

Intervista ad Antonio Chiantera, segretario nazionale Aogoi

Un congresso di svolta

Professor Chiantera, lei è stato recentemente l'ispiratore di un documento di estrema attualità (v. Gyneco 6/2009 "Le sei proposte di Aogoi e Agite") per un profondo rinnovamento della figura del ginecologo, che dovrà, sempre più, caratterizzarsi come medico della donna. Ci spiega le ragioni di questa proposta?

Le ragioni sono molteplici. A livello generale, si parte dal presupposto che la sanità pubblica non può uscire dalla crisi che attraversa se non realizzando un coordinamento ospedale-territorio. Già oggi, ben il 60% dell'assistenza in ambito ginecologico e materno-infantile viene erogata fuori dall'ospedale, che sta riassumendo la sua fisionomia originaria, connotata verso l'acuzie e le patologie complesse. Questo presupposto si articola poi secondo una serie di cambiamenti che devono avvenire sia a livello organizzativo che professionale. I profili dei professionisti do-

A Bari presenteremo le nostre proposte per l'evoluzione della professione insieme a nuove linee guida sul parto pretermine e sulle emorragie del post-partum

vranno essere rivalutati e ridefiniti, anche quello del ginecologo. L'Aogoi, in particolare, si fa portavoce di una visione unificante della figura del ginecologo, "medico della donna" *tout court*. Ovunque operi e indipendentemente dalla formazione e dal regime contrattuale che lo caratterizza. Come ho già avuto modo di spiegare, questa riorganizzazione dovrà avvenire secondo 6 punti fondamentali, che partono da una ristrutturazione efficiente e uniforme delle attività consultoriali come Unità operative complesse che operino in armonica integrazione con i di-

stretti sanitari e con gli ospedali, creando un circuito virtuoso. Ciò consentirebbe di "alleggerire" i compiti degli ambulatori ospedalieri e di completare il ciclo della prevenzione di primo e secondo livello anche nell'ambito degli screening. Renderebbe inoltre possibile l'eventuale riconversione di strutture ex ospedaliere, l'abbattimento drastico delle liste d'attesa e una più organica e razionale integrazione, con evidenti vantaggi per i cittadini.

Al contempo va realizzato un costante aggiornamento del Progetto obiettivo materno-infanti-



Antonio Chiantera

le (Pomi) e dei diversi Piani sanitari nazionali per apportare le modifiche e integrazioni richieste dal progressivo mutamento delle condizioni di salute delle donne italiane e delle loro esigenze nonché dai progressi della scienza medica e tecnologica. Solo così si potrà garantire la migliore e più mirata assistenza al-

le donne.

Tra i molti temi che verranno affrontati nelle ricche sessioni congressuali di Bari, quali questioni ritiene strategiche in questo particolare momento?

La tematica più importante resta senz'altro quella oncologica, visto la diffusione e l'impatto di queste patologie. Credo che particolarmente interessanti saranno gli appuntamenti riguardanti le complicanze chirurgiche, su come affrontarle e correggerle. Altre sessioni saranno dedicate alla chirurgia in diretta e sono certo che saranno seguite con molta attenzione.

Al congresso, inoltre, presenteremo le linee guida che l'Aogoi ha preparato sul parto pretermine e sull'emorragie del post partum. Argomenti molto delicati e di estrema importanza, sui quali abbiamo cercato di elaborare un quadro efficace e condiviso.

Dopo due anni di polemiche, la componente universitaria della ginecologia italiana ha accettato di voltare pagina nelle modalità di elezione degli organismi dirigenti della Sigo (v. lettera del presidente Agui Massimo Moscarini pubblicata a pagina 33). Ritiene a questo punto che si possa riprendere un cammino comune?

Il cammino comune è già ripreso. Il mondo dell'Aogoi e quello dell'Agui sono due frutti della medesima pianta. Il conflitto tra questi due mondi, queste due associazioni, ha rappresentato un imbarbarimento della nostra cultura e della nostra professionalità, del nostro "dover vivere insieme". Perché i problemi del ginecologo universitario sono identici a quelli del ginecologo ospedaliero e del ginecologo territoriale. Le stesse difficoltà nella pratica quotidiana, le stesse difficoltà medico-legali, le stesse sottovalutazioni economiche del lavoro da noi svolto in clinica universitaria o nei nostri ospedali, pubblici o privati-convenzionali. Finalmente questa situazione è finita e si riprende il cammino tracciato venti anni fa dall'allora presidente della Sigo Ugo Montemagno: un solo mondo in cui le stesse persone, pur vestite con abiti differenti, convivono in un rapporto fraterno, paritetico e sincero. Come del resto impongono la comune radice e i comuni sentimenti di affetto e di collegialità. (L.C.)

Perché?

lieri per rispondere alle donne vittime della violenza di strada o domestica. Oppure le iniziative di "umanizzazione in rosa" dei reparti ospedalieri, a partire dall'oncologia dei tumori femminili, prevedendo l'integrazione dei servizi con supporti psicologici ma anche di chirurgia e medicina estetica. Ma anche sostenendo la scelta di promuovere la naturalità del parto e la sua dimensione umana e straordinaria, a fronte di un eccesso di medicalizzazione della nascita.

2. Perché le donne si ammalano di più. Secondo i più recenti dati Istat, l'8,3% delle donne italiane denuncia un cattivo stato di salute contro il 5,3% degli uomini. Le malattie per le quali le donne presentano una maggiore prevalenza rispetto agli uomini sono: le allergie (+ 8%), il diabete (+ 9%), la cataratta (+ 80%), l'ipertensione arteriosa (+ 30%), alcune malattie cardiache (+ 5%), tiroide (+ 500%), artrosi e artrite (+ 49%), osteopo-

rosi (+ 736%), calcolosi (+ 31%), cefalea ed emicrania (+ 123%), depressione e ansietà (+ 138%), alzheimer (+ 100%).

3. Perché dobbiamo sviluppare la ricerca di genere.

E questo perché:

- le donne consumano più farmaci degli uomini;
- sono anche più soggette degli uomini alle reazioni avverse;
- le donne sono da sempre paradossalmente sottorappresentate nei trials clinici con il risultato che la donna consumatrice di farmaci è assimilata al maschio per quanto riguarda sia l'efficacia che le controindicazioni del farmaco.

La ricerca di genere permetterebbe invece di segnalare le differenze di assimilazione e di risposta dell'organismo femminile rispetto a quello maschile. Queste differenze vanno studiate sia per i potenziali rischi ma anche per i benefici diversi che si possono rilevare tra i generi. Ricordo qui alcuni esempi di recenti studi clinici particolarmente significativi che dimostrano l'utilità della ricerca di genere:



Carlo Sbiroli

- come la ricerca fatta per verificare l'effetto di un farmaco per il cuore (la digossina) sulla mortalità da scompenso cardiaco, che ha messo in luce un significativo aumento della mortalità nelle donne ma non negli uomini;
- oppure le diverse reazioni che sono state registrate per un farmaco antidiabete (rosiglitazone), che nelle donne produce fratture degli arti superiori in percentuale tripla rispetto agli uomini;
- e, di segno opposto, la ricerca fatta su un nuovo farmaco

anti Aids (saquinavir), che ha permesso di scoprire che esso agisce meglio sulle donne che sugli uomini.

Un orientamento, quello alla ricerca di genere, che va nella direzione auspicata dall'Oms, che ha sottolineato la necessità di sviluppare la medicina di genere in modo da ottimizzare così terapie e prevenzione rispetto al target femminile in cui è sempre più evidente che farmaci e patologie si comportano in modo differente rispetto al target maschile.

4. Perché serve che i medici siano formati sulla medicina di genere.

Dobbiamo porci anche noi l'obiettivo di un avanzamento culturale nel mondo medico attivando e promuovendo specifici corsi di formazione sulle specificità della salute della donna, già a partire dal corso di laurea e poi nelle diverse specializzazioni. E questo proprio a partire dalla nostra esperienza e dal nostro vissuto di ginecologi, che dobbiamo saper porre a disposizione di tutta la comunità medica italiana quale grande patrimonio di esperienza e di crescita professionale. **Y**