

REPORT CONGRESSO SIGO AOGOI 2010



SI RIPARTE CON UNA MARCIA IN PIÙ

**Saranno Vito Trojano e Nicola Surico
a guidare rispettivamente l'Aogoi e la Sigo.
Un congresso importante che segna la ritrovata unità
tra il mondo ospedaliero e l'università**

■ Speciale Congresso

Ultimi scatti
sulle 4 giornate
di Milano

■ Rapporto Onda 2010

La salute della donna.
Un approccio di genere

■ Punti nascita

Il contributo della Commissione
parlamentare d'inchiesta
presieduta da Leoluca Orlando

■ Consulitori

La prima fotografia
dei consulitori familiari
pubblici in Italia

10
2010

Oltre 200.000
visite al mese*

*Fonte: Google Analytics



Il primo quotidiano *on line*
interamente dedicato al mondo della sanità

quotidiano sanità.it

Scienza, medicina, farmaci,
politica nazionale
e regionale, economia
e legislazione.

Notizie, interviste, dibattiti,
documenti, analisi
e commenti dal mondo
della sanità.

Ogni giorno, dal lunedì
al venerdì, per essere sempre
aggiornati e informati.

www.quotidianosanita.it

OGNI GIORNO SUL WEB TUTTA LA SANITÀ CHE CONTA

UN'INIZIATIVA



Health Communication editore



ACCESSO
LIBERO
GRATUITO
E SENZA
LIMITI

Editoriale

Si riparte con una marcia in più

Per fronteggiare una situazione difficile spesso attingiamo ad energie e risorse insospettite, riuscendo a fare di più e meglio. E così è stato al congresso nazionale di Milano. Il suo successo è certamente frutto del brillante e alacre lavoro dei tre presidenti, innanzitutto, ma credo che a dare quella marcia in più a questo Sigo-Aogoi 2010 sia stato proprio quel calore e quelle energie che, unite alla lucidità di pensiero, riusciamo a tirar fuori solo in momenti particolari.

Mentre sulle nostre spalle pesava ancora quella lunga "orribile" estate, davanti a noi si stava aprendo (dopo anni di battaglie per restituire dignità alla nostra ostetricia e ginecologia relegata al ruolo di Cenerentola) una grande prospettiva: la possibilità di riorganizzare e riqualificare la nostra rete materno-infantile, a partire dai punti nascita. I riflettori mediatici erano ancora puntati su di noi, ma eravamo riusciti a dialogare con i media e l'opinione pubblica e a far sentire la nostra voce al mondo della politica, che ci aveva ascoltati.

Milano però era importante anche per la nostra vita associativa: dovevamo rinnovare i vertici di Aogoi e Sigo, eleggere i presidenti del Mondiale 2012.

Era il caso di dare un messaggio forte, soprattutto alla nostra categoria e alla comunità scientifica internazionale. Lo abbiamo capito e abbiamo saputo darlo. La ritrovata unità con il mondo universitario non è forse una notizia da prima pagina di quotidiano, ma è per noi la migliore notizia. Perché da ora la ginecologia italiana potrà parlare con una sola voce. L'elezione di Vito Trojano alla guida dell'Aogoi e di Nicola Surico al vertice della Sigo è stata accolta con un caloroso, meritato, consenso anche da parte dei numerosi ospiti stranieri e della delegazione Figo. Sono convinto che con le loro doti professionali e umane, la loro pacatezza e incisività, sapranno lavorare per il bene comune, esprimendo la migliore anima della ginecologia italiana.

All'amico Vito, "il miglior candidato che l'Aogoi potesse presentare", come ha scritto Carlo Sbiroli nel suo corsivo, va tutta la mia stima: gli affido il testimone con la sicurezza che saprà rafforzare e completare gli obiettivi che ci siamo posti, rappresentando al meglio l'Aogoi al congresso mondiale FIGO 2012.

A lui e a voi tutti il mio augurio più sincero di buon lavoro.



Giovanni Monni
Past president AOGOI



La salute della donna

Sintesi del rapporto "Onda" 2010
pagine 17-22



Indice numero 10-2010

Speciale congresso Sigo Aogoi 2010

- 4 Uniti si vince**
Le giornate di Milano raccontate attraverso la voce e le immagini dei protagonisti del congresso nazionale

- 8 L'INTERVENTO DEL NEOELETTO PRESIDENTE AOGOI**
Senza di voi l'Aogoi è un contenitore vuoto
di Vito Trojano

- 9 IL CORSIVO di Carlo Sbiroli**
È il presidente Aogoi del Mondiale 2012

- 10 Chiantera: "Iniziano gli anni della collaborazione"**
Sintesi dell'intervento del segretario nazionale Aogoi

- 11 Anche Sigo cambia vertice**

- 12 Donne per le donne**
A colloquio con Valeria Dubini

- 15 AGITE**
Anche il Territorio ha bisogno di unità
di Giovanni Fattorini

La salute della donna

- 17 ONDA: Una salute a misura di donna**
Una sintesi dei principali dati raccolti nel nuovo volume dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna dedicato alla medicina di genere

Professione

- 23 I dieci passi della politica**
di Leoluca Orlando
Presidente Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e i disavanzi sanitari regionali

- 24 IL FATTO di Cesare Fassari**
Medico e paziente. Quando a vincere è la sfiducia

- 25 ULTIMORA**
L'Aogoi in difesa degli specializzandi

- 26 La prima fotografia dei consultori familiari pubblici in Italia**
di Maurizio Orlandella

- 28 Attività libero-professionale:**
l'accordo tra Ministero della Salute e le Regioni
di Carmine Gigli

Rubriche

- 29 Fatti & Disfatti di C.M. Stigliano / 30 Congressi**

G Y N E C O
AOGOI

NUMERO 10 - 2010
ANNO XXI

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

Cesare Fassari
Coordinamento Editoriale
Arianna Alberti
email: gyneco.aogoi@hcom.it

Pubblicità

Publiem srl
Centro Direzionale Colleoni
Palazzo Perseo 10
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: novembre 2010
Tiratura 8.000 copie. Costo a copia: 4 euro
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



Grande successo per il 51° Congresso Nazionale Aogoi

Uniti si vince

Indietro non si torna. Dopo il 51° Congresso Nazionale Aogoi la ginecologia italiana punta dritta al mondiale Figio 2012 quando sarà chiamata a essere, non solo lo scenario, ma il faro della ginecologia mondiale. Fino ad allora c'è da marciare allineati per non perdere nemmeno un momento dei 24 mesi rimasti. Il Congresso appena conclusosi "rappresenta un punto importante: nella clinica, nella considerazione scientifica di cui godono la ginecologia e l'ostetricia italiane, nel ruolo di interlocutori privilegiati che i ginecologi hanno conquistato nei confronti delle istituzioni". **Vito Trojano**, neopresidente dell'associazione dopo il quadriennio di Giovanni Monni, indica la rotta: "L'Aogoi deve ritrovare lo spirito di partenza: quello di un'associazione scientifica che ha oggi sia un braccio sindacale sia un braccio inserito nelle istituzioni. Abbiamo lavorato tanto in questi an-

Un nuovo presidente, **Vito Trojano**, dibattiti di alto livello scientifico, spunti di riflessione sulla professione e sul suo ruolo all'interno dell'offerta sanitaria materno-infantile che va prendendo forma. Maggiore attenzione ai giovani e forte investimento sulla formazione. E, alla fine, con l'elezione di **Nicola Surico**, un "universitario moderato" alla guida della Sigo, il sigillo sulla riconciliazione con gli universitari

ni per aprire un dialogo con le istituzioni che ci consentisse di portare, all'interno delle camere istituzionali, consigli e suggerimenti per norme che tutelassero la salute della donna e la professionalità del medico e della sua tranquillità in sala parto". Non sono due strade che si possono perseguire separatamente, queste. Salute della donna e tutela dei professionisti vanno di pari passo: tanto cresce l'una quanto più

è garantita l'altra. "Per questo aver fatto sì che la nostra voce fondata sulla competenza tecnica di operatori che ogni giorno lavorano per offrire il massimo di tutela alla salute della donna sia ascoltata è un successo importante. E su questo non possiamo fare un passo indietro". La posta in gioco è troppo alta. La riorganizzazione del

comparto materno infantile non sarà soltanto lo spostamento di alcune tessere del mosaico assistenziale che chiuderà alcune strutture e ne accorpierà altre. Potrebbe incidere quanto mai prima sulla professione ostetrico-ginecologica. Il modo in cui ciò avverrà dipenderà anche da come si giocheranno le prossime mosse.

Intanto, da parte sua, la ginecologia ha mosso una pedina importante mostrandosi pronta e, dopo anni, unita di fronte alla sfida della riforma del materno-infantile. Con l'elezione all'unanimità di Nicola Surico – universitario, direttore della Scuola di specializzazione in Ostetricia e Ginecologia all'Università del Piemonte Orientale (Novara) – alla guida della Sigo ha lanciato un messaggio forte alle istituzioni.

"Finalmente una presidenza universitaria moderata, che riconcilia le ultime vertenze che ci sono state tra il mondo ospedaliero e universitario", è stato il commento all'elezione di Surico espresso da **Antonio Chiantera**, lo storico segretario nazionale Aogoi confermato nel suo incarico. "Quel che ci voleva per riportare la pace nella nostra ginecologia. Finalmente gli screzi di ieri sono dietro le nostre spalle". Ed è un traguardo importante, riconosciuto anche dal

CONGRESSO
SIGO-AOGOI



“Aver fatto sì che la nostra voce, fondata sulla competenza tecnica di operatori che ogni giorno lavorano per offrire il massimo di tutela alla salute della donna, sia ascoltata è un successo importante”

neopresidente Sigo **Nicola Surico**: “lo scopo principale di questa presidenza – commenta – è riportare sia gli universitari sia gli ospedalieri sotto lo stesso tetto rappresentato della Sigo, che diventerà l’unica, spero, società scientifica a rappresentare tutti i ginecologi di qualsiasi provenienza presso il mondo esterno”. Gli interlocutori sono avvisati: d’ora innanzi la ginecologia potrà parlare a una sola voce. E sarà molto più forte.

Emozioni e professione

Ma se questo è stato il frutto ultimo raccolto dal Congresso, operativo quanto non mai, tutt’altro era stato il suo inizio. Fantastico ed emozionante grazie ad una sapiente regia che ha offerto una pieve d’apertura molto originale: un melting pot di immagini, zoomate su una Milano “segreta e intima” con i suoi volti celebri proiettati su un grande schermo, e di recitazione, con un seducente racconto sulla creazione intriso di brani della Genesi, versi della Divina Commedia, frammenti della narrativa e poetica moderna. Una suggestiva introduzione ai saluti e al benvenuto delle autorità: “Milano, che accompagna i suoi cittadini nella vita con discrezione e lo fa servendoli, con tenerezza e con amore – ha affermato il sindaco di Milano **Letizia Moratti** – somiglia a questa professione che accompagna le donne nel loro percorso di donne”.

L’attenzione alla salute femminile caratterizza da tempo la cit-

tà meneghina: “La nostra città è stata la prima a istituire un assessorato alla salute perché, pur consapevoli che questo settore rientri tra le competenze della Regione, siamo convinti che serva un punto di riferimento

nell’amministrazione locale. Questo è quanto cerchiamo di portare avanti ogni giorno, investendo soprattutto in prevenzione e informazione, mettendo sempre le donne al centro delle politiche che riguardano la lo-



Miriam Guana presidente della Federazione Nazionale Collegi Ostetriche ha portato il saluto delle 17mila ostetriche italiane

ro salute”, ha aggiunto Moratti. Ma per perseguire questo obiettivo, “è fondamentale continuare a lavorare in rete, istituzioni e operatori della salute, ascoltando la voce dei cittadini per essere certi di riuscire a intercettare le loro esigenze e i loro bisogni”.

Proprio il rapporto con le istituzioni è stato uno dei motivi portanti del Congresso, tra ringraziamenti per l’attenzione posta al settore e nuove richieste: grazie al ministro della Salute Ferruccio Fazio “che ha preso così a cuore il settore materno-

infantile e la salute della donna” ha detto il presidente uscente Sigo **Giorgio Vittori**, ma è giunta l’ora di accordare ai ginecologi lo stesso trattamento riservato ad altre professionalità. “La ginecologia è la Cenerentola – ha affermato – lo dimostra il fatto che un parto vale meno di un’artroscopia, un intervento di indubbio valore, ma penso che il valore che sta intorno al parto, alla madre al bambino non possa essere svilito in questa maniera”. Per questa ragione, ha aggiunto, “occorre restituire interesse e valore al percorso nascita e alla salute della donna”. Un primo passo è compiuto: il piano per la riqualificazione dei punti nascita varato dal ministro Fazio è un inizio e “quella che ci aspetta - ha affermato Vittori - è una rivoluzione che a partire dalla riqualificazione dei punti nascita inve-



Francesca Merzagora presidente di Onda alla cerimonia inaugurale

stirà la professionalità dei ginecologi e aumenterà la qualità dell’assistenza alle donne”. Ma non può essere un intervento a costo zero, per questo “chiedo al Ministro di fornirci gli strumenti per raggiungere gli obiettivi che ci pone”, ha dichiarato nel corso del suo intervento di apertura il copresidente del Congresso **Mauro Buscaglia**.

Migliorare l’eccellenza

Il Congresso Sigo-Aogoi 2010 non è stato come tutti gli altri. Perché caduto “in anni particolarmente difficili per la crisi economica che colpisce tutto il mondo, compresa la ginecologia”, ha ricordato il past president Aogoi **Giovanni Monni**. E perché “si svolge in un momento drammatico per la nostra professione”, dopo un fine estate terribile animato da casi di cronaca che hanno portato sotto i riflettori la professione ostetrico-ginecologica. “Dobbiamo lavorare insieme per uscire da questa situazione”, ha aggiunto Buscaglia. Eppure la ginecologia italiana è “una grande squadra”, ha affermato la copresidente del Congresso **Alessandra Graziottin**, è una “delle ginecologie più importanti al mondo”. Lo dimostrano i numeri sulla salute materno-infantile. Lo dimostra il peso che negli anni ha acquisito sulla scena internazionale. Un elemento, quest’ultimo, testimoniato dalla designazione di Roma quale sede del Congresso mondiale FIGO 2012.

Un onore, ma anche un onere non da poco. Lo ha ricordato **Gamal Serour** che ha posto l’accento sul concetto di social solidarity: “Voi che vivete in questa parte del mondo siete fortunati: possedete le migliori tecnologie e un’assistenza neonatale eccellente. Vi trovate in una situazione di grande vantaggio ma questo vi pone una particolare re-

sponsabilità morale. Voi potete e dovete avere un ruolo di guida e di punto di riferimento, a maggior ragione perché sarete patria del prossimo Congresso mondiale del 2012”.

Un appuntamento in vista del quale un grande lavoro attende

FIGO Rome 2012

■ Nel rinnovare il suo caldo invito a partecipare all’appuntamento del Mondiale 2012 a Roma, dal 7 al 12 ottobre, il presidente Figó Gamal Serour ha ricordato uno dei punti di forza del programma scientifico del Figó 2012: i workshop e i corsi pregressuali che per la prima volta verranno organizzati dal neo istituito Figó Committee for capacity building in education and training in collaborazione con il Comitato scientifico del Congresso. Comitato, quest’ultimo, presieduto dall’anglosassone William Dunlop e dalla statunitense Joanna Cain. Il presidente Serour, nel suo



intervento di saluto al neo eletto direttivo Sigo, ha ringraziato Sigo e Aogoi per collaborazione e l’impegno nella preparazione al Mondiale 2012. Il comitato organizzativo Figó, presieduto da Jacques Milliez e da Lord Naren Patel, sta infatti lavorando alacremente e in stretta collaborazione con la responsabile Figó per gli eventi e i meeting, Marta Collins, e il Comitato organizzativo italiano Sigo presieduto dal presidente Vittori. Il professor Gamal Serour ha infine espresso il suo vivo apprezzamento per i temi e i contenuti delle sessioni congressuali che ha seguito assiduamente.

CONGRESSO SIGO-AOGOI

Giovanni Monni



“L’Aogoi deve ritrovare lo spirito di partenza: quello di una associazione scientifica che ha oggi sia un braccio sindacale sia un braccio inserito nelle istituzioni”

la ginecologia italiana. “È nostra intenzione impegnarci ancora di più per raggiungere l’eccellenza del sapere scientifico. È necessario stabilire una nuova cultura della salute con la consapevolezza dei limiti tecnici, organizzativi, economici ed etici”, ha concluso Buscaglia. Non è un caso che “le parole chiave a cui abbiamo scelto di ispirarci sono multidisciplinarietà, identità di genere e medicina di genere”, ha affermato l’altro vicepresidente del Congresso Nicola Natale. “È innegabile che la donna presenti delle

peculiarità che non vanno negate ma valorizzate. Il nostro unico obiettivo deve essere il miglior benessere delle nostre pazienti, custodi di un’identità complessa che dobbiamo recuperare”.

Donne e giovani: il futuro è già qui

La ginecologia “sarà sempre più fatta da donne per le donne. Sono certo che ciò determinerà un miglioramento. Ma sarà indispensabile ripensare i modelli organizzativi per permettere alle nostre colleghe di conciliare il lavoro con la famiglia”. Mauro Buscaglia fotografa il cambiamento in atto da tempo nella professione e che, necessariamente, determinerà un nuovo corso della ginecologia italiana: la maggiore presenza delle donne nelle file della professione. Un peso crescente attestato anche dalle nuove compagini societarie di Sig

CONGRESSO
SIGO-AOGOI



Il presidente della Figo **Gamal Serour** con **Sabaratham Arulkumaran**, president-elect Figo, e **Luis Cabero-Roura**, presidente del Figo Committee for Capacity Building in Education and Training



“Globalizzare la salute materno infantile”: la sfida della Federazione internazionale di ginecologia e ostetricia

■ La mortalità materna è una “scandalosa” realtà con cui i paesi a basso-bassissimo reddito si confrontano quotidianamente. Scandalosa soprattutto perché le sue cause sono evitabili e contribuire ad eradicarle è anche un dovere etico del nostro più fortunato Occidente. Mille donne ogni giorno muoiono di parto o per cause correlate alla gravidanza e al parto, ha ricordato **Cabero Roura** nel corso dei lavori della sessione Figo: “È come se ogni giorno si schiantassero tre jumbo di donne in attesa. Ma per chi come noi è entrato in contatto con questa realtà – ha aggiunto rivolgendosi ai partecipanti, molti dei quali impegnati in programmi di cooperazione sanitaria – questi non sono numeri ma nomi associati a volti”. La salute materno infantile e più in generale la salute delle donne, giovani e meno giovani, dei Paesi in via di sviluppo è stato il tema centrale di questa sessione che ha sviscerato una vasta gamma di problematiche, dall’aborto “insicuro” (J. Milliez) al cervico-carcinoma (patologia altamente sottostimata in queste aree del pianeta), agli screening ecografici (A. Athanasiadis), agli standard per l’assistenza materno-fetale nel mondo (G. Serour), nonché alle mille difficoltà con cui l’aiuto sanitario si confronta e si scontra (F. Petraglia). Difficoltà che sono legate alla povertà, al territorio, alla mancanza di infrastrutture di base, alla cronica carenza di personale medico e paramedico, acuita da un inarrestabile *brain drain*, diaspora di proporzioni colossali che è necessario arginare dando l’opportunità al personale locale, attraverso strutture e formazione (l’Onu ha

posto come obiettivo 1 milione di medici in più solo per l’Africa entro il 2015). E ancora difficoltà culturali che confinanano la donna a un ruolo marginale in termini decisionali e di *empowerment*, una donna che spesso, quasi sempre, non ha nome e non ha età. Eppure “la voglia di fare, le energie, le risorse per cambiare la situazione non mancano e non sono mancate negli anni” è stato ricordato nei vari interventi. Sono tantissime i programmi di aiuto, le organizzazioni internazionali, le Ong che operano sul campo. “Ciò nonostante, malgrado gli sforzi ormai decennali, la situazione, se non è cambiata affatto, è stata solo di poco migliorata”. Una

I NUMERI

Il numero di donne che muoiono per le complicanze legate alla gravidanza o al parto è calato del 34 per cento, passando dalle 546 mila morti stimate nel 1990 alle 358 mila nel 2008 (dati Oms). Un dato però ancora ben lontano dall’obiettivo posto dal Millennium Development Goal (MDG) di ridurre la mortalità materna del 75 per cento entro il 2015.

Emorragia post partum, infezioni, ipertensione e aborto insicuro sono le principali cause di morte: nel 2008 ogni giorno circa mille donne sono morte a causa di queste complicazioni. Di queste, 570 vivevano in Africa, 300 nel Sud dell’Asia e 5 nei paesi ad alto reddito. Per una donna di un paese in via di sviluppo il rischio di morire per cause correlate alla gravidanza nel corso della vita è 36 volte superiore a quello di una donna che vive in un paese sviluppato.

delle chiavi di lettura più interessanti nel ridisegnare il “come” intervenire per colmare davvero il gap enorme in cui versano la salute e i diritti sessuali e riproduttivi della donna nei paesi a basso reddito ha riguardato proprio il ruolo della Figo, l’unica associazione che raggruppa le associazioni di ostetricia e ginecologia a livello mondiale, e più in generale il ruolo delle società scientifiche locali. Un ruolo quello della Federazione internazionale di ginecologia e ostetricia che dovrebbe sempre orientarsi verso funzioni di coordinamento e armonizzazione degli interventi delle numerose organizzazioni che operano in questi paesi e di cui ad oggi non esiste una vera “mappatura”. Un ruolo di interlocutore privilegiato, quali di fatto è diventata la Figo nei suoi 50 anni di lavoro, per evitare che interventi a pioggia, duplicazioni e disomogeneità disperdano risorse ed energie. Complementare alle riflessioni avviate in questa sessione il precedente dibattito dedicato specificamente al ruolo delle società scientifiche, analizzato a tutto campo, sotto il profilo culturale e scientifico. Il *take home message* è che le società scientifiche (tante, forse troppe e non solo in Italia) devono acquisire maggiore autorevolezza e ritrovare “il giusto ruolo”, solo così potranno assolvere in pieno ai loro compiti formativi, di coordinamento, di mediazione comunicativa, e soprattutto di omogenizzazione e diffusione delle conoscenze e delle linee guida. Altrimenti... “restano solo i convegni e le relazioni commerciali”.



Ferruccio Fazio
Ministro della Salute

Letizia Moratti
Sindaco di Milano
Alessandra Graziottin
Co-presidente congresso Sigo-Aogoi

Benedetto Fucci
Componente della Commissione
Affari sociali della Camera



La politica ringrazia

■ "Credo sia opportuno che vi parli di un problema che negli ultimi mesi ha turbato più di qualcuno di voi e i medici in generale. Abbiamo visto come episodi definiti di malasanita associati all'eccessivo ricorso ai cesarei abbiano creato da un lato preoccupazione e sconcerto nella gente, dall'altra gravi difficoltà a quelli di voi che lavorano con serietà e abnegazione. Ho ritenuto necessario e improrogabile affrontare il problema".

Il ministro della Salute, **Ferruccio Fazio**, intervenuto alla cerimonia di apertura del Congresso 86° Sigo - 51° Aogoi, è andato dritto al cuore del problema, illustrando il piano di riordino dei punti nascita messo a punto dalla Commissione interistituzionale composta dalle aree competenti del ministero della Salute, dall'Istituto superiore di sanità, dall'Agenas, da Sigo-Aogoi-Fesmed, e presentato il 3 novembre scorso alla Conferenza delle Regioni.

Il problema, come ricordato dal ministro, è noto da tempo: l'Italia presenta tassi di ricorso al taglio cesareo abnormi: "Il 38 per cento, situandosi al primo posto in Europa, seguito dal Portogallo al 33, mentre tutti gli altri sono al di sotto del 30 per cento". Tanto per fare un confronto, ha precisato Fazio, "nel 1980 avevamo l'11 per cento di cesarei, il 30 per cento nel 1996".

Questa inarrestabile ascesa, ha aggiunto il ministro, non ha ragioni cliniche né mediche, è indipendente da "caratteristiche sociodemografiche" ed è piuttosto "associato alla caratteristiche delle strutture in cui avviene il parto", a "carenze strutturali o tecnologico-organizzative, ma a volte anche alla convenienza del medico o a un approccio da medicina difensiva". Oltre alle linee di indirizzo già all'esame della Conferenza Stato-Regioni, è prevista a breve la pubblicazione da parte dell'Istituto superiore di sanità delle linee guida sul parto cesareo.

Tuttavia, c'è un elemento che il ministro ha voluto sottolineare: "credo sia importante che queste linee di indirizzo siano il risultato di un lavoro condiviso delle vostre associazioni ma anche da neonatologi e anestesiti. Per questo, un ringraziamento per l'aiuto dato ma anche una richiesta per un'ulteriore collaborazione", ha concluso il ministro.

Collaborazione richiesta anche dall'onorevole **Giuseppe Palumbo**, presidente della Commissione affari sociali della Camera dei deputati. "Dobbiamo restare uniti per superare questo difficile momento per la nostra professione", ha dichiarato. "E per riuscirci è indispensabile la collaborazione di tutti, chi lavora in ospedale e chi in università con un obiettivo comune". Un appello all'unità condiviso anche dall'onorevole **Benedetto Fucci**: "È irrinunciabile lavorare insieme, Istituzioni e Società scientifiche, per permettere ai cittadini di ritrovare il rapporto di fiducia medico-paziente, indispensabile per potere operare con serenità e per garantire una sanità di alto livello".



Giuseppe Palumbo
Presidente della Commissione
Affari sociali della Camera



Mauro Buscaglia
Co-presidente del Congresso



Nicola Natale
Co-presidente del Congresso
Giovanni Monni
Past President Aogoi

CONGRESSO SIGO-AOGOI

Giorgio Vittori
Presidente Sigo



e Aogoi. **Elsa Viora**, già vicepresidente Aogoi è stata eletta nel ruolo di Consigliere Sigo; **Valeria Dubini**, confermata invece nel ruolo di vicepresidente Aogoi. Sull'altro fronte però l'Aogoi punta al rinnovamento. Il Congresso ha rappresentato l'occasione per una piccola rivoluzione: "Abbiamo realizzato un concetto innovativo", ha spiegato Chiantera. "Per la prima volta nel Congresso non c'è stato solo un confronto di esperienza tra noi adulti, ma anche formazione per i più giovani, che vuole essere finalizzata a migliorare la futura classe dei ginecologi italiani". Nel concreto ciò si è tradotto nell'inserimento negli eventi congressuali di corsi di formazione e di aggiornamento.

E l'attenzione ai giovani figura anche nel programma del nuovo presidente Aogoi, Vito Trojano: "l'attenzione ai giovani può essere il primo punto di questa mia presidenza", commenta Trojano. "Perché i giovani hanno bisogno di certezze. Hanno bisogno che capiamo le loro nuove necessità che sono diverse da

Valeria Dubini
Vicepresidente Aogoi



quelle con cui ci siamo confrontati noi che abbiamo cominciato a lavorare 30 anni fa. Dobbiamo fare in modo da non doverli costringere a lasciare la professione per fuggire all'estero, ma prepararli per essere in Italia la nuova classe dirigente, qualificata, preparata e all'altezza della ginecologia italiana".

Intervento del neo eletto presidente Aogoi Vito Trojano

Senza di voi l'Aogoi è un "contenitore vuoto"

“Soprattutto ai giovani dedico l'onore, l'impegno e la responsabilità di questo incarico. Ma lo dedico anche a tutti quanti voi che rappresentate la Ginecologia italiana ed in particolare alla Ginecologia di terra di Puglia, che per la prima volta nella storia dell'Aogoi esprime un presidente nazionale

di Vito Trojano
Presidente Aogoi

Direttore Dipartimento Donna,
IRCCS - Istituto Oncologico Giovanni
Paolo II Bari

È con entusiasmo, commozione e grande responsabilità che ricevo da voi il testimone per rappresentarvi come presidente nazionale, il 23° presidente di un'Associazione che oltre 50 anni fa ha iniziato il suo cammino come associazione di ostetrici ginecologi ospedalieri e che oggi è riuscita a riunire tutte le componenti della ginecologia italiana: ospedaliera, territoriale, libero-professionale ed ora anche universitaria.

Un'associazione sana e forte, anche grazie alla dedizione e l'impegno di molti grandi presidenti che mi hanno preceduto, come Pietro Curiel, Lucio Massacesi, Mario Campogrande, l'impagabile Carlo Sbiroli e Giovanni Monni, che per ben due mandati ha offerto la sua disponibilità ed efficienza nel presiedere l'Aogoi. E con loro tanti altri.

Un'associazione che è cresciuta tanto, soprattutto per merito del nostro segretario nazionale Antonio Chiantera che è riuscito a trasformarla in una grande Federazione Nazionale di Ostetricia e Ginecologia, che per la prima volta nella storia della Ginecologia italiana ospi-

terà a Roma, nel 2012, il Congresso mondiale. Un appuntamento di importanza straordinaria, che ci vede tutti direttamente coinvolti.

Tutto questo però non si sarebbe potuto realizzare senza l'impegno profuso da ciascuno di voi. Senza di voi l'Aogoi è un contenitore vuoto. Voi ne siete l'anima e lo riempite col vostro impegno e la vostra professionalità.

La nostra Associazione oggi ha molte forti braccia. Un grande braccio sindacale, molto attivo: la Fesmed, ottimamente guidata da Carmine Gigli.

Un braccio assicurativo e medico-legale, entrambi coordinati direttamente dal segretario nazionale Antonio Chiantera.

Un braccio scientifico, irrobustito dalle numerose società affiliate: Agite, Sigite, Sios, Smic, Gilt e la Fondazione Confalonieri - tutte condotte da uomini Aogoi. I loro campi specifici di interesse e di ricerca devono diventare la vera ricchezza scientifica della nostra associazione.

Il forte impegno Aogoi nel campo dell'aggiornamento scientifico e della formazione è stato da sempre accompagnato da una vivace attività editoriale. Siamo ben consapevoli del ruolo chiave che riveste il settore della divulgazione scientifica e della comunicazione, per questo intenda-



mo proseguire su questa strada promuovendo per quanto possibile nuove iniziative e potenziando quelle in corso, come il nostro mensile *GynecoAogoi* che, con la qualificata e preziosa direzione di Carlo Sbiroli, dobbiamo cercare di trasformare in una testata a più ampia diffusione sul territorio.

Oggi l'Aogoi è inserita anche nelle istituzioni, in particolare nelle Commissioni Sanità di Camera e Senato oltre che nella Commissione Parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali.

Si tratta di un'occasione molto importante per portare nelle sedi competenti i giusti suggerimenti tecnici per realizzare istanze e decreti legge che siano

risolutori delle numerose problematiche che la nostra categoria professionale si trova ad affrontare. Di questo dobbiamo ringraziare alcuni amici politici con cui dialoghiamo e che ci hanno coinvolti direttamente, come Cesare Cursi, Giuseppe Palumbo, Antonio Tomassini e il caro amico Benedetto Fucci, il cui impegno politico non gli ha mai fatto dimenticare la sua provenienza professionale di medico ginecologo.

Ma l'Aogoi è ciascuno di noi ed in particolare lo siete voi segretari regionali, il cui impegno fa giungere l'operato dell'Associazione ad ogni livello.

L'organizzazione territoriale è fondamentale. Ciascuna regione dovrebbe avere un organigramma con segretari regionali

affiancati da vicari e segretari provinciali che all'inizio di ogni anno dovrebbero stilare un programma concordato di tipo scientifico e culturale, da sottoporre a livello nazionale su temi specifici, come già alcune regioni quali la Sicilia, la Lombardia, la Puglia ed altre hanno già attivato. È il modo migliore per far conoscere sul territorio l'associazione e le possibilità che questa può offrire ai suoi iscritti. Abbiamo l'esigenza di coinvolgere altri colleghi e soprattutto i giovani, che ci portano nuove idee e che si preparano ad essere classe dirigente nel prossimo futuro. E lì potremo coinvolgere solo se saremo credibili ed operativi, attenti alle loro necessità, offrendo loro un quadro della Ginecologia Italiana unito, forte e integrato nelle sue varie componenti.

Tanto cammino ha percorso l'Aogoi e molto di più ne percorrerà nel presente e nel prossimo futuro.

Soprattutto ai giovani dedico l'onore, l'impegno e la responsabilità di questo incarico ma lo dedico anche a tutti quanti voi che rappresentate la Ginecologia Italiana ed in particolare alla Ginecologia di terra di Puglia che per la prima volta nella storia esprime un presidente nazionale.

Lo dedico ai professori Damiani, Ianniruberto, Schonauer, al dottor Poddi e a tanti altri illustri ginecologi pugliesi del passato e del presente. Ma lo dedico anche ai miei maestri, i professori Bettocchi e Cagnazzo, a cui tanto devo sotto il profilo culturale e professionale.

Lo dedico infine a tutti i miei collaboratori.

Nella speranza di essere sempre all'altezza delle vostre aspettative, vi ringrazio e vi abbraccio fraternamente tutti con grande affetto. ■

CONGRESSO
SIGO-AOGOI

IL CORSIVO

di Carlo Sbiroli

È il presidente Aogoi del Mondiale 2012



Dovrà lavorare moltissimo, ma Vito non ha mai lasciato un lavoro a metà. Per questo sono sicuro che non sprecherà nemmeno un minuto di questi due anni che ci separano dal Mondiale

Si cominciò a parlare seriamente di Vito Trojano, quale probabile presidente Aogoi, nella primavera scorsa quando Antonio Chiantera, come sempre fa in queste occasioni, fece circolare tre-quattro nomi per sondare in modo informale le opinioni del direttivo e della base Aogoi sul candidato-presidente da proporre all'assemblea. La maggior parte dei pareri favorevoli si concentrarono sul professore barese. Per la verità gli amici pugliesi di Vito (quelli che gli sono più vicini) da parecchio tempo insistevano sulla sua candidatura alla presidenza. Sostenevano che "era il migliore candidato che l'Aogoi potesse presentare". E chi conosce la storia, il carattere e la preparazione politica di Vito non fa molta fatica a crederlo. Trojano ha un background nel mondo politico di tutto rispetto. Ha battuto questi territori quando far politica significava mediare, smussare gli angoli per raggiungere il bene comune. Non ha mai lasciato a metà un lavoro. Sono convinto che non lascerà a metà il rinnovamento dell'Aogoi, avviato in questi ultimi anni, e soprattutto incoraggerà il tentativo di trasformare finalmente l'Associazione in un organismo più moderno, articolato davvero su tutto il territorio nazionale.

Nel suo articolo qui a fianco scrive: "l'organizzazione territoriale è fondamentale". È importante infatti non solo sul piano organizzativo-sindacale, ma anche per la realizzazione di quel "forte impegno in campo scientifico" e di aggiornamento che deve essere l'obiettivo primario di una associazione come l'Aogoi, che ha il dovere di portare cultura soprattutto negli ospedali periferici. Sono altresì convinto che il nuovo presidente dell'Aogoi non lascerà a metà il disegno di riunire le diverse anime della ginecologia italiana in un grande progetto politico-socio-sanitario: il Collegio italiano di

Ostetricia e Ginecologia. Si tratterebbe di completare quel cammino, iniziato alcuni anni fa, che non può essere trascurato o banalizzato. La realizzazione di un simile obiettivo significherebbe rendere l'Associazione più forte, capace di tutelare meglio i propri iscritti anche in settori non strettamente ospedalieri. Per questi obiettivi Giovanni Monni ha lottato per quattro anni attraversando uno dei periodi più difficili della vita associativa dell'Aogoi. E da buon sardo non si è tirato indietro. È stato certamente protagonista del cambiamento che si è verificato nella gestione dell'Associazione. Ha saputo soprattutto adeguare la nostra specializzazione alle trasformazioni che negli ultimi anni sono avvenute nella società italiana e nel mondo della sanità. Questi risultati non vanno certamente dispersi, ma consolidati. Al tempo delle lotte e dei contrasti segue sempre il tempo della pacificazione e degli accordi. Allora è importante avere gente capace di mediare, smussare, e che sappia far tesoro dei suggerimenti e delle critiche. Il cambio di presidenza in seno all'Aogoi, che si è avuto a Milano, va in questa direzione. E sono convinto che giocherà un ruolo importante in questo particolare momento della nostra vita associativa. Le ambizioni sono legittime. Gli obiettivi che Vito Trojano vuole raggiungere negli anni della sua presidenza sono di tutto rispetto. Si dice che abbia un tarlo sottile che lo assilla: quale segno lasciare nella storia dell'Aogoi. Credo che le occasioni non gli mancheranno. Certamente uno dei compiti più importanti e difficili che lo aspetta sia quello di traghettare l'Aogoi al Congresso mondiale Figo 2012 di Roma. E per essere ricordato come "il presidente Aogoi del Mondiale 2012" deve lavorare moltissimo. È una scommessa tremenda. Ha meno di 2 anni per farlo. Non può sprecare un minuto.

Ecco la nuova compagine guidata da Vito Trojano

Il 16 novembre 2010, nell'ambito dell'86° Congresso Nazionale S.I.G.O. - 51° Congresso Nazionale A.O.G.O.I. di Milano, si è svolta l'elezione del nuovo Consiglio di Presidenza Aogoi che guiderà l'Associazione, insieme ai Segretari regionali, nel biennio 2010/2012. Il Consiglio di Presidenza Aogoi, approvato all'unanimità dall'Assemblea dei Soci che ha visto presenti circa 800 iscritti, risulta così composto:

Membri

Dott. Flavio Armellino,
Dott. Giuseppe Cali,
Dott. Enrico Vizza

L'Assemblea ha altresì approvato la cooptazione dei seguenti membri nel Consiglio Direttivo Aogoi per le specifiche competenze e per specifici progetti, come da art. 15 dello Statuto Aogoi:

D.ssa Sonia Baldi,
Dott. Giuseppe Canzone,
Dott. Giancarlo Conoscenti,
Dott. Giuseppe Cutillo,
D.ssa Patrizia Forleo,
Dott. Ignazio Ingrassia,
Dott. Giovanni Larciprete
Dott. Yoram J. Meir,
D.ssa Manuela Mucci,
Dott. Andrea Natale
Dott. Maurizio Silvestri,
Prof. Carlo Sbiroli
(per l'editoria)

Sono stati inoltre eletti Membri del:

Collegio dei Revisori:
Dott. Andrea Bilotti,
Dott. Ernesto Tajani,
D.ssa Silvia Von Wunster

Consiglio dei Probiviri:
Dott. Giancarlo Cecchini,
D.ssa Mirella Cuzzola,
Dott. Luciano Galletto,
Prof. Francesco Di Re,
Dott. Gianfranco Marongiu
(supplente),
Prof. Mario Primicerio

Presidente Prof. Vito Trojano

Vice Presidenti
Dott.ssa Valeria Dubini,
Dott. Sandro Viglino

Vice Presidenti per il Territorio
Dott. Giuseppe Amuso,
Dott. Dante Salvatore,
Prof. Roberto Secli,
Prof. Roberto Sposetti

Segretario nazionale
Prof. Antonio Chiantera

Vice Segretari nazionali
Dott. Nunzio A. Giulini,
Dott. Alessandro Melani

Tesoriere
Dott. Carlo Maria Stigliano

Vice Tesoriere
Dott. Mario Massacesi

Le Medaglie d'oro Aogoi 2010

Angelo Careccia

■ "Non solo per quello che ha fatto, ma per la semplicità, per la bontà e per l'amore con cui lo ha fatto". Il primo ad essere insignito della medaglia d'oro è stato Angelo Careccia, "un uomo che per 31 anni ha lavorato silenziosamente, rappresentando la continuità spirituale tra i due segretari nazionali: Corrado Confalonieri e Antonio Chiantera". Careccia, che lascia la tesoreria Aogoi dopo ben tre

decadi, è stato nominato presidente onorario dell'associazione e come tale membro effettivo e permanente del consiglio direttivo.



segue
a pagina 11

CHIANTERA: “Sono finiti gli anni della tensione, iniziano gli anni della collaborazione”

L'elezione di Nicola Surico alla guida della Sigo, una candidatura concordata tra il mondo ospedaliero e il mondo universitario, segna la fine di tre anni di tensione. “I due mondi riprendono a camminare insieme” ha affermato il segretario nazionale Antonio Chiantera, illustrando, nel suo intervento all'assemblea dei soci, “il valore di quell'elemento nuovo, che arricchirà l'Aogoi e l'intera Federazione Sigo”.

Il pensiero corre alla ‘discesa in campo’ del Polo Territoriale, con la nomina di Sandro Viglino, vice presidente Aogoi e vicepresidente Agite, primo medico impegnato nelle attività territoriali ad essere eletto nel nuovo direttivo Sigo: un elemento di grande novità, oltretutto un importante risultato ottenuto grazie alla ritrovata unità.

Ma l'intervento di Chiantera è più articolato e ci proietta, come spesso ci ha abituati il segretario nazionale Aogoi, a una progettualità futura, che prende le mosse 10 anni fa. Quando nel 2001 pensò, con una visione precorritrice dei tempi, a un grande progetto politico-socio-sanitario incarnato da “un nuovo soggetto ginecologico che riunisse, federandole, le due grandi anime non universitarie della ginecologia: il polo ospedaliero e quello territoriale”.

Il ‘nuovo soggetto ginecologico’ era più che una semplice idea, tanto che Chiantera depositò il marchio del Collegio italiano di ostetricia e ginecologia (Ciog): “una federazione che negli anni a venire avrebbe potuto con più forza e meglio tutelare i propri iscritti anche in settori non strettamente ospedalieri”.

Il significato non è quello di rinunciare alla nostra radice ospedaliera “che è lì, in Aogoi” ha precisato il segretario nazionale – bensì quello di far confluire il Territorio in questo “progetto comune che riunisce le due anime non universitarie della ginecologia italiana, con l'obiettivo di dar vita una vera integrazione Ospedale-Territorio. È a questo che stiamo lavorando”. “Siamo nati ospedalieri e così rimarremo – ha proseguito Chiantera – ma credo che i tempi sia-

I due mondi riprendono il cammino comune, accogliendo nelle loro fila una terza componente. La meta è quella grande casa comune Università-Ospedale-Territorio che saprà ospitare una ginecologia di sempre più alto profilo. All'appuntamento del Congresso mondiale del 2012, ci presenteremo uniti, con il nostro abito migliore



no maturi per darci una correzione di rotta: attualmente circa il 20 per cento dei soci Aogoi

sono soci Territoriali. L'integrazione Ospedale-Territorio rappresenta una delle principali sfi-

Il mio impegno per Aogoi e Sigo

Sandro M. Viglino

È la prima volta che un ginecologo territoriale mette piede nel “salotto buono” della Ginecologia italiana. E questo grazie alla fiducia e alla stima che il Direttivo di Aogoi mi ha voluto dimostrare

■ Nei giorni del Congresso nazionale il cielo di Milano è stato quasi sempre plumbeo e la pioggia è caduta insistentemente su tutti noi ma il clima dentro, nelle sale congressuali, era sereno e, direi, quasi festoso per aver ritrovato un'armonia che

manca da tempo a tutti quanti. I Ginecologi italiani si sono ritrovati nuovamente sotto lo stesso tetto! Anch'io, in questo clima positivo, ho trovato la soddisfazione – che mi ha sorpreso – di essere riconfermato alla vice Presidenza di Aogoi e nominato Tesoriere di Sigo. È la prima volta che un ginecologo territoriale mette piede nel “salotto buono” della Ginecologia italiana e questo grazie alla fiducia e alla stima che il Direttivo di Aogoi mi ha voluto dimostrare. So che è un investimento che l'Associazione fa e che in questo mio nuovo compito sarò giustamente “monitorato”. Ritengo che tutti i ginecologi che operano sul Territorio debbano essere grati ad Aogoi e alla lungimiranza del suo Segretario nazionale Antonio Chiantera che hanno voluto così riconoscere il ruolo che la

Ginecologia extraospedaliera ormai svolge e ancor più svolgerà nella Ginecologia italiana. Spero di non deludere la fiducia che in me (e in noi) i colleghi riuniti a Milano hanno voluto così riporre.



AGITE
ASSOCIAZIONE
GINECOLOGI
TERRITORIALI

AOGOI
Collegio Italiano di
Ostetricia e Ginecologia

AOGOI
Collegio Italiano di
Ostetricia e Ginecologia

“Abbiamo voluto che Agite avesse lo stesso marchio Aogoi e lo stesso marchio del Collegio italiano di ostetricia e ginecologia. È in questo progetto unitario che si concretizzerà la vera integrazione ospedale-territorio”

fallito”, ha poi ricordato con orgoglio Chiantera. “L'Aogoi ha dimostrato di essere una roccia, anche se in un mare in tempesta. I fratelli Aogoi si sono stretti gli uni agli altri e a tre anni di distanza ci vediamo serenamente riconciliati con i colleghi universitari per cogestire una rinascita, che ci porta non solo all'appuntamento del mondiale 2012 ma a nuovi obiettivi che riprogrammeremo per gli anni a venire. Sono finiti gli anni della tensione, iniziano gli anni della collaborazione”.

“La nomina di Sandro Viglino nel consiglio direttivo Sigo rappresenta un momento importante, per la prima volta un territoriale entra nelle compagini della Sigo”, ha sottolineato il segretario nazionale Aogoi tra gli applausi scroscianti degli ottocento soci presenti. “Quando fondammo l'Agite, nel 2007, forse non tutti i colleghi dell'Aogoi ne compresero a fondo il vero perché. Oggi però tutti possono apprezzarne la ragione. L'alleanza Ospedale e Territorio rappresentata da Aogoi-Agite è oggi una realtà”.

Una realtà che il segretario nazionale Aogoi vede delineata in un progetto unitario di ampio respiro che prenderà corpo nel prossimo futuro, per riunire il polo della ginecologia ospedaliera ed extraospedaliera, federando insieme ginecologi ospedalieri, consultoriali, territoriali e libero professionisti. “Su questa piattaforma comune Aogoi e Agite costruiranno, nel rispetto delle peculiarità professionali, un percorso di integrazione sempre più stretta, fatto di strategie e obiettivi condivisi. Un percorso che confluirà nel Collegio italiano di ostetricia e ginecologia”.

“È questo il nuovo soggetto che offriremo alla Sigo – ha infine concluso Chiantera – con l'obiettivo di vivere in armonia insieme al mondo universitario, per abitare quella grande casa comune che accoglie Università-Ospedale-Territorio”. **Y**

CONGRESSO
SIGO-AOGOI

CONGRESSO
SIGO-AOGOI**Il nuovo
Direttivo Sigo
per il triennio
2011/2013****Presidente**

Nicola Surico

Vice Presidente

Paolo Scollo

Consiglieri

Mauro Busacca

Salvatore Dessole

Fabio Sirimarco

Elsa Viora

Tesoriere

Sandro Viglino

Segretario

Herbert Valensise

**Revisori dei Conti
effettivi**

Roberto Angioli,

Mario Massacesi

**Revisore dei Conti
supplente**

Gianfranco Quintarelli

Proviviri

Mauro Busacca

Antonio Perino

Carlo Sbiroli

Roberto Sposetti

Annibale Volpe

di Nicola Surico
presidente Sigo

Anche SIGO cambia vertice

Nel corso del congresso nazionale di Milano sono stati eletti il presidente e i nuovi membri del direttivo Sigo.

Nicola Surico, un universitario, succede a Giorgio Vittori



dagnata e che il Ministro della Salute, professor Ferruccio Fazio, ci ha riconosciuto anche in occasione del suo intervento al nostro congresso".

Ma qualche punto fermo del suo mandato ci tiene a fissarlo: "La nostra Società scientifica si farà garante per ridare ancora più serenità alle nostre pazienti e offrire un'assistenza di eccellenza in tutti i punti nascita". Lavoreremo "a livello istituzionale e di formazione per garantire in tutto il Paese, pari livello di assistenza, oggi spesso disomogenea sul territorio nazionale. Le pazienti possono recarsi con serenità nelle nostre strutture e devono sapere che la Sigo si sta adoperando, e continuerà a farlo, per collaborare con le Istituzioni nella definizione di criteri

sempre più appropriati e nell'applicazione delle migliori evidenze a favore della donna e del bambino".

Nicola Surico succede a Giorgio Vittori, che continua a far parte del Direttivo nazionale come past-president. Vice Presidente è Paolo Scollo, tesoriere è Sandro Viglino. Consiglieri sono Mauro Busacca, Salvatore Dessole, Fabio Sirimarco ed Elsa Viora. ■

segue da pagina 9 Le Medaglie d'oro Aogoi 2010

Laureato in Medicina e Chirurgia, specialista in Ostetricia e Ginecologia, Endocrinologia e Oncologia. Primario di Ostetricia e Ginecologia dal 1983 al 1986 presso l'Ente Ospedaliero regionale di Bormio Sondalo e dal 1986 presso l'ospedale di Sassuolo, dove ha promosso percorsi di umanizzazione del parto e di allattamento al seno, sviluppando, inoltre, tecniche di chirurgia laparoscopica. Tesoriere dell'Aogoi fin dai primi anni della sua fondazione.

Aldo Vigoritto

■ **"È bello poterlo festeggiare dopo 52 anni vissuti insieme in Aogoi e per l'Aogoi".**

"Un matusalemme dell'Aogoi", così si è autodefinito il professor Aldo Vigoritto, cui è stata conferita la seconda medaglia d'oro. Salernitano, classe 1930, un curriculum prestigioso,



Vigoritto è iscritto all'Aogoi sin dal 1958. "Prima di me" ha commentato il segretario nazionale Chiantera che lo ha ringraziato per essergli stato "ininterrottamente a fianco anche in qualità di segretario provinciale di Napoli; a sostenerlo, insieme a tanti altri colleghi, per il raggiungimento di quella posizione di primo piano che l'Aogoi ha raggiunto in campo nazionale ed internazionale".

Nato a Corleto Monforte (Sa) il 19 agosto 1930. Laureato all'Università di Napoli nel 1955. Assistente divisione ostetricia e ginecologia Ospedali Riuniti di Napoli, Primario Prof. Raffaele Calvanico co-fondatore della Aogoi (1958); specializzazione in ostetricia e ginecologia (1960); aiuto Ospedale San Leonardo di Castellammare di Stabia (1963); specializzazione in oncologia Università La Sapienza di Roma (1970); primario Ospedali Riuniti di Gragnano, Napoli (1977); primario Ospedale San Leonardo di Castellammare di Stabia (1982). Vigoritto è stato co-fondatore della Sigitte e Vice Presidente della stessa.

Giuseppe Masciari

■ **"Ha portato lustro alla sua amata Calabria e all'Aogoi, che ha servito con grande**

**dedizione e senza risparmio di energie"**

Sempre attento alle innovazioni ed alle sfide che la professione propone, Giuseppe Masciari, membro dell'Aogoi dal 1980, ha ricoperto numerosi incarichi di servizio nell'ambito dell'associazione. La medaglia d'oro è un riconoscimento al suo impegno e alla sua professionalità, alle sue doti "anche di manager, oltre che di chirurgo ginecologo di grande qualità, che ha formato con grande dedizione la sua squadra di collaboratori e ha dato vita ad una attività scientifica fatta di incontri e congressi di grande livello".

Dopo la laurea in medicina e chirurgia, conseguita brillantemente presso l'Università di Bologna, torna, per puro

amore della sua terra, in Calabria, dapprima presso l'O.C. di Catanzaro e poi, nel 1970, presso l'O.C. di Crotona, come aiuto di ostetricia e ginecologia dove rimane fino al 1981 conseguendo in questo periodo le due specializzazioni in ostetricia e ginecologia ed oncologia. A soli 43 anni, nel 1981, diviene primario dapprima presso l'O.C. di San Giovanni in Fiore e successivamente presso quella di Crotona (come direttore Del Dipartimento Marterno-Infantile) distinguendosi, oltre che come manager, come chirurgo ginecologo di grande qualità.

Riccardo Arienzo

■ **"Uno dei nostri migliori primari di ostetricia e ginecologia. Da tanti anni una solida spalla in Campania".**

Primario di ruolo presso la Asl 44 di Napoli dal 1981, segretario regionale Aogoi Campania dal 1989, Riccardo Arienzo "ha rappresentato una solida spalla al mio fianco per ben 21 anni" ha ricordato Chiantera nel conferirgli "una medaglia d'oro che ha conquistato difendendo sempre e dovunque l'Aogoi. Soprattutto in una città in cui, specie in questi ultimi anni, le pressioni fra noi ginecologi erano diventate particolarmente pesanti".



Primario di Ostetricia e Ginecologia di ruolo, presso la USL 44 di Napoli (attualmente Asl NA-1), dal 1981 a tutt'oggi. Dal 1992 è Professore a Contratto dell'insegnamento di "Malattie Infettive in Gravidanza" presso la Scuola di Specializzazione in "Ostetricia e Ginecologia" della Facoltà di Medicina e Chirurgia della Seconda Università di Napoli. Dal 1989 ricopre la carica di Segretario Regionale Aogoi.

Giovanni Monni

■ **"In tempo di crisi solo una medaglia...ma gliene spetterebbero due".** È così che Antonio Chiantera ha voluto ringraziare Giovanni Monni, per i suoi due mandati alla guida dell'associazione, consegnandogli la medaglia d'oro che viene conferita a tutti i past president, al termine della loro presidenza.

A colloquio con Valeria Dubini, confermata alla vice presidenza Aogoi

Donne per le donne

È sempre più alta la presenza di donne tra le fila dei ginecologi: un fatto che non potrà non comportare un cambiamento forte nell'ottica con cui la professione guarderà alle pazienti. E anche le associazioni ne prendono atto con la conferma di Valeria Dubini alla vicepresidenza Aogoi ed Elsa Viora nel ruolo di consigliere Sigo

C'è già chi, tra i ginecologi, denuncia la solitudine dei maschi nei reparti di ostetricia e ginecologia. Circondati ormai soltanto da ostetriche, infermiere e, soprattutto, da colleghe ginecologhe. Il trend, infatti, è ormai inarrestabile: le donne sono in numero maggiore nelle facoltà di Medicina e Chirurgia, sono di più nelle scuole di specializzazione e il loro numero comincia a crescere in maniera significativa anche nei reparti.

Il futuro, insomma, è rosa. Per la professione medica in generale, ma per quella ostetrico-ginecologica ancora di più.

Un cambiamento che non potrà essere senza conseguenze per la professione ginecologica, l'unica, tra le branche mediche (insieme all'andrologia), che ha ad oggetto non semplicemente un'area terapeutica, ma un'area terapeutica *gender-oriented*.

Allora, cosa significherà per la ginecologia l'ingresso massiccio



tra le sue linee di una nuova generazione di donne che potrebbe, almeno dal punto di vista numerico, prendere il sopravvento sui maschi?

“È un fenomeno in divenire – dice Valeria Dubini, dirigente medico della U.O. di ostetricia e ginecologia Ospedale SGD di Firenze – ci vorrà del tempo prima che la bilancia in seno alla professione penda dalla parte delle donne. Ma il fenomeno sembra inarrestabile e già oggi possiamo vederlo. Ci sono alcuni servizi a prevalente presenza

femminile, penso per esempio i servizi territoriali. Ma anche in quelli ospedalieri, benché siano ancora a prevalenza maschile, le donne cominciano ad affacciarsi in modo massivo”.

Quando questo processo sarà maturo, secondo Dubini, il quadro della professione ne potrebbe uscire rivoluzionato. E in meglio.

“La maggior presenza femminile – afferma – potrà portare molti arricchimenti. Le donne sono più dotate degli uomini di capacità relazionali, per esempio, e

la medicina moderna non può prescindere dagli aspetti comunicativi e di “accoglienza”. Probabilmente, in una ginecologia che riconosce questi valori, molti casi di cronaca a cui abbiamo assistito negli ultimi anni non si sarebbero verificati”.

Ma, al di là delle specifiche caratteristiche del genere femminile, quello che veramente potrebbe incidere sul cambiamento della ginecologia è il cambiamento di prospettiva portata dalle donne, ovvero la capacità di comprendere più da vicino le esigenze e le aspettative delle pazienti con cui si condivide il genere. La percezione sul proprio corpo di come certe “aggressività” della nostra professione possano tradursi in un vero e proprio esproprio di aspetti fortemente connessi con l'identità femminile e con la potenza creativa, non potrà che tradursi in una consapevolezza maggiore ed una ricerca nel ristabilire dei limiti. Penso al cesareo, penso all'isterectomia, per esempio. È questa comunanza di prospettiva che fa sì che noi donne siamo più “conservative” rispetto agli uomini”, aggiunge.

Tuttavia, è la prospettiva maschile quella che fino a oggi ha impregnato la ginecologia: “anche noi donne dobbiamo reimparare la nostra professione. Abbiamo avuto maestri maschi. Ci siamo formati su libri scritti da maschi. Abbiamo appreso una ginecologia rappresentata attraverso lenti maschili.

Anche per questo non sarà sufficiente che la maggior parte dei ginecologi siano donne perché la ginecologia si femminilizzi: sarà un processo lungo a cui ciascuno di noi dovrà contribuire”. Ma che già da oggi, sostiene Dubini, è possibile alimentare, per esempio promuovendo la medicina di genere.

Un simile processo sarà tanto più efficace quanto più le donne avranno un peso nelle strutture sanitarie. Stando attente, però, al rischio che tutte le donne “in carriera” hanno imparato a co-

noscere: “nel tempo abbiamo sperimentato che per affermarci dobbiamo essere più simili agli uomini. Il che è un errore: è necessario mantenere le nostre peculiarità e differenze. Perché questo non significa essere meno competitive. Anzi. È stato evidenziato come le donne abbiano un'idea di potere del tutto diversa da quella maschile. Per le donne il potere è un mezzo per fare qualcosa, per molti uomini, invece, il potere è fine a sé stesso”.

Aogoi da tempo è riuscita a intercettare il mutamento in atto, come conferma il secondo mandato di Valeria Dubini nel ruolo di vicepresidente dell'Associazione. Un'ulteriore prova di una sensibilità che si è molto rafforzata nel tempo: “penso alla prima volta che sono entrata in consiglio – racconta Dubini – o a quando cominciammo a parlare di violenza sulle donne. Un tema tradizionalmente lontano dal panorama della ginecologia italiana. Oggi, tutto ciò è normale. Oggi anche gli uomini considerano prioritari questi temi, entrati nell'agenda della nostra associazione grazie all'adozione di una prospettiva più femminile”. Se la ginecologia è pronta a femminilizzarsi, però, non altrettanto può dirsi della società. Le strutture sanitarie, per esempio, dovranno adeguarsi all'incremento del numero delle donne nelle fila del personale mettendo a punto un'organizzazione che non le costringa a snaturarsi mettendo da parte, soprattutto, la più importante esperienza che le contraddistingue. “Su questo aspetto, la situazione delle ginecologhe non è diversa da quella delle altre lavoratrici”, commenta Dubini. “È necessario comprendere che la maternità è un valore e pertanto va supportata con tutti gli strumenti necessari. I figli – conclude Dubini – non sono soltanto delle mamme che li portano in grembo, ma dell'intera società”.

Antonino Michienzi **Y**

Violenza. Ginecologi in prima linea

È fondamentale che gli operatori siano formati per reagire prontamente e nel modo corretto nei confronti della paziente abusata. La sensibilità alla lettura della violenza da parte degli operatori sanitari è bassa nel 47% dei casi, nulla nell'8,1% e solo nell'8,3% risulta elevata

■ Nel nostro Paese un terzo della popolazione femminile ha subito una qualche forma di sopraffazione nel corso della vita. Un dato che fotografa “una vera e propria emergenza, che i ginecologi italiani ritengono fra le massime priorità della loro professione”, ha affermato Valeria Dubini, vice-presidente Aogoi nel corso del Congresso nazionale Aogoi-Sigo. Il profilo della donna vittima di violenza emerso nel corso della sessione è diverso da come si è abituati a immaginarlo: nel 45 per cento dei casi le vittime sono donne separate o divorziate, nel 36,2 per cento hanno una laurea, nel 35,1 per cento dei casi sono donne “in carriera”, dirigenti,

libere professioniste e imprenditrici. La violenza è inoltre più segnalata al Centro-Nord (64%) e nel 42 per cento dei casi si verifica in aree metropolitane. Dati impressionanti, che potrebbero però sottostimare il fenomeno: a oggi, infatti, solo l'8,4% degli stupri viene denunciato. Anche per questa ragione il ruolo del ginecologo è di primaria importanza: “L'obiettivo è far emergere il sommerso per intervenire non solo sugli episodi di emergenza ma anche sui tantissimi, prolungati, abusi che avvengono in famiglia”, ha affermato Mauro Buscaglia, Direttore dell'ostetricia e ginecologia dell'Ospedale San Carlo di Milano e co-presidente del Congresso.

“L'autore infatti è il partner nel 69,7 per cento dei casi, l'ex nel 55,5 per cento. Mentre solo il 6,2 per cento delle violenze sessuali è opera di estranei”. Per le donne vittime di abuso, poi, le conseguenze sulla salute, fisica e psichica, “sono devastanti”, ha illustrato Alessandra Graziottin, Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia del San Raffaele Resnati di Milano e co-presidente del Congresso. “L'81% delle protagoniste di atti di suicidio ha alle spalle episodi di abuso. Diffusissima è anche la sindrome post traumatica da stress, in cui tutto il corpo esprime attraverso sintomi fisici l'intensità del trauma vissuto. Ma anche i disturbi dell'ali-

mentazione e del sonno (riportati dal 41% delle donne), una consistente riduzione dell'autonomia e isolamento sociale, senza contare il rischio di aver contratto malattie sessualmente trasmissibili o di gravidanze indesiderate”. Che fare allora? Innanzitutto aumentare la sensibilità, perché “siamo molto indietro su questi temi, anche fra il personale sanitario”, ha affermato Dubini spiegando che la sensibilità alla lettura della violenza da parte degli operatori è bassa nel 47% dei casi, nulla nell'8,1% e solo nel 8,3% risulta elevata. “Per questo abbiamo messo a punto il primo manuale che affronta dalla A alla Z quale debba essere il percorso della paziente abusata. Una guida indispensabile, giunta alla seconda edizione, che sarà data in dotazione a tutti gli ospedali e i consultori”. È fondamentale che gli operatori siano formati per reagi-

re prontamente e nel modo corretto alla violenza: un primo livello di assistenza va garantito in ogni centro – aggiunge Dubini. Dal 2000, inoltre, abbiamo attivato un progetto nazionale strutturato, con corsi ed attività di sensibilizzazione, per creare una vera e propria rete di accoglienza”. “È importante che vi sia una sensibilità a cogliere i segnali di abusi – ha concluso il presidente uscente Aogoi Giovanni Monni – gravidanze ripetute e frequenti fallimenti contraccettivi, ad esempio, possono essere un indicatore di rapporti di forza sbilanciati fra i partner. Dobbiamo poi saper consigliare le nostre pazienti su come uscire da relazioni pericolose. Anche i giovanissimi vanno educati. Esistono veri e propri esercizi, che si possono introdurre fin dalle classi elementari, per aiutare i nostri ragazzi a crescere con la consapevolezza della parità fra i sessi”.

CONGRESSO
SIGO-AOGOI

Cesareo

Linee guida Iss in dirittura d'arrivo

Dopo la linea guida sulla comunicazione, è atteso per febbraio l'arrivo del volume dedicato alle indicazioni al taglio cesareo elettivo, all'appropriatezza delle procedure diagnostiche e delle manovre impiegate nella pratica clinica corrente e alle ricadute del taglio cesareo sulle future gravidanze e sulle modalità di parto. Ricalcheranno quelle del Nice inglese

I settimanali femminili fanno il tifo per il cesareo

Lo si ripete da tempo: ben vengano le linee guida, ben vengano gli impegni delle società scientifiche e delle istituzioni per ridurre il ricorso ai tagli cesarei, ma c'è una percentuale di questi su cui poco possono queste misure. E sono quelli che dipendono dall'autodeterminazione della donna

Sono le donne, spesso, a richiedere esplicitamente il cesareo e a essere disposte a cambiare ginecologo se questo non accorda loro questo trattamento. Ma quali sono le ragioni e quali le determinanti culturali e socioeconomiche di questo comportamento?

Una domanda a cui ha cercato di rispondere uno studio in corso di pubblicazione sul British Medical Journal e che uno degli autori, Mario Meriardi del Department of Reproductive Health and Research dell'Organizzazione mondiale della sanità ha illustrato nel corso del Congresso nazionale Aogoi-Sigo. "Si tratta di un'idea innovativa - ha spiegato Meriardi - che ci è venuta studiando la letteratura scientifica e accorgendoci che erano presenti studi che indagavano su quali potessero essere le influenze dei media su questo aspetto. Non solo sulle donne in gravidanza ma sulla popolazione femminile in generale". Un evento, in particolare, ha dato il via alla ricerca: la copertina di una rivista femminile (Marie Claire) che nel gennaio del 2008 "proponeva una foto di Christina Aguilera incinta che si diceva completamente contraria al parto vaginale", ha aggiunto. Da lì ha preso le mosse lo studio che ha passato in rassegna 118 articoli pubblicati in Brasile negli ultimi 20 anni. "Si è scelto il Brasile perché ha tassi di cesarei molto elevati, del 40 per cento". Non molto distanti dall'Italia,

I media danno un'informazione non scientificamente corretta sul cesareo. La conferma ora arriva anche da un innovativo studio dell'Oms che ha passato in rassegna 118 articoli pubblicati sulle riviste femminili brasiliane negli ultimi 20 anni. Un'indagine che verrà replicata anche in Spagna, Filippine, Stati Uniti e Argentina

quindi. E perché è riconosciuto che in quel Paese fattori culturali esercitano pressioni forti alla scelta del cesareo. I risultati dello studio mostrano chiaramente la posizione delle riviste: "le fonti di informazione spesso non sono citate, spesso gli articoli si basano sul



unico di un medico, un ginecologo. Ma, soprattutto, nell'informazione data alla donna c'è una grande enfasi sugli aspetti positivi, come la diminuzione del dolore o la comodità di un parto cesareo. Quando si parla di rischi, invece, ci si riferisce prevalentemente a quelli "soft", cioè rimanere qualche giorno di più in ospedale o avere un minore controllo del parto. Non si parla quasi affatto, invece, di quelli che sono i rischi seri, i rischi anestesologici, quelli operatori e quelli a lungo termine: il rischio di sottoporsi nuovamente un parto cesareo o quelli per il bambino". "È interessante il fatto che le celebrities non sembrano esercitare una grande influenza", ha concluso Meriardi. Lo studio verrà ora replicato in Spagna, Filippine, Stati Uniti e Argentina. Non sono invece attese per il momento iniziative analoghe in Italia.

tifiche, contestualizzandole al loro paese. Ma, come ha precisato il presidente dell'Istituto superiore di sanità Enrico Garaci nella prefazione al primo volume "per governare la complessità del fenomeno non bastano delle raccomandazioni, seppure suffragate dalle migliori prove disponibili. Si richiede, piuttosto, un riorientamento complessivo del sistema, un approccio integrato in cui le misure di programmazione sanitaria, a livello nazionale e regionale, sappiano coniugarsi con l'implementazione di iniziative di educazione e di protocolli clinico-organizzativi a livello locale. Nella consapevolezza che su questa capacità di pensarsi e di agire come sistema si deciderà, in larga misura, il futuro della sanità pubblica in Italia". Le linee guida sono uno strumento prezioso, insomma, ma solo un tassello di quell'approccio globale che servirebbe per incidere positivamente sulla sicurezza del parto. Il quadro è noto: "L'Italia, con il suo 38,4 per cento di cesarei, è insieme al Portogallo l'unica nazione a superare il 30 per cento", ha illustrato Donati. "La gran parte dei Paesi è invece al di sotto del 20 per cento". Non solo: "all'interno del nostro Paese osserviamo anche una grandissima variabilità tra Regioni, Asl, punti nascita. E come se non bastasse, abbiamo una distribuzione atipica del ricorso al taglio cesareo nelle strutture considerandole per l'appartenenza al settore pubblico o privato e per volume di attività". Un quadro, in sostanza, che mostra chiari se-

Serena Donati: costruire linee guida robuste comporta un grande lavoro e ingenti risorse

gnali di inappropriatazza. A risolvere questi problemi vorrebbe contribuire la linea guida ormai in dirittura d'arrivo, che è costata un "lavoro molto lungo e dispendioso", ha precisato la responsabile dell'Iss. Al momento non è dato sapere molto sui suoi contenuti, se non che il modello su cui si basa è l'analoga linea guida del National Institute for Health and Clinical Excellence (Nice) inglese del 2004. Ma non si tratta di una semplice traduzione, dal momento che "è stato necessario aggiornarla alle evidenze successive al 2002 e, quando necessario, riformulare i quesiti". Bisognerà aspettare per saperne di più, e dopo la pubblicazione l'iter non sarà completato: "sarà infatti necessario che sia presentata in Conferenza Stato-Regioni", ha concluso la Donati. **Y**

Sono attese da tempo ed è stato lo stesso ministro della Salute Ferruccio Fazio a rilanciarle nel corso del suo intervento nella cerimonia di apertura del Congresso. "La bozza a cura dell'Istituto superiore di sanità è pronta - aveva detto il ministro - e procederemo nei prossimi giorni alla stampa".

L'argomento sono le linee guida sul taglio cesareo che da tempo il ministero della Salute ha commissionato all'Istituto superiore di sanità nella speranza che il documento, elaborato con il contributo di un panel esperti di varie associazioni scientifiche - tra cui, per Sigo-Aogoi: Fabio Sirimarcò, Maria Grazia Frigo, Luana Danti, Nicola Natale, Massimo Moscarini, Fabrizio Niccolini, Anita Regalia - possa contribuire ad arginare l'eccessivo ricorso al taglio cesareo nel nostro Paese. Da allora, l'Iss ha prodotto una linea guida che esaurisce un primo argomento sul tema: "i temi della comunicazione tra le donne e gli operatori sanitari, con specifico riferimento alle informazioni sulle modalità di parto, ai contenuti e ai tempi di acquisizione del consenso informato e alla gestione dell'eventuale richiesta materna di taglio cesareo in assenza di motivazioni cliniche". La linea guida più attesa, però, è quella relativa alle indicazioni al taglio cesareo elettivo, all'appropriatezza delle procedure diagnostiche e delle manovre impiegate nella pratica clinica corrente e alle ricadute del taglio cesareo sulle future gravidanze e sulle modalità di par-

Walter Ricciardi: Per contrastare i cesarei inappropriati serve soprattutto un cambio culturale. Promuovere una cultura del No blame e un intervento legislativo che abroghi il penale

to. Questa linea guida è ancora in fase di lavorazione: "Dovrebbe essere pronta per la fine di febbraio", ha spiegato Serena Donati, del Reparto salute della donna e dell'età evolutiva-Cnesps dell'Istituto superiore di sanità. Donati racconta la genesi di questo strumento che nell'intenzione dovrebbe costituire un freno all'eccesso di ricorso ai tagli cesarei nel nostro Paese. "Quando è arrivata la richiesta del ministero siamo rimasti perplessi - ha raccontato Donati - non ci sembrava che la linea guida potesse essere la soluzione. Abbiamo spiegato che le linee guida sono uno strumento importante che mette a disposizione dei professionisti sanitari le evidenze scien-

Vaccinazione Hpv

Non facciamola diventare fonte di nuove diseguaglianze

L'adesione alla vaccinazione è ancora lontana dagli obiettivi fissati dal ministero della Salute. Solo metà delle ragazze ha completato il ciclo vaccinale. Intanto dalla ricerca emergono importanti novità sull'efficacia dei due vaccini



Abbiamo in mano lo strumento che potrebbe far quasi sparire il cancro della cervice uterina, ma dobbiamo utilizzarlo al meglio". **Carlo Maria Stigliano**, direttore della Ginecologia preventiva e dei consultori familiari della Asp di Cosenza e tesoriere Aogoi, ha ribadito, nel corso del congresso Sigo-Aogoi 2010, l'importanza di diffonde-

re tra le donne il ricorso alla vaccinazione contro il Papillomavirus: "Abbiamo la disponibilità di un vaccino contro il tumore del collo dell'utero è il tumore delle donne. Tutti pensano che il tumore delle donne sia quello della mammella. Ma non è così: ci sono i tumori della mammella anche nei maschi, sono rari ma sono gravissimi quando ci sono. Il tu-

more dell'utero, invece, è esclusivamente femminile. Quindi - prosegue Stigliano - avere la disponibilità di un vaccino contro un cancro è già una svolta culturale enorme, ma averlo per questa forma di tumore è ancora più importante, perché protegge la cosa più importante che c'è in natura: la riproduzione della specie. Quel che noi stiamo facendo oggi, è proteggere

le generazioni a venire". Tuttavia, questa rivoluzione, rischia di rimanere incompiuta e di creare diseguaglianze ancor più forti di quelle già presenti.

"Il rischio è che la scarsa diffusione di informazioni non faccia raggiungere a questa vaccinazione un'adeguata copertura. E se accade questo, da un lato sprechiamo risorse, dall'altro non ci garantiamo nei confronti della prevenzione di questo nemico delle donne che è il cancro del collo dell'utero".

Adesione (ancora) insufficiente

Il ministero della Salute fissava al 95 per cento l'obiettivo di copertura vaccinale per la fascia di età delle dodicenni. Ma siamo ancora molto lontani: secondo le rilevazioni dell'Istituto superiore di sanità, a fine anno 2009, su scala nazionale l'adesione alla vaccinazione con almeno una dose da parte della prima coorte vaccinata (la classe 1997) è pari al 66,3%, mentre la copertura per 3 dosi pari al 53,1%. Sono ampie anche le differenze regionali: si va dai massimi di copertura in Basilicata (l'83,5% con almeno una dose e il 75,8% con tre dosi) ai minimi della provincia autonoma di Bolzano (26,6% con almeno una dose, 19,1% con tre dosi). Si tratta tuttavia di dati provvisori che rispecchiano soprattutto il diverso momento di avvio delle campagne vaccinali.

In ogni caso fotografano un quadro ancora lontano dagli obiettivi fissati dalle istituzioni.

"Noi ci accontenteremmo anche dell'80 per cento", sostiene Stigliano. "E con il tempo speriamo di arrivarci. Intanto molte Regioni stanno attivando meccanismi di copayment per ampliare l'accesso alla vaccinazione".

A oggi sono otto le Regioni che

hanno esteso l'offerta attiva del vaccino ad almeno una seconda coorte oltre alle dodicenni, una delle quali - la Basilicata - ha offerto il vaccino a 4 coorti (12enni, 15enni, 18enni e 25enni).

"Tra queste sta arrivando anche la Calabria, che ha appena approvato una delibera grazie alla quale il vaccino sarà offerto a tutte le donne tra i 13 e i 25 anni al 50 per cento del prezzo di vendita in farmacia. E questo è un intervento di equità", ha aggiunto Stigliano.

Proprio l'aggravamento delle diseguaglianze è infatti il maggiore rischio connesso al vaccino: "Il nostro problema principale è il fatto che le fasce più deboli della popolazione sono quelle che meno aderiscono agli screening di prevenzione. Allo stesso tempo, queste donne sono quelle che si rivolgono di meno dal ginecologo. Senza un'adeguata informazione, poi, aderiranno meno anche alla vaccinazione. E quest'evenienza è da prevenire con tutte le risorse disponibili".

Hpv, nuove evidenze

Quello della vaccinazione Hpv, però, oltre a essere un campo privilegiato di salute pubblica è un settore in cui negli ultimi anni la ricerca ha profuso un grande impegno: "Gli studi più recenti - illustra Stigliano - fanno emergere alcune differenze importanti tra i due vaccini attualmente disponibili riguardo l'entità della risposta immunitaria, della durata della loro efficacia nel tempo e soprattutto rispetto alla possibilità di una copertura crociata nei confronti di altri tipi di papillomavirus non compresi nella scheda vaccinale (16-18). Si sta cominciando a dimostrare infatti la presenza di una risposta crociata anche rispetto ai ceppi 31, 33, 45 e 58 del Papillomavirus. Questo significa una migliore protezione: non si avrà più il 70 per cento della riduzione del rischio di sviluppare il tumore del collo dell'utero ma si potrebbe arrivare a oltre l'80. E in questo i due vaccini non si comportano nella stessa maniera", ha concluso. ■

La medicina di genere: un affare per il Ssn

L'Hpv è forse il migliore esempio di come una medicina che miri selettivamente ai problemi peculiari del genere femminile possa ottenere non soltanto un miglioramento dei livelli di salute, ma anche un risparmio cospicuo per il Servizio sanitario nazionale

■ È vero che i costi della vaccinazione Hpv sono, nel breve periodo, particolarmente elevati, ma se si pensa agli effetti che questa spesa consente di ottenere in termini di riduzione di carcinomi della cervice uterina e quindi di ospedalizzazioni, trattamenti, servizi, assenze dal lavoro e morte, ecco che, in un attimo, si trasformano in un'inezia.

È in questo esempio che è racchiuso il messaggio chiave della sessione promossa dalla Fondazione Lorenzini nel corso del con-

gresso Congresso Sigo-Aogoi 2010: la medicina di genere è economicamente sostenibile. Anzi, fa guadagnare. Attraverso una maggiore appropriatezza, soprattutto. "Da tempo si osserva che la medicina applicata alle donne è basata sull'evidenza molto meno di quella applicata agli uomini, e un editoriale scientifico pubblicato su *Nature* lo scorso giugno lo ha confermato", ha illustrato la direttrice generale dell'Istituto superiore di sanità Monica Bettoni. "Questo vuol di-

re che c'è un margine di inappropriata enorme. E inappropriata significa un aumento dei costi". Il problema non è nuovo: "I trial clinici, per esempio, sono fatti prevalentemente su uomini (la proporzione è mediamente di 3-4 uomini per ogni donna). E, come è ovvio, non è automatico che i risultati che ne conseguono siano applicabili alle donne", ha aggiunto. Tuttavia quello della sperimentazione clinica è solo uno degli ambiti in cui si manifesta la differenza uomo-donna e la

gestione inappropriata delle risorse che ne consegue: "Nel caso delle malattie cardiovascolari, che rappresentano ancora la prima causa di morte nei Paesi occidentali, per esempio, abbiamo da poco scoperto che le donne sono più suscettibili a infarti e soprattutto a ipertensione rispetto agli uomini", ha affermato il segretario nazionale Aogoi, Antonio Chiantera. "La soluzione quindi è una prevenzione mirata, che faccia tesoro delle differenze per indirizzare le donne verso percorsi di genere".

Ma, senza dimenticare che anche la maternità è un valore: "Dobbiamo comprendere tutti - ha precisato il presidente Sigo, Giorgio Vittori - qualcosa che specialmente quelli della nostra ge-

nerazione hanno dimenticato": la nascita e il tasso di fecondità sono un valore. "La nostra generazione ha vissuto l'esperienza contraria, siamo stati i primi a cui è stata offerta la possibilità di fare contraccezione e programmare la gravidanza". Oggi il quadro si è rovesciato: il tasso di fecondità dell'Italia è di 1,34 e, "al di sotto di 2,11 la civiltà scompare", ha affermato. "Il tasso di fecondità, quello che durante le guerre mondiali veniva giudicato strategico, è un elemento sociale, sanitario epidemiologico e demografico che può cambiare il destino di una nazione. Se non viene tutelato questo aspetto una società scompare. Ed è per questo - ha concluso - che dobbiamo investire sulla maternità".

Agite: un bilancio straordinario

Anche il Territorio ha bisogno di unità

Giovanni Fattorini
Presidente Agite

Dalla tutela e controllo della fecondità alla promozione degli strumenti volti a contrastare l'infertilità, fino a tutte le iniziative orientate a ridurre il ricorso all'abortività volontaria nel pieno rispetto della normativa vigente. La voce delle società scientifiche negli ultimi anni si è levata più di frequente rispetto al passato, ma forse mai come in questo caso. La disponibilità a collaborare sul tema della riorganizzazione del percorso nascita in tutto il Paese, va detto, è stata colta questa volta con attenzione e sensibilità, e il ministro Fazio ha avuto modo di dichiararlo e di esprimere la sua riconoscenza personale alle organizzazioni professionali che lo hanno incontrato in occasione dell'apertura del Congresso.

Ricordiamo per inciso che oltre al riordino dei punti nascita, di cui si è già detto anche su *GynecoAogoi*, e che costituisce il nodo centrale del provvedimento che verrà presentato ed approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nei primi giorni di dicembre, gli impegni assunti dal ministro Fazio riguardano anche la possibilità di promuovere il parto demedicalizzato, di offrire l'analgia epidurale a tutte le donne che la richiedano, di dimostrare concretamente – come ha detto il Presidente della Sigo Giorgio Vittori – il giusto riconoscimento nei confronti di tutte le fasi che precedono il momento del parto, dalla tutela della fertilità, alla pianificazione familiare.

Ciò rinvia al tema della "assistenza" alla gravidanza, e al puerperio, alla necessità di protocolli nazionali aggiornati, che proprio in questi giorni stanno per essere pubblicati, e al rilancio dei servizi pubblici che istituzionalmente sono stati creati per prendersi cura e accompagnare, anche dal punto di vista sanitario la donna e la sua famiglia all'appuntamento con la nascita e per sostenerla al suo ritorno a casa. Questo naturalmente è un piano che richiede risorse, dall'aggiornamento

“ Il Congresso è stato un buon congresso sotto molti aspetti: partecipazione, qualità scientifica, sensibilità culturale verso temi non sempre al centro della ricerca scientifica in ambito ginecologico, rappresentatività di tutte le componenti della nostra disciplina. Non ultimo, la dimostrazione di essere in grado di offrire tempestivamente, cosa rara nel nostro Paese, le nostre competenze e il nostro background tecnico e culturale alla “politica” per suggerire soluzioni: in questo caso sul grande tema della “organizzazione per una buona nascita”, ma in prospettiva su tutti i grandi temi che riguardano la salute della donna e la procreazione in tutte le sue declinazioni.

dei Drg alla copertura dei vuoti, in alcuni casi davvero molto gravi, di risorse umane. Ma se nessuno ha calcolato, credo, con precisione i costi di questa operazione, la chiusura del 30% dei reparti di ostetricia italiani per un totale di 158 punti nascita consentirà pure, anche se diluita nel tempo, una cospicua riduzione della spesa che andrebbe anch'essa conteggiata. In sintesi bisognerà quindi vigilare che la razionalizzazione prevista, che tutti ritengono quanto mai opportuna, non si trasformi in un razionamento dell'offerta e che

questa buona occasione non vada perduta, come avvenne con il Progetto Materno Infantile approvato nel 2000 e rimasto in gran parte sulla carta. Anche perché i tempi sono maturi per riaffermare nei fatti la centralità della problematica materno infantile, non solo dal punto di vista sanitario (politiche sociali, promozione della scelta procreativa, occupazione femminile etc.), ma appunto come una delle grandi questioni nazionali che se opportunamente affrontata può concorrere al miglioramento del tessuto civile del nostro Paese e anche al rilancio della no-

stra economia come giustamente è stato affermato nel corso del Congresso.

Ci eravamo augurati prima del Congresso che esso diventasse vetrina e riflesso di questo lavoro, ma assumesse anche il valore simbolico di una reazione alle brutte vicende che avevano coinvolto direttamente alcuni di noi e agli stravolgimenti mediatici conseguenti. Questo è in buona parte stato conseguito e di questi risultati possiamo essere tutti soddisfatti e riconoscenti agli organizzatori e ai Presidenti del Congresso.

Per quanto riguarda poi alcuni altri grandi temi che sono stati posti al centro dell'attività più propriamente scientifica, dalla sessualità al dolore pelvico, dalla medicina di genere ai nuovi successi della chirurgia ginecologica non sfugge a nessuno che, al là della qualità espressa dai singoli relatori e dall'interesse suscitato da questi temi come da

na riuscita dell'evento organizzando due sessioni, uno dei corsi pregressuali e partecipando tramite i suoi iscritti e dirigenti a molte iniziative. Ne siamo contenti.

Vi è infine un terzo risultato conseguito dal nostro Congresso relativo alla composizione della frattura avvenuta tra mondo universitario e mondo ospedaliero siglata dalla elezione plebiscitaria dei nuovi organismi dirigenti della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia.

Non è utile aggiungere una sola parola a quanto si è già detto e scritto in questi ultimi tre anni, così come non c'è nessun bisogno di esprimere la profonda soddisfazione per i risultati raggiunti, tanto è scontato il nostro compiacimento – come Agite intendo – per ciò che è avvenuto a Milano.

Se mi è permesso vorrei dedicare questo bel successo al carissimo amico Domenico De Aloysio che purtroppo non c'è più, e che aveva cominciato subito dopo la rottura a tessere la trama della riconciliazione con ironia e lungimiranza.

CONGRESSO
SIGO-AOGOI

Vorrei invece dedicare qualche considerazione alle conseguenze di quanto è avvenuto sullo stato del mondo ginecologico territoriale.

Le conseguenze dello strappo tra le maggiori componenti della ginecologia italiana ha avuto come conseguenza negativa, tra le altre, anche una divisione tra le associazioni che rappresentano il mondo della ginecologia non ospedaliera. Oggi forse è fin troppo facile rivendicare la buona scelta che la nostra associazione ha fatto fin dalla sua nascita, che è stata quella di investire la deriva di una proliferazione di sigle ed associazioni fini a se stesse, dimostrando la possibilità di un'alleanza strategica con la componente con cui abbiamo tutti i giorni occasione e necessità di un confronto operativo e di una stretta collaborazione professionale e cioè quella ospedaliera.

Ciò non ci ha impedito però di mantenere e sviluppare una cultura e una ricerca autonoma su alcuni temi legati alla nostra peculiarità professionale. I temi legati alla prevenzione, alla educazione alla salute, alle pratiche mediche da adottare quando i protagonisti della nostra attenzione sono soggetti nuovi, come ad esempio gli adolescenti e le donne immigrate, o quando il problema non è quello di curare e guarire una patologia – che va riconosciuta quando c'è – ma preservare la salute che già c'è. In sostanza gli aspetti più “medici” e “sociali” della nostra specialità. Ma insieme abbiamo lavorato anche per approfondire temi

“ Ai nostri colleghi che operano nelle realtà non ospedaliere e che ancora militano in associazioni a noi contigue rivolgiamo un appello perché prendano atto di quanto è avvenuto a Milano ed inizino una riflessione sulla opportunità di avviare un percorso unitario”

altri innumerevoli ambiti della nostra disciplina, la necessità di rivedere la formula del congresso “classico” comincia a farsi sentire.

Per ora questa impressione rimane a livello di una superficiale sensazione di disagio ed inoltre nessuno oggi possiede ricette in grado di rappresentare un'alternativa al modulo attualmente utilizzato. Riflettere però anche su questi aspetti, anche in funzione dei futuri impegni congressuali delle nostre organizzazioni, è un compito che dovremmo assumerci con umiltà e intelligenza.

La nostra associazione ha dato il suo contributo alla buo-



ed argomenti più clinici, strettamente inerenti la nostra professione e necessariamente complementari ai temi affrontati dai colleghi che svolgono il loro prezioso lavoro nelle strutture di degenza. Mi riferisco tra gli altri all'assistenza alla gravidanza e alla nascita, al raccordo tra i diversi livelli diagnostici e terapeutici, al tema della integrazione tra ospedale e territorio e ad alcune patologie che necessitano di un approccio congiunto per essere affrontate con successo, dalla infertilità alla patologia del basso tratto genitale, dal dolore pelvico cronico alle disfunzioni del pavimento pelvico. Siamo perciò sinceramente grati dell'attenzione e del rispetto di cui abbiamo avuto prova in questi tre anni da parte della stragrande maggioranza della dirigenza Aogoi ed in particolare del suo Presidente e Segretario. Lo stesso dicasi per i vertici della Sigo e del suo presidente Giorgio Vittori. Ora però la situazione è cambiata.

Verso un percorso unitario

La ritrovata unità ha condotto alla elezione del nuovo direttivo della Sigo nel pieno rispetto dello statuto, e alla nomina, per la prima volta nella storia della società nazionale, di un medico impegnato nelle attività territoriali con un incarico di grande responsabilità. Mi riferisco a Sandro Viglino, vice presidente della nostra associazione, a cui va un attestato di stima e un augurio affettuoso per i prossimi impegni e che vorremmo sapesse che ha e avrà tutto il nostro sostegno.

La ritrovata coesione può mettere tutti nelle condizioni per recuperare tempo, e lavorare al meglio perché il Congresso Mondiale del 2012 possa essere una grande occasione di crescita culturale e scientifica per tutti. Ai nostri colleghi che operano nelle realtà non ospedaliere e che ancora militano in associazioni a noi contigue rivolgiamo un appello perché prendano atto di quanto è avvenuto a Milano ed inizino una riflessione sulla opportunità di avviare un percorso unitario.

Le ragioni per raggiungere l'obiettivo di una rappresentanza comune di tutti i professionisti pubblici e privati che operano nel campo della ginecologia non ospedaliera sono molte di più e sono molto più convincenti delle ragioni che vorrebbero questa importante realtà rappresentata in modo non adeguato alle sue potenzialità. Per conto nostro dichiariamo la nostra disponibilità ad aprire il confronto. **Y**

Un Congresso di propizie occasioni e di intelligenti svolte

Sandro M. Viglino

Vicepresidente Aogoi

Vicepresidente Agite

Il Congresso nazionale di Milano, nato sotto i non migliori auspici, andrà invece ricordato a lungo perché ha rappresentato un'occasione plurima di incontro, di ritrovata unità tra il mondo universitario e quello ospedaliero, di rinnovamento degli assetti dirigenziali, di affermazione della qualità e dell'eccellenza della Ginecologia ospedaliera, di visibilità e di ufficiale riconoscimento della Ginecologia territoriale. Il Congresso di Milano andrà dunque ricordato come un Congresso di propizie "occasioni" e di intelligenti "svolte".

È già stato sottolineato, in modo anche più articolato, come la comunicazione anche aspra, dura che in questi ultimi tre anni ha contraddistinto i rapporti tra il mondo ospedaliero e quello universitario ha sortito l'effetto di spargliare le carte e di richiamare ad un nuovo senso di responsabilità i ginecologi italiani. È stato un confronto ruvido, muscolare che ha conosciuto momenti di grande tensione tra i massimi rappresentanti della Ginecologia italiana ma che ha rischiato anche di indurre noia e disincanto tra molti colleghi della "base" che non sempre hanno compreso i motivi di tale tensione.

Questi tre ultimi faticosi anni hanno però rappresentato

“Aogoi ha offerto alla ginecologia extraospedaliera un'apertura di credito: un investimento strategico che Agite, in questa sua fase di crescita e di maturità, vedrà di non disperdere”



una formidabile occasione per una seria riflessione e un doveroso riposizionamento all'interno della nostra categoria. Gli universitari hanno capito che la Ginecologia italiana non può più pensare di riconoscersi (ed essere riconosciuta al di fuori del nostro Paese) senza l'apporto vitale del mondo ospedaliero dove sempre più spesso si colloca l'eccellenza (talvolta incarnata proprio da quei giovani professionisti che la stessa Università si è lasciata sfuggire o ha volutamente allontanato perché caratterialmente poco "compatibili" con l'ambiente universitario). Gli ospeda-

lieri hanno compreso che non sono sufficienti i numeri e la qualità professionale senza il supporto di una istituzione – l'Università – che rappresenta ufficialmente la formazione e la ricerca che ogni Paese deve e può esprimere.

Al di là delle dispute e delle contrapposizioni personali, questo, a mio modo di vedere, è il messaggio che alla fine ha attraversato le menti e, forse, anche i cuori dei ginecologi riuniti a Congresso e di tutti gli altri che, pur non essendo presenti, hanno seguito dal proprio Ospedale, dalla propria Clinica o semplicemente dalla propria città il dibattito di questi ultimi tre anni.

E poi c'è il Territorio

Il Congresso ha costituito anche un'ottima occasione di visibilità e di partecipazione per i ginecologi di Agite che sono stati presenti numerosi sia nelle varie sessioni scientifiche che nei due simposi organizzati dall'Associazione. Il primo di questi sul tema "Ospedale-Territorio: dalla diffidenza alla collaborazione, dalla collaborazione alla integrazione. Esperienze a confronto" ha permesso di analizzare quanto in alcune Regioni (Emilia Romagna, Lombardia, Sicilia, Sardegna) il rapporto ospe-

dale-territorio sia stato realizzato o sia in corso di realizzazione. Tutti, però, si sono resi conto di quanto ancora resti da fare affinché questo rapporto così difficile diventi una realtà non solo nei fatti ma anche e soprattutto nelle teste dei colleghi che operano nell'una e nell'altra realtà. Situazione ancora più evidente nella successiva sessione "Ginecologia preventiva extraospedaliera: diagnostica strumentale e chirurgia ambulatoriale" nella quale sono state considerate quelle attività diagnostiche e cliniche che possono essere realizzate sul Territorio purché siano garantite quelle condizioni di sicurezza che molti presidi territoriali (a partire da molti Consultori) non possiedono.

Queste considerazioni hanno così permesso ancora una volta – e questa volta in pubblico e non soltanto sui documenti e sulle riviste – di analizzare il Progetto sulla riorganizzazione della Ginecologia territoriale che Agite sta portando avanti. Ciò che è emerso dalle relazioni e dagli interventi dei partecipanti ha messo in evidenza la necessità che Agite insieme con Aogoi si faccia sempre più parte attiva nel promuovere quel cambiamento organizzativo e logistico che consentirebbe di ridare piena dignità al ruolo del Consultorio (da tempo e troppo spesso sminuito e ridotto a semplice ambulatorio ginecologico di base) e di trasferire nell'ambulatorio territoriale e nelle istituende Unità di Ginecologia preventiva tutto ciò che impropriamente viene ancora svolto in ospedale. In questa prospettiva il mio personale ruolo di riconfermato vicepresidente Aogoi e di nuovo Tesoriere Sigo costituisce, mi auguro, un piccolo vantaggio iniziale nel tentativo di far convergere l'attenzione del mondo politico e professionale sulla ormai improcrastinabile necessità di considerare il benessere della donna nell'ambito di un percorso unico che inizia sul Territorio e può terminare nell'Ospedale ma può seguire anche la direzione inversa, secondo un ciclo assistenziale che ruota intorno alla donna stessa.

Aogoi, grazie alla sensibilità e alla lungimiranza del suo segretario nazionale Antonio Chiàntera che ha mostrato, e non da ora, il coraggio di operare scelte anche difficili, ha offerto alla ginecologia extraospedaliera un'apertura di credito che è anche un investimento strategico che Agite, in questa sua fase di crescita e di maturità, vedrà di non disperdere. **Y**

O.N.Da

Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna

FARMINDUSTRIA

La salute della donna. Un approccio di genere

Una salute a misura di donna

PRESENTAZIONE

Per far sì che questa situazione cambi

Francesca Merzagora
Presidente O.N.Da
Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna

Uomini e donne presentano significative differenze riguardo l'insorgenza, la presentazione clinica, l'andamento e la prognosi di molte malattie. Tra la fine degli anni Ottanta e l'inizio degli anni Novanta i ricercatori hanno iniziato a rendersi conto che, oltre al sistema riproduttivo, tra il genere maschile e quello femminile vi sono molte altre differenze che danno origine ad un'ampia gamma di patologie, con un decorso completamente diverso tra i sessi, o che possono determinare una risposta dissimile del corpo ai farmaci. Alcune di tali differenze possono essere di carattere sociale: infatti, poiché spesso svolgono lavori e mansioni differenti, differenti possono essere anche i fattori di rischio patologico a cui donne e uomini sono esposti; altre invece sono di carattere biologico e sono il risultato di divergenze genetiche, ormonali e metaboliche.

Nonostante ciò le donne sono ancora oggi poco rappresentate

In Italia le donne vivono più a lungo rispetto agli uomini ma si ammalano di più e, ancora troppo spesso, la loro domanda di salute non trova adeguata risposta. In linea con le due edizioni del Libro Bianco sulla salute della Donna, il nuovo volume di Onda, di cui vi proponiamo una sintesi, rappresenta un ulteriore contributo alla costruzione di una "medicina di genere". Una medicina che sappia tener conto di tutte le fisiologiche differenze tra uomini e donne. Nell'obiettivo di colmare un gap nella messa a punto di una salute a misura di donna e dunque di una medicina veramente personalizzata

nelle prime fasi dei trials clinici, fondamentali per stabilire dosaggio, effetti collaterali e sicurezza nell'uso di farmaci, e, anche quando vi prendono parte in misura più rilevante, i risultati degli studi non sono elaborati tenendo conto delle diversità di genere. Inoltre, continuano ad essere considerate co-

me appannaggio maschile alcune malattie che sono invece molto diffuse e spesso trascurate o mal curate nel genere femminile: basti pensare al tumore al polmone o alle patologie cardiovascolari. Per far sì che tale situazione cambi è necessario l'impegno concreto di tutti gli interlocutori coinvolti: Istituzioni,

Agenzie internazionali di farmacovigilanza, medici, organi di comunicazione e popolazione. Tutto ciò rappresenta la ragione fondante dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna (O.N.Da) che dal 2005 promuove in Italia, a tutti i livelli della società civile e scientifica, una cultura della salute di ge-

nere. Il cammino da percorrere è ancora lungo: non solo per le donne, ma anche per altri sottogruppi di popolazione, in particolare per i bambini e gli anziani.

L'obiettivo finale è quello di avere una medicina riferita non solo alla patologia ma anche al paziente, con tutte le sue peculiarità, e quindi ad una terapia veramente personalizzata.

Un ringraziamento speciale va a Farmindustria che da anni affianca O.N.Da nella promozione di una cultura sulla medicina di genere. **Y**

PREMESSA

Nella ricerca farmaceutica è in atto una vera rivoluzione Sergio Dompé
Presidente Farmindustria

Sono davvero lieto di intervenire sui temi di questo volume. Un'opera di valore in linea con l'impegno per una sempre maggiore consapevolezza sociale e individuale sulle caratteristiche di genere legate alla Salute femminile. Le donne, nei paesi avanzati, rappresentano più della metà della popolazione, con un'aspettativa di vita superiore alla media maschile, per cui una bambina che nasce oggi ha buone probabilità di vivere fino a



a cura di Flavia Franconi
contributi di: Roberta Addis, Adriana Albini, Roberta Anniverno, Emi Bondi, Alessandra Bramante, Maria Luisa Brandi, Giancarlo Cerveri, Paola Conti, Gilberto Corbellini, Doenico Del Principe, Valeria Dubini, Liana Fattore, Laura Iris Ferro, Flavia Franconi, Walter Malorni, Claudio Mencacci, Anna Maria Moretti, Giuseppe Rosano, Francesca Sasella

Mettere al centro le differenze di genere

Questo l'obiettivo del volume *La salute della donna. Un approccio di genere*, edito da Franco Angeli e curato da Flavia Franconi, e che vede la collaborazione tra Onda e Farmindustria. Questo è anche uno degli obiettivi della medicina del Terzo Millennio: la cura personalizzata, che necessariamente deve considerare le categorie di pazienti, prima di arrivare alla singola persona. Dal 2002 l'Organizzazione Mondiale della Sanità chiede che l'integrazione delle considerazioni di genere nelle politiche sanitarie diventi pratica standard in tutti i suoi programmi. Oggi la medicina di genere si trova in una fase che vede impegnate molte aziende farmaceutiche in un percorso virtuoso di sviluppo di medicinali 'ad hoc' per l'universo femminile. "Le donne - spiega Francesca Merzagora, presidente dell'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (O.N.Da) - vivono più a lungo degli uomini, ma si ammalano di più ed hanno un maggior numero di anni di vita in cattiva salute. Nel nostro Paese la disabilità femminile è circa doppia in confronto a quella maschile; la prevalenza di patologie psichiatriche, ad esempio, nelle donne è del 7,4% e del 3,1% negli uomini, oppure l'osteoporosi del 9,2% e 1,1% nelle donne e negli uomini, rispettivamente. Questi semplici dati sottolineano la necessità di una maggiore attenzione al genere, da non confondere con il sesso, sia per quanto riguarda la ricerca medica, sia per quanto riguarda le logiche di intervento". E non solo per la salute.



Francesca Merzagora



Sergio Dompé



100 anni. Fanno troppo spesso i conti con una vita vissuta freneticamente, coniugando lavoro, figli e famiglia. Una situazione che in qualche caso ha trasferito loro alcune patologie sino a qualche decennio fa diffuse soprattutto tra gli uomini.

Vivono di più, si ammalano di più e usano, quindi, i farmaci con maggiore frequenza rispetto alla popolazione maschile. C'è però un dato positivo. Sono circa 1.000 i medicinali in sviluppo nel mondo per le malattie ginecologiche e per quelle che colpiscono una parte consistente dell'universo femminile quali, ad esempio, il diabete, le patologie tumorali, muscoloscheletriche e autoimmuni.

Un risultato che dimostra l'importanza della Salute della donna per le imprese del farmaco. Continuare a investire lavorando insieme a Medici, Istituzioni e Centri di eccellenza pubblici e privati, Società Scientifiche e Associazioni dei Pazienti è quindi vitale per rispondere, adeguatamente, alle possibilità di diagnosi e in particolare alla prevenzione.

È in atto una vera e propria rivoluzione nella Ricerca farmaceutica che, con un'attenzione crescente anche alle differenze di genere, contribuisce a definire terapie ancora più focalizzate sulle esigenze dei singoli individui.

Oggi l'Italia è tra i paesi con una maggiore aspettativa di vita in efficienza fisica. E questo, oltre al progresso economico, sociale e sanitario, può essere attribuito per il 40% ai frutti della Ricerca farmaceutica.

Una Ricerca che permette continui miglioramenti nella qualità della vita e costanti progressi per l'efficacia dei trattamenti, la riduzione degli effetti collaterali e la facilità d'uso.

Ma le donne contribuiscono anche alla crescita delle imprese del farmaco. Una realtà industriale che esporta il 54% della produzione e sviluppa innovazione in 233 progetti di Ricerca italiani.

Chi ha la possibilità di visitare un'azienda non può non rendersi conto di quanto siano "presenti" in ruoli e aree chiave, raggiungendo il 36,7% del totale degli occupati e primeggiando nell'area della Ricerca e Sviluppo con il 52%. È dirigente 1 donna su 5, il doppio che negli altri settori, così come 1 su 3 è un quadro.

Un rapporto privilegiato, in definitiva, quello tra donne e imprese del farmaco sia in favore della loro salute sia nel rispetto delle pari opportunità.

Non è un caso, infatti, se undici tra le più importanti imprese del

farmaco in Italia hanno donne che gestiscono l'Area Legale e sono altrettante quelle che affidano ad una manager le Risorse Umane e l'Area Fiscale.

La vivacità dei ruoli impone necessariamente una nuova sensibilità che interpreti la loro posizione sociale e garantisca una maggiore tutela della Salute.

E proprio in questo contesto si inserisce il libro. Uno strumento molto utile che raccoglie tutte quelle conoscenze sulla donna preziose per coloro che la considerano protagonista nella Società e nella Ricerca. **Y**

INTRODUZIONE GENERE E SALUTE

Indossiamo le "lenti di genere" Flavia Franconi* e Laura Iris Ferro°

Dipartimento Scienze del Farmaco, Università di Sassari, Responsabile del Gruppo "Farmacologia di Genere" della Società Italiana di Farmacologia
° Gentium, Villa Guardia (Como)

“Essere uomo o essere donna” è importante dal punto di vista della salute poiché i fattori di rischio, la prevalenza e l'incidenza, l'insorgenza, l'espressione clinica, la storia naturale e l'approccio terapeutico ad una determinata patologia possono variare sensibilmente a seconda del sesso e del genere. La citazione che abbiamo appena fatto tra sesso e genere si riattacca ad una discussione che ha pervaso il mondo scientifico per lunghi anni. Per sesso si intendono le differenze e le somiglianze biologiche, mentre il genere è un concetto più ampio che comprende le differenze indotte dalla cultura e dalla società. Il termine genere, che deriva dal latino *genus, generis*, affine a *gignere* - generare, risponde alla necessità di dare valore a quanto vi è nella cultura in cui viviamo che ci porta ad essere uomini e donne al di là dell'essere maschio o femmina. Originariamente fu introdotto nelle scienze sociali per descrivere come le diverse società e culture interpretassero l'essere maschio e l'essere femmina, pertanto, il genere include gli elementi che caratterizzano essere donna o uomo in una determinata società. Forse il tutto diventa più semplice se si pensa al ruolo della donna o al ruolo di un uomo in società diverse dalla nostra. Essere donna a Stoccolma è diverso che essere



Flavia Franconi

donna in India, dove si calcola una media quotidiana di 2.000 aborti selettivi, ovvero riguardanti i feti di sesso femminile, senza contare le bambine che sono state uccise subito dopo la nascita dai genitori. Il fenomeno è talmente imponente che è stato lanciato un programma, denominato 'trasferimento condizionato di contanti per bambine con copertura assicurativa', che prevede un premio di 3.000 dollari per le famiglie povere che decideranno di mettere al mondo figlie femmine.

In medicina avere un approccio di genere significa considerare le condizioni economiche, di vita, il ruolo sociale, circa la femminilità e la mascolinità, ovviamente senza dimenticare la biologia. A questo proposito è ben

noto che fra salute e povertà esiste una correlazione inversa, che permane anche nei paesi che hanno un sistema sanitario universale, come quello che c'è in Italia. Un esempio eclatante dell'importanza del genere nella nostra società è costituito dagli incidenti domestici dove sono maggiormente colpite le donne (66%), soprattutto se casalinghe (35%), e che fra l'altro non hanno alcuna assistenza previdenziale né assicurativa.

Inoltre, bisogna considerare quel fenomeno definito epigenetica, e che potremmo tradurre come la possibilità di variare i nostri geni attraverso una

rete di informazioni e comunicazioni prodotta dall'esperienza e dalla cultura e dalle molecole che incontriamo nel corso della nostra vita. Molecole che non sono solo farmaci, ma sono anche rimedi botanici, supplementi alimentari, cibi e bevande, basta pensare all'alcol ed agli inquinanti ambientali (fumo da tabacco), metalli, ecc. Come evidenzia il rapporto Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selec-

ted major risks dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms): "la speranza di vita della popolazione mondiale potrebbe essere aumentata di circa 5 anni se ci si concentrasse su 5 fattori di rischio: l'insufficienza ponderale durante l'infanzia; i rapporti sessuali a rischio; l'alcolismo; la mancanza di acqua potabile; la depurazione e l'igiene e l'ipertensione che sono responsabili di un quarto dei 60 milioni di decessi che si verificano ogni anno". Ed è evidente che molte delle precedenti cause dipendono dalla società.

Questo volume si propone di far arrivare a tutte le donne, le bambine, a tutti gli uomini ed ai bambini la consapevolezza delle loro differenze e di come queste si riflettano su un bene primario come la salute. Differenze che non devono generare disuguaglianze, anche in accordo agli Articoli 3 e 32 della nostra Costituzione.

Data la vastità del tema, è sembrato opportuno concentrarsi su al-





La salute della donna. Un approccio di genere

Sintesi del volume

Il mondo del lavoro e la salute delle donne

■ L'Italia fanalino di coda dell'Europa in fatto di pari opportunità: secondo il Global Gender Gap Report del 2009, lo studio del World Economic Forum sulle diversità tra uomini e donne sul lavoro, l'Italia occupa solo il 72° posto (67° nel 2008) nel mondo, con stipendi per le donne inferiori a quelli degli uomini e pochi ruoli di potere. Mettendo a confronto i dati europei con quelli riguardanti la situazione italiana, elaborati dal Censis sui dati forniti dall'Istat, si registrano però segnali di crescita della componente femminile nei diversi contesti sociali, ma associati a dati contraddittori che evidenziano situazioni di esclusione sociale e lavorativa a scapito delle donne, soprattutto dall'ambito della rappresentanza politica e del governo economico, oltre che dal-

le aree a forte connotazione tecnologica (Istat, 2007). Elementi positivi si registrano soltanto in alcuni settori: la presenza di donne è in continuo aumento nelle professioni intellettuali, in particolare tra i medici, in magistratura, nella pubblica amministrazione, nei servizi di ricerca e sviluppo, nelle attività immobiliari e nei servizi alle imprese.

Uno dei fattori che risulta avere la maggiore incidenza sulle differenze tra generi, è ancora il ruolo di cura svolto dalle donne all'interno della famiglia. La scarsa partecipazione femminile al mercato del lavoro in Italia è dovuta principalmente a fattori quali la scarsa disponibilità di asili nido, di strutture di supporto alle famiglie, l'insufficienza delle detrazioni fiscali a favore delle coppie multi-reddito, ma anche e soprattutto alle aspettative di occupazione e di retribuzione troppo penalizzanti. Le donne infatti continuano a svolgere il cosiddetto

“doppio lavoro” in casa e in ufficio/azienda. In Italia il fenomeno è rilevante: 5 ore e 20 minuti al giorno (rispetto all'ora e 35 minuti dell'uomo) sono mediamente dedicate a questioni domestiche o familiari. Sebbene lo scarto si riduca a livello europeo (4 ore e 29 minuti le donne e 2 ore e 18 minuti gli uomini), il risultato è che le donne che riescono ad accedere ai vertici aziendali pagano un prezzo molto elevato: solo l'11% ha figli contro il 53% degli uomini: lavorano circa tre volte più degli uomini a casa e la metà rispetto a loro nel mercato.

Le donne europee guadagnano in media il 15% in meno degli uomini (si va dal 3% delle impiegate pubbliche al 30% tra i manager): quelle italiane (Eurispes, 2009) il 16% in meno rispetto ai colleghi. Inoltre la cosiddetta leadership femminile vale un misero 4% e ci posiziona in coda alla classifica europea, staccati anche da Bulgaria e Romania (12% ciascuna). Eppure, le top manager sono poche, ma brave: le imprese a guida femminile hanno performance gestionali e finanziarie superiori alle medie di settore. Le

problematiche legate alle differenze tra uomini e donne vengono nei fatti ignorate dalle politiche, dalle strategie e dagli interventi relativi all'applicazione delle norme in materia di salute e sicurezza sul lavoro, ma spesso anche dalla ricerca. Parlando di determinati di salute, ad esempio, vale la pena ricordare che i cosiddetti *stressor* psicosociali sono potenti attivatori del sistema dello stress e che le capacità riproduttive possono essere fortemente influenzate. È dimostrato che le donne gestiscono in modo diverso dagli uomini l'asse dello stress (ipotalamo-ipofisi-surrene) e che, quindi, reagiscono diversamente agli *stressor* di qualsiasi natura essi siano: fisici, chimici e psichici.

È quindi fondamentale che le attività relative alla salute e sicurezza sul lavoro siano correlate agli interventi volti alla realizzazione dell'equità di genere sul lavoro, e che vengano valutati gli impatti sulla salute in ottica di genere di tutte le iniziative e politiche. **Y**



cune tematiche e trascurarne altre, come la parte legata alla riproduzione. In quanto in questo campo, da sempre si sono considerate le differenze e perché, perlomeno nel nostro paese, sono stati fatti molti progressi: basta vedere i dati della mortalità perinatale. Abbiamo invece voluto introdurre capitoli che evidenziano aree in cui la medicina di genere è ancora più giovane anzi giovanissima: vedi l'ambiente di lavoro e le differenze di genere che riguardano le bambine ed i bambini, queste ultime ancora meno note rispetto a quelle fra donne e uomini. Senza dimenticare che esse evidenziano che le differenze iniziano prestissimo nella vita, senza dimenticare che le differenze tra i due generi dipendono anche dall'età biologica e quindi genere ed età dovrebbero essere declinati insieme. Si dovrebbe considerare anche l'accesso ai servizi sanitari (Piras e Franconi, 2009), e che la richiesta dei trattamenti sanitari è condizionata dal tempo disponibile e dallo stato di povertà. Nella piena consapevolezza che questo volume non comprende tutti i temi della salute abbiamo voluto iniziare un cammino per colmare un gap di conoscenze che impedisce, alle donne e agli uomini, di giungere alla migliore cura possibile. Indossiamo pertanto le “lenti di genere”. **Y**

“Data la vastità del tema è sembrato opportuno concentrarsi su alcune tematiche che evidenziano aree in cui la medicina di genere è ancora più giovane anzi giovanissima”

Tumori e donne

■ In Italia, sono quasi due milioni le persone che stanno vivendo dopo aver incontrato la malattia neoplastica. In maggioranza, secondo una pubblicazione AIRTUM del 2009, sono donne (circa 1.080.000 contro circa 840.000 uomini): le donne si ammalano di più ma hanno anche una maggior sopravvivenza. Tra uomini e donne c'è una certa differenza di incidenza e di sopravvivenza. I tumori “femminili” sono principalmente il tumore al seno, all'ovaio, all'utero, ma le donne possono ammalarsi anche di tumore al colon, e di tutte le altre neoplasie che colpiscono organi non legati all'essere donna, come pancreas, fegato, esofago e le forme ematologiche come leucemie e linfomi.

Perché il tumore insorge deve crearsi una specie di “associa-

zione a delinquere” tra la neoplasia e il tessuto circostante, il cosiddetto “microambiente”: il seme del cancro, paragonabile ad una pianta parassita, germoglia solo se il terreno, ovvero l'ospite, è disposto ad accoglierlo. Spesso però in oncologia ci si focalizza un po' troppo sul tumore e troppo poco sul paziente stesso, ci si concentra sulla cura e meno sulla prevenzione. Bisognerebbe invece, in primis, convincere la persona ad adottare stili di vita e dieta meno pericolosi per la salute, tra cui smettere di fumare e poi, se ci sono già lesioni preneoplastiche o precoci, intervenire eventualmente con sostanze chemiopreventive. Il cancro potrebbe infatti essere in gran parte sconfitto già cambiando abitudini di vita, pensando al prezzo che si paga per i danni che ci infliggiamo da soli, ad esempio con fumo e alcool. L'American Cancer Society stima che in USA più di 175.000 decessi

annui per neoplasia derivano dal consumo di tabacco. Inoltre, circa un terzo del mezzo milione di morti causate in America dal cancro è legato a problemi di nutrizione ed inattività fisica. Oltre un milione di tumori cutanei attesi potevano essere elusi utilizzando prudenza e protezione nell'esposizione ai raggi solari. In oncologia si hanno differenze di incidenza e mortalità non solo nell'ambito dei tumori tipicamente maschili o femminili, ma anche in quelli che in teoria non sarebbero legati alle differenze di sesso. È un'importante osservazione epidemiologica che la mortalità per neoplasia sia diversa da pae-

se a paese e tra i generi. Dopo le malattie cardiovascolari, i tumori rappresentano la principale causa di morte femminile: sono infatti responsabili ogni anno del decesso di 89 donne ogni 10.000 sopra i 70 anni, e di 23 dai 50 ai 69. In Italia, tra il 2003 e il 2005 sono stati registrati ogni anno 622 casi di tumori maligni ogni 100.000 donne, dei quali il 29% sono tumori della mammella. La maggior parte di questi tumori però è oggi prevenibile, oltre che curabile: mentre nel 1976 la probabilità di sopravvi-





venza per tutte le neoplasie, comprese le più maligne, era del 50%, ora supera il 65%, un notevole indicatore di speranza. Se saremo in grado di gestire le cause del cancro nella donna con la prevenzione, controllando virus, dieta, igiene e creando uno stretto rapporto tra clinica e ricerca potremmo prevenire migliaia di decessi. È un fatto che nei tumori femminili la diagnosi precoce e la prevenzione siano importantissime e sicuramente la donna è molto attenta a sottoporsi a screening. Attualmente l'85% delle pazienti con tumore mammario, che fa parte di quelli "scrinabili", si sottopone a prevenzione. Questa percentuale potrebbe es-

sere elevata al 95 % in tempi brevi. La sopravvivenza è infatti più alta nelle regioni italiane con migliori programmi di screening. Per quanto riguarda la cura, negli ultimi decenni agli approcci "tradizionali" si sono aggiunte la terapia "biologica" mirata, detta a target, e la terapia genica, che consentiranno quindi di avere delle cure sempre più personalizzate. Esiste poi la strategia "ambientale" che non agisce sul tumore, ma sulle cellule che con il tumore interagiscono, il cosiddetto microambiente. Non si deve inoltre dimenticare che una delle chiavi principali delle nuove terapie è il loro uso in combinazione con chemioterapici citotossici. **Y**

Malattie cardiovascolari: prevenzione e approccio di genere

■ Le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di morte negli uomini e nelle donne dei paesi più industrializzati. Negli ultimi anni è divenuto evidente che esistono differenze nell'incidenza delle malattie cardiovascolari tra i due sessi. Infatti, mentre negli uomini gli eventi cardiovascolari iniziano a manifestarsi già dalla quarta decade di vita, nelle donne tale incidenza è bassa prima della menopausa ma aumenta dopo i 60 anni. Dopo i 50 anni le malattie cardiovascolari e cerebrovascolari rappresentano la causa principale di mortalità e disabilità nelle donne e la loro incidenza è maggiore di tutte le altre cause di morte messe insieme. Nella donna infatti lo stato di deficit ormonale che si manifesta dopo la menopausa influenza no-

tevolmente i fattori di rischio cardiovascolari e la loro penetranza. Pertanto nel considerare le strategie di prevenzione cardiovascolare è necessario non soltanto differenziare i due sessi ma anche considerare lo stato di deficienza ormonale. Inoltre nelle strategie preventive cardiovascolari bisogna considerare l'associazione dei fattori di rischio metabolici quali sovrappeso, alterazione del metabolismo glucidico ed ipertensione arteriosa che sono di particolare importanza nelle donne dopo la menopausa. In conclusione, gli uomini e le donne hanno una differente suscettibilità ai fattori di rischio cardiovascolare, ciò si ripercuote sull'efficacia delle terapie preventive. Inoltre, le differenze di genere influenzano anche la risposta terapeutica che, pertanto, deve essere guidata non soltanto dal grado di rischio cardiovascolare, ma deve tenere conto anche del genere. **Y**

Osteoporosi e altre malattie delle ossa e dei muscoli

■ L'osteoporosi colpisce una porzione elevata della popolazione italiana, soprattutto di sesso femminile, e presenta un tasso di crescita proporzionale al crescere dell'età. Alcune caratteristiche peculiari di questa malattia la rendono poco conosciuta e meno temuta di altre: tra queste, la mancanza di dati epidemiologici precisi sulla sua diffusione nel nostro Paese, la sua asintomaticità, il lungo periodo di latenza, la possibilità che i suoi effetti (fratture ossee di diversa entità) siano ascrivibili ad altre cause e la mancanza di programmi di prevenzione consolidati. Il recente interessamento al problema da parte del Parlamento europeo sottolinea la valenza sociale e politica di questa patologia, particolarmente diffusa in Italia, dove il quadro demografico caratterizzato da una vita media tra le più alte del mondo, deve far ritenere il nostro Paese tra le aree a maggior rischio di patologia osteoporotica. Si stima che in Italia circa 5 milioni di persone siano affette da tale patologia, anche se probabilmente esiste una larga parte della popolazione nella quale ancora non è stata posta una diagnosi corretta della malattia. Si ritiene che nel prossimo futuro la prevalenza dell'osteoporosi tenderà ad aumentare, sia nel sesso maschile che femminile, soprattutto in relazione all'aumento di vita media della popolazione nel nostro Paese. La prevalenza di osteopenia e di osteoporosi fra le donne risulta pari a 44,7 % e 18,5%, ri-

spettivamente, mentre i corrispondenti tassi sono del 36 % e del 10% nel sesso maschile. La prevalenza di entrambe le condizioni è quindi più elevata nelle donne e aumenta significativamente con l'età. Il dato generale di prevalenza nella popolazione generale di sesso femminile è del 23%, ma anche tra gli uomini il tasso di prevalenza risulta sempre superiore al 15% oltre i 60 anni di età. Si tratta di circa 4 milioni di donne, che si trovano in tal modo esposte ad un più alto rischio di fratture a cui si aggiungono oltre 800.000 uomini. Le proiezioni per i prossimi anni confermano che l'osteoporosi sia da considerare una patologia emergente nel nostro Paese e in generale in tutta l'Europa a causa del progressivo e costante invecchiamento della popolazione. Con l'osteoporosi crescono anche le complicanze fratturative di questa patologia. Al di là dei possibili approcci di prevenzione secondaria (diagnosi precoce), appare fondamentale la prevenzione primaria di questa malattia, da attuarsi fin dall'infanzia con stili di vita ed alimentari corretti, che peraltro riducono anche il rischio di altre gravi malattie (alimentazione ricca di calcio e vitamina D e quindi di latte, eliminazione del fumo, dell'assunzione di alcol in quantità eccessive e della vita troppo sedentaria). Nell'attivazione di tali programmi di prevenzione, è inoltre necessario tenere presente che esistono categorie di

soggetti ad alto rischio (in trattamento con cortisonici, menopausa precoce, predisposizione ereditaria, precedenti fratture non dovute a "traumi efficienti") ed altre a rischio ridotto (donne sottoposte a terapia ormonale sostitutiva postmenopausa nonché persone di sesso maschile), per cui la strategia di intervento deve essere necessariamente diversificata. Ad aggravare la situazione, infine, vi è la circostanza che in Italia non esistono né dati epidemiologici attendibili sulle "prime" fratture di natura osteoporotica, né dati su ampia scala che riguardino la prevalenza dell'osteoporosi nella popolazione generale. Anche per questi motivi, la conoscenza del problema da parte della popolazione italiana e, in parte, anche del personale sanitario è tuttora scarsa. La prevenzione è fortemente ostacolata dall'assenza di linee-guida per la diagnosi precoce (screening) dell'osteoporosi unanimemente accettate ed inoltre non esistono ancora programmi consolidati di prevenzione e l'accesso agli esami densitometrici è spesso difficile a causa delle lunghe liste di attesa. Alla luce di quanto emerso, il Ministero della Salute ha varato nel 2009 il progetto Registro delle Fratture da Fragilità, che nel nostro Paese vorrà fotografare la situazione italiana, creando i presupposti per effettuare una analisi quantitativa dei costi socio-economici delle fratture da osteoporosi. **Y**

Patologie psichiche di genere: depressione, ansia, cefalea e anoressia-bulimia

■ L'attenzione sulle tematiche di genere ha dimostrato che le donne sono svantaggiate nella tutela della loro salute mentale perché si ammalano di più rispetto all'uomo. La scarsa considerazione della donna come corpo sociale oltre che individuale, ha condotto ad una ridotta considerazione del lavoro come fattore di formazione di processi morbosi (oltre 70 ore settimanali) senza contare i molteplici altri fattori stressanti, eventi purtroppo frequenti della vita della donna, quali quelli del maltrattamento in famiglia e a volte della violenza (abusi, molestie), condizioni che pesano fortemente sul carico di disabilità femminile. Nella sfera della pato-

logia psichiatrica inoltre vi sono ancora pochi studi di valutazione sull'effetto del ciclo mestruale e della menopausa, sullo sviluppo di disturbi psichiatrici e sul trattamento, con scarsa attenzione sulla possibile interazione tra terapia ormonale e terapia antidepressiva. La depressione nella donna ad esempio è doppia rispetto all'uomo, e dipende da vari fattori, come anomalie ormonali, ma anche da cause non biologiche, come una situazione familiare negativa o l'aver subito violenze di vario tipo. Esistono specifiche vulnerabilità nei due sessi e peculiari difficoltà nel trattamento. I dati disponibili sulle differenze di genere, per quanto riguarda la farmacocinetica che la farmacodinamica delle principali molecole antidepressive, sono limitati. Eppure, in letteratura, vi sono evidenze di come l'assorbimento, la biodisponibilità, la distribuzione e il me-

La salute dei bambini e delle bambine

■ Poca attenzione è stata posta nella ricerca nei rapporti tra salute del bambino e differenze di sesso soprattutto a causa della convinzione che in età preadolescenziale il genere sia indifferenziato a dispetto delle diverse evidenze contrarie. Dall'età di 1-2 anni, ad esempio, i traumi si verificano con una più alta frequenza nei maschi rispetto alle femmine. Molte delle differenze nello stato di salute sono determinate dall'esterno, tuttavia vi sono anche cause genetiche. La mortalità nei maschi è superiore a quella delle femmine e questo è valido anche per i bambini nella prima ora di vita. Per alcune affezioni ad esempio, come la morte improvvisa in culla (Sids), il tasso di mortalità per le femmine negli Stati Uniti, Gran Bretagna, e in Germania, è circa un terzo più basso che per i maschi. L'uomo è più vulnerabile, come i bambini lo sono rispetto alle bambine ed i neonati rispetto alle neonate. La mortalità più elevata per i maschi in epoca perinatale è molto probabilmente dovuta a svantaggi biologici sia ereditari che congeniti.

Differenze tra i due sessi si riscontrano anche per quanto riguarda i vaccini. Studi recenti infatti hanno suggerito che il vaccino diminuisce in genere la mortalità in età pediatrica spesso con effetto più pronunciato



nelle bambine. In diversi studi clinici, invece, è stato riportato un eccesso di mortalità non specifica nelle bambine che ricevevano un vaccino, ad alto titolo, contro il morbillo, parotite, e rosolia. Recentemente sono stati raccolti i dati su 755 bambini di età tra i 15-20 mesi, durante il mese precedente la vaccinazione di morbillo, parotite, rosolia e quello seguente. Il rischio relativo di febbre o rash era maggiore nelle femmine rispetto ai maschi (rispettivamente 2.5 verso 1.36), in assenza di differenze nella risposta.

Diverse differenze di genere sono state descritte, come già presenti in epoca neonatale. I neonati maschi hanno, ad esempio, una minor risposta agli stimoli, mantengono meno il contatto visivo. Nei lattanti si manifestano difficoltà nel controllare gli stimoli negativi, come ad esempio, la fame. Nella fanciullezza i bambini dimostrano maggior impulsività, ed attività motoria, mentre le bambine sono più partecipative all'ambiente, e presentano capacità di compren-

dere meglio le proprie ed altrui emozioni e problemi. La differenza di genere è anche presente nei disturbi mentali. Disturbi del comportamento, autismo, alterazioni dello sviluppo del linguaggio, sindrome di deficit dell'attenzione ed iperattività, dislessia sono prevalenti nei maschi, mentre ansietà o depressione sono più presenti nelle femmine. Durante il periodo della fanciullezza alterazioni emozionali, come disturbi dell'umore o dell'alimentazione, depressione ed ansietà, sono predominanti nelle femmine. Molte malattie hanno inoltre un'incidenza diversa nei due sessi, come ad esempio le cardiopatie congenite, il diabete, l'asma e anche l'obesità. Anche l'incidenza di tutti i tumori è maggiore nei maschi sino all'età di 10 anni con un rapporto di maschi/ femmine di circa 1.5. Sarebbe quindi auspicabile un maggior impegno nella ricerca in questo particolare campo, che riguarda la medicina preventiva, il riconoscimento delle malattie ed il trattamento. **Y**

Fumo e alcol e le loro conseguenze sulla salute

■ Studi recenti hanno evidenziato delle notevoli differenze tra i due sessi nell'uso di alcol, nicotina, ed altre sostanze d'abuso, sia nella quantità che nella modalità di assunzione. Quello che sembra differenziare maggiormente le donne dagli uomini è, da una parte, la loro maggiore vulnerabilità a sviluppare dipendenza a queste sostanze, dall'altra la difficoltà ad acquisire la consapevolezza di esserne dipendenti e di aver bisogno di sostegno psicologico e/o aiuto terapeutico. Uomo e donna, infatti, si distinguono per la quantità di alcol bevuta o per il numero di sigarette fumate giornalmente, ma soprattutto per la diversa propensione a sviluppare dipendenza fisica e psicologica. Diversa è anche la risposta ai trattamenti farmacologici, verosimilmente a causa della diversa farmacocinetica dell'alcol e della nicotina tra i due sessi. Le donne sviluppano più frequentemente ed in misura più marcata diverse patologie epatiche, danni neurologici e gastrointestinali e cardiomiopatie correlabili all'alcol, nonché epatiti e cirrosi, dimostrando così di essere particolarmente sensibili agli effetti tossici a breve e lungo termine dell'alcol. Inoltre, alla luce di diversi studi epidemiologici, l'abitudine all'alcol nelle donne sembra in aumento rispetto a quella degli uomini. Sembra esistere una relazione tra alcolismo e fumo di sigaretta nelle donne poiché, a differenza degli uomini, le adolescenti fumatrici sono a più alto rischio di sviluppare alcolismo da adulte. Ma molte altre differenze di genere esistono tra i fumatori in quanto, ad esempio, le donne riportano maggiori difficoltà a smettere di fumare, rispondono meno alle terapie sostitutive, e fumano sotto la spinta di stimoli "interni" o emotivi, quali stress, ansia o depressione, piuttosto che a causa di fattori esterni, come l'ambiente circostante ed il contesto so-

ciale. Anche le proprietà analgesiche della nicotina sembrano differire tra i due sessi, dal momento che la soglia e la tollerabilità del dolore risultano aumentate nell'uomo, ma non nella donna. Similmente a ciò, anche il rischio di malattie cardiovascolari in fumatori cronici sembra indotto in maniera differente nell'uomo e nella donna. Gli studi clinici e quelli animali concordano nell'indicare gli ormoni sessuali tra i maggiori responsabili delle differenze di genere nell'uso e abuso di sostanze sia legali, quali alcol e nicotina tabacco, sia illegali, quali cocaina, eroina e marijuana. Situazione particolare è quella delle donne in gravidanza. Il 20-30% delle donne incinte fuma, e anche se decidono di smettere di fumare durante la gravidanza, meno del 50% di quelle che ci provano ci riesce. Rispetto alle non fumatrici, le donne che fumano in gravidanza sono infatti a maggior rischio di aborto spontaneo, gravidanza ectopica, insufficienza placentare, ridotto peso corporeo alla nascita e ridotta crescita rallentata, nonché di problemi respiratori e comportamentali nel nascituro. Come il fumo, anche l'alcol in gravidanza è particolarmente nocivo. È stato calcolato che il 50% delle donne in età riproduttiva fa uso di alcol e che il 15% delle donne incinte beve regolarmente. L'alcol è fortemente teratogeno, ed i suoi effetti possono includere aborto spontaneo, crescita ridotta e ritardo mentale. La sindrome fetale alcolica è tra gli esiti più gravi di un utilizzo di alcol in gravidanza. In conclusione, i danni correlabili al fumo o all'alcol sembrano essere più severi nelle donne che negli uomini, e la causa della maggiore vulnerabilità è verosimilmente da attribuire alla diversa fisiologia femminile, più sensibile e complessa a causa del diverso corredo enzimatico ed ormonale della donna. Gli aumentati tassi di tabagismo e di alcol-dipendenza femminile rappresentano importanti campanelli di allarme che dovrebbero indurre ad una seria riflessione sociale e sanitaria. **Y**

tabolismo dei farmaci dipenda dal genere. Altro esempio di patologia strettamente legata al mondo femminile è l'emicrania in quanto esiste una correlazione tra ciclo ormonale femminile e comparsa del mal di testa; si è osservata inoltre un'associazione più stretta tra disturbi dell'umore e d'ansia e comparsa d'emicrania, particolarmente

importante se si considera la maggior vulnerabilità del genere femminile a questi disturbi. Anche i disturbi della condotta alimentare (Dca), come anoressia e bulimia, costituiscono attualmente, per la popolazione occidentale, un importante problema di salute pubblica. Ad essere colpite sono prevalentemente le donne di razza bianca, con un rapporto di 9/10 a 1 rispetto agli uomini, con un'età di esordio che si colloca nella prima adolescenza. La severità del problema è evidenziata anche dai dati dell'Oms che rilevano come tali disturbi, nei paesi industrializzati, rappresentino una delle principali cause di morte, dopo gli incidenti automobilistici, per le giovani donne sotto i 25 anni. Ciò è dovuto anche al cambiamento dello status symbol della donna da un'immagine opulenta ad una più magra: le donne che da sempre, più degli uomini, tentano di modificare il proprio corpo per aderire e uniformarsi ai canoni estetici imposti dalla cul-

tura appaiono pertanto più vulnerabili alla malattia. Appare chiaro quindi come le cause di queste malattie siano da ricercare principalmente negli aspetti psicologici individuali, nel percorso di sviluppo, nella dinamica familiare e nelle influenze socioculturali e come l'approccio più efficace per la cura dei disturbi della condotta alimentare sia un trattamento integrato di tipo psicoterapeutico-nutrizionale.

In conclusione, risulta quindi chiaro come nel settore dei disturbi mentali si debba superare la tendenza ad impostazioni terapeutiche eccessivamente standardizzate e poco inclini a quella complessità e articolazione di fattori specifici dei disturbi. Necessario quindi raccogliere dati clinici e di trattamento specifici e promuovere la ricerca sui diversi effetti che i medicinali e le terapie in generale hanno su uomini e donne al fine di garantire parità e personalizzazione vera di trattamento e accesso alle cure. **Y**





Farmaci e donne

■ Il pregiudizio e la cecità di genere, fino agli anni novanta del secolo scorso, hanno impedito di vedere le differenze biologiche che potevano determinare differenze nel destino dei farmaci nell'organismo (farmacocinetica) e nei bersagli farmacologici (farmacodinamica). È ovvio che questo atteggiamento ha avuto come conseguenza l'estrapolazione dei dati, ottenuti nell'uomo, alla donna. La vita della donna e degli animali di sesso femminile è caratterizzata da variazioni ormonali cicliche, e da varie fasi della vita che comportano variazioni di molti parametri, i quali influenzano la farmacocinetica e la farmacodinamica. Un'altra fonte di variabilità è poi l'uso degli estrogeni e cioè la contraccezione ormonale e la cosiddetta terapia ormonale sostitutiva. La variabilità della vita femminile ha indotto molti ricercatori ad usare animali di sesso maschile, per ottenere risultati in maniera più rapida e più economica; questo è però un atteggiamento che contrasta con il metodo scientifico. Eppure questi studi sono di fondamentale importanza, se si pensa ad esempio che 2 donne su 3 usano farmaci anche in gravidanza, farmaci che, non essendo stati studiati e sperimentati anche per situazioni particolari come questa, potrebbero avere sulla donna e su feto effetti tossici. I motivi che spingono ad usare soltanto individui di sesso maschile nella ricerca farmaceutica sono di diverso tipo: le donne, rispetto agli uomini, hanno maggiori difficoltà a partecipare agli stu-

di clinici sia perché hanno timore di ledere la propria capacità riproduttiva, sia per la carenza cronica di tempo; inoltre aumentare il numero delle persone da studiare ha un costo economico non indifferente sia in termini meramente monetari che temporali. Eppure ci sono differenze tra i due sessi che influiscono in maniera consistente i parametri farmacocinetici (assorbimento del farmaco, distribuzione, metabolismo ed escrezione); tra questi il peso e la composizione corporea, il sistema gastro-enterico, il sistema polmonare, la composizione della cute e il sistema renale.

Un dato comune a tutti i paesi occidentali è il maggior consumo dei farmaci nelle donne rispetto agli uomini. Infatti, esse usano il 20-30% di farmaci in più ed il 40% in più di supplementi, integratori e rimedi botanici rispetto agli uomini. Se si esamina il consumo fra classi terapeutiche si evince che le donne assumono più antibiotici, analgesici, antistaminici, simpaticomimetici, benzodiazepine, antidepressivi, e farmaci per la tiroide, mentre gli uomini consumano più antianginosi, anticoagulanti, antipertensivi. Il maggior consumo delle donne dipende da diversi fattori, quali il fatto che le donne si ammalano di più, vivono di più, la loro vita (soprattutto dal punto di vista ormonale) è più complessa, prestano maggiore attenzione al proprio

stato di salute, sono maggiormente vittime di violenza, usano i farmaci per attenuare il disagio e infine subiscono la maggiore tendenza del medico prescrittore in presenza della stessa condizione morbosa a trattare le donne piuttosto che gli uomini. Eppure le donne, nello stato attuale, corrono il rischio di essere meno curate e di non ricevere la miglior cura possibile. Un recente studio svedese ha infatti evidenziato che il 24,6% delle donne anziane contro il 19,3% degli uomini anziani riceve una terapia farmacologica inappropriata. Tale fatto può aver origine dallo scarso numero di donne arruolate negli studi clinici. Appare quindi opportuno che la ricerca farmacologica superi il pregiudizio di genere stando ben attenta alle questioni metodologiche. **Y**

Asma e altre malattie del sistema polmonare

■ L'impatto sulla salute mondiale delle malattie respiratorie consente di collocarle al secondo posto tra le principali cause di morbosità e mortalità dopo le malattie cardiovascolari. È possibile prevedere nei prossimi 10 anni un incremento di mortalità per malattie polmonari, in particolare a causa della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), del carcinoma polmonare e della tubercolosi (TB). Infatti, nel 2020 si stima che 11,9 milioni di decessi su 68 milioni a livello mondiale saranno causati da malattie polmonari (4,7 da BPCO, 2,5 da polmonite, 2,4 da

TB e 2,3 da carcinoma polmonare).

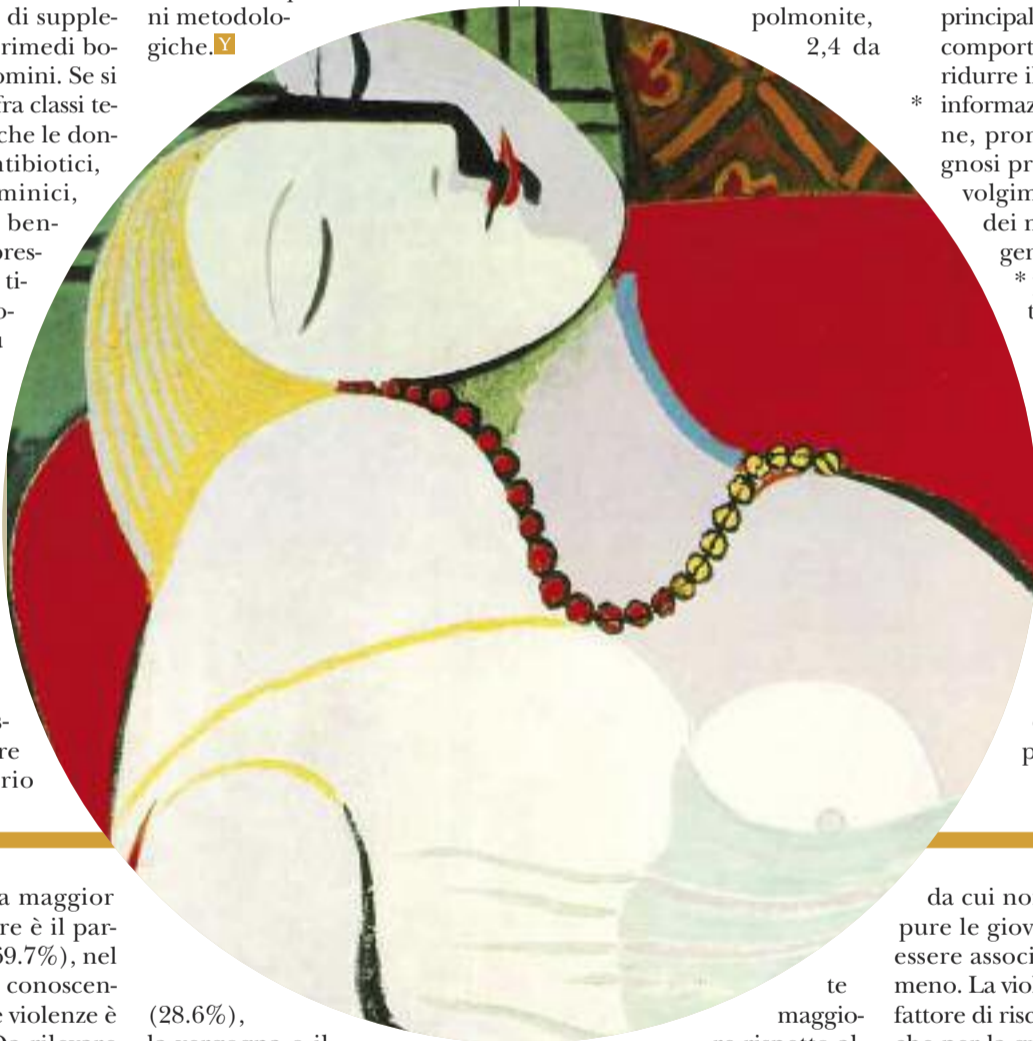
Le malattie respiratorie sono causa di oneri considerevoli per la società europea. In Europa, l'onere finanziario globale delle patologie polmonari ogni anno è pari a circa €102 miliardi. La BPCO rappresenta quasi la metà di questa cifra, seguita da asma, polmonite, carcinoma polmonare e tubercolosi.

L'impatto epidemiologico e sociale delle malattie respiratorie impone un piano di prevenzione, come riconosciuto dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, che si articola nelle seguenti azioni prioritarie:

- * attivazione di programmi intersettoriali di riduzione del rischio ambientale e professionale;
- * interventi di informazione ed educazione sulla lotta ai principali agenti causali e sui comportamenti positivi per ridurre il rischio;
- * informazione, comunicazione, promozione della diagnosi precoce, con il coinvolgimento nelle attività dei medici di medicina generale;

* prevenzione e trattamento della disabilità.

La lotta alle malattie respiratorie si realizza quindi attraverso interventi finalizzati alla prevenzione sia primaria (lotta al fumo e lotta agli inquinanti presenti negli ambienti di vita e di lavoro), che secondaria (diagnosi precoce). **Y**



Violenza e ripercussioni sulla salute

■ A livello mondiale si calcola che almeno una donna su tre sia stata picchiata, o abusata sessualmente e che una su quattro sia stata vittima di una forma di violenza durante la gravidanza. Circa il 30% delle lesioni traumatiche presentate dalle donne, sono dovute a episodi di maltrattamenti da parte del partner: del resto la violenza interpersonale risulta essere la seconda causa di traumi per le donne comprese tra 15 e 44 anni, preceduta solo dagli incidenti stradali, e può assumere forme talmente gravi da provocare la morte della donna. Sono 6.743.000 (31,9%) in Italia le donne che hanno dichiarato di avere subito nell'arco della vita violenza fi-

sica o sessuale: nella maggior parte dei casi l'autore è il partner o l'ex partner (69,7%), nel 17,4% si tratta di un conoscente e solo il 6,2% delle violenze è opera di estranei. Da rilevare che il 6,6% del campione dichiara di avere subito forme di violenza sessuale nella minore età, addirittura prima dei 16 anni. Il 33,9% delle donne dichiara di non avere parlato con nessuno della violenza subita, nonostante la reputi molto grave (34%) o grave (29%), e che nel 21,3% abbia addirittura temuto per la propria vita. Il sommerso riveste dunque la parte più consistente (nel 90,7% non viene denunciata) e i motivi della non denuncia chiamano in causa la capacità di accoglienza delle Istituzioni, in particolare quelle sanitarie: infatti è la paura di essere giudicate o trattate male

(28,6%), la vergogna o il timore di ingerenze nella propria privacy (22,1%), la scarsa fiducia nelle Istituzioni (11,6%) a tenere lontane le vittime.

La salute delle donne esposte a questo fattore di rischio ne risulta condizionata in modo consistente: nell'ampio campione si riscontra infatti con frequenza quasi doppia rispetto alla popolazione di controllo, una percezione di "cattiva salute" (OR=1,6), difficoltà a camminare (OR=1,6), difficoltà a svolgere normali attività (OR=1,6), dolori diffusi (OR=1,6), amnesie (OR=1,8), vaginiti (OR=1,8); i pensieri suicidari incidono in misura 3 vol-

te maggiore rispetto alla popolazione generale (OR=2,9) e i tentati suicidi addirittura quasi 4 volte (OR=3,8). Le patologie che affliggono con maggiore frequenza le donne vittime di violenza sono i disturbi del tratto gastro-enterico (1 donna su 3 vive una relazione di abuso), depressione (1:2) ma anche cefalea, lombalgia cronica, fibromialgia, disturbi urologici e disturbi della sfera sessuale. Inoltre con maggior frequenza si associa abuso di alcool, droghe, psicofarmaci e analgesici come modalità di reazione nel gestire i sintomi dello stress ripetuto. Anche tutta una serie di patologie ginecologiche,

da cui non sono esenti neppure le giovanissime, possono essere associate a questo fenomeno. La violenza costituisce anche un fattore di rischio importante anche per la gravidanza con conseguenze sulla madre e sul feto che possono arrivare fino alla morte.

Dunque il corpo "parla" anche se la vittima molto spesso non riesce a farlo, e ai sanitari spetta il compito di decodificare questo linguaggio attraverso la conoscenza del fenomeno e la capacità e la sensibilità di interpretare i segnali. Non c'è dubbio che è necessario anche che i Paesi investano sia in formazione che in azioni politiche e culturali con impiego di risorse: la salute delle donne è un bene prezioso che misura in modo molto corrispondente anche il benessere del Paese stesso. **Y**

Leoluca Orlando

Presidente Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e i disavanzi sanitari regionali

Occorre fare subito una premessa generale: il Servizio sanitario italiano registra una buona qualità media, ancorché non equilibratamente e diffusamente presente nei diversi territori, così come registra alte professionalità e numerosi centri di eccellenza (e con questo termine non ci riferiamo a quelli autoproclamatisi tali, ma a quelli accertati come tali dalla comunità scientifica nazionale e internazionale).

In tale contesto, risulta particolarmente grave dover registrare il ripetersi di sprechi, danni erariali e disavanzi finanziari, così come il ripetersi di anomalie e disfunzioni organizzative e funzionali. A tal proposito, in appena un anno e mezzo di attività, la Commissione, di recentissima istituzione, ha definito il profilo istituzionale e ha accolto una indicazione, da me formulata all'atto dell'insediamento, come criterio di riferimento della propria attività istituzionale: non basta accertare e sanzionare "il chi" dell'errore, occorre anche accertare/sanzionare/rimuovere "il perché" funzionale e organizzativo, per evitare il ripetersi - pur con altri soggetti - di violazioni del diritto costituzionalmente garantito di tutela della salute.

In altre parole, la Commissione potrà dire di aver fatto un buon lavoro tutte le volte che avrà saputo individuare, nel caso di un errore, accanto alla responsabilità di un sanitario, anche quella a carico di un manager. E, altresì, tutte le volte che avrà saputo individuare, per un disavanzo finanziario accanto alla responsabilità di un manager, anche quella a carico di un sanitario.

In definitiva, è necessario fare riferimento alla cornice individuata dalla Commissione parlamentare di inchiesta che presiede: "la dimensione sistemica del diritto alla tutela della salute/organizzazione sanitaria e la stretta interdipendenza tra professionalità sanitarie e professionalità manageriali".

Per questo, con riferimento alla salute dei cittadini, affermiamo con forza: occorre che la politica faccia dieci passi avanti; si occupi, cioè, di prevedere risorse normative e finanziarie per tutelare e promuovere la salute di tutti e di ciascuno...ma ugualmente occorre che, contemporaneamente e al più presto, faccia dieci passi indietro rispetto alla organizzazione del Sistema sanitario nazionale.

Punti nascita: l'attività della Commissione parlamentare di inchiesta

I dieci passi della politica

“Fiducia nel Servizio sanitario nazionale: è questo l'obiettivo all'orizzonte dell'attività della nostra Commissione afferma il presidente Leoluca Orlando che in questo articolo ci propone alcune riflessioni sulle criticità della rete neonatale e sull'attività di inchiesta organica avviata dalla Commissione per la riorganizzazione e riqualificazione della rete dei Punti nascita

Non spetta - non può e non deve spettare - alla politica influire sulla scelta di professionisti per ragioni che non siano quelle della competenza. Perché è da quei professionisti che dipende, poi, la vita di migliaia di cittadini e la credibilità professionale di tanti e tanti medici seri e professionalmente attrezzati, ancorché spesso non correttamente utilizzati proprio perché rifiutano logiche di appartenenza.

Sto parlando di quel maledetto "vizio" meridionale, che in tanti e da tanti anni abbiamo combattuto, e che oggi rischia di divenire cultura nazionale: quel vizio, quella cultura che non fa chiedere: "Chi sei? Che sai? Che fai?", ma fa chiedere e chiede "A chi appartieni?" e, poi, fa dipendere dalla accettazione e dall'accertamento di una appartenenza il riconoscimento di un merito o l'attenzione ad un bisogno!

Nascita e punti nascita

La nascita è un evento naturale e come tutti gli eventi naturali non può ignorare, ma deve anzi interpellare, in una società avanzata e complessa, professionalità e organizzazione.

In Italia si nasce e, di regola, si nasce bene. Grazie alla competenza di tanti operatori e all'organizzazione del Servizio sanitario nazionale; i parti avvengono, in genere, in condizioni di sicurezza e qualità.

I dati sulla mortalità neonatale o materna vedono l'Italia, nel complessivo dato statistico, in posizione del tutto decorosa rispetto ad altri Paesi avanzati con qualità assistenziale sanitaria internazionalmente riconosciuta. Abbiamo specificato: nel complessivo dato statistico perché poi, in realtà, siamo costretti a registrare disallineamenti e disarmonie tra zone e zone del



Paese, così come disarmonie e disallineamenti tra strutture pubbliche e strutture private accreditate.

La Commissione parlamentare di inchiesta, sin dal suo insediamento nell'aprile 2009, ha subito cominciato a ricevere segnalazioni e richieste di accertamenti e sta contribuendo alla diffusione di una nuova sensibilità, imperniata sul principio che

la salute non debba e non possa dipendere dall'elargizione di un favore e, allo stesso tempo, non debba e non possa essere, soltanto, oggetto di accertamenti in sede giudiziaria penale. Scorrono, così, davanti alla Commissione denunce e richieste di intervento, spesso vere e proprie tragedie affettive e familiari, e occorre esprimere umana doverosa solidarietà che non può, però, trasformarsi automaticamente in precise responsabilità di taluno.

Di fronte al ripetersi del dramma di nascituri e neonati, di donne incinte e par-

torienti la Commissione ha ritenuto doveroso assumere un'iniziativa organica. L'allarmismo e la psicosi non si superano nascondendo i problemi, ma conoscendone l'esatta dimensione e accertando/sanzionando/rimuovendo responsabilità individuali e anomalie organizzative e funzionali.

Sin dal dicembre del 2009, la Commissione ha deliberato di procedere ad una attività di inchiesta organica in campo nazionale sui "punti nascita".

Tale inchiesta, coordinata dall'on. Benedetto Fucci, ginecologo e parlamentare, è ormai in stato avanzato: dopo incontri e confronti con le Società scientifiche e con gli operatori del settore, ho provveduto ad inviare a tutte le Procure della Repubblica, per il tramite dei Procuratori Generali, e a tutte le Aziende sanitarie, per il tramite degli Assessori e Presidenti di Regioni competenti, due questionari volti a fornire elementi conoscitivi reali e aggiornati.

In tema di "punti nascita" l'attività della Commissione si articola, pertanto, su un doppio percorso: da un lato, la verifica dei singoli casi denunciati con richiesta di relazione e sollecitazione, caso per caso, di accertamenti, sanzioni e adeguamenti funzionali e organizzativi; dall'altro lato, l'analisi della situazione e la formulazione di proposte organiche di intervento in campo nazionale.

Le tre criticità più ricorrenti

Tre sono apparse e appaiono le più ricorrenti emergenze e criticità in questo ambito: 1) Punti nascita e numero di parti; 2) Parti con taglio cesareo e parti naturali; 3) Unità di Terapia Intensiva Neonatale. Vediamole nel dettaglio.

1. Punti nascita e numero di parti

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ribadisce, con riferimento ai punti nascita, lo stretto legame tra quantità e qualità: un elevato numero di parti - oltre mille l'anno - costituisce garanzia di qualità e di sicurezza per partorienti e nascituri.

Occorre un salto di qualità culturale. Occorre spiegare, prima che ad operatori sanitari e manager, alle partorienti, ai loro familiari, ai sindaci e ai politici attenti al territorio di loro competenza/interesse, che partorire in punti nascita con cento, duecento, trecento parti l'anno significa mettere a rischio la sa-

Pur con disarmonie e disallineamenti tra zone e zone del Paese, in Italia, di regola, si nasce bene. Grazie alla competenza di tanti operatori e all'organizzazione del Ssn

lute di mamme e figli. Vale la pena, per orgoglio di campanile, vale la pena, per la comodità di partorire sotto casa, rischiare vere e proprie tragedie!?

La Commissione farà ogni pressione e darà ogni sostegno, perché tale sistema di trappole sul territorio possa finalmente essere demolito. Resta, ovviamente, affidata alla responsabilità di chi ha responsabilità organizzative e gestionali dare risposta al diritto di partorire e di nascere in sicurezza per tutti, anche per coloro che vivono in zone isolate, disagiate, con collegamenti precari o inadeguati.

2. Parto con taglio cesareo e parto naturale

Desta allarme il numero elevato di parti con taglio cesareo rispetto ai parti naturali: in talune regioni superano oltre il 60%; nel settore privato convenzionato spesso più che in quello pubblico. Il ricorso al taglio cesareo appare, troppe volte, disinvolto e non giustificato. Ancora una premessa: è il medico, e soltanto il medico, il titolare della scelta professionale tecnica; è il paziente, la partoriente, il titolare della prestazione del consenso.

Al medico e alla partoriente occorre, però, ricordare che il taglio cesareo (lo si dimentica troppo spesso) è un intervento

chirurgico vero e proprio e trova giustificazione in ragioni connesse a pericoli per la salute della partoriente e/o del nascituro. Perché allora tale ricorso spesso disinvolto e ingiustificato al taglio cesareo?

Le ragioni vanno da motivazioni economiche (e, opportunamente, alcune regioni hanno limitato in parte tali motivazioni, equiparando rimborsi per tagli cesarei e parti naturali) a stili di vita e vere e proprie mode, alle quali spesso il medico non riesce ad opporre (o non tenta) ragioni professionali per sconsigliare il ricorso al taglio cesareo. Tra le ragioni economiche e mode, vi è anche il rapporto – talora carente e talora eccessivo – tra ginecologo e partoriente e vi è anche una perdita di manualità dei professionisti: sembra, quasi, che il parto naturale sia rimasto quello tradizionale, antico, in casa... che oggi però si fa in Ospedale e sembra, contestualmente, che l'unica alternativa a questo parto in casa-ospedale sia il taglio cesareo.

Torna, qui, in campo l'esigenza di una più adeguata formazione degli operatori sanitari (senza entrare nella querelle se essa debba essere universitaria oppure ospedaliera), che recuperi la professionalità nello spazio di attività possibili tra parto naturale spontaneo e taglio cesareo.

3. Unità di Terapia Intensiva Neonatale

È un altro passaggio nevralgico nell'evento nascita. Se un marziano dovesse oggi atterrare nel nostro Paese e dovesse verificare quante bandierine indicano nelle piante geografiche le Utin, quel marziano potrebbe concludere che nel nostro Paese vi è una grande, capillare attenzione e presenza di terapie intensive per neonati.

Dietro quelle bandierine, però, vi sono, spesso, vere e proprie trappole, talora mortali.

Così, entro la cerchia ristretta di una città di 700 mila abitanti sono 8 le Utin previste come operanti, tante quante in una Regione assai vasta con alcuni milioni di abitanti. In quella città con 8 Utin, nessuna delle stesse Unità ha tutte le funzioni e i servizi previsti dalla normativa vigente; e soltanto una su 8 ha il trasporto neonatale.

In quella Regione, assai vasta e con alcuni milioni di abitanti, le Utin sono "soltanto" 8, ma tutte ed 8 hanno tutte le funzioni e i servizi previsti dalla normativa vigente.

Chi si occupa più seriamente dei neonati e della loro salute? Il Servizio sanitario nazionale nella città di Palermo o il Servizio Sanitario Nazionale nella Regione Veneto?

Non credo occorra fornire una risposta, tanto essa è scontata.

Punti nascita: via libera della Stato-Regioni al "piano Fazio"

■ 16 dicembre 2010 - Il piano per la riorganizzazione dei punti nascita predisposto dal ministro della Salute, Ferruccio Fazio, ha ottenuto l'approvazione della conferenza Stato-Regioni.

"La manovra incontra il favore della ginecologia perché ha ascoltato le nostre istanze e se n'è resa interprete" ha commentato il presidente Sigo Giorgio Vittori esprimendo la soddisfazione dei ginecologi italiani per l'approvazione delle 10 linee d'azione che compongono il Programma nazionale elaborato dal Ministero, a cui dedicheremo un ampio servizio sul prossimo numero di *GynecoAgoi*.



Su WWW.QUOTIDIANOSANITA.IT le dieci linee di azione del Programma nazionale

Altro aspetto di grande rilievo è la riscontrata, frequente mancanza di coordinamento tra punto nascita e Utin: non è ammissibile – e non deve più essere ammesso – che in strutture sanitarie, anche di grandi dimensioni e di buona professionalità, si consenta la nascita di neonati a rischio, senza aver preventivamente accertato se presso la Utin della stessa struttura sanitaria ove è organizzato il parto, vi sia disponibilità di terapia intensiva per il neonato, di cui si sa che per certo ne avrà bisogno. Deve essere una Commissione parlamentare di inchiesta a ricordare a fior di professionisti e a fior di manager che il trasporto neonatale (quando si riesce

ad organizzare!) è più rischioso del trasporto in utero?!

■ Sono questi alcuni spunti che ho ritenuto doveroso affidare alla valutazione e alla sensibilità della Aogoi, ringraziando il dottor Felice Repetti per l'attenzione. Sono certo che tali spunti verranno colti, come conferma di apprezzamento per i tanti aspetti positivi della professionalità sanitaria ginecologica e ostetrica nel nostro Paese; un apprezzamento che è tanto forte da richiedere un impegno, che so essere condiviso da Aogoi e dalla Commissione parlamentare che presiedo: sanzionare errori, ma anche evitare il ripetersi di essi, rimuovendo anomalie funzionali e organizzative. **Y**

IL FATTO

di Cesare Fassari

Medico e paziente. Quando a vincere è la sfiducia

Che la rissa potesse passare dalla sala operatoria alla sala d'attesa antistante era facile prevederlo. E infatti dopo i casi, qualcuno vero qualcuno inventato, di spintoni e schiaffoni tra medici davanti al lettino operatorio, arriva adesso da Roma la notizia di un'aggressione allo staff chirurgico da parte dei parenti in attesa di informazioni sul loro congiunto sotto i ferri



Quanto accaduto il 6 dicembre scorso al San Filippo Neri, un ospedale della capitale tra l'altro considerato di buona qualità generale, ha mostrato in tutta la sua brutalità la fine di un'epoca. Quella illustrata da tante immagini cinematografiche e televisive, con parenti e amici in ansia davanti al vetro del corridoio di accesso alle sale operatorie. In attesa di una notizia, di una rassicurazione, mentre la vita del loro caro era nelle mani del chirurgo della provvidenza. La maggior parte delle volte quei volti tesi ce li hanno fatti vedere improvvisamente distesi, sollevati, di fronte alla faccia stanca del medico con la mascherina abbassata che, con poche parole nette, diceva "È vivo, respira, il cuore ha retto. Ce la farà". Ma altre volte la scena era diversa. Dalla tensione si passava alle lacrime e alla disperazione, perché in quei casi lo stesso camice verde o azzurro con la mascherina abbassata, diceva "Abbiamo fatto il possibile e anche di più. Ma non c'è stato niente da fare. Coraggio". In quelle immagini lo specchio implacabile del destino. Vita o morte. Ma i due antipodi trovavano un filo narrativo comune

negli atteggiamenti, nel rispetto, nella fiducia verso i sanitari. E, soprattutto, la consapevolezza che la morte poteva arrivare, poteva portarsi via tuo figlio, tua moglie, tua madre. Era l'accettazione della vita e quindi della morte. Oggi quanto accaduto a Roma ci dice che non è più così. Davanti a quei vetri opachi dei corridoi delle sale chirurgiche, dove ci fanno aspettare che l'operazione abbia termine, la tensione è la stessa ma i sentimenti e i pensieri no. Oggi comanda la sfiducia, la rabbia, la non accettazione di un verdetto infausto. La convinzione che quei camici verdi o azzurri se ne fregano di noi e soprattutto anche di chi stanno operando. E così, quando arriva la notizia che temevamo nel nostro intimo, e che mai avremmo voluto sentire, scatta qualcosa di brutale. Di incontrollabile. Chi abbiamo davanti non è più un medico o un infermiere che ha tentato di salvare la vita al nostro parente o amico. È un carnefice, un incompetente, uno che "se ne frega". Le ragioni di questa involuzione sono diverse. Alcune semplici da spiegare, come la perdita di quell'alone di supremazia intellettuale che il medico ha mantenuto per secoli di

fronte ai propri pazienti, quasi tutti, indipendentemente dalla classe sociale di provenienza, completamente ignoranti rispetto all'ars medica. Altre frutto del paradosso per cui, più siamo informati sulla nostra salute, più diventiamo scettici verso la cura e le terapie prescritte. Altre, probabilmente figlie del generale declino della fiducia verso tutto ciò che è istituzione e il medico, come l'ospedale che lo ospita, sono due grandi istituzioni del Paese. Altre non sono che il risultato dell'incapacità di comunicazione tra medico e paziente che resta uno dei punti fragili di quell'alleanza terapeutica cui ci si vorrebbe ispirare per cambiare il volto della medicina, umanizzandola, rendendola sempre più vicina e accogliente, anche nelle tragedie e nelle scelte difficili. Resta il fatto che, come spesso accade, la brutalità dei fatti vale più di mille parole. Il termometro della relazione medico paziente non è forse mai sceso così in basso. E non sta certo al paziente far risalire la temperatura a livelli più accettabili. L'unico che può farlo è il medico. Nella sua individualità e nella sua dimensione professionale e ambientale.



Forum sala parto

Obiettivo sicurezza

Raccogliendo l'invito lanciato sul n. 8/2010 di *GynecoAogoi*, nello speciale Sala parto, la dottoressa Lauro ci ha inviato una nota sulla sua esperienza nel reparto di ginecologia e ostetricia dell'Ospedale Oglio Po' di Casalmaggiore, in provincia di Cremona, dove si effettuano circa 600 parti l'anno



Se volete intervenire sul tema "Sala Parto" inviate una mail a redazione@hcom.it. Con la vostra collaborazione potremo dar vita a un forum sul nostro sito www.aogoi.it dove condividere esperienze, punti di vista e suggerimenti. **Scriveteci!**

L'accreditamento delle strutture sanitarie nel mondo. Al nostro ospedale era stato riconosciuto l'accreditamento nel 2006 e la Direzione sanitaria ospedaliera ha inteso chiederne il rinnovo organizzando l'analisi del 10% delle cartelle cliniche di tutti i reparti (sono state evidenziate talune criticità: compilazioni incomplete, assenza di consensi informati ecc.) e la rilevazione dei tempi impiegati da ogni operatore sanitario con i pazienti durante il Prericovero Chirurgico (cui afferiscono pazienti candi-

dati ad atto chirurgico con diagnosi ed intervento già concordati con il medico curante). Le rilevazioni effettuate su 169 pazienti candidati ad atto chirurgico nel 2008 hanno evidenziato che il tempo usato dai medici per raccogliere l'anamnesi, visitare il paziente, fare firmare i consensi (privacy, intervento, trasfusioni) oscillava tra i 6 e i 60 minuti.

Per costruire quindi un percorso di miglioramento si è deciso di raggiungere come end point la rintracciabilità di ogni atto sanitario (chi, che cosa, come, quando, perché è stato fatto) e con la metodologia messa a disposizione dalla JCI sono stati organizzati: corsi di formazione per il personale sull'interazione medico-paziente; gruppi di lavoro su come eseguire/registrare/monitorare gli atti sanitari (diagnostici, terapeutici, educativi) per ognuno dei quali è previsto uno "standard" ottimale; check lists di ingresso/educativa/preoperatoria.

La verifica costante della documentazione che deve essere presente in ogni cartella alla dimissione e l'analisi delle schede di soddisfazione dell'utente hanno permesso di registrare la netta riduzione delle criticità e di ricevere questo accreditamento fino al 2013 (nel reparto di ostetricia si è passati dall'84,3% di adesione agli standard previsti nel 2006 al 94,3% del 2009). **Y**

Vanda Lauro

Ginecologa, Ospedale "Oglio Po" - Casalmaggiore (CR)
v.lauro@ospedale.cremona.it

✓ Ridurre al minimo ogni fraintendimento

La gravida, quando entra in ospedale, non è né mia, né tua, né sua: è del Reparto, cioè del Medico di Guardia!

Se il ginecologo curante è uno medico dipendente del reparto e vuole interferire nella gestione della gravida, pur non essendo di turno, deve essere lì presente durante il travaglio e concordare col Medico di Guardia in servizio il da farsi (ovviamente in accordo con i protocolli di base condivisi che abbiamo per gestire le varie situazioni).

Se il ginecologo è un privato o lavora in un'altra struttura, può solo fare sostegno psicologico. Lo stesso dicasi per le ostetriche. Questa modalità di lavoro è esplicitata nei corsi di preparazione al parto attivi nel nostro ospedale.

✓ Il rischio zero non esiste

Nessuno di noi prevede il futuro, non possiamo sapere se ci saranno complicanze. Possiamo solo dire se ci sono situazioni di travaglio a basso rischio o ad alto rischio (come per esempio in caso di paziente obesa/ diabetica ecc.) ma che il rischio "zero" non esiste. Questo è un punto "sempre" presente nella nostra informazione alla gravida e ai parenti.

✓ Costruire un percorso di miglioramento

La "Joint Commission International" (JCI) è un'organizzazione internazionale il cui scopo è quello di migliorare la sicurezza

e la qualità delle cure del paziente ricoverato attraverso la messa a punto di un set di standard internazionali. Il raggiun-

gimento di tali standard, attraverso elementi che misurano l'efficienza dell'organizzazione sanitaria, costituisce la base per

ultimora

L'Aogoi in difesa degli ex specializzandi!

L'Associazione segue con attenzione la vicenda della mancata retribuzione dei colleghi che hanno conseguito la specializzazione negli anni tra il 1982/83 e il 1990/91 a causa del non adeguamento dell'Italia alle normative europee in materia



■ La Direttiva Comunitaria del 1982 (82/76 CEE) e la Corte di Giustizia Europea (sentenze del 25/02/1999 e del 03/10/2000), che ha condannato l'Italia per non aver riconosciuto la giusta remunerazione ai medici che hanno iniziato a

frequentare il corso di specializzazione tra gli anni 1982-1991, prevedono infatti il riconoscimento della retribuzione arretrata. Si sta inoltre valutando se intraprendere un'ulteriore iniziativa legale a tutela degli

specializzati ante 2006 per i quali potrebbe essere possibile ottenere un ingente recupero retributivo per la differenza tra l'assegno percepito e il valore degli oneri aggiuntivi spettanti a ciascun specializzando.

Primo rapporto sulla organizzazione e attività dei consultori familiari pubblici in Italia

Un database indispensabile per un confronto tra le diverse realtà regionali

Maurizio Orlandella
Past President AGITE

Il 5 giugno 2007 si svolgeva a Roma, presso il Centro Nazionale delle Ricerche, un Convegno in difesa dei Consultori ove venivano proposte le *best practices* del Territorio. Al termine dei lavori si consegnò all'allora ministro della Salute Livia Turco, un documento: i 7 punti di Roma. Il primo punto riguardava l'individuazione del numero delle sedi e degli operatori realmente presenti: un primo passo per una precisa definizione della rete e delle risorse necessarie, atto preliminare alla verifica di applicazione del Progetto Obiettivo Materno Infantile. I "7 punti di Roma" costituiscono la base per l'elaborazione del "Primo rapporto sulla organizzazione e attività dei consultori familiari pubblici in Italia" pubblicato il novembre scorso - un'indagine che, per quanto incompleta e con alcune imprecisioni, rappresenta un importantissimo strumento per permettere un adeguato confronto delle diverse realtà regionali. Ai responsabili regionali Agite spetterà il compito di verificare i

dati e proporre modifiche che contribuiscano ad una migliore definizione della realtà. Nel Rapporto è catalogata tutta la legislazione regionale sui consultori. Sono catalogate le sedi su base regionale e i Centri per gli adolescenti. Un database disponibile per tutti che richiede ulteriori contributi per verificare l'applicazione dei Lea nelle diverse Regioni.

L'auspicio: una Conferenza nazionale sui consultori

Agite sta già studiando con attenzione questo rapporto e se ne raccomanda l'approfondimento anche a livello regionale. Il confronto fra i diversi modelli regionali potrebbe essere un ulteriore stimolo all'elaborazione delle migliori pratiche, ma diventa necessaria l'attivazione di una Conferenza Nazionale sui Consultori almeno biennale, altro argomento da riportare a livello degli incontri con Fazio per un Piano complessivo sulla salute riproduttiva, dai punti nascita ai servizi territoriali e i programmi di prevenzione. Un ringraziamento speciale al X Dipartimento del Ministero della Salute e al dottor Giovanbattista Ascone, per un lavoro difficile e

I 7 PUNTI DI ROMA

1. Istituzione dell'Anagrafe Nazionale dei consultori familiari, secondo i parametri già indicati dalla Legge n.34/1996 e ribaditi dal Progetto obiettivo materno infantile (Pomi) con l'attuazione di un sistema informativo nazionale per i consultori
2. Verifica rigorosa dello stato di applicazione del P.O.M.I., in continuità assistenziale e integrazione con i servizi di II e III livello
3. Inserimento dell'applicazione dell'allegato n.7 del P.O.M.I. tra gli obiettivi dei direttori generali delle Asl e relativa verifica
4. Obbligo di relazione annuale da parte delle Regioni sull'attuazione del P.O.M.I. rispetto ai consultori familiari
5. Conferenza biennale nazionale sui consultori familiari
6. Istituzione di un gruppo interregionale dei consultori familiari, nell'ambito della Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni
7. Analisi e ricerca per la valorizzazione delle esperienze realizzate dai consultori familiari, nei trenta anni di attività, e predisposizione di un piano di aggiornamento e formazione continua per gli operatori consultoriali, in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità.

certosino, realmente necessario alla difesa dei consultori, anche confrontando il numero di operatori nel tempo. Adesso sarebbe utile la definizione del budget complessivo per tutta la rete consultoriale. Un'ulteriore si-

nergia tra Agite e il lavoro svolto dal Ministero è il rilevamento dei Centri adolescenti, particolarmente utile proprio ora che Agite, Sigia e Smic hanno definito la Cartella Adolescenti da proporre a livello nazionale. **Y**

Il rapporto

Alla fine del 2007 il ministero della Salute ha effettuato una prima ricognizione anagrafica dei consultori, aggiornata nel 2010, in tutte le Regioni, al fine di aggiornarne il numero delle sedi, gli indirizzi e i recapiti e verificare l'esistenza di specifici spazi giovani. L'insieme di questi dati, costituisce un database pubblicato sul portale del Ministero della Salute. Successivamente, presso il coordinamento interregionale della Commissione salute della Conferenza Stato-Regioni, il Tavolo Materno-Infantile ha valutato l'opportunità di effettuare una verifica degli aspetti organizzativi strutturali, tecnologici e di attività dei Consultori familiari. Nasce così il primo rapporto "Organizzazione



e attività dei consultori familiari pubblici in Italia - anno 2008. La rilevazione dei dati ha avuto luogo tramite due schede predisposte in accordo con le Regioni: una prima scheda ha riguardato gli aspetti normativi e gestionali dei Consultori familiari

nelle singole Regioni, allo scopo di delineare un quadro aggiornato delle normative vigenti nelle varie realtà regionali; la seconda scheda utile a descrivere gli aspetti strutturali, organizzativi e di attività dei singoli consultori familiari nelle varie Regioni italiane (ad esempio, numero di consultori, giorni e orari di apertura all'utenza, personale in servizio, prestazioni offerte, programmi strategici attivati, ecc.), al fine di conoscere la realtà operativa e il contesto territoriale. Nel rapporto viene riportato quanto rilevato sotto gli aspetti organizzativi e di attività dei Consultori Familiari, in relazione alla consistenza della forza operativa e all'accessibilità del servizio, ponendo attenzione a quanto delle attività poste in essere sono orientate alle raccomandazioni del Progetto

Obiettivo Materno Infantile (P.O.M.I.), attività che dovrebbero essere, in linea di principio, offerte attivamente.

I LINK

- **Consultori familiari**
www.salute.gov.it/saluteDonna/paginaInternaMenuSaluteDonna.jsp?id=912&menu=strumentiese rvizi
- **Spazio giovani**
www.salute.gov.it/saluteDonna/paginaInternaMenuSaluteDonna.jsp?id=913&menu=strumentiese rvizi
- **Primo Rapporto "Organizzazione e attività dei consultori familiari pubblici in Italia - anno 2008"**
www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1406_allegato.pdf

La prima fotografia

■ L'indagine analizza nel dettaglio la struttura e l'attività dei consultori familiari pubblici presenti in Italia, con una ricognizione delle normative regionali e un'analisi degli aspetti strutturali, organizzativi e di attività delle strutture. I consultori familiari vennero istituiti nel 1975, con la legge 405, come strutture dei distretti finalizzate ad assicurare informazione e assistenza psicologica, sanitaria e sociale per la maternità, la paternità e la procreazione responsabile. Ambiti di intervento dei consultori sono la tutela della salute della donna, informazione sulla contraccezione, Ivg, spazi di ascolto per i più giovani, assistenza per i problemi dell'infertilità, dell'adozione e dell'affidamento.

Tre i dati più vistosi che emergono da questa prima indagine sui consultori pubblici esistenti in Italia, realizzata a 35 anni dalla loro istituzione, che comprende anche un database che elenca le sedi di tutti i consultori, Regione per Regione.

Il primo è che soltanto in sei Regioni (Piemonte, P.A. Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Marche e Sicilia) è presente in tutte le Asl un budget vincolato per l'attività dei consultori familiari, cosa che ovviamente rende possibile la programmazione economica e progettuale dei consultori.

Il secondo è che negli ultimi anni si sta riducendo, in maniera sostanzialmente uniforme in tutta Italia, il numero dei consultori: da 2.097 attivi nel 2007 si è scesi a 1.911 nel 2009. Questo vuol dire che si è sempre più lontani dall'ipotesi prevista nella legge 34 del 1996, secondo la quale avrebbe dovuto esserci un consultorio ogni 20mila abitanti nelle aree urbane (ogni 10mila nelle aree rurali) per un totale, quindi, di più di 3mila consultori. Se, infatti, nel 2007 esisteva in media un consultorio ogni 28.431 abitanti nel 2009 tale rapporto è ulteriormente sceso a 1 ogni 31.197 nel 2009. In ogni caso il Rapporto non specifica nel dettaglio le dinamiche che hanno portato alla chiusura o all'accorpamento organizzativo e funzionale dei consultori. Resta il fatto che, ad esclusione di Lombardia, Emilia Romagna, Toscana e Sardegna (vedi grafico a pagina 21 del Rapporto) che fanno registrare un incremento del numero dei consultori nel 2009, nella stragrande maggioranza delle Regioni i consultori sono diminuiti o comunque risultano riaccorpati funzionalmente.

Il terzo dato da sottolineare è la carenza di personale che rende difficoltoso il lavoro di equipe in molte strutture consultoriali. Infatti, a fronte della dotazione ot-

dei consultori familiari pubblici in Italia

■ **A 35 anni dalla loro istituzione il ministero della Salute scatta una fotografia della loro presenza in Italia. Secondo la legge ve ne dovrebbero essere più di 3.000 (1 ogni 20mila abitanti in città e 1 ogni 10mila nelle aree rurali), in realtà ne risultano solo 1.911. Carente anche il personale dedicato che, nelle attuali dotazioni, non è in grado di assicurare quel lavoro di équipe alla base del ruolo e delle funzioni di queste strutture**

timali e valutata in 6/7 unità di personale per consultorio, solo il 21% dei consultori italiani raggiunge tale livello. Per gli operatori, in ogni caso, la qualità della sede consultoriale è giudicata "buona" nel 55% dei casi.

ALCUNE CONCLUSIONI DEL RAPPORTO

Nonostante gli sforzi fatti per offrire dei servizi efficaci il numero dei consultori familiari è andato negli anni contraendosi.

Anche nei momenti della loro maggiore diffusione sul territorio, l'obiettivo della legge 34/96 (1 consultorio ogni 20.000 abitanti) è stato raggiunto solo in alcune aree. Infatti allo stato attuale si è riscontrata una notevole disomogeneità della presenza dei consultori in relazione alla popolazione residente nel territorio nazionale. Nel tempo i consultori familiari

non sono stati, nella maggior parte dei casi, né potenziati né adeguatamente valorizzati. In diversi casi l'interesse intorno al loro operato è stato scarso ed ha avuto come conseguenze il mancato adeguamento delle risorse, della rete dei servizi, degli organici, delle sedi. Contemporaneamente, si è spesso parlato dei consultori familiari solamente per sottolineare carenze ed inadeguatezze, senza approfondire i motivi che hanno causato tali limiti.

La qualità della sede consultoriale è giudicata dagli operatori buona per il 55%, mediocre per il 29% e solo il 3% delle sedi consultoriali viene definito fatiscente. Questo è un dato molto importante in quanto ci dice che con risorse contenute si potrebbe migliorare la qualità strutturale delle sedi. La maggior parte dei con-

sultori è provvisto di personal computer, anche se è basso il numero di quelli che dispongono di posta elettronica o di rete intranet predisposta a scambiare dati, condividere informazioni e facilitare la comunicazione all'interno della struttura e tra strutture. Per poter garantire l'integrazione tra le loro sedi e quelle dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali ed ospedalieri (laboratori di analisi, servizi di ecografia e unità di ostetricia e ginecologia, associazioni di volontariato, ecc.) i consultori dovrebbero avere la disponibilità di una dotazione informatica sufficiente onde garantire l'effettuazione diretta di prenotazioni per le prestazioni specialistiche ed evitare sovrapposizioni di interventi con altre strutture territoriali. Poter facilitare, cioè, la presa in carico della persona.

Per lo svolgimento delle sue attività il consultorio dovrebbe avvalersi, di norma, di un organico multidisciplinare tra le seguenti figure professionali: ginecologo, pediatra, psicologo, ostetrica, assistente sociale, assistente sanitaria, infermiere pediatrico, infermiere professionale. Nella nostra indagine relativamente al personale si è riscontrata, nella maggior parte dei casi, l'assenza delle équipe consultoriali complete (così come previste dal Progetto Obiettivo Materno Infantile). Nel 4% dei casi sono presenti le 8 figure profes-

sionali su elencate, nel 21% ve ne sono 6-7; nel 45% sono 4-5 e nel 23% da 1 a 3. Le figure più presenti sembrano essere, rispettivamente, quella dell'ostetrica, dello psicologo, dell'assistente sociale e del ginecologo ma, come riportato, in molti casi non sono presenti contemporaneamente nella stessa struttura consultoriale, così da rendere spesso difficile l'attività di équipe. È importante che ogni figura professionale debba avere il giusto peso e la giusta collocazione, in funzione degli obiettivi prefissati e della pianificazione delle attività. Altre figure come ad esempio i pediatri, le infermiere pediatriche e le assistenti sanitarie sono meno presenti negli organici dei consultori. La carenza di alcuni ruoli così come la presenza "ad ore" di diverse figure professionali, comporta una notevole frammentazione dell'assistenza consultoriale, anche perché le varie figure professionali sono spesso costrette a svolgere la loro attività in maniera discontinua ed in più sedi. I problemi legati alle carenze di risorse economiche e di personale si ripercuotono direttamente sull'attività ed in molte realtà il servizio all'utenza e, quindi, l'orario di apertura del consultorio, viene garantito a scapito del lavoro d'équipe.

Prerequisito fondamentale per realizzare un adeguato processo di riqualificazione dei servizi consultoriali dovrebbe essere il

completamento degli organici, calcolato in modo obiettivo sui carichi di lavoro, e, possibilmente, la loro stabilizzazione. A volte anche a livello regionale non è noto il numero esatto dei Consultori presenti sul territorio. Ne è la prova che il numero da noi riportato in questa rilevazione differisce dal valore (2.168 CF), comunicato dalle Regioni all'Istituto Superiore di Sanità, riportato nella relazione che annualmente il Ministro della Salute presenta al Parlamento sullo stato di attuazione della legge n. 194/78. Anche rispetto ad altre raccomandazioni previste dal Progetto Obiettivo Materno Infantile si è riscontrato uno scenario variegato: il Dipartimento materno infantile a livello aziendale è presente solo in alcune Regioni e spesso il C.F. è collocato all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione o delle cure primarie. In alcune Regioni la normativa è in continua evoluzione e in altre è purtroppo ferma alla legge regionale di recepimento della legge n. 405/75.

Sulla disponibilità nell'offerta dei giorni e degli orari di apertura tra le varie Regioni, si è riscontrato una omogeneità nell'apertura mattutina dai 3 ai 5 giorni alla settimana, mentre vi è una flessione nell'apertura pomeridiana che si riduce ad 1-2 pomeriggi alla settimana in quasi tutte le Regioni. Rara l'apertura nel giorno di sabato.

Agite Basilicata

Da ospedale a servizio territoriale. Chiaromonte: un esempio di riconversione

Antonio Amorosi

Responsabile Agite Basilicata

Rita Corina

Consiglio di Presidenza Agite

Il convegno ha avuto sede il 5 e 6 novembre 2010 nell'Ospedale di Altomonte, un ospedale che vive già la riconversione, in un luogo dove il territorio, naturalmente bello, riceve il testimone per la realizzazione di programmi di medicina territoriale. I servizi territoriali si sviluppano in modo ineguale in tutte le regioni e subiscono contraccolpi all'inizio degli anni '90. Nel 2000 il P.O.M.I (Progetto Obiettivo Materno Infantile), modello organizzativo dell'area materno-infantile che si cala nelle diverse realtà regionali, rappresenta il punto indispensabile di partenza per la realizzazione di percorsi assistenziali e per integrare territorio-ospedale. Da qui la nascita di strutture territoriali che maggiormente integrano le componenti sociale e sanitaria in più servizi di raccordo tra esigenze locali, con servizi ambulatoriali e un Centro dei disturbi del comportamento alimentare e del peso.

■ **Un centro di riferimento in Meridione per i disturbi del comportamento alimentare e un Convegno sulla ginecologia territoriale. Chiaromonte, cittadina incontestuale nel parco del Pollino ci offre un esempio di riconversione da ospedale a servizio territoriale**

Centro dei disturbi del comportamento alimentare e del peso

Uno degli argomenti importanti in tema con la salute degli adolescenti trattato nel convegno è stato appunto quello dei disturbi del comportamento alimentare e del peso: condizioni estremamente complesse che hanno radici profonde in situazioni psicologiche, biologiche e sociali. I dati regionali non si discostano dal dato nazionale, infatti vi è un incremento costante nella fascia compresa tra l'età prepuberale e la prima adolescenza (12 - 25 anni). Sono presenti ad Altomonte spazi tali da consentire lo svolgimento delle attività Terapeutiche e Riabilitative nei 3 livelli assistenziali:

- Ambulatorio integrato
- Day-hospital
- Residenza riabilitativa psiconutrizionale.

Il centro dispone di 20 posti letto per la residenza e 10 per la residenza temporanea. È uno spazio di cura, alternativo all'ospedale, dove ragazzi e ragazze possono vivere un'esperienza di terapia psico-nutrizionale intensiva, accompagnata da un'esperienza di vita ricca e accogliente. In questo scenario si esalta un rinnovato ed importante ruolo per le équipe territoriali afferenti al distretto con continuità ed interazioni con il piccolo ospedale. È una realtà clinica molto speciale per la popolazione di Chiaromonte e dintorni, visto che vanta mobilità attiva da tutte le Regioni del Sud. Tutto questo porta alla considerazione di carattere non prettamente sanitario ma non per questo meno importante: l'impulso socio-economico ad un territorio particolarmente depresso sotto l'aspetto occupazionale dato da un servizio che si configura tra quelli annoverati di "buone pratiche" del Ministero della Salute. È in ampliamento il Centro di Riabi-

litazione alcolica ed il centro per bambini autistici.

Il Convegno Salute della Donna

La prima sessione è stata dedicata alla problematica oncologica relativa alla prevenzione del carcinoma del collo dell'utero attraverso la prevenzione primaria con la vaccinazione contro il Papillomavirus (la Regione Basilicata è stata la prima ad avviare il programma) e secondaria mediante l'offerta attiva del Pap-test nella regione. È stato presentato lo studio epidemiologico sui condilomi genitali progetto della Sigo e dell'Istituto superiore della sanità di cui Agite promuove l'adesione. La seconda sessione ha avuto come obiettivo l'educazione alimentare. I dati epidemiologici dei disturbi del comportamento alimentare (Dca) indicano un aumento dell'incidenza e della prevalenza dei vari quadri clinici nei paesi occidentali industrializzati. In particolare anoressia, bulimia e Bed (disturbo di abbuffate compulsive), rappresentano sul territorio nazionale e anche in Basilicata un problema di notevole entità,

con un incremento costante di casi nella fascia compresa tra l'età prepuberale e l'adolescenza (ossia tra i 12 e i 25 anni). Pedagogisti, assistenti sociali, psicologi, terapisti della riabilitazione, ginecologi, medici nutrizionisti in service con i servizi del Dipartimento di Diagnostica dell'ospedale. La terza sessione ha preso in esame il Percorso Nascita come strumento per promuovere la salute della donna e del bambino e per fornire adeguata assistenza in gravidanza, travaglio, parto e successivamente durante l'allattamento ed il puerperio. Compito delle istituzioni è quello di agevolare e favorire tale transizione, accogliendo questa complessità e accompagnando la coppia in un percorso che veicoli verso la genitorialità, in modo consapevole e sereno. I corsi di accompagnamento alla nascita sono considerati dalla letteratura scientifica uno strumento importante per promuovere salute e indispensabili per attuare questo percorso. Lo stesso P.O.M.I li definisce un'azione necessaria per umanizzare il percorso nascita e per stimolare l'empowerment della donna e della famiglia. La quarta sessione ha infine affrontato le tematiche relative all'organizzazione dei servizi consultoriali e territoriali, condividendo il documento Agite-Aogoi presentato dal Presidente Agite Giovanni Fattorini, e la prevenzione delle gravidanze indesiderate con attenzione ai vari aspetti della contraccezione. ■

Attività libero-professionale: l'accordo tra il Ministero della Salute e le Regioni

Carminè Gigli
Presidente FESMED

Come ci si può rendere conto leggendo il testo dell'accordo, si mira a raggiungere un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e attività libero professionale, attraverso un negoziato che si dovrà svolgere ogni anno fra l'Azienda e le sue strutture. In sede di contrattazione del budget, verranno stabiliti i volumi di attività istituzionale che la struttura si impegna a svolgere. Nello stesso tempo, verranno determinati con i singoli dirigenti e con le equipe, i volumi di attività libero professionale che costoro potranno erogare complessivamente, nel corso dell'anno. Tenendo conto che, ai sensi delle leggi e contratti vigenti, i volumi di attività libero professionale non possono superare quelli istituzionali.

■ È stato approvato dalla Conferenza Stato-Regioni, nella seduta del 18 novembre, l'Accordo relativo alla libera professione intramuraria, con il quale il ministro della Salute ha inteso garantire ulteriormente l'effettivo e corretto esercizio dell'attività libero professionale dei medici del Ssn

Inoltre, le Aziende dovranno prevedere la possibilità di ricorrere all'attività libero professionale dei propri dirigenti, secondo le prescrizioni di cui all'articolo 55 del Ccnl 8 giugno 2000 e successive integrazioni, il quale prevede la remunerazione con 60 euro/ora delle prestazioni a tempo e con 480 euro il turno di guardia notturna. L'attività libero professionale a fa-



vore dell'azienda tuttavia potrà essere prestata anche con modalità di remunerazione diverse da quelle orarie, al fine del progressivo allineamento dei tempi di attesa delle prestazioni istituzionali con quelle rese in regime di libera professione intramuraria.

I punti salienti

Nell'accordo si specifica che il servizio di prenotazione delle prestazioni libero-professionali deve essere affidato a personale aziendale, o comunque dall'azienda a ciò destinato, senza ulteriori oneri aggiuntivi e viene chiarito che il servizio di pre-

notazione delle prestazioni libero-professionali dovrà essere eseguito con modalità distinte rispetto a quelle istituzionali. L'accordo ribadisce che lo svolgimento dell'attività libero professionale deve avvenire al di fuori dell'orario di servizio, con un'apposita rilevazione oraria distinta da quella istituzionale. Di questo dovranno tenerne conto i direttori che preferiscono non timbrare per l'attività svolta nel normale orario di servizio.

L'Accordo affida alle Regioni il compito di monitorare lo svolgimento dell'attività libero professionale, avvalendosi del supporto dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

Le Regioni, inoltre, stabiliranno le modalità di verifica dell'attività libero professionale, allo scopo di monitorare i volumi di attività e di rilevare l'insorgenza di conflitto di interessi o di forme di concorrenza sleale. A tal fine, saranno istituiti dei tavoli paritetici con le organizzazioni sindacali e con le rappresentanze degli utenti.

Anche se gran parte delle indicazioni riportate nell'accordo erano già inserite nella legge 120/2007, nella 502/1992 e nei contratti di lavoro, questo accordo può rappresentare una buona occasione per affrontare sui tavoli sindacali aziendali la questione degli eccessivi vincoli che si sono andati accumulando sull'attività libero professionale intramuraria. **Y**

Accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sull'attività libero-professionale dei dirigenti medici, sanitari e veterinari del SSN (Conferenza Stato-Regioni, 18 novembre 2010)

Art. 1

1. La modalità di esercizio dell'attività libero – professionale dei dirigenti medici, sanitari e veterinari, di cui ai successivi articoli, è disciplinata dalle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie interessate e nel rispetto delle vigenti disposizioni contrattuali.

Art. 2

1. Nell'ambito delle competenze di cui all'articolo 1, i piani di attività della programmazione regionale e aziendale, al fine di garantire nell'esercizio dell'attività libero – professionale dei dirigenti suddetti un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e attività libero – professionale, prevedono:

- la definizione annuale, in sede di contrattazione del budget o di specifica negoziazione con le strutture aziendali, dei volumi di attività istituzionale dovuti, tenuto conto delle risorse umane, finanziarie e tecnologiche effettivamente assegnate, anche con riferimento ai carichi di lavoro misurati;
- la determinazione con i singoli dirigenti e con le équipes dei

volumi di attività libero professionale complessivamente erogabili, che, ai sensi delle leggi e contratti vigenti, non possono superare quelli istituzionali né prevedere un impegno orario superiore a quello contrattualmente dovuto;

- la definizione di risorse aggiuntive destinate all'attività istituzionale e/o libero professionale a favore dell'azienda, secondo le prescrizioni di cui all'articolo 55 del CCNL 8 giugno 2000 e successive integrazioni, anche con modalità di remunerazione diverse da quelle orarie, ai fini del progressivo conseguimento degli obiettivi di allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria;
- la costituzione a livello aziendale di appositi organismi paritetici con le OOS di cui all'art.1 di verifica, anche con l'intervento del Collegio di Direzione, e l'indicazione delle sanzioni da adottare in caso di violazione di quanto pattuito;
- l'esercizio delle attività libero-professionali all'esterno delle strutture aziendali, consentita

limitatamente al periodo di proroga negli ambiti in cui non sia stata garantito l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria ai sensi della legge 120/07, senza che comporti oneri per l'azienda sanitaria né per il professionista nei confronti dell'azienda stessa, fatta eccezione per quelli di carattere generale legati alla organizzazione della attività;

- l'affidamento a personale aziendale, o comunque dall'azienda a ciò destinato, senza ulteriori oneri aggiuntivi, del servizio di prenotazione delle prestazioni libero-professionali, da eseguire con modalità distinte rispetto a quelle istituzionali, al fine di permettere il controllo dei volumi delle prestazioni medesime nonché del servizio di riscossione delle tariffe;
- la definizione delle tariffe per l'attività libero-professionale, d'intesa con i dirigenti interessati, previo accordo in sede di contrattazione collettiva integrativa, in modo che siano remunerative di tutti i costi sostenuti dalle aziende, ivi compresi quelli connessi alle attività di prenotazione e di riscossione degli onorari, ed evi-

denzino le voci relative ai compensi del libero professionista, dell'équipe, del personale di supporto, nonché i costi – pro quota – per l'ammortamento e la manutenzione delle apparecchiature;

- la definizione delle modalità per garantire, da parte dei dirigenti veterinari, l'effettuazione delle prestazioni libero – professionali con gli adattamenti necessari in relazione alle tipologie dei destinatari ed alle specifiche caratteristiche dell'attività;
- lo svolgimento della attività libero professionale al di fuori dell'orario di servizio con apposita rilevazione oraria distinta da quella istituzionale.

2. Allo scopo di favorire l'attuazione di quanto previsto dal comma 1, lett. a) del presente articolo si applicano i criteri individuati dall'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2009 – 2011.

Art. 3

1. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, anche avvalendosi dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari

regionali, effettuano il monitoraggio e controllo dell'attività libero professionale, in modo da garantire che il suo svolgimento non vada a detrimento dell'attività istituzionale. I risultati di tale attività sono trasmessi all'Osservatorio nazionale sull'attività libero – professionale.

- Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano stabiliscono le modalità di verifica dello svolgimento dell'attività libero – professionale, al fine di rilevare il volume di attività dedicato all'attività istituzionale ed all'attività libero – professionale, nonché dell'insorgenza di un conflitto di interessi o di situazioni che comunque implicino forme di concorrenza sleale definendo anche le eventuali relative misure sanzionatorie.
- Nell'ambito dell'attività di verifica di cui al comma 2, le Regioni istituiscono appositi organismi paritetici con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, anche con la partecipazione delle organizzazioni rappresentative degli utenti e di tutela dei diritti.

Art. 4

1. Il presente Accordo non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Fatti & Disfatti

di Carlo Maria Stigliano



Chiedetelo al polpo!

Il futuro in sala parto passa per i polpi-veggenti

Ricorderete certamente la simpatica storia del polpo Paul, ritenuto capace di predire i risultati della nazionale tedesca ai mondiali di calcio del Sudafrica: il caro cefalopode si è certamente ritagliato un suo spazio di gloria nella storia del calcio (e non solo) soprattutto per avere predetto l'esito della finale mondiale che decretò la sconfitta della Germania in terra d'Africa. Ebbene vi starete chiedendo che cosa possa legare i tentacoli dell'*Octopus Vulgaris* alla nostra professione! C'entra, c'entra...! Non passa settimana che non si gridi alla 'malasanità' nell'ambito dell'ostetricia italiana da parte dei nostri ineffabili mass media: c'è una sofferenza fetale in sala parto, vi è purtroppo un parto andato male? Giù articoli e interviste su giornali e televisioni sui guasti della sanità (particolarmente se il fatto si riferisce a strutture del Centrosud, posti poco affidabili per definizione (!?)), commenti indignati da parte di parenti e amici della puerpera, arcigne valutazioni da parte di politici disgustati da tanto malcostume (...!!!), ministero che invia ispettori, il tutto mentre i carabinieri sequestrano cartelle cliniche e la magistratura spedisce avvisi di garanzia a raffica. Naturalmente la colpa di tutto ciò ricade sui medici (neanche a dirlo) che non hanno effettuato per tempo un cesareo salvifico e risolutore! Ebbene, a leggere con attenzione



i resoconti dei bravi e scrupolosi giornalisti che si occupano del caso, si scopre che l'autorevole fonte del giudizio sull'operato del reparto di maternità incriminato (è proprio il caso di dirlo) altri non è se non un parente o un congiunto della partoriente: "io l'avevo detto ai ginecologi di fare il cesareo, ma loro testardi non mi hanno dato ascolto e quindi c'è stata la sofferenza del bambino; ora io chiedo giustizia, devono pagare"! Anni e anni di studio, specializzazioni, corsi, articoli di

riviste prestigiose, decenni di esperienza nelle sale parto a che servono? Basta un parente - pur digiuno totalmente di conoscenze nel campo dell'ostetricia e ginecologia - per valutare e decidere correttamente la condotta da tenere durante il parto. "Io l'avevo detto", come al Bar dello Sport: "Io lo avevo detto che ai mondiali ci volevano Cassano e Totti per vincere"! E il Ministero che continua a spingere su linee guida che privilegiano la scelta consapevole

e oculata del parto per via naturale? Queste indicazioni prevedono anche il ricorso al parere dei parenti della partoriente? E in caso di disaccordo tra più "esperti" di tal fatta, come ci si dovrà regolare? Ed ecco appunto il ruolo del polpo Paul! Non si comportò forse da impeccabile oracolo nel predire l'esito delle partite di calcio dei mondiali? Dunque risolviamo il problema della scelta più sicura in sala parto consultando un valido esemplare di cefalopode: basterà mettergli nell'acquario due scatole colorate, dipinte una con l'opzione 'TC' e l'altra con la scritta 'PV' (parto vaginale) e il problema è risolto brillantemente! E che ci vuole? I suoi robusti tentacoli potranno indicare con certezza la giusta scelta per l'espletamento del parto, laddove i camici bianchi risultano a volte insicuri ed inadeguati con le tragiche e note conseguenze. Nessun direttore generale di Asl ci aveva ancora pensato! Invece di un costoso primario, a dirigere un reparto di maternità sarà sufficiente un grosso polpo! Basterà collocare un bell'acquario nello studio del direttore di

struttura che oltretutto conferirà un tocco di esotismo in ospedale, due scatole colorate e attendere: la donna tarda a partorire? Il polpo indicherà la via da seguire (addominale o vaginale...), le contrazioni non sono sufficientemente valide, sentiamo il polpo che dice... Ammetterete che la cosa è veramente allettante: per i gestori delle Asl, perché finalmente si libereranno di rompiscatole di primari che continuano a chiedere l'adeguamento delle piante organiche, il rispetto delle dotazioni tecnologiche e così a pretendere; i familiari delle gravide che finalmente troverebbero competenza e sicurezza nelle scelte; l'opinione pubblica che sicuramente vedrebbe con simpatia un primario sempre presente sul posto e soprattutto una figura di sostanza, 'polposa', a gestire un reparto così delicato. E poi un polpo sarebbe così silenzioso, innocuo e disponibile, con le sue accoglienti e numerose braccia, da suscitare tenerezza anche nelle future mamme. E se malauguratamente l'octopus si rivelasse poco preciso nelle scelte? Nessun problema: basterebbe estrarlo dall'acquario primario e... lessarlo vivo con evidente soddisfazione dei parenti che almeno potrebbero sfogarsi mangiando il primario (pardon: il polpo) in guazzetto! Riflettete, gente, riflettete...

Congressi convegni



1° CORSO GALLURESE DI ECOGRAFIA, DIAGNOSI E TERAPIA PRENATALE

Prevenzione e screening prenatale e delle complicanze ostetriche, diagnosi delle malformazioni e problematiche medico legali: questi i temi centrali delle due Giornate di studio galluresi, patrocinate da Aogoi, Sieog e Simp. Un appuntamento di alto profilo, a cui hanno partecipato oltre 300 corsisti

Il 5 e 6 novembre si è svolto presso il centro congressi della "Tenuta Pilastru" Resort nella campagna di Arzachena il 1° Corso Gallurese di Ecografia, Diagnosi e Terapia Prenatale, patrocinato dalla Aogoi, dalla Società Italiana di Ecografia

Ostetrica Ginecologica (Sieog) e dalla Società Italiana di Medicina Perinatale (Simp). L'eccellente organizzazione da parte dei presidenti del Corso Antonio Rubattu (Olbia, segretario Fesmed Sardegna), Giovanni Urru (Alghero,

segretario regionale Aogoi) e Franco Careddu (Tempio), e dei direttori scientifici Giovanni Monni (Cagliari, Presidente Nazionale Aogoi) e Paolo Volpe (Bari, Presidente Sieog) ha prodotto uno degli eventi più interessanti per la Ginecologia e Ostetricia nella regione, in questo ultimo scorcio di anno, a cui hanno partecipato più di 300 corsisti.

I docenti del Corso erano i più rappresentativi nel campo dell'ecografia Ostetrica e Ginecologica Italiana. La partecipazione da parte dei ginecologi della Sardegna è stata ampia e omogenea, con una nutrita rappresentanza di tutta la geografia isolana. Erano inoltre

presenti diversi ginecologi provenienti dal Piemonte, Lombardia, Liguria, Toscana, Umbria, Lazio e Abruzzo. L'alto livello delle relazioni e

l'interesse dimostrato dai partecipanti, sapientemente gestito ed "orchestrato" dai numerosi moderatori che si sono alternati nelle sedute, tra le figure





più rappresentative della ginecologia in Sardegna, e anche "prestati" al Corso da altri ambienti (come l'avvocato Anna Maria Busia di Cagliari, e altri rappresentanti della giurisprudenza isolana, come i magistrati Fiorella Buttiglione, Gian Giacomo Pisotti e Daniele Caria nella tavola rotonda del 6 Novembre), hanno prodotto delle sessioni particolarmente vivaci ed interessanti. La bellezza dei luoghi, l'accoglienza della struttura, e il clima gallurese, che ha riservato due meravigliose giornate autunnali di sole, hanno sicuramente favorito la riuscita

dell'evento, rendendolo indimenticabile sotto diversi aspetti. Il Corso è stato focalizzato sui alcuni temi particolarmente "cool" per chi si occupa di ecografia ostetrica e ginecologica. Sono stati affrontati 3 grandi problematiche: la prevenzione e lo screening prenatale e delle complicanze ostetriche, la diagnosi delle malformazioni e le problematiche medico legali che spesso si accompagnano alla professione. Le sessioni del 5 novembre hanno affrontato la prevenzione e lo screening. Uno spazio iniziale è stato riservato alla impiego della

ecografia in ginecologia, con A. Testa (Roma), che ha presentato una completa "overview" sulle tecniche di imaging in ginecologia per lo studio delle masse ovariche. Nelle sessioni dedicate allo screening, ampio spazio è stato destinato alla prevenzione, con C. Axiana (Cagliari) che ha presentato un aggiornamento sul ruolo della supplementazione con i folati nella prevenzione delle malformazioni. Le problematiche dello screening, ecografico e biochimico in gravidanza, che consente di identificare, già a partire dal primo trimestre, con l'ecografia della translucenza nucale, i casi a rischio per alterazioni del cariotipo fetale, preeclampsia, ritardo di crescita uterina, malformazioni, è stato affrontato da G. Ettore (Catania), A. Di Meglio (Napoli), E. Ferrazzi (Milano), M.A. Zoppi (Cagliari), G. Monni (Cagliari), W. Moroder (Bolzano). Per quanto riguarda le sessioni relative alla *diagnosi delle malformazioni*, da P. Volpe sono state presentate le nuove linee guida della Sieog, sulle tecniche diagnostiche complementari alla ecografia come la Risonanza

Magnetica. L'impiego delle metodiche 3 e 4D è stato affrontato sia dagli altri relatori come M.A. Rustico (Milano), V. D'Addario (Bari), G. Cali (Palermo), F. Prefumo (Brescia), E. Viora (Torino), D. Paladini (Napoli), G. Rizzo (Roma), F. Taddei (Mantova), T. Todros (Torino). Il Corso si è concluso con la *Tavola Rotonda* sulla mancata diagnosi ecografica di malformazioni fetali e implicazioni medico legali, tema particolarmente rilevante, visto il numero sempre crescente in Italia (e anche in Sardegna) di azioni legali che vengono intraprese in questo campo. Hanno partecipato il ginecologo P. Martinelli (Napoli), l'avvocato penale, M. Pinna (Cagliari), il giudice penale, D. Caria (Cagliari), l'avvocato civile, C. Pilia (Cagliari) e il giudice civile G. Pisotti (Cagliari). Si sono avuti importanti spunti di riflessione per una adeguata gestione del rischio da parte dei medici e delle strutture, per evitare il ricorso alla medicina difensiva, che non giova al paziente, ma può solo nuocerli, e per la prevenzione degli eventi avversi.

Ci ha lasciato Roberto Orlandi

È stato per molti anni riferimento per la linea endocrinologica della Shering, poi responsabile del Women's Healthcare Medical Department della Bayer Schering Pharma

Se n'è andato con la stessa discrezione con la quale ha vissuto: ha scelto la pausa estiva come per non sollevare troppo rumore. Eppure per tutti coloro che ruotano attorno alla ginecologia endocrinologica mancherà la sua presenza felpata, rassicurante, cortese: mancherà la sua eleganza mai affettata, la sua figura di austera nobiltà (quasi d' altri tempi), la sua capacità di partecipare alle discussioni senza mai alzare i toni. Trattava allo stesso modo con il cattedratico e con lo specializzando, aveva una speciale capacità di mettere tutti a loro agio, e di condurre una conversazione curiosa, mai banale, rigorosa e intelligente. Forse poteva apparire un po' "british", ma era sempre capace di un sorriso sornione che rivelava una natura che sapeva essere anche incline allo scherzo. Quando ci siamo incontrati a Bari, al Sigo, raccontava di quel "pasticcetto" che gli aveva complicato la vita, ma non gli aveva tolto la capacità di sorridere. Si scaldava se parlava delle sue montagne, del suo sci. Non aveva perso la voglia di fare progetti. Se penso alla storia della contraccezione degli ultimi 30 anni, mi pare che sia sempre stato presente e mi pare impossibile che non ci sia più la possibilità di confrontarci, di scambiare una battuta, di discutere su quei temi che tanto accendono gli animi, con la consueta passione ma anche con una pacatezza che oggi sembra fuori moda. Un bell'esempio di come l'industria farmaceutica quando ci è vicina con rigore, intelligenza, onestà e amicizia, possa costituire un importante supporto in grado di favorire la crescita e il confronto. Mancherà a tutti noi: resterà nelle nostre discussioni, nei nostri congressi, nei nostri progetti, per il tempo e l'intelligenza che in questi anni ci ha riservato. Dedicargli un nostro pensiero è un modo non solo per essere vicini ai suoi familiari ma anche per salutarlo e ringraziarlo.

(Valeria Dubini)

Congressi convegni



Tutti i congressi su www.aogoi.it

**ANNO 2011
INCONTRO INTERATTIVO
A.O.G.O.I. CAMPANIA
S.C.C.L. DI GINECOLOGIA
E OSTETRICIA
Napoli
14 gennaio**
Segreteria organizzatrice
A.O.G.O.I.
Via G. Abamonti 1
20129 Milano
Tel. 02.29525380
Fax 02.29525521
aogoi@aogoi.it

**CONVEGNO
PAPILLOMAVIRUS E
VACCINO: ASPETTI PRATICI
DELLA VACCINAZIONE
CONTRO IL
CERVICOCARCINOMA
Milano
21 gennaio**
Segreteria organizzatrice
A.O.G.O.I.
Via G. Abamonti 1 - 20129
Milano
Tel. 02.29525380
Fax. 02.29525521
aogoi@aogoi.it

**IL PARTO A UNA SVOLTA.
SPUNTI E RIFLESSIONI PER
UN'ECOLOGIA DELLA
NASCITA CHE RISPETTI IL
BAMBINO E LA DONNA
Roma
26 gennaio**
Segreteria organizzatrice:
D.ssa Michela Cericco - Roma
Tel.: 335 7359192
Fax: 06 9370534
kilo67@libero.it

**LE LESIONI
PRENEOPLASTICHE DEL
TRATTO GENITALE DISTALE
E DELL'ENDOMETRIO
Bologna
29 gennaio**
Segreteria organizzatrice:
Momeda Eventi Srl
Via San Felice 26 - 40122 Bologna
Tel. 051.5876729
Fax 051.5876848
e.melega@momedaeventi.com

**PROBLEMATICHE
DIAGNOSTICHE E
TERAPEUTICHE DEL
DISTRETTO
VULVO-VESTIBOLO-
VAGINALE
Roma - 11 febbraio**
Segreteria organizzatrice
Glocal Communication S.R.L.
Via P. Petronia 13, 00136 ROMA
Tel. 06.39751422
Fax 06.39761384
events@glocalcommunication.it

**CONGRESSO PROVINCIALE
A.O.G.O.I. -
CONTRACCEZIONE E
SALUTE RIPRODUTTIVA -
MALFORMAZIONI FETALI
Caserta
4 marzo**
Segreteria organizzatrice
S.E.L. Congressi Snc
Via Arangio Ruiz 107
80122 Napoli
Tel. 081.666733 Fax 081.661013
info@selcongressi.it

**XIV CONGRESSO
NAZIONALE SIMP - I VOLTI
DELLA MATERNITÀ
Firenze
31 marzo - 2 aprile**
Segreteria organizzatrice
www.simponline.it

**10° CORSO DI FORMAZIONE
ED AGGIORNAMENTO IN
FISIOPATOLOGIA
CERVICO-VAGINALE E
VULVARE, COLPOSCOPIA
E MALATTIE A
TRASMISSIONE
Ascoli Piceno
11-14 aprile**
Segreteria organizzatrice
Etrusca Convention
Via Bonciario 6/D - 06123 Perugia
Tel. 075.5722232 Fax
075.5722232
info@etruscaconventions.com

**IL PARTO PRETERMINE E
LA METRORRAGIA DI
ORIGINE DISFUNZIONALE
Corigliano (Cs)
13 maggio**
Segreteria organizzatrice
Dott. Giuseppe Pirillo
Cosenza
giusepppirillo1958@libero.it

**1° CORSO AVANZATO DI
ECOGRAFIA, MEDICINA
FETALE E INFERTILITÀ
Villasimius (Ca)
29 maggio-31 maggio**
Segreteria organizzatrice
I.M.C. Europe Srl
Viale Trieste 93
09123 Cagliari
Tel. 070.273470
Fax 070.273306
imceurope@imceurope.eu

**87° CONGRESSO SIGO 52°
CONGRESSO AOGOI 19°
CONGRESSO AGUI
Palermo
25-28 settembre**
Segreteria organizzatrice:
Triumph Congressi
Via Lucillo 60
00136 Roma
Tel. 06.355301
Fax 06.35530235
sigo2011@gruppotriumph.it

LA DIETA MEDITERRANEA è una risorsa per la medicina e un patrimonio per l'umanità

Uno stile alimentare, ha detto il Presidente di Federsanità Angelo Lino Del Favero, che promuove la salute e si è rivelato uno dei pilastri per la prevenzione di alcune patologie croniche

“Un modello alimentare che coniuga tipicità e salubrità”. Così il presidente di Federsanità Anci, Angelo Lino Del Favero, ha commentato la notizia della proclamazione della dieta mediterranea a patrimonio immateriale dell'umanità da parte dell'UNESCO nel corso della riunione del comitato intergovernativo tenutasi a Nairobi. A sostenere la proposta c'erano quattro Paesi mediterranei, oltre all'Italia anche Spagna, Grecia e Marocco.

“La dieta mediterranea è una risorsa per la medicina e un patrimonio per l'umanità: non a caso l'Italia è tra i paesi con la più alta percentuale di speranza di vita – ha detto Del Favero – anche grazie all'esistenza di un modello alimentare ispirato alla Dieta mediterranea che si è rivelato uno dei pilastri fondamentali per la prevenzione di alcune patologie croniche come il diabete, le cardiopatie, l'obesità”.

Il progetto di valorizzazione della dieta mediterranea e dello stile alimentare italiano promosso da Federsanità Anci e Buonitalia è volto a promuovere corretti stili di vita anche in termini di sana alimentazione. “Non c'è investimento economico, per quanto ingente – ha detto Del Favero – che possa dare frutti senza un'educazione alla responsabilizzazione del cittadino”.

Comunicare e informare sulla

salubrità dei prodotti tipici che compongono la dieta mediterranea è di interesse per l'intero Paese, sia per gli effetti di una buona alimentazione, sia per i costi della comunità. Siamo attualmente uno dei paesi più longevi, ma al contempo abbiamo tra il 25 e il 33% di bambini in sovrappeso o obesi tra gli studenti fino alle scuole medie inferiori. La prevenzione è certamente migliore della cura. Il progetto, sviluppato in collaborazione con Buonitalia, è di durata pluriennale e prevede incontri e dibattiti su tutto il territorio



nazionale, una sessione di eventi culturali e scientifici nel nord America, documentazioni tecnico-scientifiche e anche divulgative per orientare ed educare al consumo consapevole le famiglie. In particolare Federsanità Anci sarà presente con un camper itinerante in tutte le Regioni italiane in occasione delle principali manifestazioni di promozione dell'agroalimentare di qualità.

La valorizzazione e promozione di questo stile di vita ha tre principi ispiratori:

■ **salubrità**, ovvero l'esaltazione dei principi nutrizionali degli alimenti italiani per un sano stile di vita;



Federsanità Anci



Associazione Nazionale Comuni Italiani organizza Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere e le Conferenze dei Sindaci, agisce come strumento istituzionale sul piano della rappresentanza per i Comuni per assicurare i percorsi di integrazione socio-sanitaria e socio assistenziale; opera come centro di elaborazione culturale di politiche della salute sui

territori. I principali obiettivi sono: attivare i rapporti necessari con gli organi dello Stato, delle Regioni e con le istituzioni per concorrere allo sviluppo della qualità ed efficacia delle politiche sanitarie e di welfare; assicurare la rappresentanza degli operatori della sanità al fine di concorrere alle decisioni pubbliche in materia sanitaria e sociale; individuare linee di indirizzo e di coordinamento delle attività degli enti associati; promuovere iniziative culturali, di studio e di proposta e attivare organismi di assistenza tecnico-giuridica agli associati. Le finalità che persegue Federsanità Anci sono una serie di progetti in collaborazione con i Comuni volti alla diffusione di temi legati alla prevenzione, alla cultura del benessere, degli stili di vita corretti, ecc. i cui destinatari sono gli “orientatori comportamentali”, ovvero professionisti che per la loro attività possono influenzare il comportamento del cittadino consumatore: Comunità medico scientifiche, Enti locali ed Operatori dell'informazione.

■ **organoletticità**, ovvero la proprietà che può essere rilevata e apprezzata dai cinque sensi, ovvero appetibilità;

■ **tipicità**, ovvero la qualità del prodotto agroalimentare “made in Italy”, legato alle caratteristiche del territorio.

La dieta mediterranea, per il suo valore storico, è diventata un modello alimentare negli stili di vita per i benefici per la salute dimostrati scientificamente. A tal fine è strategica la diffusione di una cultura del mangiare sano nel mercato agro-alimentare internazionale, in particolare quello statunitense.

La dieta mediterranea si costituisce infatti come efficace strumento di prevenzione e riduzione di patologie metaboliche, il cui danno sociale per la diffusione della loro incidenza (in particolare presso i mercati di destinazione delle attività di progetto) è statisticamente dimostrato. Secondo i dati

dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'86% dei decessi, il 77% della perdita di anni di vita in buona salute e il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia sono causati da alcune patologie (malattie cardiovascolari, diabete mellito, malattie respiratorie croniche) che hanno in comune fattori di rischio modificabili, quali obesità e sovrappeso, abuso di alcol, scarso consumo di frutta e verdura, sedentarietà, eccesso di grassi nel sangue e ipertensione arteriosa. Tali fattori di rischio sono responsabili, da soli, del 60% della perdita di anni di vita in buona salute.

