

Protezione della salute della donna nei confronti delle malattie non comunicabili

Progetto

Aogoi - Fondazione Lorenzini

Nell'ambito della collaborazione tra Aogoi e Fondazione Giovanni Lorenzini - FGL è stato costruito un progetto di integrazione multidisciplinare per la Protezione della Salute della Donna nei confronti delle Malattie Non Comunicabili (Ncd) che ha l'obiettivo di realizzare una piattaforma informativa/formativa interdisciplinare intorno ad aree sensibili sulla salute della donna in alcune fasce di età che consenta a breve e medio termine la preparazione, realizzazione (e consenso) di percorsi multidisciplinari diagnostico-terapeutici e di prevenzione su aree patologiche emblematiche delle NCD per fascia di età.

I prodotti attesi sono:

- Una serie di Flow Chart comportamentali validate per fasce di età (formazione) specifiche per percorso di prevenzione (diagnosi e trattamento) da presentarsi in occasione di convegni, corsi ad hoc, sito dedicato, documenti.
- Realizzazione di Corsi di Formazione per i ginecologi su aree delle malattie croniche non comunicabili.

La loro realizzazione verrà

lentamente (spesso per motivi logici) sull'uomo.

L'attenzione alle disuguaglianze tra uomo e donna non si ferma infatti sulla differenza biologica, ma necessariamente si espande alle differenze di quel complesso di caratteristiche evolutive, culturali, di azione e reazione anche sociali che il concetto di genere aggiunge complicandola, alla differenza biologica.

Non può essere considerato anomalo il fatto che l'aver preso coscienza (forse in modo tardivo) che la donna, proprio per la sua preminenza biologica e sociale di riproduttrice e continuatrice della specie, fosse stata in un certo senso sacrificata nei decenni precedenti a favore dell'uomo nel confronto di quelle patologie che con la loro crescita esponenziale stavano producendo morti e disabilità anche nei Paesi a più alto investimento nella ricerca e nella organizzazione sanitaria.

Apparve corretto e anche utile rimediare a detta trascuratezza trasferendo in modo preponderante l'attenzione dell'approccio medico di Genere verso un recupero di una attenzione alla donna, portando in molti casi a identificare la medicina di genere in medicina della donna, e

affidata a 3 gruppi di studio dedicati ciascuno a una specifica fascia di età (adolescenza, età riproduttiva, peri-post menopausa) formati da circa 3 esperti. Ciascun gruppo di studio potrà richiedere, inoltre, la consulenza di specialisti, individuati in una specifica lista di advisors, indicati da Aogoi e Fondazione Lorenzini.

Le flow chart prodotte saranno validate da un gruppo di esperti Aogoi e Fondazione Lorenzini e da referenti europei. Per la stesura delle flow chart è prevista una metodologia comune secondo le linee guida del Progetto indicate dalle Presidenze di Aogoi e Fondazione Lorenzini sulla base di esperienze precedenti, i Centri per la Menopausa in ambito Aogoi e la Campagna Nazionale per la Prevenzione del Rischio Globale Cardiovascolare da parte di Fondazione Lorenzini.

Gli esperti e gli specialisti che hanno partecipato alla stesura delle flow chart (sia i costituenti del gruppo sia gli Advisor) fungeranno da tutor per la formazione dei ginecologi. Per questa parte del progetto è previsto un fee.

Le aree di competenza e d'attenzione dei tre gruppi di studio sono:

- Adolescenza (aree: disagio psicofisico, alterati comportamenti alimentari, tossicodipendenza, dismetabolismo, vaccinazione (Hpv), contraccezione, educazione sessuale) ginecologo, pediatra, endocrinologo, dermatologo, internista, neuropsichiatra,

aggiungendo all'attenzione alle patologie della età fertile l'attenzione alle patologie non direttamente legate alla fertilità della donna.

Sulla spinta della sfida lanciata dall'Oms nascevano, non solo negli Stati Uniti - che per primi sembravano averla raccolta - nuove cliniche dedicate alle donne come evoluzione o in sovrapposizione, ovvero in contrasto, con le tradizionali cliniche ginecologiche che per motivi storici e anche pratici avevano dovuto concentrarsi sulla fisiopatologia e sulla medicina legata direttamente e indirettamente alla riproduzione e agli organi riproduttivi.

In questo nuovo entusiasmo culturale veniva usata e abusata una critica all'approccio ginecologico, tacciandolo di medicina "a bikini", e si sventolavano nuove bandiere alternative di medicina di genere perché dedicata alla donna e spesso dalle donne e a volte solo dalle donne. In realtà tale entusiasmo produceva un'enorme messe di evidenze sulle differenze tra uomo e donna soprattutto nell'approccio a malattie a largo impatto sociale (come molte patologie del sistema cardiovascolare, del sistema osteo-articolare, del sistema ner-

psicologo

- Età riproduttiva (aree: disturbi dell'umore, sessualità consapevole, impatto lavorativo (famiglia/lavoro), periferilità, alimentazione, peri-gravidanza, non-gravidanza, NCD) ginecologo, internista, endocrinologo, cardiologo, reumatologo, neurologo, farmacologo
- Peri-post menopausa e terza età (aree: CCVD, dismetabolismo, osteoarticolare, neurodegenerative, patologie urinarie pavimento pelvico, sessualità, tumori) ginecologo, internista, cardiologo, nutrizionista, endocrinologo, immunologo/reumatologo, geriatra, neurologo, farmacologo, nefrologo, urologo.

È importante tenere in considerazione:

- Quanto atteso dalla donna, quanto fatto in altri Paesi e quanto in atto o proposto dalle istituzioni e dagli stakeholders
- L'epidemiologia, il carico di disabilità, di sofferenze e il carico economico sulla società dello scenario attuale
- La scienza, la biologia e la clinica come base di approccio di percorso e organizzativo di intervento
- La visione trasversale e integrata del coinvolgimento delle specialità delle competenze
- La necessaria capillarizzazione del progetto
- La sostenibilità non solo economica del progetto.

vosio per esempio), e produceva un numero crescente di riunioni, dibattiti, congressi che in modo ripetitivo cercavano di sensibilizzare l'attenzione di medici e autorità verso le differenze di genere.

A distanza di più di dieci anni dalla sfida dell'Oms la Medicina di Genere è divenuta un'accezione necessaria per dare valore all'approccio medico di molte discipline, inclusa la ginecologia: e questo è risultato essere positivo. Quello che desta molte perplessità è che in questa necessaria attenzione alla patologia della donna si siano percorse strade che non hanno sempre aiutato a meglio dimensionare e quindi utilizzare nella pratica clinica del singolo specialista (incluso il ginecologo) questo nuovo modo di pensare.

Risultati importanti di diffusione dell'approccio verso le differenze non sembrano avere apportato ancora tutti quei vantaggi attesi, a meno che questi non vengano considerati la deposizione di coccarde più o meno rosa o celeste a strutture sicuramente importanti per il loro valore clinico già prima di una tale etichettatura.

Ospedale e territorio

di Sandro M. Viglino,

Presidente Collegio Italiano di Ostetricia e Ginecologia (CIOG) e Vice Presidente AOGOI

Un tempo il Territorio rappresentava il luogo dove il paziente incontrava lo specialista per un primo contatto, ben sapendo che qualunque approfondimento clinico si sarebbe naturalmente svolto in Ospedale. Oggi le cose non stanno più così.

Una storia che parte da lontano

Per comprendere meglio il percorso che il "Territorio" ha seguito rispetto all'istituzione "Ospedale" occorre fare un passo indietro nella storia del nostro Paese e, in particolare, al 1925 quando dal regime fascista fu creata l'Opera Nazionale Maternità e Infanzia (Onmi). Essa, infatti, fu istituita con la legge 10 dicembre 1925, n. 2277, avente per scopo la diffusione sia nelle famiglie che negli istituti "delle norme e dei metodi scientifici e d'igiene prenatale e infantile [...] anche mediante l'istituzione di ambulatori per la sorveglianza e la cura delle donne gestanti specialmente in riguardo alla sifilide". Le federazioni provinciali provvedevano all'esecuzione sul territorio di quanto ordinato dalla sede centrale dell'Onmi di Roma. Nel 1927 in ogni comune l'attuazione dei compiti dell'Onmi fu delegata a un comitato di patronato composto dall'ufficiale sanitario del relativo Comune, da un direttore didattico o da un maestro e da un sacerdote, affiancati da patroni scelti dal consiglio direttivo della federazione provinciale tra le persone di "indiscussa probità e rettitudine e possibilmente esperte in materia di assistenza materna e infantile". All'istituzione dell'Onmi seguì la costituzione di organi sanitari e di assistenza materiale quali i consultori pediatrici e ostetrico-ginecologici, i consultori prematrimoniali e matrimoniali, i refettori materni e gli asili nido, i dispensari di dermatologia sociale e i centri medico-psicopedagogici. L'Onmi ha cessato di esistere con la legge 23 dicembre 1975, n. 698.

Arrivano i consultori

Tale legge ha anticipato il Dpr 24 luglio 1977, n. 616 sul trasferimento di poteri dallo Sta-

to alle Regioni e la soppressione di enti tra i quali gli Eca e il loro passaggio ai Comuni. Ma il 1975 è anche l'anno in cui con una legge-quadro vengono istituiti i Consultori familiari, legge che è stata via via recepita e applicata nelle varie realtà regionali. Nel 1996 la legge 34 stanziava 200 miliardi di lire per riqualificarli e ne fissa il numero: uno ogni 20 mila abitanti nelle aree urbane. Poi, nel 2000, il Progetto obiettivo materno infantile (Pomi) ne ha perfezionato e ridefinito i criteri di organizzazione e il profilo di intervento socio-sanitario: interdisciplinarietà, lavoro di équipe (con la presenza di ginecologi, pediatri, neuropsichiatri infantili, psicologi, ostetriche, assistenti sociali e sanitarie, infermieri), rete con gli altri servizi, valorizzazione delle competenze femminili. È tuttora in corso, tra numerose difficoltà causate dalle diverse realtà regionali e dall'esistenza di dati non omogenei, un censimento nazionale dei consultori familiari. Alla fine del 2007 il Ministero della Salute ha dichiarato che ne esistono poco più di 2.000 con un rapporto dunque di 0.7 - 0.8 per 20 mila abitanti. Sono pochi? Sono troppi? Il problema non sta nei numeri ma nell'organizzazione e nel ruolo che questi importanti presidi svolgono o potrebbero svolgere.

Medico cercasi

La legge n° 264 del 2 Agosto 1999 che ha introdotto a livello nazionale il numero programmato per accedere ad alcune Facoltà universitarie (Medicina e Chirurgia *in primis*) se da un lato è servita a porre un argine a quell'accesso indiscriminato che ha determinato la pleora medica degli anni '70 e '80 (e di cui la mia generazione ha pagato un prezzo altissimo in termini di disoccupazione e sottoccupazione), dall'altro farà sì che nei prossimi anni si possano aprire "buchi" negli organici ospedalieri a causa del progressivo pensionamento dei medici attualmente attivi. Nè sul Territorio la situazione è migliore. Anzi, l'età media degli specialisti oggi presenti negli ambulatori è ovunque medio-alta a causa del blocco quasi totale di nuove assunzioni e quindi di un qualsivoglia turnover. Questa situazione, com'è ovvio, riguarda l'intero comparto medico ma in Ginecologia tutto ciò aprirà