responsabile Eva Antoniotti
Direttore Editoriale Arianna Alberti
email: gyncooagoi@hcom.it
Pubblicità Publiem srl
Centro Direzionale Colleoni
Palazzo Perseo 1 - 20041 Agrate (Milano)
Tel. 039 6899791 Fax 039 6899792
Editore
Health Communication
via Vittore Carpaccio, 18 - 00147 Roma
Tel. 06 594461 - Fax 06 59446228
Progetto grafico Giancarlo D'Orsi
Ufficio grafico Daniele Lucia, Barbara Rizzuti
Stampa Union Printing, Viterbo
Abbonamenti
Annuo: Euro 26. Prezzo singola copia: Euro 4
Reg. Trib. di Milano del 22.01.1991 n. 33
Poste Italiane Spa - Spedizione in
abbonamento postale - D.L. 353/03
(Conv. L. 46/04) Art. 1,
Comma 1
Roma/Aut. n. 48/2008
Finito di stampare: Settembre 2008
Tiratura 8.000 copie
La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli
e immagini del giornale sono formalmente vietate
senza una preventiva ed esplicita autorizzazione da
parte dell'editore. I contenuti delle rubriche sono
espressione del punto di vista degli Autori. Questa rivista
le è stata inviata tramite abbonamento: l'indirizzo in
nostro possesso verrà utilizzato, oltre che per l'invio della
rivista, anche per l'invio di altre riviste o per l'invio di
proposte di abbonamento. Ai sensi della legge 675/96
è nel suo diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o
l'aggiornamento dei dati in nostro possesso. L'Editore è
a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti
sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a
reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Organo ufficiale



Testata associata



Editore



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

In copertina e all'interno
dipinti di Fernand Léger

Indice

- 2** LE NOSTRE RAGIONI, IL NOSTRO FUTURO / 1
Più valore alla professione ginecologica
Intervista a Giorgio Vittori
Presidente Sigo, presidente 84° Congresso Sigo - 49° Aogoi
- 5** LE NOSTRE RAGIONI, IL NOSTRO FUTURO / 2
Un'occasione per ripartire
di Mario Campogrande
Presidente 84° Congresso Sigo - 49° Aogoi
- 8** LE NOSTRE RAGIONI, IL NOSTRO FUTURO / 3
Fiducia e intraprendenza
di Giovanni Monni
Presidente Aogoi
- 11** XVI LEGISLATURA: POLITICA E SANITÀ / 1
Una fucina di idee e l'auspicio di leggi "al galoppo"
di Antonio Tomassini
Presidente 12ª Commissione Igiene e Sanità del Senato
- 14** XVI LEGISLATURA: POLITICA E SANITÀ / 2
Il medico vero e il superb technician
di Ignazio Marino
Senatore del Partito Democratico
- 16** LA SALUTE DELLA DONNA IMMIGRATA
Ridisegnare un nuovo modello di sanità
di Aldo Morrone
Istituto nazionale per la promozione delle popolazioni
migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (Inmp)
- 18** L'UMANIZZAZIONE DELLE CURE
Medico, ma anche filosofo
di Romano Forleo
Docente di psicosomatica ostetrica e ginecologica,
Università "Tor Vergata" di Roma
- 20** LE FRONTIERE DELLA GENETICA
Staminali: grandi prospettive e molte domande
di Nicola Natale
Responsabile U.O. Ginecologia - Istituto Clinico Santa Rita, Milano
- 22** IL GINECOLOGO OGGI
Noi, medici delle donne
di Carlo Maria Stigliano
Direttore U.O.C. Ginecologia Preventiva e
Consultori Familiari, Castrovillari - Asp Cosenza
- 24** DONNA E MEDICO
Una chiave di lettura nuova, per riscrivere
la nostra professione
di Valeria Dubini
U.O. Ginecologia e Ostetricia, Nsgd - Asl 10 Firenze
- 26** IL RISCHIO CLINICO
Il nostro contributo alla prevenzione
di Carmine Gigli
Gruppo operativo M.A.M.M.A. AOGOI
- 27** RIFLESSIONI SULLA MEDICINA DI GENERE
Dalla ricerca una salute a misura di donna
di Valentina Donvito
Servizio di Medicina interna - S. Anna di Torino
- 28** LA MEDICINA INTEGRATA
Agopuntura e omotossicologia,
due valide opportunità terapeutiche
di Gustavo Lai
Responsabile del Biological Obstetrics and Gynecologists
College (Bi.O.Gy.Co.)

LE NOSTRE REGIONI, IL NOSTRO FUTURO / 1

Più valore alla professione ginecologica

A colloquio con Giorgio Vittori*

Giorgio Vittori, presidente Società italiana di ginecologia e ostetricia e presidente dell'84° Congresso Sigo e 49° Congresso Aogoi di Torino, affronta in questa intervista i temi fondamentali della professionalità ostetrico-ginecologica che sono al centro dell'operato della Sigo e che saranno protagonisti del dibattito

“La ginecologia nell'attuale sistema sanitario nazionale è molto penalizzata in termini economici, le nostre prestazioni sono sottovalutate di un fattore che può arrivare anche al 50% rispetto alle altre”. Giorgio Vittori, presidente dell'84° Congresso Sigo e 49° Congresso Aogoi di Torino, è da tempo impegnato in qualità di presidente della Società italiana di ginecologia e ostetricia in una battaglia per vedere riconosciuto il valore della professionalità ginecologica italiana. Ma la Sigo, sotto la sua direzione, ha anche rinnovato il proprio interesse verso le nuove generazioni, con l'adozione dei più moderni canali comunicativi e con speciali iniziative lanciate su internet. Un interesse che si rispecchia anche nell'ampio spazio dato ai giovani ricercatori al Congresso di Torino, al cui centro c'è un altro tema centrale dell'operato della Sigo, l'attenzione verso le nuove tecnologie e la loro applicazione in ambito ostetrico-ginecologico.

Qual è la situazione in Italia rispetto all'accesso all'innovazione tecnologica da parte della classe ostetrica e ginecologica?

Il livello della tecnologia disponibile in Italia corrisponde all'evoluzione tecnologica dei paesi sviluppati; per quanto riguarda il suo impiego, invece, il nostro paese sta a metà strada tra l'uso delle tecnologie caratteristico dei paesi iper-svi-



luppato del nord Europa e del nord America e i paesi a sviluppo intermedio. Voglio dire che la disponibilità culturale della tecnologia esiste ma la capacità economica di mantenere aggiornata la tecnologia nelle strutture sanitarie è intermedia. Ed è imprevedibile: ci sono delle regioni in cui la tecnologia viene privilegiata e rispettata (mi riferisco soprattutto alle regioni del nord Italia) e regioni in cui questo è molto difficile. Ci sono anche eccezioni locali per cui è possibile trovare tecnologie d'avanguardia nel cuore di una regione non particolarmente sviluppata. In definitiva, quello che manca è la rete che provveda alla distribuzione, una rete che tenga conto dell'esigenza clinica per razionalizzare l'uso delle tecnologie.

Torniamo allo scarso valore attribuito alle prestazioni ginecologiche dal sistema sanitario nazionale. Quali strategie ha messo in campo la Sigo per migliorare questa situazione?

Da tempo, abbiamo scelto di far convergere su una politica di sensibilizzazione le istituzioni, i pazienti, la classe dei ginecologi e la classe delle rappresentanze. In particolar modo, la Sigo, prendendosi sulle spalle questo ruolo, si fa interprete della necessità di tradurre in un percorso di soluzione quello che adesso è estremamente penalizzante nei confronti delle pazienti. Se per operare una paziente – per esempio per un intervento di patologia ovarica – la struttura rischia di perdere dei soldi, evidentemente tutte le prestazioni ginecologiche non solo non saranno più interessanti per i manager ma addirittura saranno penalizzanti per la loro logica economica. Se le prestazioni al femminile non vengono rivalutate, ci si troverà costretti a limitarle, a controllarne il numero e a diminuirne la qualità. Questo è un problema clinico, etico, deontologico e medico-legale, perché il magistrato o l'opinione pubblica o il contesto sociale non sono informati sulla situazione: la paziente che oggi si affida all'ospedale pubblico pensando di avere il massimo di cure disponibili in un paese sviluppato, non è informata che in realtà quella ciste ovarica, quel fibroma o quell'endometriosi in qualche maniera contribuiscono ad aumentare il contenzioso tra i ginecologi e i manager.

Da dove nasce l'attenzione particolare alle fasce giovanili messa in campo dalla Sigo?

Proseguendo il discorso sulle strategie utili e possibili per ottenere dei risultati, noi dobbiamo cercare di lavorare nelle fasce più a rischio. E tra queste sicuramente i giovani, perché con i nostri sondaggi abbiamo capito che i giovani sono quelli teoricamente più informabili, più sensibili ai nuovi sistemi di informazione ma in fondo quelli meno guidati nella ricerca dell'informa-

zione giusta. Per questo motivo sono la fascia più interessante, perché sono più aperti, attenti, si impegnano a costruire il loro futuro, a cercare l'informazione utile per la tutela della loro salute riproduttiva, in particolare le giovani. E crediamo possa essere utile contattarli anche utilizzando i new media. Per esempio, la recente esperienza che abbiamo avuto utilizzando YouTube per veicolare i messaggi di informazione con un linguaggio vicino ai giovani dimostra che si tratta di una scelta vincente: un nostro video informativo di due minuti è stato visto da 110.000 persone nel corso di un mese, uno dei più visti in assoluto.

Alcuni temi relativi alla salute della donna e del neonato presentano per loro natura dei risvolti bioetici importanti; si pensi al dibattito sui nati molto prematuri o al termine per l'Ivg terapeutica. Non crede che il punto di vista medico-scientifico dovrebbe riconquistare una centralità in questo dibattito?

Io credo che bisogna lasciare spazio alla ragionevolezza. Se parliamo dei grandi prematuri, è un evento che da un punto di vista epidemiologico e scientifico lascia aperte infinite possibilità: un neonato di 23 settimane ha delle probabilità di sopravvivere che sono quelle del lancio della moneta. Che la scienza negli ultimi vent'anni abbia fatto dei progressi tali che il limite delle Ivgs di 26 settimane si possa spostare verso il basso è una cosa che dipende dal progresso della capacità di diagnosi e di cure in una fascia estremamente ristretta di neonati: stiamo parlando per le fasce in età gestazionale estremamente bassa di numeri compresi tra i 1.000 e i 2.000 neonati su 550.000 che nascono. È un tema di interesse straordinario dal punto di vista scientifico, un tema importantissimo dal punto di vista etico ed è anche un tema che deve tenere conto che noi viviamo sul pianeta Terra, per cui sicuramente è fondamentale concentrare tutti gli sforzi centralizzando questi neonati nelle poche unità specializzate nella gestione dei grandi prematu-



Se le prestazioni al femminile non vengono rivalutate, ci si troverà costretti a limitarle, a controllarne il numero e a diminuirne la qualità. Questo è un problema clinico, etico, deontologico e medico-legale, perché l'opinione pubblica non è informata sulla situazione e la paziente che oggi si affida all'ospedale pubblico non sa che dietro la sua operazione c'è un contenzioso tra i ginecologi e i manager

ri in maniera tale che abbiano le migliori cure a disposizione. In questo senso direi che il problema è solo di strategia assistenziale.

La Sigo è anche impegnata nella preparazione del Congresso mondiale Figo 2012 a Roma, un'occasione nella quale tutte le anime del mondo ostetrico e ginecologico italiano sono chiamate a dare il loro contributo.

Già a partire dalla fine del 2003, abbiamo proposto di costituire un team, come quelli che si preparano per la Coppa America, che vede tutte le anime del mondo ostetrico lavorare insieme. Il Congresso mondiale del 2012 può essere uno dei tanti congressi che avvengono sul territorio italiano. Ci saranno 15.000 ginecologi in rappresentanza di 150 paesi con le loro tradizioni. Ma l'Italia è un paese abituato al turismo e 15.000 persone che si fermano quattro



giorni per un congresso possono passare inosservate. Per questo è necessario cogliere l'opportunità per far sì che questo Congresso sia un'occasione per migliorare la nostra situazione, per risolvere i nostri problemi, così come è importante condividere questo evento con il resto dell'Europa visto, oltretutto, che l'Europa può essere di stimolo e d'aiuto nella risoluzione delle problematiche sanitarie, così come ha fatto in mille altre occasioni. Noi pensiamo che il Congresso mondiale del 2012 sia un faro per far sì che tutte le componenti esprimano la parte migliore di se stesse al fine di risolvere i problemi interni e adeguare l'assistenza agli standard che sono necessari.

Come giudica l'approccio portato avanti dall'Aogoi perché il ginecologo sia sempre più un "medico della donna" in maniera completa, in grado di seguirla dalla pubertà fino agli ultimi momenti di vita?

Io sono un convinto assertore della cosiddetta medicina di genere, quindi sono convinto che il ginecologo sia veramente il "medico

Farsi portavoce delle pazienti e della loro specifica situazione locale, tenendo conto dei regionalismi e delle differenze. Senza presumere che l'Italia sia tutta uguale ma valorizzando le capacità e minimizzando le incapacità

della donna", dall'adolescenza fino all'età matura, così come il pediatra è il medico dei bambini, proprio perché per la sua formazione endocrinologica, chirurgica, perinatologica e anche ambulatoriale è quello che raccoglie in sé tutte le competenze per affrontare questo ruolo.

Ci può presentare le linee di massima verso le quali si orienterà la gestione Sigo nel prossimo futuro? L'impronta futura della Società è già scritta nei primi otto mesi di vita. Il primo punto è farsi portavoce delle pazienti e della loro specifica situazione locale, tenendo

conto dei regionalismi e delle differenze senza presumere che l'Italia sia tutta uguale ma valorizzando le capacità e minimizzando le incapacità; partendo da qui, rivolgersi alle istituzioni politiche e soprattutto valorizzare moltissimo le associazioni di pazienti mettendo in rete la nostra capacità di dialogo con le associazioni italiane ed europee che si occupano della medicina di genere. La seconda cosa, utilizzare i new media per arrivare direttamente a specifiche fasce di popolazione; terzo punto, un grande investimento nella comunicazione. Quarto aspetto fondamentale è non perdere di vista l'evidenza scientifica di grande livello, soprattutto scegliendo quella che può essere portata immediatamente e con grande vantaggio nella pratica clinica: credo che mai come in questi anni sia diventato necessario, per motivi economici e di scarsità di risorse ma anche per motivi sociali e medico-legali, essere estremamente rapidi in questo processo di trasformare un progresso scientifico in un atteggiamento clinico valido. Non possiamo più esitare, la vaccinazione Hpv ne è la dimo-

strazione: i dubbi sono il sintomo di una comunicazione che non funziona; se la vaccinazione Hpv può contribuire a prevenire il cancro della cervice, deve essere messa in opera senza esitazione, se invece fosse solo un fatto commerciale dettato da interesse imprenditoriale, dovremmo essere in grado di fermarlo. Ultima cosa, noi come Sigo abbiamo riconfigurato il nostro

modo di operare secondo le evidenze scientifiche internazionali ed in particolar modo abbiamo costituito all'interno della Società quattro gruppi corrispondenti alle specialità considerate di riferimento (la medicina fetale, la medicina della riproduzione, l'oncologia ginecologica e la uro-ginecologia) e abbiamo creato dei gruppi di speciale interesse che contribuiscono a indagare alcune tematiche come l'endometriosi, la medicina di genere e la medicina legale.

**Presidente 84° Congresso Sigo – 49° Congresso Aogoi*

LE NOSTRE RAGIONI, IL NOSTRO FUTURO / 2

Un'occasione per ripartire

di Mario Campogrande

Come fili elettrici che si intersecano e si influenzano, sono mille gli argomenti che interessano la professione ostetrico-ginecologica. Il Congresso di Torino vuole raccogliermene se non tutti almeno la gran parte, esaminarli, ordinarli e rinforzarli. Per restituire a tutti i partecipanti un bagaglio formativo utile nel quotidiano della loro specifica realtà operativa

Se dovessi inventare una metafora con cui descrivere il ruolo che un congresso nazionale ha per la vita e le attività di una associazione medico-scientifica, ricorrerei all'immagine di una centralina. Possiamo figurarci centinaia, migliaia di fili ciascuno dei quali trasporta una delle tematiche costitutive delle azioni mediche: c'è il grosso cavo della medicina di genere, rivestito dalla guaina istituzionale del documento del Ministero "La salute delle donne. Un diritto in costruzione" nella quale si intrecciano i fili rappresentati da tante discipline specialistiche; c'è il filo della Legge 194, un po' contorto e che sembra sempre sul punto di spezzarsi (d'altra parte ha appena compiuto trent'anni!); ma soprattutto ci sono i tanti, vitali conduttori che trasmettono il sapere scientifico, dall'oncologia ginecologica alla chirurgia mininvasiva, dalle tecniche di preservazione della capacità riproduttiva alla frontiera rappresentata dalle cellule staminali.

Tutti questi argomenti, come matasse che si intersecano e si influenzano reciprocamente nel "circuitto" dell'attività professionale, giungono alla centralina del congresso che ha il compito di metterle in ordine, verificarne il buono stato funzionale, migliorarne la capacità di trasmettere energia e infine accertarsi che dalla centralina ripartano cavi a sufficienza per rifornire tutti gli "utenti". Che, ovviamente, in questo caso sono rappresentati dai perso-

ziosi e – siamo certi – numerosissimi colleghi ginecologi e ostetrici che hanno deciso di partecipare all'84° Congresso Sigo e 49° Congresso Aogoi di Torino "Le età della donna tra natura e tecnologia".

Le domande delle "età della donna"

Ora, organizzare una "centralina" di queste capacità non è gioco da poco. Bisogna innanzitutto avere un quadro chiaro di quanti e quali siano le tematiche che si intersecano nel servizio ostetrico-ginecologico. E qui, oltre alla nostra perso-



nale pratica professionale, ci vengono in aiuto i tanti suggerimenti raccolti dai colleghi di tutta Italia. Crediamo di poter dire che il programma congressuale rappresenta bene la realtà della nostra professione grazie al fatto di approfondire, anche in più sessioni, i temi centrali di maggiore interesse clinico. Tra le "età della donna" con cui ci relazioniamo quotidianamente nel nostro lavoro, infatti, c'è sempre più spesso l'età matura: è da queste pazienti che ci giunge con frequenza la domanda di poter preservare la capacità riproduttiva, una doman-



da che coinvolge direttamente anche l'indagine e l'approfondimento sui progressi compiuti dalle tecniche di procreazione medicalmente assistita. Ma ci sono anche i problemi posti dalla paziente oncologica, per la quale siamo impegnati a realizzare una sempre migliore qualità della vita, traducendo in pratica clinica le novità che giungono dall'attualità scientifica. Aggiornamento anche riguardo alla chirurgia ginecologica che finalmente dispone di tecniche mininvasive sempre più raffinate, grazie al contributo che viene dalla robotica. E, a proposito di prospettive innovative, il programma del congresso di Torino non poteva certo trascurare un argomento così ricco di aspettative come quello legato all'impiego delle cellule staminali, che saranno esaminate sia dal punto di vista delle possibili fonti, anche in relazione alla normativa italiana in fase di rielaborazione proprio in questo periodo, sia da quello del loro significato in oncologia. Dalle cellule staminali arrivano anche indicazioni interessanti per quanto riguarda il loro impiego nel campo della terapia rigenerativa, argomento approfondito grazie al coinvolgimento di autorevoli esperti di terapia genica e di terapia cellulare. Ma le "età della donna" coinvolgono anche l'aspetto endocrinologico, che sarà esaminato sia in chiave diagnostica che terapeutica anche con il contributo di specialisti in medicine complementari.

Il ginecologo nella società

A Torino saranno affrontati anche quei temi che fanno parte di iniziative specifiche nella società italiana per la salute della donna, realizzate o in programma. Il primo pensiero, in questo caso, va allo screening e alla vaccinazione per il cervicocarcinoma, al centro di una delle iniziative ministeriali che ha conquistato maggiore visibilità e quindi, come spesso succede, che ha anche suscitato maggiori controversie: in sede congressuale daremo voce a tutte le differenti angolature dalle quali è possibile esaminare la questione, in modo da approfondire l'argomento con dibattiti anche vivaci tra tutti i professionisti coinvolti.



Questo è il Congresso di Torino: centinaia di relatori e moderatori, ricercatori e clinici provenienti da ogni angolo dell'Italia ai quali si affiancano tanti esperti internazionali di grande prestigio, che hanno risposto con entusiasmo all'invito di presentare il loro lavoro nel capoluogo piemontese

Specifiche sessioni saranno dedicate ad altri argomenti legati alla medicina sociale, con una speciale attenzione per la domanda di salute che sempre più spesso giunge ai ginecologi da parte delle donne migranti, ma senza trascurare altri aspetti emergenti come l'endometriosi e la depressione post-partum,

entrambe obiettivo di iniziative specifiche realizzate ultimamente dalle nostre società scientifiche, o la sanità militare, per la prima volta al centro di una sessione congressuale.

Infine, un altro argomento che spessissimo è stato dibattuto anche sulle pagine di *GynecoAgoi* è quello del nuovo ruolo del professionista medico stretto tra pratica clinica ed economia sanitaria: a valutare l'impatto di questa situazione ci saranno d'aiuto va-

ri esperti che hanno esaminato il problema in specifico riferimento alla professione ostetrico-ginecologica.

Attenzione ai giovani

Ecco l'insieme dei principali fili (tanti altri che non abbiamo citato qui sono evidenti dando una rapida lettura al programma torinese) che tro-



veranno la loro connessione nell'evento in programma. Come ordinarli? Quale ratio seguire per permettere a tutti i partecipanti di ottenere il massimo risultato? Costruire un programma congressuale pone questo tipo di domande: noi abbiamo prestato maggiore attenzione ad alcune caratteristiche specifiche che ci sono parse particolarmente importanti. Innanzitutto ci premeva cercare di dare spazio al maggior numero possibile di relatori, per far sì che la pluralità di angolature dalle quali è possibile esaminare la professione emergesse con la massima completezza. Per questo motivo ci siamo posti la regola di non avere ripetizioni di presenza dello stesso relatore in diverse sessioni o tavole rotonde. Questo ha consentito di avere spazi in cui ospitare anche le presentazioni dei giovani ricercatori, che ci permettiamo di definire per certi versi i fruitori principali dell'evento congressuale: ci sembra infatti fonda-

mentale che l'esperienza di chi è nel campo da più tempo possa incontrarsi con l'entusiasmo e la vitalità di chi si impegna con energia giovanile ad ampliare l'ambito delle competenze proprie e dell'insieme degli ostetrici e dei ginecologi. Con quest'ottica ci siamo preoccupati di creare occasioni in cui i giovani colleghi abbiano nuove importanti opportunità formative, ad esempio interagendo con équipe operatorie nel corso di videoconferenze con chirurgia in diretta. Ma anche i sei Corsi pregressuali, in programma prima dell'inaugurazione dell'evento, sono pensati in modo tale da permettere ai giovani professionisti di confrontarsi non tanto con lezioni teoriche su nozioni già apprese ma con la realtà quotidiana e concreta del lavoro. È un contributo tangibile al dibattito sulla formazione che verrà analizzato anche in specifiche sessioni, come la presentazione delle varie realtà formative europee, prevista già per il primo giorno o quella condotta con i vertici della Federazione internazionale di ginecologia e ostetricia (FIGO) che indicherà come nello scenario mondiale gli aspetti formativi si uni-

Crediamo di poter dire che il programma congressuale rappresenta bene la realtà della nostra professione grazie al fatto di approfondire, anche in più sessioni, i temi centrali di maggiore interesse clinico

scono alle specifiche richieste di salute che giungono da parti del mondo meno fortunate rispetto alla nostra. Si tratta di argomenti che nella situazione europea e italiana, appesantita da alcune difficoltà, a volte vengono dimenticati ma che costituiscono la realtà pesante e non ignorabile di oltre la metà del pianeta.

La "filosofia" del Congresso

La "natura", tema del congresso insieme alla tecnologia, non può non

essere considerata nelle sue diverse manifestazioni, amica o nemica: nemica nelle molteplici manifestazioni della patologia, amica nel fornire nuovi spunti di ricerca e fonti di terapia. La "centralina" congressuale non può quindi dimenticare le figure professionali che al rispetto della naturalità dell'evento nascita dedicano oggi più che mai le proprie energie: ecco perché una intera sessione sarà dedicata dalla Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche, che presenteranno le nuove esperienze di gestione di gravidanza e parto a basso rischio che vanno diffondendosi nel nostro paese. Altri specifici simposi sono affidati a importanti realtà associative affiliate. Ed è una novità del Congresso di Torino la presenza di simposi e sessioni realizzate in collaborazione dai ginecologi che operano nelle strutture territoriali ambulatoriali o nei consultori con i colleghi che invece operano in strutture di ricovero.

Il numero e la complessità degli argomenti da affrontare in così pochi giorni ha reso necessario organizzare più sessioni in contemporanea nelle belle sale del Lingotto: abbiamo tuttavia prestato particolare attenzione all'articolazione e alla successione delle varie sessioni per permettere ai partecipanti di scegliere gli argomenti più consoni alle loro esigenze formative.

Questa è la "centralina" del Congresso di Torino: centinaia di relatori e moderatori, ricercatori e clinici provenienti da ogni angolo dell'Italia ai quali si affiancano tanti esperti internazionali di grande prestigio che hanno risposto con entusiasmo all'invito di presentare il loro lavoro nel capoluogo piemontese. L'augurio è, naturalmente, che da questa centralina tutti i partecipanti ripartano con maggiore energia e vitalità e con un bagaglio professionale rinnovato da impiegare efficacemente ciascuno nella sua specifica concreta realtà lavorativa.

*Presidente 84° Congresso Sigo –
49° Congresso Aogoi*

LE NOSTRE REGIONI, IL NOSTRO FUTURO / 3

Fiducia e intraprendenza

di Giovanni Monni*

Questo 49° Congresso Aogoi, che si svolge in seno all'84° Congresso Sigo a Torino, è l'occasione per festeggiare un compleanno importante e per tracciare un bilancio sereno a sessanta anni dalla nascita della nostra associazione

Sessanta anni di storia sono un bagaglio preziosissimo. Oltre mezzo secolo di vita, in cui la Aogoi è diventata la più numerosa associazione italiana di ginecologia e ostetricia. Un periodo intenso, durante il quale abbiamo operato avendo sempre chiari i nostri obiettivi principali: favorire condizioni di lavoro e di sviluppo professionale ottimali agli iscritti, nei diversi ambiti in cui operano, per aiutarli a svolgere al meglio la loro professione; operare affinché le istituzioni creino le condizioni migliori perché questo accada o, quanto meno, rimuovano gli ostacoli più ingombranti; permettere ai più giovani – ma non solo a loro – di sviluppare le proprie capacità professionali realizzando iniziative di formazione e aggiornamento di grande spessore e autorevolezza. Questi obiettivi sono stati il faro guida anche nei miei due anni di presidenza, durante i quali sono stato sempre supportato dal prezioso lavoro di tutto il Direttivo, che mi preme ringraziare anche in questa occasione, e di tanti soci. Due anni, se confrontati ai nostri sessanta di storia, rappresentano senz'altro un arco temporale piccolissimo. Ma credo di poter dire che sono stati spesi con lo spirito e la volontà di far compiere alla professione ostetrica e ginecologica un passo avanti verso il futuro. È infatti proprio in quest'ultimo periodo che le tematiche legate alla maternità, all'assistenza neonatale e alla salute della donna sono state poste al centro del dibattito mediatico, con tutti i loro risvolti etici.

E in questo contesto, i ginecologi



dell'Aogoi hanno saputo essere un punto di riferimento imprescindibile, come dimostra innanzitutto l'impegno che l'Associazione è stata chiamata ad assumere in diverse occasioni rappresentando la categoria nei rapporti con le istituzioni.

Il lavoro con le istituzioni

Durante il ministero di Livia Turco abbiamo dato un contributo importante per la realizzazione di tante azioni contenute nel Piano ministeriale per la promozione e la tutela della salute delle donne e dei bambini, come la riqualificazione del Percorso nascita, la promozione della salute e dei diritti delle partorienti e dei nati, le azioni in favore delle adolescenti, delle donne immigrate e delle donne che subiscono violenza. Abbiamo partecipato ai lavori del tavolo di esperti chiamati dall'allora ministro della salute per elaborare delle indicazioni operative relative ai nati in età gestazio-

nali estremamente basse. E non dimentichiamo le tante iniziative a cui l'Aogoi ha partecipato, anche insieme alla Sigo, come la campagna nazionale vaccinale contro il tumore del collo dell'utero per le ragazze in età prepuberale, la prima gratuita in Europa. Questo per quanto riguarda i rapporti di collaborazione con il precedente Governo: ma a giudicare da questi primi mesi di attività del nuovo esecutivo, abbiamo ragione di ritenere che la rappresentanza dell'Aogoi sarà chiamata a collaborare strettamente anche con il nuovo ministero del Welfare, con i sottosegretari alla Salute e con tutte le istituzioni nazionali con le quali sarà utile lavorare. D'altra parte, gli obiettivi da raggiungere sono ancora tanti.

Una delle questioni che mi stanno più a cuore nel confronto con le istituzioni è rappresentata dalla necessità di trovare soluzioni a problemi come la sicurezza delle strutture e la gestione del rischio clinico. Su questo ultimo argomento stiamo portando avanti da tempo un lavoro molto complesso, che prevede l'inserimento di norme specifiche nel quadro del riassetto del Sistema sanitario nazionale. Ma l'Aogoi non poteva restare immobile in attesa che le istituzioni individuassero le soluzioni più efficaci a questo problema: era necessario permettere ai nostri associati di proseguire il loro lavoro in tranquillità. E per questo motivo che abbiamo dato vita allo "Scudo giudiziario" Aogoi, una protezione completa per ostetrici e ginecologi che comprende la Convenzione stipulata con i Lloyd's di Londra – che garantisce gratuitamente a tutti gli iscritti Aogoi un'ulteriore copertura assicurativa di responsabilità civile fino a un milione di euro – andatasi ad affiancare alla storica polizza Protezione legale Aogoi. E ancora il servizio di assistenza M.A.M.M.A. Aogoi, riservato ai soci che si trovano coinvolti in un contenzioso medico-legale per motivi professionali o che hanno dei conflitti con l'Azienda di appartenenza. Dal 1° luglio



2008, inoltre, abbiamo provveduto a rafforzare questa protezione estendendo la Polizza Convenzione "Protezione Legale" Aogoi non solo al penale ma anche al contenzioso civile, sempre con il massimale di 25 mila euro per evento. Il pacchetto di servizi previsto dallo Scudo giudiziario Aogoi rappresenta uno dei progetti più importanti realizzati in questi anni sul "fronte interno" per permettere ai nostri associati di lavorare in sicurezza e tranquillità. Un "fronte interno", vorrei sottolinearlo, che abbraccia anche le diverse società affiliate che rappresentano ginecologi che operano in particolari contesti. Tra queste, per citarne alcune, la Sios, intorno alla quale si raccolgono i professionisti ospedalieri che combattono la sterilità, la Smic, la Società medica italiana per la contraccezione, e la Agite che rappresenta i ginecologi territoriali – una realtà particolarmente importante in un momento in cui da più parti si richiama l'importanza dei consultori e della presenza dei professionisti della salute della donna sul territorio.

Si al confronto

Parlando di sigle vicine al mondo Aogoi, non posso tralasciare lo "scontro" avvenuto lo scorso anno con i colleghi universitari della Agui, con i quali in precedenza abbiamo avuto modo di collaborare felicemente nell'ambito delle attività della Sigo. Come ho annunciato ultimamente in una lettera aperta ai soci, si è aperto un costruttivo dialogo con la Agui, grazie soprattutto all'impegno dell'infaticabile segretario nazionale Aogoi Antonio Chiantera e del professor Ettore Cittadini della Agui di Palermo: già a giugno scorso si è svolto un incontro a Roma tra le delegazioni delle due associazioni durante il quale sono state presentate diverse proposte operative per lavoro

rare per il comune interesse e per l'immagine della ginecologia italiana, non solo nel nostro paese ma anche all'estero.

Il nostro impegno

Non dimentichiamo che, quasi in contemporanea alla mia elezione a presidente due anni fa, è giunta da Kuala Lumpur, dove era in corso il XVIII congresso mondiale della Figo, la notizia dell'assegnazione del XX congresso mondiale per l'anno 2012 alla città di Roma. È la prima volta nella ginecologia mondiale che l'Italia viene scelta come sede per l'organizzazione di un evento di rilevanza internazionale ed è, questo, un risultato che giunge dopo due anni di lavoro intenso, durante i quali abbiamo dimostrato la capacità di sapere fare "gruppo" e che ci permetterà di far conoscere meglio a livello internazionale la ginecologia italiana. È un appuntamento al quale stiamo lavorando con grande dedizione, mentre continuiamo a portare avanti il nostro

Il congresso FIGO 2012 è un risultato che giunge dopo due anni di lavoro intenso, durante i quali abbiamo dimostrato la capacità di sapere fare "gruppo"



impegno sulle grandi “sfide della professione”, una su tutte, la formazione medica post laurea e il ruolo degli ospedali, attivandoci per realizzare in seno alle nostre strutture un modello integrato di insegnamento clinico, di ricerca medica e di assistenza. E per proseguire e arricchire le nostre altre fondamentali iniziative di formazione e aggiornamento. Come il corso di aggiornamento teorico-pratico in medicina embrio-fetale di Villasimius, giunto quest’anno alla sua ottava edizione; l’attività della Scuola di Perfezionamento in chirurgia pelvica Aogoi, con i corsi di training pratico di chirurgia su modello animale vivente, di chirurgia laparo-

I giovani, con il loro entusiasmo e la loro voglia di rinnovare, sono una risorsa preziosissima per la nostra Associazione

scopica e laparotomica, organizzati presso il Centro di Biotecnologie del “Cardarelli” di Napoli, e di oncologia ginecologica, organizzati in collaborazione con il Centro di riferimento oncologico di Aviano. Vorrei ricordare anche i due corsi

di formazione sul risk management in sanità, tenutisi nel 2006, e i sei che si sono svolti lo scorso anno che, accanto al prestigioso Forum sulla “Responsabilità professionale medica in Europa – sistemi giuridici a confronto”, svoltosi presso il Senato a Roma il 2 ottobre 2007, costituiscono momenti fondamentali per permettere ai nostri iscritti di districarsi nel contesto della medicina difensiva divenuta, purtroppo, negli ultimi anni una delle questioni più urgenti sul tappeto.

In questi anni ci siamo impegnati anche sul fronte editoriale, dando nuovi impulsi alla nostra rivista *GynecoAogoi* e pubblicando volumi come “Violenza contro le Donne: Compiti e Obblighi del Ginecologo”, che presenta i dati e le esperienze raccolte a livello nazionale dalla Commissione nazionale Aogoi per la violenza sulle donne, o le linee guida Aogoi sulla “Macrosomia fetale”, sulla “Gravidanza protratta” e sul “Ruolo dei folati nella prevenzione di patologie fetali – Folati e benessere fetale”, o le “Raccomandazioni clinico-pratiche in peri-postmenopausa e terza età”, elaborate sotto l’egida della Fondazione Confalonieri Ragonese.

La nostra road map

Come è facile intuire anche da queste brevi note, le attività portate avanti dalla Aogoi in questi anni so-

no molteplici, caratterizzate da finalità diverse ma complementari e volte a coinvolgere differenti ambiti, da quello dei professionisti associati, alle istituzioni e alla popolazione generale. E credo sia necessario andare sempre più in questa direzione, se vogliamo aiutare i ginecologi e gli ostetrici italiani a sviluppare capacità al passo con i tempi. Per questo ritengo fondamentale confermare e rafforzare la nostra presenza come associazione al fianco dei ginecologi nella gestione del rischio clinico, cercando di essere presenti in ogni regione con un servizio di consulenza e assistenza legale ma anche agendo sul Parlamento e sul Governo perché realizzino il quadro normativo che adesso manca. In questo senso è importante riuscire a concretizzare i progetti e le iniziative annunciati dal nostro segretario nazionale Antonio Chiantera, quali l’apertura di un ufficio di rappresentanza Aogoi presso il Senato e la Camera dei Deputati; l’immediata riproposizione della Legge Delega sulle Camere di Conciliazione; la defiscalizzazione degli oneri assicurativi. Occorre inoltre riattivarsi sul fronte della difesa della salute della donna anche in età avanzate, destinando risorse ed energie ai centri che operano su temi specifici della terza età con il ripotenzamento del Progetto Menopausa Italia, ma anche aiutando i giovani ginecologi a farsi avanti sulla strada della professione sia attraverso progetti scientifici e di formazione sia sostenendo i ricercatori ospedalieri in misura sempre maggiore nei prossimi anni. I giovani, con il loro entusiasmo e la loro voglia di rinnovare, sono una risorsa preziosissima per la nostra Associazione, così come ogni altra componente del multiforme mondo Aogoi, a partire da quella femminile alla quale la nostra stessa professione ci spinge a guardare con particolare attenzione.

Se continueremo ad avanzare insieme, integrando e mescolando tutte le nostre diversità, potremo realizzare una continua crescita dell’associazione che si tradurrà in concreta soddisfazione professionale per gli iscritti e in un beneficio insostituibile per la salute delle donne.

Questo è il nostro dovere, questo è il nostro obiettivo, questo è quello che con fiducia e intraprendenza faremo anche in futuro. ■

**Presidente Aogoi*

XVI LEGISLATURA: SANITÀ E POLITICA/1

Una fucina di idee e l'auspicio di leggi "al galoppo"

di Antonio Tomassini*

Nostro e mio compito in questa legislatura sarà quello di far galoppare la fucina di iniziative legislative presentate e quelle che verranno, dando la conferma che la politica, le istituzioni vi sono vicine

Cari Amici, Colleghi ginecologi, sono lieto che "l'84° Congresso Sigo", che ha per oggetto un tema di interesse e ricco di prospettive di sviluppo, quale "le età della donna tra natura e tecnologia", sia per me l'occasione per porgere un saluto e soprattutto per esporre quanto ad apertura della XVI Legislatura è stato proposto nell'attività parlamentare, in campo sanitario.

Nella Legislatura in corso e da poco insediata, ho l'onore di presiedere nuovamente la 12ª Commissione Igiene e Sanità del Senato. Nel mio reiterarmi con spirito rinnovato, desidero informarvi sulle iniziative istituzionali che porteremo avanti con la stessa spinta propositiva che abbiamo efficacemente dimostrato in questi primi 100 giorni di governo.

Sfogliando l'intenso programma congressuale sono rimasto piacevolmente sorpreso di trovare aspetti e temi che sono in sintonia con il programma di iniziative già calendarizzate in Commissione Sanità. Accade che le opportunità di confronto con le Società scientifiche e con le figure professionali sanitarie sono limitate e mi avvalgo di questa occasione per segnalarvi con quale intesa sono vicino al mondo ginecologico, che per lunghi anni mi ha visto presente.

Desidero presentarvi in tal senso alcune delle iniziative che con energica volontà cercheremo di portare avanti durante la legislatura in corso.

Responsabilità professionale

La prima, che ritengo di dover segnalare, che sostengo particolar-

mente e di cui sono il primo firmatario, è il Disegno di Legge A.S. n. 50 **Nuove norme in materia di responsabilità professionale del personale sanitario**, a firma Tomassini e Malan (29 aprile 2008).

Il tema della responsabilità professionale del personale sanitario merita un'attenta valutazione. È noto infatti che il problema del contenzioso per reati ascritti al personale sanitario, medico in primis, ha subito un notevole incremento negli ultimi anni. Questo ha comportato, da un lato, un sempre maggior ricorso all'autorità giudiziaria dei pazienti e, dall'altro, atteggiamenti "difensivi" dei sanitari preoccupati

Responsabilità professionale: "attenuare la pressione psicologica nei confronti dei sanitari; accelerare la soluzione delle vertenze giudiziarie; garantire la competenza e l'imparzialità degli esperti"

pati di tutelare la propria immagine professionale, troppo spesso vilipesa con processi sommari condotti in sedi non istituzionali. Gli obiettivi del disegno di legge possono essere così riassunti: attenuare la pressione psicologica nei confronti dei sanitari; accelerare la soluzione delle vertenze giudiziarie; garantire la competenza e l'impar-



zialità degli esperti chiamati ad esprimere un parere spesso determinante in tema di responsabilità medica (arbitri e consulenti tecnici d'ufficio). E, più importante di tutto, stabilire chiaramente che, per il risarcimento dei danni subiti dai pazienti che chiedono assistenza ad una struttura ospedaliera, sia pubblica sia privata, sia quest'ultima a risponderne civilmente.

Endometriosi

Ho sostenuto con molta convinzione la presentazione del D.L. n. 15 da parte della senatrice Laura Bianconi "Istituzione del Registro nazionale dell'endometriosi", tema che trova

ampio spazio nell'ambito dell'attività congressuale.

L'endometriosi, malattia cronica e complessa, mostra una prevalenza pari a circa il 10 per cento nella popolazione generale femminile in Europa. L'attuale disegno di legge prevede l'istituzione del Registro nazionale dell'endometriosi e dei relativi registri regionali, al fine di



conoscere l'esatta prevalenza e l'incidenza della malattia. Tale scelta consegue a quanto emerso dall'indagine conoscitiva svolta dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica nel corso della mia ultima Presidenza, nella XIV legislatura. Tale indagine è nata con lo scopo di fotografare la situazione italiana al fine di riconoscere l'endometriosi quale malattia di interesse sociale ed economico, di individuare i percorsi di diagnosi e cura, di fornire elementi di conoscenza per l'adozione di politiche pubbliche al-

la malattia sociale, l'opportunità di istituire una Commissione di esperti presso il ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, con il compito di definire apposite linee guida sulle cure, nonché i nuovi Diagnosis Related Groups (Drg) concernenti le relative prestazioni sanitarie. L'interesse nei confronti della malattia "Endometriosi" con il DL n. 15 è stato da noi istituzioni accolto e ci auspichiamo che possa trovare consenso da tutte le componenti politiche affinché il cammino legislativo sia senza impedimenti.

la luce delle linee guida europee e mondiali. La conoscenza di questi dati permetterà di fare analisi non solo epidemiologiche e cliniche, ma anche sociali, che contribuiranno a migliorare la conoscenza della malattia e di conseguenza la qualità assistenziale. Nell'ambito di confronto trasversale tra forze politiche, nell'ottica di

Cervico-carcinoma: vaccinazione e screening

Oggetto dei lavori congressuali odierni è la vaccinazione, intesa come prevenzione primaria, e lo screening del cervico-carcinoma. Con **Atto di Sindacato Ispettivo n. 1-00008** la Commissione Sanità, un gruppo di Parlamentari tra i quali me stesso, sen. Tomassini, le senatrici Boldi, Bianconi e altri esponenti della Pdl, ha formalmente impegnato il Governo ad intraprendere azioni al fine di promuovere l'assegnazione alle autorità sanitarie nazionali e regionali di maggiori risorse per la prevenzione del tumore alla cervice uterina, per l'aumento dell'adesione alla campagna di screening con Pap test, per incre-

Nostro e mio compito in questa legislatura sarà quello di far galoppare la fucina di iniziative legislative presentate e quelle che verranno, dando la conferma che la politica, le istituzioni vi sono vicini

un beneficio finalizzato alla salute della donna malata di endometriosi, sono all'esame ulteriori proposte. Tra queste: l'istituzione della giornata Nazionale per la lotta all'endometriosi, la previsione di consider-

mentare l'attività di comunicazione e informazione da parte delle autorità sanitarie sulle modalità di prevenzione primaria e secondaria del tumore della cervice uterina. Ad istituire la settimana della prevenzione del cancro della cervice uterina come momento rilevante di analisi della situazione in Italia e di definizione delle misure necessarie per ottimizzare la strategia di prevenzione. La settimana consigliata è la terza del mese di gennaio, in concomitanza con la settimana europea della prevenzione promossa dalla European Cervical Cancer Association.

Cure palliative domiciliari integrate

Altra questione di mio interesse e presente nel programma congressuale Sigo riguarda: "le possibilità di prevenzione e di trattamento per la qualità di vita della paziente oncologica", l'ho affrontato nel **DL n. 66 "Disposizioni in materia di cure palliative domiciliari integrate**

per pazienti terminali affetti da cancro” a mia firma. A fronte di un Servizio sanitario nazionale dimentico dell’aspetto umano e psicologico della sofferenza, che non offre uno specifico programma di cure e assistenza per i malati terminali, si intende istituire un programma di cure domiciliari, per cure palliative domiciliari integrate, cura e assistenza globale, che passi anche attraverso la razionalizzazione delle iniziative sorte sporadicamente in alcune regioni.

Consenso informato e dichiarazioni anticipate

Connessa a tale questione è quella affrontata dal DL n. 51 “**Disposizioni in materia di consenso informato e le dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario di particolare interesse anche in ambito ginecologico**” finalizzato alla concreta applicazione al riconosciuto principio di autodeterminazione nel campo delle cure mediche, diritto di cui ogni individuo gode, in relazione alle scelte riguardanti la propria salute. Compito della società è garantire e tutelare la vita dei cittadini assicurando loro tutti i mezzi a disposizione per le terapie curative o palliative migliori, a garanzia di un’esistenza dignitosa fino all’ultimo. Il presente intervento normativo mira a far in modo che ogni individuo possa preventivamente disporre in merito ai trattamenti sanitari cui intenda o meno essere sottoposto, al trattamento del proprio corpo o delle proprie spoglie, nonché esprimere le proprie convinzioni religiose. Tale esternazione può essere effettuata attraverso due mezzi, la dichiarazione anticipata di trattamento con la quale è il soggetto stesso a dare precise indicazioni in merito alle proprie scelte sanitarie, oppure, in previsione dello stato di incapacità che può sopraggiungere in presenza di alcune patologie, delegando una persona di fiducia.

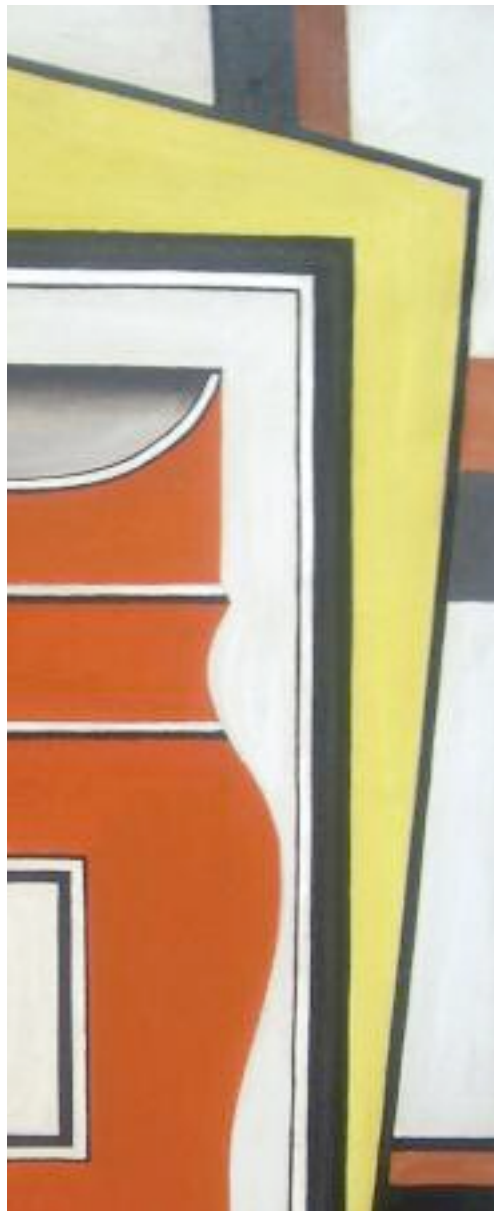
Efficacia ed efficienza del Ssn

Anche in questa legislatura si è ritenuto di istituire la **Commissione**

parlamentare d’inchiesta sull’efficacia e l’efficienza del Servizio sanitario nazionale su proposta unanime dei Gruppi parlamentari della Commissione Igiene e Sanità.

Tale commissione è nata dalla XII Legislatura per la necessità di acquisire gli elementi conoscitivi sullo stato della sanità pubblica e privata nel nostro Paese, e per la verifica dello stato di attuazione del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517. L’esperienza positiva ha portato a riproporre la Commissione anche in questa legislatura, con il fine di definire i compiti della sanità legata al territorio e alle cure e all’assistenza alla persona presso il proprio domicilio, considerando tali compiti come filtro decisivo rispetto all’accesso, molte volte improprio, alle strutture ospedaliere. Si ritiene necessario studiare la relazione intercorrente tra lunghezza delle liste di attesa e nuova organizzazione delle attività extraoemia o intraoemia. Da quanto menzionato ho voluto sinteticamente anticiparvi alcuni degli aspetti propositivi e dei DL di maggiore interesse per gli addetti ai lavori ma anche per i cittadini, in quanto le Istituzioni, e in particolare la Commissione Igiene e Sanità che ho l’onore di presiedere, sono vicine alla salute della collettività, del singolo e in questo ambito specifico alla salute della Donna.

Confidiamo nelle Società scientifiche con cui in questi anni abbiamo interagito positivamente, affinché



continuino ad essere promotori di segnalazioni di interesse socio sanitario con noi istituzioni; auspichiamo che la Ricerca possa continuare ad ampliare spazi di conoscenze e dare soluzioni per il miglioramento della salute della donna. Nostro e mio compito in questa legislatura sarà quello di far galoppare la fucina di iniziative legislative presentate e quelle che verranno, dando la conferma che la politica, le istituzioni vi sono vicine. ■

**Presidente Commissione Igiene e Sanità, Forza Italia*

XVI LEGISLATURA: SANITÀ E POLITICA/2

Il medico vero e il *superb technician*

di Ignazio Marino*

Medici dentro e fuori l'ospedale

Fare il medico è certamente impegnativo dal punto di vista professionale ma *essere medico* è ciò che fa la differenza nel modo di concepire e di condurre la propria vita.

Non si tratta, infatti, semplicemente di una questione linguistica ma di una vera e propria condizione esistenziale in cui il medico si trova quando percepisce se stesso come un tutt'uno con la sua professione e con il suo ruolo sociale. Svolgendo un lavoro molto particolare, da cui dipende la salute e la serenità di altre persone, il medico dovrebbe sentirsi tale in ogni momento della sua vita, dentro e fuori l'ospedale, al di là dell'orario di lavoro. In altre parole, essere medico dovrebbe rappresentare il frutto di una scelta ben ponderata, di una vera e propria vocazione oserei dire.

Ricordo bene che negli anni '80, mentre completavo la mia formazione nei trapianti a Pittsburgh, un termine molto temuto da noi studenti era quello di *superb technician*. Se il nostro maestro, Thomas Starzl, chiamava così uno di noi era per dire che quel giovane chirurgo aveva ancora molta strada da fare, al momento era infatti solo un ottimo operatore, ben lontano dall'essere un ottimo clinico che deve avere doti caratteriali e umane che vanno al di là della tecnica chirurgica. Oggi, nell'era della tecnologia, invece, il medico tende ad essere individuato soprattutto come un tecnico, esperto di una certa disciplina, conoscitore di soluzioni terapeutiche per ogni tipo di malattia, possibilmente infallibile. Ma il medico non è un tecnico e non è nemmeno uno scienziato nel senso stret-

L'essere medico sta lentamente cedendo il passo a chi fa il medico come puro esercizio di tecnica, per quanto affinata dall'esperienza e dalla specializzazione



to del termine. Certamente si occupa di alcune branche della scienza, dalla fisiologia, alla farmacologia, dalla fisica alla matematica, dalla genetica alla biologia, ma allo stesso tempo dovrebbe conoscere la psicologia, l'economia, dovrebbe essere in grado di comunicare e di interpretare i fenomeni sociali. Ed è proprio questa complessità della professione ad essere entrata in crisi: *l'essere medico* sta lentamente cedendo il passo a chi *fa il medico* come puro esercizio di tecnica, per quanto affinata dall'esperienza e dalla specializzazione.

Dietro la crisi della professione

Gli elementi che fanno capire come quella del medico sia una professione che attraversa un periodo di crisi sono molti e valgono, con le

debite sfumature, in tutti i paesi del mondo ricco e industrializzato. Primo fra tutti l'influsso dominante della tecnologia: un fatto certamente positivo, che ha permesso i progressi che conosciamo e la scoperta di terapie inimmaginabili fino a pochi decenni fa, ma anche un elemento che ha spesso stravolto il rapporto umano tra medico e paziente. E se anche accettabile di sacrificare l'umanità del medico sull'altare della tecnologia, di fronte all'evidenza che una diagnosi basata su una Tac o una risonanza magnetica ha più probabilità di essere esatta rispetto ad un approfondito esame obiettivo, tuttavia non è possibile accettare che la tecnologia sia utilizzata non tanto per il bene del paziente ma piuttosto per quello delle industrie che l'hanno realizzata e poi messa in commercio.

Non dimentichiamo, infatti, che la sanità è uno dei grandi business del XXI secolo attorno a cui gravitano enormi somme di denaro. Solo in Italia parliamo di cento miliardi di euro investiti dallo Stato ogni anno per finanziare la sanità pubblica, a cui si deve aggiungere il fatturato della sanità privata. Evidentemente la medicina non può essere immune dalle strategie economiche dei grandi gruppi industriali o assicurativi, che operano talvolta seguendo unicamente logiche di profitto, ma proprio per questo servono regole e sistemi di controllo.

Personalmente non trovo scandaloso né errato il fatto che la sanità possa essere considerata come un settore di investimento da parte del mondo imprenditoriale, a condizione che sia garantita la qualità dei servizi, che ognuno rispetti il proprio compito ed il proprio ruolo e che il medico non venga influenzato o addirittura sottomesso agli interessi dettati dall'industria.

Ritornando agli elementi che portano alla crisi della medicina, va sottolineato come la stessa formazione universitaria sia anch'essa imposta in maniera determinante sugli aspetti tecnici e scientifici della professione e sempre meno su quelli umani, etici, filosofici e sociali. Inoltre va ricordato che l'organizzazione del lavoro, con la necessità di attenersi strettamente alle procedure, ai protocolli, alle regole indispensabili per rendere efficiente un'organizzazione complessa come un ospedale, può spingere il medico a sentirsi come una semplice

ruota dell'ingranaggio, utile per il buon funzionamento della macchina ma limitato nelle sue intuizioni e nella libertà di operare scelte non codificate. Problemi di questo tipo non esistevano nel 1963 quando venne eseguito il primo trapianto di fegato, quattro anni prima di quello di cuore. Ci vollero poi molti anni perché i trapianti diventassero una terapia salvavita dato che, agli inizi, tutti i pazienti morivano al tavolo operatorio e sino al 1967 nessuno riuscì a sopravvivere nemmeno un anno. I trapianti erano talmente complessi che al mondo erano solo due i chirurghi che eseguivano questo intervento e molti non li consideravano completamente sani di mente... Un giorno chiesi ad uno dei due come aveva fatto a decidere che per un grave episodio di rigetto si dovessero somministrare al paziente 1000 milligrammi di steroidi in vena. Non trovavo nessuna prova sperimentale che avvalorasse questo dosaggio. La semplice risposta fu che non lo sapeva, ma che doveva provare e 1000 milligrammi era un numero tondo che suonava bene.

I mali della sanità italiana

In un contesto che si assomiglia nei vari paesi industrializzati, l'Italia soffre in maniera particolare a causa dei problemi di una sanità pubblica sull'orlo del precipizio. Nel nostro paese, ai processi di cambiamento generale a cui abbiamo accennato si sommano gravi problemi strutturali e finanziari: alcune importanti regioni commissariate, altre a rischio bancarotta, problemi di bilancio per la maggior parte di esse. A ciò si aggiunge l'enorme disparità nella qualità dei servizi tra le regioni del sud e quelle del centro-nord, con fenomeni di emigrazione sanitaria che non accennano a diminuire e un milione di cittadini che ogni anno si mettono in viaggio alla ricerca di cure adeguate. Inoltre la politica, a cui spetterebbe il ruolo di elaborare le scelte strategiche di lungo periodo, in molti casi limita la propria azione solo alla nomina dei direttori generali e dei primari, considerando gli ospedali come luoghi per ottenere consenso più che eccellenza clinica.

In questo contesto abbiamo assistito increduli a notizie sconcertanti come la vicenda della Clinica milanese Santa Rita dove venivano asportati organi con tumori ines-



stenti o eseguiti interventi chirurgici su pazienti che non ne avevano bisogno per ricevere il Drg dalla Regione. Ma casi emblematici di truffe ai danni dello Stato sono stati scoperti in Lazio, in Calabria, in Sicilia e in Campania una recente inchiesta ha smascherato medici che eseguivano aborti clandestini a pagamento. La sanità non gode purtroppo di buona fama e ciò alimenta il senso di precarietà, preoccupazione e risentimento, nonostante nella grande maggioranza dei casi i pazienti siano assistiti correttamente e senza alcun incidente. Ogni anno però si contano 16 mila nuovi esposti contro ospedali e singoli medici e nel 68% dei casi i pazienti vengono risarciti per danni causati dall'inadeguatezza delle strutture, da guasti alle apparecchiature, da errori dovuti alla disorganizzazione. Anche se non responsabile in prima persona di tutto questo, il medico inevitabilmente ne fa le spese in termini di fiducia da parte dei pazienti.

La responsabilità dell'essere medici

Per contrastare i fenomeni appena descritti è fondamentale che i me-

dici ridiventino artefici del proprio destino, non semplici impiegati dell'ospedale ma veri e propri protagonisti di una sanità che lavora anche per elaborare proposte per migliorare i servizi, per ridurre gli errori, per ottimizzare l'utilizzo delle risorse. Il medico deve fare valere la forza della propria conoscenza e metterla a frutto del bene comune e del progresso generale. Sarebbe utile anche introdurre un sistema di valutazione del lavoro del medico che, sulla base dei risultati ottenuti, preveda incentivi e premi economici, avanzamenti di carriera e l'attribuzione di maggiori responsabilità e risorse. Solo attraverso una maggiore responsabilizzazione del singolo medico rispetto al suo ruolo sociale e all'importanza del suo lavoro si potrà sperare di invertire la tendenza allo scoraggiamento diffuso e non costruttivo.

La sanità può anche essere considerata come un settore economico e produttivo ma la salute non deve diventare una merce così come il medico non può accettare il rischio di assumere il ruolo del commerciante o del fornitore di servizi a tariffa fissa. ■

**Senatore del Partito Democratico*

LA SALUTE DELLA DONNA IMMIGRATA

Ridisegnare un nuovo modello di sanità

di Aldo Morrone*

Il fenomeno immigratorio nel nostro Paese si presenta sempre più diversificato, nel territorio, nel tempo e nelle caratteristiche del progetto di migrazione. La presenza di numerose donne e di intere famiglie ha cambiato notevolmente lo scenario immigratorio. Ma il nostro Ssn non è stato ancora in grado di rimodellare un'offerta di servizi socio-sanitari diversificati, elastici e soprattutto a misura umana

L'immigrazione in Italia

La realtà dell'immigrazione ha interessato solo negli ultimi venti anni il nostro Paese, che fino agli inizi degli anni Settanta vedeva ancora partire ogni anno oltre 300.000 cittadini in cerca di fortuna. Oggi possiamo affermare che il fenomeno immigratorio in Italia ha assunto una dimensione strutturale che non può essere più ignorata.

Al 1° gennaio 2007 gli stranieri ufficialmente residenti in Italia erano 2.938.922 (1.473.073 maschi e 1.465.849 femmine), rispetto all'anno precedente aumentano del 10,1%.

Secondo l'Istat risultano ancora "in forte crescita" i cittadini stranieri residenti provenienti dall'Europa centro-orientale: complessivamente l'incremento rispetto al primo gennaio 2004 è del 48,8%. Rispetto all'anno precedente è più contenuto, anche a causa dell'uscita da questa area geografica di Romania (+92,5%) e Bulgaria (+73,8%). Se si considerassero ancora in questo gruppo Romania e Bulgaria, paesi neocomunitari, l'incremento sarebbe ancora maggiore, pari al 60,1%. Alcune cittadinanze, come quella ucraina, rumena o polacca, mostrano incrementi straordinari. Anche i cittadini dell'Asia orientale continuano a far registrare aumenti consistenti, in particolare i cinesi, cresciuti da 87 mila a 145 mila unità. Albanesi, marocchini e rumeni, che a livello nazionale rappresentano le prime tre comunità straniere, sono presenti in



modo significativo in quasi tutte le aree del Paese, seppure con intensità maggiore in alcune regioni.

La maternità delle straniere

Come testimoniano numerosi studi, tra gli immigrati provenienti dai Paesi ad economia meno avanzata, i fattori di rischio dovuti alla povertà e all'emarginazione sociale si associano ad un più alto rischio di esiti negativi per la salute della donna in gravidanza, rispetto alla popolazione ospitante. Se si considerano la giovane età, la multiparità, l'alta prevalenza di anemie, di infezioni dell'apparato genito-urinario, il disagio interculturale e le condizioni socio-economiche precarie, si traccia il profilo di una popolazione altamente esposta alle malattie e alle complicanze. Alcuni studi condotti in Francia sul rischio materno-infantile nella popolazione immigrata hanno mo-

strato un incremento di parti prematuri e di nati morti correlati alla scarsità dei controlli prenatali. Anche in Gran Bretagna, diverse indagini hanno evidenziato un più basso peso alla nascita e un significativo aumento della mortalità perinatale per i nati di immigrati asiatici rispetto alla popolazione inglese.

In Italia, solo per citare un dato, l'analisi delle caratteristiche delle Ivg riferita solo ai dati definitivi dell'anno 2006 conferma che nel corso degli anni è andato crescendo il numero degli interventi effettuato da donne con cittadinanza estera, raggiungendo nel 2006 il 31,6% del totale delle Ivg, mentre, nel 1998, tale percentuale era del 10,1%. Questo fenomeno influisce sull'andamento generale dell'Ivg in Italia determinando una stabilità nel numero totale degli interventi e nasconde la diminuzione presente tra le sole donne italiane.

Nuove esigenze sanitarie

In generale, il fenomeno immigratorio si presenta sempre più diversificato, nel territorio, nel tempo e nelle caratteristiche del progetto di migrazione. Certamente, la presenza di numerose donne e di intere famiglie ha cambiato notevolmente lo scenario immigratorio. Di conseguenza, si sarebbe dovuto modificare anche il modello di assistenza sanitaria proposto dal nostro Servizio Sanitario Nazionale. Eppure, così non è stato. Invece di accettare la presenza di persone provenienti da culture altre, e rimodellare una offerta di servizi socio-sanitari diversificati, elastici e soprattutto a misura umana, si è preferito cercare di rivolgere agli stranieri quegli stessi servizi che spesso non erano più attenti alle persone, ma solo alle malattie, o ancora meglio alla logica di produrre profitto dal-

le malattie. Si è travasato nella sanità una massa di persone straniere che hanno sostituito nelle fruibilità del servizio stesso gli italiani che ormai, ad eccezione dei servizi di emergenza e di alta tecnologia, si rivolgono al privato. Si tratta di una percentuale di oltre il 25-30 per cento dell'intera popolazione che utilizza i servizi pubblici. È ancora lontano lo sviluppo di una medicina attenta alle complesse problematiche delle persone con il rispetto delle diverse dignità e culture.

L'esperienza dell'Inmp

L'esperienza accumulata dal nostro Istituto sul bisogno di salute degli immigrati in generale e delle donne immigrate in particolare ci permette di definire alcuni aspetti dell'immigrazione al femminile che riteniamo siano da tenere in considerazione nelle future scelte di sanità pubblica, soprattutto per ciò che riguarda la tutela della salute dei soggetti deboli.

- In Italia vi sono ormai più di tre milioni e mezzo di immigrati e al loro interno si osserva un continuo aumento della presenza di donne, di famiglie e di bambini.
- Secondo la nostra casistica l'intervallo di benessere "effetto migrante sano" tra la data di arrivo in Italia e la prima richiesta di assistenza medica si è ormai ridotto a circa 30 giorni.
- La mancanza del permesso di soggiorno si associa a uno stato di precarietà economica e di disadattamento che, insieme alla distanza dai consueti circuiti dell'informazione (si pensi a quanto sia importante l'informazione nei programmi di educazione alla salute) e alla mancata conoscenza del diritto a poter ugualmente accedere per via straordinaria al Ssn, mina pericolosamente il già precario stato di salute degli immigrati.
- Sebbene, dopo il 1994, il riconoscimento giuridico del diritto all'assistenza in area materno infantile sia stato esteso anche alla componente irregolare e nonostante i servizi, specie nelle grandi città, dichiarino un continuo incremento della domanda da parte delle donne straniere, persistono ancora notevoli ed ingiustificate differenze sia sul piano della qualità dell'assistenza sia su quello dell'informazione e prevenzione. Non tutte le donne

straniere vengono a conoscenza della normativa sui diritti alla tutela della salute materno-infantile anche se irregolari o "clandestine".

- Tali carenze informative assumono particolare rilevanza sul piano epidemiologico perché condizionano scelte e comportamenti in grado di modificare l'accettazione della gravidanza, il suo andamento, le modalità del parto e di influire sulla salute del bambino nel puerperio. Infatti la percentuale di nati pretermine, importante fattore di rischio per la mortalità perinatale, risulta essere quasi doppia rispetto al valore riscontrato tra le madri italiane.
- Questi problemi sembrano essere maggiormente presenti tra le donne che provengono dall'Europa dell'Est, tra quelle che sono presenti in Italia da un minor tempo, tra quelle con livelli più bassi di istruzione, tra quelle meno integrate e quelle appena arrivate irregolarmente, come le centinaia di donne che da anni sbarcano a Lampedusa e sono accolte al Centro di Prima Accoglienza.

Tra gli immigrati provenienti dai Paesi ad economia meno avanzata, i fattori di rischio dovuti alla povertà e all'emarginazione sociale si associano ad un più alto rischio di esiti negativi per la salute della donna in gravidanza, rispetto alla popolazione ospitante

Occorrerà in futuro impegnarsi perché la presenza degli stranieri rilanci una politica socio-sanitaria più attenta alle fasce deboli della popolazione, alle famiglie che vivono in precarie condizioni socio-economiche e culturali.

Verso un nuovo modello di sanità

Paradossalmente, potrà essere il fenomeno immigratorio a favorire un nuovo modello di sanità più atten-

to alla realtà delle persone che ai ricavi nell'erogazione di prestazioni. Il Sistema sanitario nazionale può rappresentare uno straordinario strumento di inclusione sociale e di integrazione, sempre che venga realizzato privilegiando la prevenzione e l'accesso appropriato ai servizi, senza "dopare" artificialmente la domanda di salute dei cittadini. Si tratta di impedire la realizzazione di un sistema sanitario che imponga una sorta di "consumismo farmacologico e di prestazioni sanitarie inappropriate ed inutili. Negli ultimi anni sembra di assistere ad un progressivo slittamento verso una gestione della sanità improntata ad un forte economicismo, con il risultato di mettere in secondo piano la complessa strategia necessaria per promuovere e tutelare la salute dei cittadini: sembra emergere una riduzione impropria della tutela della salute al mero processo di erogazione di prestazioni sanitarie. In questo

contesto spesso le regioni si sono limitate ad erogare o "vendere" prestazioni sanitarie senza intervenire sulle cause delle malattie e senza promuovere un'adeguata prevenzione. Oggi siamo riusciti a rendere fruibili alcuni servizi alle donne e alle famiglie immigrate, ma senza che la medicina indagasse sulle cause di malattie dovute al lavoro nero; siamo capaci di praticare interruzioni volontarie di gravidanza nelle strutture pubbliche, ma non siamo ancora in grado di favorire la maternità responsabile per le donne immigrate,

che percepiscono spesso la gravidanza come l'anticamera del licenziamento. Ci sembra di essere nella direzione giusta, ma occorre ancora fare molta strada affinché la promozione della salute e la prevenzione delle malattie siano assicurate alle fasce più povere della popolazione, ed in particolare alle donne, siano esse straniere o italiane. ■

**Istituto Nazionale per la promozione delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà*

L'UMANIZZAZIONE DELLE CURE

Medico, ma anche filosofo

di Romano Forleo*

Counselling psicologico, talora psicoterapia e farmacoterapia debbono entrare nel bagaglio del ginecologo, se non vuole essere trasformato in tecnico o limitarsi a un apporto di "medicina di organo"

Una giovane ginecologa visita una puerpera in un affollato ambulatorio ospedaliero di città. Osserva i genitali, chiede delle lochiazioni. L'utero è a posto, l'allattamento prosegue bene, il seno non desta problemi: non c'è bisogno di vederlo. "Tutto bene, torni alla fine dell'allattamento".

La mamma, che non aveva con sé il piccolo perché raramente la visita è prenotata contemporaneamente con il pediatra, e che sapeva tutto sull'allattamento perché una ostetrica la aveva informata durante una lezione al corso tenuto al consultorio, si ritiene soddisfatta. La dottoressa è stata gentile, il parto, d'altronde, si era svolto senza complicazioni. Questa la prassi nel lontano anno 2000.

L'ospedale giustamente offriva alla donna non solo la cura dalla gravidanza al puerperio, ma aveva anche corretto la modalità di assistenza alla nascita, rispetto ai decenni precedenti. Negli anni Settanta l'assistenza ostetrica era suddivisa fra tre diverse equipe. Una per la preparazione al parto (visite da un ginecologo che spesso non lavorava nell'ospedale dove la signora aveva deciso di partorire), corso in un consultorio del tutto dissociato dalla divisione di ostetricia e ginecologia, parto in ospedale o in una casa di cura (quella vicino o quella indicata dalla mamma e dalle amiche) che magari seguiva o criteri del "parto dolce" o addirittura con-



Il XXI secolo in cui stiamo operando ci donerà nuovamente la laurea di "medicus et philosophus"

sentiva al papà di entrare in sala parto al momento della nascita. Era quella l'epoca in cui si banalizzava il rischio del parto e si pretendeva di "umanizzarlo" attraverso una "vasca da bagno" nella sala da parto, ma contemporaneamente si moltiplicavano i ricorsi alla magistratura per "malasanità" ("perché non ha eseguito un Tc prima?"). L'epoca in cui si abbandonava il forcipe e la ventosa per sostituirlo con il taglio cesareo, del quale gli specializzandi diventavano sempre più padroni. Si lasciava il parto pilotato con ossitocina a volontà...

Non è la mia età e la mia passione per la storia della ostetricia che mi fanno analizzare il recente passato dell'assistenza al parto (pardon, assistenza alla "nascita"), ma la voglia di futuro e il gusto di considerare la nostra professione come medicina della persona che mi spinge a raccontarvi ciò che era una prassi condivisa.

Una Scuola per umanizzare l'assistenza

Quanto fin qui scritto è ciò che ripeto alla "Scuola annuale per psicologhe ostetriche e ginecologhe" della Fondazione Internazionale Fatebenefratelli che dirigo da 25 anni. Inizialmente aveva il nome di Scuola per Conduttori di Corsi "di preparazione al parto", oggi "di accompagnamento alla nascita". La creammo con Piscicelli, uno psicosomatista capace di strappare questa materia medica ai dictat della psicomica e di rendere alla portata di ostetriche (medici e midwives) l'approccio olistico a gravidanza e

parto.

È attraverso questa Scuola che abbiamo cercato di umanizzare l'assistenza ostetrica. Alla Scuola sono tenute a partecipare le ragazze iscritte alla laurea

breve in ostetricia della Università di Tor Vergata e sono invitati a parteciparvi gli specializzandi e i dottorandi in ricerca in neuropsicoendocrinologia della riproduzione e sessualità, materia che insegno. In realtà vi partecipano principalmente laureande e laureate in psicologia o medici che non hanno tempo per esplorare il mondo dei sentimenti e degli affetti, di ascoltare le "narrazioni" individuali della gestante e della puerpera, occupati come sono a fare ecografie.

Eppure questa Scuola, con i suoi Corsi tenuti dai conduttori in essa preparati, ha contribuito più di ogni altra iniziativa a dare uno stile nuovo alla "nostra" maternità e a creare nella coppia genitoriale un maggiore protagonismo. Ma anche questo non basta più.

Ora stiamo preparandoci a svolgere Corsi sulla Genitorialità, mirati ai problemi psicopedagogici nel primo anno di vita e stiamo cercando di elaborare strumenti metodologici

ci di counselling sulla vita di coppia durante e dopo la nascita. Ovviamente per ginecologi.

La cosa è resa più facile perché già adesso le nuove generazioni di specialisti sono rappresentate da donne, e così sarà nella ricerca, nel management ospedaliero e specialmente nella didattica e formazione (Ecm compresa). La specialità si sta facendo più utile alla donna, non tanto per i pur giusti criteri dei "bollini rosa", ma perché vi si impegnano le donne.

Stiamo anche sperimentando un nuovo approccio pedagogico, il cosiddetto metodo "narrativo", che consente un miglior rapporto empatico tra medico e "paziente" (si abolisca, e per sempre, il termine sociologico-aziendale di "utente"!) e che comporta una educazione permanente della/del ginecologo basata sulle scienze umanistiche ("medical humanities").

Qualcuno dei medici che mi legge avrà forse ascoltato la mia lezione "magistrale" di introduzione al Congresso di Napoli dello scorso anno, che presentava la sessuologia come materia fondamentale della nostra professione e inaugurava un nuovo modo di fare una lezione scientifica. È così che si faranno domani congressi e incontri di studio. Qualcuno avrà anche letto il bel libro sul dolore di Paola Binetti, ex presidente della Società di Pedagogia medica. È così che si affronta la problematica del dolore da parte dei medici. Molti spero abbiano letto il mio romanzo d'amore ("L'altro amore". Baldini Castoldi Dalai Ed.) che affronta in modo indiretto il problema del passaggio fra l'Eros e l'Agape e che ha per protagonista un ginecologo; mi auguro ancora che molti di voi leggano "I segreti delle donne" (OGE Ed.), la vita romanizzata del più grande ostetrico della storia (Sorano di Efeso - II secolo d.C), in uscita il prossimo gennaio. Ascoltare le narrazioni degli altri e nel frattempo imparare a narrarsi, rivedendo la propria storia, sono gli elementi del "cambiamento", così importanti nel nostro futuro.

Il counselling psicologico in ginecologia

Il tema della tavola rotonda che mi è stato chiesto di presiedere al Congresso Sigo di Torino, la depressione post-partum, tenterà di essere svolto con questo stile o perlomeno sarà di stimolo per i ginecologi



Ascoltare le narrazioni degli altri e nel frattempo imparare a narrarsi, rivedendo la propria storia, sono gli elementi del "cambiamento", così importanti nel nostro futuro

a considerare le turbe dell'umore come un settore di impegno dello specialista.

Questo settore è oggi ritenuto fondamentale non solo nella vecchia Europa: "Are you screening for depression in your practice?" chiedeva l'American College of Obstetrics and Gynecology attraverso una lettera ai colleghi americani. Ciò che mi ha sorpreso non era tanto la domanda, ma il risultato dell'indagine (riportato sull'*American Journal of Obstetrics & Gynecology*): quasi il 20 per cento considerava il tema dei disturbi dell'umore come facente parte del normale impegno professionale del ginecologo. Pochi, secondo loro, ma tanti rispetto a noi. Temo che le problematiche legate alla diagnosi, il counselling e la terapia dei blues e della depressione post-partum non siano quasi mai affrontate nei nostri studi privati ma delegate a psicologi e psichiatri. Negli stessi incontri per gestanti offerti dagli ospedali penso che si contino sulle mani i Centri Nascita in cui

la "lezione" sulla depressione post-partum sia affidata ad un ginecologo.

Non spetta allo psichiatra lo screening e tantomeno il triage e la prevenzione (se possibile) delle alterazioni dell'umore! Questo non solo in gravidanza e puerperio, ma durante il check-up della menopausa e in tutte le stagioni di vita della donna (si sa che la depressione della donna è circa tre volte superiore a quella dell'uomo, che la depressione comporta nel tempo e nella età avanzata turbe della memoria e alterazioni della sfera cognitiva, che nella adolescenza le turbe alimentari possono lasciare nella donna problemi futuri di depressione ecc.). Counselling psicologico, talora psicoterapia e farmacoterapia debbono quindi entrare nel bagaglio del ginecologo, se non vuole essere trasformato in tecnico o limitarsi a un apporto di "medicina di organo" bensì riprendere la strada, in parte interrotta, delle eclatanti scoperte biologiche del XX secolo. Il ventunesimo secolo in cui stiamo operando ci donerà nuovamente la laurea di "medicus et philosophus" e aggiungerà allo specialista oltre che ruolo e funzione di ostetrico (ob-stare, stare davanti) quello di ad-stare (stare dietro aiutando psicologicamente la donna). ■

Università Tor Vergata di Roma

LE FRONTIERE DELLA GENETICA

Grandi prospettive e molte domande

di Nicola Natale*

In campo scientifico sono molti i dubbi ancora da risolvere e la sperimentazione in campo umano ancora non ha acquisito quei numeri che ci possono dare certezze

La medicina si è impegnata fin dal suo sorgere all'eliminazione della malattia mediante la sua eradicazione chirurgica o medica, in epoca più recente si è dedicata alla sostituzione degli organi danneggiati con protesi meccaniche o biologiche evolvendo sia nel campo della bioingegneria sia nel campo dei trapianti d'organo. Le protesi organiche (vedi i prodotti protesici utilizzati ad esempio nelle plastiche del pavimento pelvico) hanno rappresentato un passo anch'esso importante. Tutto ciò ha avuto come limite la estraneità della protesi rispetto all'organismo ospite o la formazione di cicatrici. In questa fase della storia della medicina si sta proponendo un nuovo passo di estrema importanza rivolto alla ricerca di processi che a partire da singole cellule giungono a produrre tessuti identici all'organismo ospite, cercando così di riportare alla totale integrità l'organo malato. Non è più soltanto l'anatomia a essere reintegrata ma anche la fisiologia è recuperata e rimessa in azione. Questo processo viene proposto attraverso il ricorso alle cosiddette "cellule staminali".

Una definizione comunemente accettata di "cellula staminale", anche se alcuni aspetti richiedono ancora un maggior approfondimento, è quella di una cellula che ha due caratteristiche:

- la capacità di auto-rinnovamento illimitato o prolungato, cioè la capacità di riprodursi a lungo



senza differenziarsi

- la capacità di dare origine a cellule progenitrici di transito, con capacità proliferativa limitata, dalle quali discendono popolazioni di cellule altamente differenziate (nervose, muscolari, ematiche, ecc.).

Lo studio di queste cellule non è particolarmente recente, infatti, da circa trent'anni esse hanno costituito un ampio campo di ricerca sia su tessuti adulti, sia su tessuti embrionali umani sia su culture in vitro di cellule embrionali provenienti da animali da esperimento.

Le possibilità di applicazione si stanno continuamente allargando, dalla ricostruzione delle cornee alla sostituzione di cellule miocardiche infartuate, all'osteosintesi, etc. La totipotenzialità o pluripotenzialità di cellule estremamente giovani o fatte regredire a uno stato primordiale e la conseguente possibilità di indurle lo sviluppo indirizzandolo verso la formazione di cellule adulte, funzionalmente attive e riconosciute "self" dall'organismo ospite, ha sollevato una grande attenzione sia degli scienziati sia dei potenziali utenti. Questa attenzione ha re-

centemente subito un'impennata per la disponibilità di migliaia di embrioni umani da cui recuperare le cellule staminali nell'ipotesi di una più rapida e fruttifera produzione di tessuti utilizzabili nell'uomo. La preparazione di cellule staminali embrionali umane implica oggi i seguenti passaggi, in sintesi:

1. la produzione di embrioni umani e/o l'utilizzazione di quelli soprannumerari a fecondazione in vitro o crioconservati
2. il loro sviluppo fino allo stadio d'iniziale blastocisti
3. il prelievo delle cellule dell'embrionblast o massa cellulare interna (ICM) (operazione che implica la distruzione dell'embrione)
4. la messa in coltura di tali cellule fino alla formazione di colonie dette embrioidi (Embryoid bodies-EBs)
5. ripetuti passaggi in coltura delle cellule delle colonie ottenute fino alla formazione di linee cellulari capaci di moltiplicarsi indefinitamente conservando le caratteristiche di cellule staminali per mesi e anni.

Queste, tuttavia, costituiscono soltanto il punto di partenza per la preparazione delle linee cellulari differenziate, ossia di cellule le quali possiedono le caratteristiche che assumono nei diversi tessuti (muscolari, nervose, epiteliali, ematiche, germinali, ecc).

Come ottenere cellule pluripotenti

Questi risultati hanno scosso il mondo sia scientifico, sia biotecnologico, in particolare medico e farmacologico, e non meno il mondo commerciale e massmediale: appaiono grandi le speranze che le applicazioni che ne sarebbero segui-

te avrebbero aperto nuove e più sicure vie per la terapia di gravi malattie; vie che da anni si stanno cercando.

Ma l'uso terapeutico delle cellule staminali, come tali, presenta rischi notevoli essendo, come si era constatato nella sperimentazione sul topo, tumorigeniche. Sarebbe stato, quindi, necessario preparare linee specializzate di cellule differenziate secondo la necessità e contemporaneamente superare completamente il problema dell'immunocompatibilità.

Per queste ragioni furono proposte tre vie di "clonazione terapeutica", atte a preparare cellule staminali embrionali umane pluripotenti con una ben definita informazione genetica, cui far seguire poi la differenziazione desiderata:

1. trasferimento di un nucleo di una cellula di un dato soggetto in un oocita umano enucleato, seguito da sviluppo embrionale fino allo stadio di blastocisti e successivamente seguire i processi già descritti fino ad ottenere le cellule differenziate desiderate.
2. Trasferimento di un nucleo di una cellula di un dato soggetto in un oocita di altro animale con l'obiettivo di giungere allo sviluppo di un embrione, da utilizzare come nel caso precedente.
3. Riprogrammazione del nucleo di una cellula di un dato soggetto fondendolo con il citoplasma di cellule staminali, ottenendo così ibridi.

Ad ogni modo, anche questa via sembrerebbe esigere la premessa di utilizzare embrioni umani.

Dagli studi delle cellule staminali dell'adulto nel trascorso trentennio era emerso chiaramente che in molti tessuti adulti sono presenti cellule staminali, capaci di dare origine solo a cellule proprie senza possibilità di riprogrammazione, ma più recentemente sono state riscontrate in vari tessuti umani cellule staminali pluripotenti, nel midollo osseo, nel cervello, nel mesenchima di vari organi e nel sangue del cordone ombelicale, capaci di dare origine a più tipi di cellule, in maggioranza ematiche, muscolari e nervose.

Si è visto come riconoscerle, come selezionarle, come sostenerle nello sviluppo e come condurle a formare diversi tipi di cellule mature mediante fattori di crescita e altre proteine regolatrici.

Tale sviluppo è stato ulteriormente

arricchito dalla possibilità di utilizzare metodi di ingegneria genetica e di biologia molecolare per l'analisi del programma genetico e per la trasduzione di geni. Basti accennare che nell'uomo le cellule staminali del midollo osseo purificate sono capaci di ricostituire l'intera popolazione ematica in pazienti che ricevono dosi ablative di radiazioni e di chemioterapia, e questo con velocità proporzionale alla quantità di cellule usate. Si hanno già indizi sul come indirizzare lo sviluppo di cellule staminali nervose utilizzando diverse proteine (tra queste la neuroregulina e la proteina 2 osteomorfogena) capaci di indirizzare tali cellule a diventare neuroni o glia o anche a muscolo liscio.

I numerosi lavori (e si moltiplicano a grande velocità) si concludono con segni evidenti di soddisfazione e di speranze, pur prudenti, rappre-

Gli interrogativi sono molti e ad essi bisogna dare risposta. Queste risposte però richiedono mente aperta e sgombra da pregiudizi, che analizzi il metodo dopo aver considerato adeguatamente i dati che la Scienza offre

sentando un indice delle grandi promesse che le "cellule staminali adulte" riservano per una terapia efficace di tante patologie.

La questione etica

Oggi si riconoscono risultati positivi in campo umano già in patologie di organi e tessuti diversi: corde vocali, malattie ematologiche, cornea, miocardio, ecc e le cellule embrionali sono acquisite dai tessuti adulti, da cellule del cordone ombelicale, dal liquido amniotico, da embrioni, ecc e quasi ogni giorno nuove notizie sono divulgate dalla stampa scientifica, ma non solo, e il mondo mass mediale vi si aggrappa come a tavole di salvataggio. Numerosi interrogativi però ancora sono aperti.

In campo scientifico sono molti i dubbi ancora da risolvere e la sperimentazione in campo umano finora non ha acquisito quei numeri che ci possono dare certezze. Sono più attive le cellule provenienti da embrioni o quelle provenienti da tessuti adulti (tra cui annoveriamo anche il cordone ombelicale o il liquido amniotico)? Durante il congresso Sigo è stata programmata una sessione su questo tema emergente. In questa sede però manca, volutamente, un aspetto di estrema importanza, necessario per affrontare compiutamente questo problema: non è messo a tema l'aspetto etico.

Anche in campo etico molti interrogativi sono stati sollevati, ad esempio: è lecito produrre o anche solo utilizzare gli embrioni come sorgenti di cellule staminali a scopo ricerca o terapia? È lecito distruggere embrioni per ottenere cellule staminali? È lecito usare la clonazione ai fini della ricerca e/o della terapia? La trasduzione genica ha un fondamento etico?

Come si vede gli interrogativi sono molti e ad essi bisogna dare risposta. Queste risposte però richiedono mente aperta e sgombra da pregiudizi, che analizzi il metodo dopo aver considerato adeguatamente i dati che

la Scienza offre. Affermazioni generiche e pregiudiziali possono solo aiutare la confusione e deviare la ricerca stessa dal raggiungimento degli obiettivi che essa si pone. La scienza non può essere risposta sola a se stessa, ma ricerche, correttamente eseguite e correttamente trasmesse, costituiscono la base per un corretto giudizio etico. Molto appassionante quindi l'argomento con molte prospettive e molti, stimolanti, punti interrogativi. La sessione prevista per il Congresso Sigo potrà, ci auguriamo, fare il punto sulle realtà e prospettive cliniche e di ricerca e porre le basi per una corretta valutazione etica. ■

*Istituto Clinico Santa Rita - Milano

IL GINECOLOGO OGGI

Noi, medici delle donne

di Carlo Maria Stigliano*

Come nel celebre verso di Neruda "noi quelli di allora più non siamo gli stessi". Il cambiamento che ha investito la nostra figura professionale è stato molto profondo, più che in altre specialità. Perché ad essere cambiate sono soprattutto loro: le donne. E noi, "medici delle donne", come e quanto siamo cambiati? E quali requisiti dobbiamo possedere oggi per essere dei "bravi ginecologi"?

Chi siamo oggi?

La ginecologia ha una sua importante peculiarità: è essenzialmente una medicina di "genere"; si rivolge alle donne e comincia a farlo sin dall'adolescenza, epoca della loro vita nella quale si verificano straordinarie trasformazioni sia dal punto di vista fisico che psicologico.

Le donne sono molto cambiate, soprattutto negli ultimi ottant'anni: da fattrici di potenziali soldati per la patria o mute vestali del focolare domestico esse hanno progressivamente e faticosamente conquistato ruoli e diritti in una logica di civile parità rispetto ai maschi.

In questo particolare processo evolutivo era inevitabile che mutasse anche la figura del "medico delle donne", ovvero dello specialista a cui è affidata la salvaguardia della salute delle donne non soltanto limitatamente all'apparato riproduttivo ma considerando la sfera genitale nell'intero contesto del vissuto femminile.

Ma è stato realmente così? Davvero negli ultimi decenni il ginecologo ha dismesso l'atteggiamento un po' paternalistico con cui trattava le sue pazienti? Veramente egli è stato capace di interpretare i cambiamenti del costume, del ruolo sociale, delle emozioni di donne sempre meno condizionate dalla preoccupazione di gravidanze non cercate ma in difficoltà per stili di vita non facilmente coniugabili con i loro ritmi, le proprie esigenze, la loro vo-



glia di emancipazione?

Il ginecologo in passato veniva visto come un medico specialista, generalmente maschio, alle cui cure ricorrere prevalentemente in caso di gravidanza o di parto difficili o allorquando era proprio indispensabile per risolvere situazioni di grave malattia a carico dell'apparato genitale femminile.

E oggi chi è il ginecologo? Ha il volto affascinante e i modi accattivanti dell'attore Richard Gere nel famoso film di Robert Altman "Il dottor T & le donne"? O è uno specialista che faticosamente prova a svolgere il suo compito non facile, stretto tra l'assillo della burocrazia delle Asl e i turni d'ospedale?

E il contesto in cui si svolge questo importante incontro professionale è sempre adeguato? A scorrere l'Italia si potrebbe notare come spesso, particolarmente al Sud, una visita

così delicata e carica di emotività per la donna non si svolge in ambienti particolarmente accoglienti, almeno nelle strutture pubbliche.

La donna e il "suo" medico

Dunque: una donna e il "suo" medico. Un rapporto non sempre semplice tra questi due soggetti anche perché in effetti quella ginecologica è una visita "difficile", per il disagio legato alla posizione, al pudore, all'esplorazione interna, all'ansia per la diagnosi... Per questo alcune donne preferiscono rivolgersi a un'altra donna, perché ciò le fa sentire meno imbarazzate durante le visite e più comprese quando espongono le loro paure, altre invece preferiscono un uomo "perché le fa sentire più sicure".

In un passato non troppo remoto le donne erano abituate ad affidare completamente la propria vita all'uomo; oggi invece assistiamo a una crescente propensione delle donne ad esprimere le loro problematiche al medico-donna, per sua natura più incline all'ascolto.

Nel prossimo futuro probabilmente si verificherà una prevalenza delle ginecologhe rispetto ai colleghi maschi: nelle Scuole di Specializzazione in Ginecologia si sta verificando (non solo nel nostro Paese) una vera e propria inversione tra uomini e donne nel rapporto di iscritti: 9 donne e 2 uomini!

L'atteggiamento delle donne nei confronti del proprio medico, sia esso maschio o femmina, è senz'altro mutato e a ciò hanno contribuito i mass media, la maggiore libertà individuale, l'emancipazione femminile, il ruolo stesso che la donna svolge nella società: le adolescenti, ad esempio, si recano sempre più spesso dal/la ginecologo/a senza il coinvolgimento dei propri familiari (la madre in particolare), come invece avveniva quasi sempre in passato.

Una fiducia basata sul dialogo

Questo particolare rapporto tra noi ginecologi e le donne che si instaura quindi sin dalla giovane età richiede particolari cautele e capacità di gestione da parte dello specialista. Un ruolo fondamentale e delicato in questo contesto è rappresentato dalla capacità di comunicare, di stabilire un legame bidirezionale che aiuti a superare le difficoltà legate a una visita che assume risvolti peculiari che esulano dal sem-

plice esame clinico generico. Con uno stile di comunicazione “partecipativo”, in effetti, i ginecologi hanno pazienti più collaboranti, più soddisfatte e seguite più a lungo.

Il raggiungimento di una realtà comune e condivisa fra medico e paziente è uno degli aspetti centrali della comunicazione in medicina, ancor più in un ambito di forte impatto emotivo come la ginecologia. Nelle strutture sanitarie i medici e il personale curante indicano le carenze nelle tecniche di comunicazione come uno dei motivi maggiori di insoddisfazione professionale e a volte anche le premesse per futuri contenziosi medico-legali.

È pur vero che il meccanismo comunicativo, specialmente in campo sanitario, richiede competenze ed esperienza e necessita di un percorso formativo specifico per gli operatori; purtroppo nei nostri corsi di laurea e di specializzazione poco o nulla si insegna in questo pur fondamentale campo!

E allora, quali sono i requisiti che dovrebbe possedere il “bravo ginecologo”? Innanzitutto la disponibilità al dialogo, attraverso un ascolto attivo, con l’utilizzo di un linguaggio adeguato all’interlocutrice; essenziale è anche la capacità di rispondere in modo semplice a quesiti sanitari specifici, il saper riconoscere e supportare l’ansia altrui, contenendo la propria ansia.

Ma tutto ciò è possibile in un ambulatorio pubblico dove la pressante richiesta dell’Istituzione sanitaria non si cura di questi aspetti e valuta esclusivamente i tempi e i numeri delle prestazioni?

Capire e farsi capire

Come ci poniamo di fronte a pazienti considerate a volte “difficili” soltanto perché vorrebbero meglio capire o perché magari provano ad esprimere le loro ansie, la loro angoscia verso il timore di malattie anche gravi e a carico di organi che culturalmente vengono considerati l’essenza stessa dell’essere donna? Quale atteggiamento, quale disponibilità, quale gestualità mettiamo in atto?

Alcuni colleghi arrivano ad interrompere la paziente anche pochi secondi dopo che ella ha iniziato a parlare, non tenendo conto del fatto che spesso il primo disturbo che ci segnala non è il più importante. Le nostre pazienti ci osservano: ogni nostro gesto, anche banale,

ogni parola che pronunciamo viene interpretata, tradotta in sensazioni che possono generare ansia; un medico frettoloso o supponente, che si arrocca nella sua “competenza”, un ginecologo che non riesce a “comunicare” pienamente, che non percepisce le attese e le necessità della paziente, spreca una formidabile opportunità di fare della buona medicina e contribuisce a rafforzare quel sempre più diffuso senso di diffidenza – se non di ostilità – verso la classe medica che purtroppo è ormai percepibile nel nostro Paese.

L’informazione alle donne deve inoltre essere chiara, veritiera e basata su sicure evidenze scientifiche: senza falsi pietismi ma con la capacità di trasmettere solidarietà e partecipazione ai problemi connessi con la malattia.

La comunicazione è lo strumento fondamentale per una corretta ed efficace relazione medico-paziente, particolarmente in ostetricia e ginecologia.

Le donne al proprio specialista ginecologo chiedono informazione, comprensione, rassicurazione, protezione, sicurezza, discrezione, aiuto e naturalmente – quando necessario – cure adeguate.

La comunicazione diretta, bidirezionale, che si stabilisce tra il ginecologo e la donna che ad esso si rivolge, se è condotta in modo professionale e competente da parte

Le nostre pazienti ci osservano: ogni nostro gesto, anche banale, ogni parola che pronunciamo viene interpretata, tradotta in sensazioni che possono generare ansia

del sanitario, rappresenta il più efficace strumento per capire e farsi capire, per comprendere il vissuto della donna anche rispetto al proprio corpo, evidenziare punti di debolezza e conoscenze: in sostanza per creare un effettivo rapporto collaborativo e di fiducia.

Tra i medici, soprattutto il ginecologo deve essere capace di dare ascolto, un ascolto empatico, che comprenda i bisogni e le richieste della paziente restituendo comprensione e dando sicurezza. La comprensione della malattia è ele-

mento fondamentale per il medico: entrare nei meccanismi di elaborazione del disagio e/o della malattia consente un’efficace raccolta di dati anamnestici ed una sicura partecipazione e collaborazione da parte della nostra paziente.

Ciò è ancor più importante quando si tratta di comunicare una cattiva notizia: in tali circostanze la capacità di comunicare, di essere empatici nei confronti di queste persone riveste un’importanza determinante per il prosieguo del rapporto medico paziente e in larga misura per il futuro della paziente stessa.

Il contesto ambientale in cui si svolge il colloquio tra ginecologo e donna è un elemento molto importante. Interruzioni da parte di altri operatori, telefoni che squillano, momenti di disattenzione da parte del medico sono tutti elementi che inducono la paziente a percepire scarsa attenzione verso di sé e quindi a ritirarsi dal colloquio, in sostanza a interrompere il rapporto comunicativo con il ginecologo.

Comunicazione: una tecnica che si apprende

In conclusione da queste mie considerazioni appare evidente la grave carenza esistente nel campo della preparazione dei medici sul tema della comunicazione interpersonale nei confronti dei pazienti.

Tale lacuna è ancor più rilevante per la peculiarità del rapporto tra lo specialista ginecologo e le donne che ad esso si rivolgono: in una prospettiva di adeguamento della figura e del ruolo del ginecologo è ormai indispensabile quindi istituire specifici corsi di formazione e di perfezionamento nel

campo della comunicazione. Ne trarranno sicuro giovamento i rapporti umani tra operatori sanitari e cittadini, migliorerà la qualità delle prestazioni specialistiche nella nostra disciplina e verosimilmente si depotenzieranno alcuni dei meccanismi che spesso portano a difficili contenziosi legali.

Tutto ciò nell’ottica del “prendersi cura” e non soltanto di “curare” le nostre donne. ■

**Direttore U.O.C. Ginecologia Preventiva e Consultori Familiari, Castrovillari - Asp Cosenza*

DONNA E MEDICO

Una chiave di lettura nuova per riscrivere la nostra professione

di Valeria Dubini*

Le donne nel nostro ambito professionale sono prima di tutto una consistente realtà: sono donne le nostre assistite, sono in prevalenza donne le ostetriche e le infermiere con cui collaboriamo, sono oltre il 30% le donne iscritte alla nostra società. Una percentuale destinata a crescere

Puntualmente ogni anno alle nostre assemblee si ripropone il tema della scarsa rappresentanza di colleghe impegnate nella nostra professione a livello degli organismi dirigenti delle Società.

Il congresso Sigo organizzato quest'anno a Torino sembra però voler dare una svolta a questo percorso già visto, facendosi portatore di un messaggio sostanzialmente innovativo e incoraggiante: la presenza di due sessioni in cui viene dato spazio e risalto alle questioni di genere, sia per quanto riguarda l'aspetto tecnico delle patologie che maggiormente colpiscono le nostre assistite, sia per quanto riguarda le pari opportunità nella professione, sembrano infatti frutto di una consapevolezza nuova nell'affrontare il tema della "gender equity" anche nel nostro ambito professionale.

Vorrei poter pensare che sia finalmente chiaro che non di un rigurgito di femminismo, né tanto meno di un conato rivendicativo, ma della necessità di riscrivere la nostra attività alla luce di un punto di vista nuovo, fino ad ora mai veramente considerato: una grande ricchezza che porta in sé una spinta propulsiva ed innovativa, in grado di innescare mutamenti di cui mai come oggi si avverte la necessità.

Le donne nel nostro ambito professionale sono prima di tutto una realtà: sono donne le nostre assistite, sono in prevalenza donne le ostetriche e le infermiere con cui collaboriamo, sono oltre il 30% le donne iscritte alla nostra società,



una percentuale destinata a crescere, se è vero come è vero che le nostre scuole di specialità sono frequentate in prevalenza da iscritte donne. Se i servizi avessero un genere, certamente l'Ospedale apparterrebbe al genere maschile, per orari, turni, impegni, livello di competitività.

Ma l'aver aperto al territorio e ai ginecologi privati ci ha mostrato quali e quante risorse vi sono presenti, e quante di esse siano rigorosamente al femminile.

Abbiamo pensato le società scientifiche come luoghi in cui si spartivano dei "poteri" che non ci interessavano e di cui non volevamo essere partecipi, e ce ne siamo di fatto tenute lontane

Per la verità la questione non riguarda soltanto il nostro Paese se è vero che nel 2007 una rivista prestigiosa come il *Bmj* è stata animata da articoli ed editoriali su quello che poteva significare la "femminilizzazione" della nostra professione, e se è del tutto recente, dell'agosto 2008, la pubblicazione da parte dell'*American Journal* di un articolo dal suggestivo titolo "Women in obstetrics and gynecology: appreciating the past looking to the future".

I nostri atout

In questo dibattito, forse ancora troppo povero di contenuti nel nostro Paese, si è auspicata la valorizzazione di alcune caratteristiche del genere femminile: la capacità manifestata sin dai tempi antichi di farsi carico dei problemi degli altri, in particolare dei più deboli, di dare supporto psicologico e sociale, di occuparsi della sofferenza e della nascita, sono garanzie per un contributo importante in una società in cambiamento nella quale si affacciano antiche e nuove povertà.

La maggiore facilità nell'andare incontro ai bisogni di salute e di cura della popolazione femminile e di comprendere meglio le problematiche delle assistite sono un altro aspetto che può introdurre una chiave di lettura dei fenomeni del tutto nuovo e può certamente aiutarne la comprensione.

Una maggiore tendenza alla prevenzione e una minore "invasività" sono altrettanti elementi che ben si sposano con quello che oggi si muove e chiede di essere rappresentato nella nostra cultura professionale.

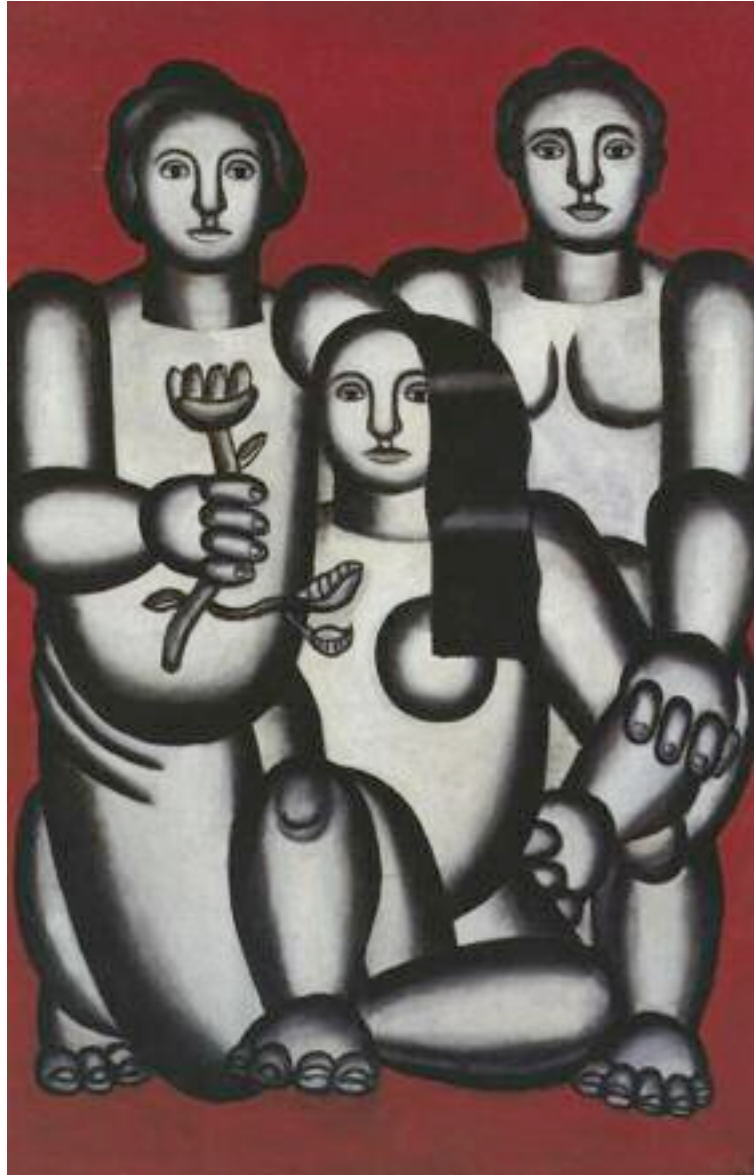
L'accettazione del limite, quella minore attrazione per il mito della tecnolo-

gia e della presa di potere sulla natura possono rivelarsi elementi di grande equilibrio in molte questioni che agitano oggi la nostra professione: inoltre la maggiore disposizione ad accogliere i problemi e comunicare le possibili opzioni nella scelta possono aiutare a ricostruire le basi troppo minate di un rapporto medico-paziente improntato al paternalismo, per condurci verso una cultura più simmetrica e partecipata fatta di decisioni concordate.

Verso una "femminilizzazione" della medicina

Non è casuale che in un convegno in cui il tema portante è rappresentato dalle "Età della donna tra natura e tecnologia" si sia avvertita l'esigenza di dare spazio anche alle tematiche di genere.

Certo c'è anche chi manifesta scetticismo riguardo a questo processo: chi vede nell'indebolimento di prestigio e di potere, anche economico, che la nostra professione progressivamente conosce la causa e insieme la possibile conseguenza della "femminilizzazione" della medicina. Sta anche a noi impegnarci perché questo non accada, sta anche a noi essere consapevoli delle nostre "differenze" e potenzialità e non appiattirci su posizioni che non ci appartengono anche se sembrano talvolta rendere le cose più facili. In questi anni il nostro pragmatismo e la necessità di dosare le nostre forze tra professione e privato ci hanno forse fatto vedere come poco appetibile la partecipazione a questioni societarie: abbiamo pensato le società scientifiche come luoghi in cui si spartivano dei "poteri" che non ci interessavano e di cui non volevamo essere partecipi e ce ne siamo di fatto tenute lontane. Mai come oggi le società hanno invece bisogno delle nostre risorse, della nostra attitudine allo studio e alla formazione per garantire una buona crescita culturale, delle nostre fresche energie ancora non troppo logorate da questioni politiche, per ricercare quegli elementi di novità che da molte parti si reclama. Non credo che le quote rosa siano una vera soluzione: non si tratta infatti soltanto di assicurare uguale rappresentanza numerica per uomini e donne ("gender equality" per dirlo con l'editoriale



Se i servizi avessero un genere, certamente l'Ospedale apparterrebbe al genere maschile: per orari, turni, impegni, livello di competitività

di Laura Reichenbach pubblicato sul *BMJ* del 2004) ma semplicemente di rappresentare più fedelmente quella che è la realtà, garantendo equità e possibilità di partecipazione ("gender equity") e dando spazio a tutte le voci, nella consapevolezza che è nella diversità

che possiamo trovare nuova forza e ricchezza per tutti quanti.

È anche nostra responsabilità, dunque, riuscire a stare dentro il confronto e lavorare con impegno per uscire dalla palude delle rivendicazioni e affermare una idea di potere che non sia fine a se stesso e non viva soltanto del proprio possesso ma dell'obiettivo di innescare dei cambiamenti positivi.

■

*U.O. Ginecologia e Ostetricia, Nsgd - Asl 10 Firenze
Ufficio di presidenza Aogoi

IL RISCHIO CLINICO

Il nostro contributo alla prevenzione

di Carmine Gigli*

In Italia, non disponiamo di dati certi sull'incidenza dei sinistri in ostetricia e ginecologia e tanto meno sulla loro natura. Il programma "Scudo giudiziario Aogoi" ha cercato di sopperire a questa carenza costruendo un database con tutti gli eventi avversi nei quali sono rimasti coinvolti i soci Aogoi

L'Aogoi è stata sempre molto attenta alla questione del contenzioso medico-legale collegato all'errore sanitario e già nel 2002 aveva lanciato tra i suoi associati la campagna "Tutela e Prevenzione" per sensibilizzare i soci su questo problema. In questi anni molta strada è stata percorsa e dai primi convegni, nei quali l'attenzione era rivolta soprattutto alla gestione del contenzioso giudiziario, si è passati alle manifestazioni orientate a sensibilizzare il legislatore su questo problema, per poi approdare ai corsi per la prevenzione del rischio clinico. Seguendo questo cammino, i nostri soci hanno cominciato a maturare la consapevolezza che solo attraverso la prevenzione dell'errore medico e sanitario si possono evitare i danni alla salute del paziente e le conseguenze civili e penali per il medico. Il problema è complesso. I magistrati spesso si limitano a giudicare la colpa, trascurando la ricerca delle cause che hanno portato all'errore. Di conseguenza comminano una sanzione all'individuo lasciando invariato il contesto, permettendo che l'errore si ripresenti in circostanze analoghe, anche se con altri protagonisti. Da parte loro, i gestori della sanità, guardano ai costi immediati della prevenzione e non sono disposti a finanziare i progetti finalizzati a prevenire gli errori. I medici continuano a commettere gli stessi errori. I medici non hanno avuto una formazione orientata alla prevenzione dell'errore e spesso resistono ai cambiamenti che potrebbero ridurre l'incidenza degli errori. In questa situazione, il compito di introdurre nell'attività clinica delle pratiche ido-



nee a prevenire il rischio sanitario è destinato a ricadere sulle società scientifiche, come l'Aogoi e la Sigo. In pratica, se l'obiettivo del risk management è di individuare le cause dell'errore e studiare i provvedimenti idonei ad ostacolare il ripetersi di quell'errore, il compito delle Società scientifiche dovrà essere quello di focalizzare l'attenzione dei propri associati sugli errori che si verificano durante l'esecuzione degli atti medici specifici per la propria branca, analizzarne le cause e indicare agli specialisti i comportamenti più sicuri, insieme alle tecniche e alle procedure più idonee a garantire il massimo della sicurezza.

Per poter prevenire l'errore medico in Ostetricia e Ginecologia è necessario avere ben chiaro a quali interventi e procedure della specialità si associano più frequentemente gli errori. In Italia, purtroppo, non disponiamo di dati certi sull'incidenza dei sinistri in Ostetricia e Ginecologia e tanto meno sulla loro natura. Attualmente circolano dei dati, frutto di stime molto grossolane, che sono

spesso causa di equivoci e di smentite imbarazzanti per tutta la classe medica. L'osservatorio dell'ex ministero della Salute stenta a decollare, a causa dei conflitti fra Governo e Regioni, per questioni di rispetto della privacy ed anche per gelosie fra funzionari. La conseguenza è che non c'è un ente in grado di fornire dei dati certi sugli errori sanitari, e ancor meno su quelli che si manifestano nella nostra specialità.

Il programma "Scudo giudiziario Aogoi" ha cercato di sopperire a questa carenza costruendo un database con i sinistri che si sono verificati in ostetricia e ginecologia. Questo è stato possibile grazie agli strumenti di tutela che l'Aogoi, con lungimiranza e con notevole impegno finanziario, sin dal 2002, ha messo a disposizione dei propri soci. Mi riferisco alla Polizza "Tutela legale" per la difesa nei procedimenti penali, alla quale è stata affiancata, nel 2007, l'assicurazione della Responsabilità Civile. Utilizzando anonimamente le 444 denunce di sinistro che sono state presentate per attivare queste due polizze, è stato possibile costruire un database con tutti gli eventi avversi nei quali sono rimasti coinvolti i soci Aogoi. Questo database è stato integrato anche con i sinistri segnalati dal 2004 (462) da tutti coloro che hanno richiesto l'assistenza del servizio M.A.M.M.A. AOGOI.

L'insieme di tutti questi dati, anche se non ci consentirà di conoscere l'esatta incidenza degli errori medici nella nostra specialità perché non comprende tutti i sinistri che si sono verificati nel periodo, ci permetterà tuttavia di individuare quali sono i sinistri che si verificano con maggior frequenza nelle diverse branche dell'ostetricia e ginecologia.

Questo sarà il primo passo verso la Gestione del Rischio Clinico. L'obiettivo che ci dobbiamo prefiggere, una volta individuati gli errori più ricorrenti, è quello di comprendere i motivi che hanno favorito il realizzarsi dell'errore, al fine di trovare gli accorgimenti più idonei da adottare per rendere più difficile il ripetersi dello stesso errore.

■ **I dati ottenuti dalle denunce dei sinistri sono in corso di elaborazione e saranno presentati a Torino, martedì 7 ottobre, nella sessione che il Congresso Nazionale Sigo 2008 dedicherà allo "Scudo Giudiziario Aogoi".**

*Gruppo operativo M.A.M.M.A. AOGOI

RIFLESSIONI SULLA MEDICINA DI GENERE

Dalla ricerca una salute a misura di donna

di Valentina Donvito*

L'altra metà del cielo è stata la grande esclusa della ricerca medica: i trial clinici, in particolare quelli relativi all'impiego di nuovi farmaci, hanno sempre interessato prevalentemente l'universo maschile. Ma ora gli scenari stanno cambiando: l'attenzione delle istituzioni e del mondo medico verso le specificità femminili sta crescendo sempre di più

Fino a pochi decenni or sono la medicina si poneva in modo neutrale rispetto al genere, sottolineando la distinzione tra donne e uomini solo nelle patologie a carico della sfera genitale e riconoscendo una specificità alle donne soltanto in relazione alla riproduzione. Si può dire invece che la ricerca medica è stata fino a pochi anni or sono un'attività caratterizzata da un'impronta "di genere", ma nel senso di avere come punto di riferimento e come oggetto e soggetto dello studio il genere maschile; gli argomenti scelti, i metodi utilizzati e la successiva analisi dei dati sono sempre stati il frutto di un punto di vista maschile. Nei casi in cui le stesse patologie colpiscono uomini e donne, gli uomini sono considerati la norma per quanto riguarda la valutazione dei sintomi, la prognosi e l'efficacia di trattamenti. In questo modo le cure mediche offerte alle donne sono compromesse da un vizio di fondo, il cosiddetto "bias di genere", un pregiudizio della medicina nei confronti della donna, evidente non solo nella scelta dei temi, ma anche nel disegno di molte ricerche, nell'analisi dei risultati degli studi sperimentali e nelle conclusioni che si traggono.

Studi clinici off limits per le donne

Lo storico coinvolgimento prevalentemente maschile negli studi clinici, in particolare quelli relativi all'impiego di nuovi farmaci, trovava varie

giustificazioni: difficoltà nell'arruolamento e nel mantenimento di un campione adeguato di donne; timore di interferenze delle variazioni ormonali tipiche dell'organismo femminile sulle sostanze farmacologiche da testare; preoccupazioni circa il rischio di tossicità in donne potenzialmente fertili.

Per questa serie di motivi le donne in età fertile e le donne in gravidanza sono state sistematicamente escluse dalla maggior parte degli studi clinici. Ciononostante i risultati degli studi (condotti dunque per lo più sui maschi) vengono ritenuti universalmente validi e applicati anche alle donne. Alcuni altri elementi caratterizzano la specificità della medicina di genere e la sua dirimpente attualità:

- le donne hanno più difficoltà nell'accesso alle cure sanitarie sia per cause di tipo economico (maggiore disoccupazione, livelli inferiori di occupazione, ecc.), sia per difficoltà culturali (minor attenzione alle campagne di promozione della salute), sia a causa del ruolo sociale (le donne hanno meno tempo per occuparsi della propria salute occupate come sono a "prendersi cura" degli altri);

- le donne si ammalano oggi di patologie che una volta erano appannaggio prevalentemente maschile e questo determina una percezione del rischio distorta, che si traduce talora in pericolosi ritardi di diagnosi, oltre che nell'adozione di misure

terapeutiche non sempre adeguate. Le malattie cardiovascolari sono un esempio significativo in questo senso. Non a caso la prima volta in cui in medicina si parla della "questione femminile" risale al 1991 quando l'allora direttrice dell'Istituto Nazionale di Salute Pubblica americano, Bernardine Healy, in un famoso editoriale della rivista *New England Journal of Medicine* parlò di "Yentl Syndrome" in riferimento al comportamento discriminante dei cardiologi nei confronti dell'altra metà del cielo. La scienziata commentava due studi: nel primo si dimostrava come una serie di donne ricoverate in terapia intensiva per un episodio ischemico acuto avessero maggiori probabilità di subire errori diagnostici e terapeutici rispetto agli uomini. Nel secondo studio si sottolineava come, nonostante la diagnosi di malattia coronarica di grado severo, le pazienti di sesso femminile venissero invitate meno dei maschi a sottoporsi agli eventuali interventi come by-pass e angioplastica. La Healy concludeva che ciò non avveniva sulla base di reali motivi clinici ma solo in relazione ad una chiara discriminazione messa in atto dai cardiologi nei confronti del sesso "debole" (Yentl, appunto). Da quel momento in poi il mondo scientifico iniziò a pensare a quale valore potesse avere l'essere donna nel trattamento della malattia coronarica e gradualmente dalla cardiologia la critica alla medicina dal punto di vista di genere si è spostata ad altri campi: la patologia psichiatrica, da tempo appannaggio preponderante del genere femminile colpito da depressioni maggiori, disordini dell'affettività, disordini dell'alimentazione, ansia e attacchi di panico in netta prevalenza rispetto al maschile; l'oncologia con sempre maggiore attenzione alla patologia polmonare, diventata negli ultimi anni una delle più frequenti localizzazioni di neoplasia anche nelle donne a causa della diffusione dell'abitudine al fumo; la farmacologia, nel tentativo di colmare il clamoroso ritardo nella sperimentazione orientata secondo il genere e nella acquisizione di strumenti per migliorare la sicurezza dei farmaci anche nelle donne, comprese le donne fertili e in gravidanza.

L'ottica di genere

Adottare in campo medico una prospettiva di genere e ridisegnare la ri-

Segue a pag. 28

LA MEDICINA INTEGRATA

Agopuntura e omotossicologia, due valide opportunità terapeutiche

di Gustavo Lai*

Gli italiani e le Mnc

Le incredibili scoperte in campo scientifico paradossalmente sembrano acuire la crisi fra utente e medicina ufficiale che viene da molti sentita distante dalle aspettative dei cittadini. Parlano chiaro i numeri dell'ultimo sondaggio Istat (2006): sono, infatti, circa 12 milioni gli italiani che si sono avvicinati alla medicina non convenzionale (Mnc), che a noi piace chiamare medicina integrata. Questo nella convinzione che non sia possibile separare la medicina in tante anime in quanto sono tutte al servizio del benessere dell'uomo. In questo ambito spiccano l'agopuntura e l'omotossicologia per diffusione territoriale e validazione scientifica tradizionale.

Agopuntura e omotossicologia

Sia in ginecologia sia in ostetricia, l'agopuntura ha da molti anni rappresentato una valida integrazione con la medicina ufficiale diventando una pratica medica assai diffu-

Nell'ambito della medicina non convenzionale l'agopuntura e l'omotossicologia possono essere considerate come valide integrazioni terapeutiche in campo ginecologico e ostetrico

sa su tutto il territorio nazionale. È stata la prima, fra le medicine non convenzionali, a raccogliere validazione scientifica con numerose ricerche pubblicate e indicizzate, a testimonianza della capacità terapeutica della metodica. Pratica applicata in particolare nei centri per la menopausa, dove a volte da sola ha accompagnato l'utente nella transizione fertilità-menopausa, ha più volte risolto difficili patologie in ostetricia (iperemesi gravidica) quali il rivolgimento del feto in presentazione podalica.

L'omotossicologia vuole rappresentare la riconciliazione tra la scienza e l'omeopatia, l'uscita dall'empirismo puro, la strutturazione e la schematizzazione di un metodo che può

diventare bagaglio degli specialisti in ginecologia. Può essere intesa come il volto moderno dell'omeopatia: vero nuovo modello di terapia che si avvale dei farmaci omeopatici, ma che tiene conto del significato delle più recenti scoperte scientifiche nell'ambito della fisiopatologia, della microbiologia, della psico-neuro-endocrino-immunologia (Pnei). Nell'omotossicologia si fondono alcuni aspetti dell'approccio clinico ufficiale (diagnostica strumentale, RIA ecc.) e di quello omeopatico (anamnesi, repertorizzazione ecc.) al fine di realizzare una strategia terapeutica quanto più completa e profonda possibile.

Le differenze tra l'omotossicologia e la allopatia sono molto chiare e incentrate sia sul tipo di farmaci usati (OTX: sostanze diluite e dinamizzate con meccanismi terapeutici elettromagnetici; ALL: macromolecole in dosi ponderali con effetto chimico), sia sugli obiettivi della terapia a breve e lungo termine. Obiettivo della terapia omotossicologica è l'attivazione dei meccanismi organici di difesa: la funzione del farmaco allopatico, eccezion fatta per i vaccini e i moderni immunomodulatori, è sempre quella di sopprimere un qualche fenomeno organico, di contenere, di inibire, di sostituire. Al contrario la bontà di un farmaco omotossicologico si valuta dalla sua capacità di stimolare, di riattivare, di evocare una certa reattività organica. In quest'ottica, la branca ostetrico-ginecologica ben si presta allo sviluppo di trial clinico-osservazionali che consentano l'acquisizione di elementi critici di valutazione sull'efficacia di protocolli terapeutici omotossicologici. ■

*Responsabile del Biological Obstetrics and Gynecologists College (Bi.O.Gy.Co.)

Segue da pag. 27

cerca come strumento di conoscenza delle specificità femminili è quindi una necessità e, nel contempo, un passaggio fondamentale per pensare ad una salute anche a misura di donna. Le istituzioni hanno di recente iniziato a misurarsi con questi contenuti: nel maggio del 2007 l'Oms ha preparato un documento che racchiude raccomandazioni per le strategie di politica sanitaria definendo l'ottica di genere come requisito in-

dispensabile nella: programmazione della ricerca in tutti i campi (compresa l'epidemiologia e la statistica); programmazione degli interventi sanitari, del monitoraggio e della valutazione dei risultati; definizione delle strategie di comunicazione al fine di rendere l'accesso ai servizi ed alle cure equamente possibile per donne e uomini, bambine e bambini tenendo conto delle loro differenze. In molti Paesi occidentali la Medicina di genere è stata inoltre inserita come materia di insegnamento uni-

versitario e in molti Paesi l'accesso ai fondi per la ricerca è subordinato all'inserimento di ben precisi criteri e riferimenti alle differenze di genere. Servizio sanitario, comunità scientifica e operatori non possono pertanto più esimersi dal riconoscimento della specificità del genere all'interno del loro operato, senza più confinare l'attenzione per la salute delle donne alla sola sfera riproduttiva.

*Servizio di Medicina interna
S. Anna di Torino

Programma 84° Congresso Sigo - 49° Congresso Aogoi

TORINO 5 - 8 OTTOBRE - CENTRO CONGRESSI LINGOTTO

Domenica 5	Sala A	Sala B	Sala C	Sala D	Sala E	Sala F	
	10.00-16.30	17.00					
Lunedì 6	Sala A	Sala B	Sala C	Sala D	Sala E	Sala F	Sala G
	Mattina						
Martedì 7	Sala A	Sala B	Sala C	Sala D	Sala E	Sala F	Sala G
	Mattina						
Mercoledì 8	Sala A	Sala B	Sala C	Sala D	Sala E	Sala F	
	Mattina						
13.00							

CORSO PRECONGRESSUALE
Ecografia Mammaria:
ruolo della diagnosi
precoce

CORSO PRECONGRESSUALE
Office Ecografia:
l'ecografia come
supporto alla visita
ostetrico-ginecologica

CORSO PRECONGRESSUALE
Patologia infettiva in
ginecologia e ostetricia

CORSO PRECONGRESSUALE
Corso teorico-pratico
per la formazione degli
operatori sanitari

CORSO PRECONGRESSUALE
Ginecologia
endocrinologica

CORSO PRECONGRESSUALE
L'anestesia locale in
ostetricia e ginecologia

AUDITORIUM
INAUGURAZIONE

Sala A

Sala B

Sala C

Sala D

Sala E

Sala F

Sala G

La Formazione del
Ginecologo Europeo
Strategie future
della Federazione
Internazionale di
Ginecologia e
Ostetrica (FIGO)

Nuove possibilità di
prevenzione e di
trattamento per la
qualità di vita della
paziente oncologica

Ostetricia oggi: natura
e tecnologie, le nostre
risorse

Simposio SIDIP
Simposio ESBE

Sessione Chirurgia
Ginecologica
Live Surgery
Tecniche a confronto
Nuove frontiere della
chirurgia resettoscopica

Simposio AGITE

Chirurgia mini-invasiva
della US e del prolasso
genitale

Chirurgia ginecologica
mini invasiva

Preservazione capacità
riproduttiva

Ostetricia oggi:
natura amica
o nemica?

Le cellule staminali in
ostetrica e ginecologia
Quale salute per la
donna migrante nel
nostro paese

Disturbi del sonno e
salute della donna
Comunicazioni orali

Simposio SICITE
Simposio SICPCV
Le età della donna e la
fisiopatologia genitale

Comunicazioni orali
Corso vaccinazione

Nuove strategie in
medicina materno-fetale

Cancro Endometriale

Infertilità

Legge 194 dopo 30 anni
Tavola Rotonda:
Maternità responsabile,
sessualità, violenza

Attualità in medicina
non convenzionale
Depressione post
partum

Corso vaccinazione
Comunicazioni orali

Simposio della
Federazione Nazionale
dei Collegi delle
Ostetriche

Le politiche di genere
e la professione
medica: quali azioni in
Italia per raggiungere le
pari opportunità

Tavola Rotonda:
Trattamento chirurgico
del Carcinoma
Endometriale:
definizione di uno
standard comune

La sinergia territorio-
ospedale nella
promozione della
salute della donna

Medicina di genere:
non solo ginecologia e
ostetricia

Riunione FESMED
Tavola rotonda
FESMED

Lo screening
del Cervico-Carcinoma
Formazione dei
ginecologi operanti
nei programmi di
screening regionali.
Esperienze a confronto

Assemblea AOGOI
Assemblea SIGO

Sala A

Sala B

Sala C

Sala D

Sala E

Sala F

Endometriosi
Economia sanitaria in
ginecologia e ostetricia

Omni sessuali:
dalla pubertà alla
senescenza

Sessione Chirurgia
Ginecologica
Live Surgery
Tecniche a confronto

La specificità della
professione di ostetrica
oggi ed il ruolo
associativo
Comunicazioni orali

La sanità militare per la
salute della donna
Comunicazioni orali

Patologie del distretto
vulvo-vestibolo-
vaginale

CHIUSURA DEL CONGRESSO
Test ECM



Novità in farmacia



UNA DELICATA PROTEZIONE *naturale*

UNA NUOVA LINEA DI PRODOTTI PER L'IGIENE INTIMA

La formulazione a base di attivi naturali che rispetta la delicata fisiologia femminile, il pH della pelle e le naturali barriere difensive delle mucose.

SENZA
CONSERVANTI



IN PURO
COTONE

SENZA
CONSERVANTI


Intiley[®]
INTIMAMENTE NATURALE



Formulazioni innovative, efficaci e sicure, secondo Scienza e Natura