

AOGOI

Organo Ufficiale dell'Associazione
Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

- 5 Congresso 2019**
Cronaca di un Congresso
di rinnovamento e di continuità
- 6 Intervista alla senatrice Maria Rizzotti**
Violenza ostetrica:
siamo tra i Paesi più attenti
- 21 La lettera**
Il racconto di una madre
e il commento del vicepresidente Aogoi

Gyneco Aogoi

NUMERO 6 - 2019 - BIMESTRALE - ANNO XXX

**SPECIALE
RAPPORTO ONDA
SETTIMA EDIZIONE
DEL LIBRO BIANCO
SULLA SALUTE
DELLA DONNA**

 **onda**

**Dalla medicina
di genere
alla medicina
di precisione.**
Percorsi evolutivi
e sinergie
di competenze



IN QUESTO NUMERO

IL FILO CONDUTTORE di questo numero di *GynecoAogoi* è la salute delle donne, vista sotto due aspetti: uno è il quadro della situazione attuale in Italia (Libro bianco di Onda, il rapporto Istat ed il documento dell'Istituto superiore di Sanità), l'altro affronta il tema sempre più attuale della qualità percepita e della discriminazione/violenza di genere (intervista alla senatrice Rizzotti e la lettera di una donna relativa all'esperienza del parto di sua figlia con le riflessioni di Claudio Crescini).

IL LIBRO BIANCO curato dall'Osservatorio Onda sulla salute delle donne in Italia è ormai arrivato alla settima edizione che è dedicata interamente alla medicina di genere e ne descrive la storia dagli albori alla situazione attuale con tutte le sue criticità.

IL RAPPORTO ISTAT mette in chiara evidenza una situazione che in Italia è ormai drammatica con un numero di nascite ai minimi storici. Abbiamo più volte affrontato questo tema, ma i numeri attuali non possono non indurci a riflessioni: la denatalità e l'aumento dell'età materna al primo figlio hanno un andamento ormai stabile che interessa tutte le Regioni. È assolutamente necessario che i politici si rendano conto che questo è uno dei problemi fondamentali dell'Italia!

ANCHE IL RAPPORTO DELL'ISS ci fornisce un quadro, seppure da un punto di vista diverso, della salute delle donne con dati relativi alle abitudini delle donne in gravidanza ed all'allattamento materno.

Fra gli altri, il documento sottolinea come l'utilizzo dei folati nella fase pre-concezionale abbia ancora una bassa diffusione in Italia. Mi fa molto piacere ricordare che abbiamo dedicato proprio ai folati il primo numero dei "Quaderni Aogoi", nuova iniziativa editoriale per aiutarci nel nostro aggiornamento continuo. La supplementazione con i folati ha un ruolo molto ampio in campo ostetrico-ginecologico e sottolinea il nostro impegno, assunto anche a livello internazionale con l'adesione al World Birth Defect Day (Wbtd), per la prevenzione dei difetti congeniti.

SEMPRE IN AMBITO DI SALUTE delle donne, segnaliamo la Circolare ministeriale sui vaccini pubblicata a novembre 2019 che ha recepito le modifiche richieste, in specifico sull'utilizzo del vaccino anti-influenzale anche nel primo trimestre di gravidanza.

PER QUANTO GLI ASPETTI DI RELAZIONE, sappiamo bene come sia difficile la comunicazione ed altrettanto complesso sia "misurare" la qualità percepita, ma dobbiamo davvero capire come stiamo lavorando e come possiamo migliorare. Ha un senso, in Italia, parlare di "violenza ostetrica" oppure è più opportuno considerare la situazione complessiva e analizzare i singoli casi in cui alcuni/rari operatori non hanno avuto un comportamento rispettoso della dignità della donna? Non credo che demonizzare una intera categoria possa portare beneficio ad alcuno, dobbiamo invece discutere ciò che non è andato bene nella singola realtà, con "quella"

donna per poter capire come rimediare e fare in modo che non succeda più. L'intervista alla senatrice Rizzotti ci racconta il suo punto di vista su questo tema. Proprio per aprire un confronto, abbiamo deciso di pubblicare su *GynecoAogoi*, la lettera che una donna ha inviato al quotidiano torinese La Stampa per raccontare l'esperienza del travaglio di sua figlia e le riflessioni che Claudio Crescini ha scritto. Credo che entrambe debbano essere lette e possano essere oggetto di confronto costruttivo.

TRA GLI ARGOMENTI TRATTATI su questo numero vorrei segnalare infine l'articolo sullo screening del parto pretermine in cui sono illustrate alcune novità circa il possibile ruolo degli aspetti genetici. Come ben sappiamo, la ricerca prosegue in tutti i campi ed oggi si sta ponendo sempre maggiore attenzione alla medicina "tailored", personalizzata, che tiene conto delle caratteristiche specifiche di ogni persona. In questo giocano un grande ruolo diversi fattori: l'anamnesi, la storia che precede la comparsa della malattia, l'ambiente in cui la donna vive, le sue caratteristiche genetiche. È un campo affascinante che potrà aprire nuove prospettive nel trattamento delle malattie ed anche, probabilmente, di una complicità ostetrica che ha conseguenze importanti quali il parto pretermine.

UN SINCERO AUGURIO A TUTTE/I DI UN 2020 IL PIÙ POSSIBILE PROFICUO E SERENO DA PARTE MIA E DI TUTTO IL DIRETTIVO AOGOI



ELSA VIORA
Presidente Aogoi

Buona lettura!

INDICE

SEI

Violenza ostetrica.
Intervista alla senatrice Rizzotti (Fi):
"Siamo tra i Paesi più attenti contro questi fenomeni. Ma non si deve arretrare su sicurezza punti nascita"

SETTE

Calo delle nascite: il Report dell'Istat.
Non si arresta il calo delle nascite: nel 2018 oltre 18 mila bambini in meno rispetto a 2017 e 140 mila in confronto al 2008

DIECI

Lo studio dell'Iss sui determinanti di salute nella prima infanzia.
Mamme sempre più consapevoli, ma restano ancora da promuovere alcune "buone pratiche"

VENTISETTE VENTINOVE

Lo screening del parto pretermine nella gravidanza singola: un possibile aiuto dalla genetica

Ufficio legale Aogoi.
Il bilancio dell'attività

Gyneco Aogoi

Organo Ufficiale dell'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

Numero 6 - 2019
Anno XXX

Presidente
Elsa Viora

Comitato Scientifico
Claudio Crescini
Giovanni Monni
Pasquale Pirillo
Carlo Sbiroli
Vito Trojano
Sandro Viglino

Direttore Responsabile
Ester Maragò
e.marago@hcom.it

Editore
Edizioni Health Communication

Pubblicità
Edizioni Health Communication
via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma

Stampa
STRpress
Pomezia - Roma

Abbonamenti
Annuo: Euro 26.
Singola copia: Euro 4
Reg. Trib. di Milano del 22.01.1991 n. 33
Poste Italiane Spa -
Spedizione in abbonamento postale 70% - Dcb - Roma
Finito di stampare: dicembre 2019
Tiratura 8.000 copie.

La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza una preventiva ed esplicita autorizzazione da parte dell'editore. I contenuti delle rubriche sono espressione del punto di vista degli Autori. Questa rivista le è stata inviata tramite abbonamento: l'indirizzo in nostro possesso verrà utilizzato, oltre che per l'invio della

rivista, anche per l'invio di altre riviste o per l'invio di proposte di abbonamento. Ai sensi della legge 675/96 è nel suo diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o l'aggiornamento dei dati in nostro possesso. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Testata associata

A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORIALE PERIODICA SPECIALIZZATA

Congresso nazionale ginecologi

Cambio al vertice della Sigo, Antonio Chiantera nuovo presidente. Elsa Viora confermata alla guida di Aogoi

Chiantera: “È un grande onore poter rappresentare la ginecologia italiana che fa scuola in tutto il mondo con una tradizione scientifica d'avanguardia in tutte le aree della salute materno-infantile, della medicina della riproduzione e della ginecologia oncologica”. **Viora:** “Fiera di poter continuare a rappresentare l'Associazione e portare avanti l'impegno profuso in questi anni a favore di una Ginecologia e Ostetricia che guarda al benessere e alla salute della donna a 360 gradi”



PASSAGGIO DEL TESTIMONE alla Sigo, il professor Antonio Chiantera guiderà la Società italiana di ginecologia e ostetricia nel prossimo biennio succedendo a Giovanni Scambia, Direttore del Polo Scienze della Salute della Donna e del Bambino dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Mentre **Elsa Viora** è stata riconfermata alla presidenza dell'Aogoi (Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani).

L'elezione è avvenuta nel corso del Congresso nazionale Sigo-Aogoi-Agui-Agite che si è chiuso a Napoli lo scorso 30 ottobre, che ha visto la partecipazione di oltre 1.500 specialisti da tutta Italia e relatori di fama nazionale e internazionale. **Napoletano, il Prof. Chiantera** è stato Docente di patologia ostetrica ginecologica presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia di Napoli e Primario ostetrico ginecologo dell'Ospedale Buon Consiglio Fatebenefratelli di Napoli. Dal 1986 è parte del Consiglio direttivo di Aogoi, con la carica di Segretario nazionale, e membro di Sigo dal 1969. Una carriera internazionale con circa 200 pubblicazioni e numerose relazioni in Congressi nazionali e internazionali nell'ambito dell'Ostetricia e della Ginecologia, della medicina legale e del risk management.

“Sono lieto della fiducia ricevuta dai miei colleghi ed è un grande onore poter rappresentare la ginecologia italiana che fa scuola in tutto il mondo, con una tradizione scientifica d'avanguardia in tutte le aree della salute materno-infantile, della medicina della riproduzione e della ginecolo-

gia oncologica – ha affermato Chiantera – l'obiettivo è quello di proseguire nella tutela e valorizzazione del ruolo dei professionisti che ogni giorno accompagnano le donne nelle diverse fasi della loro vita. Le sfide che ci attendono sono quelle di rimettere al centro il rapporto tra medico e paziente, affinché sia sempre più basato sulla fiducia, avvicinare più giovani alla disciplina ginecologica, rivedendo l'organizzazione delle scuole di specializzazioni e – ha concluso – continuare a portare avanti il nostro impegno, come società scientifica, nella stesura di linee guida che orientino la pratica clinica quotidiana”.



La Dottoressa Elsa Viora già responsabile della Struttura di ecografia ostetrica-ginecologica e diagnosi prenatale del Sant'Anna di Torino è dal 2016 alla guida dell'Associazione che rappresenta oltre 4 mila iscritti. “Sono fiera di poter continuare a rappresentare l'Associazione e portare avanti l'impegno profuso in questi anni a favore di una Ginecologia e Ostetricia che guarda al benessere e alla salute della donna a 360 gradi – ha commentato – un impegno che si concretizza nel continuo aggiornamento scientifico per il miglioramento della pratica clinica, in attività di formazione rivolte ai professionisti, di prevenzione e comunicazione che parlano direttamente alle donne e ai giovani. In questi anni l'Aogoi ha fatto importanti passi formali e di contenuti – ha aggiunto – a partire dall'accreditamento come Società scientifica da parte del Ministero, un riconoscimento del lungo percorso, iniziato molti anni fa e di cui il nostro segretario nazionale Chiantera è stato il motore propulsivo. Ma c'è ancora molto da fare e sono convinta che la ginecologia italiana marcerà sempre più coesa”.

L'AOGOI 2020-2022

Consiglio Direttivo

Past President
Vito Trojano

Presidente
Elsa Viora

Vice Presidente
Sergio Schettini

Vice Presidente
Claudio Crescini

Segretario Nazionale
Carlo Maria Stigliano

Vice Segretario
Mario Passaro

Tesoriere
Maurizio Silvestri

Consigliere
Gianfranco Jorizzo

Consigliere
Franco Marincolo

Consigliere
Maria Giovanna Salerno

Presidente Ufficio Legale
Antonio Chiantera
Coordinatore Ufficio Legale
Pasquale Pirillo

Consiglio dei Probiviri

Probiviri
Giancarlo Cecchini
Rosalba Giacchello
Roberto Seclì

Probiviro Supplente
Salvatore Bennici

Collegio dei Revisori dei Conti

Revisore dei Conti
Valeria Dubini
Revisore dei Conti
Riccardo Morgera
Revisore dei Conti
Franco Rodio



Cronaca di un Congresso di rinnovamento e di continuità



SANDRO M. VIGLINO
Presidente Agite -
Vice Presidente Sigo

Due elementi hanno caratterizzato l'appena concluso 94° Congresso nazionale SIGO: la grande e convinta partecipazione di tanti colleghi e colleghe che hanno spesso affollato le numerose e articolate sessioni in cui si è sviluppato il Congresso e la peculiarità di una SIGO rinnovata nei suoi organi dirigenti e che già adesso suggerisce curiosità, sfide e aspettative che stimolano e interrogano l'interesse della Ginecologia italiana, senza rinunciare però a quella continuità di percorso che l'ha caratterizzata negli ultimi anni



“ Se mi avessero chiesto di prendere la parola sul palco subito dopo l'elezione, avrei sottolineato questo concetto citando un grande figlio di Napoli recentemente scomparso, Luciano De Crescenzo: “Gli uomini sono angeli con un'ala sola. Possono volare solo abbracciati”.

IN OCCASIONE del 93° Congresso svoltosi a Roma nell'ottobre dello scorso anno, venne approvato il nuovo Statuto Sigo sia per uniformarsi ad alcuni requisiti richiesti dal Ministero della Salute alle Società medico-scientifiche ai fini dell'accreditamento sia per adeguare la Società alla nuova veste di Federazione, espressione delle tre Società “federate” che la compongono e che ne costituiscono i pilastri su cui si regge: Aogoi (Ospedale) - Agui (Università) - Agite (Territorio e liberi professionisti).

Il Congresso di quest'anno svoltosi nella splendida cornice di Napoli ha segnato il passaggio dalla fase formale e teorica a quella concreta e operativa caratterizzata da un Direttivo Sigo nel quale si distingue una sorta di vertice che si identifica nelle cariche di Presidente, Presidente eletto, Vice Presidente e Past Presidente. Esso costituisce il “luogo” istituzionale nel quale le tre Federate sono presenti, anche in virtù dei soggetti chiamati a rappresentarle su indicazione delle rispettive Società.

Il ruolo di Presidente è stato affidato ad Antonio Chiantera e basterebbe questo a caratterizzare il “rinnovamento” di Sigo: il Prof. Chiantera è stato per oltre 30 anni l'onnipresente Segretario nazionale di Aogoi che ha protetto, plasmato e fatto crescere fino a farla diventare quella grande Associazione che è. Chi lo conosce bene sa quanto tormento sta dietro questa sua scelta di lasciare la Segreteria Aogoi e di candidarsi alla Presidenza Sigo ma, appunto, il “rinnovamento” della Società passa anche attraverso l'impegno in prima persona di un personaggio ricco di esperienza operativa e riferimento di una rete di relazioni quanto mai fitta e consolidata. Il rinnovamento richiedeva alla guida di Sigo un combattente in servizio permanente effettivo come Antonio Chiantera.

Alla carica di Presidente eletto il mondo universitario ha indicato Nicola Colacurci, Presidente uscente di Agui che, sotto la sua guida di questi ultimi anni, ha saputo crescere e soprattutto restare unita, obiettivo non sempre facile da raggiungere nel contesto di un universo articolato fatto di tante individualità come quello universitario.

Tutto il nostro mondo professionale ha poi tributato onore e riconoscimenti a Giovanni Scambia, attivissimo e innovativo Presidente Sigo al cui servizio in questi tre anni ha messo il proprio prezioso contributo culturale e professionale, caratterizzando qualitativamente e rafforzando il ruolo internazionale della Società, che continuerà ad usufruire della sua attività attraverso il ruolo di Past President.

E veniamo infine ad Agite. L'Associazione che rappresenta i Ginecologi del territorio e della libera professione lo scorso anno è entrata finalmente dalla porta principale nel mondo della Ginecologia italiana e la carica di Vice Presidente affidata al sottoscritto ne costituisce la traduzione plastica e concreta. Essendo anche stato riconfermato nella carica di Presidente Agite, il nesso tra le due Società appare dunque ancora più forte e tangibile. Questo doppio riconoscimento che ha potuto contare sul sostegno unanime dell'Assemblea e del Direttivo dell'Associazione mi lusinga ma subito dopo mi preoccupa perché costituisce per me l'ennesima sfida e l'ennesimo branco di prova cui sono chiamato a rispondere e per uno come me, molto determinato ma senza mai verità in tasca, il dubbio di non deludere le molte aspettative è sempre ben presente. Con questo mio incarico spero di dare ad Agite quella sostanza e quella dignità che le competono, stimolando la presa di coscienza da parte di tutta la Ginecologia sul ruolo sempre più fondamentale svolto dal Territorio nella gestione della salute della donna.

Concludo riprendendo il titolo del mio articolo comparso anche sul numero congressuale di *GynecoAogoi* che recitava: **Il Congresso dell'unità**. L'esperienza di quest'ultimo Congresso nazionale ha dimostrato ancora una volta quanto conta e quanto è essenziale l'unità della nostra categoria che soltanto dall'unità appunto può sfruttare appieno la propria forza, adoperandosi in tutti i modi per superare incomprensioni, malintesi, inutili protagonismi, ingiustificate contrapposizioni. Se mi avessero chiesto di prendere la parola sul palco subito dopo l'elezione, avrei sottolineato questo concetto citando un grande figlio di Napoli recentemente scomparso, Luciano De Crescenzo: “Gli uomini sono angeli con un'ala sola. Possono volare solo abbracciati”.

MARIA RIZZOTTI

La risoluzione del Consiglio d'Europa dell'ottobre scorso che richiamava i paesi membri a una maggiore attenzione sugli episodi di violenza ostetrica ha riproposto il tema anche in Italia. Ne abbiamo parlato in questa intervista con la senatrice di Forza Italia Maria Rizzotti, membro della Commissione sanità di



MARIA RIZZOTTI (FI)
Membro della 12^a Commissione permanente Igiene e Sanità, della Commissione parlamentare di inchiesta sul femminicidio, nonché su ogni forma di violenza di genere

Violenza ostetrica

“Siamo tra i Paesi più attenti contro questi fenomeni. Ma non si deve arretrare su sicurezza punti nascita”

Intervista di Ester Maragò

Palazzo Madama e della Delegazione parlamentare italiana presso l'Assemblea del Consiglio d'Europa: “L'Italia attraverso la normativa nazionale e la collaborazione tra società scientifiche e le associazioni dei pazienti, risulta tra i Paesi più attenti a questo tema”

Ne abbiamo parlato con la Senatrice **Maria Rizzotti** - membro della 12^a Commissione permanente Igiene e Sanità, della Commissione parlamentare di inchiesta sul femminicidio, nonché su ogni forma di violenza di genere e membro della Delegazione parlamentare italiana presso l'Assemblea del Consiglio d'Europa - che ha detto la sua anche sulla questione di Punti nascita.

Senatrice Rizzotti, come nasce la risoluzione sulla violenza ostetrica del Consiglio d'Europa e qual è il messaggio che deve arrivare ai ginecologi italiani?

Iniziamo con l'affermare che l'Italia attraverso la normativa nazionale e la collaborazione tra società scientifiche e le associazioni dei pazienti, risulta tra i Paesi più attenti a questo tema. E le varie indagini condotte condividono il fatto che le donne italiane sono generalmente soddisfatte della loro esperienza in sala parto, anche se l'informazione e il controllo del dolore devono essere migliorati soprattutto in caso di parto “complicato”.

Per quanto riguarda nello specifico la mozione approvata dal Consiglio europeo, questa prende le mosse da un Rapporto della Commissione sulla questione dell'aborto forzato e delle sterilizzazioni che, tuttavia, sono assenti dalla proposta di risoluzione, ma sono anche fortunatamente assenti nel nostro Paese. Per comprenderne meglio lo spirito di questa mozione, va ricordato che il Consiglio europeo si occupa non solo degli Stati membri dell'Unione ma anche di molti altri Paesi aderenti, come ad esempio quelli africani, caraibici quindi con caratteristiche diverse dal nostro sistema occidentale. Si interessa, ad ampio spettro, della tutela dei diritti delle persone, che nei nostri Stati sono difesi da anni e anni di cultura universalistica e solidale.

Il fatto che la risoluzione metta in luce un aspetto negativo del trattamento verso le donne in ambito ostetrico e ginecologico, non implica quindi necessariamente che questi fenomeni siano presenti in Italia. Certo, può accadere che nel nostro Paese possano esserci comportamenti magari lesivi di determinati diritti della donna, ma sono comportamenti da ascrivere a singoli, come può avvenire nei casi di mala sanità, non certamente ad una prassi consolidata. Inoltre in Italia non è consentito un atto medico senza un consenso informato. Ricordiamo poi che grazie alla grande professionalità del personale la mortalità infantile in Italia è tra le più basse in Europa, inferiore anche a quella della Francia. Insomma, la mozione non mette in discussione la professionalità di una categoria di specialisti che è tra le più esposte in assoluto a rischio professionale.

Perché è così difficile riconoscere la violenza ostetrica per le stesse donne che la subiscono?

Il concetto di “violenza ostetrica”, soprattutto in Italia, non è molto conosciuto se non per l'azione e le singole campagne di alcuni gruppi femministi e di alcune as-

soziazioni di donne; non è certamente né conosciuto né praticato nei nostri ospedali. Può essere definita in modo generico come un insieme di comportamenti che hanno a che fare con la salute riproduttiva e sessuale delle donne, declinata sia nella scelta della maternità che, all'opposto, nel suo rifiuto. Si parla di abuso fisico diretto e verbale, procedure mediche coercitive o non acconsentite (inclusa la sterilizzazione), mancanza di riservatezza, carenza di un consenso realmente informato, rifiuto di offrire un'adeguata terapia per il dolore, gravi violazioni della privacy, rifiuto di ricezione nelle strutture ospedaliere, trascuratezza nell'assistenza al parto con complicazioni altrimenti evitabili che mettono in pericolo la vita della donna. Se alcuni di questi comportamenti si dovessero mai verificare nei nostri ospedali non è da imputare a un concetto di violenza ostetrica, ma a comportamenti scorretti e devono essere segnalati.

Insomma, possiamo affermare che nel nostro Paese le donne sono tutelate...

In Italia abbiamo già misure legislative atte a garantire che comportamenti intenzionali siano criminalizzati. A cominciare, come ho sottolineato, dal consenso informato che serve proprio ad evitare che una donna venga sottoposta ad un aborto senza il suo consenso preventivo e informato o ad un intervento chirurgico che può l'effetto di interrompere la sua capacità riproduttiva. Ribadisco pertanto che l'Italia grazie a un lavoro congiunto tra istituzioni, professionisti, operatori sanitari, società scientifiche e associazioni dei pazienti, è uno tra i Paesi più attenti a queste tematiche.

Ultimamente in molte Regioni si richiedono deroghe alla chiusura dei punti nascita che effettuano meno di 500 parti annui. Su questo punto c'è stata una ferma posizione dei ginecologi, neonatologi e pediatri, secondo i quali tenerli aperti rappresenterebbe un serio rischio per salute di mamme e bambini. Qual è il suo parere?

Ogni riforma comprende fasi di programmazione, attuazione e di verifica. Quindi l'idea di fare una profonda riflessione sulla ponderazione dei rischi, nell'interesse primario delle mamme e dei neonati è sempre indispensabile. Il problema dei punti nascita non può né deve sottostare a logiche politiche o di costi economici, ma deve essere affrontato considerando, prima di ogni altro aspetto, la sicurezza delle donne e dei bambini. Per esempio, il reparto di terapia intensiva neonatale, la presenza h24 in guardia attiva dell'intera équipe che comprende le figure professionali di medico ostetrico-ginecologo, ostetrica, neonatologo/pediatra, anestesista, con le necessarie risorse strutturali e strumentali. Il numero di parti/anno per punto nascita è un elemento indispensabile affinché l'équipe abbia la competenza necessaria, che dipende sia dall'esperienza, sia da un programma di formazione professionale continua ed appropriata. Alcuni standard di sicurezza rimangono imprescindibili da qualunque revisione, tuttavia credo che dobbiamo tenere conto della geografia del nostro Paese.

Ritengo che sia indispensabile organizzare la medicina del territorio per seguire i percorsi della donna, considerando sempre il tempo e i disagi causati dalle grandi distanze che una donna può dover affrontare per raggiungere un punto nascita.

Calo delle nascite: il Report dell'Istat

Non si arresta il calo delle nascite: nel 2018 oltre 18 mila bambini in meno rispetto a 2017 e 140 mila in confronto al 2008



Il numero medio di figli per donna scende ancora attestandosi a 1,29; nel 2010, anno di massimo relativo della fecondità, era 1,46. L'età media arriva a 32 anni, quella alla nascita del primo figlio raggiunge i 31,2 anni nel 2018, quasi un anno in più rispetto al 2010. Diminuiscono anche i nati con almeno un genitore straniero. E dai primi dati il calo delle nascite proseguirà anche nel 2019

CONTINUANO A DIMINUIRE i nati nel nostro Paese: nel 2018 sono stati iscritti in anagrafe 439.747 bambini, oltre 18 mila in meno rispetto all'anno precedente e quasi 140 mila in meno nel confronto con il 2008. Il persistente calo della natalità si ripercuote soprattutto sui primi figli che si riducono a 204.883, ben 79 mila in meno rispetto al 2008. Il numero medio di figli per donna scende ancora attestandosi a 1,29; nel 2010, anno di massimo relativo della fecondità, era 1,46. L'età media arriva a 32 anni, quella alla nascita del primo figlio raggiunge i 31,2 anni nel 2018, quasi un anno in più rispetto al 2010. A scattare l'istantanea sulle nascite nel nostro Paese è l'ultimo Report dell'Istat.

NASCITE IN CALO Nel 2018, come abbiamo visto prosegue il trend in calo del numero delle nascite. Una tendenza negativa che non evidenzia segnali di inversione: secondo i dati provvisori riferiti al periodo gennaio-giugno 2019, le nascite sono già quasi 5 mila in meno rispetto allo stesso semestre del 2018. Nell'arco degli ultimi dieci anni le nascite sono diminuite di 136.912 unità, quasi un quarto (il 24% in meno) rispetto al 2008. Questa diminuzione è attribuibile esclusivamente alle nascite da coppie di genitori entrambi italiani (343.169 nel 2018, quasi 140 mila in meno nell'ultimo decennio). Si tratta di un fenomeno di rilievo, in parte dovuto agli effetti "strutturali" indotti dalle significative modificazioni della popolazione femminile in età feconda, convenzionalmente fissata tra 15 e 49 anni. In questa fascia di popolazione, le donne italiane sono sempre meno numerose: da un lato, le cosiddette baby-boomers (ovvero le donne nate tra la seconda metà degli anni Sessanta e la prima metà dei Settanta) stanno uscendo dalla fase riproduttiva (o si stanno avviando a concluderla); dall'altro, le generazioni più giovani sono sempre meno consistenti.

E PROPRIO LE GENERAZIONI PIÙ GIOVANI SCANTANO, INFATTI, L'EFFETTO DEL COSIDDETTO BABY-BUST, ovvero la fase di forte calo della fecondità del ventennio 1976-1995, che ha portato al minimo storico di 1,19 figli per donna nel 1995. A partire dagli anni duemila l'apporto dell'immigrazione, con l'ingresso di popolazione giovane, ha parzialmente contenuto gli effetti del baby-bust; tuttavia questo effetto sta lentamente perdendo la propria efficacia man mano che invecchia anche il profilo per età della popolazione straniera residente. Al primo gennaio 2019 le donne residenti in Italia tra 15 e 29 anni sono poco più della metà di quelle tra 30 e 49 anni. Rispetto al 2008 le donne tra i 15 e i 49 anni sono oltre un milione in meno. Un minore numero di donne in età feconda (anche in una teorica ipotesi di fecondità costante) comporta, in assenza di variazioni della fecondità, meno nascite. Questo impatto può essere stimato applicando alla popolazione media del 2018 i livelli di fecondità relativi al 2008 (espressi mediante i tassi di fecondità specifici per età). In questo modo si otterrebbero oltre 485 mila nati per il 2018; confrontando questo valore con i 576.659 nati del

CALO DELLE NASCITE: IL REPORT DELL'ISTAT



2008, risulterebbe un gap di circa 92 mila nascite imputabile unicamente alla variazione di ammontare e di struttura per età della popolazione femminile in età feconda. Questo fattore è responsabile per circa il 67% della differenza di nascite osservata tra il 2008 e il 2018.

La restante quota dipende invece dalla diminuzione della fecondità da 1,45 figli per donna a 1,29. Continuano a diminuire le nascite all'interno del matrimonio (297.768), quasi 19 mila in meno rispetto all'ultimo anno, 166 mila in meno rispetto al 2008. Ciò è dovuto anche al forte calo dei matrimoni che si è protratto fino al 2014, anno in cui sono state celebrate appena 189.765 nozze, per poi proseguire con un andamento altalenante che vede nel 2018, anno in cui sono stati celebrati 195.778 matrimoni, un lieve aumento (+4.500) rispetto al 2017.

IL CALO DELLE NASCITE RIGUARDA SOPRATTUTTO I PRIMI FIGLI La fase di calo della natalità avviata con la crisi si ripercuote soprattutto sui primi figli, diminuiti del 28% circa tra il 2008 (283.922, pari al 49,2% del totale dei nati) e il 2018 (204.883, pari al 46,6%). Complessivamente i figli di ordine successivo al primo sono diminuiti del 20% nello stesso arco temporale. La forte contrazione dei primi figli interessa tutte le aree del Paese, ad eccezione della provincia autonoma di Bolzano che al contrario presenta un aumento (+4,9%). La diminuzione dei primi figli rispetto al 2008 è superiore a quella riferita a tutti gli ordini di nascita in quasi tutte le regioni italiane, a testimonianza della difficoltà che hanno le coppie, soprattutto le più giovani, nel formare una nuova famiglia con figli; problematica un po' diversa rispetto all'inizio del millennio, quando la criticità riguardava soprattutto il passaggio dal primo al secondo figlio.

DIMINUIZIONE IN TUTTE E REGIONI I primi figli si sono ridotti di oltre il 30% in Piemonte (-33,2%), Valle d'Aosta (-33,6%), Liguria (-34,1%), Veneto (-31,5%), Friuli-Venezia Giulia (-32,9%), Emilia-Romagna (-30,2%), Toscana (-31,9%), Umbria (-35,9%) e Marche (-34,4%). Tra le cause del calo dei primi figli vi è la prolungata permanenza dei giovani nella famiglia di origine, a sua volta dovuta a molteplici fattori: il protrarsi dei tempi della formazione, le difficoltà che incontrano i giovani nell'ingresso nel mondo del lavoro e la diffusa instabilità del lavoro stesso, le difficoltà di accesso al mercato delle abitazioni, una tendenza di lungo periodo ad una bassa crescita economica, oltre ad altri possibili fattori di natura culturale.

BAMBINI ISCRITTI IN ANAGRAFE NEL 2018

439.747

RISPETTO AL 2017

-18.000

RISPETTO AL 2008

-140.000

L'effetto di questi fattori è stato amplificato negli ultimi anni da una forte instabilità economica e da una perdurante incertezza sulle prospettive economiche del Paese, che ha spinto sempre più giovani a ritardare le tappe della transizione verso la vita adulta rispetto alle generazioni precedenti.

UN NATO SU TRE HA GENITORI NON CONIUGATI In un contesto di nascite decrescenti, quelle che avvengono fuori del matrimonio aumentano di oltre 29 mila unità rispetto al 2008, raggiungendo i 141.979 nati da genitori non coniugati nel 2018. Il loro peso relativo continua a crescere (32,3% nel 2018). La quota più elevata di nati da genitori non coniugati si osserva nel Centro (38,1%), seguito dal Nordest (35,5%) e dal Nord-ovest (34,5%). Tra le regioni del Centro spicca la Toscana (40,8%) mentre tra le regioni del Nord-est la proporzione più alta si registra a Bolzano (46,5%, il valore più alto a livello nazionale). Il Mezzogiorno presenta generalmente incidenze molto più contenute (25,8%), con le percentuali più basse in Basilicata (20,7%) e Calabria (21,1%). Il valore della Sardegna (42,7%) supera invece anche la media del Centro-nord. Considerando solo i nati da genitori entrambi italiani, il 34,7% ha genitori non coniugati. L'incidenza di nati fuori dal matrimonio è più elevata nel caso di coppie miste se è il padre ad essere straniero (36,6%); quando è invece la madre ad essere straniera, la proporzione è più bassa (27,2%). Per i nati da genitori entrambi stranieri si osserva la quota più bassa rispetto alle altre tipologie, circa la metà (16,8%) del totale nazionale.

SI RIDUCE IL CONTRIBUTO ALLA NATALITÀ DEI CITTADINI STRANIERI Dal 2012 al 2018 diminuiscono anche i nati con almeno un genitore straniero (quasi 11 mila in meno) che, con 96.578 unità, costituiscono il 22% del totale dei nati e registrano una riduzione di oltre 2.600 unità solo nell'ultimo anno. Questo calo è imputabile quasi esclusivamente ai nati da genitori entrambi stranieri: scesi per la prima volta sotto i 70 mila nel 2016 (69.379), sono 65.444 nel 2018 (14,9% sul totale dei nati), quasi 2.500 in meno rispetto al 2017. Le cittadine straniere residenti, che finora hanno parzialmente riempito i "vuoti" di popolazione femminile ravvisabili nella struttura per età delle donne italiane, stanno a loro volta "invecchiando": la quota di 35-49enni sul totale delle cittadine straniere in età feconda passa dal 42,7% del 1° gennaio 2008 al 52,7% del 1° gennaio 2019. Questa

trasformazione è conseguenza delle dinamiche migratorie nell'ultimo decennio. Le grandi regolarizzazioni del 2002 hanno dato origine, negli anni 2003-2004, alla concessione di circa 650 mila permessi di soggiorno, in gran parte tradotti in un "boom" di iscrizioni in anagrafe dall'estero (oltre 1 milione 100 mila in tutto), che ha fatto raddoppiare il saldo migratorio rispetto al biennio precedente. Le boomers, che hanno fatto il loro ingresso o sono "emerse" in seguito alle regolarizzazioni, hanno realizzato nei dieci anni successivi buona parte dei loro progetti riproduttivi nel nostro Paese, contribuendo in modo importante all'aumento delle nascite e della fecondità di periodo.

LA DINAMICA MIGRATORIA SI È ATTENUATA QUINDI CON LA CRISI DEGLI ULTIMI ANNI, pur restando positiva come avviene ormai da oltre venti anni. In Italia, inoltre, sono sempre più rappresentate le comunità straniere caratterizzate da un progetto migratorio in cui le donne lavorano e mostrano minori livelli di fecondità in Italia. È il caso delle donne ucraine, moldave, filippine, peruviane ed ecuadoriane, che hanno alti tassi di occupazione, prevalentemente nei servizi alle famiglie. Anche per queste ragioni il contributo delle cittadine straniere alla natalità della popolazione residente si va lentamente riducendo.

AL NORD PIÙ DI UN NATO SU CINQUE HA GENITORI ENTRAMBI STRANIERI Al primo posto tra i nati stranieri iscritti in anagrafe si confermano i bambini rumeni (13.530 nati nel 2018), seguiti da marocchini (9.193), albanesi (6.944) e cinesi (3.362). Queste quattro comunità rappresentano la metà del totale dei nati stranieri. L'incidenza delle nascite da genitori entrambi stranieri sul totale dei nati è notoriamente molto più elevata nelle regioni del Nord (20,7% nel Nord-est e 21,0% nel Nord-ovest) dove la presenza straniera è più stabile e radicata e, in misura minore, in quelle del Centro (17,5%); nel Mezzogiorno l'incidenza è molto inferiore rispetto al resto d'Italia (6,0% al Sud e 5,6% nelle Isole). Nel 2018 è di cittadinanza straniera circa un nato su quattro in Emilia-Romagna (24,3%), quasi il 22% in Lombardia, circa un nato su cinque in Veneto, Liguria, Toscana e Piemonte. La percentuale di nati stranieri è decisamente più contenuta in quasi tutte le regioni del Mezzogiorno, con l'eccezione dell'Abruzzo (10,5%).

L'impatto dei comportamenti procreativi dei cittadini stranieri è più evidente se si estende l'analisi al complesso dei nati con almeno un genitore straniero, ottenuti sommando ai nati stranieri le nascite di bambini italiani nell'ambito di coppie miste. La geografia è analoga a quella delle nascite da genitori entrambi stranieri ma con intensità più elevate: in media nel 2018 ha almeno un genitore straniero oltre il 30% dei nati al Nord e il 25,4% al Centro; al Sud e nelle Isole le percentuali scendono a 9,5% e 8,9%. Le regioni del Centro-nord in cui la percentuale di nati da almeno un genitore straniero è più elevata sono Emilia-Romagna (35,0%), Lombardia (30,9%), Liguria (30,1%), Veneto (29,7%) e Toscana (29,1%). Considerando la cittadinanza delle madri, al primo posto si confermano i nati da donne rumene (17.668 nati nel 2018), seguono quelli da donne marocchine (11.774) e albanesi (8.791); queste cittadinanze coprono il 43,1% delle nascite da madri straniere residenti in Italia. La propensione a formare una famiglia con figli tra concittadini (omogamia) è alta nelle comunità asiatiche e africane. All'opposto, le donne polacche, russe e brasiliane hanno più frequentemente figli con partner italiani che con connazionali.

UMBRIA

-35,9%

MARCHE

-34,4%

LIGURIA

-34,1%

VALLE D'AOSTA

-33,6%

PIEMONTE

-33,2%

VENETO

-31,5%

EMILIA ROMAGNA

-30,2%



SEMPRE IN CALO IL NUMERO MEDIO DI FIGLI PER DONNA Nel 2018 le donne residenti in Italia hanno in media 1,29 figli (1,32 nel 2017), accentuando la diminuzione in atto dal 2010, anno in cui si è registrato il massimo relativo di 1,46. Si torna agli stessi livelli di 15 anni fa. Tuttavia l'1,29 del 2003 era osservato in una fase di recupero della fecondità dopo il minimo storico registrato nel 1995, recupero attribuibile in larga misura al crescente contributo delle donne straniere. Nel 2003 la fecondità delle straniere era pari a 2,52 figli per donna, rispetto al valore di 1,94 dell'anno più recente. La fecondità delle italiane, bassa già nel 2003, è passata invece da 1,24 a 1,21 nel 2018. Spetta al Nord il primato dei livelli più elevati di fecondità (1,32 nel Nord-ovest e 1,36 nel Nord-est), soprattutto nelle Province Autonome di Bolzano e Trento (rispettivamente 1,72 e 1,45), in Valle d'Aosta (1,38) e Lombardia (1,35). Al Centro e nel Mezzogiorno i livelli di fecondità sono molto vicini (1,23 e 1,26) ma, rispetto all'anno precedente, entrambi presentano una flessione. Nel Mezzogiorno il valore si attesta a 1,26 (1,29 nel 2017) mentre al Centro è sceso da 1,27 a 1,23. A livello regionale, la Sardegna presenta il più basso livello di fecondità (1,02), ancora in diminuzione rispetto al 2017 (1,06).

LE DIFFERENZE TERRITORIALI NELLA FECONDITÀ TOTALE SONO SPIEGATE DAL DIVERSO CONTRIBUTO DELLE DONNE STRANIERE, le quali hanno in media 1,94 figli nel 2018 (1,98 nel 2017) a livello nazionale e 2,06 al Nord (2,11 nel 2017). I livelli di fecondità sono pari a 1,72 al Centro e a 1,82 al Mezzogiorno: rispetto all'anno precedente il valore è stabile nella prima ripartizione e in diminuzione nella seconda (1,91). Il numero medio di figli per donna delle italiane, pari a 1,21 a livello nazionale nel 2018, è in calo rispetto all'anno precedente (1,24), in particolare al Centro (da 1,20 a 1,15) e nel Nord (da 1,23 a 1,20) ma anche nel Mezzogiorno (da 1,26 a 1,24). A detenere il primato della fecondità delle italiane resta sempre la Provincia autonoma di Bolzano (1,64) seguita dalla provincia di Trento (1,34). Tra le regioni del Centro, il livello più elevato si osserva nel Lazio (1,18) mentre nel Mezzogiorno il picco si registra in Sicilia (1,31); in Sardegna si registra il valore minimo (1,00), ancora in lieve diminuzione rispetto a 1,04 registrato nel 2017.

IN MEDIA SI DIVENTA MADRI A 31,2 ANNI L'evoluzione della fecondità di periodo è fortemente condizionata dalle variazioni nella cadenza delle nascite rispetto all'età delle donne. L'aumento del

NUMERO MEDIO DI FIGLI PER DONNA

1,29

NEL 2010

1,46

NUMERO MEDIO DI FIGLI PER DONNE STRANIERE

1,94

numero medio di figli per donna registrato tra il minimo del 1995 e il 2010 si è verificato nei territori interessati dal recupero delle nascite precedentemente rinviate da parte delle donne di cittadinanza italiana e dove la presenza straniera è più stabile e radicata (quindi più nati stranieri o con almeno un genitore straniero). Ciò è accaduto, in particolare, nelle regioni del Nord e del Centro mentre nel Mezzogiorno è proseguito il fenomeno della denatalità a causa della posticipazione delle nascite, ancora in atto da parte delle cittadine italiane, non compensata dalla quota, modesta in questa area, di nascite di bambini con almeno un genitore straniero. Il dispiegarsi degli effetti sociali della crisi economica ha agito direttamente sulla cadenza delle nascite.

LE DONNE RESIDENTI IN ITALIA HANNO ACCENTUATO IL RINVIO DELL'ESPERIENZA RIPRODUTTIVA VERSO ETÀ SEMPRE PIÙ AVANZATE:

rispetto al 1995, l'età media al parto aumenta di oltre due anni, arrivando a 32,0 anni; in misura ancora più marcata cresce anche l'età media alla nascita del primo figlio, che si attesta a 31,2 anni nel 2018 (tre anni in più rispetto al 1995). Le regioni del Centro sono quelle che presentano il calendario più posticipato (32,3 anni). Le madri residenti del Lazio, infatti, insieme a quelle della Basilicata e della Sardegna, hanno un'età media al parto pari a 32,5 anni. Confrontando i tassi di fecondità per età del 1995, del 2010 (solo italiane) e del 2018 (italiane e totale residenti) si osserva uno spostamento della fecondità verso età sempre più mature. Rispetto al 1995, i tassi di fecondità sono cresciuti nelle età superiori a 30 anni mentre continuano a diminuire tra le donne più giovani.

Questo fenomeno è ancora più accentuato considerando le sole cittadine italiane per le quali, confrontando la fecondità del 2018 con quella del 2010, il recupero della posticipazione si osserva solo a partire dai 40 anni.

MENO PRIMI FIGLI PER DONNA SIA PER LE ITALIANE CHE PER LE STRANIERE

In un contesto di bassa fecondità come quello italiano, il numero medio di primi figli per donna rappresenta il 47,3% della fecondità complessiva: 0,61 primi figli rispetto a 1,29 figli totali nel 2018 (rispettivamente 0,73 e 1,46 nel 2010). Il valore di questo indicatore è sceso molto di più per le donne sotto i 30 anni di età - da 0,35 nel 2010 a 0,25 nel 2018, pari a -27% - rispetto al valore riferito a tutte le età (-16,7%) e spiega quasi l'80% della diminuzione complessiva della fecondità del primo ordine. Tra il 2010 e il 2018 la diminuzione complessiva del numero medio di figli per donna delle italiane (-129 figli per mille donne) dipende dal calo della fecondità del primo ordine per il 66%, mentre quella riferita alle donne straniere (-488 figli per mille donne) per il 79%.

La riduzione della fecondità del primo ordine delle straniere è molto evidente se si osservano le curve di fecondità per età. Rispetto al 2010 i livelli di fecondità del primo ordine si presentano molto più bassi per tutte le età. Oltre alla diminuzione dei tassi di fecondità, il lieve spostamento della curva verso destra evidenzia anche per le straniere l'effetto della posticipazione dell'esperienza riproduttiva in Italia.

DI GENERAZIONE IN GENERAZIONE AUMENTANO LE DONNE SENZA FIGLI

Le misure di periodo riferite al comportamento riproduttivo risentono, come si è detto, dei cambiamenti che avvengono nel calendario delle nascite. La conseguenza quindi è che quando è in atto una pronunciata posticipazione, come nella fase attuale, il numero medio di figli per donna di periodo si abbassa rapidamente.

ANNI IN MEDIA DELLA DONNA ALLA NASCITA DEL PRIMO FIGLIO

32

NEL 2018

31,2

NEL 2010

30





LO STUDIO DELL'ISS SUI DETERMINANTI DI SALUTE NELLA PRIMA INFANZIA

Mamme sempre più consapevoli

Ma restano ancora da promuovere alcune "buone pratiche"

Più di nove mamme su dieci dichiarano di non aver fumato in gravidanza, e la quasi totalità ha assunto acido folico in occasione della gravidanza, ma solo due su dieci lo ha fatto in maniera appropriata per la prevenzione delle malformazioni congenite.

Questi alcuni dei dati presentati dall'Iss sul sistema di sorveglianza sui bambini 0-2 anni, che ha coinvolto circa 30mila mamme intercettate nei centri vaccinali tra dicembre 2018 e aprile 2019



Aumenta la consapevolezza delle 'buone pratiche', ma l'acido folico si assume ancora troppo tardi e l'allattamento dura ancora poco

MAMME sempre più consapevoli sulle buone pratiche da seguire, ma restano ancora da promuovere l'allattamento e la prevenzione delle malformazioni congenite.

Sono questi alcuni tra i primi risultati del Sistema di sorveglianza sui determinanti di salute nella prima infanzia, coordinato dall'Iss, a cui partecipano 11 regioni, promosso e finanziato dal Ministero della Salute, e illustrato nel corso del convegno dedicato a questa Sorveglianza. Lo studio ha coinvolto circa 30mila mamme intercettate nei centri vaccinali tra dicembre 2018 ed aprile 2019. "Nel periodo compreso tra il concepimento e il compimento del secondo anno di vita si pongono le basi per lo sviluppo psico-fisico del bambino - ha spiegato Angela Spinelli, Direttrice del Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute dell'Iss - a nuova Sorveglianza raccoglie importanti informazioni su alcuni determinanti di salute dei bambini, mostrando ampia variabilità nei comportamenti e ampio margine di azione e di miglioramento. I risultati, se evidenziano che ormai molti genitori hanno compreso l'importanza di mettere a dormire i neonati a pancia in su ed è diminuita la percentuale di mamme che non allattano, mettono anche in risalto che ancora solo una mamma su 4 allatta il proprio bambino in maniera esclusiva a 4-5 mesi di vita e ancora molte non assumono l'acido folico prima dell'inizio della gravidanza". **In base ai dati dello studio, la quasi totalità (93,8%) delle mamme riferisce di non aver fumato in gravidanza**, la maggioranza (64%) mette a dormire il proprio bambino a pancia in su nel rispetto di quanto raccomandato per prevenire la morte improvvisa in culla e l'80,5% intende vaccinare i propri figli ricorrendo sia alle vaccinazioni obbligatorie che a quelle raccomandate. Risulta

invece alta la percentuale di bambini potenzialmente esposti a fumo passivo a causa della convivenza con almeno un genitore e/o un'altra persona fumatrice (41,9%).

Quasi tutte le mamme (97,3%) hanno assunto acido folico in occasione della gravidanza, ma poche (21,7%) lo hanno fatto in maniera appropriata iniziandolo almeno un mese prima del concepimento. Troppo pochi i bambini allattati in maniera esclusiva per il tempo raccomandato dall'Oms: appena il 23,6% a 4-5 mesi di età. Un bambino su dieci risulta inoltre non essere mai stato allattato. Circa il 15% delle mamme di bambini con meno di 6 mesi riferisce di avere difficoltà nel farli stare seduti e allacciati al seggiolino, quota che sale al 34,2% sopra l'anno di età; troppi, infine, i bambini che passano del tempo davanti a uno schermo già a partire dai primi mesi di vita: il 34,3% dei piccoli sotto ai 6 mesi e ben il 76,4% dei bambini oltre l'anno di età.

Lo studio dell'Iss è stato svolto in collaborazione con la Ulss 9 Scaligera di Verona e con le 11 Regioni che ad oggi hanno aderito alla Sorveglianza: Piemonte, Valle d'Aosta, Provincia Autonoma (PA) di Trento, Marche, Lazio, Campania, Puglia, Calabria, Basilicata, Sicilia e Sardegna. La Regione Toscana partecipa fornendo i risultati dell'Indagine sul percorso nascita già attiva sul proprio territorio che investiga indicatori comuni alla Sorveglianza. "Grazie anche a questa nuova Sorveglianza - afferma Enrica Pizzi, coordinatrice dell'Indagine e ricercatrice del Reparto Salute della Donna e dell'Età Evolutiva dell'Iss diretto da Serena Donati - si potrà misurare la diffusione di buone pratiche su alcuni determinanti di salute nei Primi 1000 giorni di vita per progettare strategie di prevenzione sempre più mirate".



La Dichiarazione di Minsk

A livello internazionale, la Dichiarazione di Minsk, gli Obiettivi delle Nazioni Unite per uno sviluppo sostenibile e il documento "Nurturing care for Early Childhood Development" identificano le principali azioni preventive da promuovere nei primi mille giorni di vita. In Italia il Ministero della Salute ha recentemente predisposto un documento di indirizzo per la protezione e promozione della salute dei bambini rivolto a genitori, operatori sanitari e decisori con l'obiettivo di promuovere la qualità dell'assistenza prenatale, al parto e post natale, con particolare attenzione a diversi indicatori monitorati dalla Sorveglianza Bambini 0-2 anni tra cui l'allattamento materno, lo sviluppo psico-fisico del bambino e la prevenzione degli incidenti.

NURTURING CARE FOR EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT



ZAMPA



“Ministero attento a questa delicatissima fase della vita delle future generazioni”

“I dati emersi dallo studio coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità confermano l'impegno del Ministero della Salute sul tema dei primi mille giorni di vita delle future generazioni. Bisogna rendere le mamme consapevoli dell'importanza di assumere acido folico prima dell'inizio della gravidanza, di vaccinare i propri figli e di diminuire alcool e fumo in gravidanza. Devono inoltre sapere che è fondamentale leggere regolarmente al bambino fin dai primi mesi di vita, così come devono regolare l'esposizione dei propri figli a TV, computer, tablet o telefono cellulare. Su numerosi aspetti occorrerà studiare forme e linguaggi per far comprendere alle future madri quanto questa delicatissima fase, che va dal concepimento al compimento dei due anni, possa determinare in larga parte gli anni della maggiore età e della maturità. D'intesa con il Ministro Speranza intendo impegnarmi nell'ambito delle mie funzioni su questo versante per cui ho già avviato un Piano di lavoro che mi porterà ad incontrare i dirigenti e i medici degli ospedali pediatrici italiani. Le bambine ed i bambini hanno bisogno di un'attenzione speciale”

La sintesi dei risultati dello studio dell'ISS



ASSUNZIONE DI ACIDO FOLICO IN EPOCA PERICONCEZIONALE

L'assunzione quotidiana di 0,4 mg di acido folico (vitamina B9) da quando la coppia comincia a pensare a una gravidanza fino alla fine del terzo mese di gestazione, protegge il bambino da alcune gravi malformazioni congenite. Oltre il 97% delle mamme nelle regioni partecipanti alla Sorveglianza ha assunto acido folico in occasione della gravidanza, ma poco più di un quinto di loro (21,7%) lo ha fatto in maniera appropriata per la prevenzione delle malformazioni congenite, con una variabilità per regione compresa tra il 16,7% e il 35,7%.



FUMO IN GRAVIDANZA E IN ALLATTAMENTO

Fumare in gravidanza aumenta il rischio di basso peso alla nascita, prematurità, mortalità perinatale. I bambini esposti a fumo passivo hanno un rischio maggiore di malattie delle basse vie respiratorie e di episodi di asma. Nelle regioni coinvolte nella Sorveglianza il 6,2% delle mamme ha dichiarato di aver fumato in gravidanza con un range compreso tra il 3,7% e il 7,9%. Ha dichiarato invece di fumare in allattamento l'8,1% delle mamme (range: 5,2% - 10,1%). La percentuale di bambini potenzialmente

esposti al fumo passivo a causa della convivenza con almeno un genitore e/o altra persona fumatrice varia dal 27,0% al 46,5%, con valori tendenzialmente più elevati nelle regioni del Sud.



ALCOL IN GRAVIDANZA E IN ALLATTAMENTO

L'assunzione di alcol in gravidanza e in allattamento può associarsi a spettro dei disordini fetto-alcolici (FASD), aborto spontaneo, parto pretermine, basso peso alla nascita, alcune malformazioni congenite, sindrome della morte improvvisa in culla (SIDS) e alcune difficoltà cognitive e relazionali. La percentuale di mamme che ha riferito di aver assunto bevande alcoliche almeno 1-2 volte al mese durante la gravidanza e l'allattamento è pari rispettivamente al 19,7% e al 34,9%. Tra le regioni partecipanti alla Sorveglianza, il consumo di alcol in gravidanza e in allattamento risulta tendenzialmente più diffuso in quelle del Centro-Nord.



ALLATTAMENTO

I benefici dell'allattamento sia per la mamma che per il bambino sono ormai ben documentati. L'Oms e l'Unicef raccomandano di allattare in modo esclusivo fino ai 6 mesi di età del bambino e di prolungare l'allattamento fino ai 2 anni e oltre, se desiderato dalla mamma e dal bambino. Nelle regioni coinvolte i bambini allattati in maniera esclusiva a 4-5 mesi di età sono meno di un quarto (23,6%) con una variabilità dal 16,6% al 44,7% e quote più basse rilevate nelle regioni del Sud. Risultano non essere mai stati allattati l'11,7% dei bambini, con una variabilità dal 5% al 18,4%.



POSIZIONE IN CULLA

La sindrome della morte improvvisa in culla (SIDS) rappresenta una delle principali cause di morte post neo-natale. Tra gli interventi semplici ed efficaci nel ridurre il rischio è raccomandato di mettere a dormire il bambino in posizione supina. Dalla rilevazione risulta che la maggioranza delle mamme dichiara di mettere a dormire il proprio bambino a pancia in su (64,1%) con un range compreso tra il 54,5% e l'81,3%. Risulta dunque frequente anche l'adozione di posizioni diverse da quella raccomandata, con oltre un quarto delle mamme (26,0%) che pone il bambino in culla di lato.



INTENZIONE VACCINALE

Le vaccinazioni proteggono il bambino dal rischio di contrarre alcune malattie infettive che possono determinare complicanze pericolose. La Sorveglianza rileva le intenzioni delle mamme riguardo ai futuri appuntamenti vaccinali dei loro bambini. Ha dichiarato di voler effettuare tutte le vaccinazioni (sia obbligatorie che raccomandate) l'80,5% delle mamme, con un range compreso tra il 71,5% e l'88,9%. Restano un 15,1% di mamme intenzionate ad effettuare solo le vaccinazioni obbligatorie e un 4,3% di indecise, con una variabilità per regione compresa tra il 2,4% e il 5,7%.

NUOVA CIRCOLARE DEL MINISTERO DELLA SALUTE

Vaccini in gravidanza: le raccomandazioni

Rispetto all'ultima raccomandazione, con una circolare emanata a novembre, il Ministero precisa i tempi ideali per la vaccinazione contro tetano, difterite e pertosse e quella contro l'influenza che ora è raccomandata in qualsiasi epoca della gravidanza

NUOVA CIRCOLARE DEL MINISTERO DELLA SALUTE sulle vaccinazioni in gravidanza. Rispetto alla precedente (datata 21 novembre 2018) riguardano i tempi ideali per la vaccinazione contro tetano, difterite e pertosse che vanno dalla 27a alla 36a settimana di gestazione, idealmente intorno alla 28a settimana. Altra novità riguarda la vaccinazione influenzale che ora viene raccomandata a qualsiasi epoca della gravidanza.

“Le vaccinazioni – scrive il Ministero – sono uno degli strumenti preventivi più efficaci in Sanità Pubblica. Esse sono in grado di prevenire, in modo efficace e sicuro, lo sviluppo di alcune malattie infettive, le loro complicanze e la loro diffusione. Esse hanno un impatto rilevante in termini di riduzione dell'incidenza delle malattie stesse e di possibili decessi ad esse correlati, nonché di diminuzione delle sequele a breve e lungo termine e dei costi legati all'assistenza durante e dopo la malattia. L'uso delle vaccinazioni, oltre che per la protezione di specifiche classi di età in cui sono maggiori i rischi, deve tenere in considerazione anche specifiche esigenze, ad esempio legate a particolari condizioni di vita, di lavoro e di salute, come sottolineato anche nel Pnpv 2017-2019”.

“Scopo del documento – precisa infine il Ministero – è ribadire l'importanza delle vaccinazioni come strumento di promozione della salute della donna in età fertile, in previsione e durante la gravidanza, proteggendo se stessa e il nascituro da alcune specifiche patologie infettive”.

Tabella 1: Vaccinazioni in donne in età fertile, in gravidanza e nel puerperio

Vaccinazioni in età fertile		Note
Raccomandate	MPR e varicella	Se non vaccinata e anamnesticamente negativa anche solo a una delle malattie elencate. Ritardare la gravidanza di 4 settimane dopo la vaccinazione
	dTpa	Richiamo ogni 10 anni
	HPV	Nel corso del 12° anno di vita. Raccomandato anche recupero in caso di non vaccinazione in quella età, possibilmente prima dell'inizio dell'attività sessuale
Vaccinazioni in gravidanza		
Raccomandate	dTpa	Dalla 27ª alla 36ª settimana di gestazione, idealmente intorno alla 28ª settimana, e ad ogni gravidanza, indipendentemente dall'anamnesi positiva per malattia o pregressa vaccinazione
	influenza inattivato	In qualsiasi epoca della gravidanza
Controindicate	Vaccini vivi attenuati (MPR, Varicella, zoster), BCG ¹ , encefalite giapponese ²	Vaccini MPR, Varicella, zoster se somministrati non costituiscono indicazioni all'interruzione volontaria di gravidanza
Non raccomandate per dati non disponibili	HPV, Tifo orale (se necessario, preferire la formulazione a subunità iniettabile), pneumococco	Se somministrate non costituiscono indicazioni all'interruzione volontaria di gravidanza
Possibili se beneficio maggiore del rischio	Epatite A, epatite B, IPV ³ , meningococco, TBE ⁷ , rabbia, colera, febbre gialla ⁴	Se somministrate non costituiscono indicazioni all'interruzione volontaria di gravidanza
Vaccinazioni nel puerperio*		
Raccomandate	MPR e varicella	Se la donna non è stata vaccinata e se anamnesticamente negativa anche solo a una delle malattie elencate
	dTpa	Se la donna non è stata vaccinata durante la gravidanza. In tale evenienza è altresì opportuna la vaccinazione dei contatti stretti

* L'allattamento non è una controindicazione alla vaccinazione

**SPECIALE
RAPPORTO
ONDA**

**SETTIMA EDIZIONE DEL LIBRO BIANCO
SULLA SALUTE DELLA DONNA**

 **onda**
Osservatorio nazionale sulla salute della donna

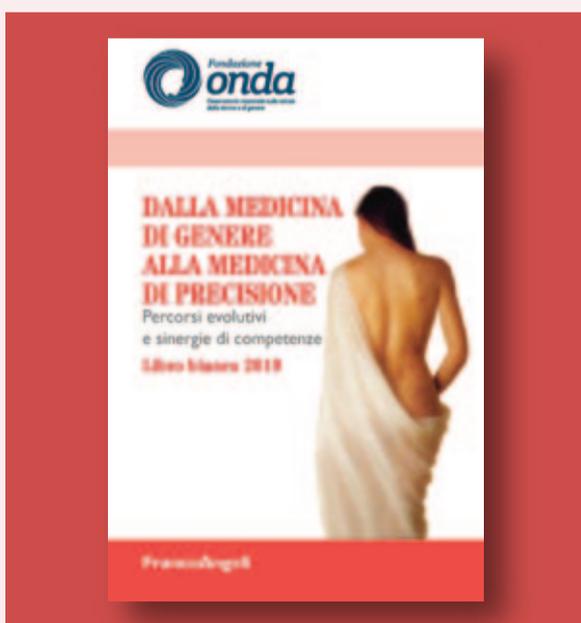
 **FARMINDUSTRIA**

La VII edizione del Libro Bianco realizzata da Fondazione Onda grazie al supporto di Farmindustria è dedicata alla Medicina di genere ripercorrendone l'evoluzione e analizzandone l'applicazione nei diversi ambiti della clinica e della farmacologia. Negli anni sono stati fatti grandi passi in avanti sulla spinta della crescente consapevolezza, sempre più supportata dalle evidenze scientifiche, del valore dell'approccio gender-oriented per garantire ad ogni persona, uomo o donna, la migliore cura.

Dalla medicina di genere alla medicina di precisione Percorsi evolutivi e sinergie di competenze

IL LIBRO BIANCO SULLA MEDICINA DI GENERE risponde all'esigenza di portare alla ribalta questo importante nuovo approccio alla salute e al benessere. Il progetto editoriale si articola in quattro sezioni, ciascuna dedicata all'analisi di un diverso aspetto della Medicina di genere: da un'introduzione al concetto, con focus sulla Farmacologia e sul contributo della Medicina di genere a un sistema sanitario più equo, a un approfondimento sull'applicazione della Medicina di genere in diversi ambiti medici (medicina generale, specialistica e del lavoro), fino ad arrivare alla declinazione in un'ottica di genere in ambito formativo, professionale e familiare, e a una panoramica mondiale sul tema, con particolare attenzione alle iniziative italiane.

Insieme ai numerosi interventi di personalità di spicco, sia del mondo medico che istituzionale, il Libro bianco offre due appendici sulla Sintesi del Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di genere e sullo Italian Journal of Gender Specific Medicine e la newsletter dedicata.





FRANCESCA MERZAGORA
Presidente Onda



MASSIMO SCACCABAROZZI
Presidente Farmindustria

“Donna e uomo devono essere entrambi considerati nella loro specificità”

Da tempo avevamo il desiderio di dedicare un libro alla Medicina di genere per ripercorrerne l'evoluzione e analizzarne l'applicazione nei diversi ambiti, dando voce ai professionisti e agli Enti che nel tempo, integrando le proprie competenze, hanno costituito una rete a supporto del suo sviluppo e potenziamento. Non possiamo dunque che essere soddisfatti di aver realizzato questo progetto editoriale proprio nell'anno di emanazione del “Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di genere”. La Medicina di genere si basa sulle diverse caratteristiche biologiche, ma anche fattori ambientali, socio-relazionali, economici e culturali, che influenzano lo stato di salute, la diagnosi, la cura oltre che l'attitudine alla prevenzione di uomini e donne. La Medicina di genere non va intesa come una branca della Medicina, ma come un approccio da applicare a tutte le discipline mediche, tra le quali anche la Medicina del lavoro. Questo volume sulla Medicina di genere delinea un quadro sulla sua evoluzione e applicazione, non solo in Italia, in diversi ambiti: clinico, farmacologico, accademico, sanitario e sociale e pubblicarlo nell'anno di emanazione del Piano per l'applicazione e diffusione della Medicina di genere, è motivo di soddisfazione. Grandi passi avanti sono stati compiuti in questo senso, tanto che oggi si tende alla medicina di precisione con l'obiettivo di una sempre maggior personalizzazione delle cure e centralità del paziente che deve essere studiato e curato non solo considerando le sue caratteristiche biologiche, ma anche le variabili ambientali, socio-relazionali, economiche e culturali. Equità di accesso alle cure e sostenibilità del sistema sanitario richiedono che donna e uomo siano entrambi considerati nella loro specificità.

“Cure sempre più mirate e personalizzate, per la donna e per l'uomo”

Le pubblicazioni di Onda rappresentano strumenti autorevoli e indispensabili sui tanti temi che toccano la salute delle donne. Farmindustria segue da tempo questi preziosi approfondimenti ed è quindi con piacere che, a nome delle imprese del farmaco in Italia, saluto ancora una volta uno di questi contributi a una scienza così importante. Come ricordato da Francesca Merzagora la Legge 3/2018 fa della Medicina di genere non soltanto una disciplina applicabile a particolari patologie e specializzazioni, ma anche una chiave di volta della qualità, dell'appropriatezza e della sostenibilità delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale. Da queste premesse, i vari capitoli del libro bianco ci porta per mano attraverso gli sviluppi e le ricadute della Medicina di genere in tutti gli ambiti terapeutici e assistenziali, dalla medicina generale a quella specialistica, dalla medicina del lavoro ai percorsi formativi accademici, fino ad arrivare alla medicina di precisione. Questa è la frontiera della ricerca farmaceutica. Basti pensare che oggi il 42% dei medicinali in sviluppo è indirizzato alla medicina di precisione, percentuale che sale al 73% considerando solo quelli antineoplastici. Ecco perché è importante partire dallo studio delle differenze di genere per arrivare a risposte cucite su misura sulla specifica persona. E l'impegno delle aziende è rivolto anche al Diversity Management, che non va inteso solo come diversità di genere ma anche come diversità di esigenze, di situazioni familiari, di patologie, di cure e terapie. Con un occhio di riguardo all'universo femminile, che è una vera e propria risorsa nella nostra industria

PARTE 1

Dalla Medicina di genere alla medicina genere

GIOVANNELLA BAGGI

Presidente Centro Studi Nazionale salute
Medicina di genere, Padova

LA MEDICINA DI GENERE (o, più precisamente, genere-specifica) prende in considerazione come varie patologie, la loro diagnosi e terapia si differenzino tra uomo e donna, sia a livello di sesso biologico che di genere, sulla base delle ricadute sociali del genere stesso. Ormai dagli anni '90, grazie ai primi studi di Bernadine Patricia Healy, si parla di Medicina di genere, ed è tempo che la sanità completi il suo processo di adattamento a questo nuovo approccio, sia a livello globale che in Italia. Le donne, infatti, hanno una più alta aspettativa di vita rispetto agli uomini, ma sono più sensibili ad alcune malattie, come quelle cardiovascolari, mentre sono meno soggette ad alcuni tipi di tumore, come il melanoma. Anche in altri ambiti, come la psichiatria, la psicogeriatrics, la medicina del lavoro e quella interna, la reumatologia e l'ortopedia le differenze di genere vanno tenute in considerazione per creare un percorso di cura “su misura” e attento alle esigenze dei singoli individui.

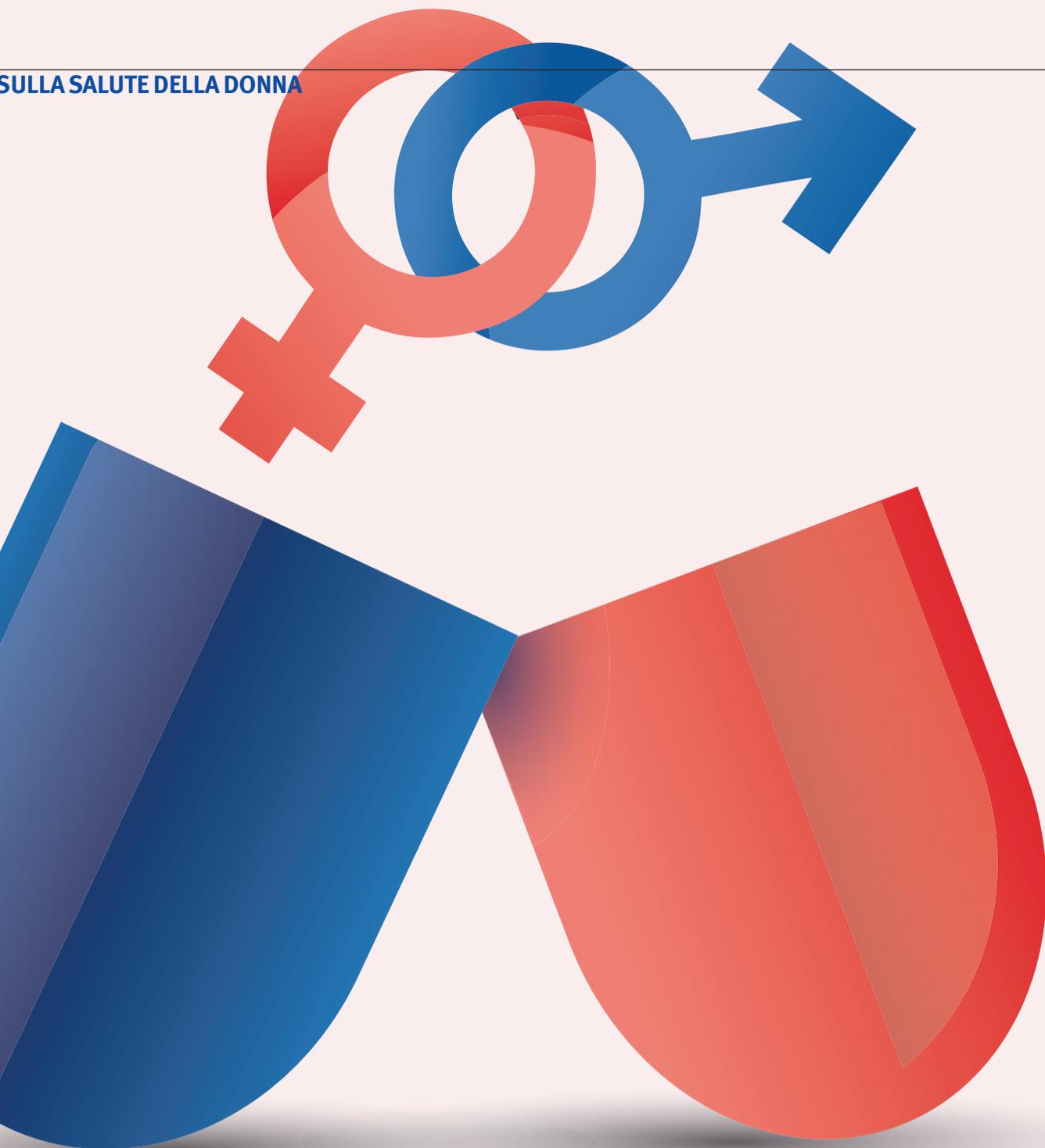
La farmacologia di genere

KATIA VARANI

Dipartimento di Scienze Mediche, Istituto di Farmacologia; Centro Universitario di Studi sulla Medicina di genere, Università degli Studi di Ferrara

IL CAPITOLO SI CONCENTRA sull'analisi di come la farmacologia risenta delle differenze di genere. Sebbene infatti le donne tendano a consumare più farmaci nel corso della loro vita, ancora oggi gli studi scientifici e i test si basano principalmente su un campione e su modelli maschili. Questo limite non considera come il funzionamento dei farmaci sia in realtà influenzato dal genere e dal sesso biologico del paziente. Perciò è importante parlare di Farmacologia di genere e non limitarsi a utilizzare modelli maschili per prassi e abitudine. Le differenze a livello di percentuale di massa grassa e del contenuto di acqua del corpo, il ciclo ormonale, la maggior frequenza di eventi avversi e svariate specifiche genetiche rendono le donne diversamente sensibili alle terapie farmacologiche. Queste differenze, sia a livello di farmacodinamica (effetti del farmaco) che di farmacocinetica (metabolismo del farmaco) vanno analizzate e tenute in considerazione nella creazione di un piano terapeutico efficace.

SULLA SALUTE DELLA DONNA



Il contributo della Medicina di genere a un sistema sanitario equo e sostenibile

TIZIANA SABETTA

Coordinamento Organizzativo-Redazionale
Web Content Editor

ALESSANDRO SOLIPACA

Direttore Scientifico

WALTER RICCIARDI

Direttore Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Istituto di Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

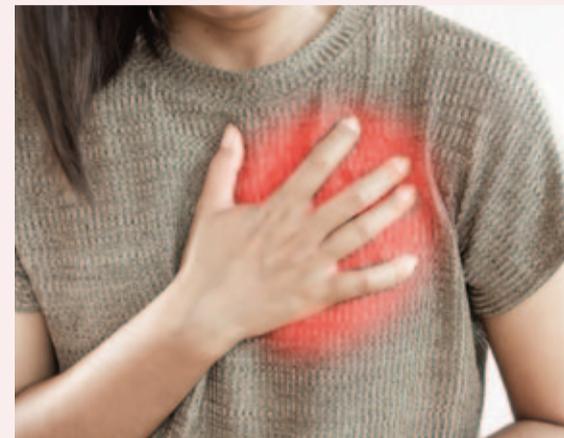
LA POPOLAZIONE ITALIANA sta invecchiando: si vive sempre di più, e i cittadini anziani sono sempre più numerosi rispetto ai giovani. Questo porta a un incremento dell'incidenza delle malattie croniche legate all'età, con un forte impatto sulla Sanità. Le donne, con la loro maggiore aspettativa di vita (84,2 anni vs. 80,8) e latenza a sviluppare multicronicità, sono le più colpite da questo fenomeno. La popolazione italiana complessivamente è in buona salute, ma per poter garantire la sostenibilità del Ssn è importante promuovere ulteriormente campagne di prevenzione mirate e garantire appropriatezza delle prestazioni. Calibrare l'offerta terapeutica sulle differenze di genere consente di avere un sistema sanitario più efficace e alla portata di tutti e a raggiungere buoni risultati, come dimostrato in ambito oncologico grazie al controllo dei fattori di rischio, come fumo e sovrappeso, alla diffusione di programmi screening e a terapie più mirate.

PARTE 2

La medicina generale in un'ottica di genere

CLAUDIA ZERBINATI e RAFFAELLA MICHIELI
Simg, Venezia

LA MEDICINA GENERALE, che abbraccia tutte e quattro le aree proposte dal Piano, grazie alla figura del Medico di medicina generale e al rapporto privilegiato che ha con il singolo paziente durante tutta la sua vita, è il primo contesto in cui la Medicina di genere può essere applicata. È infatti questa figura professionale a vivere in prima linea gli effetti dell'invecchiamento della popolazione e dei differenti esiti dell'aumento delle cronicità in uomini e donne, oltre ad assistere agli esiti di stress e pressioni sociali sulle donne caregiver. Un aggiornamento della formazione del settore in un'ottica di genere permette infatti un'innovazione del concetto stesso di Medico di famiglia, per creare una relazione più funzionale e soddisfacente con i pazienti e la popolazione costituita anche da donne straniere che sono a maggior rischio di sviluppare patologie croniche legate a predisposizione genetica e che si trovano davanti a una barriera linguistica, religiosa e culturale.

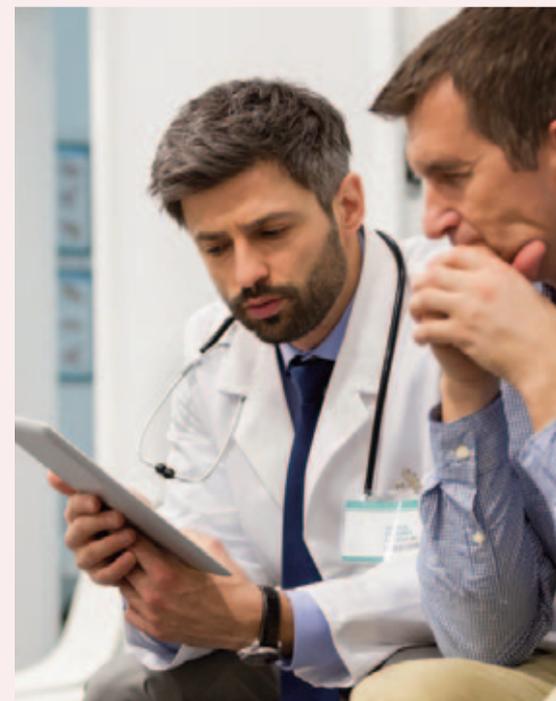


Il cardiovascolare

MARIA GRAZIA MODENA, LETIZIA REGGIANINI, ALBERTO CAROLLO, ALBERTO SCAVONE, OMAR STEFANI, ELISA LODI

Centro PASCIA, Azienda Ospedaliero Universitaria, Policlinico di Modena, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

SE IN PASSATOSI PENSAVA che le malattie cardiovascolari colpissero maggiormente il sesso maschile, ora è noto che sono invece le donne a soffrirne di più: queste malattie infatti rappresentano una delle principali cause di morte o disabilità femminile nei Paesi industrializzati. I fattori di rischio tradizionali (non modificabili, come età e sesso, e modificabili, come fumo e obesità) sono gli stessi tra i due sessi, ma pesano in maniera differente. Una donna fumatrice è a maggior rischio di un uomo fumatore, per esempio. Inoltre, esistono altri fattori di rischio più specifici per le donne, come le disfunzioni endocrine, le malattie autoimmuni, la depressione e persino il tumore al seno. La sintomatologia di alcune malattie cardiovascolari è assai diversa nella donna rispetto all'uomo, rendendo la diagnosi più difficoltosa, mentre altre, come l'insufficienza cardiaca o l'aritmia, hanno un'incidenza maggiore nel sesso femminile per ragioni fisiologiche. Anche la terapia e la risposta ai farmaci variano tra i due generi e considerare queste differenze è un passo fondamentale per sviluppare una Medicina di precisione sempre più mirata.



SPECIALE RAPPORTO ONDA OSSERVATORIO NAZIONALE SULLA SALUTE DELLA DONNA



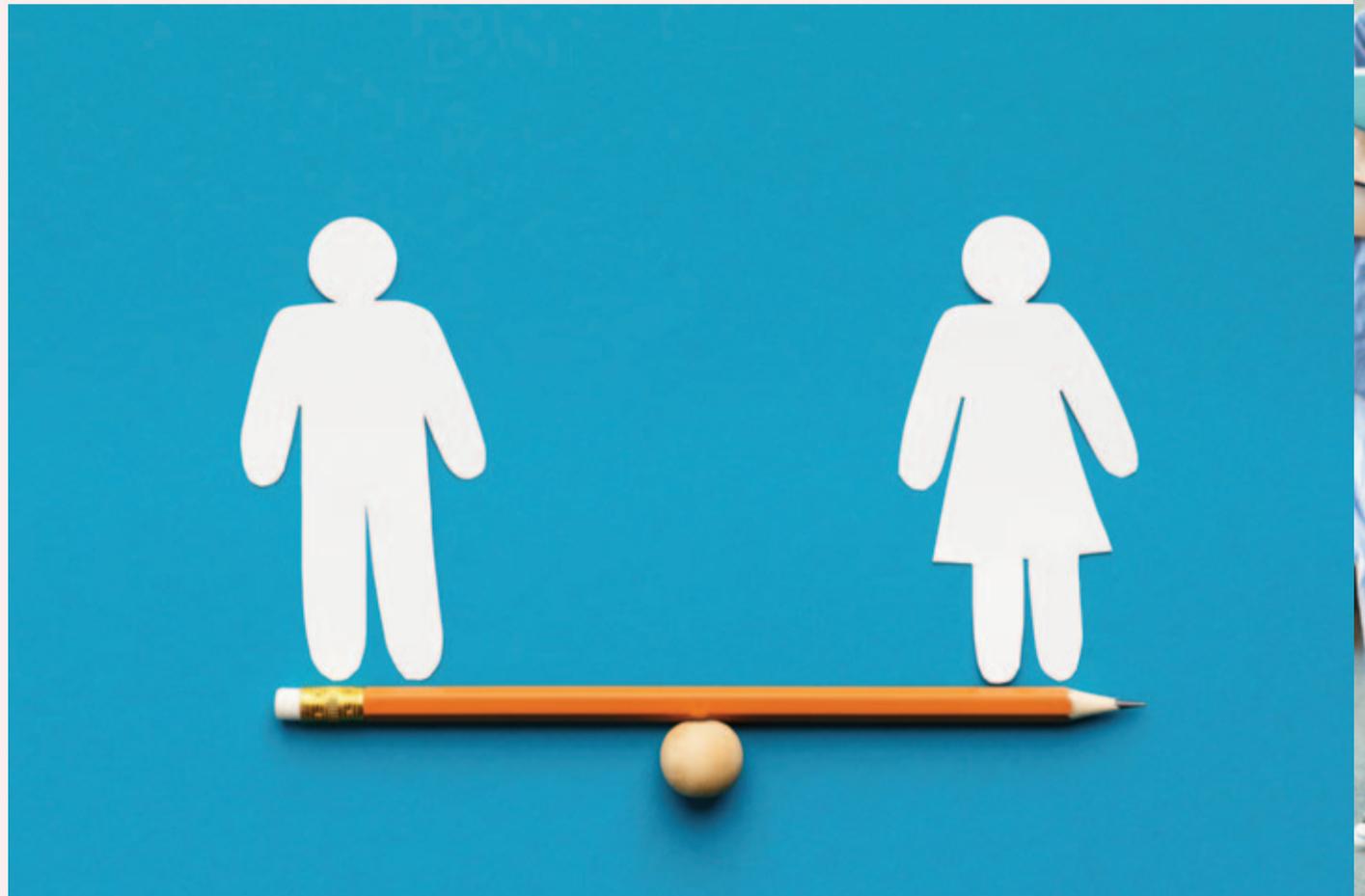
la sindrome depressiva è più diffusa nel sesso femminile, in Italia sono 3 milioni le persone che soffrono di depressione, di cui più di 2 milioni sono donne

I tumori

FILIPPO DE BRAUD e GIORGIA PEVERELLI

Dipartimento di Oncologia Medica ed Ematologia, Fondazione Irccs Istituto Nazionale Tumori, Milano

LA DIFFERENTE ANATOMIA di uomini e donne li rende naturalmente soggetti a tumori di tipo diverso. Anche nel caso di neoplasie comuni ai due sessi, però, si riscontrano svariate differenze a livello di localizzazione, aggressività e risposta alle terapie, come ad esempio nel tumore al colon-retto, che ha sintomatologia più tardiva ed esiti più sfavorevoli nella donna. L'attivazione di una diversa risposta immunitaria nei sessi, legata a differenze genetiche, ormonali e ambientali, è invece alla base dei casi di miglior risposta alle terapie da parte di pazienti donne. Lo studio di queste differenze di genere nello sviluppo e cura dei tumori ha portato al riconoscimento del ruolo degli ormoni sessuali come fattori di crescita per alcuni tumori (mammella e prostata), spianando la strada alla medicina di precisione in ambito oncologico: nuove molecole e quindi nuovi farmaci, che tengano conto del sesso del paziente per fornire una terapia mirata e specifica. Accanto alla complessità della malattia oncologica, per garantire l'efficacia delle cure, occorre considerare gli aspetti bio-psico-sociali dei pazienti, creando un'alleanza terapeutica tra pazienti, famigliari e curanti.



La depressione

CLAUDIO MENCACCI, ROBERTA ANNIVVERNO, VIRGINIO SALVIE PAOLA LANDI

Dipartimento di neuroscienze, salute mentale e dipendenze, ASST Fatebenefratelli-Sacco.

NEL MONDO, 350 MILIONI DI PERSONE soffrono di depressione e 260 milioni soffrono di ansia; questi numeri sono destinati ad aumentare. La depressione è riconosciuta dall'Oms come la prima causa di disabilità a livello mondiale. In particolare, la sindrome depressiva è più diffusa nel sesso femminile, in Italia sono 3 milioni le persone che soffrono di depressione, di cui più di 2 milioni sono donne che tendono a svilupparne i sintomi in maniera precoce e più severa. Questa maggiore incidenza femminile ha cause biologiche (come il ciclo ormonale e l'effetto degli estrogeni) ma anche sociali, quali il ruolo della donna nella società, lo stress che ne scaturisce e la violenza di genere. La depressione colpisce la donna nelle varie stagioni della vita: adolescenza, perinatale, periclimaterio e senescenza. La terapia, basata su interventi biologici (farmacologici o non farmacologici) e non biologici (psicoterapia), necessita un'attenta considerazione delle differenze di genere, in modo da valutare tutti gli aspetti che possono rendere una donna più portata a sviluppare depressione e quindi a creare un piano terapeutico su misura alla luce della Considerazione che solo 1 paziente su 2 con depressione riceve un trattamento corretto e tempestivo. Sempre più la psichiatria è orientata al genere e volge verso una personalizzazione e precisione delle cure grazie allo sviluppo di nuove tecnologie in ambito terapeutico.

La medicina del lavoro in un'ottica di genere

GIOVANNA SPATARI

Presidente Società Italiana di Medicina del Lavoro

CON LA RIDUZIONE del gap lavorativo tra donne e uomini, si evidenzia sempre di più la necessità di considerare le peculiarità di genere rispetto al rapporto salute/ambiente di lavoro. Le differenze di genere in ambito lavorativo sono state oggetto di attenzione istituzionale, con l'intento di combattere le discriminazioni sul posto di lavoro. Questo ha portato, nel tempo, allo sviluppo di un'analisi di come genere e sesso influenzino le pratiche di sicurezza sul lavoro: dall'adeguatezza dei diversi dispositivi di protezione individuale, alla diversa sensibilità alle sostanze chimiche, alle differenti reazioni allo stress sulla base delle pressioni della società, fino ovviamente alla relazione tra lavoro e gravidanza. Quest'analisi influirà positivamente sulla creazione di ambienti di lavoro più equi, anche attraverso la corretta formazione del Medico Competente, sia come figura tecnica legata alla sicurezza sul posto di lavoro, sia come responsabile della formazione dei lavoratori nel rispetto delle differenze di genere.



L'esigenza di inserire la Medicina di genere nell'offerta formativa è stata espressa durante la 124° Conferenza permanente dei Presidi

PARTE 3

Facoltà di Medicina e Chirurgia

ANDREA LENZI

Sezione di Fisiopatologia medica e Endocrinologia, Università La Sapienza, Roma

STEFANIA BASILI

Conferenza Permanente dei Presidenti dei CLM di Medicina e Chirurgia

POICHÉ SESSO BIOLOGICO E GENERE hanno un impatto sulla salute del cittadino, è compito delle facoltà di Medicina e Chirurgia adeguare la propria offerta formativa in modo da poter garantire la migliore preparazione ai propri studenti e, quindi, una maggior cura delle esigenze dei pazienti. Questo non significa parlare semplicemente di "malattie al femminile", bensì considerare il genere, con tutte le sue variabili sociali e biologiche, come un fattore essenziale per la redazione di un corretto piano diagnostico e terapeutico. L'innovazione delle facoltà di Medicina e Chirurgia in un'ottica genere-specifica richiede un approccio multidisciplinare che coinvolga tanto i Presidi quanto gli studenti. L'esigenza di inserire la Medicina di genere nell'offerta formativa è stata espressa durante la 124° Conferenza permanente dei Presidi a dicembre 2018, mettendo in moto un processo che porterà a un'importante innovazione delle facoltà di Medicina e Chirurgia.



La prospettiva di genere in salute: il progetto europeo TRIGGER

RITA BIANCHERI

Dipartimento di Scienze Politiche, Università di Pisa

IN QUESTO CAPITOLO viene analizzato l'incremento nella complessità dell'ambito medico da diversi punti di vista, tra aumentate richieste organizzative e diminuzione delle risorse in relazione alle maggiori necessità di una popolazione che invecchia. In quest'ottica, il genere (e quindi la Medicina di genere) può rappresentare una risorsa, come dimostrato dal progetto europeo TRIGGER. Grazie alla creazione di gruppi di ricerca multidisciplinare, infatti, il progetto mira a utilizzare la variabile genere non come determinante di salute ma come categoria interpretativa trasversale, in modo da abbracciare e adattare tutti i fattori socioculturali che contribuiscono alla formazione dello scenario della salute. In questo modo il genere passa da un ruolo discriminato e spesso di secondo piano a quello di chiave di lettura per un panorama vasto e variegato, con conseguenti benefici che ricadono su tutti gli aspetti della pratica medica.



Il ruolo della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri nel percorso formativo

TERESITA MAZZEI

Presidente OMCeO Firenze, Coordinatrice Commissione Medicina di genere Fnomceo, Professore Ordinario Farmacologia (fuori ruolo) Università di Firenze

SE FINO A POCHI ANNI FA la Medicina di genere non era oggetto di attenzione all'interno dei percorsi universitari, un forte sprone all'aggiornamento in questo campo è arrivato dall'impegno spontaneo degli Ordini professionali provinciali (a partire dalla Commissione Donne Medico dell'Ordine di Ferrara). Nel corso degli anni, infatti, sono state intraprese numerose iniziative a livello locale, e successivamente nazionale, per sottolineare l'importanza di un approccio genere-specifico alla medicina. Formazione pre e post-laurea dei professionisti, informazione dei cittadini, cooperazione istituzionale, stimolo alla ricerca clinica e partecipazione attiva alla Rete Nazionale della Medicina di genere sono gli obiettivi verso cui la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri sta lavorando incessantemente, in modo da rinnovare e rendere la medicina più a misura di cittadino.

Una lettura di genere delle trasformazioni della famiglia e gli effetti sul mondo del lavoro femminile

FRANCESCA SARTORI

Dipartimento di Sociologia e Ricerca sociale, Università di Trento.

IL CAPITOLO SI APRE con una panoramica sull'evoluzione del concetto di famiglia, che nel corso degli anni si è trasformato in una moltitudine di entità differenti, non sempre legate da vincoli giuridici e sempre più variegata dal punto di vista culturale e di genere. Con l'aumento dell'attività lavorativa femminile, va a cadere sempre più, soprattutto in Nord Italia, la distinzione tra uomo breadwinner e donna caregiver e anche l'educazione della prole prescinde sempre più dal genere, con conseguenti profondi significati culturali oltre che pratici. In concreto, però, il tempo dedicato alle attività domestiche e di cura familiare è ancora assai maggiore per le donne, anche qualora queste fossero lavoratrici. La situazione si aggrava in caso di maternità, sia a livello di impegno familiare della donna che di possibilità e retribuzione lavorative. La corsa alla parità di genere, sia a livello culturale che istituzionale, è iniziata, ma sta proseguendo a una velocità molto maggiore nei Paesi più industrializzati. Il sostegno alla paternità e un'accurata educazione di genere sono i primi passi da compiere per colmare il divario.

PARTE 4

Il Centro di riferimento per la Medicina di genere dell'Iss

ELENA ORTONA

Direttore del reparto Fisiopatologia genere-specifica, Centro di riferimento per la Medicina di genere, Istituto Superiore di Sanità, Roma



Una corretta divulgazione sull'argomento viene praticata grazie all'istituzione di una newsletter e di un Portale dedicato, tra i vari argomenti, alla smentita delle troppe fake news esistenti sul tema.

CREATO NEL 2017, il Centro di riferimento per la Medicina di genere (Mege) si propone di promuovere la salute in un'ottica di genere. Suddiviso in due reparti ("Fisiopatologia genere-specifica" e "Prevenzione e stili di vita"), il Mege analizza l'impatto delle differenze di sesso e genere sulla salute in una varietà di ambiti, e spinge l'educazione di professionisti e popolazione in un'ottica di salute di genere con la costituzione della Rete Italiana per la Medicina di genere. Una corretta divulgazione sull'argomento viene praticata grazie all'istituzione di una newsletter e di un Portale dedicato, tra i vari argomenti, alla smentita delle troppe fake news esistenti sul tema. L'attività del MEGE si estende oltre l'ambito prettamente sanitario, andando a incontrare realtà culturali e religiose e prestando ascolto alla popolazione transgender per abbattere pregiudizi e difficoltà nel reperire cure adeguate. Non viene trascurata la ricerca scientifica, con la creazione di progetti per l'identificazione di marcatori diagnostici e prognostici genere-specifici e delle terapie più appropriate per ogni individuo.

SPECIALE RAPPORTO ONDA OSSERVATORIO NAZIONALE SULLA SALUTE DELLA DONNA



L'azione multidisciplinare e sinergica della Regione Toscana si pone l'obiettivo di riscrivere gli approcci classici a salute e società mettendo il genere in prima linea



Il modello "a rete" del Sistema Toscano per la Salute e la Medicina di genere

MOJGAN AZADEGAN

Responsabile Centro regionale per la Salute e Medicina di genere, Regione Toscana

LA MEDICINA DI GENERE può e deve diventare parte integrante del programma sanitario di ogni Regione. La Toscana è stata la prima in Italia a inserire il genere nel Piano Socio-Sanitario Regionale. Il Centro di Coordinamento regionale per la Salute e Medicina di genere (Smg) intende agire sia a livello burocratico che culturale per rendere il genere una variabile fondamentale da considerare quando si parla di salute e prevenzione, ma anche di società. Per questo il Centro si rivolge sia al mondo della medicina che a quello della società civile, come ad esempio la Commissione Regionale per le Pari Opportunità, dell'università, con la creazione del master di secondo livello in Salute e Medicina di genere, e del lavoro. L'azione multidisciplinare e sinergica della Regione Toscana si pone quindi l'obiettivo di riscrivere gli approcci classici a salute e società mettendo il genere in prima linea, in modo da creare un ambiente più sostenibile e a misura di cittadino.

La Medicina di genere in Lombardia

GIULIO GALLERA

Assessore al Welfare della Regione Lombardia

QUESTO CAPITOLO ILLUSTRA come la Medicina di genere, con la sua diffusione in crescita costante e l'aria di cambiamento che sta portando all'approccio alla salute, sia uno degli aspetti di maggior interesse a livello sociosanitario nella Regione Lombardia. Il progressivo adattamento delle strutture sanitarie e assistenziali in Regione è rivolto proprio all'adozione di questo nuovo approccio, in modo da garantire cure efficaci per uomini e donne, considerandone le differenze. Vengono presentate come esempio le malattie cardiovascolari, più frequenti e pericolose nelle donne, le quali inoltre reagiscono in maniera diversa rispetto agli uomini ai fattori predisponenti, presentandone addirittura di esclusivi. Le reti di patologia istituite in Lombardia permettono di collegare tra di loro le strutture sanitarie e le relative specializzazioni, creando un approccio multidisciplinare. L'obiettivo futuro è di ridurre la frammentazione delle cure, arrivando a un livello di capillarità che metta al centro il paziente e le relative peculiarità di genere.

Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di genere

GIOVANNELLA BAGGIO

Presidente Centro Studi Nazionale su Salute Medicina di genere, Padova

L'INTERVENTO È INCENTRATO sulla nascita e le attività del Centro Nazionale su Salute e Medicina di genere. Il centro, frutto dell'impegno congiunto di nove professionisti padovani e milanesi, è stato creato nel 2009. Nel corso degli anni le attività del centro, volte alla sensibilizzazione sulla tematica della Medicina di genere, si sono articolate in corsi, conferenze e incontri dedicati a Società Scientifiche, professionisti e associazioni attive in questo settore. Il Centro Studi si occupa inoltre dell'organizzazione del Congresso Nazionale sulla Medicina di genere, che dal 2009 si svolge ogni due-tre anni e ha visto crescere in maniera esponenziale la rilevanza del tema trattato. Grazie al legame di collaborazione con il Centro di Riferimento sulla Medicina di genere dell'Istituto Superiore di Sanità e il Gruppo Italiano Salute e Genere (GiSeG), si è formata una rete nazionale sulla Medicina di genere cui partecipano le maggiori realtà italiane del settore. Con la creazione dello Italian Journal of Gender-Specific Medicine nel 2015, la prima rivista internazionale sul tema, il Centro conferma la propria importanza nel settore della Medicina di genere, e porta l'Italia a ricoprire un ruolo da protagonista globale nell'ambito.



In sinergia con Iss, Mege e Centro Studi Nazionale, il Gruppo ha istituito la Rete Italiana di Medicina di genere per proporre a figure professionali sanitarie e della ricerca di aderire alla promozione di programmi di ricerca, formazione e informazione

GiSeG, Gruppo Italiano Salute e Genere

ANNA MARIA MORETTI

Presidente GiSeG, Bari

IL GRUPPO ITALIANO SALUTE E GENERE (GiSeG) è una società scientifica fondata a Bari nel 2009 con l'obiettivo di formare e informare sulla Medicina di genere, partendo dalla Puglia per raggiungere tutta l'Italia. In sinergia con Iss, Mege e Centro Studi Nazionale, il Gruppo ha istituito la Rete Italiana di Medicina di genere per proporre a figure professionali sanitarie e della ricerca di aderire alla promozione di programmi di ricerca, formazione e informazione. Collaborando con l'Ordine dei Medici della Provincia di Bari, il GiSeG ha istituito un Osservatorio sulla Medicina di genere che raccoglie professionisti afferenti a diverse specialità. L'obiettivo finale è la creazione di una Rete Regionale Puglia che possa ampliare le finalità dell'Osservatorio agli Ordini Professionali delle altre regioni. Nel 2015 il Gruppo ha collaborato all'inserimento della variabile 'genere' nelle variabili considerate dal progetto ministeriale GARD Italia sulle malattie respiratorie, e dal 2017 partecipa al Master di 2° livello in Salute e Medicina di genere. Dalla sua fondazione, il GiSeG svolge un ruolo importante nei percorsi di formazione accademica e partecipa attivamente a Corsi di formazione e Congressi in diverse aree terapeutiche, dove spinge per far emergere l'importanza della Medicina di genere.

SPECIALE RAPPORTO ONDA OSSERVATORIO NAZIONALE SULLA SALUTE DELLA DONNA



1

Ebbene sì, siamo diverse!

ANCHE DI FRONTE ALLA MALATTIA le donne sono diverse e la Medicina di genere si occupa esattamente di queste diversità. Ci sono voluti quasi trent'anni dal primo studio pubblicato dalla cardiologa Bernadine Healy su questo tema, e quasi venti da quando l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha riconosciuto ufficialmente la Medicina di genere, ma finalmente, grazie al lavoro di tante ricercatrici e ricercatori, di tante società scientifiche e organizzazioni dedicate (Onda e tra queste), di tante associazioni di pazienti, il percorso pare saldamente avviato. Penso che alla "Medicina di genere" vada riconosciuto il merito di avere contribuito in modo importante alla ricerca nel campo delle terapie personalizzate e della medicina di precisione, divenuta ormai una solida realtà per la diagnosi e la cura di molte patologie, spesso non identificate o curate in modo inefficace. Le donne sono diverse, ma la diversità non è solo nel genere differente. La diversità è in ogni individuo, per ogni patologia. Il futuro della medicina sta proprio nel saperla individuare e agire di conseguenza.

ON. ROSSANA BOLDIVice Presidente
Commissione Affari Sociali,
Camera dei Deputati

2

Una scienza poco conosciuta

LA MEDICINA DI GENERE fino a qualche anno fa era una scienza poco conosciuta ma grazie all'impegno di realtà come Onda e Associazioni di Donne Medico e Professionisti della Salute che hanno stimolato la politica a interessarsi al tema, oggi è entrata nel nostro vocabolario Istituzionale. La Medicina di genere studia le differenze tra donne, uomini, bambini ed anziani nella espressione della malattia, per gravità, incidenza e risposta alle terapie, sia in termini di caratterizzazione biologica ma anche rispetto a fattori ambientali, sociali, culturali e relazionali. Il 13 giugno 2019 è stato firmato dal ministro della Salute il decreto con cui viene adottato il Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere, previsto dall'articolo 3 della Legge 3/2018, approvato in Conferenza Stato-Regioni lo scorso 30 maggio. Il Piano di Applicazione della Medicina di Genere è una "Avanguardia" Italiana poiché per la prima volta in Italia viene inserito il concetto di "genere" nella medicina, al fine di garantire in modo omogeneo sul territorio nazionale la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale. La pubblicazione del Libro Bianco di Onda ci permette di percorrere tutte le attuali applicazioni della Medicina di Genere con lo sguardo volto al futuro di una scienza che proietta nel Servizio Sanitario Nazionale il valore della centralità della persona e la personalizzazione delle cure.

**ON. DOTT.SSA
FABIOLA BOLOGNA**Membro Commissione
Affari Sociali della Camera

Contributi istituzionali



3

**Portavoce
di una sensibilità diffusa**

FIN DAL MIO INGRESSO IN PARLAMENTO mi sono occupata di medicina di genere, facendomi portavoce di una sensibilità diffusa. Ho raccolto e fatto sintesi di istanze provenienti dal mondo scientifico e da una cultura accademica che in certi territori, come quello di mia provenienza, stava dando un grande contributo. Si è preso finalmente atto che esiste un approccio della medicina attento al genere, capace di tenere conto delle differenze dell'essere uomo o donna nella predisposizione, nella diagnosi e nella cura di determinate patologie. La "medicina di genere" non è infatti la "medicina della donna", ma è un approccio di diagnosi e cura attento alle differenze sessuali e al ruolo di genere, che prende in considerazione l'intero corpo di uomini e donne e, in modo olistico, i fattori sociali e culturali che li influenzano. Quello raggiunto oggi è un traguardo importante che sprona la ricerca e la pratica medica ad assicurare con equità, la tutela della salute e la considerazione delle diverse caratteristiche delle persone in base al genere.

SEN. PAOLA BOLDRINIMembro Commissione
Igiene e Sanità, Senato
della Repubblica

4

**Uomini e donne sono
soggetti separati e distinti**

TENERE SEMPRE A MENTE che uomini e donne sono soggetti separati e distinti sia biologicamente sia per caratteristiche psichiche, sociali e culturali e come tali vanno trattati anche e soprattutto in ambito medico. È solo così che possiamo superare ogni tipo di disparità clinica e medica tra maschi e femmine. La medicina di genere nasce proprio sotto l'egida della parità e nello stesso tempo della differenza. Parità di cura tra i sessi, differenza di trattamento clinico e farmacologico. Una concezione che fortunatamente si è rafforzata nel tempo e che ha superato una visione che fino agli anni 80 del secolo scorso orientava la ricerca e la cura esclusivamente alla funzione riproduttiva della donna. Da allora abbiamo fatto tanti significativi passi avanti a livello scientifico, clinico e di consapevolezza sociale, ma non basta. La strada è stata tracciata, è vero, e il tempo è propizio anche per lanciare nuove sfide alla governance del farmaco, per il cui riordino mi sono battuta in prima persona in Parlamento. Sfide che potrebbero tra l'altro offrire significativi incrementi occupazionali e accrescere il prestigio guadagnato nel mondo dalla nostra industria farmaceutica, prima produttrice in Ue. Ma al netto di tutto ciò, mi preme ricordare che l'attenzione principale deve essere sempre orientata sul malato. Ed è proprio per tutelare i malati, uomini e donne, che bisogna pretendere una piena affermazione della medicina di genere. Per fare ciò serve ancora un intenso lavoro di squadra che coinvolga tutti i soggetti (legislatori, medici, scienziati, professionisti) per raggiungere l'obiettivo e per poter parlare davvero di parità tra maschi e femmine. Serve dunque il contributo di tutti e il nostro non mancherà.

SEN. MARIA RIZZOTTIMembro Commissione
Igiene e Sanità, Senato
della Repubblica

SPECIALE RAPPORTO ONDA OSSERVATORIO NAZIONALE SULLA SALUTE DELLA DONNA



Conclusioni



Verso la medicina di precisione

ALESSANDRA CARÈ, MARIA BELLENGHI
 Centro di riferimento per la Medicina di genere,
 Istituto Superiore di Sanità, Roma

La “medicina di precisione” rappresenta uno dei grandi traguardi della medicina moderna. Le terapie sono sempre più create su misura per il singolo paziente. In Europa si parla di medicina di precisione ormai dal 2012 e nel 2016 gli Stati Uniti, sotto la presidenza Obama, hanno investito molto nel campo. La medicina di precisione (o meglio ancora medicina personalizzata) è un nuovo approccio terapeutico che combina dati genetici, stili di vita e informazioni raccolte da migliaia di pazienti per creare terapie sempre più specifiche ed efficaci. I campi in cui attualmente la medicina di precisione trova maggiore applicazione sono l'oncologia e la cardiologia. In quest'ottica, lo studio delle differenze di genere tra i pazienti ricopre un ruolo di fondamentale importanza. L'obiettivo è chiaro e ambizioso: per raggiungere un livello adeguato di personalizzazione delle terapie sarà necessario investire risorse e rivoluzionare la mentalità relativa alle cure. Ogni ospedale dovrà avere un team dedicato a ogni caso clinico (composto da diversi specialisti medici, operatori sanitari, biochimici, bioinformatici) e in questo la formazione ricoprirà un ruolo essenziale.

I Bollini Rosa di Onda, strumento per la promozione di una cultura genere-specifica in ambito ospedaliero

NICOLETTA ORTHMANN
 Coordinatore medico scientifico Onda, Milano

FLORI DEGRASSI
 Direttore Generale ASL Romaz

BARBARA PORCELLI
 Direttore Uoc Assistenza alla Persona, Asl Romaz

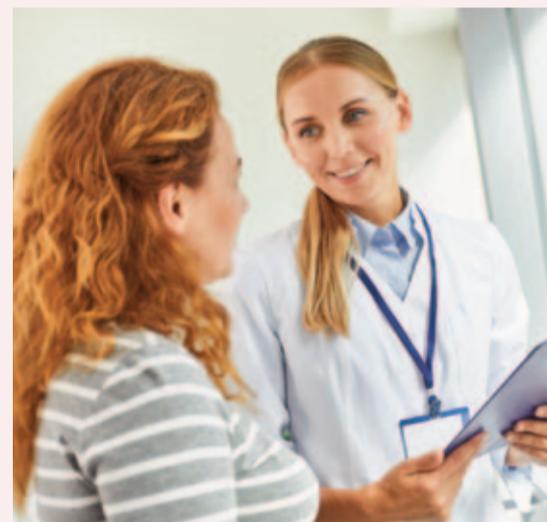
L'ISTITUZIONE DEI BOLLINI ROSA, ormai dodici anni fa, ha segnato un punto di svolta per la Medicina di genere, che anche grazie a questa iniziativa ha assunto rilevanza nazionale. Patrocinati da 23 Società scientifiche, i Bollini Rosa coinvolgono oggi 344 strutture partecipanti, favorendo un approccio gender-oriented alla salute. Questo nuovo approccio, oltre a favorire equità e appropriatezza terapeutica, andrà a impattare favorevolmente anche i costi per i sistemi sanitari, come già riconosciuto dall'Oms. La strada da percorrere, sia a livello interregionale che europeo, è ancora lunga, ma i Bollini Rosa rappresentano un punto di partenza fondamentale per accrescere la disponibilità e consapevolezza sia dei professionisti che dei cittadini. Considerando il genere come variabile cardine nella gestione della salute della popolazione, infatti, si va a creare un'offerta sanitaria e sociale capillare e sensibile. Dal 2016 l'iniziativa si arricchisce con i Bollini Rosa Argento, rivolti alle Residenze sanitario-assistenziali, alla luce della maggior longevità della popolazione femminile. 10. Uno sguardo sulla Medicina di genere all'estero di Sabine Oertelt-Prigione Professor (Strategic Chair) of Gender in Primary and Transmural Care, Department of Primary and Community Care, Radboud University Medical Center, Nijmegen.

Il contributo mostra come la Medicina di genere sia percepita e messa in atto a livello globale. Negli Stati Uniti viene ad esempio definita “sex medicine”, poiché viene considerato il fattore biologico (il sesso) e non quello sociale (il genere). Nonostante questa differente terminologia, la Medicina di genere è assai diffusa, al punto che gli USA sono la patria dei primi studi sulla maggiore mortalità cardiovascolare femminile. Al contrario, il Canada affianca la componente culturale a quella biologica. In Canada la discriminazione di sesso/genere viene analizzata anche in relazione ad altri tipi di discriminazione (razziale, sociale etc.). L'Unione Europea supporta la parità di genere fin dal 1957, anno della sua formalizzazione. Per assistere a un concreto inserimento delle questioni di sesso e genere nei programmi, tuttavia, occorre attendere il 2007. Al momento attuale si sta ancora lavorando sul finanziamento di progetti che portino a una reale uguaglianza di genere in ambito europeo. Se a livello mondiale l'Oms è sempre più attenta alle differenze di genere anche in ambito sanitario e a livello nazionale si riscontrano ancora differenze sostanziali, l'obiettivo comune resta l'applicazione più omogenea possibile della Medicina di genere a tutti i livelli.



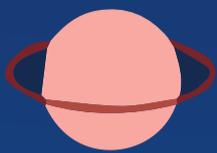
Nel nostro Paese l'approccio della Medicina di genere è ormai consolidato

È presente, infatti, la rete italiana per la Medicina di genere, nata dall'alleanza del Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di genere con il Centro di Riferimento sulla Medicina di genere dell'Istituto Superiore di Sanità e il Gruppo Italiano Salute e Genere (GISEG), che promuove grazie al coinvolgimento di Società Scientifiche, Istituzioni, Medicina Generale e Collegi Professionali programmi attività informative e formative sulla Medicina di genere rendendo l'Italia uno dei Paesi con una maggiore sensibilità al tema. Un ulteriore elemento che pone il nostro Paese all'avanguardia in Europa, è l'adozione del Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di genere, nato dall'impegno congiunto del ministero della Salute e del Centro di riferimento per la Medicina di genere dell'Istituto Superiore di Sanità, con l'obiettivo di promuoverne la diffusione basandosi su 4 principi (approccio interdisciplinare, ricerca, formazione e aggiornamento professionale, informazione).



Un altro ambito clinico di applicazione della Medicina di genere considerato dal Libro bianco è quello dell'oncologia

Infatti, i tumori che colpiscono uomo e donna sono diversi in termini di tipologia e aggressività, per ragioni anatomiche, ormonali, genetiche e di stile di vita. In alcuni tipi di tumore il sistema immunitario femminile si dimostra più reattivo predisponendole a migliori outcome terapeutici, come ad esempio nel caso del melanoma, dove la mortalità è pari a 4,09% nell'uomo e 1,7% nella donna. Lo studio delle differenze di genere nello sviluppo e cura dei tumori, attraverso il riconoscimento dell'attività degli ormoni sessuali come fattori di crescita per i tumori al seno e alla prostata, ha rappresentato uno dei primi esempi di medicina di precisione. In questo ambito, sono stati infatti identificati diversi geni, e relative mutazioni, che predispongono o causano l'insorgenza di un tumore, come nel caso dei geni BRCA 1 e 2 per cancro al seno e alle ovaie.



IL RACCONTO DI UNA MADRE

Ho visto mia figlia soffrire per 28 ore, poi cesareo

La lunga notte di Laura



In una lettera indirizzata al quotidiano torinese *La Stampa*, Valeria, nome di fantasia, in un drammatico racconto narra l'esperienza del parto di sua figlia Laura, avvenuto tramite induzione. Un racconto, come da lei stessa chiarito, che non voleva essere una denuncia, ma soltanto un modo per far conoscere ad altre donne che devono sottoporsi a questa procedura tutte le possibili difficoltà del percorso.

Un'esperienza commentata dal vicepresidente Aogoi che pubblichiamo nelle pagine successive

Probabilmente nel mio cervello non ha ancora trovato il suo spazio di sedimentazione, ma sono certa che nel giro di qualche giorno, quando la stanchezza fisica ed emotiva si saranno affievolite, l'orribile esperienza che ho vissuto verrà registrata dentro di me sotto la voce "trauma".

Invento un nome per me stessa, Valeria. Ho 54 anni e sono la mamma di una bellissima ragazza di 23 che ha appena dato alla luce una bambina. Ragazza forte mia figlia, decisamente ribelle e molto agguerrita, di conseguenza anche tosta, nel fisico e nel carattere. Eppure, quel che ha dovuto subire la notte in cui la sua creatura è venuta al mondo, l'ha messa a dura prova e ha steso al tappeto, almeno per qualche ora, anche la sottoscritta che le è stata vicino e ha tentato di aiutarla facendo quel poco che poteva.

Eravamo al termine di una gravidanza assolutamente perfetta, senza disturbi di sorta, a parte le consuete nausee del primo periodo. Molti controlli durante i 9 mesi per monitorare che tutto procedesse per il meglio. Esami, ecografie, visite ginecologiche. Bimba e mamma perfette.

In base all'ultimo ciclo mestruale dichiarato, il termine della gestazione era stato calcolato per il 12 del mese. Ma né il 12 e neppure nei giorni immediatamente successivi, accade niente. Nuovo consulto con lo specialista e ri-datazione in base ai parametri morfologici della nascita, al 19. Niente! 20, 21, 22... Tutto fermo. Decidiamo allora di interpellare l'ospedale dove mia figlia aveva deciso di partorire e del quale non farò mai il nome poiché questo mio racconto non vuole innescare polemiche, ma soltanto essere una testimonianza concreta per altre donne che dovessero scegliere di intraprendere un certo percorso.

La lunga notte di Laura

I medici prenotano la ragazza per il 29. Dovrà presentarsi al pomeriggio, dopo aver consumato un pranzo leggero. Si va verso il parto indotto. In pratica la stimolazione “artificiale” delle contrazioni, attraverso una procedura che comporta vari passaggi. La cosa tragica è che questi step vanno seguiti in un arco di tempo molto ampio e possono durare, nel peggiore dei casi, ovvero se non producono effetti immediati, anche tre giorni!

Quel martedì mia figlia, che qui chiamerò Laura, viene sistemata nel reparto maternità. Indossa la sua camicia da notte nuova, con l’abbottonatura davanti come richiesto per il ricovero. Bianca e grigia, tutta bella pulita perché uno in ospedale vuole essere decoroso e in ordine. Le sue pantofoline, la sua vestaglia. Borsone con le cose della bambina appoggiato sul davanzale, biscotti e bottigliette d’acqua sul comodino per quando potrà consumarne.

Verso sera viene convocata tre piani più sotto per cominciare la procedura. Le viene inserita in vagina quella che viene ridicolmente chiamata “fettuccina” o anche, con più decenza, “fettuccia”. È una garza allungata che termina con un filo tipo tampax. È imbevuta di prostaglandine e la sua funzione è quella di rilasciare lentamente la sostanza preparando così il collo dell’utero alla dilatazione.

Laura torna poi nella sua stanza, aspetta che spunti qualche sintomo, ma all’inizio non accade nulla. Nella notte invece, ecco i primi dolori. Sono forti, ma sopportabili, tanto che riesce a convivere per tutto il giorno seguente, camminando per i corridoi dell’ospedale, piegata su sé stessa e con fitte improvvise, ma presente e socievole con chi la va a trovare. Siamo ormai nel cuore del mercoledì, mia figlia ha contrazioni da 16 ore quando, alle 18, viene invitata a presentarsi nuovamente all’altro piano, nel reparto neonatologia.

È il momento di togliere la famosa “fettuccina” e forse iniziare il resto della procedura, ovvero la somministrazione di ossitocina, l’ormone che mettono direttamente in vena per aumentare le contrazioni e favorire i movimenti dell’utero per dare il via al vero e proprio travaglio e quindi, si spera, al parto. Noi familiari veniamo tenuti fuori, sempre fuori. Anche con porte chiuse più o meno in faccia: perché le regole sono regole, pur quando applicate pedestremente e ottusamente. Certi ingressi non possono essere varcati, se non dai pazienti. Salvo quando le situazioni vanno fuori controllo e allora torna utile il supporto di un parente. Ed è proprio ciò che accade intorno alle 18,30 di quel mercoledì, mentre io sono sulle scale a scrivere dei whatsapp di aggiornamento sulle condizioni di mia figlia. Mi squilla il telefono, è il padre della ragazza: “Presto, vai subito da Laura, è fuori di sé per il male”.

Corro di sopra, suono al reparto che, come d’incanto, sblocca la serratura per farmi entrare. Entro e ancora non lo so, ma da quel luogo non uscirò fino al giorno dopo, senza più la forza di parlare, dopo 12 ore di assoluto delirio.

Ore 19. Nella prima stanzetta con due lettini, trovo la mia Laura. Ha la fascia per il tracciato legata intorno alla pancia e collegata al macchinario che vede i battiti del cuore della bambina e l’arrivo delle contrazioni, con le sue inquietanti percentuali in costante oscillazione: 25, 47, 63, 99... 99, il numero che coincide con l’apice delle grida. Lei è in piedi, mezza piegata, aggrappata un po’ all’ostetrica e un po’ all’asta delle flebo, in preda a dolori atroci. Pian-pian, si disperava, urla. Quando mi vede entrare mi si butta addosso: “Mamma, aiutami ti prego!”.

La mia sensazione di sgomento ed impotenza fa capolino in quell’istante per la prima volta, ma poi mi accompagnerà per il resto della notte, sconvolgendomi. “Non ce la faccio, non ce la faccio – strilla Laura – prima erano forti ma adesso sono insopportabili”. Provo a consolare, a incoraggiare e intanto guardo l’ostetrica per cercare risposte nei suoi occhi. “Possiamo pensare che si stia avviando al travaglio? – chiedo – L’avete visitata, c’è dilatazione?”. “Sì, signora... ma stia tranquilla, è tutto normale, la ragazza deve solo rilassarsi un po’, non si agiti!”.

Veramente non ho il tono agitato, eppure vengo subito trattata come la classica madre apprensiva e in preda al panico. Non importa, niente importa, se non la buona e magari rapida conclusione di tutto. Un paio d’ore se ne vanno così, fra pianti, flebo di qualche blando calmante, cambio di posizione della ragazza, da in piedi a distesa, a seduta a rannicchiata. Poi mi dicono di infilarmi un camice, una cuffia e dei calzari verdi perché vogliono trasferirla in sala travaglio e io devo andare con lei. Mi pare un’ottima notizia, forse ci siamo. Sono circa le 21. Pure Laura vede in quel passaggio un segnale di salvezza. Ma invece no. La notte è ancora lunga, lunghissima e siamo soltanto all’inizio.

Di sale travaglio ce ne sono due, una di fronte all’altra. Molto spaziose, con strumentazione varia appoggiata alle pareti e al centro la classica poltrona alta, semi-reclinata e con poggia-gambe che serve per fare partorire le madri. Ci sono tre persone che circolano intorno a noi, sono due ostetriche e un chirurgo donna. Vanno e vengono, si danno molto da fare. Mia figlia viene fatta montare sulla sediolona che per lei è scomodissima in quanto non può, e neppure deve, assumere la posizione della partoriente. È soltanto una persona in preda a dolori lancinanti che deve appoggiarsi da qualche parte. Prova a sedersi, piangendo e gridando, scivola giù, si aggrappa a me: “Come devo mettermi, che devo fare, aiutatemiiii, sto impazzendo dal malee”.

Le attaccano nuovamente il tracciato e una delle ostetriche le parla con dolcezza annunciandole che sta per visitarla. Io la tengo per le ascelle affinché non precipiti in basso da quella pendenza, le susurro di provare ad appoggiare i piedi, le asciugo le lacrime, la rassi-

Corro di sopra, suono al reparto che, come d’incanto, sblocca la serratura per farmi entrare. Entro e ancora non lo so, ma da quel luogo non uscirò fino al giorno dopo, senza più la forza di parlare, dopo 12 ore di assoluto delirio





Dove sono io? Sono sempre lì accanto, eseguo quel che mi viene proposto dalle operatrici e fantastico che forse mi trovo a casa nel mio letto e sto solo facendo un brutto sogno

curo che adesso ci saranno buone notizie sulla dilatazione. Una mano guantata inizia la perlustrazione che immediatamente intensifica la sofferenza della ragazza. Esce sangue, muco e le grida aumentano. L'espressione dell'ostetrica dice tutto. Dai 2 centimetri di quattro ore fa, siamo passati a 3. Praticamente niente.

Viene presa una bombola con del protossido di azoto e a Laura viene detto di respirare profondamente nella mascherina di gomma che le appoggiano su bocca e naso. "E' un gas che anestetizza un po' e non fa male alla tua bimba, inspira e butta fuori, vedrai che ti darà sollievo". Lei ci prova, inspira istericamente tre, quattro volte, ma il beneficio non compare. E invece arriva il vomito. Presto! Un bidone della spazzatura viene lanciato accanto al seggiolone e la mia ragazza si piega su un fianco per rigettarvi dentro, a più riprese. La prima volta non abbiamo provveduto in tempo e la bella camicetta da notte bianca e grigia ne ha fatto le spese. È fradicia di vomito Laura e così viene denudata e rivestita con un camice giallo legato coi laccetti dietro.

Si sono fatte le 23. La donna chirurgo entra ed esce dalla stanza. Mentre una delle ostetriche si dedica anima e corpo al caso. Non si allontana mai e mette in campo tutte le idee possibili. Abbassa le luci della sala, aziona sul suo cellulare una di quelle musiche per il relax con il rumore di acqua scrosciante, afferra una palla di gomma gigante aiutando Laura ad appoggiarsi sopra con la pancia e con il petto e a dondolarsi. Lei ubbidisce, ma intanto continua a piangere e a urlare.

Dove sono io? Sono sempre lì accanto, eseguo quel che mi viene proposto dalle operatrici e fantastico che forse mi trovo a casa nel mio letto e sto solo facendo un brutto sogno. "Massaggi sua figlia sulla schiena, quando arriva la contrazione le stringa forte i fianchi" mi dicono. Vado avanti e indietro con il palmo delle due mani sulla zona renale della mia ragazza, aiutata da un olio che mi hanno dato per fare scorrere il movimento. Lo faccio per un'ora intera, senza mai fermarmi, mentre ripeto a lei, ormai come un disco rotto, parole alle quali non credo neanche un po'. "Forza, resisti, vedrai che ci siamo, stai tranquilla, cerca di calmarti, appoggiati qui, appoggiati là".

Un'altra ispezione vaginale. Incrocio le dita, tanto nella penombra non mi vede nessuno. Ancora nessun progresso nella dilatazione.... Penso che devo pregare perché non so che altro fare. In quel momento, un'altra donna incinta fa il suo ingresso nel reparto. Sono le 2 di notte ormai. La sistemano nella sala travaglio di fronte e - oltre al danno la beffa - mia figlia, io e chi sta lì con noi, non possiamo far altro che ascoltare in diretta le fasi del suo parto. Liscio come l'olio: cinque o sei strilli della mamma, strascicati e acutissimi, poi un ultimo verso da animale squartato vivo e subito dopo il pianto del bambino saltato fuori. Mezz'ora e il tutto si è compiuto. Altre vite, altre storie. Noi siamo ancora qui ad arrabattarci.

Mi fanno portare mia figlia in una camera di breve degenza attigua alla sala travaglio. C'è un bagno e devo aiutarla mentre, seduta a cavalcioni su una sedia, si fa una doccia calda che dovrebbe alleviare i dolori e pure stimolare l'agognata dilatazione. Con il soffione puntato sulla pancia e me in piedi accanto a lei, andiamo avanti per mezzora. Laura è fradicia fino ai capelli e lo sono pure io, benché vestita. Ogni tanto spunta l'ostetrica, si affaccia e dice: "proseguite, proseguite che le fa bene". Alle 3 mia figlia ed io torniamo in sala travaglio. Entrambe gocciolanti, lei piegata in due, piangente e urlante, io che percepisco fisicamente l'espressione del mio volto cristallizzata in una smorfia da soldato sopraffatto e annientato dai colpi del nemico.

Ennesima visita, ancora dita che scavano fino in profondità e che tu immagini sfiorino o, peggio, tocchino con forza la testolina di questa povera bimba che non riesce a nascere. La nausea che provo è anche legata a quell'idea: Laura straziata, la bimba violata nel suo nido di pace, magari impaurita dal caos che di certo potrà avvertire. Ok, sento che è ora di pronunciare una parola importante: "Cesareo". Sono io a dirla, perché il personale che si sta adoperando si è più volte dichiarato integralista sulla volontà di seguire e onorare e mettere maniacalmente in pratica le famigerate "linee guida" della Sanità, in base alle quali l'iter del parto indotto ha tappe precise e prima di considerarlo definitivamente fallito devono passare tre giorni. Tre giorni!

È chiaro che le due ostetriche e la donna chirurgo non stanno facendo altro che attenersi alle regole imposte dal sistema. Ma con le poche energie fisiche, morali e mentali che mi restano, provo a far capire loro che, anche se il sistema sanitario rispetta (e quasi venera) un "protocollo", il ragiona-

La lunga notte di Laura

mento umano, del singolo, professionista o profano che sia, se dettato dalla logica e dal buon senso deve avere la meglio. Insistono: “Le linee guida, le linee guida, signora. C’è un protocollo preciso e abbiamo ancora tutto il tempo perché le cose migliorino”.

Si decide allora di fare intervenire un anestesista affinché provveda all’epidurale, ovvero inserire un ago nella spina dorsale di Laura per iniettarle l’anestetico locale che dovrebbe bloccare o indebolire la potenza dei dolori. “Fatelo venire subitoooooooooo.... dove sta? Dove staaaa questo anestesistaaaaa?”. È il grido disperato di mia figlia che non è quasi più in sé.

Passa mezz’ora ed ecco che arriva la specialista. Un’altra donna. È una notte di donne quella che si sta consumando dentro questa sala, disseminata di strumenti, palloni di gomma, lenzuoli insanguinati e imbrattati di vomito, guanti di lattice usati, bacinelle e lampade scialitiche tenute spente. Un teatro di sofferenze pazzesche con 7 femmine che combattono: quattro professioniste, una madre annientata, una figlia allo stremo e una bimba incastrata in un misterioso interregno. Mi fanno allontanare di qualche metro, mi dicono di mettermi dietro il muro perché si tratta di una procedura delicata quella dell’anestesia e gli estranei non sono ammessi. Ne approfitto per cambiarmi i calzari di carta. Solo adesso mi rendo conto che sono zuppi di acqua (quella della doccia) e le scarpe al loro interno, pure. Da due ore ho i piedi a mollo su un pavimento ghiacciato.

“Venga signora, abbiamo finito”. Mi riavvicino alla mia Laura, mi sembra più calma, le si è anche disteso il viso e mi guarda negli occhi per la prima volta dopo ore. “Mamma. È stato terribile. Ora sto meglio. Ho un male cane, ma non è niente in confronto a quello di prima. Mi arrivava fin dentro il cranio”. Sorridiamo, ci accarezziamo a vicenda, accenniamo perfino qualche battuta scherzosa e auto-ironica mentre i numeri del tracciato proseguono nella loro altalena. 20 minuti di tregua. Solo 20 minuti e vedo Laura cambiare di nuovo espressione, trasfigurare, ricominciare a contorcersi, alzare il tono della voce, pronunciare un primo “oddio no, aiuto...” e poi risalire con le urla. L’effetto del farmaco è finito. Ne iniettano dell’altro, ma non procura alcun beneficio stavolta. Ancora una terza somministrazione. Niente. Mia figlia ha perduto ogni speranza, io anche. Lei pronuncia frasi agghiaccianti, eppure comprensibilissime per lo stato in cui si trova. “Fate qualcosaaaaa o giuro che me la tiro fuori con le mie maniiiiii sta bambina!!! Bastaaaaa”.

Sono le 5,15. Guardo negli occhi tutte e quattro le professioniste e con tono pacato, ma risoluto, scandisco un concetto nella speranza che raccolgano il messaggio e dimentichino per un minuto il mantra delle “linee guida”. “Care signore, ci avete provato in tutti i modi. Anche mia figlia ci ha provato. Ce l’abbiamo messa tutta, tutti quanti. Siete state eccezionali. Ma diciamocelo: non stiamo andando da nessuna parte. Laura non avrà mai la dilatazione sufficiente. È finita. Bisogna che le facciate il cesareo. D’altra parte, se anche la ragazza resistesse altre 24 ore in queste condizioni, mi chiedo con quali forze arriverebbe a sostenere un parto naturale. Vi prego, fermiamoci qui con questa procedura. È il momento della sala operatoria”.

Scuotono tutte la testa, ma nei loro sguardi non leggo più la stessa pervicacia delle ore passate. L’anestesista mi prende per un braccio e mi dice di entrare con lei in una stanza dove mi fa un discorsetto. “Sua figlia è giovane signora, e un cesareo potrà essere compromettente anche per future gravidanze. Se lei decide e sua figlia è d’accordo, essendo maggiorenne, lei si assume la responsabilità di questo che è pur sempre un intervento chirurgico con tutti i suoi rischi”.

Sono sfatta, piegata nel fisico e nella mente. Mi viene da piangere, cerco di capire se devo fare silenzio dentro di me per sentire la voce di Dio che mi dirà cosa fare. Poi, come una dolce ventata, avverto una sensazione di profonda umiltà interiore, di limpidezza. E rispondo. “Dottoressa. Io non sono Dio e non so con certezza dove stia la salvezza in questa notte terrificante. Posso soltanto ascoltare il mio buon senso e il mio razioicinio. Osservare i fatti e trarne le conclusioni. Lei mi sta dicendo che sotto i ferri si può anche morire. Ok. Non so cosa c’è scritto in cielo per Laura e per la sua bimba. Ma credo che dobbiamo intraprendere quest’ultima via. Avete il mio consenso. Portate quella mia benedetta figlia in sala operatoria”.

Preparano la ragazza, la svestono e la trasbordano dal seggiolone alla barella. Sono le 5,50. Lei è bella, nonostante la battaglia che ha affrontato. È stesa su quella lettiga, coi capelli ancora raccolti in un ormai scassatissimo chignon sopra la testa e il rimmel che per vezzo s’era messa al mattino, tutto sbrodolato sugli zigomi e lungo il collo. Io la guardo da in piedi accanto a lei e le tengo la mano. Faccio uno sforzo sovrumano per trattenere le lacrime. “Mamma – mi dice scrutandomi con quegli occhioni neri – è andato tutto così male fin qui, che quest’ultimo passo deve andare bene per forza, vero?”.

Mia figlia ha sofferto inutilmente per 28 ore consecutive. E adesso mi tocca impiegare ogni muscolo ed ogni neurone per impormi di non farle sentire la mia voce spezzata dall’angoscia e dall’emozione. Sicuramente recito malissimo quando mi stampo in faccia un sorriso artificiale prima di aprire bocca. “Certo cara. Andrà tutto bene. E fra poco vedrai la

Sono le 5,15. Guardo negli occhi tutte e quattro le professioniste e con tono pacato, ma risoluto, scandisco un concetto nella speranza che raccolgano il messaggio e dimentichino per un minuto il mantra delle “linee guida



La lunga notte di Laura

tua bambina. Vai tranquilla. E finalmente fatti un bel sonnellino. Ti aspetto fuori, tesoro della mamma". Mi cacciano quasi subito. Non servo più a niente lì dentro. "Esca signora, qui non può stare, vada fuori". Disobbedisco in parte ai dictat frenetici e impietosi del personale che ha appena attaccato il turno delle 6 del mattino, e mi fermo a guardare il lettino con sopra la mia Laura che passa in mezzo a due grandi ante, spalancate da lui stesso, come quelle di un saloon. E scompare alla vista. Allora mi avvio alla porta dalla quale ero entrata 12 ore prima, esco e vado sulle scale. Metto i gomiti sul davanzale di una finestra altissima e appoggio la fronte sulle mie mani giunte.....

Alle 6,30 un'infermiera dal volto umano mi viene a cercare. "Signora, la bambina è nata, è magnifica. Meno male che le hanno fatto il cesareo sa, la piccola aveva due giri di cordone ombelicale intorno al collo, stava soffrendo".

"Ditemi di mia figlia, come sta, si è svegliata?". È ciò che più mi sta a cuore adesso e la gioia per la mia nipotina, alla fine venuta al mondo sana e salva, la tengo chiusa e discreta in un angolo dell'anima: la assaporerò più tardi. "Fra poco la vedrà uscire sua figlia, stia tranquilla", mi rassicura l'infermiera. Ed eccolo spuntare, alle 7,10, il letto con le sbarre e le rotelle e la mia Laura sotto le lenzuola col braccio attaccato alle flebo. Passa davanti a me, è mezza addormentata, ma riesco a darle un bacio sulla guancia e a sussurrarle in un orecchio e questa volta in un pianto liberatorio, una piccola frase. "Sei stata bravissima, ma la bambina io non l'ho voluta vedere ancora, aspetto che la veda prima tu. È la tua vittoria".

Alle 6,30 un'infermiera dal volto umano mi viene a cercare.

"Signora, la bambina è nata, è magnifica. Meno male che le hanno fatto il cesareo sa, la piccola aveva due giri di cordone ombelicale intorno al collo, stava soffrendo".

CLAUDIO CRESCINI

VICEPRESIDENTE AOGOI

La lunga notte di Laura e della sua mamma Valeria

Ho letto con apprensione e preoccupazione crescente la lettera della madre di una giovane donna che ha dato alla luce una bimba a Torino con esito in termini medici ottimi, ma pessimi in termini esperienziali.



POICHÉ LA LETTERA È SCRITTA in prima persona della madre della giovane donna in travaglio, essa trasmette al lettore in modo accurato e molto dettagliato l'ansia crescente e l'angoscia dell'autrice e di conseguenza non possiamo conoscere con altrettanta precisione il vissuto della figlia ma possiamo dedurre, anche se non espresso, che sia stato simile ma probabilmente non uguale.

Mi preme precisarlo non certo per sottovalutare il significato profondo della storia raccontata ma perché ampi studi delle neuroscienze ed anche l'esperienza comune di tutti i giorni ci hanno insegnato come sia profondamente diverso il vissuto di una esperienza eccezionale come il dare alla luce il proprio bimbo da parte della diretta protagonista, la mamma, rispetto alle persone che le sono vicine, la nonna, il compagno, la sorella, seppur emotivamente coinvolte e partecipanti. Generalmente molte situazioni che non vengono neppure osservate e ricordate dalla donna e che accadono nel corso del travaglio (perdita di liquidi organici, posture non abituali, espressioni verbali inconsuete, ecc.) e che sono parte intrinseca di un evento fisico ed emozionale unico e primordiale nella sua essenza, possono essere interpretate in modo differente e variabile da persone non direttamente protagoniste dell'evento. Tanto è vero che non è eccezionale dover assistere e sostenere parenti della gravida che manifestano segni di malessere fino alla perdita di coscienza per shock emotivo durante la loro presenza in sala parto.

I problemi insorti e con attenta e scrupolosa osservazione descritti dalla mamma della ra-

gazza in travaglio sono molti e mi hanno fatto riflettere a lungo sulla difficile arte dell'ostetricia che non è solo capacità tecnica professionale ma comunicazione, interpretazione dei bisogni e dei desideri della donna che si affida a noi per partorire, ed anche compassione nel senso di compartecipazione ai sentimenti dell'altro. Molti decenni fa la gravidanza ed il parto erano eventi di grande pericolo per la vita della donna e del bimbo tanto è vero che secoli fa era più pericoloso partorire che andare in guerra. Oggi la mortalità materna in Italia è una delle più basse del mondo ed è pari a 9 donne ogni 100mila parti ed altrettanto minimale è la mortalità neonatale. Ricordo che negli Stati Uniti è più del doppio di quella italiana. Di conseguenza, avendo sostanzialmente risolto i problemi più gravi legati alla maternità, è nostro assoluto dovere, peraltro ricordatoci nelle raccomandazioni dell'Oms dell'anno 2018, far sì che l'evento nascita sia un evento non solo sicuro ma debba essere anche una esperienza di vita positiva per la mamma e per il papà.

La donna in travaglio deve essere sostenuta ed accompagnata con amore e gentilezza, deve poter trovare un ambiente accogliente, sereno, silenzioso e tranquillo perché solo così la parte più ancestrale del suo cervello potrà prendere il sopravvento temporaneo sulla neocorteccia e produrre quelle sostanze neuroendocrine che favoriscono processi fisiologici invariati da milioni di anni, come ben descritto da Michel Odent nei suoi libri.

La corteccia cerebrale deve essere invece molto

attiva e pronta a prendere decisioni rapide e corrette nel personale di assistenza che deve avere la capacità razionale di riconoscere deviazioni dalla fisiologia, insorgenza di situazioni di pericolo e conoscere gli interventi dell'arte ostetrica appropriati per prevenire o curare eventuali patologie che possono compromettere vita o salute di mamma e neonato.

Un altro importante problema da affrontare è quello del dolore del travaglio e del parto. Per milioni di anni si è realizzato quanto scritto nella Bibbia dove Dio rivolgendosi ad Eva che aveva colto il frutto proibito disse: "moltiplicherò i tuoi dolori e le tue gravidanze. Con dolore partorirai figli". Oggi disponiamo di molti strumenti estremamente efficaci per controllare il dolore del travaglio di parto sia per la fase di latenza sia per la fase attiva e se necessario anche per il puerperio. Disponiamo di tecniche che vanno dai mezzi fisici (massaggi, applicazioni di panni caldi, vasca con acqua, ecc.) a quelli farmacologici (oppioidi) fino a procedure invasive come l'anestesia peridurale.

Questi strumenti vanno utilizzati in modo appropriato, nei tempi giusti ed in base alle richieste ed ai bisogni della donna.

Purtroppo nella lettera della mamma della ragazza in travaglio sembra evidente che nel punto nascita in oggetto, l'aspetto del controllo del dolore, per motivi che non conosco, non sia stato adeguatamente affrontato e quando si è intervenuti era ormai troppo tardi.

Non sempre conosciamo le reali condizioni in cui operano i nostri professionisti, spesso gli organici sono sottodimensionati ed il carico di lavoro è eccessivo ed ormai in tutti i punti nascita è diventato molto difficile poter garantire un'assistenza personalizzata e continua.

Purtroppo quando la cascata biochimica del dolore si è attivata diventa sempre più difficile controllarla perché la persona che ne soffre è ormai entrata in una fase di refrattarietà fisica e psicologica ai presidi analgesici che ne rende meno efficace l'azione.

Alla base di tutto quanto la sig.ra Valeria in modo sereno ma fermo e documentato denuncia vi è una procedura ostetrica chiamata induzione farmacologica del travaglio di parto.

Non voglio ovviamente entrare nel tecnico in quanto non solo risulterebbe noioso ai non addetti ai lavori ma soprattutto perché è tema di ri-

La lunga notte di Laura

Le osservazioni contenute nella lettera della Sig.ra Valeria sono un prezioso contributo e uno stimolo a migliorare ancora di più l'assistenza alla nascita nel nostro Paese

cerca scientifica e discussione da molti anni e soggetto a continui adattamenti ed aggiornamenti. Sostanzialmente il problema riguarda situazioni in cui il proseguo della gravidanza comporta un rischio crescente per la salute di mamma e feto e pertanto riuscire ad anticipare il parto contribuisce al miglioramento dell'esito della gravidanza. Sono situazioni in cui in passato non era possibile fare nulla e che contribuivano alla spaventosa mortalità materna e neonatale.

Per quanti progressi abbia fatto la ricerca scientifica in questo settore, l'induzione del travaglio di parto ancora oggi presenta criticità ed aspetti ancora da meglio definire. Ciò non toglie che questa procedura, pur con i suoi limiti, si sia dimostrata comunque efficace nel migliorare gli esiti materno-fetali. Nel caso di Laura, la figlia di Valeria, la gravidanza aveva superato il termine da molti giorni ed in questi casi la placenta inizia ad invecchiare e non riesce a sostenere il metabolismo del feto oramai sempre più grosso. Il liquido amniotico si riduce e progressivamente si può sviluppare una sofferenza fetale fino alla morte intrauterina.

Tutti gli studi clinici fatti fino ad oggi hanno dimostrato che in questi casi l'induzione artificiale del travaglio è vantaggiosa. Poiché siamo tutti diversi, gli uni dagli altri, rispondiamo diversamente anche alle procedure mediche e nel caso di Laura, a differenza della sua compagna di camera che ha partorito in 4 ore, le cose possono andare diversamente.

Ma quanto si può aspettare perché l'induzione faccia effetto?

Perché è meglio tentare il possibile per un parto vaginale piuttosto che per un taglio cesareo?

Anche per questi quesiti la ricerca medica e gli studi epidemiologici hanno dato una risposta basata su centinaia di ricerche i cui risultati vengono quotidianamente pubblicati sulle riviste mediche. Negli ultimi anni i ricercatori sono finalmente riusciti a comprendere le basi microbiologiche che causano una differenza nello sviluppo del sistema immunitario nei soggetti nati da parto vaginale rispetto a quelli nati da cesareo, dimostrando che il passaggio attraverso il canale vaginale favorisce la colonizzazione del neonato da parte di batteri "buoni" e di conseguenza una migliore produzione di anticorpi. Tutti i dati della letteratura mondiale dimostrano che per mamme e neonato il parto vaginale, quando non vi sono situazioni particolari, è sicuramente preferibile al taglio cesareo.

L'Oms dichiara che la percentuale di tagli cesarei realmente necessari non dovrebbe superare il 15%, mentre in Italia siamo al 3%. È proprio nell'interesse di mamma e bambino che il personale ostetrico più responsabile e preparato cerca di contenere il tasso di tagli cesarei, sebbene questo, come dimostra la lettera che sto leggendo, non sempre corrisponde ai desiderata dei parenti presenti sulla scena del parto o a quelli della donna stessa.

Nessun medico è umanamente in grado di mantenersi aggiornato in un mondo in cui la ricerca scientifica produce materiale ad un ritmo vertiginoso e talvolta contraddittorio o comunque non definitivo. Per questo motivo enti governativi ed associazioni mediche cercano di fare il punto dello stato dell'arte riassumendo e schematizzando i risultati della ricerca nelle cosiddette Linee Guida che diventano poi protocolli e algoritmi di uso pratico che guideranno l'operato dei singoli operatori e delle equipe mediche.

Anche la recente legge italiana sulla responsabilità medica nota come legge Gelli sancisce che la colpa grave in caso di esito negativo di un inter-

vento medico è attribuibile al professionista se non ha seguito le linee guida e da questo ne è derivato un danno al paziente. La stessa legge ricorda però che è possibile derogare dalle linee guida purché ci sia un documentato e dimostrato motivo che induca il medico a non rispettarle in quel preciso e particolare caso.

Ed è questo che la sig.ra Valeria rimprovera ai colleghi che hanno seguito il parto della figlia Laura. **L'essersi troppo legati alle linee guida come di fatto è correttamente avvenuto.** C'è quindi stato un conflitto tra corretta procedura professionale e vissuto dei soggetti interessati cioè di madre e figlia in travaglio. Sono situazioni molto difficili da gestire che mettono talvolta a dura prova le capacità di resistenza del personale di assistenza in defatigante conflitto tra adesione alle regole di buona pratica medica da una parte e rispetto della volontà del paziente e dei suoi accompagnatori.

Sebbene da un punto di vista giurisprudenziale nessun parente nemmeno di primo grado può decidere una procedura medica per un soggetto in grado di intendere e volere e quindi la richiesta della mamma di Laura di eseguire un taglio cesareo non poteva essere accolta, è evidente che in situazioni con questo particolare carico e connotazione emotiva tutto viene sovvertito.

Da una parte il medico e l'ostetrica vogliono comportarsi nel modo più corretto da un punto di vista tecnico, dall'altro la madre della donna e la donna stessa, a pieno diritto, possono non essere in grado per i più svariati motivi di accettare le procedure mediche validate.

Pensiamo a quante persone sono convinte in assoluta buona fede che i vaccini siano dannosi nonostante la storia dell'umanità, non solo la scienza, abbia dimostrato senza ombra di dubbio la loro efficacia nel salvare milioni di vite. Il nostro compito non è quello di condannarle o peggio disprezzarle, bensì di capirne le errate motivazioni e di cercare di far cambiare loro opinione.

Probabilmente una migliore copertura del dolore anticipando forme di analgesia più efficaci ed una comunicazione più strutturata non avrebbero avuto questo esito.

Dico probabilmente perché ex post è sempre facile sapere cosa sarebbe stato meglio.

Quello che sicuramente è da condannare è il commento dell'infermiera che ha portato la bimba a Laura, con il quale si dichiara che il taglio cesareo era necessario perché la bimba aveva due giri di funicolo attorno al collo. Come è noto i giri di funicolo sono presenti in moltissime nascite senza comportare problemi e sicuramente non sono causa di fallimento dell'induzione.

Abbiamo per molti anni lavorato moltissimo come associazione Aogoi per innalzare il livello professionale del nostro personale per raggiungere e superare i risultati in ambito di mortalità e di morbilità materno neonatale ottenuti in Paesi come la Svezia ed il Giappone ma la signora Valeria ci ha ricordato che molto dobbiamo ancora fare nell'ambito della comunicazione e nella gestione del dolore in travaglio.

Per questo la ringrazio.

Un ultimo motivo di dispiacere e di sorpresa è che tutto questo sia avvenuto in un ambiente esclusivamente femminile, nessun operatore di sesso maschile era presente. È quindi probabile che il genere degli operatori presenti in sala parto non sia così determinante come si penserebbe.

Le osservazioni contenute nella lettera della Sig.ra Valeria sono un prezioso contributo e uno stimolo a migliorare ancora di più l'assistenza alla nascita nel nostro Paese".

Probabilmente una migliore copertura del dolore anticipando forme di analgesia più efficaci ed una comunicazione più strutturata non avrebbero avuto questo esito



PARTO PRETERMINE



Ogni anno nel mondo una gravidanza su 10 finisce prima del suo termine fisiologico e circa 15 milioni di neonati nascono prematuri. Un milione di questi non sopravvive

Lo screening del parto pretermine nella gravidanza singola: un possibile aiuto dalla genetica

LA PREMATURITÀ è la principale causa di morte nei bambini di età inferiore ai 5 anni, quelli che sopravvivono sono a rischio di esiti avversi, fra i quali la paralisi cerebrale infantile, l'enterite necrotizzante. I costi, sia economici che sociali, sono elevati per le famiglie e per i sistemi sanitari nazionali

SONO I DATI DELLA SINDROME DEL PARTO PRETERMINE, sempre più frequente in tutto il pianeta. Pur essendo un problema globale oltre il 60% delle nascite premature si verificano in Africa e nell'Asia meridionale. Il 12% dei bambini nasce troppo presto nelle nazioni a basso reddito, tale percentuale scende al 9% nei paesi a reddito più elevato, dove comunque, sono a maggior rischio di parto pretermine le gravidanze insorte in famiglie più povere. Nascere in nazioni a basso reddito compromette anche la qualità delle cure perinatali, peggiorando così gli esiti di questi bambini prematuri.

È QUANDO LA GRAVIDANZA si conclude prima della 37 settimana che il parto è pretermine e la complessità degli esiti neonatali è direttamente proporzionale alla sua precocità. Per questo il parto viene classificato: pretermine estremamente basso (very-low preterm) quando si verifica prima della 28 settimana; pretermine molto basso (low preterm) quando si verifica tra la 28+0 e la 31+6 settimana; pretermine moderato (moderate preterm) quando si verifica tra la 32+0 e la 33+6 settimane; pretermine tardivo (late preterm) quando si verifica tra la 34+0 e la 36+6 settimane. Avviene soprattutto spontaneamente (50%), ma può seguire la rottura delle membrane (30%) op-

pure essere iatrogeno (20%) quando si rende necessario di concludere la gestazione poiché proseguirla comporterebbe un rischio inaccettabile per madre e/o per il feto.

Nonostante ne siano stati individuati molteplici, il 50% delle gravidanze che si concludono prematuramente avviene in donne senza un fattore di rischio identificabile.

È giustificato l'avvio di un programma di screening per il parto pretermine? La sindrome costituisce un problema di sanità pubblica ed è disponibile un trattamento per migliorare gli esiti neonatali e per prolungare la durata della gravidanza. La profilassi corticosteroidica antenatale,

CONSULTORIO SPOLETO-VALNERINA ASL UMBRIA 2



LAURA ALESSE
dirigente medico



EMILIA TORCHETTI
ostetrica



ROBERTA VERDECCHIA
ostetrica



MAURIZIO SILVESTRI
dirigente medico,
tesoriere Aogoi

PARTO PRETERMINE



Bisognerà adesso rendere disponibili test diagnostici di facile accesso in grado di identificare le donne con questi SNPs, ma soprattutto di capire quale possa essere il reale utilizzo clinico.

i tocolitici per ritardare il parto così da permettere la somministrazione di corticosteroidi e/o effettuare una STAN in ospedali qualificati ed i ricoveri nelle TIN, hanno migliorato l'outcome dei prematuri. Inoltre è possibile prolungare la gravidanza con il cerchiaggio cervicale che potrà essere elettivo fra 12-14 settimane, oppure quando si riscontra una cervicometria minore di 25 mm fra la 16 e la 24 settimana di gravidanza con nell'anamnesi un pregresso parto pretermine oppure aborto tardivo.

Mentre il pessario cervicale ancora non ha trovato unanime validazione dalla comunità scientifica, il progesterone, soprattutto quando somministrato per via vaginale, rappresenta un trattamento efficace per ritardare la nascita. Questo ormone, deputato al mantenimento della gravidanza inibendo la maturazione cervicale e mantenendo la quiescenza miometriale inibendo la sintesi e la funzionalità dei recettori dell'ossitocina, è anche modulatore dell'infiammazione. È indicato il suo uso nelle seguenti condizioni: anamnesi positiva di parto pretermine spontaneo (parto improvvisamente avvenuto tra 16.6 e 36.6 settimane), anamnesi positiva per rottura pretermine delle membrane, anamnesi positiva per aborto del secondo trimestre, anamnesi positiva di chirurgia cervicale (trachelectomia, conizzazione o trattamento cervicale mediante ansa diatermica) in caso di modificazioni della lunghezza cervicale e cervice corta identificata all'ecografia.

Essendo le modificazioni del collo dell'utero, probabilmente su base infiammatoria, ad innescare la sindrome, la misura della lunghezza della cervice uterina è una metodica proponibile per lo screening del parto pretermine. Tramite l'ecografia transvaginale questa misurazione dovrà avvenire con una metodica ben definita: vescica vuota, minima pressione della sonda sulla cervice, scansione longitudinale del canale cervicale, in-

grandimento adeguato con cervice che occupa circa il 75% dell'immagine, buona evidenziazione degli orifici uterini interno ed esterno e corretto posizionamento dei caliper per la misurazione, durata della valutazione di 3-5 min, scegliere la misurazione più corta di almeno 3 buone immagini.

È discutibile se sottoporre tutte le donne a questa valutazione durante l'ecografia del 2° trimestre poiché, per i dati di letteratura, consente di identificare il 2% circa di donne asintomatiche e senza fattori di rischio, ma non sono certi i risultati ottenibili con il trattamento preventivo mediante progesterone vaginale (200 mg/die fino a 36⁺⁶ settimane o alla rottura delle membrane). Infatti, con questo trattamento, nelle gestanti con cervicometria < 20 mm e > 10 mm, si può ottenere una riduzione del 39% del tasso di parto prima di 33 settimane ed una riduzione del 38% di morbosità neonatale composita.

Nelle donne asintomatiche, ma con fattori di rischio per il parto pretermine, la misurazione del canale cervicale nel 2° trimestre ha indicazione clinica poiché, il loro rischio aumenta in caso di cervicometria < 25 mm riscontrata entro le 24 settimane. Possono essere proposti interventi preventivi (progesterone e/o cerchiaggio cervicale). Con il medesimo riscontro ecografico dopo la 24 settimana non abbiamo studi randomizzati che abbiano valutato le strategie gestionali. Sono in corso analisi sull'utilizzo del pessario cervicale in questa sottopopolazione.

Nell'eventualità fossero necessari controlli seriati di cervicometria l'intervallo fra le misurazioni di 2 settimane può ridurre l'errore correlato in parte alla variabilità della riduzione della lunghezza cervicale (1-8 mm per settimana) e in parte alla variabilità intra- e inter-osservatore. La dilatazione imbutiforme dell'orifizio uterino interno (OUI) con protrusione delle membrane nel cana-

le cervicale (*funneling*) e la presenza di detriti amniotici ecogeni depositati nella parte inferiore del sacco amniotico in stretta prossimità dell'OUI (*sludg*: fango amniotico - segno di possibile colonizzazione microbica intraamniotica), sono da considerarsi parametri ancillari.

I tentativi di mettere a punto dei punteggi (risk scoring system) per stratificare il rischio di parto pretermine in basso, medio, alto in funzione della presenza di uno o più fattori di rischio, non si sono dimostrati utili per lo screening nella quotidianità clinica.

Attraverso la medicina predittiva si potrà stimare il rischio di sviluppare le malattie non comunicabili - NCD, favorite dall'espressione o dal silenziamento dei geni.

I genetisti stanno partecipando a gruppi di ricerca per individuare i SNPs "polimorfismo genetico a singolo nucleotide" cioè le mutazioni puntiformi di regioni del genoma responsabili del diverso funzionamento del gene. Quando i SNPs interessano geni che controllano malattie, potranno essere responsabili e al tempo stesso marcatori biologici del rischio genetico di sviluppare la malattia da essi controllata. È necessario individuare tali geni, i loro SNPs ma anche improntare metodiche diagnostiche in grado d'individuarli. Potremo così avere a disposizione test predittivi sul rischio genetico di specifiche malattie.

Nel parto pretermine l'eredità familiare, attribuibile a fattori ambientali o genetici oppure entrambi, rappresenta un fattore di rischio presente nel 30% della popolazione australiana e nel 40% di quella svedese. Inoltre è evidenza clinica che le donne di etnia nera partoriscono prima delle caucasiche. Quanto sopra ha spinto gruppi di ricerca a valutare l'esistenza di fattori genetici che regolano la durata della gestazione. A settembre del 2017 il gruppo di lavoro di Louis J. Muglia (Division of Human Genetics, Center for Prevention of Preterm Birth, Perinatal Institute, Cincinnati Children's Hospital Medical Center and March of Dimes Prematurity Research Center Ohio Collaborative, Cincinnati, OH, USA) ha pubblicato sul *New England Journal of Medicine*, l'articolo *Genetic Associations with Gestational Length and Spontaneous Preterm Birth*. Gli autori, analizzando circa 50.000 donne, hanno individuato sei regioni genomiche che influenzano l'insuccesso del travaglio di parto. Successivamente sono stati pubblicati altri lavori che hanno individuato i SNPs su aree del genoma che controllano la durata della gravidanza. Bisognerà adesso rendere disponibili test diagnostici di facile accesso in grado di identificare le donne con questi SNPs, ma soprattutto di capire quale possa essere il reale utilizzo clinico. Se ciò diventasse realtà, si aprirebbero scenari complessi: potremo davvero stimare chi avrà il rischio di una gestazione più corta ancora prima che la gravidanza inizi? Quale potrebbe essere l'impatto sulla scelta riproduttiva della donna positiva al test?

Altro aspetto interessante di questa ricerca è la farmacogenomica funzionale che studia gli aspetti genetici della variabilità della risposta ai farmaci. Sappiamo che esistono geni codificanti per le proteine coinvolte nella biodisponibilità del farmaco (assorbimento, distribuzione, metabolismo) e geni codificanti per il suo bersaglio terapeutico (recettori, enzimi, proteine regolatrici). Specificati questi geni, i loro SNPs che ne mutano la funzione ed infine allestito un test diagnostico per individuarli nella popolazione, sarebbe possibile la terapia farmacologica personalizzata. Potremo così evitare di somministrare farmaci a chi è predisposto geneticamente a non averne l'effetto terapeutico sperato.



L'Ufficio legale Aogoi è composto da legali esperti in organizzazione e responsabilità sanitaria in materia penale, civile, lavoristica, amministrativa, con presenza capillare su tutto il territorio nazionale e da un insieme di medici specialisti ginecologi, medici legali, patologi dediti all'attività peritale



UFFICIO LEGALE AOGOI

Ecco il bilancio dell'attività dell'ufficio legale Aogoi

PROF. ANTONIO
CHIANTERA

AVV. MARIA LAURA
LAUDADIO

DOTT. PASQUALE PIRILLO

AVV. SABINO LAUDADIO

AVV. VANIA CIRESE

AVV. NICOLA FUCCI

L'UFFICIO È COORDINATO da un board che, valutato il caso proposto dall'Associato, lo assegna per competenza e territorialità ai legali ed agli specialisti medici. Gli onorari degli avvocati e dei consulenti tecnici sono a totale carico della Aogoi e dell'assicurazione dell'Associazione. L'Associato è libero da qualsiasi spesa inerente il contenzioso. L'Ufficio legale Aogoi ha formalizzato accordi con le altre associazioni aderenti alla Sigo: Agui ed Agite diventando, di fatto, una funzione dedicata a tutti i Ginecologi in Italia.

Assiste l'associato già nella fase stragiudiziale e di pre-contenzioso, e dunque nello studio e nella redazione della corrispondenza con la controparte, così come con l'ente ospedaliero, datore di lavoro. Nel fare ciò l'ufficio legale Aogoi presta la propria consulenza altamente specializzata, affinché ogni passaggio procedurale sia tempestivamente e correttamente adempiuto. Ci riferiamo, tra l'altro, alle relazioni di *audit* per uso interno della direzione ospedaliera sull'evento avverso. Inoltre, assiste l'associato anche nella gestione dei rapporti con la propria assicurazione, al fine di preservarne la copertura.

SUL VERSANTE CIVILE non appena l'associato riceve l'atto introduttivo del giudizio, l'ufficio legale Aogoi - ove incaricato dall'Associato Aogoi - provvede all'immediato studio della vicenda, della cartella clinica, delle prove documentali dedotte dalla controparte. Incontra e si confronta con l'associato al fine di studiare e sviluppare insieme la migliore strategia processuale. Le azioni civili paiono essersi concentrate preva-

lentemente nei confronti delle aziende ospedaliere.

Accade, tuttavia, che l'azienda datrice evochi in giudizio - in modo del tutto improprio - il dipendente medico per rivalersi su di esso. In casi del genere, l'ufficio legale Aogoi ha prestato assistenza all'associato con esiti ampiamente favorevoli.

È infatti recentissima la sentenza numero 2617/2019 del 27 dicembre 2019, della Corte di Appello di Catania, nella quale un Associato siciliano, precedentemente assistito da altro legale, ha visto integralmente riformata la iniziale condanna a suo carico a rifondere l'azienda di quanto da questa versato a titolo di risarcimento.

Nel giudizio di appello infatti l'Associato si è rivolto all'ufficio legale Aogoi che con i suoi legali - modificando la strategia processuale precedentemente assunta - è riuscito ad ottenere la riforma della sentenza, con esclusione di una responsabilità dell'Associato, convincendo la Corte d'Appello su di una diversa interpretazione dei fatti di causa. Il tutto con una sonora condanna alle spese legali a carico dell'Azienda Ospedaliera per la sua improvvida chiamata in garanzia. Quanto sopra a dimostrare ulteriormente l'opportunità che l'Associato affidi all'Ufficio Legale Aogoi la propria assistenza sia legale che peritale.

L'ufficio legale Aogoi, nel range delle proprie attività, assiste i medici anche nella consulenza tecnica preventiva fissata dall'art.8 della legge Gelli. Si tratta di un procedimento di natura squisitamente tecnica in cui il Tribunale com-

petente si limita alla nomina di un collegio peritale per la disamina del caso clinico, senza che a ciò segua una sentenza, al fine di indurre le parti ad una conciliazione. Il ruolo dei consulenti dell'ufficio legale Aogoi è quello innanzitutto di offrire elementi giuridici e tecnici affinché il quesito del Magistrato sia correttamente posto al consulente nonché di suggerire indicazioni circa la corretta individuazione della figura professionale più indicata quale CTU per il caso specifico. Gli incaricati dell'ufficio legale Aogoi seguono passo passo il procedimento di consulenza preventiva così come ogni giudizio ordinario.

Ad oggi il 95% delle Consulenze Preventive seguite dall'ufficio legale Aogoi si è concluso con una perizia che esclude responsabilità del medico; nei diversi casi, l'ufficio legale Aogoi si è immediatamente attivato affinché l'esito finale della lite fosse privo di conseguenze economiche a danno dell'associato.

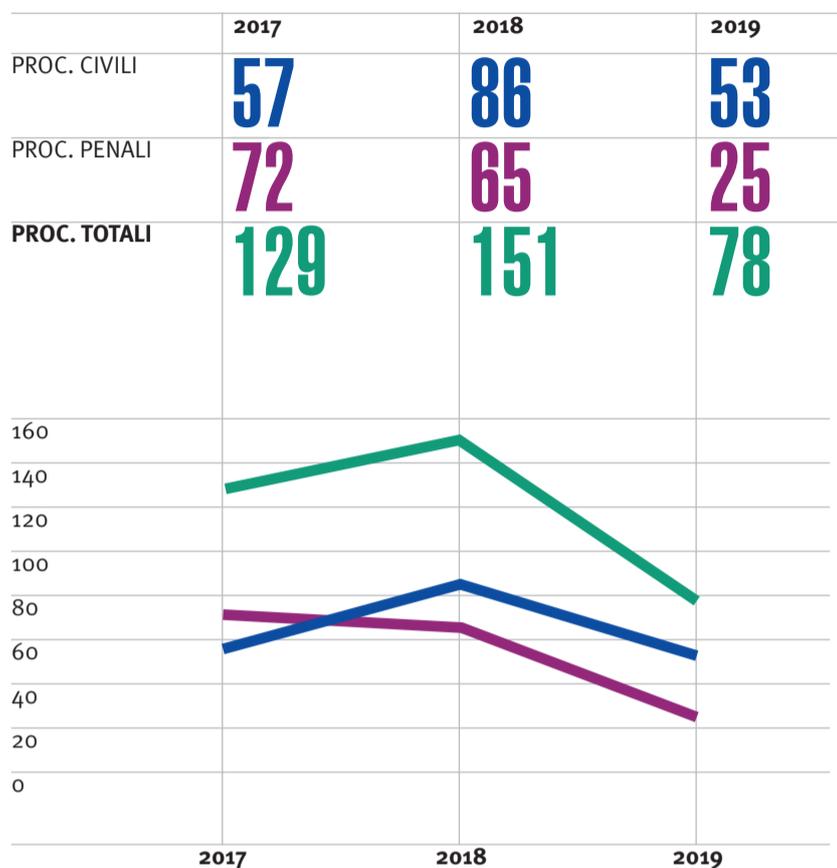
Abbiamo, tuttavia, registrato casi in cui la parte che si è ritenuta danneggiata ha proposto l'ordinario giudizio civile nonostante la consulenza preventiva avesse smentito le loro tesi e le pretese risarcitorie. In tali casi l'inaccettabile insistenza del soggetto presuntivamente danneggiato è stata e sarà sempre contrastata con domanda di *lite temeraria* ovvero, in alternativa, con istanza sanzionatoria al giudice affinché siano liquidate spese legali di particolare severità per l'azione inutilmente tentata.

Gli incaricati dell'ufficio legale Aogoi seguono personalmente e con costanza gli sviluppi della vicenda processuale anche mediante periodici incontri e colloqui telefonici, offrendo la più ampia reperibilità e disponibilità.

Non appena entrata in vigore la legge 24 del 2017 (meglio nota come legge Gelli) l'ufficio legale Aogoi si è immediatamente impegnato affinché l'impianto normativo fosse immediatamente rispettato dagli enti ospedalieri. Non basta, l'ufficio legale Aogoi ha preparato e inviato numerose diffide intimando gli organi istituzionali a dare at-

UFFICIO LEGALE AOGOI

■ PROC. CIVILI
■ PROC. PENALI
■ PROC. TOTALI



tuazione alle norme che richiedevano un'integrazione regolamentare da parte del Ministro.

La legge Gelli ha certamente segnato un punto di svolta nell'ambito della responsabilità in sanità. I dati, desunti dal nostro Archivio Gestionale, parlano chiaro e sono riassunti nelle tabelle in questa pagina.

SUL VERSANTE PENALE le tabelle riportate descrivono come il contenzioso penale stia leggermente riducendosi da una parte effetto dell'esclusione di responsabilità se si seguono le LG e buone pratiche applicabili al caso concreto per espressa previsione contenuta nell'art. 5 della legge Gelli, ma anche perché l'ufficio legale Aogoi "esporta" le sentenze vinte che contengono indirizzi giurisprudenziali più garantisti e più favorevoli ai medici e che così ispirano favorevolmente altri giudici nei vari tribunali.

Ci piace pensare che da Biella a Gela i soci Aogoi si giovino della stessa tutela sotto il profilo del rapporto personale, della tempestività dell'intervento, della difesa medico-legale specialistica e dell'accuratezza di trattazione di ogni aspetto giuridico, sostanziale e processuale. L'ufficio legale Aogoi assicura pronte risposte e pronte azioni, incontrando i soci ed impostando subito la strategia difensiva più appropriata.

Come difendersi da tutti gli effetti collaterali del processo penale? Dal "linciaggio mediatico", dagli attacchi alla reputazione, dalle speculazioni delle associazioni e studi professionali che sobillano i pazienti anche a fronte di domande infondate? Dagli avvocati specializzati in "malasanità", che pubblicizzano facili risarcimenti di danni senza alcun esborso per il paziente, nemmeno

iniziale? Si legge su pubblicità ingannevoli: "Per ottenere risarcimenti elevati in tempi rapidi è necessario avere un atteggiamento aggressivo, nei confronti delle compagnie assicurative, del medico e dell'ospedale". Davanti a questo quadro inquietante e che suscita rabbia e indignazione da parte della classe medica vi è un'unica possibilità: il deterrente di una difesa competente e precoce per scoraggiare le azioni pretestuose ed infondate. Questo obiettivo si integra con una progettualità a 360 gradi a tutela dei ginecologi-ostetrici con le iniziative portate avanti a livello istituzionale dalla Società Scientifica. Anche sotto questo aspetto l'aiuto dell'ufficio tutela legale è prezioso.

Vincere nel processo penale significa non subire il processo alla Corte dei Conti né quello disciplinare ed arginare quello civile. Ogni causa vinta costituisce un orientamento innovativo e più garantista per i ginecologi-ostetrici, che circola e può ispirare il convincimento di altri giudici, creando un circolo virtuoso a vantaggio di altri soci. In che consiste l'aiuto concreto? Nell'immediato esame della documentazione clinica e dell'accusa, nella proposta di strategia difensiva, nella difesa in giudizio garantita da un legale specializzato in responsabilità in sanità e un CT di diretto riferimento di Aogoi.

L'ufficio legale Aogoi settore penale nel periodo maggio 2015-2019 ha seguito nelle varie Regioni d'Italia ben 159 casi riuscendo a chiudere positivamente 62 processi penali, con successo mentre i restanti 97 sono ancora in via di definizione, non persi!

