

**13.899**

Numero totale specialisti ginecologia

**7.994**

Uomini **57%**

**5.905**

Donne **42,5%**

dati Fnomceo, 2012

## Se il futuro sarà sempre più rosa il presente non è roseo per le donne medico

■ Una recente indagine dell'Ordine dei Medici di Roma ha evidenziato che per le donne medico, che tentano la conciliazione tra vita familiare e vita lavorativa, il 55% trascura le relazioni amicali e la cura di se stessa, il 18,6% i divertimenti, il 10% trascura il rapporto di coppia e il 5,5% quello con i figli.

■ Le donne medico che lavorano negli ospedali pubblici oggi rappresentano il 40% del totale, ma sotto i trenta anni (25-29) il 63% è donna. Donne in maggioranza anche fra i 30 e i 34 anni con il 62,73%, dai 35 ai 39 anni con il 62% e sostanziale pareggio nella fascia tra i 40 e i 44 (53%). Per arrivare ad una netta maggioranza degli uomini bisogna aspettare la soglia dei 50 anni e nella fascia d'età che va dai 60 ai 69 anni solo il 18,9% dei medici è donna (dati Onaosi 2012).

■ Le donne che ricoprono incarichi di direttore di struttura complessa sono il 14% (1.272 vs 10.154 uomini) e donne al comando di una struttura semplice sono 5.267, contro 18.472 uomini (il 28%).

■ Solo il 9% dei Direttori Generali è donna (25 contro 273) e anche raggruppando insieme direttore generale, sanitario, amministrativo e dei servizi sociali non si arriva al 18% delle presenze rosa.

## Il futuro della ginecologia ha un cuore, anzi un cervello di donna

■ Due generazioni a confronto, due diverse sensibilità "di genere". Con una passione comune: l'ars medica. Protagonisti di questa conversazione, vera o immaginaria (poco importa), sono un padre e una figlia, entrambi ginecologi. Lui è Romano Forleo, uno degli esponenti più illustri della ginecologia italiana del secolo appena finito, da molti anni anche giornalista e scrittore. Lei, sua figlia Patrizia, è una affermata e dinamica ginecologa al Fatebenefratelli dell'Isola Tiberina di Roma

**Romano Forleo**

Il suo solito veemente squillo mi fa alzare gli occhi dalle pagine che stavo riempiendo dei miei sogni. A penna, rigorosamente a penna. Il computer mi distrae e spegne il mio gusto di scrivere.

"Patrizia, che c'è di nuovo?". Senza alzarmi da letto pigio il bottone del caffè.

"Niente di nuovo. Dopo i cinquanta anni, non si può fare più la guardia! Anche se l'ostetricia è il più bel settore della nostra specialità. Tu piuttosto cosa stai inventando?"

"Conosci meglio di me i miei 'pallini': non solo medici di organi e apparati, ma medici della

ca...però credo più nella narrative-based medicine che nella evidence-based medicine".

"Papà, il mondo sta cambiando! La gente è stanca, è preoccupata per il futuro, il loro e quello dei loro figli. Vivremo sempre più a lungo, ma con che qualità di vita? Nell'ambulatorio della terza età sono poche le donne serene, che non hanno qualcuno da accudire, che siano genitori o mariti, e presto, nelle prossime generazioni, vedremo "anziane" che dovranno mantenere ancora i figli studenti. Queste donne hanno tutto sulle loro spalle, in un momento della loro vita in cui avrebbero il diritto di riposarsi ed essere accudite loro, a loro volta. E quando ti fer-



persona, non solo medici impegnati nella prevenzione e cura della patologia, ma medici capaci di aiutare le persone ad essere più felici".

"Quando sarai un uomo più concreto papà?! Eppure hai vissuto sempre fra le donne... però non hai imparato da noi ad entrare subito nella soluzione dei problemi. Il mondo ci crolla intorno e tu mi ripeti che il domani sarà meglio dell'oggi".

"Mi ha telefonato Carlo, vuole per *GynecoAogoi* un sintetico articolo sulla femminilizzazione della ginecologia. Ce l'hai ancora un po' di forza per discuterne con me, o aspettiamo che ti riprenda dalla guardia? Come sai, predico l'introduzione di un linguaggio nuovo nella stesura del pensiero, un modo di esprimersi che credo si adatti di più a voi donne, che siete più propense a scoprire, in un romanzo e in un colloquio, la storia che ci cresce attorno. Tu divori romanzi mentre io, come sai, amo la filosofia...Sto rileggendo il Discorso sul Metodo di Cartesio e i libri di economia politi-

mi e cerchi di ascoltarle, non solo per il sintomo di cui si lamentano, ma per tutto ciò che hanno nel cuore, percepisci preoccupazione o sofferenza. Prima, invece, mi capitava spesso di chiacchierare amabilmente con le signore anziane, anche dei loro progetti e del loro futuro. Oggi no, è diverso. Hanno la consapevolezza che la vita si è allungata, che il tempo a disposizione sarà molto ma le vedi freneticamente ritagliare un piccolo spazio della loro vita per 'il controllo'. Non so se è solo una mia impressione, una mia attenzione maggiore per la gente che soffre, ma qualcosa è cambiato negli ultimi anni. La crisi si fa sentire, soprattutto nelle frange più deboli. È con questa attenzione che noi donne reinventeremo il modo di essere ginecologi. Vi detteremo regole nuove!"

Sorrido e cerco di tornare al tema che mi interessa, dimenticando la nostra differenza di età, e il fatto che siamo padre e figlia. "Sai che vedo con estrema posi-

► Segue a pagina 16

delli bellici (il reparto, la divisione, il turno di guardia) – ha affermato Sandra Morano ginecologa all'Università di Genova. Un sistema che oggi sta tremando, non solo perché minato alle fondamenta dalla finezza delle risorse, ma anche perché potrebbe essere sconvolto dalla massiccia incursione di curanti di genere femminile". È fuor di dubbio che questi due elementi avranno un peso notevole sulle future (prossime) decisioni dei nostri politici e,

in generale, dei gestori della Sanità. Questi devono tener presente che il futuro della ginecologia (e di tutta la Sanità) passerà inevitabilmente attraverso il lavoro e l'impegno delle donne. Significa che dipenderà dalla capacità della politica (intesa in senso aristotelico: amministrazione della cosa pubblica per il bene di tutti) e delle stesse donne saper coordinare sapientemente il lavoro con le relazioni, gli affetti e la libertà. **Y**

nali per la risoluzione degli stessi non è solo un obbligo di legge – come regolamentato dal Dlgs 81/2008 – ma è anche un'arma per aumentare la produttività del personale, diminuire il grado di assenteismo, ridurre la quota di incidenti intra- ed extra- lavorativi, ma soprattutto diminuire il rischio di errore clinico. Bastano queste osservazioni per comprendere l'importanza di creare condizioni lavorative nelle quali il dipendente (uomo o donna che sia) possa operare serenamente senza avere la preoccupazione di come gestire il figlio piccolo, il familiare anziano o con necessità di assistenza, ecc. L'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna ha pubblicato uno studio dove ha sottolineato che a risentire dello stress sono soprattutto le donne (anche a causa di cambiamenti ormonali fisiologici nell'età fertile) e i dipendenti che lavorano a contatto con il pubblico. Il medico, con il suo carico lavorativo che prevede turnazioni diurne e notturne, il rapporto con la malattia, la sofferenza e la morte, in più con

l'obbligo di un risultato positivo, non può che vedere aumentate le sue fonti di stress.

**Assenza di nidi aziendali.** Una rilevazione condotta dall'Anaa Assomed ha portato alla luce che gli asili nido sono assenti nel 90% delle strutture ospedaliere (nella regione Campania non vi è un solo asilo nido) o effettuano orari incompatibili con le normali attività di un medico guardia.

**Specializzandi e contratti atipici.** Il lungo percorso formativo necessario alla laurea in Medicina e Chirurgia, unito ai tempi delle scuole di specializzazione – dai 4 ai 6 anni – vede la donna medico affacciarsi al mondo del lavoro nell'età in cui tempi biologici e tempi sociali chiedono la soddisfazione di un eventuale desiderio di maternità. Rischio biologico, chimico, fisico e psicologico sono presenti nella routine quotidiana ma nessuna garanzia particolare è offerta alla lavoratrice medico che, sempre più spesso, trova impiego con (l'abuso di) contratti atipici nel pubblico impiego.

## ità lontana

stesso obiettivo (dimostrando così notevoli doti di organizzazione e di spirito di sacrificio). Una recente indagine dell'Ordine dei Medici di Roma ha evidenziato che per le donne medico che tentano la conciliazione tra vita familiare e vita lavorativa il 55% trascura le relazioni amicali e la cura di se stessa, il 18,6% i divertimenti, il 10% trascura il rapporto di coppia e il 5,5% quello con i figli.

**Difficoltà di accesso al part-time.** La rigidità delle norme che regolano il part-time consente l'accesso a questo istituto solo in casi particolari e pertanto viene utilizzato in non più del 2% dei casi. Questo dato si discosta lungamente dalla percentuale media europea che è oltre il 30%.

**Stress da mancata conciliazione famiglia-lavoro.** Rilevare i principali fattori di stress sul posto di lavoro e individuare buone prassi comportamentali e gestio-

# Al via il progetto ISS di sorveglianza della mortalità materna

**Serena Donati e Sabrina Senatore**

Reperto Salute della Donna e dell'Età Evolutiva, CNESPS - Istituto Superiore di Sanità

Il 1° febbraio 2013 il progetto pilota di sorveglianza delle morti materne: l'Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS), coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e finanziato dal Ministero della Salute, ha iniziato ufficialmente la raccolta dei casi incidenti di morte materna nelle regioni Veneto, Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia.

La sorveglianza si prefigge di rilevare tutte le morti avvenute in gravidanza o entro 42 giorni da un qualunque esito della stessa (parto, aborto spontaneo o volontario o gravidanza ectopica). La segnalazione dei casi incidenti viene effettuata dalle direzioni sanitarie dei presidi ospedalieri coinvolti nel progetto. Per identificare i decessi avvenuti al di fuori dei presidi ospedalieri e quelli avvenuti tra 43 e 365 giorni dal termine della gravidanza è prevista la prosecuzione del *record-linkage* tra le schede di morte Istat e le Schede di Dimissione Ospedaliera (Sdo) secondo la metodologia adottata nel precedente studio Iss che ha rilevato in cinque regioni italiane una sottostima del 63% del rapporto di mortalità materna rilevato attraverso i soli certificati di morte. La procedura di *record-linkage* permetterà anche di verificare la completezza della rilevazio-

■ È ufficialmente partito in sette regioni italiane l'Italian Obstetric Surveillance System, l'iniziativa pilota coordinata dall'Iss cui hanno aderito anche Sigo e Aogoi. I dati anonimi relativi ai casi segnalati dalle regioni partecipanti verranno analizzati in maniera aggregata presso l'Istituto Superiore di Sanità al fine di produrre un report triennale che consentirà di programmare le azioni utili per il miglioramento della pratica clinica e per la verifica della loro efficacia nel ridurre gli esiti avversi



ne dei casi segnalati attraverso il sistema di sorveglianza. Tuttavia, l'identificazione dei casi rappresenta solo il punto di partenza di un processo ben più articolato che, attraverso la raccolta e l'analisi delle informazioni, ha come obiettivo principale la comprensione delle cause associate ai decessi materni e la pianificazione di azioni per il miglioramento della qualità delle cure, sia da un punto di vista clinico che organizzativo. Difatti,

**Si tratta di avviare un processo di cambiamento culturale difficile, che richiederà del tempo per essere messo a regime ovunque**

nei Paesi come il Regno Unito, dove le indagini confidenziali sono state attivate da decenni, lo standard assistenziale del percorso nascita è stato notevolmen-

te migliorato e l'incidenza degli eventi morbosi gravi e delle morti materne si è ridotta in maniera consistente.

## La metodologia dell'ItOSS

Il progetto prevede, per ogni caso di morte materna, la realizzazione di un audit con i professionisti che hanno assistito la donna deceduta per identificare e discutere, tra pari, sia gli aspetti assistenziali risultati critici ai fini dell'esito sia quelli appropriati, in modo da evidenziare e promuovere le buone pratiche in un clima di sostegno reciproco e non di colpevolizzazione dei professionisti. All'audit interno segue un'indagine confidenziale (sul modello delle *confidential enquires* britanniche) che viene realizzata dai comitati scientifici regionali composti da uno o più ginecologi, ostetriche, anestesisti, anatomopatologi e/o medici legali, un epidemiologo e un referente di rischio clinico con possibilità di ulteriori consulenze a seconda del caso.

I dati anonimi, relativi ai casi segnalati dalle regioni partecipanti, vengono analizzati in maniera aggregata presso l'Iss al fine di produrre un report triennale e programmare le azioni utili per il miglioramento della pratica clinica e per la verifica della loro efficacia nel ridurre gli esiti avversi.

## Il coinvolgimento della comunità scientifica

Per garantire la partecipazione dei professionisti sanitari a tutte le fasi del progetto si è investito molto nel coinvolgimento attivo dell'intera comunità scientifica interessata al progetto attraverso molteplici modalità di promozione e condivisione dello stesso. In tale ottica sono stati

censiti tutti i presidi sanitari dotati dei reparti di interesse per la rilevazione delle morti materne (ostetrica, terapia intensiva, unità coronarica, stroke unit), per un totale di circa 400 strutture nelle sette regioni partecipanti. Per ciascun presidio è stato nominato un referente, scelto tra i risk manager aziendali, i primari o professionisti dei reparti o i medici delle

direzioni sanitarie. Sono stati quindi organizzati degli incontri formativi con tutti i referenti di struttura, le direzioni sanitarie e le reti di rischio clinico aziendale per concordare e coordinare gli aspetti operativi del sistema di sorveglianza. I referenti di struttura hanno, a loro volta, ripetuto a cascata la formazione all'interno dei presidi di appartenenza utilizzando un pacchetto formativo predisposto in ISS, in modo da raggiungere capillarmente tutti i professionisti che possono essere coinvolti nell'assistenza delle donne. Anche i componenti dello steering committee del progetto, che presiedono le principali Società Scientifiche nazionali, hanno partecipato ad una riunione di presentazione del progetto durante la quale hanno condiviso l'opportunità di sostenere e promuovere il sistema di sorveglianza attraverso i siti web e tutti gli strumenti divulgativi delle società di appartenenza. Sigo, Aogoi, Agui, Fnci, Siaarti, Sin e Siapec hanno inserito nelle news dei loro siti ufficiali un breve comunicato con il link al sito dedicato all'ItOSS ([www.iss.it/itoss](http://www.iss.it/itoss)) dove è possibile approfondire il tema della mortalità materna nei Paesi socialmente avanzati.

La disponibilità, partecipazione e professionalità rilevata durante gli incontri nelle regioni rende conto dell'interesse delle direzioni aziendali e dei clinici nel raccogliere e analizzare le informazioni d'interesse in caso di evento sentinella con l'obiettivo di produrre raccomandazioni per la pratica clinica e organizzativa e verificare il miglioramento ottenuto attraverso la loro implementazione. Si tratta di un processo di cambiamento culturale difficile, che richiederà del tempo per essere messo a regime ovunque. Tuttavia il primo passo è stato fatto e la sinergia tra il supporto metodologico dell'Iss e le professionalità del Sistema Sanitario Nazionale non mancherà di dare i suoi frutti. A tre anni dal suo avvio potremo valutare i risultati di questa iniziativa pilota, per ora ringraziamo tutti i professionisti che daranno un contributo alla sua realizzazione. **Y**

## ► Segue da pagina 15

tività il passaggio di testimone alle donne per il rinnovamento della ostetricia e ginecologia nel mondo e soprattutto nel nostro paese, dove osserviamo una specialità dominata da uomini, spesso 'attempati'. Questo modo di svolgere la professione ha castrato sul nascere ogni spinta di rinnovamento all'interno delle nostre strutture sia ospedaliere che territoriali.

La medicina positivista, ed oggi scienziata, ha trasformato i medici in tecnici e ci ha fatto dimenticare quel calore umano puntato su una relazione calda e co-

struttiva, che caratterizza il nostro impegno quotidiano. Penso che l'esperienza personale di maternità aiuti a comprendere meglio una medicina per la donna. Quali cambiamenti pensi possa apportare una guida femminile della specialità nelle fondamentali attività del medico (clinica, ricerca e studio, formazione e management?) "Cosa vuoi fare, un trattato?! Parlando senza troppo riflettere, penso che la nostra ascesa nella 'politica della specialità' renderà più partecipata la conduzione e la gestione dei servizi alla donna, darà più spazio al pensiero divergente (e creativo). Ciò

significherà, nella clinica, un maggiore spazio per gli aspetti medici e psicologici della specialità, una maggiore attenzione nel seguire e farsi carico la coppia: dalla visita pre-concezionale ai sei mesi dopo il parto, con attenzione ai processi di attaccamento nella triade e ai rapporti di coppia, che mutano profondamente con la nascita... Noi donne, penso, abbiamo una maggiore sensibilità in questo ambito, anche se va maturata attraverso la ricerca di metodologie pedagogiche e approfondimenti psicologici e psicoterapici. Quanto alla ricerca, occorre che il terreno non si esaurisca

nelle pubblicazioni su riviste ad alto *impact factor*. Nei primi passi della nostra vita la ricerca serve soprattutto ad imparare e a chiedersi il perché delle cose, ad apprendere il gusto di ricercare vie nuove. Tu spesso mi hai ripetuto: *mai passare a lungo per la stessa strada* e io ti ho dato retta...anche perché per noi donne è più facile. Per quanto riguarda l'educazione continua, ci hanno unito lunghi anni di scoutismo, che in un certo senso privilegia la formazione permanente all'aggiornamento. Non credo in una eccessiva differenziazione in superspecializzazioni, credo piuttosto sia me-

glio rimanere sempre cellule indifferenziate, aperte tutta la vita a sviluppare funzioni nuove, a cambiare, a convertirsi. Ti va bene questo mio quadro?" "Sì, ma le parole non sono ancora fatti. Lo sai che le *medical humanities* sono entrate nei curricula delle scuole di specializzazione in venti università americane?! Non solo filosofia, storia, sociologia, bioetica, ma arte: teatro e musica. Poiché dovete rinnovare radicalmente la specialità è ora che utilizzate metodi...più rivoluzionari. Vorrei riuscire a vedere, finché mi resta spazio di vita, una ginecologia...riplasmata da voi!" **Y**