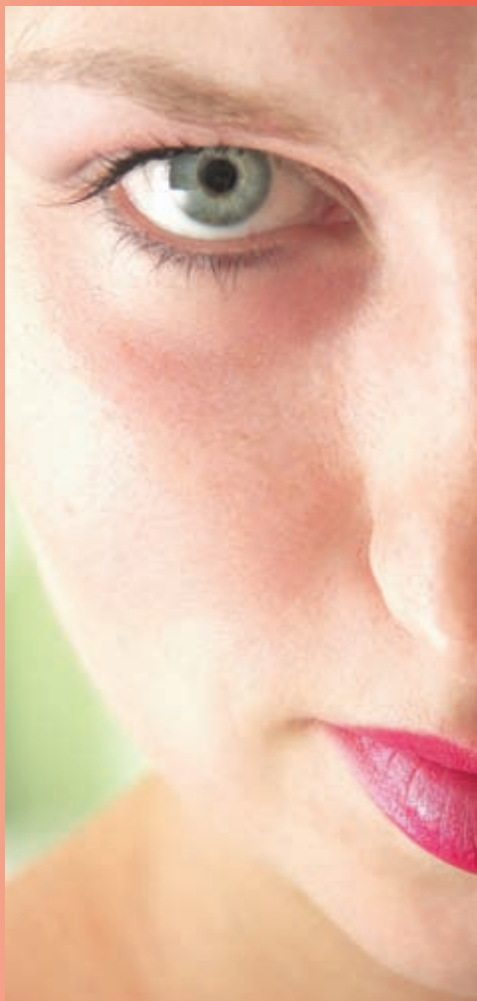


CONTRACCEZIONE SESSUALITA' SALUTE RIPRODUTTIVA

SOCIETA' MEDICA ITALIANA PER LA CONTRACCEZIONE

RIVISTA UFFICIALE

Volume 1 - Numero 0 - Ottobre 2006



SMIC
S

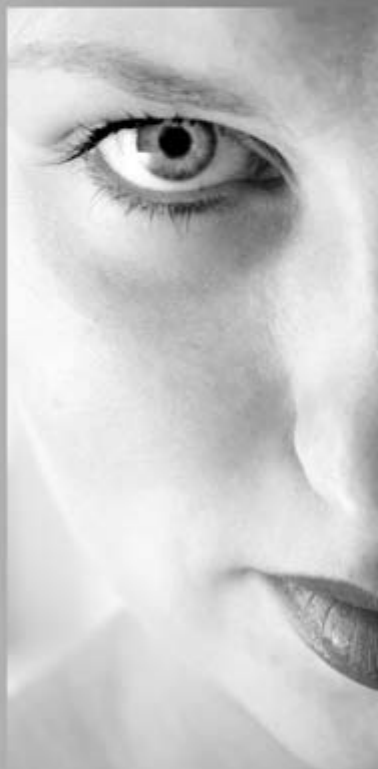


CONTRACCEZIONE SESSUALITA' SALUTE RIPRODUTTIVA

SOCIETA' MEDICA ITALIANA PER LA CONTRACCEZIONE

RIVISTA UFFICIALE

Volume 1 - Numero 0 - Ottobre 2006



SMIC



Autorizzazione Tribunale Bologna (In attesa del n. di registrazione)
Copyright © 2006



EDITEAM sas Gruppo Editoriale
Via Gennari 81, 44042 Cento (Fe)
Tel. 051.904181/903368 - Fax 051.903368
www.editeam.it
info@editeam.it

Progetto Grafico: EDITEAM Gruppo Editoriale.

Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta, tradotta, trasmessa o memorizzata in qualsiasi forma e con qualsiasi mezzo senza il permesso scritto dell'Editore.

L'Editore declina, dopo attenta e ripetuta correzione delle bozze, ogni responsabilità derivante da eventuali errori di stampa, peraltro sempre possibili.

INDICE

EDITORIALE

Contracezione Sessualità Salute Riproduttiva

Emilio Arisi, Presidente SMIC..... **3**

SMIC, una nuova Società per la contraccezione in Italia

Emilio Arisi, Consigliere Nazionale AOGOI, Consigliere Nazionale SIGO,
Presidente SMIC..... **5**

Per la SMIC, con l'augurio di un buon lavoro

Carlo Sbiroli, Presidente AOGOI..... **9**

La SIMG e la Salute della Donna

Claudio Cricelli, Presidente SIMG
Raffaella Michieli, Segretario Nazionale SIMG, Vice Presidente SMIC..... **10**

La SMIC e la Ginecologia territoriale

Maurizio Orlandella, Segretario A.Gi.Co Lombardia,
Vice Presidente SMIC..... **11**

POMI, Salute della donna, Consulteri..... 18

CONTRACCEZIONE SESSUALITA' SALUTE RIPRODUTTIVA

EDITORIALE

COLTIVAVO UN SOGNO, LA SMIC

Erano gli anni '70 ed '80 e frequentavo, come molti altri, gli oceanici Congressi Internazionali sulla contraccezione che il Prof. Pescetto, assieme ad alcuni collaboratori illuminati, organizzava a Genova al Palazzetto dello Sport. Negli stessi anni andavo sistematicamente in Francia a seguire le riunioni della Società francese della Contraccezione o in Gran Bretagna a seguire quelle della parallela Società inglese.

Nel '71 inserivo la prima spirale e nel '72 mi specializzavo con una tesi che proponeva l'organizzazione di Centri per la pianificazione familiare. Nello stesso '72 contribuivo a realizzare a Carpi (Modena) l'apertura sperimentale del primo Consultorio pubblico in Italia, con l'intento di verificare quanto vi si poteva fare per trasferirlo nella stesura della Legge Regionale per i Consultori dell'Emilia-Romagna pubblicata nel 1974. Erano anche anni nei quali in Italia il Prof. Cittadini ed il Prof. Flamigni organizzavano frequentissime Giornate Nazionali sulla Contraccezione dove molti giovani ginecologi riferivano le loro esperienze.

Le riviste da seguire allora erano: Contraception, Contraception Fertilité Sexualité, Contraccezione Fertilità Sessualità, e poche altre, incluso il bollettino medico della IPPF (International Planned Parenthood Federation), alle quali si è aggiunta molto più recentemente la rivista della ESC ("The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care"). Ed erano anche gli anni in cui in Italia si combattevano delle battaglie di civiltà, come quelle per i Consultori (1975), per la legalizzazione della interruzione volontaria di gravidanza (1978), per il divorzio (1976).

In quei tempi le battaglie ideali erano furenti; eravamo da poco usciti dal '68. Chi era pro e chi era contro qualcosa o qualcuno si scontrava molto sulle parole, senza debordare verso atteggiamenti non urbani o peggio; insomma il dibattito c'era, senza fraintendimenti, ma anche senza le moderne sconcerie delle offese agli avversari.

Ebbene in quegli anni mi avvicinavo anche all'UICEMP (Unione Italiana Centri Educazione Matrimoniale e Prematrimoniale), fondata da alcune persone illuminate a Milano nei primi anni '60, la quale era la branca italiana dell'IPPF, e della quale sono stato per

molti anni Presidente fino a pochi mesi fa. Attraverso quella esperienza nazionale ed internazionale ho allargato le mie osservazioni sul mondo della pianificazione familiare, che non è solo quello dei Paesi ricchi Europei e Nord-Americani, ma che è soprattutto quello dei Paesi poveri o in Via di Sviluppo, dall’Africa Sub-Sahariana al Sud-America, all’Asia, all’Est Europa. Mondì dove spesso morire è più facile che vivere, mondì dove la natalità è elevata, ma i mezzi per pianificare le nascite costano moltissimo, e l’aborto è rischioso. Mondì nei quali la pianificazione familiare può significare la sopravvivenza di una famiglia.

Ma anche in Italia abbiamo il nostro bisogno non soddisfatto di contraccezione, “unmet need” con lo stringato termine anglosassone. Basti pensare che non abbiamo se non minimi esempi di educazione sessuale nelle scuole, che abbiamo una legge sui Consultori, ma che questi risultano tuttavia insufficienti come numero e sempre meno finanziati, che l’utilizzo della contraccezione ormonale sfiora solo il 20% delle donne in età fertile e tende in questi anni a calare piuttosto che a crescere verso livelli simili a quelli della maggior parte dei Paesi Europei (oltre il 30% delle donne in età fertile come media di utilizzo).

Ed è da quei lontani anni ’70 di battaglie ed esperienze che coltivo un sogno, quello di fare in modo che gli attori professionali della contraccezione si parlino in modo piano e pratico all’interno di una Società Scientifica che li veda partecipi pari a tutti. Un sogno su cui ci siamo cimentati in vari modi in questi anni. In verità è sempre sembrato ai più che le entità professionali, che in un qualche modo principalmente interagiscono con la contraccezione e con l’utenza della contraccezione, nella fattispecie il **Ginecologo**, sia esso consultoriale libero professionista od ospedaliero, ed il **Medico di Medicina Generale**, corressero ognuno per conto loro in questo settore, tal-

volta addirittura contrapponendosi, non si capisce per quale ragione, comunque tutto a scapito sia della donna e della coppia, che di un uso corretto dei metodi anticoncezionali e di una sessualità consapevole, creando sicuramente ampi spazi per l’aborto volontario.

Ma così non deve essere se il bene è quello sociale, quello cioè di migliorare l’utilizzo delle metodiche anticoncezionali, quando voluto, soprattutto per evitare le gravidanze non desiderate.

Ma un altro bene che si deve raggiungere è quello di una formazione alta e qualificata nell’ambito della salute sessuale e riproduttiva per tutti coloro che la gestiscono, ognuno con un suo ruolo ed un suo compito, nessuno inferiore agli altri, ognuno con pari dignità. Un impegno proficuamente perseguito già in altri Paesi d’Europa.

Per tutto questo avevo un sogno. Il sogno era quello di una **Società Italiana** dedicata alla **contraccezione**, la quale nascesse con l’intento preciso di unire, funzionalizzare e qualificare l’impegno nel settore della salute sessuale e riproduttiva di queste tre anime, il **Ginecologo ospedaliero**, il **Ginecologo consultoriale** e libero professionista, il **Medico di Medicina Generale**, potendosi poi eventualmente allargare ad altri. E sono felice che questo sogno sia oggi divenuto realtà con la **SMIC (Società Medica Italiana per la Contraccezione)**, una Società in cui l’animo culturale sociale e preventivo di queste tre diverse abilità di fare il “medico” si fondano per lavorare all’unisono in un unico settore, la salute sessuale riproduttiva ed anticoncezionale, con particolare attenzione a chi di questi bisogni è più carente.

Emilio Arisi

Presidente SMIC

SMIC, UNA NUOVA SOCIETÀ PER LA CONTRACCEZIONE IN ITALIA

Emilio Arisi

U.O. Ostetricia Ginecologia, Ospedale Regionale "S.Chiera", Trento
Coordinatore Dipartimento Materno-Infantile, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari,
Provincia Autonoma di Trento.
Presidente SMIC, Consigliere Nazionale AOGOI, Consigliere Nazionale SIGO

INTRODUZIONE

La contraccezione è sicuramente un argomento di grande interesse, ma talora un po' dimenticato dai medici e dalle donne. Considerato terreno secondario da molti, in realtà è parte quotidiana nei bisogni della donna e della coppia, poichè entra all'interno dei bisogni biologici di base, quelli della sessualità e della riproduzione o del suo rifiuto, ed acquista perciò grande rilevanza sociale.

I dati sulla contraccezione in Italia ci dicono che la contraccezione ormonale (pillola, cerotto, anello) viene utilizzata da circa il 20% delle donne in età fertile, che il 5-8% delle donne usa uno IUD, che circa il 3% usa i metodi naturali (Billings ed altri), ma che gran parte delle coppie usa il coito interrotto, si fida del caso, non usa nulla, o fa un uso incongruo di presunti metodi anticoncezionali. Il risultato del non uso della contraccezione sicura sono gli aborti volontari, che pur si sono ridotti in Italia nel corso degli anni, proprio per una maggiore consapevolezza in questo settore, e per un impegno costante degli operatori che credono nella prevenzione.

Inoltre, in termini generali, poche donne e poche coppie sono ben informate sulla loro funzionalità riproduttiva. Ad esempio poche donne sono consapevoli del momento dell'ovulazione o sanno quale potrebbe essere il loro periodo fertile. Poche donne e poche coppie sanno quale sia il rischio di gravidanza con il coito interrotto (4% se usato in modo assolutamente corretto, ma 19% nell'uso comune, secondo l'OMS), e che questo è di poco superiore a quello del condom (3% e 14% rispettivamente).

LE SOCIETÀ SCIENTIFICHE E LA NUOVA NATA, LA SMIC (SOCIETÀ MEDICA ITALIANA PER LA CONTRACCEZIONE)

In Italia molte sono le Società Medico-Scientifiche, forse troppe, e molte sono quelle dell'ambito Ginecologico. Molte di queste Società Scientifiche in realtà si interessano "anche" di contraccezione. La stessa AOGOI, la SIdR (Società Italiana della Riproduzione), la SIFES (Società Italiana Fertilità e Sterilità), ma anche SIMG, AGICO, AGEO ed altre ancora hanno dei gruppi di inte-

SMIC

resse sulla contraccezione piuttosto che sulle malattie a trasmissione sessuale. Allo stesso modo vi sono gruppi di interesse, compresi gruppi di interesse per le problematiche ginecologiche, all'interno delle organizzazioni e Società dei Medici di Medicina Generale.

Al momento esiste una sola Società Italiana interessata squisitamente alla contraccezione, la SIC (Società Italiana Contraccezione), nata nel 2005, ma sembra avere una caratteristica diversa, a parte la consistenza numerica della sua base prevalentemente costituita da Medici universitari.

Esiste anche una Società Europea della Contraccezione (ESC, European Society of Contraception), con una sua seguita rivista.

Quella che è appena nata, ufficialmente il 5 luglio 2006 a Milano con la firma dell'Atto Notarile finale, la SMIC (Società Medica Italiana per la Contraccezione), nasce invece per una proposta iniziale dell'AOGOI, ma con una forza numerica e con uno spirito diverso, perchè vuole unire l'azione, gli intenti, la cultura, le professionalità di tre fondamentali attori di questo settore, rappresentati nella fattispecie dai Ginecologi ospedalieri, da quelli consultoriali, e dai Medici di Medicina Generale, ognuno centrato per la sua parte sulla salute sessuale e riproduttiva della donna e della coppia e sul loro bisogno di contraccezione, forse da punti di osservazione diversi, ma unitari nello scopo. L'intento della nuova Società SMIC è di fare cultura, sia verso il Medico che verso la donna e la coppia.

LA NUOVA SOCIETA' SI CHIAMA "SMIC", UNISCE TRE COMPONENTI FONDAMENTALI E VUOLE FARE CULTURA

La nuova Società si chiama SMIC, Società Medica Italiana per la Contraccezione, ed aderisce alla AOGOI.

Essa coinvolgerà le tre gambe fondamentali del tavolo della contraccezione dal punto di vista professionale, che sono certamente il medico Ginecologo ospedaliero, in questo caso rappresentato dalla AOGOI, il medico Ginecologo dei Consultori, ed il Medico di Medicina Generale, rappresentato in questo caso dalla SIMG (Società Italiana di Medicina Generale), ma è sempre aperta alla iscrizione, alla collaborazione ed ai suggerimenti di tutti coloro che vogliono sinceramente dedicarsi a queste tematiche, siano essi Medici ospedalieri non ancora aderenti alla AOGOI, Medici universitari, Medici territoriali a qualunque titolo o specialisti ambulatoriali interessati. La SMIC sarà aperta anche alla adesione ed alla collaborazione di altre Associazioni o Società che abbiano o vogliano perseguire gli stessi scopi, nella consapevolezza che l'unione fa la forza.

Il medico Ginecologo ospedaliero viene rappresentato dalla AOGOI, che entra nella SMIC con la forza organizzativa dei suoi 5.000 iscritti, ma anche con la consapevolezza di essere un importante propulsore di formazione per la categoria, come sta esemplarmente facendo in tanti altri settori, dalla menopausa alla sterilità, dalla chirurgia endoscopica alla endocrinologia, dalla chirurgia oncologica alla ostetricia, dal risk management alla ecografia. Inoltre il Ginecologo ospedaliero fa molta ginecologia di base, sia negli ambulatori degli ospedali, che nei Consultori, che nei propri ambulatori privati, e risulta essere un motore determinante nel consiglio e nella prescrizione delle metodiche anticoncezionali e nelle problematiche della salute sessuale e riproduttiva.

Allo stesso modo il Ginecologo che opera nei Consultori, forte di alcune migliaia di unità, impatta quotidianamente nel consiglio e nella prescrizione della contraccezione, ma viene consultato anch'esso sui problemi delle malattie a trasmissione sessuale, sulle problematiche

sessuologiche, su quelle dell'adolescenza e così via.

Fondamentale è peraltro anche il contributo del Medico di Medicina Generale, che è il primo sensore dei bisogni della donna e della coppia in tutto l'ambito della salute, e perciò anche della contraccezione e della salute sessuale e riproduttiva. Egli può e deve essere un alleato costante del Ginecologo nel perseguire salute e prevenzione, ed il Ginecologo deve riconoscergli questo ruolo. Particolare ruolo ha appunto la SIMG, quale Associazione Scientifica particolarmente dedicata alla formazione del Medico di Medicina Generale, con il suo patrimonio di molte migliaia di iscritti.

COSA SI PROPONE LA SMIC

La SMIC (Società Medica Italiana per la Contraccezione) non ha fini di lucro, e si pone come scopo esclusivo finalità di carattere culturale, scientifico, didattico, formativo relativamente a tutte le problematiche legate alla contraccezione ed alla "salute sessuale e riproduttiva" (SSR) in genere.

In pratica la nuova Società si propone:

1. di promuovere ed incentivare l'attività educativa, didattica e formativa a tutti i livelli;
2. di promuovere nei Medici, in particolare tra gli Ostetrico-Ginecologi e tra i Medici di Medicina Generale, l'informazione e la formazione su ogni metodo che permetta di prevenire una gravidanza indesiderata, anche con l'intento di ridurre il ricorso all'aborto volontario, ed all'interno di un più ampio progetto di SSR;
3. di stimolare gli studi in Medicina, i rapporti psicologico-relazionali, culturali, morali, correlati alla contraccezione ed alla salute sessuale e riproduttiva;
4. di promuovere e realizzare quanto serve a qualificare la professione me-

dica, anche attraverso strumenti di accreditamento e certificazione periodica della specifica professionalità di ciascuno;

5. di promuovere la ricerca nell'ambito specifico della contraccezione e della SSR;
6. di promuovere nella utenza la prevenzione e l'informazione su ogni metodo che permetta di prevenire una gravidanza indesiderata, anche con l'intento di ridurre il ricorso all'aborto volontario, ed all'interno di un più ampio progetto di educazione alla salute, inclusa la salute sessuale e riproduttiva.

Per il raggiungimento di tali finalità la Società ha per oggetto specifico, eventualmente anche in collegamento o in accordo con altre Società, Istituzioni, Enti od Organizzazioni, di:

- a. Patrocinare, promuovere ed organizzare Corsi, Riunioni, Convegni ed altro con finalità didattiche, divulgative o di messa a punto di vari problemi diagnostici, terapeutici, tecnologici, gestionali, culturali e sociali nel campo specifico della contraccezione e della SSR, nonché creare "gruppi di lavoro" delegati allo studio di problematiche suscettibili di ulteriori o specifici approfondimenti;
- b. Promuovere e coordinare la ricerca nel campo specifico della contraccezione e della SSR, con particolare riferimento all'età adolescenziale, all'età riproduttiva ed a quella fertile avanzata;
- c. Curare la formazione culturale specifica anche di personale non medico interessato alla contraccezione ed alla SSR;
- d. Incentivare l'attività didattica anche in collaborazione con Istituzioni pubbliche o private, promuovendo l'inserimento della materia, sia nei Corsi di studi ordinari che di specializzazione, perfezionamento, aggiornamen-

- to, e qualificazione sia in Italia che all'estero;
- e. Rappresentare le tematiche della contraccezione e della SSR e gli Iscritti alla Società presso le istituzioni pubbliche e private di ogni livello;
 - f. Favorire i contatti con altre Associazioni, Società e Istituzioni, in Italia ed all'estero, i cui interessi siano convergenti con quelli della SMIC, al fine di realizzare un fattivo rapporto di collaborazione e di rappresentanza.

Verrà inoltre implementato un sito internet dedicato, che sarà parte integrante del sito AOGOI, e verrà preparata e diffusa una rivista "Contracezione Sessualità Salute Produttiva" (che qui presentiamo come numero "0"). Questa rivista sarà il terreno di confronto per tutti gli interessati alla salute sessuale e riproduttiva, inclusa la contraccezione, ed avrà specifici gruppi di lavoro per ognuno degli ambiti di interesse.

CONCLUSIONE

La Società Medica Italiana per la Contracezione (SMIC) si propone di diventare il campo di lavoro e dibattito tra le varie componenti che si interessano di contraccezione, che sono da un lato la donna e la coppia, e dall'altro i Ginecologi, principalmente rappresentati dai Ginecologi ospedalieri e da quelli attivi nei Consultori, ma anche dai Medici di Medicina Generale, che sono quelli che hanno un primo e quotidiano contatto con le donne, le coppie ed i loro problemi.

Ma la SMIC si dichiara sin da ora aperta alla collaborazione di ogni altra componente che voglia sinceramente contribuire al diffondersi di conoscenze e competenze, nella consapevolezza che ciò può solo giovare alla salute sessuale e riproduttiva della donna e della coppia, in particolare alle nuove generazioni.

emilio.arisi@apss.tn.it

LA SMIC

(Società Medica Italiana per la Contracezione) è stata costituita a Milano con atto notarile del Notaio Alba Maria Ferrara il giorno 5 luglio 2006, ed ha sede in via Abamonti nr. 1 in Milano, la stessa sede dell'AOGOI. E' affiliata alla **AOGOI** (Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani) ed alla **SIMG** (Società Italiana di Medicina Generale).

Nella seduta costitutiva sono stati nominati i componenti pro-tempore del Consiglio Direttivo. Presidente è stato nominato il Dott. Emilio Arisi, Vice-Presidenti la Dott.ssa Raffaella Michieli ed il Dott. Maurizio Orlan-della, Tesoriere è stato nominato il Dott. Angelo Careccia, attuale Tesoriere dell'AOGOI.

La Società viene ufficialmente presentata a Roma durante il Congresso Nazionale SIGO-AOGOI-AGUI 1-4 ottobre 2006, per aprirsi alla adesione di tutti coloro che vogliano lavorare in questo ambito con il loro contributo di idee, suggerimenti, critiche, testi da pubblicare, ipotesi da sviluppare. Una assemblea dei Soci sarà indetta alla fine del primo bilancio di esercizio per il rinnovo delle cariche. La SMIC pubblica una rivista dal titolo "**Contracezione Sessualità Salute Riproduttiva**", che vuole essere terreno di incontro, discussione, ricerca e pratica sui tanti temi che ruotano attorno alla contraccezione ed alla salute sessuale e riproduttiva, chiamando già subito a raccolta tutti coloro che su questi temi vogliono lavorare.

PER LA SMIC, CON L'AUGURIO DI UN BUON LAVORO

Quando nasce una nuova Società scientifica sembra logico sussurrare che forse ce ne sono già tante, che andrebbero piuttosto ridotte, perchè esse generano poi una serie di congressi, convegni e corsi a non finire, e lo specialista non sa come rincorrerli.

Ma quando una nuova Società scientifica, come questa **SMIC (Società Medica Italiana per la Contraccezione)**, nasce dalla AOGOI allora le considerazioni che vengono spontanee sono diverse. E lo sono perchè l'AOGOI è la associazione che rappresenta la gran parte dei ginecologi italiani, quelli ospedalieri, ma anche gruppi di consultoriali, liberi professionisti, ginecologi operanti in case di cura, perfino alcuni universitari. E proprio come maggiore rappresentante della ginecologia italiana l'AOGOI sente l'orgoglio di aiutare la nascita e la crescita di questa Società dedicata alla contraccezione ed alla salute sessuale e riproduttiva, con tutto il loro portato scientifico ed umano, elementi che sono alla base di gran parte della attività quotidiana, e sono terreno su cui si cimentano insieme anche i medici di medicina generale ed i ginecologi consultoriali.

Negli anni scorsi dall'AOGOI erano nate anche altre Società, come la SIOS, la Società italiana ospedaliera della sterilità, o la SIGITE, la Società italiana della ginecologia della terza età, con l'intento di attivare comportamenti uniformi nei rispettivi settori, ma anche di attuare ricerca seria ed estesa, poichè negli ospedali c'è in realtà la casistica clinica. Esempio pratico di questa ricerca è stato ed è il Progetto Menopausa Italia, che in tanti anni ed ancora oggi sforna dati importanti su epidemiologia e clinica nell'ambito della menopausa.

Ma questa nuova Società, la SMIC, è tanto più apprezzabile e da noi voluta ed amata perchè apre un nuovo fronte nell'ambito della professione, fa cadere una barriera, quella della comunicazione e della collaborazione con altri fuori di noi, i Colleghi della medicina generale, che si misurano ogni giorno sullo stesso campo,

quello della contraccezione, della sessualità, della gravidanza voluta o rifiutata, delle malattie a trasmissione sessuale, dell'adolescenza, con tutti i loro vissuti. E con loro svilupperà intenti e pratiche comuni. Un terreno di incontro che sarà aiutato e sostenuto dall'AOGOI, perchè crede in una medicina collaborativa autenticamente al servizio.

Ma non vi sono statuti o regolamenti che possano far funzionare una Società se non vi sono persone che spingano, lavorino e diano forma a questo contenitore. Le iniziative sono pronte, gli animi forti, la disponibilità grande. Si tratta ora semplicemente di aprirsi anche alla collaborazione di chi vede negli intenti della Società e nel suo campo di lavoro un possibile terreno di interesse. L'invito viene rivolto alle altre Società interessate ad argomenti satelliti, alle diverse Associazioni di questa medicina varia e multispecialistica, ma anche ad Enti e Società non professionali, incluse le Aziende farmaceutiche del settore, che possono vedere nella SMIC un ente di ricerca indipendente ed articolato sul territorio.

Ma forte sarà anche l'impegno per la formazione del medico, come l'AOGOI ha ampiamente sperimentato in questi anni con le sue Scuole (endocrinologia, menopausa, ecografia, sterilità, chirurgia endoscopica e laparotomica, ecc.), che hanno organizzato Corsi di grande spessore culturale, insieme alla Fondazione Confalonieri-Ragonese.

Da tutto questo nasce il nostro augurio di buon lavoro, insieme alla promessa che l'AOGOI sarà sempre lì di fianco in ogni momento in cui serva il consiglio ed il supporto dell'esperienza. Ma l'augurio è anche che si accostino altri gruppi di ginecologi, siano essi ospedalieri consultoriali universitari od altro, e di medici di medicina generale, ognuno a portare un arricchimento di competenze che abbellisca dall'interno la SMIC.

Carlo Sbiroli
Presidente AOGOI

LA SIMG E LA SALUTE DELLA DONNA

Ormai più di vent'anni fa, è stata costituita da pochi colleghi, sognatori e determinati un'associazione per promuovere la scienza e la professione della medicina generale: la **SIMG, Società Italiana di Medicina Generale**. Essa definì come obiettivo primario il miglioramento della competenza clinica della Medicina Generale e come strumento cardine la formazione continua. Che queste scelte fossero lungimiranti lo dimostra il fatto che le modalità formative, la Formazione Continua, le Scuole per animatori, i Master Centrali ed i Corsi brevi periferici - introdotti dalla SIMG in Italia ventiquattro anni fa - sono ancora oggi presi a modello e replicati, apparentemente senza cambiamenti, da molte associazioni mediche che seppure tardivamente cominciano a ripercorrere un cammino da noi segnato.

Non a caso uno dei primi argomenti trattati fin dall'inizio, è stato quello della Salute della Donna: ci stimolava la difficoltà di rapporto con i complessi problemi della sessualità, della contraccezione, della menopausa, della maternità... Ci stimolava il fatto che all'epoca la Salute della Donna era Ginecologia ed Ostetricia, spesso lontana dalla pratica corrente della Medicina Generale.

Il nostro lungo e a volte accidentato percorso è stato in questi anni premiato: il Medico di Famiglia è sempre più vicino alla donna, partecipa con lei della complessità dei suoi problemi, suggeritore e consigliere in ogni ambito della sua salute, dall'adolescenza al climaterio, alla vecchiaia.

Con sempre maggior consapevolezza i Medici Generali affrontano i problemi della sessualità e della contraccezione, attenti alla complessità psicologica, alla sensibilità del femminile, alle interazioni della clinica e della farmacologia.

Le Donne se ne sono accorte e ci affidano spesso le loro paure, ma se ne sono accorte anche le Istituzioni e le Società Scientifiche Specialistiche.

Infatti non c'è Commissione Ministeriale che non veda presente un medico generale, proprio per la sua competenza "generica", cioè per la sua capacità di vedere

"che tipo di paziente ha una malattia e non che tipo di malattia ha una paziente" (Sir William Osler). La Specialità del Medico di Medicina Generale è quella di non fare lo Specialista.

Può sembrare una frase dal contenuto ripetitivo e scontato, ma in realtà è il fondamento e l'orgoglio del nostro lavoro. Credo che ci sia bisogno di questo ruolo in qualsiasi tavolo a cui ci si riunisca per discutere di salute. Molte Associazioni della medicina specialistica lo hanno compreso appieno e lo condividono con noi.

La Società Medica Italiana per la Contraccezione è l'esempio di questa forte ricerca di collaborazione. Nata per occuparsi di Contraccezione, ma non solo, tratterà in pratica di Salute Sessuale e Riproduttiva, rispondendo ad una necessità ormai espressa chiaramente dai Medici Generali della SIMG, l'89% dei quali afferma: "La Salute Sessuale è fondamentale per una buona qualità di vita dei nostri assistiti".

Siamo al nastro di partenza di questa Società che nasce mossa da ottimi propositi e da molta buona volontà di collaborazione tra le parti, ma non siamo neofiti dell'argomento. Come SIMG abbiamo già prodotto diverse edizioni di Corsi formativi per medici generali sulla Sessualità, la Menopausa, la Contraccezione, le Disfunzioni sessuali, la Prevenzione delle Fratture da Osteoporosi, le Malattie a Trasmissione Sessuale, l'Adolescenza e nel 2003 il "1° Congresso Nazionale sulla Sessualità in Medicina Generale".

Entriamo con piacere e convinzione a far parte di questa Società perché crediamo che la collaborazione tra noi e gli Specialisti Ginecologi sia un nuovo importante passo per completare la formazione del Medico Generale ed anche del Ginecologo su tutti i temi che coinvolgono la Salute della Donna.

Claudio Cricelli

Presidente SIMG

Raffaella Michieli

Segretario Nazionale SIMG

Vice Presidente SMIC

LA SMIC E LA GINECOLOGIA TERRITORIALE

Maurizio Orlandella

Specialista Ginecologo Ambulatoriale e Consultoriale
ASL 1 Milano Città, ASL Milano 2 Provincia - Istituti Clinici di Perfezionamento, Milano
Vice Presidente SMIC, segretario A.Gi.Co. Lombardia

*Come mothers and fathers
Throughout the land
And don't criticize
What you can't understand
Your sons and your daughters
Are beyond your command
Your old road is
Rapidly agin'.*

The Times They Are A-Changing. Bob Dylan 1964.

La legalizzazione della contraccezione in Italia si completa nell'ottobre del 1976. La Società Medica Italiana per la Contraccezione (SMIC), viene presentata in occasione della SIGO esattamente 30 anni dopo.

Sono infatti solo trenta anni di legalizzazione della contraccezione in Italia ed avendo chiari i tempi della storia contraccettiva italiana, comprendo meglio la causa delle mie ignoranze giovanili, del perchè era stato così difficile per i miei genitori essere adeguatamente informati e comunicativi con me, del perchè argomenti fondamentali della relazione uomo-donna, correlati alla sessualità e riproduzione, fossero per me lontani, indefiniti, "non educati".

I "Tempi" cambiavano da poco, rivoluzione sessuale, salute della donna

e nuovi servizi, vecchi e nuovi diritti con nuove responsabilità, si imponevano.

La istituzione del Consultorio familiare, faceva nascere un sistema pubblico per la pianificazione familiare, il percorso nascita, lo screening oncologico, gli adolescenti, la prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale e della sterilità, la perimenopausa, la salute riproduttiva e le figure professionali che avrebbero gestito un sistema integrato sanitario e psico-sociale.

Una struttura territoriale diffusa come il consultorio (uno ogni 20.000 persone secondo le "intenzioni" della legge) in un sistema sanitario integrato (dal medico generale fino alla struttura ospedaliera) non è stata supportata con adeguati investimenti. Una spinta ideale che dopo la promulgazione della Legge 194/78 si è spostata verso "nuove" priorità, ad altri capitoli del welfare-sanità-pari opportunità.

Il modello del Piano Obiettivo Materno Infantile in vigore, ha previsto un sistema consultoriale nazionale senza un coordinamento nazionale, senza alcuno che avesse la responsabilità di dare una comune direzione, quali dati registrare e controllare al fine della valutazione e strategie per un'alta quali-

SMIC

tà del servizio (nell'allegato n° 1 riportiamo i capitoli 11 "La promozione della salute della donna" e 12 "Il Consultorio Familiare" del POMI che descrivono le "azioni" dei Consultori Familiari).

Dal 1975, anno di costituzione dei Consultori pubblici, ad oggi, sono cambiate anche le professioni, con nuovi compiti per le infermiere, le ostetriche e le nuove figure dell'O.S.S. e O.S.S.S. (Operatrici Socio Sanitarie Specializzate) con una forte necessità di coordinamento delle figure sanitarie.

Un messaggio univoco, una comune voce, diffusa sul territorio, un parere "finalmente" affidabile sulla contraccezione, è un elemento "critico" nella aderenza ad un "uso costante e corretto" alla "propria" scelta contraccettiva: ciò richiede che, dall'infermiera del Consultorio, al Medico di base, al Ginecologo ospedaliero, la formazione sia comune.

La formazione universitaria riconosce un spazio ancora modesto, nei suoi programmi per il Corso di Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia, ai Ginecologi del territorio, che certamente hanno un grande ruolo nel filtro delle patologie di rilevanza chirurgica, ma si interessano prevalentemente alla promozione della salute riproduttiva della donna, con attività quindi medico-preventiva e con un ruolo anche di informazione e formazione nei corsi di educazione sessuale, ecc. e frequenti incontri di équipe multidisciplinari, per i quali la formazione è spesso superficiale o assente.

Una Società scientifica che riunisca sulla Contraccezione, intorno ad un tavolo di discussione, Medico di base, Ginecologo territoriale e Ginecologo ospedaliero, è l'unica strada percorribile per velocizzare il consenso di una larga base di Medici alle procedure e tecniche contraccettive moderne, per ridefinire le necessità di formazione di tutto il personale sanitario, ma anche per riconoscere le diverse realtà operative e prevedere un sistema coordinato di invio secondo competenze.

La circolazione delle conoscenze e una maggiore competenza del Medico di Famiglia su argomenti della salute riproduttiva devono essere visti positivamente da parte dei Ginecologi territoriali. Migliorare la qualità del sistema richiede di intervenire sulle competenze di ognuno. Ma oltre alla disponibilità, alle novità degli operatori, è necessario il finanziamento di una formazione di qualità del personale, ridefinendone a priori i compiti, con le risorse necessarie.

La contraccezione è un grande crocevia di argomenti sanitari nonostante sia presidio medico adoperato di norma da donne sane. La contraccezione ha a che vedere con la sessualità, con l'affettività e la psicologia, la conflittualità verso il desiderio di gravidanza, la libido, con i problemi urogenitali, il dolore mestruale e l'endometriosi, prevenzione e rischi oncologici, ematologia, indagini ematiche e responsabilità professionali, con l'atto sessuale e le malattie a trasmissione sessuale, come HPV e prevenzione del carcinoma cervicale, prevenzione delle IVG nelle donne straniere ed educazione sessuale nelle nostre scuole, mal gestione della contraccezione con regole datate che favoriscono le gravidanze indesiderate, l'uso di ormoni in età fertile e in perimenopausa, la prevenzione periconcezionale ecc. Un lungo elenco di argomenti che devono far parte della formazione del Ginecologo del territorio e di progetti sanitari che vedano il coinvolgimento dei Medici di base e ospedalieri, ma anche del personale sanitario del Consultorio che hanno altrettanta necessità di formazione e riconoscimento professionale.

Non vi sono biblioteche o banche dati con materiale multimediale utilizzabile dai "docenti" per i corsi scolastici di educazione contraccettiva, perchè non vi sono investimenti rivolti ad un sistema nazionale per l'educazione sessuale, lasciando un vuoto culturale e opportunità professionali. Ciò contrasta con lo sviluppo enorme di documentazione digitale per

l'educazione e la formazione che si sviluppa velocemente in Europa e individua un campo di carente programmazione.

Per questo, considerando specificamente le "nostre" esigenze specifiche di Ginecologi operanti sul territorio, aperti alle esigenze delle altre componenti, vedo l'articolarsi della SMIC in Società e Area editoriale.

1. **La Società** che elabora e definisce i progetti da condividere, **l'officina:**

- educazione sessuale e strumenti;
- strategie di incremento di contraccezione ad alta efficacia e alto tasso di continuazione per riduzione delle gravidanze indesiderate;
- promozione della ricerca nell'ambito specifico della contraccezione e della Salute Sessuale e Riproduttiva;
- misurazione degli eventi avversi correlati alla contraccezione, le cause di discontinuazione, l'efficacia preventiva e curativa e le strategie di aumento del tasso di continuazione;
- informazioni e formazione del Medico, con accreditamento e certificazione periodica della specifica professionalità di ciascuno;
- indagine mediche, prescrizioni e responsabilità professionali.

2. **Un'Area editoriale** di confronto culturale, **la piazza**, che:

- scomponga la realtà contraccettiva, nell'area Medico-preventiva nello scenario della salute riproduttiva, allargando i confini culturali, tra medicina di genere e specialistica;
- riporti documenti di organizzazioni scientifiche, Linee Guida, condivisione di protocolli, controlli di qualità, necessità di processi di audit, ecc.;
- sia forum delle associazioni che lavorano nella salute riproduttiva, per un confronto vivo sulle tematiche associate al family planning

o a gruppi di popolazione (adolescenti, immigrati, sieropositivi, omosessuali, ecc.).

Il direttivo della SMIC avrà il compito di determinare le priorità e le modalità di lavoro. Spero inizialmente nella costituzione di un unico gruppo di lavoro delle tre componenti, che dovrà inizialmente conoscersi, confrontarsi fra i diversi obiettivi, le comuni necessità di formazione, le diverse esigenze di coordinamento sanitario e definizione delle competenze, un lungo lavoro che merita di essere iniziato.

Nei tre capitoli:

- Dalla legalizzazione della contraccezione al family planning nei LEA
- Il territorio, il Consultorio Familiare e i suoi operatori. La nascita del ginecologo consultoriale
- Documenti Internazionali sulla Salute Riproduttiva e Il Forum dei Consulтори intendo descrivere, al fine di una migliore reciproca conoscenza, come la legislazione sulla pianificazione familiare e la maternità responsabile, la nascita dei servizi consultoriali, e successivamente il POMI da un lato, e l'evoluzione delle mutue con l'avvento delle USL e dei poliambulatorii specialistici dall'altro, hanno favorito il nascere di una nuova professione, il **Ginecologo territoriale** (Ginecologo consultoriale e lo Specialista ambulatoriale), che intende confrontarsi e operare insieme ai Medici generali ed ai Ginecologi ospedalieri nella SMIC.

DALLA LEGALIZZAZIONE DELLA CONTRACCEZIONE AL FAMILY PLANNING NEI LEA

L'AIED (Associazione Italiana per l'Educazione Demografica) prima associazione italiana che nasceva con l'obiettivo primario di legalizzare la contraccezione, fu fondata nell'ottobre del 1953. Nel 1955 l'AIED aprì il primo Consultorio italiano di assistenza contraccettiva, ma solo con la sentenza della Corte Costituzionale del 10

marzo 1971 si ottenne l'abrogazione dell'articolo 553 del Codice Penale, che vietava la propaganda e l'uso di qualsiasi mezzo contraccettivo, prevedendo un anno di reclusione per chi si fosse reso responsabile di simile "reato".

Il 29 luglio del 1975, con la Legge n. 405 il Parlamento istituisce i **Consultori Familiari**, con 4 compiti essenziali:

- l'assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità e paternità responsabile;
- la divulgazione delle informazioni necessarie alla prevenzione della gravidanza;
- la somministrazione dei contraccettivi, definiti "mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia e dal singolo in ordine alla procreazione responsabile nel rispetto delle convinzioni etiche e dell'integrità fisica degli utenti";
- la tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento.

Rimaneva in vigore però il "Regolamento per la registrazione dei farmaci" che risaliva al 1927 e che non consentiva "la registrazione di specialità medicinali e di presidi medico-chirurgici aventi indicazioni anticoncezionali". Solo nell'ottobre del 1976 un **Decreto del Ministero della Sanità legalizzò la contraccezione in Italia**; prima di quella data, la somministrazione della pillola era permessa solo con l'indicazione di regolazione mestruale, classico escamotage delle prime "pill users" e gli spermicidi come anti-settici, per l'igiene intima della donna.

Contraccettivi contrabbandati come "sicuri" entrarono nel mercato italiano e furono commercializzati senza controlli, fino ad una sentenza del 1979 in cui vennero condannati, per "somministrazione di medicinali, compiuta in modo pericoloso per la salute pubblica", i dirigenti delle case farmaceutiche del Patentex e dell'Happy, ovuli spermicidi venduti per "altamente efficaci". Si arrivò al ritiro dal com-

mercio di alcuni prodotti, ed alla sostanziale modifica della pubblicità di altri.

Infine, la **Legge 194 del 1978, legalizzando l'aborto volontario in Italia**, in linea con la legge dei Consultori, ribadisce che non solo di contraccezione o aborto si tratta, ma di un problema ben più complesso, che parte dai diritti non di abortire o usare la contraccezione, ma del:

1. diritto alla procreazione cosciente e responsabile;
2. valore sociale della maternità;
3. considerazione della salute fisica e psichica della donna;
4. diritto alle informazioni e indicazioni sulla regolazione delle nascite;
5. la promozione dell'aggiornamento del personale sanitario ed esercente le arti ausiliarie, d'intesa con le Università e gli Enti ospedalieri, in Corsi e incontri annuali promossi dalle Regioni.

Per concludere questo escursus legislativo, ricordo il **POMI, il Piano obiettivo Materno Infantile 1998-2000**, ancora vigente, dove viene elaborato, al meglio per i tempi, il modo di intersecarsi delle diverse strutture e realtà sanitarie del comparto materno infantile e che definisce il campo di applicazione dell'attività dei Consultori e dell'attività specialistica territoriale. E' certamente un documento che dovrà essere aggiornato, risalendo a ben otto anni fa, ma che non è stato ancora applicato sul territorio nazionale soprattutto nel metodo di intervento. Questo prevede che tramite tre macroprogetti, sugli adolescenti, percorso nascita e la prevenzione oncologica si abbia la possibilità di entrare in contatto con tutta la popolazione fertile e perimenopausale in Italia, con una politica di promozione attiva della salute e una costante valutazione del metodo di lavoro e della efficacia degli interventi.

Quindi, già ai legislatori degli anni '70, era chiaro che la **contraccezione non era un semplice atto medico, ma un vasto campo che attiene da un lato ai**

diritti individuali (alla vita, libertà, assenza di discriminazione, riservatezza, di pensiero, informazione ed educazione, come scegliere e pianificare la famiglia, se e quando avere figli, alla tutela della salute, del progresso scientifico, alla libertà dalla violenza), alla integrazione di una tematica sanitaria anche con il comparto psicosociale. **E' la Salute Riproduttiva nel suo complesso, che deve essere riconosciuta "diritto" ma anche "arte professionale",** e si rivolge certamente alle esigenze contraccettive, ma con la comprensione di un universo di "genere" dove vengano contemplati e compresi culturalmente: affettività, sesso, salute genitale, le specificità ormonali e psicologiche, ecc.

Anche l'Accordo tra Governo e Regioni sui Livelli Essenziali di assistenza (LEA) (supplemento ordinario n. 14 alla G.U. n. 19 del 23/01/2002) riprende integralmente le indicazioni del Progetto Obiettivo Materno Infantile e richiama esplicitamente le leggi di riferimento relative ai Consultori familiari, dalla Legge istitutiva 405/75 alla Legge 194/78 sull'interruzione volontaria di gravidanza, alla Legge 34/96, in cui si indica la necessità di avere un Consultorio ogni 20.000 abitanti ed alle norme nazionali in materia di diritto di famiglia, affidi ed adozioni nazionali ed internazionali: nell'Accordo sono compresi, nei microlivelli di assistenza, "l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria alle donne, ai minori, alle coppie, alle famiglie a tutela della maternità, per la procreazione libera e responsabile e l'interruzione di gravidanza", nelle relative prestazioni, le "prestazioni mediche specialistiche", ecc.

IL TERRITORIO, IL CONSULTORIO FAMILIARE E I SUOI OPERATORI. LA NASCITA DEL GINECOLOGO CONSULTORIALE

Con la nascita dei primi Consultori familiari privati, prima della legge istitutiva, nascevano i primi operatori consultoriali

e le prime esigenze di una collaborazione tra tutte le figure professionali che il consultorio conteneva. Con l'istituzione dei primi Consultori pubblici nasceva l'esigenza di Ginecologi preparati non più ad una attività ospedaliera, dal parto agli interventi chirurgici. Nasceva l'esigenza di nuove relazioni Medico-paziente, con tematiche mediche e preventive con vaste aree di intervento. Dalla ultraspecializzazione che spesso governa la preparazione universitaria che ha formato Ginecologi ben capaci di lavorare in équipe medica in ospedale, con adeguata divisione di compiti e conoscenze, nasceva con il luogo fisico "Consultorio" la necessità di una visione a più ampio raggio, che permettesse l'interlocuzione con le figure psicosociali, un approccio sempre più transculturale e una visione "olistica" necessaria per comprendere il vissuto delle donne e con quali modalità relazionare.

Anche nelle diverse "mutue" si andava prefigurando la figura di uno specialista ambulatoriale, Ginecologo inizialmente di provenienza ospedaliera, ma che con il passar del tempo è diventato sempre di più un Medico specialista ambulatoriale extraospedaliero, che sviluppava le competenze tecniche ambulatoriali, comprese le cosiddette prestazioni di impegno particolare (le cosiddette PIP): dal Pap-Test, alla applicazione della spirale, alla colposcopia. Nascevano e si sviluppavano verso la fine degli anni '70 e l'inizio degli anni '80 l'ecografia, la pelviscopia e l'isteroscopia che andavano rivoluzionando la Ginecologia e l'Ostetricia ospedaliera.

I Consultori familiari invece, dopo il primo periodo di slancio e di frenetica attività legislativa nazionale, che terminava con la promulgazione della Legge 194/78, sono rimasti ad aspettare il comporsi delle diverse realtà regionali, incominciando a "ruminare" l'attività consultoriale-ambulatoriale, con una formazione autogestita e finalizzata alla gestione complessiva di quel Consultorio. I Congressi Nazionali dei Ginecologi consultoriali degli anni seguen-

ti, svoltisi a Rimini, Pisa, Viareggio, Roma, andavano definendo il profilo professionale del Ginecologo territoriale, ma il tutto è rimasto all'interno delle nostre mura, probabilmente per una difficoltà alla relazione con le altre figure professionali del Consultorio, per una nostra sottoesposizione politica, per una nostra incapacità al confronto con le altre Associazioni di Ginecologi (ospedalieri e universitari) e dei Medici di base.

Il Ginecologo consultoriale sviluppa, nel tempo, la sua specificità, ancora attuale in un sistema da rammodernare mentre il sistema formativo universitario non lavora sulla relazione, non favorisce una visione d'assieme indirizzandosi piuttosto sulla ultraspecializzazione, non forma al lavoro consultoriale di équipe con figure psicosociali, quando a fronte di 5.000 Ginecologi ospedalieri vi sono circa 2.000 Consulitori pubblici, con uno o più Ginecologi per sede, rappresentando una vasta area di professionisti della salute riproduttiva, con specifiche necessità formative.

DOCUMENTI INTERNAZIONALI E IL FORUM DEI CONSULTORI

La realtà mondiale con le Conferenze delle Nazioni Unite sulla popolazione e sviluppo del 1994 de Il Cairo, e il Documento sulle azioni chiave della Conferenza (1999), con la Dichiarazione e il Programma di Azione della IV Conferenza Mondiale sulle donne del 1995 e il Documento conclusivo della Conferenza nel 2000 a New York, hanno stressato l'argomento "Salute Riproduttiva" che si imponeva all'attenzione della politica. Nel 1995 l'IPPF (International Planned Parenthood Federation), con le 127 associazioni che ne facevano parte, approvava la "Carta sui Diritti Sessuali e Riproduttivi" basata sulla legislazione internazionale sui diritti umani. Nel giugno 2002, la Commissione per i diritti della donna e le Pari Opportu-

nità del Parlamento Europeo, con la relazione della Onorevole Anne Van Lancker, riprendevano e tentavano di definire per l'Europa i Diritti Sessuali e alla Salute Riproduttiva enfatizzando, come argomenti, proprio la Contraccezione, l'Aborto Volontario, le politiche per gli Adolescenti.

La relazione della Commissione per i diritti della donna del Parlamento Europeo non ha il potere di imporre agli Stati membri una politica univoca sulla Salute Riproduttiva. Cionondimeno la Commissione richiedeva un confronto fra i sistemi di family planning europei di qualità, in modo da poter essere guida per i nuovi Paesi aderenti alla CE.

Tutta questa attività documentale appariva in Italia solo in alcune realtà associative come l'AIDOS (Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo), l'UICEMP (Unione Italiana Consulitori per l'Educazione Matrimoniale e Prematrimoniale) che aderisce alla IPPF, l'AIED e pochi altri, mentre in Italia la cultura del welfare privilegiava la cultura delle pensioni e non quella delle donne e della Salute Riproduttiva.

Per questo nel 2002 operatori appartenenti a numerose associazioni, hanno incominciato a interloquire, fino alla formazione di una rete su base nazionale, il Forum dei Consulitori, che, nel Convegno Nazionale sui Consulitori promosso dalla Segreteria Nazionale della CGIL, organizzato dalla Camera del Lavoro di Milano il 20 febbraio 2004, concordava su un documento che ribadiva:

- la necessità di un censimento dei Consulitori Familiari e dei suoi operatori;
- il rilancio della Legge 405 del 1975 che disegnava il Consultorio come struttura territoriale di prevenzione e cure primarie;
- la necessità di risorse e di definizione di LEA per tutti i servizi erogati dal Consultorio;
- il modello di struttura, valorizzando le esperienze più vitali, basandosi ove è possibile, sulle prove

di efficacia, efficienza e buon rapporto costi benefici, con il coinvolgimento del maggior numero di operatori;

- definizione di Consultorio, le aree di lavoro, l'equilibrio fra attività di prevenzione, accoglienza e cure primarie.

CONCLUSIONI. SMIC: UNA SOCIETÀ APPENA NATA E GIÀ CON MOLTI COMPITI

La SMIC può fare molto per rimuovere ostacoli e difficoltà ad un corretto uso della contraccezione, dei servizi per il family planning, per i numerosi medici che vi partecipano e il ruolo che intende assumere nella formazione.

- Scambio delle esigenze delle diverse categorie mediche e conoscenza reciproca con priorità della tematica contraccettiva come necessità di un sistema di family planning e preventivo di qualità.

- Sviluppare consenso sulle procedure contraccettive, il consenso informato, le modalità di controllo, le procedure preventive nelle donne e coppie in età fertile.
- Sviluppare progetti per l'educazione sessuale condivisi.
- Definire la formazione del medico di base sulla contraccezione e prevenzione.
- Definire la formazione del Ginecologo territoriale e consultoriale.
- Definire progetti preventivi delle MTS e della sterilità, oncologici, associati alle donne in attività sessuale con esigenze contraccettive.
- Definire il filtro consultoriale e le esigenze ospedaliere di coordinamento tra servizi Legge 194, prevenzione di recidive, pronto soccorso per contraccezione d'emergenza, con l'adozione di contraccezione ad alta efficacia, ecc.

*Un augurio di Buon Lavoro a tutti.
Arrivederci fra un anno per il primo
consuntivo.*

POMI, SALUTE DELLA DONNA, CONSULTORI

Il Piano Obiettivo Materno Infantile (POMI), parte integrante del Piano Sanitario Nazionale, enuncia i compiti e le azioni dei Consultori familiari, in un contesto di rete coordinata di tutti i servizi preventivi dalla informazione della popolazione ai trattamenti ad alta tecnologia ospedalieri. Riportiamo parte dei capitoli del POMI, l'11° che tratta della "Salute della donna nelle diverse fasi della sua vita" e dal 12° su "I Consultori familiari", riprendendone i compiti ad esso assegnati, che rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza, con tutte le necessità di coordinamento professionale. Il POMI presenta una visione di "insieme" dell'area materno infantile, con divisione dei compiti e misurazione dei risultati dell'assistenza, sia territoriale che ospedaliera, ancora da attuare nella realtà italiana.

M. Orlandella
drorlandella@telemacus.it

DALL'11° CAPITOLO DEL POMI: SALUTE DELLA DONNA IN TUTTE LE FASI DELLA VITA

Estratto dal POMI - D.M. del 24/4/2000, Gazzetta Ufficiale n. 131 del 7 Giugno 2000. I due capitoli integrali, con le tabelle per obiettivi, azioni, indicatori, sono reperibili all'indirizzo: http://www.epicentro.iss.it/focusconsultori/Estratto_Pomi.pdf

La promozione della salute della donna, è oggetto di forte interesse da parte del presente Progetto il quale, anche secondo quanto previsto dalla direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27.3.1997 sviluppa, tra l'altro, gli obiettivi relativi alla prevenzione e tutela della salute (obiettivi strategici C1-C5) indicati nella dichiarazione e nel programma d'azione della IV Conferenza mondiale sulle donne - Pechino 1995.

Sino ad ora la tutela della salute della donna è stata perseguita attraverso l'offerta di prestazioni, spesso integrata da interventi terapeutici, per lo più fruiti dalla popolazione femminile che spontaneamente accedeva al servizio e con forti limitazioni per quanto attiene alla tipolo-

gia dell'offerta stessa, almeno in parte dovute a difficoltà burocratiche, alla scarsa disponibilità di risorse e agli ostacoli nel realizzare il lavoro di équipe multidisciplinare.

Si vuole invece che l'offerta di interventi faccia parte di una ben definita strategia di prevenzione orientata da identificati obiettivi generali e specifici, nonché da un processo di promozione della salute che aiuti la persona ad arricchire le proprie competenze per effettuare scelte più consapevoli.

Tutto ciò deve prevedere una maggior attenzione rivolta a:

- Favorire l'offerta attiva delle misure preventive;
- Favorire la massima integrazione tra il Consultorio Familiare, i Servizi (ambulatoriali, sociali, socio-assistenziali) del Distretto e le strutture ospedaliere;
- Favorire il dialogo, il confronto e l'integrazione operativa tra i profili professionali tradizionalmente afferenti al Consultorio Familiare ed il personale di altri profili professionali che

opera sul territorio, compreso quello coinvolto nella attività di diagnosi e cura primaria;

- Maturare l'attitudine negli operatori alla valutazione quale strumento per la riqualificazione;
- Riconsiderare l'offerta relativa ai problemi di salute della donna, salute vista nella sua globalità, in tutte le fasi della vita.

In un progetto più ampio di tutela della salute della donna va quindi prevista la riqualificazione del Consultorio Familiare, sia in termini organizzativi che operativi, che integri l'offerta consultoriale con quella delle altre strutture territoriali facenti capo all'organizzazione dipartimentale dell'area materno - infantile in modo tale che, distretto per distretto o ASL per ASL, si persegua una maggiore efficacia ed efficienza, coniugata ad una maggiore equità, e si contraggano le attuali dispersioni di risorse finanziarie e umane, quali sono quelle che troppo spesso realizzano interventi parcellari e ripetitivi nella medesima popolazione che, per contro, vede insoddisfatti altri bisogni primari.

DAL 12° CAPITOLO DEL POMI IL CONSULTORIO FAMILIARE

Il consultorio familiare mantiene la propria connotazione di servizio di base fortemente orientato alla prevenzione, informazione ed educazione sanitaria, riservando alla attività di diagnosi e cura una competenza di "prima istanza", integrata con l'attività esercitata al medesimo livello, sul territorio di appartenenza delle U.O. distrettuali ed ospedaliere e dei servizi degli Enti Locali.

Sul piano organizzativo, l'integrazione deve essere completamente attivata da una parte all'interno del consultorio familiare stesso, tra figure a competenza prevalentemente sanitaria e quelle a competenza psicosociale e socio-assistenziale sviluppando il lavoro di equipe e dall'altra con gli altri servizi e U.O. territoriali (ginecologia ambulatoriale, pediatria di libera scelta, psicoterapia,

neuropsichiatria infantile e dell'età evolutiva, ecc.) nonché con le U.O. ospedaliere.

La realizzazione di un proficuo e serio rapporto territorio/ospedale, che deve essere configurato nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale dell'area materno-infantile, deve basarsi sulla complementarietà dei diversi servizi, nel rispetto delle reciproche autonomie e specificità, da realizzare attraverso ben definiti progetti che vedano coinvolti diversi ambiti operativi e attraverso lo sviluppo di programmi di aggiornamento permanente, alla luce degli indicatori di esito e di processo.

E' necessario identificare un responsabile del Consultorio (o dei Consultori, qualora siano più di uno nel territorio del dipartimento) che coordini l'attività del Consultorio Familiare e monitorizzi il conseguimento degli obiettivi, fungendo da garante nei confronti dell'organizzazione dipartimentale.

L'ambito di competenza consultoriale può concretizzarsi in alcuni obiettivi di salute prioritari alla luce del Piano Sanitario Nazionale.

SPAZIO ADOLESCENTI

Le attività di promozione della salute in età adolescenziale vanno svolte quanto più possibile negli ambiti collettivi (soprattutto nelle scuole). In tal modo i servizi si accreditano e divengono punti di riferimento per gli adolescenti. L'attività di promozione della salute offre l'opportunità di rendere visibili gli stati di disagio per i quali fornire aiuto, organizzando più diffusamente gli spazi adolescenziali nei C.F.

Il Consultorio deve associare alla capacità di offerta attiva dei programmi di prevenzione, una funzione di accoglienza e presa in carico per chi accede spontaneamente al servizio.

Molta attenzione deve essere riservata all'educazione alla salute e all'analisi delle condizioni socio-familiari o ambientali predisponenti alla devianza o al disagio. Sono da definire programmi di interventi socio-sanitari concordati con altre Istituzioni: Pubblica Istruzione, Giustizia, ecc.

Azioni

- Coordinare con gli organi scolastici l'offerta attiva di Corsi di informazione ed educazione alla salute.
- Nelle Scuole (sulla fisiopatologia della riproduzione, alimentazione, educazione alla affettività, prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, ecc.).
- Promuovere un'offerta attiva dello spazio giovani nel Consultorio per dare la possibilità di approfondimento a livello individuale e/o per piccoli gruppi agli stessi studenti coinvolti nei corsi di educazione alla salute effettuati presso le Scuole. Lo spazio giovani rappresenta anche una grande opportunità per tutti gli adolescenti e l'informazione di questa disponibilità potrebbe essere data contattando i luoghi di aggregazione giovanile e offrendo un accesso a tale spazio in orari graditi all'utenza.
- Predisporre incontri con i genitori degli alunni delle scuole elementari e medie, sulle problematiche della sessualità in età adolescenziale e più in generale, incontri di formazione-informazione finalizzati a rendere gli adulti più consapevoli ed informati delle problematiche proprie dell'adolescenza, mettendoli in grado di porsi in una posizione di ascolto attivo che favorisca la comunicazione adolescente-adulto.

RELAZIONI DI COPPIA, DI FAMIGLIA E DISAGIO FAMILIARE

Questo ambito operativo ha acquisito, col passare degli anni, una importanza rilevante tra le azioni del Consultorio Familiare, in particolare per tutto ciò che attiene la consulenza relazionale, le consulenze riguardanti problemi e difficoltà in ordine alla sessualità, alle scelte e alle decisioni procreative, all'esercizio di ruoli genitoriali. Interventi in ordine a conflitti di coppia ed intergenerazionali nonché a situazioni di disagio familiare con particolare attenzione ai nuovi

assetti della famiglia (unioni di fatto, famiglie con un solo genitore, famiglie ricostituite, famiglie miste quanto a provenienza etnica, ecc.), rappresentano un'area di interesse in forte espansione in rapporto a crescenti domande.

Particolare attenzione deve essere rivolta ai problemi dei figli di genitori separati e alla donna in corso di separazione.

Un particolare ambito di attività, da svolgere in raccordo con i servizi socio-assistenziali e con le autorità giudiziarie competenti, riguarda tra l'altro i casi di abuso, maltrattamento, incuria, ecc. nonché l'affido familiare, l'adozione, il matrimonio fra minori, il sostegno a gravidanze e maternità a rischio sociale, la problematica attinente la separazione/divorzio (in particolare i conflitti riguardanti l'affido dei figli). Deve essere inoltre prevista l'assistenza psicologica in ordine a problemi sessuali connessi ad episodi di abuso e/o violenza sessuale. In particolare, su questi casi deve attivarsi l'intera équipe operativa in quanto la complessità dei problemi richiede interventi specifici, ma strettamente integrati, di natura sanitaria, psicologica, sociale e giudiziaria, come da indicazioni contenute nel già citato Documento "*Proposte di intervento per la prevenzione ed il contrasto del fenomeno del maltrattamento*".

La terapia delle patologie sessuali è da prevedere a livello sovra distrettuale (o comunque secondo un dimensionamento che garantisca l'uso razionale delle risorse professionali) ove presenti competenze in sessuologia (II livello) e/o centri multidisciplinari (III livello).

Azioni

- Attivare progetti di ricerca attiva e valutazione dei casi di grave ritardo o evasione vaccinale (su segnalazione dei servizi vaccinali) e dei casi di grave basso profitto o abbandono scolastico (su segnalazione delle Scuole).
- Garantire un collegamento con il Pronto Soccorso per offrire consulenza, ed eventualmente aiuto, in caso di lesività domestica (con particolare riferimento a

quelle riguardanti i bambini e le donne) la cui causa o le cui modalità richiedono approfondimento sulle condizioni dell'ambiente familiare.

- Monitorare il disagio giovanile con particolare correlazione all'assetto della famiglia, al rapporto con la Scuola, ecc.
- Offrire supporti al singolo e alla famiglia per superare le difficoltà relazionali.
- Garantire il supporto psicologico e sociale al singolo e alla famiglia nelle diverse crisi.
- Garantire il collegamento con l'autorità giudiziaria per le situazioni più a rischio.

CONTROLLO DELLA FERTILITÀ E PROCREAZIONE RESPONSABILE

Deve essere potenziata l'offerta attiva di consulenza, tendente all'espressione di una sessualità rispondente ai bisogni del singolo, ed una maternità e paternità responsabili.

Compito del Consultorio Familiare è quello di aiutare le donne e le coppie a scegliere, tra le varie possibilità, ciò che più si adatta ai propri valori culturali ed etici ed ai propri bisogni e stili di vita, tenendo conto della fase del ciclo della vita riproduttiva.

In tema di sterilità e infertilità di coppia, il ruolo del Consultorio Familiare consiste in un primo approccio con la coppia, nell'esclusione di una grossolana patologia a carico dell'apparato genitale, e nella consulenza inerente la fisiologia riproduttiva, l'adeguatezza nella frequenza dei rapporti, ecc. e quindi indirizzare alle strutture idonee per il successivo iter diagnostico e terapeutico.

Azioni

Garantire l'offerta attiva a tutte le coppie di un colloquio prematrimoniale sulla fisiologia della riproduzione, sulla procreazione responsabile, sulla salute riproduttiva, sulla responsabilità genitoriale, sulle dinamiche relazionali, sull'accertamento di condizioni di rischio per consulenza genetica e indirizzo al servizio specifico, sulla prevenzione immunitaria (rubeo test, vaccinazione contro

la rosolia) e non immunitaria (rischio di esposizione a contagio, per es. toxoplasmosi), sulla diagnosi prenatale precoce.

A colloqui individuali possono seguire, o essere proposti in alternativa, incontri di gruppo.

All'approccio prevalentemente diagnostico-terapeutico attualmente dominante, deve essere affiancato quello psicologico ed educativo-informativo.

Il Consultorio Familiare rappresenta la struttura territoriale di primo ascolto e di primo intervento, con funzioni di collegamento con le Scuole e con i Servizi socio-assistenziali dei Comuni per raggiungere le fasce sociali più disagiate.

ASSISTENZA IN GRAVIDANZA

L'informazione alle donne in gravidanza, sostenuta da mezzi e metodi della comunicazione di massa, dovrà essere realizzata anche mediante inviti individuali alle donne (segnalate dai medici di base, dalle strutture distrettuali, dall'ufficio ticket al momento della richiesta dell'esonero dalla partecipazione al costo, ecc.).

Tenuto conto del diritto della gravida alla scelta della figura professionale o della struttura territoriale o ospedaliera cui affidarsi nel percorso nascita, l'offerta attiva del Consultorio Familiare dovrà privilegiare le donne e le coppie che possono trovare difficoltà di accesso ai Servizi pubblici e privati.

Azioni

- Offrire colloqui informativi sulla gravidanza (assistenza, servizi disponibili, corso di preparazione alla nascita, facilitazioni relative ai congedi lavorativi, esclusioni dalla partecipazione al costo della spesa sanitaria, ecc.).
- Offrire attivamente i Corsi di preparazione al parto, alla nascita, al ruolo genitoriale e all'assistenza post-parto, con particolare riferimento alla promozione dell'allattamento al seno.

- Garantire la prevenzione delle malformazioni congenite, l'assistenza alla gravidanza fisiologica e l'individuazione delle gravidanze problematiche ed a rischio: tale attività va offerta attivamente nelle situazioni di gravi difficoltà sociali, con particolare riferimento alle donne extracomunitarie e/o nomadi, avendo particolare cura di garantire il rispetto delle specifiche culture di appartenenza, anche attraverso la collaborazione con le associazioni di volontariato operanti sul territorio.
- Adottare una cartella ostetrica ambulatoriale orientata da Linee Guida condivise.
- Monitorare la crescita ed il benessere fetale anche mediante l'indirizzo a prestazioni di tipo strumentale.
- Operare in stretto collegamento con i Centri di diagnosi prenatale per i casi che lo richiedano.
- Offrire sostegno psicologico individuale e di coppia ed alle gestanti, con facoltà di partorire in anonimato, come da legislazione vigente.
- Perseguire e mantenere contatti permanenti con i reparti ospedalieri in cui le donne andranno a partorire, anche attivando momenti strutturati di conoscenza reciproca, e prevedendo incontri di formazione comune tra operatori ospedalieri e territoriali, privilegiando l'integrazione degli operatori dei C.F. e ospedalieri per quanto attiene il percorso nascita.
- Offrire sostegno e presa in carico sanitario e psicologico delle minorenni che affrontano la maternità senza reti familiari e parentali di appoggio o che intendono affrontare l'IVG predisponendo la relazione per il giudice tutelare.

Quale atteggiamento di particolare considerazione della collettività nei riguardi della donna gravida, devono essere predisposti interventi atti a privilegiare l'accesso ai servizi pubblici e privati (ambulatori, laboratori d'analisi, uffici, ecc.) secondo percorsi e facilitazioni che portino a ridurre, per quanto possibile, i tempi d'attesa ed i disagi della gestante.

La promozione dell'allattamento al seno, auspicata dagli Organismi internazionali, dal Ministero della Sanità e dalle Società scientifiche, riconosce nella corretta informazione, in alcuni momenti prenatali e neonatali, un'importanza fondamentale nell'offrire alla madre ed al neonato lattante condizioni più favorevoli al successo-soddisfacimento dell'allattamento naturale.

Il contributo dei Servizi territoriali, in particolare del Consultorio Familiare, durante i Corsi di preparazione al parto, in occasione del contatto domiciliare dopo la dimissione precoce della coppia madre-neonato e della successiva offerta attiva di servizi a livello territoriale, è di notevole rilevanza, purché inserito in un progetto di Azienda che integri le varie competenze ospedaliere e territoriali (comprese le Associazioni di volontariato) nella formazione ed aggiornamento specifici del personale e nel supporto diretto alla madre.

ASSISTENZA ALLA PUERPERA ED AL NEONATO

La frequente carenza di aiuto alla puerpera al momento del rientro a domicilio suggerisce un maggiore impegno dei Servizi territoriali ed in particolare del Consultorio Familiare nell'aiuto a risolvere i problemi della puerpera e del neonato. Tale esigenza ha assunto particolare rilevanza a seguito dell'incremento numerico delle dimissioni ospedaliere precoci, che devono essere appropriate e concordate con la madre.

In ogni caso devono essere esplicitati i criteri sanitari adottati per assicurare che madre e neonato siano dimessi in condizioni appropriate per la prosecuzione delle cure a domicilio e le misure di salvaguardia del benessere della diade, con particolare riferimento alle dimissioni antecedenti le 48 ore dopo il parto.

Azioni

Nel rispetto del principio della continuità assistenziale, ed in presenza di effettive pos-

sibilità di cure domiciliari da parte dei Servizi territoriali, deve essere attivata un'offerta di assistenza ostetrica e pediatrica (almeno nell'attesa che il neonato sia registrato tra i clienti del pediatra di libera scelta), a domicilio almeno nel corso della 1^a settimana di vita, e soprattutto in caso di dimissione precoce. Deve essere tenuta in considerazione l'esigenza di tutela della salute fisica e psichica di madre e neonato e delle esigenze relazionali ed organizzative del nucleo familiare, in particolare modo in presenza di soggetti "a rischio" sociale o socio-sanitario (extracomunitarie, nomadi, ecc.) rispetto i quali deve essere prevista una presa in carico complessiva, di concerto con i Servizi Sociali.

PREVENZIONE DELL'IVG

La problematica dell'interruzione volontaria di gravidanza presenta certamente aspetti di grande delicatezza e complessità: da un lato implica infatti la necessità di cercare di rimuovere le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione (anche attraverso la stimolazione di interventi di natura sociale e socio-sanitaria integrata) e, ove ciò risultasse vano, seguire adeguatamente (da un punto di vista sanitario, ma anche psicologico), nell'intero percorso assistenziale, la donna che richiede un IVG. Nel caso in cui tale richiesta provenga da minorenni senza assenso dei genitori, o da donna in situazione di disagio sociale e/o socio-sanitario (con particolare riferimento a donne con problemi psichiatrici, tossicodipendenti, immigrate ecc.) l'intervento consultoriale deve farsi più attento e deve garantire, per quanto possibile, il "tutoring" dell'utente che si traduce in un vero e proprio affiancamento ed accompagnamento dell'intero percorso assistenziale.

Azioni

- Offrire il colloquio.
- Garantire il supporto psicologico e socia-

le. Qualora ne esistano le condizioni, deve essere previsto l'invio e/o la presa in carico della donna da parte del Servizio Sociale Comunale, al fine di attuare interventi di natura sociale e sanitari tesi a rimuovere le eventuali cause che inducono la donna ad interrompere la gravidanza (anche avvalendosi, nel rispetto della sua volontà, delle associazioni di volontariato).

- Assumere la presa in carico della donna che richiede l'IVG facilitandone il percorso verso le strutture di II-III livello, anche al fine di favorirne il ritorno al C.F. per la promozione della salute riproduttiva e la prevenzione della ripetitività dell'IVG.
- Offrire interventi finalizzati alla consulenza per la procreazione consapevole post-IVG, per la prevenzione del ripetuto ricorso all'IVG.

PREVENZIONE DEI TUMORI FEMMINILI

Il Consultorio collabora all'attuazione dei programmi di screening regionali o aziendali su tumore del collo dell'utero e della mammella, attivati secondo le indicazioni della Commissione Oncologica Nazionale. Al Consultorio può essere assegnata la competenza dell'offerta attiva, mediante chiamata e verifica della non rispondenza.

Il Consultorio deve collaborare per il supporto psicologico alla donna con patologia oncologica prima o dopo la terapia, anche attraverso la promozione di gruppi di auto aiuto.

Inoltre, il Consultorio deve svolgere funzioni di presa in carico e di indirizzo verso i servizi specialistici di diagnosi e cura, facilitando i percorsi e gli accessi.

Condizione essenziale per tale obiettivo di salute è la collaborazione continua, secondo le linee operative dipartimentali, con i servizi di secondo e terzo livello (citologia, colposcopia, mammografia, ecc.) accreditati e con controllo di qualità.

Azioni

Tumore del collo dell'utero: offerta attiva del Pap Test a tutte le donne di età compresa tra 25 e 64 anni, con periodicità triennale ove non sussistano condizioni di rischio (secondo le indicazioni della Commissione Oncologica Nazionale).

Tumore della mammella: il C.F. offre consulenza ed indirizza la donna verso i centri di diagnosi precoce per la prevenzione del tumore della mammella e, per le donne di fascia di età 50-69 anni, indirizza verso il programma di screening, secondo le indicazioni della Commissione Oncologica Nazionale.

INTERVENTI PER L'ETÀ POST-FERTILE

Pur essendo sufficientemente chiarito il rapporto causale tra carenza estrogenica, patologie degenerative e sintomatologia soggettiva, la sostituzione ormonale in menopausa non risulta comunque essere l'unica possibilità di prevenzione e cura. Uno stile di vita caratterizzato da dieta adeguata, attività fisica regolare e riduzione del fumo di tabacco e dell'uso di alcol, si è infatti dimostrato efficace nella prevenzione sia delle malattie cardiovascolari che dell'osteoporosi.

Risulta pertanto necessario selezionare prioritariamente le donne in rapporto alle esigenze individuali ed alle prospettive di prevenzione di patologie degenerative.

I Consultori Familiari devono promuovere la sensibilizzazione delle donne in età post-fertile alla prevenzione ed al trattamento delle malattie degenerative proprie dell'età,

anche mediante la discussione, l'informazione e l'indirizzo a soluzioni personalizzate. Tale attività può anche essere svolta in modo complementare con l'offerta attiva del Pap Test.

Inoltre, per le donne in corso di trattamento con terapia ormonale sostitutiva, il C.F. può facilitare ed organizzare gli opportuni controlli strumentali periodici.

Azioni

- Promuovere l'aggiornamento professionale di Ginecologi, Medici di base, Ostetriche, Fisioterapisti sulle problematiche del climaterio e della menopausa e sulla possibilità di trattarla.
- Incentivare la consapevolezza delle donne circa la possibilità di migliorare il proprio stile di vita e la sessualità per la qualità della vita post-fertile.

VACCINAZIONI

Il Consultorio Familiare, in sinergia con il DP e con il Distretto, può intervenire nell'offerta attiva delle vaccinazioni per il conseguimento degli obiettivi del P.S.N. secondo le azioni e priorità indicate dal "Piano Nazionale vaccini 1999-2000" (provvedimento 18 giugno 1999, Supp. Ord. n. 144 alla G.U. n. 176 del 29.7.1999).

In particolare, in collegamento con i Servizi responsabili dei programmi vaccinali, potrebbe svolgere le indagini domiciliari nei casi in cui il bambino non sia stato portato alla seduta vaccinale e, con i suddetti Servizi, potrebbe collaborare alla realizzazione di campagne di educazione sanitaria e campagne vaccinali.