

► Segue da pagina 5

## Riforma Ordini e sperimentazioni cliniche

**Ministero della salute** e reca le norme di accesso a tale ruolo nonché ai relativi incarichi di direzione di uffici dirigenziali di livello non generale o generale e alla qualifica di dirigente di prima fascia. Nel ruolo è collocato, in fase di prima applicazione, l'attuale personale di qualifica dirigenziale del Ministero della salute con professionalità sanitaria. Il comma 1 prevede che, in sede di contrattazione collettiva nazionale successiva a quella relativa al quadriennio 2006-2009, ferma restando l'esclusività del rapporto di lavoro, siano estesi al personale dirigente in esame, prioritariamente e nei limiti delle risorse disponibili per i rinnovi contrattuali, gli istituti stabiliti dal D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, per le corrispondenti qualifiche del Servizio sanitario nazionale e recepiti nei relativi contratti collettivi nazionali.

Infine, l'articolo 14 reca norme di chiusura con riferimento alle competenze legislative delle regioni a statuto ordinario, di quelle a statuto speciale e delle province autonome. **Y**

► Segue da pagina 5

## "Bene le norme sul parto indolore e la medicina di genere"

l'are, i trial per i grandi farmaci del sistema cardiovascolare hanno arruolato solo il 30% di donne e alcuni non ne hanno arruolato nessuna, eppure le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morte anche per le donne.

**Su questo fronte l'Aogoi è impegnata da molti anni.** Dallo spazio che alla medicina di genere abbiamo riservato nei nostri congressi alle iniziative che abbiamo promosso e/o sostenuto sul territorio (come per esempio quella illustrata alle pagine seguenti dalla collega Maria Gabriella De Silvio). L'elenco è lungo. Qui vorrei solo ricordare l'importante Progetto che abbiamo avviato in collaborazione con la Fondazione Lorenzini nel 2009, raccogliendo l'invito dell'Ufficio Regionale per l'Europa dell'Oms che sollecitava un intervento tempestivo e congiunto

degli Stati Membri finalizzato a prevenire e controllare le malattie non comunicabili (NCD) attraverso l'elaborazione di un piano d'azione capace di identificare una strategia globale per ridurre i livelli d'esposizione ai fattori di rischio e ai loro determinanti, per promuovere idonei stili di vita e per sviluppare interventi sanitari mirati.

**Il progetto Aogoi-Fondazione Lorenzini**, che presentammo al congresso nazionale di Bari nel 2009, era mirato alla formazione interdisciplinare del ginecologo sulle malattie croniche non comunicabili, a partire dalla premessa che il ginecologo, meglio di altri specialisti, possa avere un ruolo determinante nell'individuare precocemente queste malattie e contribuire a prevenirle.

L'Aogoi, con la Fondazione Lorenzini, lavorò a questo primo progetto nazionale interdisciplinare di medicina di genere, "sperando di abbattere le barriere ideologiche che frequentemente impediscono lo scambio fra diverse culture e quindi la crescita scientifica. L'obiettivo era di formare operatori attenti e preparati alle

differenze di genere, di realizzare reali vantaggi in termini di guadagno di salute per la donna e di interpretare in maniera esatta un bisogno più volte espresso dal ginecologo di diventare sempre a maggior titolo il medico della donna".

Cogliere le differenze di genere rispetto ai processi di salute e malattia, comprendere i fallimenti diagnostici e terapeutici nei confronti delle donne e della loro salute è pertanto una sfida fondamentale. È necessario considerare la donna in tutta la sua complessità e peculiarità, ben diverse da quelle dell'uomo. Soprattutto oggi che la medicina sta puntando sempre più sulla genetica o su forme di prevenzione quali la nutrizione in gravidanza.

Il mio auspicio è che queste e altre iniziative istituzionali portino al più presto a un vero e proprio Piano nazionale che dia attuazione alla medicina di genere in ogni settore. È necessario un salto culturale che non è stato ancora fatto. E ora è tempo di farlo. **Y**

LA FOTO DELL'ISTAT

## La salute delle donne. Vivono di più ma si ammalano di più degli uomini



**Consumano più farmaci e sono le più colpite dalle malattie croniche. Anche le cause di morte sono diverse. Per le donne al primo posto le malattie cardiovascolari, mentre per gli uomini il cancro resta il big killer per eccellenza. Tutti i dati dell'ultimo rapporto Istat**

Nel 2012, in Italia sono stati registrati 613.520 decessi: 295.831 uomini e 317.689 donne. I livelli di mortalità tra i due generi sono sostanzialmente uguali con un tasso grezzo pari a 10 per mille abitanti sia per gli uomini sia per le donne.

Nel dettaglio per causa, si osserva che nel 2012 le due principali cause di morte sono ancora le malattie del sistema circolatorio e i tumori a cui sono attribuiti il 66,4 per cento dei decessi complessivi. Le principali cause di morte sono le malattie del sistema circolatorio con un quoziente pari a 386,6 per 100 mila abitanti.

**La distinzione degli indicatori per genere, tuttavia, evidenzia una differenza nelle graduatorie:** infatti le malattie del sistema circolatorio costituiscono la principale causa di morte solo per le donne con un quoziente pari a 424,6 per 100 mila, mentre per gli uomini esse sono la seconda causa di morte (quoziente maschile pari a 345,9 per 100 mila) subito dopo i tumori che invece fanno registrare un quoziente maschile di 346,4 per 100 mila; i tumori costituiscono invece la seconda causa di morte femminile con un quoziente di 252,4 per 100 mila abitanti.

**Tale differenza per genere si osserva ormai da qualche anno** e potrebbe almeno in parte essere spiegata da una struttura per età delle donne più anziana rispetto agli uomini. Proseguendo

► Segue a pagina 30

Medicina di genere. Boldrini (Pd) presenta la sua proposta di legge alla Camera

## Dal Patto per la Salute alla formazione, fino alla cura

**"D**opo la giornata nazionale della salute delle donne dello scorso 22 aprile ho ritenuto doveroso presentare alla Camera questa proposta di legge sulla medicina di genere. La mia proposta di legge intende dare per acquisito che l'approccio di differenza sessuale e di genere nella ricerca, prevenzione, diagnosi e cura rappresenta un'innovazione tendente a massimizzare l'equità e l'appropriatezza dell'assistenza nel pieno rispetto del diritto alla salute, tutelato dall'articolo 32 della Costituzione, e analizza e riordina le attribuzioni di funzioni in tal senso, per rendere operativa e concreta l'innovazione di approccio". Così **Paola Boldrini** (Pd) ha illustrato nel corso di una conferenza stampa alla Camera il 10 maggio scorso la proposta di legge a sua prima firma per la promozione e diffusione della medicina di genere.

"Si parte dal Patto per la salute. Si prevede quindi qui di inserire tra gli obiettivi la promozione e il sostegno alla medicina di genere quale approccio interdisciplinare tra le diverse aree mediche, promuovendo progetti di ricerca, ma anche la sensibilizzazione delle riviste scientifiche ai fini dell'accREDITAMENTO di pubblicazioni atten-

**"La mia proposta di legge intende dare per acquisito che l'approccio di differenza sessuale e di genere rappresenta un'innovazione tendente a massimizzare l'equità e l'appropriatezza dell'assistenza nel pieno rispetto del diritto alla salute, e analizza e riordina le attribuzioni di funzioni in tal senso, per rendere operativa e concreta l'innovazione di approccio". Così la parlamentare democratica Paola Boldrini ha presentato il provvedimento alla Camera il 10 maggio scorso**



te al genere - spiega Boldrini -. Si prevede poi l'istituzione dell'**Osservatorio nazionale dinamico per la medicina di genere** con il compito di raccogliere, coordinare e trasferire dati epidemiologici e clinici al fine di assicurare il raggiungimento dell'equità nel diritto alla salute".

"Nel testo viene menzionata anche l'istituzione di **registri pubblici sulla violenza di genere** che attualmente non esistono. Si predispongono, inoltre, un Piano formativo nazionale per la medicina di genere che prevede

l'attivazione di corsi interdisciplinari finalizzati alla conoscenza e all'applicazione dell'orientamento alle differenze sessuali e di genere nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura. Insomma - conclude la deputata Pd - si tratta di una proposta di legge che istituisce una vera e propria rete che si occupa a 360° della tematica chiamando in causa tutti gli attori coinvolti, dalle istituzioni alle università".

Quanto all'iter del provvedimento, è la stessa Boldrini a spiegare che il testo, già assegnato alle commissioni di Camera e Senato, sarà esaminato in prima lettura a Montecitorio: "L'esame del provvedimento partirà dalla Camera. Il mio auspicio è che possa iniziare entro il prossimo autunno per poi concludersi nel più breve tempo possibile".

Presente all'incontro anche il responsabile sanità del Pd, **Federico Gelli**, che ha spiegato:

"Ho sottoscritto con piacere, condivido e sosterrò in tutti i suoi passaggi parlamentari questo disegno di legge sulla medicina di genere. Questo è un tema che ho sempre seguito con grande interesse in prima persona fin da quando ero vicepresidente della Giunta regionale toscana con delega alle pari opportunità. In quel periodo, grazie anche al mio sostegno, eravamo riusciti ad approvare una legge sulla cittadinanza di genere che andava ad interessare tutte le competenze regionali".

"Il nostro Paese deve cogliere l'opportunità di questa stagione di riforme, non solo perché la parità di genere produce ricchezza e sviluppo, ma anche per la necessità di fare una volta per tutte un necessario salto culturale su questa tematica. Entrando nel dettaglio, all'interno di questa proposta di legge troviamo un interessante **Piano formativo nazionale gender oriented**, ma anche un più stretto coinvolgimento delle Regioni che dovranno declinare fattivamente sul territorio gli indirizzi contenuti nella normativa", ha concluso Gelli.

**Sul sito Aogoi, in allegato all'articolo, il testo della proposta di legge "Disposizioni per favorire l'applicazione e la diffusione della medicina di genere"** **Y**

► Segue da pagina 9

## “Errori da parto tra i sinistri più costosi”

10 anni dall'erogazione delle prestazioni”.

“Le specialità cliniche – si legge – che subiscono la maggiore frequenza di richieste di risarcimento danni sono **Ortopedia e Traumatologia** (13%), seguita da **Chirurgia Generale** (12%), **DEA/Pronto Soccorso** (12%), **Ostetricia e Ginecologia** (8%) e le parti comuni/la struttura con quasi il 7%. Da un esame complessivo di tutte le tipologie di eventi all'interno delle Unità Operative si può riscontrare che in Ortopedia l'errore più diffuso è quello chirurgico (ad esempio lesione dopo un intervento di protesi all'anca), seguito da quello diagnostico; in Chirurgia Generale si riscontra una prevalenza di errori chirurgici e di infezioni; in DEA/Pronto Soccorso gli errori più frequenti sono quelli diagnostici (ad es. fratture non diagnosticate) e quelli terapeutici (ad esempio errato trattamento prescritto per l'ipertensione), seguiti dalle cadute accidentali; in Ostetricia e Ginecologia invece si rileva una maggioranza di errori chirurgici (come un errato intervento di chirurgia all'ovaio), mentre al secondo posto si trova-

no gli errori da parto/cesareo (ad esempio la morte di un neonato a seguito di parto); nelle parti comuni della struttura si possono riscontrare soprattutto cadute accidentali, ma anche infortuni ad operatori”.

Se poi si analizzano gli **errori per tipologia di ospedale**, i risultati “mostrano che gli ospedali ortopedici presentano il più alto livello di rischio con oltre 45 sinistri per anno, seguono gli ospedali universitari, le strutture di primo livello, quelle di secondo livello e infine quelle materno-infantili”.

La **tipologia di procedimento più frequente è quella stragiudiziale** (72,3%), “a conferma di trend di un crescita del ricorso al procedimento stragiudiziale che non si è mai arrestato nel corso degli anni presi in esame dal report. Se il maggiore ricorso al procedimento stragiudiziale può aiutare ad abbreviare i tempi di chiusura dei sinistri - il 68,3% di questi viene chiuso entro il secondo anno -, occorre comunque aspettare in media otto anni per la chiusura della totalità dei sinistri aperti in un dato anno”. **Y**

## Il saluto dell'Aogoi al Professor Achille Ianniruberto

Il Professor Achille Ianniruberto nasce a Terlizzi il 17 luglio 1932. Studia a Napoli dove si laurea in Medicina e Chirurgia nel 1957, conseguendo successivamente la Specializzazione in Ginecologia ed Ostetricia. Frequenta contemporaneamente la sezione scientifica della Fondazione Senatore Pascale – Istituto dei Tumori di Napoli con compiti di ricerca scientifica.

**Trasferitosi negli Usa** viene assunto nel 1966 come Assistente Ostetrico Ginecologo presso il Misericordia e Fordham Hospital di New York, emanazione della Facoltà di Medicina dell'Università “New York Medical College”. Nel 1970 è già Chief del Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia e della annessa Scuola di Specializzazione sempre presso il Fordham Hospital.

Sarà Clinical Instructor del Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia presso la A. Einstein College of Medicine of Yeshida University of New York.

Nel 1971 consegue la libera docenza in Ostetricia e Ginecologia presso l'Università di Roma.

**Ritornato in Italia**, ricoprirà il ruolo di Primario della Divisione di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale “M. Sarcone” di Terlizzi fino al pensionamento avvenuto nel 1998.

Durante la permanenza negli Stati Uniti colleziona un gran numero di Diplomi di Perfezionamento ed Attestati di Merito. L'Ame-

**Il ricordo di un grande maestro, classe 1932, che si è spento in questi giorni: un'eccellenza nel campo della Ginecologia e Ostetricia e della Ecografia Ostetrica e Ginecologica. Qui ricordiamo il suo prestigioso curriculum e il grande amore per il suo lavoro. Fino all'ultimo, con scrupolo e passione immutati, ha curato la sua ultima opera che presto sarà data alle stampe**

rican Medical Association gli conferisce nel 1970 e nel 1971 il prestigioso Attestato di Eccellenza nella Professione Medica.

Viene, inoltre, nominato **Member a Vita della World Medical Association**.

In Italia verrà eletto nel 1977 **Presidente Nazionale della sezione di**



**Ecografia Ostetrica e Ginecologica della SISUM** che contribuì a fondare. Successivamente sarà **Vice Presidente della SIEOG** dal 1981 al 1984.

Alcuni anni dopo gli sarà conferito il titolo di **Presidente onorario** della stessa Società.

Sarà **Co-direttore** dei corsi di Perfezionamento in Diagnostica Ultrasonografica in Ostetricia e Ginecologia presso l'**Università degli Studi di Chieti** e Professore a contratto del Corso integrativo di Ecografia Ostetrica e Ginecologica dell'**Università degli Studi di Bari**. È stato **autore di oltre 400 lavori scientifici** pubblicati su riviste italiane ed estere.

Ha pubblicato come autore o co-autore 20 testi scientifici e testatlante riguardanti la diagnostica prenatale.

In questi giorni, con scrupolo e passione immutati, ha curato la sua ultima opera che presto sarà data alle stampe.



**Due immagini del Prof. Achille Ianniruberto con il premio F.I.G.O. a Montreal nel 1994 e mentre riceve l'ultimo premio “Luigi Coppola” a Gallipoli nel 2015**

► Segue da pagina 7

## LA FOTO DELL'ISTAT La salute delle donne. Vivono di più ma si ammalano di più degli uomini

con la graduatoria generale della mortalità del 2012 si trova che al terzo posto ci sono gli altri stati morbosi con un quoziente di 82,7 per 100 mila abitanti.

Anche per queste cause il comportamento cambia a seconda del genere e il quoziente è il terzo più elevato per le donne (91,5 per 100 mila) mentre è il quarto per gli uomini (73,2). Il terzo posto per gli uomini è occupato dalle malattie del sistema respiratorio con un quoziente pari a 81,9 per 100 mila abitanti, mentre per le donne il tasso per queste cause è di 64,6, quinta posizione in graduatoria. **Altro gruppo di cause con i quozienti tra i più elevati è**

**quello dei disturbi psichici e malattie del sistema nervoso** che per le donne da una mortalità pari a 85,8 per 100 mila abitanti e per gli uomini 55,5. Il quoziente per le cause di morte violenta, nel 2012, per gli uomini è pari a 47,8 per 100 mila, circa il 50 per cento più elevato di quello delle donne (32,5 per 100 mila).

**Lo stato di salute percepito.** La percentuale di persone che dichiarano di godere di un buono stato di salute è più elevata tra gli uomini (73,4 per cento) che tra le donne (66,5 per cento). All'aumentare dell'età decresce la prevalenza di persone che danno un giudizio positivo sul proprio stato di salute: scende al 40,2 per cento tra le persone anziane di 65-74 anni e raggiunge il 24,8 per cento tra gli ultra settantacinquenni.

**A parità di età, già a partire dai 45 anni emergono nette le differenze di genere a svantaggio delle donne:** nella fascia di età 45-54 anni il 72,5 per cento degli uomini si considera in buona salute contro il 68,6 per cento delle coetanee; le differenze maggiori si hanno tra i 65-74 anni (44,3 per cento contro il 36,6 per

cento) e i 75 anni e oltre (29,6 per cento contro il 21,6 per cento). A livello territoriale la quota di persone che si dichiara in buona salute è più elevata nel Nord-est (72,3 per cento), mentre meno al Sud e nelle Isole (rispettivamente 68,7 per cento e 68,5 per cento). Tra le regioni italiane le situazioni migliori rispetto alla media nazionale si rilevano soprattutto a Bolzano (85,8 per cento), a Trento (78,8 per cento) e in Valle d'Aosta (72,4 per cento), mentre quella peggiore si ha in Calabria (60,8 per cento) e in Sardegna (64,7 per cento).

**Malattie croniche.** Il 38,3 per cento dei residenti in Italia ha dichiarato di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche rilevate (scelte tra una lista di 15 malattie o condizioni croniche). Il dato risulta stabile rispetto al 2014. Le patologie cronico-degenerative sono più frequenti nelle fasce di età più adulte: già nella classe 55-59 anni ne soffre il 51,5 per cento e tra le persone ultra settantacinquenni la quota raggiunge l'85,2 per cento.

**Come per la salute, lo svantaggio del sesso**

**femminile emerge anche dall'analisi dei dati relativi alla quota di popolazione che soffre di almeno una malattia cronica.** Sono, infatti, le donne ad esserne più frequentemente colpite, in particolare dopo i 55 anni. Il 19,8 per cento della popolazione ha dichiarato di essere affetto da due o più patologie croniche, con differenze di genere molto marcate a partire dai 45 anni.

Tra gli ultra settantacinquenni la comorbilità si attesta al 65,4 per cento (57,3 per cento tra gli uomini e 70,9 per cento tra le donne). Rispetto al 2014 diminuisce la quota di chi di dichiara due o più patologie croniche nella fasce di età 45-54 anni (-2,8 punti percentuali). Nel 2015 le persone che, pur dichiarando di essere affette da almeno una patologia cronica, si percepiscono in buona salute sono pari al 42,3 per cento. Le malattie o condizioni croniche più diffuse sono: l'ipertensione (17,1 per cento), l'artrosi/artrite (15,6 per cento), le malattie allergiche (10,1 per cento), l'osteoporosi (7,3 per cento), la bronchite cronica e l'asma bronchiale (5,6

per cento), il diabete (5,4 per cento).

**Ad eccezione delle malattie allergiche, tutte le altre malattie croniche riferite aumentano con l'età e con nette differenze di genere, in linea di massima a svantaggio delle donne.** Lo svantaggio femminile nelle età più anziane si rovescia solo per bronchite cronica e malattie del cuore. In particolare gli uomini di 75 anni e più sono più colpiti da bronchite cronica (19,4 per cento) rispetto alle loro coetanee (16,0 per cento) e da malattie del cuore (18,2 per cento contro il 14,1 per cento).

**Uso dei farmaci.** Il 41,0 per cento della popolazione ha fatto uso di farmaci nei due giorni precedenti l'intervista dell'Istat. Le donne più degli uomini hanno dichiarato di aver assunto farmaci nel periodo considerato (45,0 per cento contro 36,8 per cento). Le quote di consumatori aumentano all'avanzare dell'età: per entrambi i sessi si raggiunge la metà della popolazione già dai 55 anni fino a raggiungere l'89,1 per cento tra le donne ultra settantacinquenni e l'86,7 per cento tra gli uomini della stessa fascia d'età.