

09/102005

editoriale

## La sanità è una priorità

di Carlo Sbiroli

*Un auspicio per il prossimo voto di aprile, chiunque vinca le elezioni: quello di rafforzare e concretizzare l'iniziativa politica sulla sanità al fine di rilanciare il nostro servizio sanitario nelle sue diverse e molteplici articolazioni.*

Questo primo numero di Gyneco del 2006 si pone in coincidenza con due scadenze importanti. La prima è la fine della XIV legislatura, la seconda l'imminenza delle prossime elezioni politiche da cui dovrà emergere la maggioranza parlamentare che darà vita al nuovo Governo del Paese per i prossimi cinque anni.

A testimonianza dell'importanza di questa doppia scadenza abbiamo pensato di trarre un bilancio delle iniziative politiche e legislative avviate nel lustrò appena consumato con particolare attenzione a quei temi di interesse per la nostra professione e per la tutela della salute della donna in generale.

Lo abbiamo fatto andando ad intervistare cinque eminenti figure politiche e istituzionali: il ministro della salute Francesco Storace; i presidenti delle Commissioni Igiene e Sanità del Senato e Affari Sociali della Camera, Antonio Tomassini e Giuseppe Palumbo, ambedue di Forza Italia; il responsabile delle politiche del Welfare dei Ds Livia Turco e il presidente della Federsanità Anci e parlamentare della Margherita Giuseppe Fioroni. Al di là dei giudizi, ovviamente contrastanti, sui molti temi e ambiti oggetto di iniziativa parlamentare in questi cinque anni di governo del Centro Destra, mi sembra affiori un'ambizione comune, che fa ben sperare per il prossimo quinquennio: la volontà di andare avanti nell'attenzione

PRIMO PIANO / VERSO LE ELEZIONI

# Donne e salute C'è ancora molto da fare



Storace, Tomassini, Palumbo, Turco e Fioroni tracciano un bilancio delle cose fatte e ancora da fare su salute della donna e welfare  
**Servizio da pagina 3**

A tre mesi dalle elezioni abbiamo tracciato un bilancio della legislatura in via di conclusione con una particolare attenzione alle tematiche della salute della donna. Ne abbiamo parlato con il ministro della Salute **Francesco Storace**, il presidente della Commissione Affari Sociali della Camera **Giuseppe Palumbo**, il presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato **Antonio Tomassini**, il responsabile Welfare Ds **Livia Turco** e il responsabile Enti locali della Margherita **Giuseppe Fioroni**

Servizio a cura di Eva Antoniotti e Lucia Conti

**Signor ministro, durante il suo mandato lei ha affrontato spesso temi che riguardano la salute della donna e dunque le competenze dei medici ginecologi. È stato un caso o c'è qualche ragione specifica?**

Il tema della donna, non solo in relazione alla sua salute, ma anche alla sua piena affermazione a tutti i livelli sociali, mi ha visto sempre fortemente impegnato, sia in veste istituzionale, prima da presidente della Regione e poi da ministro, sia da politico al servizio delle persone. L'avvio della sperimentazione sulla pillola abortiva all'ospedale Sant'Anna di Torino, con le conseguenti strumentalizzazioni di una parte del mondo politico, mi hanno indotto ad intervenire sulla questione, prima di tutto affinché si garantisse l'attuazione delle norme di legge vigenti sull'utilizzo della pillola proprio a tutela della salute della donna. Inoltre ho ritenuto doveroso chiarire alcune interpretazioni, distorte, del mio pensiero sulla legge 194.

**Dopo il fallimento del referendum, la legge sulla procreazione assistita è rimasta immutata, nella formulazione voluta dal Governo e dalla maggioranza parlamentare. La considera adeguata o pensa che occorrerà tornare sulla materia con nuovi interventi legislativi?**

Ci troviamo di fronte a temi etici estremamente delicati sui quali, inevitabilmente, incide anche la formazione etica personale, sia essa civile o religiosa. Come ministro non posso che prendere atto della volontà espressa dalla larghissima maggioranza dal Paese che si è astenuta. La voce del popolo ha un peso non trascurabile. Ora spetta alle istituzioni verificare i risultati dell'applicazione di quella legge per verificare eventuali limiti.

**Lei è intervenuto più volte sulla legge 194, soprattutto perché si attui al meglio la normativa rivolta alla prevenzione dell'aborto. Quali azioni, a suo parere, sarebbero più efficaci?**

Occorre discutere insieme alle Regioni un corretto sistema di verifica in ordine all'attività di prevenzione che i consultori, come stabilisce la stessa legge 194, devono svolgere: questo significa non solo coinvolgere le associazioni di volontariato, ma anche attuare quegli articoli della legge in base ai quali i consultori devono informare le donne sulle possibili alternative all'aborto, sulle agevolazioni concesse dai Comuni. Insomma, la 194 è stata approvata per tutelare la maternità e per porre fine alla barbarie degli aborti clandestini, ma non deve diventare uno strumento di controllo delle nascite. Oggi sappiamo quanti aborti sono stati compiuti, abbiamo la garanzia che non si muo-

re per aborto, ma non sappiamo quanta prevenzione sia stata fatta. Non sappiamo se effettivamente la donna che si presenta al consultorio, prima del certificato per abortire, ottiene la possibilità di vagliare se ci sono altre strade percorribili.

**La senatrice Casellati ha recentemente presentato un progetto mirato a sostenere la ricerca scientifica che tenga conto delle differenze di genere, valutando ad esempio l'azione dei farmaci tanto sugli uomini che sulle donne. Il ministero stipulerà con le aziende farmaceutiche "accordi di programma" anche su questo filone di ricerca?**

La senatrice Casellati ha sottolineato un dato emerso a livello europeo, in base al quale i farmaci vengono per lo più testati sugli uomini, ma di fatto il consumo è donna. Di qui l'esigenza, condivisa, di favorire anche la "ricerca in rosa", ovvero garantire la produzione di farmaci di cui si sia potuta testare l'efficacia in relazione a quello che poi risulta essere il principale consumatore. Le donne risultano più bersagliate dagli effetti avversi dei medicinali: dal 50 al 70 per cento in più rispetto agli uomini. Proprio per invertire la rotta e favorire la ricerca in rosa, con sperimentazioni sempre più numerose che tengano conto delle differenze di genere, è nato un Tavolo tecnico al ministero della Salute, che ha elaborato il progetto, La Salute delle Donne, che prevede anche lo studio dei farmaci utilizzati in gravidanza, allattamento e patologie come diabete, obesità e malattie cardiovascolari al femminile. Il ministero avrà il compito di attuare percorsi di formazione degli operatori sanitari e di svolgere una campagna d'informazione rivolta ai cittadini. Farmindustria ha chiesto al ministero di poter partecipare al Tavolo, per contribuire a cambiare realmente le cose. L'industria è già impegnata in questo campo, ma prima occorre rivedere le regole perché ciò accada.

**Quali sono gli obiettivi che si propone per i prossimi mesi? E quale il bilancio del lavoro svolto fin qui in veste di ministro della Salute?**

Intervista a **Francesco Storace** *Ministro della Salute*

**“Un bilancio positivo e molti progetti che speriamo di poter realizzare”**



Nella foto Francesco Storace

Credo che fino ad oggi il bilancio possa considerarsi positivo: abbiamo varato una legge importante come quella sulla riduzione del prezzo dei farmaci; con la finanziaria 2006 abbiamo ottenuto un determinante incremento di fondi destinati alla ricerca; sbloccato risorse per medici e specializzandi e garantito un investimento di 2 miliardi di euro per un serio programma di abbattimento delle liste d'attesa. Senza dimenticare le misure messe in campo per fronteggiare le emergenze, prima tra tutte quella dell'influenza aviaria che ci vede impegnati dal mese di agosto.

Abbiamo, insomma, affrontato questioni rilevanti per i cittadini e per la categoria medica. Gli obiettivi per il futuro, se gli italiani vorranno premiare il nostro operato, saranno quelli di mettere a frutto i fondi ottenuti per la sanità, attuare il nuovo Piano sanitario nazionale che punta a un deciso rinnovamento, anche in un'ottica europea, del servizio sanitario, la piena applicazione del governo clinico e del rischio clinico, con una particolare attenzione a quei comportamenti degli operatori sanitari che possono ripercuotersi sui pazienti. Abbiamo molti progetti, l'auspicio è di poterli realizzare.

**Presidente Palumbo, il 2005 ha visto al centro del dibattito politico numerose questioni sanitarie che riguardano le donne, a partire dal referendum sulla procreazione medicalmente assistita che comunque non ha portato modificazioni alla Legge 40/2004. È tuttavia sua opinione che la Legge vada rivista?**

Secondo la mia esperienza, non solo di presidente della Commissione Affari Sociali della Camera ma anche di ginecologo, il referendum aveva alcune richieste molto valide su cui credo che prima o poi si debba intervenire. Mi riferisco anzitutto alla diagnosi preimpianto, che ritengo una pratica valida, perché effettuare una diagnosi prima di impiantare un embrione malato permette di evitare quelle che possono essere le conseguenze, tra cui un eventuale aborto. Io stesso avevo presentato una proposta di legge in cui suggerivo di realizzare un apposito elenco delle malattie di cui può essere fatta la diagnosi preimpianto, perché è chiaro che tutto non può essere diagnosticato prima, ma questo avrebbe permesso di limitare il numero dei casi a rischio.

Per il resto, ero inizialmente convinto che la Legge provocasse molti danni, ma ad un anno dalla sua introduzione ho potuto constatare che queste previsioni catastrofiche sulle percentuali di successi e delle donne che si sarebbero sottoposte alla pro-



creazione medicalmente assistita non si sono realizzate. Né c'è la migrazione all'estero che in tanti denunciano, anche perché questa implica dei costi alti, che non tutti possono sostenere.

Uno dei risultati positivi, almeno dal mio punto di vista, è stato inoltre il ridimensionamento dei Centri di procreazione assistita. Le regole restrittive che sono state imposte dalla Legge – cioè la produzione di soli tre embrioni – hanno infatti favorito i Centri di alto livello, quelli in cui evidentemente questa selezione degli ovociti può essere fatta in maniera più sicura. In pratica, i Centri di alto livello continuano a lavorare, mentre i Centri meno affidabili e in cui le tecniche di procreazione assistita non avevano le stesse percentuali di successo stanno pian piano scomparendo. E di conseguenza c'è stato un innalzamento del livello qualitativo dell'attività.

**Qual è la sua opinione, invece, riguardo il dibattito che si è aperto sulla legge 194/78?**

La Legge obbliga a fare dei censimenti, dei controlli e se ben applicata può rivelarsi una norma importante da molti punti di vista. Il mio auspicio è che ogni Regione si impegni ad applicarla correttamente. Attualmente, infatti, ci sono aspetti che possono e devono essere migliorati.

Dall'indagine che sta svolgendo la Commissione che presiedo è già emerso che la rete dei consultori italiana non è diffusa e ben organizzata in maniera omogenea su tutto il territorio. È emerso inoltre che dove gli ospedali, i consultori e le associazioni collaborano in maniera più efficace vi sono migliori risultati di prevenzione all'aborto e di sostegno alla

**Intervista a Giuseppe Palumbo** *Presidente della Commissione Affari Sociali della Camera*

## “Sempre più importante realizzare progetti di salute rivolti alle donne”

donna. E questo accade soprattutto nei piccoli Centri. Ma quando il lavoro dei consultori e degli ospedali resta separato, si perde tutta quella parte di prevenzione ed educazione sanitaria e sessuale che è invece importantissima.

Ecco, la mia opinione è che la Legge 194 sia clinicamente applicata in maniera perfetta, riuscendo a dare un ordine alla pratica degli aborti e limitando le pratiche clandestine, ma è necessario intervenire sulle fasce che, negli ultimi 5 anni, hanno dimostrato più difficoltà e mi riferisco, in particolare, alle donne immigrate e alle giovani. Le varie indagini, infatti, si sono rivelate utili a far emergere la mancanza, in Italia, di una corretta e diffusa informazione ed educazione sessuale, che invece la legge prevedeva. Credo, quindi, che siano proprio queste attività che vadano sviluppate e promosse.

Bisogna rafforzare anche il lavoro dei Consultori. La percentuale di donne in gravidanza che si recano nei consultori, invece, è attualmente di circa un terzo. Tutto il resto non passa dal consultorio prima, né durante, né dopo la gravidanza, né dopo l'eventuale aborto o parto. Il consultorio, però, è uno strumento indispensabile per responsabilizzare e informare in particolare le giovani e le immigrate, così che possano prendere le decisioni più idonee e anche le precauzioni più efficaci.

Hanno criticato molto l'indagine della Commissione Affari Sociali, ma bisogna ammettere che dopo le prime audizioni nei consultori e negli ospedali stanno emergendo molti aspetti su cui non si sapeva molto e sui quali invece è necessario riflettere. E se non sarà possibile studiare delle strategie nei pochi mesi che mancano alla fine della legislatura, l'in-

**Intervista a Antonio Tomassini** *Presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato*

## “Sviluppare la prevenzione e migliorare la legge sulla procreazione assistita”

**Presidente, recentemente il dibattito politico si è concentrato molto sulle questioni sanitarie che riguardano l'universo femminile. La Commissione che lei presiede è stata protagonista in questo ambito.**

Per quanto riguarda la Commissione Igiene e Sanità, le indagini conoscitive hanno rappresentato un aspetto importante dell'attività svolta nel 2005 a favore della donna. È stata proseguita la prima indagine conoscitiva sull'endometriosi, da cui abbiamo ottenuto un importante risultato pratico in quanto ha permesso la revisione di accesso alle terapie, con il mutamento delle note Aifa, e quindi una maggiore disponibilità di farmaci per questa particolare categoria di persone. L'endometriosi è stata anche riconosciuta una malattia sociale.

Tra le altre indagini intraprese, voglio ricordare quelle sulle cause della denatalità e i problemi dell'assistenza al parto e sulla prevenzione e il trattamento dei tumori femminili, con particolare riguardo per il tumore al seno.

Vorrei sottolineare come le indagini conoscitive siano uno strumento poco noto al grande pubblico ma rappresentino un'arma parlamentare molto importante, perché permettono non solo di effettuare un'a-

nalisi e una fotografia molto precisa in senso sociale e scientifico del fenomeno, ma anche perché finiscono per essere impegnative negli atti di Governo e legislativi con cui sviluppare provvedimenti a favore. Così è stato per l'indagine sulla denatalità e lo sarà per altre ancora.

Anche in Aula, infatti, ci sono state, nell'arco del 2005, delle mozioni riguardanti, in particolare, la prevenzione in oncologia femminile, per la quale vi sono specifici stanziamenti nella Finanziaria di quest'anno.

**Secondo lei è emerso nel mondo politico il bisogno di concentrarsi maggiormente su temi prettamente femminili, sviluppando progetti di genere?**

Per la Commissione che presiedo è sempre stato un obiettivo principale, legato anche alla mia esperienza professionale di ginecologo. Le donne hanno comunque ricevuto maggiore visibilità da tutto il mondo politico, basti pensare al provvedimento sulla procreazione assistita che, volente o nolente, ha impegnato il dibattito politico e si è allargato, poi, ad altri ambiti, anche non sanitari, come le quote rosa in Parlamento. Questi dibattiti, che a volte possono sembrare sterili o frustranti perché non raggiungono una



Nella foto Giuseppe Palumbo

dagine si potrà senz'altro rivelare utile per le legislature future.

**Cosa ne pensa del dibattito sulla sperimentazione della Ru 486?**

La questione non è sul via libera alla sperimentazione o meno. La pillola abortiva non è nulla di nuo-

vo, si conosce da oltre 10 anni e in alcune nazioni è regolarmente in commercio e utilizzata nei Centri dove si pratica l'interruzione volontaria di gravidanza. Sinceramente, non mi spiego come mai l'azienda farmaceutica non abbia richiesto l'autorizzazione all'introduzione del farmaco in Italia attraverso l'Emea, cioè l'analogo europeo dell'Aifa. Ora, comunque, la sperimentazione è stata avviata, sotto la supervisione del ministero della Salute e dell'Istituto superiore di Sanità, e penso che la diffusione del farmaco in Italia non potrà essere diversa da quella che vi è nelle altre nazioni.

È ovvio che questa pillola ha delle caratteristiche e delle indicazioni per la somministrazione molto precise, che vanno rispettate. Fatto questo, però, non vedo perché non si debba dare la possibilità a una donna che vuole abortire – anche se il mio augurio è che questo non accada – la possibilità di attuare l'interruzione di gravidanza con un intervento farmacologico anziché chirurgico.

Tuttavia, alcuni dati affermano che molte donne rifiutano questa pillola perché è una pratica che richiede un impegno di alcuni giorni e non le poche ore dell'intervento chirurgico, e che implica una partecipazione più attiva della donna dal punto di vista fisico ed emotivo, che è ben diversa dall'affidarsi alle mani del chirurgo e lasciare che faccia lui il suo lavoro. Ma se si rispettano le indicazioni e i controlli, non vi è nessuno altro motivo oggettivo

e clinico per impedire l'introduzione della Ru 486. E certamente non significa favorire l'aborto.

**Negli ultimi tempi è cresciuta molto l'attenzione verso gli aspetti della salute che riguardano esclusivamente la donna. Forse perché in questo ambito, in passato, il mondo femminile è stato trascurato?**

Sono già stati fatti in passato molti progetti per la prevenzione del cancro della mammella, dell'apparato genitale e riproduttivo. Ben vengano tutte le nuove iniziative. Non credo che vi sia stata una trascuratezza, ma certamente c'è ancora bisogno di tantissima attenzione, soprattutto affinché vi sia un'attività uniforme su tutto il territorio nazionale, in particolare per quanto riguarda la prevenzione. Questo vale non solo per le donne, ma anche per gli uomini. Certamente, diventa sempre più importante e utile effettuare progetti di genere ed è proprio quello che sta accadendo.



soluzione, hanno tuttavia dimostrato che c'è un cammino fisiologico che va verso l'universo femminile e un'affermazione delle donne anche in ambito politico. È un passo ancora incompiuto, ma sta avvenendo senz'altro uno sviluppo culturale in questo senso.

C'è un forte dibattito dal punto di vista politico e tecnico, ancora non completamente emerso, anche per la vaccinazione delle bambine nella fascia di età intorno ai 12 anni, che ha dato grandi risultati negli Stati Uniti e permette la soluzione definitiva di determinati problemi di salute. Permettendo, tra l'altro, grandi risparmi per il sistema sanitario. Ritengo, dunque, che sia un argomento importante da discutere e, non farlo, sarebbe un atteggiamento miope.

**Nell'ambito della prevenzione, ritiene che questa sia stata sottovalutata nell'applicazione della Legge 194/78?**

Questo è un altro degli argomenti in discussione, in questi giorni, in Parlamento. Anzitutto, bisogna sottolineare che la 194, per quanto riguarda l'aborto, ha resistito in maniera soddisfacente al banco di prova, perché ricordo il fenomeno prima dell'entrata in vigore della Legge ed è indubbio che questa è servita più da deterrente rispetto alla richiesta di interruzione della gravidanza piuttosto che da incentivazione, anche per una maturazione complessiva della società. Occorre, però, ammettere che non si fa abbastanza per la prevenzione e questo è un problema di cui si parla da anni. Io, che sono stato primario ginecologo per tanti anni, so che è importantissimo sviluppare in maniera efficace l'attività consultoriale e qui c'è la deprecabile constatazione che, a questo scopo, numerosi volumi economici sono stati messi in Finanziaria ogni anno, ma sostanzialmente sono rimasti inutilizzati dalle Regioni. È un problema molto grave, perché, da un lato, fa credere che i consultori non siano importanti, dall'altro, rappre-

senta uno spreco di denaro pubblico.

Il consultorio ha una missione di cui si dovrebbe riscoprire l'importanza, in particolare per quanto riguarda le fasce sociali più deboli, ma anche le adolescenti e le straniere. Occorre invece garantire a queste donne, magari al costo del semplice ticket, la possibilità di ricevere una consulenza, garantendo loro la tutela della privacy e una particolare discrezione, soprattutto per le giovani, che spesso vogliono tenere queste questioni nascoste alle famiglie. Si tratta di una missione che bisogna riscoprire, perché è un'opera importante a cui bisogna dedicarsi con forza.

**Ritiene che in passato la prevenzione per la salute delle donne sia stata sottovalutata?**

Penso, più che altro, che sia mancata una capacità

organizzativa e che a quello che era un principio condiviso non abbia fatto seguito il giusto impegno per realizzarlo. È chiaro che la prevenzione richiede un impegno individuale, consapevolezza e vocazione, organizzazione e, chiaramente, risorse adeguate e ben utilizzate. Oltre a un impegno individuale, però, occorre una sinergia tra le varie figure coinvolte: operatori sanitari, associazioni e anche volontariato.

**Riprendendo il discorso della procreazione medicalmente assistita, qual è invece, secondo lei, il futuro della Legge 40/2004?**

Io sono stato tra i primi promotori di un Disegno di legge che sviluppasse in senso migliorativo la Legge 40 e che era stato realizzato sulla base dei rilievi del Comitato tecnico scientifico del ministero. Tuttavia, il Ddl ha finito per arenarsi per le modalità con cui la consultazione popolare è stata portata avanti, cioè con una profonda contrapposizione che nulla aveva a che vedere con gli aspetti della Legge o i bisogni di chi deve ricorrere alla procreazione medicalmente assistita. Si è finito per mescolare impropriamente molti temi. La parte pro referendum, in particolare, ha lanciato annunci di provata veridicità scientifica o mistificazioni che, nella realtà, i cittadini hanno riconosciuto infondate. E il risultato finale è stata una grande confusione sull'argomento, che ha indotto la popolazione ad astenersi dal voto referendario. Questo ha creato il vulnus che non ha permesso di riprendere in mano quella Legge.

Sono tuttavia convinto che invece sia necessario un percorso migliorativo, nella direzione che avevo previsto nella mia proposta di Legge. Questo argomento potrà essere materia della prossima Legislatura e auspico che sarà portato avanti in modo finalmente costruttivo, con un percorso di incontro invece delle mille divaricazioni a cui abbiamo già assistito.



Nella foto Antonio Tomassini

**Onorevole Turco, come commenta le vicende intorno al referendum sulla legge 40/2004?**

La revisione della Legge 40 aveva l'obiettivo di mettere al centro della norma i valori della ricerca, della salute della donna e la possibilità di aver figli. È triste che su questa legge non ci sia stato dialogo politico. Mi chiedo, inoltre, perché in una società a natalità zero faccia scandalo che una coppia che vuole dei figli possa averli. Riguardo al referendum, ogni cittadino sarebbe dovuto andare a votare perché si trattava di una questione che riguarda i nostri convincimenti più profondi, che in modo inevitabile comportano il prevalere della responsabilità individuale e della propria coscienza, sulla quale non si può delegare ad altri la scelta. L'elemento fondamentale della cultura della vita è l'esercizio della responsabilità e il compito della politica è informare i cittadini e incoraggiarli alla partecipazione. Purtroppo, però, il mancato raggiungimento del quorum dimostra che questo non è stato fatto in modo sufficiente, anche per la clamorosa assenza delle forme di comunicazione istituzionali.

**L'attenzione, attualmente, si è spostata verso la Legge 194 sull'aborto. È d'accordo sul fatto che non ci sia una corretta attuazione della Legge?**

Si sta facendo un polverone ideologico intorno alla legge, agitando in modo propagandistico e strumentale il tema dell'aborto, ma senza avanzare alcuna proposta risolutiva. La realtà è che in questi cinque anni vi è stato, da parte del Governo, un vuoto assoluto in materia di politiche sociali e della famiglia; e invece di proporre indagini e questionari, sarebbe bene studiare in Commissione Affari sociali le azioni da attuare per aiutare le donne, in particolare le immigrate, che sono quelle che abortiscono di più; per rilanciare i consultori in rapporto con la scuola per una

**Intervista a Livia Turco Responsabile Welfare Ds**

# “Un nuovo Welfare: tutelare la maternità come un diritto universale di cittadinanza”

corretta educazione alla sessualità dei giovani; per migliorare l'efficienza delle strutture sanitarie rivolte alle donne che scelgono o sono costrette ad abortire. Il ministro Storace dice di voler aiutare le donne, ma allora perché non ha sostenuto in sede di Consiglio dei Ministri, che ha discusso il maxiemendamento al-

la Finanziaria, le nostre proposte per stanziare risorse a sostegno dei consultori e per un assegno a favore delle ragazze madri e delle donne in gravidanza ma con gravi condizioni di disagio sociale ed economico? Così si sarebbe rispettata la libertà di scelta e non si sarebbero lasciate sole quelle donne che vogliono un figlio ma sono in difficoltà. Noi crediamo si debba costruire un nuovo welfare, nel quale la maternità sia tutelata come un diritto universale di cittadinanza. Gli uomini del Governo Berlusconi, che si riempiono la bocca con slogan “a difesa della vita”, hanno invece deciso un taglio dei Fondi sociali che mette le amministrazioni locali davanti a scelte drammatiche e che costringerà i Comuni a ridurre i servizi, a cominciare dagli asili nido.



Nella foto Livia Turco

**L'introduzione della pillola abortiva in Italia rientra tra le libertà che devono essere offerte alle donne?**

Quello che bisogna ribadire è che non si tratta di un metodo contraccettivo ma solamente di una tecnica medica da proporre alla donna insieme all'aborto chirurgico. Per questo la sperimentazione non deve essere interrotta e, una volta conclusa la fase di studio, la pillola va data alle donne in una struttura pubblica sotto controllo medico. La RU 486 va difesa perché è destinata alla protezione della salute della donna.

**Onorevole Fioroni, quale dovrebbe essere il futuro Legge 40/2004?**

La Legge va anzitutto sperimentata e poi, se sarà necessario, si potrà pensare di discutere, in sede parlamentare, degli aspetti sui quali occorre intervenire. A mio avviso, comunque, la 40/2004 è una buona legge e infatti io sono tra quelli che l'ha difesa. In ogni caso, questo è un ambito per il quale bisogna agire in



Nella foto Giuseppe Fioroni

**Intervista a Giuseppe Fioroni Responsabile Enti locali della Margherita**

# “La salute femminile merita più attenzione, ma ora siamo il fanalino di coda d'Europa”

Parlamento e l'astensionismo alle urne per il referendum ha dimostrato che la maggioranza degli italiani condivide un sentimento, che non ha niente a che vedere con l'essere o non essere cattolico, ma che si fonda sul ritenere che su temi così importanti sia necessaria molta cautela e un grande approfondimento. Credo che gli italiani ritengano che non ci sia da riconoscere a terzi il diritto di stabilire qual è la vita che è degna di nascere e quale non è degna, e che siano refrattari ai temi come l'eugenetica e la bioetica; ma credo soprattutto che gli italiani abbiano voluto dire ai promotori del referendum che quelle questioni non rivestono per loro un carattere di priorità.

Credo che la gente sapesse di cosa stessimo parlando e che abbiano consapevolmente scelto. Anzi, sono certo che una delle cause della sconfitta di chi voleva a tutti i costi i referendum sia stata quella di ritenere che gli italiani non siano informati e, seppure informati, siano informati male. E ancora, se l'informazione arriva corretta, comunque la popolazione non sia in grado di comprendere. Non è così. Gli italiani hanno capito e hanno scelto.

**È d'accordo con chi afferma che sia stata finora trascurata la parte della Legge 194 precedente alla scelta dell'aborto?**

La corretta applicazione della 194 è qualcosa che non interessa esclusivamente lo Stato italiano, ma tutti i cittadini, uomini e donne, perché è una legge che richiama alla “maternità e paternità responsabile”. Que-

**Secondo lei, il dibattito sul referendum ha finito col confondere gli elettori, su delle tematiche già difficili da comprendere?**

sta titolazione non è casuale. La verità è che nessuno ha voluto trascurare la funzione "preventiva" e di sostegno alla donna dettata dalla 194, ma il Governo non è stato in grado di dare ai consultori le risorse necessarie per lavorare. Se vogliamo applicare la prima parte della Legge in maniera corretta, occorre anzitutto avere i fondi e il personale adeguati. Per questo sono dell'idea che l'indagine conoscitiva avviata dal Governo sia un imbroglio, per stendere un velo su un Esecutivo che non ha avuto la capacità di rispondere in maniera chiara e risolutiva al fatto che in questo Paese avere un figlio è un lusso, sia nel periodo della gravidanza che in quello della crescita. Di fronte a queste omissioni e a queste colpe, il Governo ha pensato di tirare fuori questa indagine conoscitiva, che tuttavia sembra più un capro espiatorio che un'analisi di cui avevamo bisogno.

**La rete dei consultori ha comunque bisogno di essere migliorata?**

Certo. I consultori devono rappresentare un elemento fondamentale, nel quale la donna possa esprimere liberamente la propria scelta. Ma per migliorare la rete dei consultori occorre che ci siano risorse e personale, perché altrimenti è chiaro che le loro attività non hanno possibilità di funzionare. E co-

munque, se è vero e giusto sviluppare l'attività così detta "preventiva", ritengo che sia giusto applicare anche quella parte della legge in cui si stabilisce che nei consultori vengano illustrati i meccanismi di aiuto alla maternità. Ma capisco l'imbarazzo del Governo Berlusconi, perché nel nostro Paese di aiuto alla vita non c'è nulla.

**Qual è la sua opinione sul dibattito che si è sviluppato intorno alla sperimentazione della Ru486?**

Noi ci stiamo preoccupando di sperimentare e importare questa pillola come se fosse un farmaco salvavita, ma il quesito che più di tutti dovrebbe occuparci la mente è: Perché la casa produttrice non ha fatto domanda in Europa, attraverso l'Emea, né in Italia per l'introduzione del farmaco nel nostro Paese? Sembra che noi stiamo insistendo per avere qualcosa che i proprietari non hanno dimostrato di volerci dare. È un vulnus grave. E le varie sperimentazioni ed escamotage per avere la pillola più che dimostrare come la pillola vada utilizzata, sembra essere servita più che altro a dimostrare che coloro che la producono non ce la vogliono vendere. Dopo di che, va detto con chiarezza che non si tratta di un semplice anticonce-

zionale, ma di un metodo alternativo all'aborto, per il quale occorre seguire le procedure previste sotto il controllo del medico.

**Condivide l'idea che nel 2005 sia stata rivolta molta attenzione ai temi riguardanti le donne?**

Credo, più che altro, che vi sia stato molto folgorare e poca sostanza, mentre il mondo femminile avrebbe necessità, dal punto di vista sanitario, di essere davvero trattato con attenzione. Di avere fondi adeguati da investire in prevenzione. Penso, ad esempio, agli screening per il tumore al collo utero o alla mammella. Tuttavia, fino ad oggi non sono state trovate le risorse adeguate a garantire interventi efficaci di prevenzione. Quel che serve è maggiore prevenzione ma anche maggiore ricerca, per dare un seguito a quello che si vuole prevenire. Invece, l'Italia è ancora oggi l'ultimo Paese in Europa ad investire in ricerca e l'ultimo Paese ad investire in prevenzione. Credo che, se il Governo Berlusconi sarà rimosso, il prossimo Governo sarà senz'altro capace di fare come gli altri governi europei. Cioè ritenere che la prevenzione e le spese in sanità non sono soldi sprecati, ma giusti investimenti.

segue dalla prima

crescente al mondo della sanità, alla necessità di una maggiore attenzione all'universo femminile e all'opportuno rilancio di iniziative capaci di dare nuovo slancio e nuovi stimoli a noi medici e operatori del Ssn. Ed è proprio per questo che sento di poter lanciare una sorta di auspicio per le iniziative dei prossimi governanti che emergeranno dal voto di aprile, chiunque vinca le elezioni: quello di rafforzare e concretizzare l'iniziativa politica sulla sanità al fine di rilanciare il nostro servizio sanitario nelle sue diverse e molteplici articolazioni. Tra queste, il ruolo e il lavoro del medico, assumono un indiscutibile valore, se non altro perché la tutela della salute è un campo in cui il lavoro degli uomini e delle donne in essa coinvolti, la loro professionalità, la loro esperienza, la loro motivazione fungono da vero motore del sistema.

Nel numero scorso ho, non a caso, espresso un augurio affinché andasse in porto la riforma del governo clinico sulla quale sono state spese tante energie per tutto l'arco della legislatura. Purtroppo, ormai, salvo un colpo di coda all'ultimo momento, la speranza di vedere ufficializzata la legge sembra svanita. Penso tuttavia che il prossimo Governo e il futuro Parlamento debbano e possano riprendere celermente quel lavoro istruttorio già fatto e quasi giunto a termine del suo iter, dando finalmente ai medici quel ruolo di co-decisione sulle scelte dirimenti di programmazione e organizzazione dei servizi

che attendono da anni per poter lavorare meglio a beneficio del sistema e dei cittadini. Insieme al governo clinico permangono poi molti altri provvedimenti da adottare, dalla razionalizzazione della nostra rete ospedaliera allo sviluppo di un'adeguata rete di medicina territoriale. Dalla ristrutturazione tecnologica e ambientale di ospedali e ambulatori alla creazione di un sistema ben articolato di presidi per lo sviluppo di quelle politiche di prevenzione e assistenza, fondamentali per innalzare il livello qualitativo della sanità italiana. Per non parlare della necessità di avviare un dibattito serio e costruttivo sul grande tema della sostenibilità economica del sistema sanitario, cercando di coniugare necessità di bilanci sani e in regola con la contestuale crescita della domanda di salute della

popolazione. E poi la grande sfida, che si inizia a intravedere nelle stesse tesi in discussione tra le diverse forze politiche, mirante a valorizzare la sanità come fattore di crescita e sviluppo per tutto il Paese e non più come un fattore di mera spesa pubblica da tenere costantemente sotto controllo. In chiusura di questo mio editoriale vorrei segnalarvi il grande sforzo che abbiamo compiuto a tempo di record nel porre a disposizione di tutti i nostri iscritti il testo del nuovo contratto di lavoro, che troverete pubblicato in un apposito fascicolo allegato a questo numero di Gyneco.

È tutto. Detto questo non mi resta che augurarvi i miei più fervidi e cari auguri per un Buon 2006!

Carlo Sbiroli

<p><b>GYNECO</b> <b>AOGOI</b></p> <p>ORGANO UFFICIALE DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI</p> <p>PRESIDENTE Carlo Sbiroli DIRETTORE SCIENTIFICO Felice Repetti COMITATO SCIENTIFICO Giovanni Brigato Antonio Chiantera Valeria Dubini DIRETTORE RESPONSABILE Cesare Fassari</p>	<p>COORDINAMENTO REDAZIONALE Arianna Alberti email: laredazione@ihg.it PUBBLICITÀ Publiem srl Centro Direzionale Colleoni Palazzo Perseo 10 20041 Agrate (Milano) Tel. 039/6899791 - Fax 039/6899792</p> <p>EDITORE <b>IEP</b> ITALPROMO ESIS PUBLISHING 00147 Roma Via Vittore Carpaccio, 18</p> <p>Testata associata <b>A.N.E.S.</b> ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORIALE PUBBLICITÀ E SPETTACOLO</p>	<p>PROGETTO GRAFICO Glancarlo D'Orsi VIDEOIMPAGINAZIONE Daniele Lucia, Barbara Rizzuti STAMPA Tecnostampa srl Via Le Breccie 60025 Loreto (Ancona) ABBONAMENTI Annuo: € 26 Prezzo singola copia: € 4</p> <p>Reg. Trib. di Milano del 22.01.1991 n. 33 Poste Italiane spa - Sped. in abb. postale D.L. 353/2003 (Conv. in L. 27/02/2004 n. 46) Art. 1, comma 1, DCB Ancona</p> <p>Finito di stampare: gennaio 2006 Tiratura 5.000 copie</p>
---	--	--

Presentata la relazione annuale del Ministero della Salute sulle interruzioni volontarie di gravidanza

# Le italiane vi ricorrono di meno, ma cresce il numero degli aborti tra le donne immigrate

a cura di Lucia Conti

**D**opo alcuni anni di decremento, nel 2004 le IVG in Italia hanno cambiato tendenza e sono cresciute del 3,4% rispetto al 2003, anche se il 25% delle 136.715 interruzioni di gravidanza effettuate in Italia sono da ricondursi alle donne straniere che vivono nel nostro Paese. Lo dimostra la relazione sull'Interruzione volontaria di gravidanza (IVG) presentata lo scorso ottobre al Parlamento dal ministro della Salute, Francesco Storace.

È la legge 194/78 che disciplina "la tutela sociale della maternità e l'interruzione volontaria di gravidanza" a prevedere che ogni anno il ministro della Salute presenti al Parlamento una relazione annuale sull'applicazione della legge stessa. Si tratta di una disposizione introdotta per "monitorare il fenomeno e controllare che la legalizzazione dell'accesso all'IVG non favorisca il ricorso all'aborto come metodo di controllo della fecondità, in contrasto quindi con i dettami e i principi della legge".

Ecco i principali risultati della relazione ministeriale, riferiti ai dati preliminari per l'anno 2004 e ai dati definitivi relativi al 2003 (per la Campania è stato possibile effettuare l'analisi solo per circa il 36% dei casi occorsi nel 2003).

## I DATI PRELIMINARI PER IL 2004

Secondo le stime negli anni precedenti alla legge 194/78, gli interventi per interrompere le gravidanze erano in Italia circa 350 mila ogni anno, tra cui molti effettuati clandestinamente. Per il 2004, invece, le IVG si sono fermate a quota 136.715, tuttavia con un incremento del 3,4% rispetto al 2003 ma anche con un decremento del 41,8% rispetto al 1982, anno in cui si è registrato in Italia il più alto ricorso all'IVG.

Più che il valore assoluto, però, è il tasso di abortività a permettere una valutazione più accurata della tendenza al ricorso all'IVG in un Paese, come sottolinea anche l'Organizzazione mondiale della Sanità. Per quanto riguarda l'Italia, il tasso di abortività nel 2004 è stato pari a 9,96 IVG per 1.000 donne in età feconda, con un incremento del 2,6% rispetto al 2003 e un decremento del 42,4% rispetto al 1982.

Il rapporto di abortività (numero di IVG per 1.000 bambini nati vivi), invece, è risultato pari a 249,4 per 1.000, con un incremento dell'1,8% rispetto al 2003 e un decremento del 34,4% rispetto al 1982. Come già annunciato, infine, nel corso degli anni è andato crescendo il numero degli interventi effettuati da donne con cittadinanza estera, raggiungendo in

La relazione del ministero giunge nel pieno di nuove polemiche sulla legge 194 che nel 1978 ha legalizzato l'aborto in Italia. I dati confermano che il ricorso alle IVG è in calo tra le donne italiane (dagli anni '70 ad oggi si è passati da circa 350 mila aborti annui a poco più di 136 mila). Preoccupa invece la scarsa attività di prevenzione e informazione per una procreazione responsabile, insieme al fenomeno in emergenza degli aborti tra le donne di nuova immigrazione



**Numero di IVG per area geografica (periodo 1983-2003)**

	1983	1991	2002	2003	Variazione %	
					2002/2003	1983/2003
NORD	105.430	67.619	59.827	60.217	0,7	-42,9
CENTRO	52.423	34.178	28.899	28.406	-1,7	-45,8
SUD	57.441	44.353	33.658	31.918	-5,2	-44,4
ISOLE	18.682	14.344	11.722	11.637	-0,7	-37,7
<b>ITALIA</b>	<b>233.976</b>	<b>160.494</b>	<b>134.106</b>	<b>132.178</b>	<b>-1,4</b>	<b>-43,5</b>

**Tassi di abortività per area geografica (periodo 1983-2003)**

	1983	1991	2002	2003	Variazione %	
					2002/2003	1983/2003
NORD	16,8	10,6	10,0	10,1	0,7	-39,9
CENTRO	19,8	12,4	11,2	11,0	-1,6	-44,4
SUD	17,3	12,1	9,6	9,1	-5,1	-47,4
ISOLE	11,7	8,1	7,1	7,0	-0,6	-40,2
<b>ITALIA</b>	<b>16,9</b>	<b>9,5</b>	<b>9,8</b>	<b>9,6</b>	<b>-1,3</b>	<b>-43,2</b>

**Tassi di abortività per età, 1983-2003**

Classi di età	1983	1991	2002	2003	Variazione %	
					2002/2003	1983/2003
< 20	8,0	5,5	7,5	7,0	-6,8	-12,5
20-24	23,6	13,4	15,8	14,9	-5,3	-36,9
25-29	27,6	15,7	14,8	14,1	-4,9	-48,9
30-34	25,2	17,1	13,3	12,3	-7,1	-51,2
35-39	23,6	15,1	10,7	9,7	-9,1	-58,9
40-44	9,8	7,2	5,0	4,5	-10,1	-54,1
45-49	1,2	0,9	0,5	0,4	-8,7	-66,7

media il 25,9% del totale delle IVG e in alcune Regioni addirittura sfiorando o superando il 30% (Piemonte, Lombardia, P.A. Bolzano, Friuli V.G., Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Lazio), mentre nel 1998 tale percentuale era del 10,1%. Dato dovuto, probabilmente, anche alla sempre maggiore riduzione del ricorso all'aborto clandestino.

**LE IVG NEL 2003**

Per avere un quadro dei vari aspetti che interessano gli interventi di Interruzione volontaria della gravidanza occorre fare riferimento ai dati definitivi dell'anno 2003, nel corso del quale sono state notificate informazioni riguardanti le caratteristiche socio-demografiche delle donne che ricorrono alla IVG e le informazioni riguardanti il percorso che va dalla scelta di abortire alla tipologia di intervento praticata dal medico.

Anzitutto, le Interruzioni volontarie di gravidanza nel 2003 sono state in totale 132.178, per un tasso di abortività pari a 9,6 IVG per 1.000 donne in età feconda (cioè il - 1,3% rispetto al 2002 e il - 43,2% rispetto al 2003). Come già annunciato in riferimento ai dati del 2004, occorre tuttavia considerare la forte percentuale di IVG effettuate dalle cittadine straniere, in assenza delle quali le IVG tra le italiane sarebbero state circa 97.700.

Inoltre, la presenza di straniere sembra incidere anche sull'età dell'intervento, in quanto si rileva che il ricorso all'IVG nelle donne giovani è un fenomeno che caratterizza in particolare la popolazione femminile straniera.

**LE CARATTERISTICHE DELLE DONNE**

Vanno pian piano svanendo le differenze di ricorso all'IVG tra le nubili e le coniugate, nel 2003 pari rispettivamente al 46,3% e al 46,8%. Secondo l'analisi del ministero, però, questo dato è dovuto principalmente ad una maggiore riduzione degli interventi da parte delle donne coniugate piuttosto che a una variazione del dato riferito alle nubili. Le distribuzioni territoriali per stato civile, comunque, confermano la maggiore prevalenza di IVG tra le donne coniugate nelle Regioni meridionali e insulari.

Per quanto riguarda il titolo di studio, il 46,4% di chi ricorre all'IVG ha la licenza media inferiore, il 40,5% la licenza media superiore e il 5,9% è laureata. La distribuzione percentuale delle IVG per stato occupazionale evidenzia invece un maggiore ricorso tra le donne occupate (48,9%) rispetto alle casalinghe (27,1%), disoccupate (13,6%) o studentesse (10,1%).

Il 57% delle IVG praticate nel 2003 ha riguardato donne con altri figli, oltre 3 nel 7% dei casi. L'88,7% delle donne ha dichiarato di non aver mai avuto aborti spontanei in passato (contro l'81,1 del 1983), mentre si registra una sostanziale stabilità della percentuale di IVG effettuate da donne con storia di IVG precedente. A livello regionale la percentuale maggiore di aborti ripetuti si registra in Puglia, Emilia Romagna e Liguria; anche se il confronto con altri Paesi mostra che

il valore italiano è comunque tra i più bassi a livello internazionale.

Per quanto concerne il momento dell'intervento, si assiste a un aumento degli interventi effettuati tra l'undicesima e la dodicesima settimana di gestazione (dal 15,7% nel 2002 al 15,9% nel 2003) e una riduzione

di quelli effettuati in epoca precoce, uguale o inferiore a 8 settimane (da 39,7% nel 2002 al 38,8% nel 2003). Rimane invece sostanzialmente costante (2,3%) la percentuale di IVG effettuate dopo la dodicesima settimana gestazionale. Anche in questo caso, secondo il ministero, va considerato che le cittadine straniere tendono ad abortire a settimane gestazionali più avanzate (il 23,2% contro il 13% delle donne italiane. Oltre la dodicesima settimana, tuttavia, le percentuali sono dell'1,2% per le straniere e del 2,8% per le italiane ma, spiega il ministero, si tratta in questo caso di "gravidanze interrotte in seguito a risultati sfavorevoli delle analisi prenatali, a cui certamente le donne straniere hanno molto minore accesso".

**L'ASPETTO SOCIO-SANITARIO DELLE IVG**

Per la prima volta, nel 2003, il consultorio familiare ha rilasciato più certificazioni (34,4%) degli altri servizi (24,2% nel 1983). Crescono anche le certificazioni nei Servizi di ostetricia-ginecologia (21,4% nel 1983 e 30,1% nel 2003), mentre perde punti il medico di fiducia (dal 52,9% nel 1983 al 33,7% nel 2003).

Anche la tendenza all'aumento del ruolo dei consultori sembra essere prevalentemente determinata dal contributo delle donne straniere, le quali ricorrono più frequentemente a tale servizio per la sua maggiore facilità di accesso. Infatti, dai dati del 2003, emerge che il 49,6% delle certificazioni per le donne straniere è stato rilasciato dal consultorio familiare, mentre per le italiane questo dato è pari al 28,7%.

Un ruolo più importante del consultorio si osserva in Piemonte, Lazio, Emilia Romagna, Umbria, Toscana e Veneto; mentre le percentuali risultano più basse nell'Italia meridionale ed insulare, dove la carenza di servizi e di personale è più consistente.

Per quanto riguarda il territorio in cui si pratica l'intervento, l'89,5% delle donne ha scelto la propria re-



**Tassi di abortività per 1000 donne in età 15-44. Confronti internazionali**

Olanda (1996)	6,5
Germania (1996)	7,6
Finlandia (1996)	10
ITALIA (2003)*	11,1
Norvegia (1996)	15,6
Inghilterra e Galles (2002)	16,2
Francia (2002)	16,7
Svezia (1996)	18,7
Usa (2000)	21,3

\* Poiché a livello internazionale il tasso di abortività è calcolato su donne di età 15-44 anni, il dato italiano è stato ricalcolato adeguando il denominatore

gione di residenza e l'88% nella stessa provincia. L'altra faccia della medaglia riguarda, comunque, la mobilità sanitaria per interventi di IVG: percentuali di immigrazione da altre Regioni maggiore o uguale al 10% si registrano nella P.A. di Trento, in Friuli Venezia Giulia, in Emilia Romagna, in Umbria, in Abruzzo, Molise e Basilicata. In Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana e Lazio, invece, il flusso in entrata è più consistente rispetto a quello di uscita, con una conseguente inflazione del tasso di abortività.

L'informazione relativa alla data della certificazione, che permette di calcolare i tempi di attesa per l'intervento, indicatore dell'efficienza dei servizi, indica che il 62,1% delle IVG è stato effettuato entro 14 giorni dalla certificazione. Per quanto riguarda il luogo dell'intervento, come in passato, a prevalere è il dato relativo all'istituto pubblico (91,8% degli interventi).

La tecnica di aborto più utilizzata nel 2003 è stata l'isterosuzione (22,2% degli interventi), ed in particolare la metodica secondo Karman (62,2%). Valori nettamente più alti della media nazionale nell'uso del raschiamento si osservano in Calabria, Sardegna, Abruzzo e Sicilia, dove questa tecnica è ancora utilizzata in più del 25% dei casi.

L'intervento di IVG è stato effettuato nell'85,2% dei casi in anestesia generale, valore considerato dal ministero ben più elevato del necessario.

## L'INTERPRETAZIONE DEL FENOMENO

L'analisi delle caratteristiche socio-demografiche delle donne che ricorrono all'IVG ha confermato, secondo il ministero, l'ipotesi che il ricorso all'aborto non è prevalentemente una scelta di elezione ma un'ultima ratio, conseguente il fallimento o l'uso scorretto dei

### Tassi di abortività per 1000 donne residenti in Italia, per cittadinanza e classi d'età (anno 2000)

Età	cittadinanza	
	italiana	straniera
18-24	11.8	48.5
25-29	11.0	41.7
30-34	10.3	33.3
35-39	9.1	23.6
40-44	4.3	10.0
45-49	0.4	1.5
18-49 tasso grezzo	8.2	32.0
18-49 tasso standardizzato	8.5	29.7

### IVG (%) per tipo di anestesia e per area geografica, 2003

	Generale	Locale	Analgesia	Altro	Nessuna
NORD	88,4	9,3	0,7	1,1	0,5
CENTRO	69,0	30,0	0,1	0,1	0,8
SUD	90,9	8,4	0,4	0,0	0,3
ISOLE	96,3	2,5	0,6	0,0	0,5
<b>ITALIA</b>	<b>85,2</b>	<b>13,2</b>	<b>0,5</b>	<b>0,6</b>	<b>0,5</b>

### IVG % per tipo di intervento, 1983-2003

	Raschiamento	Isterosuzione	Karman	Altro
1983	24,5	46,7	28,3	0,6
2003*	15,2	22,2	61,2	1,4

\*esclusi i dati del Lazio in quanto diversamente aggregati

### IVG e tipo di intervento per area geografica, Anno 2003\*

	Raschiamento		Isterosuzione		Karman		Altro		Non rilevato		Totale
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**	
Nord	6.511	10,8	14.859	24,7	37.7906	2,9	922	1,5	135	0,2	60.217
CENTRO (1)	637	4,9	3.981	30,6	8.130	62,6	246	1,9	77	0,6	13.071
SUD	5.489	22,9	3.341	14,0	14.939	62,4	173	0,7	7.976	25,0	31.918
ISOLE	3.870	33,6	1.946	16,9	5.569	48,4	127	1,1	125	1,1	11.637
<b>ITALIA (1)</b>	<b>16.507</b>	<b>15,2</b>	<b>24.127</b>	<b>22,2</b>	<b>66.428</b>	<b>61,2</b>	<b>1.468</b>	<b>1,4</b>	<b>8.313</b>	<b>7,1</b>	<b>11.6843</b>

\*calcolata sulla somma delle prime quattro colonne \*\*calcolata sul totale

(1) Esclusi i dati del Lazio in quanto diversamente aggregati

### IVG (%) e complicanze, Anno 2003

	Emorragia		Infezione		Altro		Non rilevato		Totale
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**	
NORD	109	1,8	11	0,2	55	0,9	424	0,7	60.217
CENTRO	47	1,7	1	0,0	31	1,1	1.023	3,6	28.406
SUD	49	2,1	3	0,1	4	0,2	8.123	25,4	31.918
ISOLE	22	1,9	0	0,0	8	0,7	277	2,4	11.637
<b>ITALIA</b>	<b>227</b>	<b>1,9</b>	<b>15</b>	<b>0,1</b>	<b>98</b>	<b>0,8</b>	<b>9.847</b>	<b>7,4</b>	<b>132.178</b>

\*per 1000 calcolata sul totale meno i non rilevati \*\*percentuale calcolata sul totale

### IVG (%) per numero di aborti spontanei precedenti. Anni 1983 e 2003

Anno	N° aborti spontanei precedenti				
	0	1	2	3	4 o più
1983	81,1	13,1	3,8	1,2	0,9
2003	88,7	8,9	1,8	0,5	0,2

metodi per la procreazione responsabile adottati all'atto dell'ultimo concepimento. Secondo il ministero, infatti, la riduzione del ricorso all'aborto è stata maggiore per le donne in condizioni di stabilità affettiva e sociale, che hanno favorito, grazie anche al ruolo dei servizi socio-sanitari, "una maggiore competenza e consapevolezza relativamente all'uso dei metodi per la procreazione responsabile". Tuttavia, la costante diminuzione del ricorso all'IVG tra le italiane, non si è verificata in maniera omogenea per le diverse classi di età e per i diversi livelli di stato civile, istruzione ed occupazione; anche se, secondo quanto affermato dal ministro Storace durante la presentazione, i dati emersi nel corso degli anni sembrano poter dare certezza del fatto che si potranno ottenere ulteriori riduzioni del ricorso all'IVG attraverso la realizzazione di programmi volti alla promozione di consapevolezza e competenze verso la procreazione responsabile. "In questa prospettiva – ha detto il ministro – meritano particolare attenzione le donne straniere, anche in relazione alle loro diverse condizioni di vita, di cultura e di costumi". Riguardo il maggior ricorso al consultorio familiare, che dovrà essere ancora più favorito dalla piena integrazione, nel modello dipartimentale, dei servizi ospedalieri e di quelli territoriali, il ministero sottolinea la necessità di diffondere l'applicazione delle norme organizzative che permettano la massima operatività di questi servizi. "Completare la rete consultoriale sul territorio, assicurare organici completi, eliminare le condizioni di precarietà e sviluppare le capacità di programmazione, gestione e valutazione dell'attività di prevenzione dell'IVG e promozione della salute, anche attraverso programmi di formazione permanente – ha concluso Storace – restano per il Servizio sanitario nazionale delle esigenze inderogabili".

#### IVG (%) per numero di figli. Anni 1983 e 2003

Anno	N° figli (o nati vivi)				
	0	1	2	3	4 o più
1983	24,6	22,0	31,5	13,6	8,3
2003	43,0	22,8	24,7	7,3	2,2

#### IVG (%) per IVG precedenti. Anni 1983 e 2003

Anno	N° IVG precedenti			
	1	2	3	4 o più
1983	18,0	4,5	1,4	1,0
2003	17,4	5,0	1,5	1,0

#### IVG (%) per IVG precedenti: confronti internazionali

Anno	N° IVG precedenti			
	0	1	2	3 o più
Spagna (1996)	77,0	18,0	3,9	1,2
Francia (1997)	75,3	19,1	4,1	1,5
Inghilterra (2002)	69,0	–	31,0	–
Norvegia (1996)	68,0	23,6	6,2	2,1
Danimarca (1995)	62,4	22,6	9,1	5,9
Svezia (1996)	62,3	25,3	8,4	4,0
Ungheria (1996)	55,0	26,4	10,7	8,0
Usa (1996)	54,7	26,9	11,2	7,2
<b>ITALIA (2003)</b>	<b>75,2</b>	<b>17,4</b>	<b>5,0</b>	<b>2,5</b>

La "Relazione del ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78)" è disponibile sul sito [www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it) nella sezione Pubblicazioni e rapporti

di Riccardo Tomassetti

“Non stiamo assolutamente sostenendo che questo sia il metodo migliore: è semplicemente un'altra opportunità offerta alle donne che decidono di interrompere la gravidanza” taglia corto così Marco Massobrio, responsabile del dipartimento universitario di discipline ginecologiche e ostetriche e della I Clinica di ostetricia e ginecologia dell'ospedale Sant'Anna di Torino dove è di nuovo in corso la sperimentazione della cosiddetta pillola abortiva RU 486 che ha ottenuto la prima autorizzazione dal Comitato etico regionale nel lontano 2002. “E non pensiamo neanche che tutte le donne debbano adottare questo metodo. Nonostante non sia pericoloso – prosegue Massobrio – non è però esente da dolori e fastidi e inoltre il fatto che la donna sia direttamente coinvolta può costituire un elemento di sofferenza. Anzi probabilmente nel complesso la procedura è anche più fastidiosa della soluzione chirurgica, nonostante sia meno invasiva e non richieda alcun tipo di anestesia. Forse è proprio in questo aspetto di totale coscienza e consapevolezza della donna durante l'intero processo che risiede l'aspetto di maggiore fastidio”. Eppure i clinici (e non solo quelli del capoluogo piemontese, dal momento che anche la Toscana ha deciso di offrire la pillola abortiva nelle sue strutture alle donne che ne facciano richiesta e ora il comitato etico dell'Asl 2 del savonese ha dato il via libera all'utilizzo della Ru 486 e ne fatto richiesta anche l'azienda ospedaliera San Filippo Neri di Roma) sono convinti che il farmaco rappresenti un'opzione da non trascurare. E per questo vanno avanti, anche se ognuno a suo modo.

Le esperienze italiane sulla Ru 486

## Tra dubbi e polemiche la realtà della “pillola abortiva”

### STRADE DIVERSE

La presenza della RU 486 nelle strutture italiane segue infatti strade molto diverse da un caso all'altro. Al Sant'Anna di Torino si sta in realtà conducendo una vera e propria sperimentazione: oltre al dosaggio previsto di 600 mg (quello riportato nel foglietto illustrativo del farmaco), i ricercatori torinesi stanno mettendo alla prova anche la dose di 200 mg. “All'estero, soprattutto nel settore privato, c'è la tendenza a ricorrere a una posologia minore, per ragioni di costi – spiega ancora Massobrio – per cui abbiamo deciso di proporre una sperimentazione controllata per verificare questa ipotesi, a cui in realtà si fa già ampiamente ricorso nella pratica clinica”. E, con l'adeguamento alle nuove richieste avanzate dal ministe-

ro, i risultati dello studio sono attesi tra un anno circa, spiegano i responsabili dell'ospedale torinese. Responsabile di questo studio, finalizzato a valutare l'efficacia e la tollerabilità dell'induzione farmacologica di aborto completo, nel rispetto della 194/78, con l'utilizzo di una combinazione di farmaci è insieme a Massobrio, il professor Mario Campogrande, responsabile del dipartimento ospedaliero di ostetricia-ginecologia del S. Anna, e co-sperimentatori sono i dottori Franco Mascherpa e Silvio Viale, dirigenti medici della stessa Azienda ospedaliera. Campogrande commenta così, dopo l'esperienza su circa 100 donne: “E' vero che la pratica chirurgica della IVG è vissuta da alcune donne come una intrusione pesante nella propria intimità personale, un af-

Sperimentata con dosaggio ridotto a Torino, importata direttamente dalla Francia nelle Asl toscane, dopo anni di utilizzo in tutto il mondo, la pillola abortiva Ru 486 entra anche in Italia. Un'opportunità in più per le donne che decidono di abortire, precisano i ginecologi impegnati nella vicenda. Mentre l'Oms la inserisce nell'elenco dei farmaci essenziali, l'Italia è in attesa che la società produttrice presenti domanda di registrazione anche nel nostro Paese

fidamento totale di se stessa ad altre persone, senza una partecipazione intima e diretta ad un evento tanto pensato, soppesato, scelto certo non con indifferenza e con banalità.

Non è corretto sostenere che si tratta di un metodo molto più semplice, molto meno impegnativo per la donna, privo di dolore, con assenza assoluta di controindicazioni, con assenza assoluta di rischi. È vero tuttavia che anche nella nostra iniziale esperienza la quasi totalità delle donne si dichiara soddisfatta della scelta del metodo, ed ha valutato non negativamente il vissuto con la consapevolezza alla quale era stata preparata anche con i colloqui che precedono il ricovero.”

Anche se l'ospedale Sant'Anna ha presentato ricorso al Tar del Lazio contro l'ordinanza del ministro della Salute Francesco Storace con la quale era stata sospesa la sperimentazione della RU 486, l'ospedale torinese si è comunque adeguato alle nuove richieste del ministero, per non arrestare ulteriormente la sperimentazione. Sebbene tali modifiche non si allineino con i dati della lettera-

tura internazionale, è quindi prevista la permanenza in ospedale già a partire dalla somministrazione del primo farmaco, “anche se è difficile stabilire se proprio questo è quanto richiede la legge 194/1978 in base alla quale l'interruzione di gravidanza deve avvenire in ambiente ospedaliero. Una richiesta più che naturale considerando che, nel momento in cui è stato steso il testo, esisteva solo l'opzione chirurgica – precisa Massobrio – ma che secondo noi non significa necessariamente una permanenza fissa in ospedale. Anzi noi avevamo previsto la formula del Day Hospital: entrambe le somministrazioni avvengono nella struttura ospedaliera ma dopo la prima (il mifepristone) la paziente torna a casa per poi ripresentarsi in ospedale al momento dell'assunzione del secondo farmaco (la prostaglandina) a cui in genere fa seguito l'espulsione del feto. È infatti questa la fase più critica di tutto il processo, con lo svuotamento uterino. E il nostro protocollo prevedeva che questo avvenisse in ospedale. È vero che esiste una percentuale minima di casi, intorno al 2%, in cui l'aborto si verifica già con l'assunzione del primo farmaco. Ma ci tengo a sottolineare che, anche se questa eventualità si verificasse fuori dall'ospedale, la donna non correrebbe alcun rischio: si trova infatti a sperimentare un flusso più abbondante del solito senza rischi per la sua incolumità. E, per inciso, è proprio quello che è successo a una delle nostre prime quindici pazienti, il caso da cui è nato l'interessamento del ministero. Lo svuotamento è avvenuto fuori dall'ospedale ma senza alcun rischio per la donna”.

Interruzione di gravidanza con la Ru 486. Illustrazione di una donna in un grembiante verde che tiene un feto in un contenitore. In alto a destra, un medico in un grembiante verde e un assistente in un grembiante rosso stanno osservando un monitor. In basso a sinistra, un feto è avvolto in un lenzuolo bianco.

## E IN TOSCANA SI ACQUISTA ALL'ESTERO

Diversa invece la strada percorsa dalle Asl toscane per permettere alle donne di abortire senza ricorrere alla chirurgia. Nessuna sperimentazione: il farmaco è stato richiesto direttamente alla ditta produttrice francese Exelgyn applicando le procedure previste dalla

# Identikit della Ru 486

Il mifepristone, meglio noto con la sigla Ru 486, è uno steroide antiprogesterinico che blocca i recettori del progesterone, ormone chiave per l'impianto e il mantenimento della gravidanza. Somministrata nelle fasi precoci della gravidanza (entro la settima settimana, ma gli studi hanno dimostrato che il farmaco è efficace fino alla nona) la Ru 486 impedisce alla gravidanza di andare avanti. Dopo due giorni si somministra una prostaglandina (comunemente misoprostol) che induce

contrazioni provocando l'espulsione dei tessuti embrionali. Se il trattamento non ha effetto è naturalmente necessario procedere chirurgicamente. Rispetto alla soluzione chirurgica, l'aborto farmacologico (previa ecografia per la corretta datazione della gravidanza) richiede un minor numero di esami di laboratorio e

non prevede la visita anestesiológica, a parità di procedure legali e di raccolta di dati sulla storia clinica della paziente. L'efficacia è del 95% circa e gli effetti collaterali sono paragonabili a quelli della procedura chirurgica: possibilità di emorragie, dolori addominali e disturbi gastrointestinali. Rispetto all'intervento non c'è però il rischio di lesioni all'utero e nemmeno i rischi legati a qualunque anestesia. Da evitare

in caso di gravidanza extrauterina. Dal 1991 sono stati riportati sei decessi sulle oltre un milione di donne che si sono sottoposte a questo metodo abortivo. Recentemente la statunitense Fda ha segnalato un rischio di mortalità per sepsi di 1 su 100 mila donne trattate. In Francia, dove è utilizzata dal 1992, la Ru 486 ha consentito l'aborto farmacologico a oltre un milione di donne, ha ricordato Elisabeth Aubeny, la prima sperimentatrice del farmaco, al Congresso Sigo-Aogoi-Agui svoltosi a Bologna nel settembre scorso. A oggi si ritiene che sia stato impiegata nel resto d'Europa in circa 600 mila donne e fonti non ufficiali indicano che in Cina gli aborti così effettuati siano oltre 3 milioni. Secondo uno studio francese, circa il 90% delle donne che lo hanno utilizzato sceglierebbero di nuovo questa metodica nell'eventualità di dover ricorrere ancora all'lvg. Questi i motivi principali riportati per giustificare la preferenza: si evita l'intervento chirurgico e l'anestesia, percepiti come particolarmente aggressivi, e l'intera procedura viene vissuta come un evento meno medicalizzato, che la donna può seguire prendendosi cura di sé, con una maggiore intimità.

## REGISTRAZIONE: IL CATALOGO È QUESTO

Scoperta nel 1992 dallo scienziato francese Etienne-Emile Baulieu, la Ru 486 è stata approvata per la prima volta nel 1988 in Francia, dove era stata sviluppata dall'azienda farmaceutica Roussel-Uclaf; a cui si sono aggiunte la Gran Bretagna nel '91 e la Svezia nel '92. Ma la Exelgyn, che nel frattempo ha acquisito i diritti

sulla molecola, non ha mai presentato una richiesta di autorizzazione a livello europeo della Ru 486, preferendo invece richiedere ai singoli Stati membri l'autorizzazione per l'immissione in commercio, come è stato fatto in tutti i Paesi Ue con la sola esclusione di Italia, Portogallo, Irlanda e Lussemburgo. La pillola abortiva ha inoltre ottenuto l'autorizzazione da parte della statunitense Fda nel 2000. Oltre ai già citati Paesi dell'Unione Europea, la Ru 486 è registrata anche in India, Cina, Russia, Sudafrica, Tunisia, Ucraina, Israele, Azerbaijan, Georgia, Nuova Zelanda, Uzbekistan e Vietnam. Exelgyn ha ora dichiarato di avere pronta la richiesta di autorizzazione anche per il nostro Paese.

## ESSENZIALE PER L'OMS

“Siamo consapevoli che molte donne nei paesi in via di sviluppo muoiono a causa di pratiche abortive non sicure e siamo fiduciosi che questi medicinali aiuteranno a prevenire queste morti tragiche e non necessarie” ha dichiarato Hans Hogerzeil, Direttore per le politiche medicinali e gli standard dell'Organizzazione mondiale della sanità nonché segretario del Comitato per i farmaci essenziali, commentando l'introduzione della pillola abortiva nella lista dei medicinali essenziali. L'Oms inserisce quindi mifepristone e misoprostol nel gruppo di farmaci da usare “sotto stretta supervisione medica” per “soddisfare i bisogni di priorità di assistenza sanitaria della popolazione”. Si calcola che siano tra i 18 e i 19 milioni le donne che ogni anno nel mondo utilizzano procedure abortive non sicure.

Regione per l'acquisizione di farmaci esteri non registrati in Italia, un decreto ministeriale del 1997 a cui far ricorso per casi specifici in mancanza di alternative terapeutiche. Seguendo questa procedura, l'8 novembre scorso nell'ospedale Lotti di Pontedera è stata eseguita la prima interruzione volontaria di gravidanza in Italia con l'utilizzo della pillola abortiva Ru 486 al di fuori di una sperimentazione. “Questa è la soluzione che ci è sembrata più sensata e praticabile affinché una struttura come la nostra, che non ha tra i suoi compiti principali la ricerca clinica, riuscisse a

offrire questa opportunità alle sue pazienti” – spiega Massimo Srebot, direttore dell'Unità operativa di ostetricia e ginecologia dell'Usl 5 Pisa - presidio di Pontedera. “Se il metodo farmacologico permette di ridurre il peso dell'interruzione volontaria di gravidanza allora è giusto che le donne abbiano la possibilità di ricorrervi – prosegue – ma questo non significa che lo riteniamo migliore della pratica chirurgica: va scelto il metodo più confacente alla situazione clinica e psicologica della paziente che deve sottoporsi all'interruzione di gravidanza”.

di Giampaolo Frascati,  
Ufficio stampa Aogoi

Nel periodo prenatalizio, si è svolto a Milano, presso la sede dell'Aogoi, il tradizionale incontro di fine anno con la stampa scientifica e d'informazione. L'incontro con i giornalisti, curato dall'ufficio stampa dell'Associazione, è servito ad illustrare le principali iniziative scientifiche organizzate dall'Aogoi nel corso dell'anno appena concluso e a illustrare a grandi linee le più importanti manifestazioni previste per il 2006. Nel corso della riunione sono stati dibattuti i maggiori temi di interesse ginecologico e di ordine legale e amministrativo, che condizionano di fatto il livello di assistenza fornita dai ginecologi italiani. L'incontro, svolto sotto l'alto patronato del ministero della Salute, ha visto la partecipazione del professor Leopoldo Silvestroni in rappresentanza del sottosegretario alla Salute Cesare Corsi, trattenuto da improrogabili impegni. Dopo il saluto dei vertici dell'Aogoi, il professor Alfonso Marra, presidente della II Corte d'Appello Penale del Tribunale di Milano, ha sottolineato come in base alla legislazione vigente il taglio cesareo elettivo su richiesta della paziente sia da considerarsi perfettamente legittimo.

Il professor Carlo Sbiroli, presidente Aogoi, ha espresso il disagio dei ginecologi ospedalieri per l'alto numero dei tagli cesarei, troppe volte dovuti non alla decisione clinica del ginecologo, ma a carenze di troppe strutture ospedaliere. Il presidente ha inoltre auspicato che ogni donna possa accedere all'analgesia e anestesia in travaglio di parto, in modo da favorire il parto per via naturale e ha sollecitato l'approvazione del Disegno di legge

## L'impegno dei ginecologi italiani sui temi caldi per la salute della donna

193, relativo alle "Norme per l'assistenza alla nascita e la tutela della salute del neonato". Sempre riguardo alla maggior tutela della salute della donna, il presidente Sbiroli e il segretario nazionale Aogoi, Antonio Chiantera, hanno chiesto al rappresentante del ministero della Salute un miglior coordinamento con le altre strutture governative, finalizzato ad una più capillare diffusione di iniziative come il progetto "Madre segreta" del ministero delle Pari Opportunità. Questa iniziativa si prefigge di portare a conoscenza di tutte le donne, specialmente di quelle extracomunitarie, le leggi italiane che offrono la possibilità alle gestanti di mantenere il più completo anonimato, salvaguardando il bambino dal rischio dell'abbandono o, peggio, dalla soppressione. Di qui l'utilità di un'ampia diffusione dell'opuscolo multilingue predisposto dal ministero da distribuirsi in ogni consultorio, ospedale o Punto nascita del territorio italiano. È stata inoltre sottolineata la necessità di una maggiore diffusione delle conoscenze sulle tecniche di contraccezione ormonali e meccaniche per ridurre il fenomeno dell'abbandono dei neonati e delle interruzioni volontarie di gravidanza. Il professor Silvestroni, in qualità di rappresentante del ministero della Salute, ha preso atto delle legittime richieste dei ginecologi Aogoi e ha proposto

alla categoria la costituzione di un Tavolo congiunto per l'elaborazione e la realizzazione di iniziative volte a migliorare l'assistenza sanitaria della donna nel nostro paese. La proposta è stata accettata all'unanimità dal Consiglio di presidenza dell'Associazione che ha nominato quali suoi delegati al Tavolo tecnico il professor Carlo Sbiroli, la dottoressa Valeria Dubini, i dottori Giovanni Monni e Nicola Natale e il giudice Marra. L'Aogoi ha poi presentato ai giornalisti scientifici i primi risultati sui livelli di omocisteina in gravidanza, ricerca volta a conoscere gli effetti negativi che alti livelli di questa sostanza hanno sulla gravidanza e sulla ripetitività degli eventi abortivi. È stato altresì illustrato il progetto di formazione chirurgica della ginecologia italiana, che prevede la creazione di Scuole di perfezionamento post universitario in Chirurgia pelvica e l'organizzazione di Corsi pratici di chirurgia oncologica in ginecologia relativamente alla: chirurgia vaginale e ricostruttiva del pavimento pelvico; chirurgia laparoscopica (di base e avanzati); chirurgia isteroscopica (di base e avanzati); chirurgia in medicina della riproduzione; chirurgia laparoscopica su modello animale; chirurgia pelvica e management delle complicanze urologiche, vascolari e intestinali su modello animale.

Questo modulo può essere utilizzato per richiedere l'assistenza di "M.A.M.M.A. AOGOI". Dopo averlo compilato, dovete ritagiarlo ed inoltrarlo alla Segreteria nazionale AOGOI, via G. Abamonti, 1 - 20129 Milano, per posta, oppure via fax (02.29525521). In maniera più semplice, potrete compilare il modulo "on line", andando al sito [www.ginecologiaforense.it](http://www.ginecologiaforense.it), nel settore "Help-desk", sotto l'icona "Help-desk on line", dove troverete un percorso guidato che vi aiuterà a compilare correttamente la richiesta di assistenza. È anche possibile telefonare alla Segreteria nazionale AOGOI (tel. 02.29525380) ed esporre a voce il problema.



**AOGOI**  
Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani



**legale on-line**  
**M.A.M.M.A. AOGOI**  
Movement Against Medical Malpractice and Accident  
of Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

[www.ginecologiaforense.it](http://www.ginecologiaforense.it)

  

**socio**

nome	cognome	indirizzo	telefono
città	provincia	csp	fax
e-mail	mobile	<input type="checkbox"/> contenzioso amministrativo	

**tipo**     evento sanitario avverso     atti della magistratura     contenzioso amministrativo

**evento**

descrivere in modo sintetico l'evento per il quale si richiede assistenza

parere legale     verifica della linea difensiva già in atto  
 parere di esperto clinico     altro  
 parere sindacale o amministrativo

**descrizione**

descrivere in modo sintetico il tipo di assistenza richiesto

**contatto**     telefono     e-mail     fax     mobile     indicare la modalità con cui si preferisce essere contattati

**consenso**

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione e di accettare integralmente le condizioni generali di funzionamento del servizio di "tutela legale" e sulla rivista dell'associazione "Gynecooagoi".

data \_\_\_\_\_ il socio \_\_\_\_\_