

La politica e la nostra professione

Ferruccio Fazio, Eugenia Roccella, Antonio Tomassini, Cesare Corsi, Dorina Bianchi, Fiorenza Bassoli, Benedetto Francesco Fucci e Tommaso Fiore sono gli autorevoli rappresentanti del Governo e delle forze politiche di maggioranza e opposizione che hanno accolto il nostro invito ad intervenire nel merito delle questioni più calde della nostra professione.

Ne emerge uno spaccato ricco di spunti, proposte e riflessioni del quale faremo tesoro per le nostre analisi. Ma soprattutto ci preme sottolineare che la salute della donna e il medico della donna sono ormai entrati a pieno titolo nell'agenda della politica del nostro Paese. Era ora e ne siamo profondamente soddisfatti.

I professionisti e la loro Società scientifica di riferimento

L'indispensabile partner con cui condividere obiettivi e priorità

di Ferruccio Fazio
Viceministro alla Salute

La programmazione sanitaria nazionale, finalizzata a incrementare la capacità del Ssn di promuovere la salute in tutta la popolazione e al tempo stesso di offrire tutele particolari ai gruppi di popolazione esposti a rischi specifici, è sempre più caratterizzata dalla necessità di coniugare l'attenzione ad aspetti generali e sistemici dell'organizzazione sanitaria (definizione dei Livelli essenziali delle prestazioni, principi e regole organizzative del sistema, appropriatezza e sicurezza delle cure, ecc) con la pianificazione di iniziative e interventi mirati in grado di coprire i bisogni sanitari specifici.

Il tema della salute delle donne, inteso come l'insieme delle azioni predisposte ad aumentare la speranza e la qualità di vita femminile, rappresenta una delle grandi tematiche sanitarie su cui sperimentare questo approccio integrato per rispondere a bisogni propri caratterizzati da una specificità di genere che non va mai trascurata.

Pertanto l'impegno del Governo nazionale mira a promuovere la salute delle donne attraverso un miglioramento complessivo della qualità delle cure e degli interventi assicurati dal Ssn e la implementazione di ini-

Definire percorsi organici tra medico di famiglia, medico del territorio, ospedaliero e la formazione universitaria. Investire in formazione, valutare correttamente le prestazioni femminili, anche dal punto di vista economico, e dare concreta attuazione alle norme già esistenti e predisposte a tutela del materno infantile nel nostro Paese. Questi alcuni dei punti centrali del nostro impegno



Ferruccio Fazio

ziative specifiche in grado di intercettare i bisogni connessi alla specificità femminile.

Per quanto riguarda questi ultimi occorre tener conto di alcuni fenomeni demografici ed epidemiologici, in relazione ai quali vanno sviluppate azioni specifiche. Le donne sono più longeve ma presentano una maggiore morbilità, legata ad una complessa serie di fattori fisici, psicologici e sociali. Il ruolo di *caregiver* spesso ricoperto dalla donna deve coordinarsi con l'attività lavorativa, procurando un carico di lavoro eccessivo e incidendo sulla possibilità di avere tempo libero da dedicare ad attività salutari, come l'attività fisica, essenziale per la prevenzione di diabete, obesità, osteoporosi, malattie cardiovascolari, e, a volte, alla più ampia gestione di tutte le problematiche connesse alla promozione e al mantenimento della propria salute. Quindi anche in favore del-

l'universo femminile la prevenzione si basa sulla promozione di stili di vita salutari e sull'adozione di politiche intersettoriali, in primo luogo di sostegno alla famiglia e alla genitorialità, nonché di politiche del mondo del lavoro che tengano conto delle peculiarità femminili.

La tutela della salute della donna costituisce un percorso lungo tutta la vita, dall'esigenza di proteggere la capacità riproduttiva dalle insidie che maggiormente la minacciano (malattie sessualmente trasmissibili ed endometriosi), alla tutela della gravidanza e del parto, alla prevenzione oncologica, dalla vaccinazione per l'Hpv, agli esami di screening per i tumori mammari e alla cervice uterina, all'attenzione ai disturbi del comportamento alimentare, fino alla menopausa, con le complicanze cardiovascolari e metaboliche che la caratterizzano, alla prevenzione. Un *continuum* che deve essere inteso nella sua globalità, per poter intervenire con una programmazione organica, che tenga conto dei dati epidemiologici, dell'equilibrio fra ospedale e territorio, dei rapporti fra le diverse figure mediche, della razionalizzazione delle risorse, della lotta agli sprechi, della necessità di garantire un servizio uniforme in tutto il Paese, della tutela della salute femminile nell'ambiente di lavoro e domestico, della necessità di promuovere anche nella ricerca biomedica un'attenzione alla specificità di genere, della lotta alla violenza sulla donna.

Per quanto riguarda la salute riproduttiva vanno segnalate alcune linee di tendenza rilevabili nel nostro Paese:

- l'anticipazione ai 15-16 anni dell'età dei primi rapporti sessuali e la conseguente possibilità di gravidanze in adolescenti;
- lo scarso ricorso allo specialista da parte delle giovani: recenti dati Sigo mostrano co-

di Eugenia Roccella
Sottosegretario alla Salute

Il rapporto tra le donne e la salute, la propria e quella dei familiari, è sempre stato speciale, diverso da quello maschile. Le donne sono protagoniste del processo di inculturazione, e trasmettono ai figli conoscenze, esperienze, abitudini e regole, ponendo le basi perché, una volta autonomi, siano in grado di adottare stili di vita sani. Inoltre le donne storicamente si sono fatte carico della cura dei più fragili, come i bambini, i malati, gli anziani. C'è stata, nei secoli, una competenza femminile di cura che in parte è stata dispersa con l'affermarsi della medicina moderna, ma in parte si è sedimentata in atteggiamenti quotidiani: le donne si informano di più, sono più sensibili nel cogliere i sintomi della malattia, sono più costanti nella prevenzione. La medicina, invece, non sempre è stata attenta alle diverse necessità del genere femminile. Ancora oggi, per esempio, in ampie zone del mondo la mortalità materna è troppo alta, e soprattutto troppo costante negli anni, nonostante gli impegni assunti da vari organismi internazionali. Nei paesi sviluppati, invece, e

È diventato un fenomeno preoccupante

Denatalità: sconfiggiamola insieme

Nei paesi sviluppati c'è un'attenzione notevole nei confronti della salute femminile. Ma nonostante ciò assistiamo al progressivo calo delle nascite dovuto a molteplici ragioni. La ricerca di soluzioni spetta in primo luogo al Governo ma perché si affermi una cultura amichevole nei confronti della genitorialità tutti sono chiamati a intervenire. Ginecologi in testa

in particolare in quelli occidentali, la situazione è diversa. C'è, nei confronti della salute femminile, un'attenzione notevole, sia da parte dei medici che delle donne. In particolare, la maternità è sottoposta a continui controlli, durante tutto il suo percorso naturale. Questo comporta qualche problema (talvolta un eccesso di medicalizzazione, la tendenza a sottoporsi a più esami di quanto non sia necessario, un numero sovrabbondante di parti cesarei) ma ha reso estrema-

mente sicura la gravidanza e la nascita, riducendo drasticamente le complicazioni e i rischi.

Ma nonostante questa condizione di sicurezza, in Europa e in particolare nel nostro paese, la denatalità è diventato un fenomeno preoccupante, che mette in ansia sociologi ed economisti, e fa temere per gli equilibri demografici e per la sostenibilità del sistema di welfare. Il problema è complesso, legato a molti fattori di natura diversa: economica, sociale, cul-

turale, psicologica. I desideri femminili più profondi sono rimasti gli stessi, e le statistiche ci informano che le donne vogliono ancora essere madri, ma rimandano la maternità, la limitano, o addirittura vi rinunciano, mentre sterilità e infertilità sembrano aumentare. La ricerca di soluzioni spetta in primo luogo a chi governa, ma perché si affermi una cultura amichevole nei confronti della genitorialità e perché si faccia davvero largo l'idea che la maternità è un valore sociale, è ne-

cessario uno sforzo ampio, a cui tutti sono chiamati a contribuire. C'è bisogno di una stretta alleanza tra le società scientifiche di ostetricia e ginecologia, l'organizzazione sanitaria, e chi ha responsabilità amministrative ai diversi livelli. Bisogna capire quali sono i nodi che impediscono alle donne di realizzare il proprio desiderio di maternità, e individuare gli interventi più utili e urgenti. È fondamentale, quindi, l'impegno dei ginecologi, che hanno fatto tanto in questo campo, e che oggi rischiano di poter esercitare sempre meno lo splendido compito di aiutare nuove vite a nascere.



Eugenia Roccella

me oggi solo una under 25 su tre si sia sottoposta ad una visita ginecologica;

- l'età media alla prima gravidanza per le donne italiane residenti si è alzata, fino a raggiungere quasi i 35 anni e la diminuzione delle nascite da circa 1 milione e 200mila degli anni '60 a circa 550mila del 2008, il 13% da parte di immigrate;
- l'aumento dell'offerta di test di diagnosi prenatale e la diffusione di procedure di diagnostica prenatale come amnio e villocentesi e di screening ecografici in gravidanze relativamente avanzate;
- l'intensificazione del numero di controlli (visite, ecografie, dosaggi ormonali e test ematochimici, ecc.) effettuati mediamente nel corso di gravidanze fisiologiche, con l'eccessivo ricorso alle procedure diagnostiche, l'aumento della frequenza di ricovero in gravidanza, del numero di gravidanze definite patologiche e l'elevato tasso di parti cesarei, tema su cui la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo) ha svolto un'indagine conoscitiva;
- l'aumento della sterilità di coppia indubbiamente correlato all'età, ma anche alla più

elevata promiscuità e al più alto tasso di malattie sessualmente trasmissibili, come la clamidia, che minano la capacità riproduttiva, e la richiesta di fecondazione assistita e/o di adozione nazionale ed internazionale, come modalità per rispondere ad un bisogno di maternità e paternità.

Rispetto a questo quadro le azioni da sviluppare possono essere così individuate:

- a) predisporre modalità di offerta attiva di ascolto, di educazione sessuale e prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse per gli adolescenti e la promozione della vaccinazione Hpv;
- b) implementare programmi integrati per la salute riproduttiva della donna, come programmi regionali e locali, in grado di contrastare i problemi legati a sterilità, gravidanza e nascita, contraccezione, menopausa, agendo attraverso un'organizzazione di servizi e percorsi di cura specifici, nella logica della rete e della continuità assistenziale;
- c) sviluppare iniziative tipo Percorso nascita, come programmi rivolti alle donne in gravidanza, relazionati al gra-

do di rischio connesso alla gravidanza stessa, per accompagnarle dall'inizio della gravidanza fino ai primi mesi di vita del bambino o della bambina, basati su una integrazione funzionale tra la rete dei servizi territoriali (*in primis* i Consultori familiari) ed i reparti di ostetricia e ginecologia degli ospedali. Tali programmi devono prevedere il corso di preparazione alla nascita, il sostegno dell'allattamento al seno e l'intervento dell'ostetrica consultoriale per l'assistenza a domicilio con la verifica del decorso post-parto sia dei neonati che delle mamme, anche per la prevenzione e la presa in carico della eventuale depressione post-partum;

- d) sviluppare specifiche azioni per il miglioramento dell'appropriatezza degli interventi diagnostici in gravidanza;
- e) promuovere l'*empowerment* della donna perché sia soggetto attivo nei processi decisionali;
- f) promuovere l'offerta della parto analgesia secondo protocolli concordati;
- g) contenere il tasso di parti cesarei e strumentali almeno entro i limiti fissati a livello

nazionale, anche attraverso la revisione critica dei criteri utilizzati per l'indicazione al cesareo di elezione (linee guida);

- h) attivare il monitoraggio regionale delle cure attuate in gravidanza e parto, con particolare riguardo a efficienza ed efficacia degli screening attualmente predisposti, appropriatezza dei ricoveri, prassi tenute in relazione alla diagnosi prenatale in epoca avanzata di gestazione, ed, infine, coerenza dei trattamenti predisposti con le evidenze scientifiche di efficacia;
- i) garantire una adeguata offerta di diagnosi prenatale e servizi almeno provinciali per l'approccio alla sterilità di coppia, favorendo nel contempo le azioni di monitoraggio della qualità e risultato di quanto predisposto. Garantire la valutazione delle coppie richiedenti l'adozione e il supporto psicologico nel periodo post-adoztivo e ogniqualvolta si presentino aspetti patologici che possono portare ad un fallimento adottivo;
- j) promuovere i programmi di screening per la prevenzione dei tumori femminili (cervi-

ce uterina e mammella), realizzati in modo da assicurare la massima sensibilità, un'adeguata specificità, un ampio livello di copertura e la connessione con i percorsi di presa in carico diagnostica e terapeutica per le donne positive al test.

Queste azioni possono realizzarsi mediante la definizione di percorsi organici, tra medico di famiglia, medico del territorio, ospedaliero, la formazione universitaria, affinché tutte le donne vengano a conoscenza dei loro diritti e degli strumenti messi a loro disposizione e sappiano dove e a chi rivolgersi, senza timore di venire giudicate o di non essere credute.

Come Ministero della Salute intendiamo impegnarci per rafforzare questa rete, investire in formazione, valutare correttamente le prestazioni femminili – anche dal punto di vista economico – e dare concreta attuazione alle norme già esistenti e predisposte a tutela del materno infantile nel nostro Paese.

In questo senso siamo convinti che i professionisti e la loro Società scientifica di riferimento costituiscano l'indispensabile partner con cui condividere obiettivi e priorità. **Y**