UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Istituto di Scienze Politiche

Scuola di Specializzazione in Istituzioni

e Tecniche di Tutela dei Diritti Umani (SDU)

Master Europeo

in Diritti Umani e Democratizzazione (MEDUD)

L'ISTERECTOMIA: UNA QUESTIONE APERTA NEL RAPPORTO DONNE MEDICINA

Giovedì 23 aprile 1998 ore 15.00

Aula E - Palazzo del Bo'- Cortile Antico

Aderiscono all'iniziativa

Commissione Pari Opportunità del Comune di Padova

Sottocommissione Donna e Salute
della CPO del Comune di Padova

Centro Veneto Progetti Donna

ore 15.00-17.00 - Relazioni

Prof. MARIAROSA DALLA COSTA
Docente di Sociologia Politica
e di Storia della promozione della condizione della donna
presso la Scuola di Specializzazione SDU
e il Master Europeo MEDUD

Perchè una "questione"?
Introduzione e coordinamento

Prof. PAOLO BENCIOLINI
Docente di Medicina Legale
e di Bioetica presso la Scuola di Specializzazione SDU
e il Master Europeo MEDUD
membro del Comitato Nazionale di Bioetica

Il consenso informato

Dr. GIUSEPPE PERILLO
Consigliere della Corte d'Appello di Venezia

Evoluzione del rapporto medico - paziente

Prof. DARIA MINUCCI
Docente di Ginecologia Oncologica
Primario del Servizio di Ginecologia Oncologica

Evoluzione e orientamenti attuali
rispetto all'isterectomia

ore 17.00-19.30 - Interventi e dibattito

Dr. MAURIZIO BORSATTO
Medico di base

Il ruolo del medico di base

LUCIA BASSO
Centro Veneto Progetti Donna

Pratiche divergenti riguardo all'isterectomia
e loro ricaduta sulla vita della donna

Dr. GIULIANA MAREGLIA
Psicologa presso il Consultorio Familiare
di Monterotondo (Roma) USL RMG

Impatto psicologico dell'esperienza di
isterectomia sulla donna

ANNA ARVATI
già Assistente sociale presso l'Ospedale Civile di Padova

Comunicazione e informazione medico-
paziente nella struttura sanitaria

CASA DELLA CULTURA

ONLUS

In collaborazione con
Metis - Medicina e Memoria

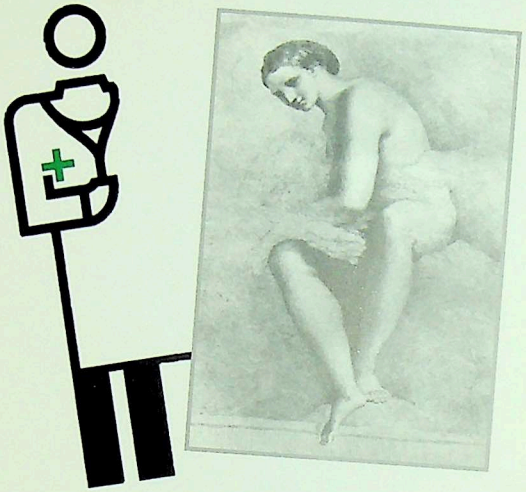
Incontro dibattito

DANNO E REATO NELL'ABUSO DELL'ISTERECTOMIA

Con l'occasione sarà anche presentato il volume a cura di **Mariarosa Dalla Costa** *Isterectomia. Il problema sociale di un abuso contro le donne.* Saggi di Mariarosa Dalla Costa, Giuseppe Perillo, Daria Minucci, Paolo Benciolini, Riccardo Samaritani. Milano, FrancoAngeli,1999 (2ª edizione).

Mercoledì 2 febbraio 2000, ore 21,00
Casa della Cultura
Via Borgogna, 3
Milano

LA CITTADINANZA È INVITATA



Programma

Messaggio di apertura

Alberto Martinelli
Presidente dell'ISA, International Sociologial Association

Coordinamento

Maria Castiglioni
Associazione Metis - Medicina e Memoria
Centro Internazionale di Studi e Terapia
per la Salute della Donna

Interventi

Entità dell'abuso, danni, responsabilità

Mariarosa Dalla Costa
Docente di Sociologia Politica e di Storia
della Promozione della Condizione della Donna
Università di Padova

Soluzioni terapeutico-chirurgiche conservative

Riccardo Samaritani
Assistente di Ginecologia
Ospedale S. Carlo di Nancy, Roma

Gli aspetti giuridici della questione

Nicoletta Gandus
Collettivo Donne e Diritto,
Giudice presso il Tribunale Ordinario di Milano,
Sezioni penali

La testimonianza di due medici di base

Fiorella Gazzetta e **Filippo Bianchetti**
Varese

L'isterectomia, cioè l'asportazione chirurgica dell'utero, spesso coniugata all'asportazione delle ovaie, non costituisce intervento di poco conto, da considerarsi quasi scontato nel "percorso-vita" di una donna. Anzi, è un intervento demolitorio di notevole impatto fisico e psichico sul corpo e sulla persona. Come tale andrebbe proposto con molta cautela, solo nei casi in cui la patologia sia tale da non permettere alternative meno invasive e meno demolitorie.

In questo secolo vi è stata invece in vari paesi dell'occidente avanzato un'esplosione di isterectomie che non può trovare spiegazione in una corrispondente esplosione di patologie tanto gravi da giustificarla. In Italia il Ministero della Sanità registra 38.000 isterectomie per l'anno 1994, 68.000 per l'anno 1997, equivalenti all'aspettativa di subire questo intervento per una donna su cinque. In alcune regioni l'aspettativa è per una donna su quattro.

A Parigi e regione, per un totale di circa 12 milioni di abitanti, l'aspettativa è per una donna su venticinque. Nel confronto l'ottanta per cento delle isterectomie in Italia risulterebbe ingiustificato.

L'ovariectomia, chirurgica o medica, provoca non solo una menopausa anticipata ma profondamente diversa, con danni che non si verificherebbero, o non in quel modo, in una menopausa fisiologica. Eppure alcuni testi di ginecologia prescrivono, ancora, l'asportazione di ovaie sane alla donna fin a partire dai 40 anni. La chiamano "ovariectomia profilattica". Quante donne ha rovinato e continua a rovinare?

Si ringrazia:
Associazione per una Libera Università delle Donne e Crinali.

Per informazioni o richieste:
Ufficio Stampa FrancoAngeli
Tel. 02.28.27.651 - 02.28.37.14.62, Fax 02.26.13.268
E-mail angpress@tin.it

Università degli Studi di Roma, "La Sapienza"
Facoltà di Sociologia

Con il patrocinio
del Ministero della Sanità
del Ministero per le Pari Opportunità

Con l'adesione
dell'A.V.O. (Associazione Volontari Ospedalieri) di Roma

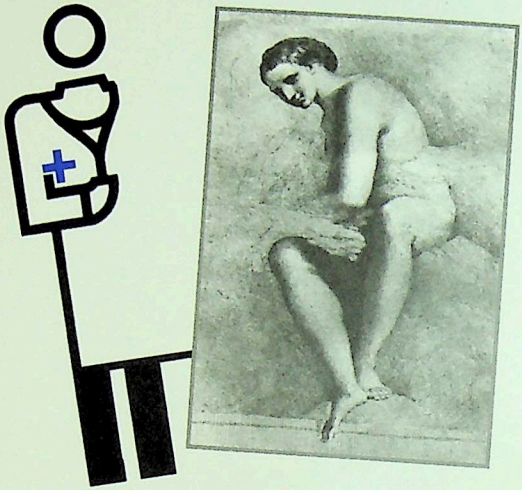
Incontro dibattito

L'ABUSO DELL'ISTERECTOMIA: VIOLENZA ALLA DONNA E DANNO ALLA SALUTE. CONOSCERE LE ALTERNATIVE POSSIBILI E REALTA' DIVERSE

Con l'occasione sarà anche presentato il volume a cura di **Mariarosa Dalla Costa** *Isterectomia. Il problema sociale di un abuso contro le donne*, Milano, FrancoAngeli, 1998

Venerdì 7 maggio 1999, ore 15,15
Roma, Centro Congressi
Università degli Studi di Roma "La Sapienza"
Via Salaria, 113

LA CITTADINANZA È INVITATA



Programma

Saluti di apertura ore 15,15

Gianni Statera
Preside della Facoltà di Sociologia
Università di Roma "La Sapienza"

E' stato invitato a portare il Suo saluto
il Ministro della Sanità Rosy Bindi.

Coordinamento

Gaetano Congi
Docente di Sociologia dello Sviluppo
Dipartimento di Sociologia
Università di Roma "La Sapienza"

Interventi

Entità del fenomeno, i danni, i quesiti aperti

Mariarosa Dalla Costa
Docente di Sociologia Politica e di Storia
della Promozione della Condizione della Donna
Università di Padova

Terapie e interventi chirurgici non demolitori

Riccardo Samaritani
Assistente di Ginecologia
Ospedale S. Carlo di Nancy, Roma

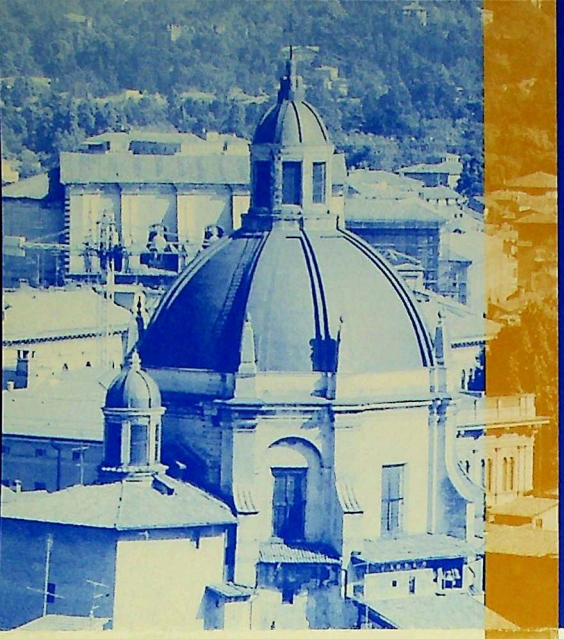
Approccio conservativo e personalizzazione delle terapie sostitutive in Francia

Dominique de Clery
Ginecologa, endocrinologa, gerontologa
Docente di endocrinologia
all'Università di Paris VI

Esiti dell'esperienza di isterectomia sulla psiche della donna

Giuliana Mareglia
Psicologa presso il Consultorio Familiare
di Monterotondo (Roma) USL RMG

Dibattito ore 17,15



CONTROVERSIE IN TEMA DI ISTERECTOMIA

Con particolare riferimento alle alternative

VENERDÌ 24 MAGGIO 2002

ROYAL HOTEL CARLTON
Via Montebello, 8 - 051 249 361

Segreteria Scientifica:
Dott. Daniele Pungetti
U.O. Ginecologia ed Ostetricia
Maternità c/o Villa Erbosa
AUSL Città di Bologna
Via dell'Arcoveggio, 50/2
40129 Bologna BO
Tel. 051 4164800

Segreteria Organizzativa:
I&C s.r.l.
Via Andrea Costa, 2
40134 Bologna
Tel. 051 614 4004
Fax. 051 614 2772
elena.melega@iec-srl.it

8.30 Saluto del direttore dell'Azienda USL città di Bologna
A. Cavina *(Bologna)*

9.00 Introduzione
C. Melega *(Bologna)*

I SESSIONE
Moderatori: C. Melega *(Bologna)*, S. Venturoli *(Bologna)*

9.15 Epidemiologia: l'isterectomia in Emilia-Romagna, in Italia, nel mondo
R. Grilli *(Bologna)*

9.35 L'evoluzione delle tecniche.
L'appropriatezza delle indicazioni
V. Jasonni *(Modena)*

9.55 Esiti della Isterectomia nel vissuto femminile
M. Dalla Costa *(Padova)*

Coffee break

II SESSIONE
Moderatori: C. Bulletti *(Rimini)*, G.B. La Sala *(Reggio Emilia)*

11.20 Terapia medica
M. Filicori *(Bologna)*

11.40 Ablazione endometriale e tecniche assimilabili
G. Gubbini *(Bologna)*

12.00 Isterectomia videolaparoscopica:
Totale
B. Andrei *(Fidenza)*
Sopracervicale
C. Bucolo *(Faenza)*
Colpoisterectomia videolaparoscopica assistita
D. Pungetti *(Bologna)*, R. Serracchioli *(Bologna)*

13.00 Conclusioni e commento critico
E. Zanardi *(Bologna)*

14.00 SEDUTA DI SALA OPERATORIA
Chairman: C. Melega *(Bologna)*

I Intervento: L. Minelli *(Negrar)*, D. Pungetti *(Bologna)*

II Intervento: I. Ardovino *(Benevento)*, D. Pungetti *(Bologna)*

Commentano dall'Auditorium:
G. Gubbini *(Bologna)*
G.B. La Sala *(Reggio Emilia)*
M. Mattucci *(Ravenna)*
N. Giulini *(Cattolica)*
A. Marabini *(Pesaro)*
C. Alovisi *(Mondovì)*
V. Remorgida *(Genova)*
F. Biffignandi *(Voghera)*

CORRIERE MEDICO

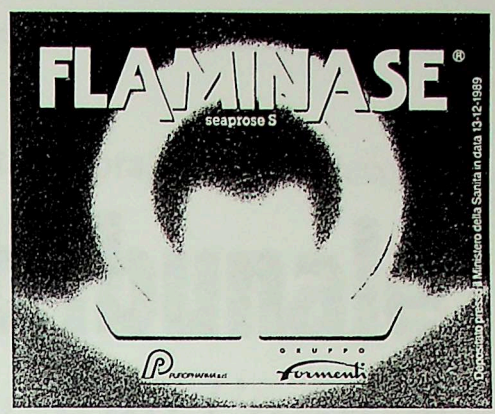
IL GIORNALE PIU' LETTO DAI MEDICI — GIOVEDI 17 FEBBRAIO 2000

Indirizzo Internet:
http://www.medweb.it
Indirizzo di posta elettronica:
corriere.medico@medweb.it

ariete salute
Corso Venezia 6 • 20121 Milano

ANNO XXI - NUMERO 5

Sped. in abb. post. - 45% - art. 2 comma 20/B legge 662/96, Milano



Boom di associazionismo e modelli anglosassoni

Asl e regioni spingono per avere un medico sempre più europeo

E la convenzione nasce superata

La convenzione di medicina generale che i sindacati trattano a Roma rischia di nascere superata, e non tanto perché si riferisce agli anni scorsi e scadrà alla fine del 2000. Il motivo è che, complice l'epidemia di influenza, regioni e Asl stanno chiedendo ai medici compiti nuovi, che questi ultimi sono in grado di assolvere attraverso modelli prima inusitati, come la medicina in rete, in gruppo o i turni. Il medico disegnato da questi accordi periferici non somiglia più a quello convenzionale ma appare più vicino al modello anglosassone. Gli esperti sentiti da *Corriere Medico* ritengono che non si vada tanto verso un generalista "regionale" in antitesi con il passato: le esperienze di Asl e regioni, sostengono, saranno poi recuperate dai futuri accordi nazionali. Ma intanto, dopo la trasformazione del Fondo sanitario nazionale in venti regionali i sindacati si stanno ridisegnando su base locale e talora medici locali in gruppo concludono accordi senza consultarli. Claudio Cricelli leader della Società di medicna generale vede un altro pericolo: senza investimenti del Ssn in strutture e infermieri l'efficienza anglosassone resta lontana e c'è il rischio che per risparmiare ogni Asl adotti il suo processo di cura.
Intanto l'Europa ridiscute la professione di generalista: da non-specialista a medico umanista.

A PAGINA 2

Convenzione, Fimmg e Snami vicini all'accordo

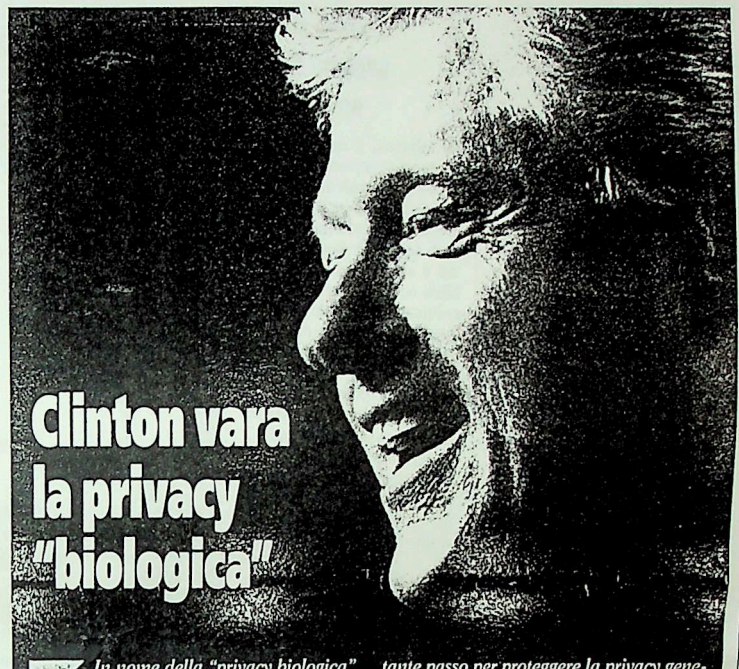
Si tratta sull'aumento da 900 miliardi

A PAGINA 4

E' in arrivo la carta della sicurezza per contrastare gli errori in corsia

Crescono le segnalazioni di errori dei medici. Si tratta solitamente degli stessi errori quasi sempre limitati ad alcune specifiche specialità: ortopedia, chirurgia generale, ostetricia e oncologia. Anche la medicina generale rientra nei settori a rischio, tuttavia con un tasso molto basso. E se da un lato il presidente della Fnom Aldo Pagni chiede maggiori garanzie assicurative per dare serenità ai medici, dall'altro è confermato che l'8 aprile sarà presentata la carta della sicurezza predisposta dai sindacati Fimmg e Anaao d'intesa con il Tribunale dei diritti del malato. Si tratta di una serie di consigli sia per i medici sia per i pazienti.

A PAGINA 8



Clinton vara la privacy "biologica"

In nome della "privacy biologica" il presidente americano Bill Clinton (foto AP) *ha emesso l'8 febbraio scorso un decreto legge che vieta al governo e alle strutture federali di usare eventuali informazioni sulla costituzione genetica di un individuo per questioni relative ad assunzioni o promozioni. Prima di apporvi la firma, parlando all'American association for the advancement of science, Clinton aveva definito il decreto «un importante passo per proteggere la privacy genetica». Il decreto vieta «la discriminazione nei confronti dei dipendenti basata su informazione genetica protetta» e stabilisce che gli enti federali non possono chiedere a chi fa domanda d'assunzione di sottoporsi a qualsiasi genere di esame genetico. Proibisce quindi in modo specifico che eventuali informazioni possano essere usate per classificare i dipendenti o decidere della loro carriera.*

Regole discutibili

Quei diritti negati all'iperteso

In base a un nuovo regolamento emesso dal ministero della Sanità sarà più difficile per i pazienti ipertesi godere del diritto alla multiprescrizione e all'esenzione della spesa per le prestazioni diagnostiche. La recente disposizione restringe infatti tale diritto solo ai soggetti con evidenza di danno d'organo o con complicazioni cardiovascolari clinicamente evidenti.
«In pratica – ricorda Giuseppe Schillaci, rappresentante dei soci Anmco – si esclude circa un terzo dei pazienti dal diritto, un passo che non favorisce certo nel nostro paese la diffusione di una cultura della prevenzione».

A PAGINA 16

Si sospetta un grave abuso della pratica

Isterectomie in Italia esplode la polemica

Chiesto l'intervento del Ministro

Un eccesso di isterectomie, assolutamente al di fuori dei numeri ammissibili in base alle indicazioni terapeutiche. L'accusa, lanciata dalla sociologa di Padova Mariarosa Dalla Costa, con il sostegno di un agguerrito drappello di specialisti in medicina e giuristi, crea scompiglio tra gli addetti ai lavori e preoccupazione nell'opinione pubblica. In Italia, ricorda la Dalla Costa, l'aspettativa di subire l'intervento riguarda una donna su cinque: in Francia solo una su venticinque. Le possibili motivazioni del fenomeno possono essere rintracciate in fattori di ordine economico ma anche in una scarsa sensibilità dei ginecologi nei confronti dell'integrità del corpo della donna. Una prima risposta alle argomentazioni avanzate dalla sociologa viene da Claudio Donadio, ginecologo del San Camillo-Forlanini di Roma: sui prossimi numeri daremo spazio a ulteriori approfondimenti.

A PAGINA 18

A PAGINA 15

Marcatura stretta per disinnescare i danni del diabete

Le ultime indicazioni della ricerca clinica

Nuovo grave incidente di percorso la terapia genica adesso e' sotto tiro

Washington – Brutto momento per la terapia genica. Dopo la prima morte documentata di un paziente arruolato in un trial sperimentale (*si veda Corriere Medico del 3 febbraio*), si profila l'agghiacciante possibilità che alcuni giovani pazienti colpiti da tumore siano stati accidentalmente esposti ai virus dell'epatite C e all'Hiv durante alcuni interventi di terapia genica. Il fatto sarebbe avvenuto in dicembre ma solo nei giorni scorsi i ricercatori avrebbero avvertito le autorità: per il *Washington Post*, giornale che per primo ha diffuso la notizia, il Saint Jude Children's research hospital di Memphis, dove si è verificato l'incidente, è già sottoposto a indagini per altre morti sospette in alcuni studi. La patata bollente passa ora tra le mani della Food and drug administration, incaricata di fare chiarezza. Ma il gioco, come si suol dire, comincia a farsi pesante.

10 ORDINI, RIFORMA URGENTE
Ora la Fnom sollecita lo sblocco della situazione

11 ECCO LO SPOT IN OSPEDALE
E' subito piaciuta l'idea nata a Legnano

21 NUOVE FUSIONI TRA INDUSTRIE
Concepimento e nascita dei giganti del farmaco

Una ricerca della sociologa Dalla Costa accusa le troppe isterectomie praticate dai ginecologi

E l'utero finisce in tribunale

«Ingiustificabili 68 mila operazioni l'anno»

Tante, troppe, ingiustificate, dannose e, probabilmente, anche delittuose. Dietro l'impennata delle isterectomie in Italia (dai 38 mila interventi del 1994 ai 68 mila del '97) potrebbero esserci ragioni tali da meritare l'attenzione dei magistrati.
Lo sostiene senza mezzi termini Mariarosa Dalla Costa, docente di Sociologia politica e di Storia della promozione della condizione della donna presso la facoltà di Scienze politiche dell'Università di Padova.
Figura chiave del movimento femminista internazionale già negli anni '70, la Dalla Costa è co-autrice del saggio "Isterectomia: il problema sociale di un abuso contro le donne" (Franco Angeli, 1998) giunto adesso alla sua seconda e più ampia edizione. Gli altri autori sono Giuseppe Perillo, magistrato di Corte d'Appello a Venezia, Daria Minucci, docente di Ginecologia oncologica a Padova, Paolo Benciolini, ordinario di Medicina legale presso il medesimo ateneo e membro del Comitato Nazionale di Bioetica, Riccardo Samaritani, ginecologo presso l'Ospedale San Carlo di Nancy di Roma (suo il riepilogo delle indicazioni all'intervento pubblicato accanto).

L'ipotesi di reato

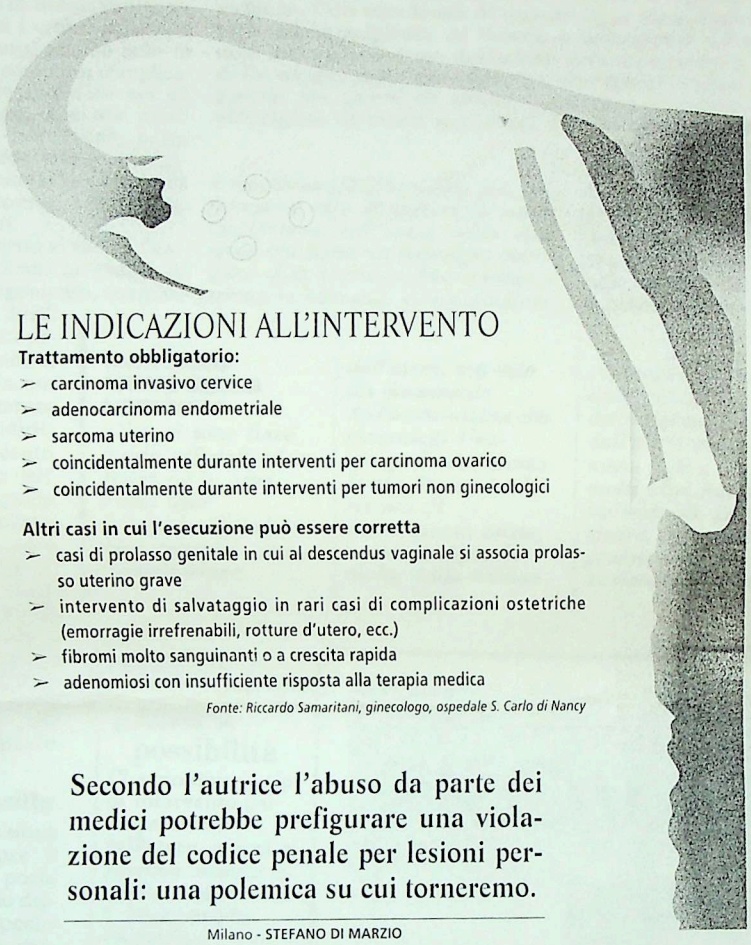
L'accusa rivolta alla classe medica, e ai ginecologi in particolare, è precisa e agghiacciante. Tira in ballo gli articoli 582 e 583 2°comma, punto 3 del Codice penale, che rispettivamente definiscono come "lesioni personali gravissime" le "lesioni personali da cui derivi la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare". Gli estremi del reato, secondo quanto scrive la Dalla Costa, si ravvisano "là dove si pratichino una isterectomia e un'annessiectomia non necessitate da quelle gravi patologie, non diversamente risolvibili, che sole le possono giustificare".
Qui è il nodo della questione. Secondo le stime dell'autrice in Italia, l'aspettativa di subire quest'intervento riguarda una donna su 5 (una su 4 in Veneto). Incrociando il dato con le cause "ammissibili" di isterectomia (cancro, prolassi uterovaginali e genitali, emorragie irrefrenabili post-partum ecc.) e confrontandolo con il dato di Parigi e regione (12 milioni di abitanti) dove l'aspettativa è di una donna su 25, si può giungere al massimo ad un 20 per cento di interventi giustificati.
E tutti gli altri? Le possibili motivazioni dell'eccesso, in linea con quanto già addotto dai legali di pazienti americane, possono essere di ordine economico o legate a interesse professionale.
Mariarosa Dalla Costa rammenta anche la «lunga storia di aggressione del corpo medico, in particolare maschile, al corpo femminile che, con l'abuso dell'isterectomia giunge alla forma di conquista più letale perché espropria e distrugge ciò che fa di un corpo un corpo di donna».
Prosegue la Dalla Costa: «Questo comportamento si conferma ogni volta che il medico, per patologie che non lo richiedono, indirizza la paziente all'operazione, non informandola o svalutando possibili alternative terapeutiche più conservative. Il brutto è che le donne vengono spinte dai ginecologi a introiettare l'ineluttabilità dell'intervento. Il riserbo femminile che ne consegue lascia poi procedere questa prassi così disinvolta».

Danni in sequenza

A proposito di esiti. I medici sanno bene che sono tutt'altro che lievi. Anzitutto l'impedimento alla procreazione connesso alle tantissime isterectomie e ovariectomie proposte prima della menopausa. Inoltre, va considerata la sequela di disturbi fisici e psichici, certi o possibili, connessi alla mutazione anatomica: dai danni al sistema urinario all'aumento ponderale, dal prolasso della vagina al maggior rischio cardiovascolare, dalla disparenuia al calo del desiderio sessuale, dalla depressione al senso di perdita. Facile immaginare le ricadute di ciò anche sulla sfera relazionale e quella di coppia.
Per tutte queste ragioni Mariarosa Dalla Costa è molto dura contro quei medici che propongono l'intervento alle donne in ragione dell'età e dell'aver già partorito. «Devono abbandonare l'idea che una donna possa essere "rottamata" dopo una certa età. O la patologia richiede l'intervento o non lo richiede».

Lettera aperta al ministro

Dalle accuse alle proposte. La professoressa Dalla Costa ne ha appena inviate alcune al ministro della Sanità Rosy Bindi e alla Società italiana di Ostetricia e Ginecologia.
Eccole in sintesi: 1) disinnescare eventuali meccanismi del sistema sanitario che possano contribuire a determinare dati così alti e in crescita degli interventi di isterectomia; 2) fissare obbiettivi di qualità all'interno delle strutture sanitarie finalizzati all'abbattimento di tali interventi; 3) mettere a punto linee guida che riconducano ad un ambito plausibile le isterectomie (vanno ridotte dell'80 per cento); 4) aprire un confronto con le scuole francesi di ginecologia; 5) predisporre un circuito di ginecologia di base, garantito dal Ssn, fondato sul sapere endocrinologico e preferibilmente in mano alle donne; 6) promuovere un approccio ginecologico che ricorra alla chirurgia solo in via eccezionale; 7) reimpostare i testi di ginecologia escludendo di togliere ovaie sane alle donne di qualunque età.



LE INDICAZIONI ALL'INTERVENTO

Trattamento obbligatorio:

- carcinoma invasivo cervice
- adenocarcinoma endometriale
- sarcoma uterino
- coincidentalmente durante interventi per carcinoma ovarico
- coincidentalmente durante interventi per tumori non ginecologici

Altri casi in cui l'esecuzione può essere corretta

- casi di prolasso genitale in cui al descendus vaginale si associa prolasso uterino grave
- intervento di salvataggio in rari casi di complicazioni ostetriche (emorragie irrefrenabili, rotture d'utero, ecc.)
- fibromi molto sanguinanti o a crescita rapida
- adenomiosi con insufficiente risposta alla terapia medica

Fonte: Riccardo Samaritani, ginecologo, ospedale S. Carlo di Nancy

Secondo l'autrice l'abuso da parte dei medici potrebbe prefigurare una violazione del codice penale per lesioni personali: una polemica su cui torneremo.

Milano - STEFANO DI MARZIO

Meno ricorsi al bisturi

Ma la Francia è più attenta alle donne

E' LA FRANCIA il modello da seguire. Contrariamente a quanto avviene nel resto del mondo occidentale, in Italia, e particolarmente negli Stati Uniti dove una donna su 3 è sottoposta a un' isterectomia nell'arco della vita, l'approccio transalpino al problema appare decisamente di carattere più conservativo.
Stando ai dati riportati nella ricerca diMariarosa Dalla Costa, l'aspettativa di subire questa operazione per le donne francesi è stimabile nel rapporto di una su 20 che scivola a una su 25 nell'area parigina (12 milioni di abitanti).
Tra i fattori favorevoli indicati dalla sociologa padovana figura senz'altro l'esistenza in Francia di una rete di ginecologhe medicali (donne), che affianca quella della medicina di base, e che privilegia la terapia farmacologica avendo alle spalle un'estrazione più endocrinologica che chirurgica. Tale struttura "filtra" le indicazioni all'intervento e vi avvia soltanto le pazienti che ne hanno effettiva necessità.

Da Roma Carlo Donadio del San Camillo respinge gli addebiti

«Non c'è nessun incremento di casi Anzi, privilegiamo la conservazione»

I GINECOLOGI ITALIANI SONO in subbuglio. L'accusa formulata dalla professoressa Dalla Costa è rigettata da alcuni esponenti della categoria che partono all'attacco. «Non è assolutamente vero che c'è stato un incremento degli interventi di isterectomia – dichiara Claudio Donadio, direttore del Dipartimento materno-infantile dell'Azienda ospedaliera S. Camillo-Forlanini di Roma – e direi di più. In realtà da noi (ma questa tendenza è riscontrabile anche in altri ospedali italiani), negli ultimi anni si è osservata una riduzione di circa il 30 per cento». La causa della flessione? «Tutte le vecchie fibromatosi, anche quelle multiple e di grandi dimensioni, da tempo sono sottoposte a intervento conservativo». Come ha spiegato all'Ansa anche il ginecologo torinese Alessandro Di Gregorio, direttore del centro Artes, la moderna chirurgia mirerebbe proprio agli aspetti conservativi. «Infatti l'indicazione per un'isterectomia – prosegue Donadio – deve essere sempre supportata da un esame istologico e da condizioni cliniche che ne determinino l'assoluta necessità. Per molti anni il tumore della cervice in fase iniziale (il carcinoma in situ) è stato trattato con isterectomia totale. Attualmente si pratica un intervento conservativo, la conizzazione, che consiste nell'asportazione di un piccolo cono della cervice, dove è localizzato il tumore evidenziato dall'esame istologico. Quindi la tendenza attuale è per una terapia conservativa supportata da una diagnostica migliore rispetto al passato, dalla possibilità di intervenire da un punto di vista laparoscopico e dalla disponibilità di farmaci innovativi».
Ma in quali casi è assolutamente necessaria l'isterectomia? «Innanzitutto nella neoplasia invasiva: tumori della cervice, dell'endometrio e in alcuni tumori ovarici. E ancora nel post partum, quando una gravissima emorragia mette a repentaglio la vita della partoriente».
Circa le affermazioni di Mariarosa Dalla Costa, Donadio aggiunge «Mi sembra che crei un allarmismo immotivato che non rispecchia la routine di istituti titolati, come grandi ospedali e centri universitari. Ripeto: la tendenza della moderna chirurgia ginecologica è rivolta alla conservazione. Infatti è inutile togliere un utero sapendo che è l'organo di sostegno per tutta la pelvi, la vescica e il retto».

CRISTINA MAZZANTINI

Isterectomia • Troppi interventi, a volte non indispensabili, senza considerare le conseguenze "minori"

Operazioni che risultano in perdita

L'asportazione di utero e ovaie può causare incontinenza urinaria

«Signora, in questo caso, vista anche la sua età, la cosa migliore è togliere "tutto". L'intervento è sicuro e risolve il problema alla radice». Con una frase di questo tipo, alcuni medici convincono ogni anno migliaia di donne a sottoporsi ad un'isterectomia, cioè all'asportazione dell'utero accompagnata o meno da quella delle ovaie, nella convinzione che quest'organo, dopo la menopausa, sia privo di grande utilità e, viceversa, possa essere all'origine di molti problemi. Ma è davvero sempre così?

L'intervento di isterectomia, secondo tutti i criteri medici, è considerato sicuro, perché solo in un caso su dieci comporta complicazioni serie e in meno di sei su 100mila il decesso. Ciò che molti ginecologi non terrebbero, però, nella giusta considerazione sono altri aspetti dell'operazione, da quelli psicologici alle conseguenze fisiche cosiddette minori.

A questo proposito la rivista *Lancet* ha pubblicato un'analisi di 12 ricerche sull'argomento, compiute tra il 1996 e il 1997. In essa si dimostra come, dopo i 60 anni, il rischio di andare incontro a un'incontinenza urinaria cresce addirittura del 60 per cento tra le donne prive dell'utero rispetto a quelle che non hanno subìto l'operazione. Questa sgradevole eredità si manifesta, però, dopo mesi o anni a causa delle lesioni ai nervi pelvici, che diventano sempre meno efficienti, ed è stata quindi spesso trascurata dalle ricerche sull'isterectomia.

Come le tonsille

«Oggi l'asportazione dell'utero ricopre il ruolo che fino a pochi anni fa era proprio delle tonsille o dell'appendice: si può dire che, nei Paesi occidentali, la sua asportazione è diventata una moda, e l'intervento è molto sopravvalutato», esordisce Daria Minucci, primario del Servizio di ginecologia e citodiagnostica dell'Università di Padova e coautrice, nel 1998, di un libro di denuncia sull'argomento (*Isterectomia - il problema sociale di un abuso contro le donne*, ed. Franco Angeli). In effetti, il ministero ha dichiarato circa 41.000 interventi nel 1996 nelle strutture pubbliche (che diventano quasi 60.000 se si considerano i diversi tipi di operazione possibili), facendo balzare l'isterectomia ai primissimi posti della classifica degli interventi più diffusi. Di più, la Società italiana di ginecologia e ostetricia (SIGO) valuta che una donna su otto si aspetta di subire l'intervento nel corso della vita, quasi che fosse un passaggio obbligato. «Ciò deriva da diversi fattori» spiega la Minucci. «L'asportazione dell'utero e delle ovaie viene infatti proposta in più del 90 per cento dei casi per malattie non gravi, benigne, quali i fibromi uterini, le emorragie vaginali, cisti e perfino il dolore pelvico. Trattandosi per l'appunto di disturbi tutto sommato non gravi, non c'è stata negli anni una ricerca sistematica e approfondita sulle possibili alternative oppure, quando c'è stata - come per i fibromi - i risultati spesso non vengono applicati».

Valutazione accurata

«Inoltre» dice Minucci «non va dimenticato che, a volte, l'intervento migliore è non intervenire. Se per esempio si identifica un fibroma uterino di dimensioni millimetriche, che non dà fastidio, è meglio lasciarlo dov'è». La scelta andrebbe perciò fatta considerando molti fattori, dalle condizioni all'età della donna, dalle alternative alla importanza della malattia e valutando con la paziente le possibili conseguenze.

Agnese Codignola

MANCANO LINEE GUIDA UFFICIALI

«Non ci sono linee guida ufficiali né in Italia né in altri Paesi sulle situazioni in cui è bene procedere con l'asportazione dell'utero, ma solo un documento dell'associazione dei ginecologi Usa» spiega la dottoressa Daria Minucci. «Il rischio di incontinenza esiste, anche se dipende molto dalla tecnica chirurgica attuata e dalle condizioni della donna, dall'avere avuto o meno figli e da molti altri fattori individuali. Di sicuro, in soggetti predisposti può aumentare, mentre nelle donne giovani non è stato ancora dimostrato. Ci sono però altre possibili conseguenze da tenere in considerazione, quali l'abbassamento o il prolasso della vagina».

Le tecniche

*** Diverse possibilità**

Ci sono diversi tipi di intervento per l'asportazione dell'utero, alcuni si possono attuare in modo mininvasivo.

- Isterectomia subtotale: asportazione del corpo dell'utero, lasciando intatta la cervice.
- Isterectomia totale: asportazione di tutto l'utero per via addominale.
- Isterectomia radicale: asportazione di parte della vagina, delle tube e delle ovaie, e ghiandole annesse, insieme al corpo e alla cervice uterina.
- Amputazione utero-ovarica; comporta anche l'asportazione delle ovaie.
- Isterectomia vaginale: asportazione dell'utero e della cervice attraverso la vagina anziché con un taglio dell'addome.

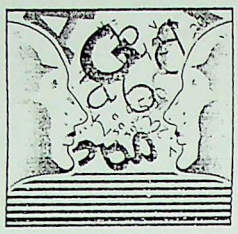
Vuoi il 100%?
PROVAMI GRATIS!

Eurospital S.p.a. - Trieste

C-ORANGE
è 100% RDA*
Integratore di vitamina C nel dosaggio raccomandato
dalle Società scientifiche internazionali e nazionali di nutrizione umana (RDA, LARN)
* Recommended Daily Allowance = Dosaggio giornaliero raccomandato (60 mg)
Eurospital

BUONO PER IL RITIRO GRATUITO* IN FARMACIA
DI UNA CONFEZIONE DI C-ORANGE PASTIGLIE
da 10 pastiglie, riportante la scritta "CAMPIONE GRATUITO".
I sigg. Farmacisti potranno richiedere confezioni di C-Orange "campione gratuito" presso i Grossisti. Grazie.
*VALIDITA': 31/12/00, salvo esaurimento scorte.
Ris. Min. Fin. Dir. Gen. Entr. Spec. 29-3-1969 n.2-102258 / 7-11-970 n.2-207464
Eurospital S.p.A. Divisione Farmacie - Via Flavia, 122 - 34147 Trieste - Tel. 040/8997.1

Betty



Pressioni non scaturite da basi scientifiche danneggiano il significato dell'intervento

Atto medico senza ideologie

L'«amico fedele» non sempre è il migliore - Check sulla competenza

DI ROMANO FORLEO*

Un uomo politico denunciava di recente, a titolo di esempio della malasanità del nostro Paese, l'alto tasso di isterectomie, rifacendosela con il governo regionale per il cattivo piano sanitario nel settore. Forse aveva letto con non sufficiente spirito critico un pamphlet che accusava i ginecologi italiani di ricorrere troppo spesso a questo tipo di intervento. Per motivi economici? Per crudeltà mentale? Per incomprensione del valore simbolico dell'utero per la donna?

Più casi curabili, più fama e stima

Accuse di questo genere si rilevano oggi spesso nell'opinione pubblica.

È interessante, però, vedere come anche nella storia più antica l'azione dei medici fosse stata spesso oggetto di disprezzo da parte della popolazione.

Nell'antica Grecia i medici, seguaci di Ippocrate, cambiavano spesso città per sfuggire a critiche e denunce. La loro principale attività era quella della "prognosi": se vedevano che la malattia era incurabile non prendevano in cura il caso.

Se erano fortunati, avevano molti casi "curabili" e acquistavano fama e stima, ma se invece venivano portati loro troppi malati "non trattabili", dopo un po' di tempo dovevano cambiare sede.

Molti di loro si trasferirono a Roma, dove spesso ebbero successo, denaro e potenza, a meno che non trovassero a ostacolarli personaggi come Catone il Censore, che si mise a capo di un vero e proprio partito politico per cacciare i medici greci dalla città.

Troppo ricchi, troppo potenti, forse anche troppo bravi rispetto a quelli di antica formazione etrusca.

L'avversione verso i medici non è quindi cosa nuova, e anche in passato non sono mancati "politici" che per conquistare il favore popolare hanno giocato sulla naturale riluttanza dell'utente (oggi sempre meno "paziente") a pagare il conto o a dipendere, nelle sue scelte di vita, da un "dottore", cui era obbligato a ricorrere per liberarsi dalle sue sofferenze fisiche e psichiche.

Gioco, però, pericoloso, perché la storia, non solo quella più recente, ci ha più volte rivelato come non sia possibile riformare la gestione della Sanità senza coinvolgere in prima persona chi, per vocazione, e con acquisita competenza, svolge ruoli e funzioni manageriali oltre che curative.

È anche lapalissiano rendersi conto che premendo l'acceleratore su una supposta conflittualità medico-paziente si finisce col danneggiare quest'ultimo, e col renderlo ancora più "arrabbiato" verso l'incompetenza del mondo politico che è, agli occhi di tutti, il primo responsabile della malasanità.

Testimonia questo fatto la costante popolarità del ministro della Sanità, Umberto Veronesi, nettamente superiore a quella dei suoi attuali colleghi di Governo, ma ancor più rispetto a quella dei precedenti ministri.

Per ribaltare questa avversione alla politica occorre, invece, che governatori e amministratori comincino a documentare la loro competenza, e soprattutto la capacità di concrete realizzazioni attraverso visibili risultati.

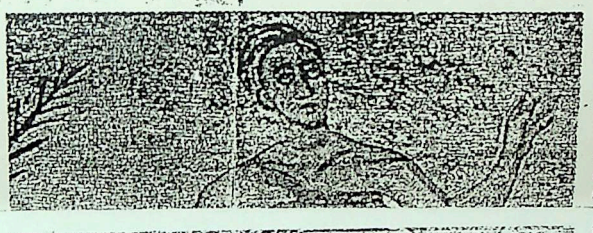
Questo si ottiene non più facendo solo ricorso a "commissioni di studio" - spesso rispondenti più a equilibri fra categorie, correnti, funzionari, sindacati ecc., che a un'oculata scelta di esperti (quasi mai mi è stato richiesto un curriculum per far parte di una commissione) -, ma a "consulenti" che si impegnino personalmente a fornire dati scientifici rigorosi e documentati su un determinato quesito posto dal politico, o che suggeriscano agli organi di governo, locale o centrale, idee e progetti su temi che ricavano dalla loro esperienza quotidiana.

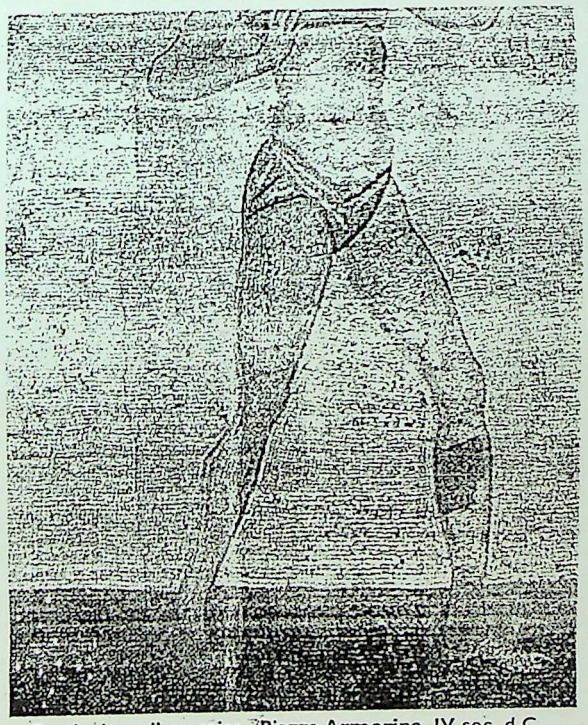
"Esperti", che accettino però di fare un lavoro serio, disposti a collaborare anche se chi governa è di idee e di "parte" opposta alla propria.

Questo succede costantemente nei Paesi dove la democrazia dell'alternanza è radicata, dove la politica è da tempo libera da diktat ideologici. Occorre aggiungere però che anche fra gli attuali parlamentari esistono grandi competenze.

A esempio in Parlamento esistono ginecologi di alto valore, con capacità e qualità manageriali, che per l'appartenenza all'opposizione forse non sono mai stati chiamati, per esempio, ad aiutare a far comprendere ai colleghi i pericoli, per le future madri, esistenti in alcune proposte di legge su cui oggi si discute.

Questo succede per l'opposizione, ma anche per gli stessi partiti di governo raramente si interpellano le competenze che si hanno all'interno. Si preferisce cercare amici "fedeli e obbedienti", più che qualificati critici che aiutino a pensare.





Particolare di mosaico - Piazza Armerina, IV sec. d.C.

Questa lunga premessa, non tanto per ribattere la necessità che la cosiddetta "società civile attiva" trovi più spazio per una presenza progettuale in politica, ma per suggerire di affrontare temi, dati in pasto all'opinione pubblica, con un minimo di competenza.

Parliamo a esempio dell'isterectomia.

La necessità di aggiornare quanto avevo tracciato sulla "storia dell'isterectomia vaginale", richiestami dall'editore, mi ha spinto a rivedere i numerosissimi studi, ricerche, analisi, non solo sulle tecniche, ma sulla ripercussione di questo intervento nella vita della donna.

Il tema, infatti, delle attuali possibilità e limiti di queste importanti operazioni chirurgiche non è certo stato sollevato da epidemiologi o da sociologi, ma è frutto della costante preoccupazione, di ogni comune e onesto medico, di trovare la via migliore per risolvere le sofferenze di ciascun paziente.

Da più di vent'anni, nella divisione ginecologica da me diretta, che è stata ed è all'avanguardia nella chirurgia ginecologica, ho ritenuto opportuno che una qualificata psicologa preparasse la paziente all'asportazione dell'utero, e ne verificasse a distanza le eventuali problematiche dovute o attribuite all'intervento.

Questo approccio, abbastanza eccezionale nel nostro Paese, è oggi però fortemente compensato altrove dalla modalità con cui l'operatore informa la paziente sull'operazione cui deve andare incontro, anche per la semplice necessità di ottenerne il consenso.

La stragrande maggioranza delle signore, operate da me o dai miei allievi, ritiene che l'intervento abbia cambiato in positivo la propria vita personale e relazionale, anche se, ovviamente, non sono mancate reazioni anche negative. Ma l'esperienza personale, anche basata su grandi numeri, non è sufficiente a sostenere l'utilità di un'azione terapeutica.

Alla luce della evidence-based medicine, occorrono, infatti, serie e documentate analisi dei risultati ottenuti su ampie casistiche.

Per questo riporto, a titolo di esempio, una recente ricerca estremamente seria pubblicata sulla rigorosa rivista americana "Obstetrics and Gynecology" (vol. 95, pag. 319-326, anno 2000).

Gli autori (Kjerulff e collaboratori) prendono in considerazione l'effetto dell'isterectomia su alcuni sintomi rilevati, prima e dopo mesi, fino a due anni dall'intervento effettuato su 1.299 donne.

Ovviamente gli effetti benefici sulla perdita ematica, e sulla conseguente anemia, sono evidenti, dato che questa spesso è la ragione principale dell'intervento stesso, ma appaiono anche netti miglioramenti, nella maggior parte delle pazienti, sul dolore pelvico, sul mal di schiena, sulle sensazioni di peso e gonfiore addominale, sull'incontinenza urinaria.

Effetti benefici anche su disturbi del sonno, limitazione nelle attività, depressione, ansia.

Non sono poche le pazienti che si dichiarano "rinate" dopo l'intervento.

Nel 92% delle donne, nello studio esaminato, la sintomatologia migliora rispetto a prima dell'intervento, a netto vantaggio della qualità di vita (che viene dichiarata migliore dal 60% all'80% delle pazienti controllate nei vari centri a distanza di due anni).

Isterectomie con psicologo

Occorre però evidenziare anche che vi sono alcune donne che invece denunciano un peggioramento, o una comparsa di sintomi patologici. A esempio, nell'11% dei casi esaminati (rispetto all'89% che rilevava un miglioramento), veniva segnalato un aumento dei disturbi del sonno (sempre dopo 24 mesi dalla data dell'operazione), che qualche donna attribuiva all'isterectomia.

Questi dati, che si uniscono a una vastissima letteratura scientifica, non debbono però ovviamente diminuire l'impegno di tutta la ginecologia a risolvere alterazioni patologiche attraverso trattamenti, medici o chirurgici, meno demolitori (a esempio ablazione endometriale, embolizzazione vascolare dei miomi, legatura delle arterie ipogastriche in alternativa al cesareo demolitore ecc.), peraltro spesso non ancora risolutivi.

È doveroso però, attraverso giornali come questo, che danno informazioni preziose a coloro che sono chiamati a interventi manageriali in Sanità, riuscire a far cessare una certa pressione ideologica atta a creare o alimentare una diffidenza verso una terapia che ha salvato e continua a salvare migliaia di donne, e a ridonare loro una migliore qualità di vita personale e relazionale.

È bene poi che i ricercatori non si confrontino solo nelle aule delle Università o in quelle dove si svolgono i congressi scientifici, o sulle riviste dedicate alle varie specialità, ma instaurino un continuo e costruttivo colloquio con i "non addetti ai lavori", e con chi svolge ruoli amministrativi e/o organizzativi nel Servizio sanitario.

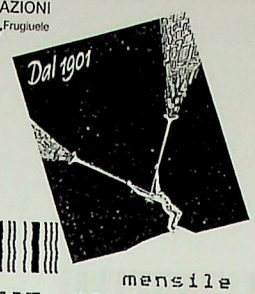
Deve essere, infatti, chiaro a tutti che l'obiettivo della medicina non è quello di diminuire il tasso d'incidenza di un determinato intervento (sia esso l'isterectomia, come il cesareo, o la mastectomia, per rimanere in campo ginecologico), ma di risolvere nel migliore dei modi, e con minori effetti collaterali possibili, il problema posto dalla singola patologia.

È il miglioramento della qualità di vita, presente e futura, della persona che a lui si rivolge, che costituisce, infatti, l'obiettivo fondamentale di ogni medico.

Ed è in questo che deve essere valutata la sua opera.

* *Docente di Storia della medicina Università Tor Vergata Roma*

L'ECO DELLA STAMPA®
AGENZIA DI RITAGLI E INFORMAZIONI
DA GIORNALI E RIVISTE Direttore L. Frugiuele
ECOSTAMPA
MEDIA MONITOR S.p.A.
VIA G. COMPAGNONI 28 - 20129 MILANO
TEL. +39 02.748113.1 r.a.
FAX +39 02.748113.444
Cas. Post. 12094 - 20120 Milano
www.ecostampa.it
L'ECO DELLA STAMPA
Reg. Stampa Trib. Milano n. 6660 del 30.9.1964



mensile
0408398 27T 1440F OS 4FERR17

AZIONE NON VIOLENTA
VIA SPAGNA 8
37123 VERONA VR
n. 4 APR-99

Caccia alle streghe: asportazione di utero e ovaie

La scuola di specializzazione, il Master Europeo e il Centro di Formazione in Diritti Umani dell'Università di Padova hanno organizzato recentemente un dibattito pubblico, con larghissima partecipazione soprattutto di donne, per denunciare la *reiterata violazione al mantenimento della propria integrità psicofisica* che si attua in Italia e soprattutto nel Veneto con l'abuso degli interventi chirurgici di asportazione dell'utero (isterectomie) e dell'apparato ovarico.

I dati di base di questa denuncia sono sconvolgenti e sono il frutto di una lunga ricerca di Mariarosa Dalla Costa, docente di Sociologia all'Università di Padova, pubblicata col titolo "Isterectomia" da Franco Angeli a fine 1998 con la collaborazione, tra le altre, della professoressa Daria Minucci ginecologa e docente all'Università di Padova.

Da questa ricerca risulta che *in Italia dal 1994 al 1997 le isterectomie sono passate da 38.000 a 68.000 l'anno (cioè quasi raddoppiate)* toccando quasi una donna su 5 entro i 64 anni; *nel Veneto* dal 1993 al 1996 le asportazioni chirurgiche dell'utero sono passate da 5.909 (poco meno di un sesto del totale in Italia) a 6.685, tanto che *una donna su quattro nella nostra regione corre il rischio di subire tale operazione: il doppio della già alta media nazionale*. Per fare un paragone, in Francia siamo a un caso ogni 25 donne.

Questo enorme e crescente ricorso all'isterectomia non si spiega con il diffondersi improvviso di patologie particolarmente invalidanti, bensì con un *approccio ginecologico di tipo meccanicistico, praticato da medici* (in larga maggioranza *maschi*) *che, ritenendo superflui utero e ovaie* con l'avvicinarsi della menopausa, propongono l'intervento più in base all'età che al tipo di disturbo, *con un'ottica di tipo "aziendale"* (si fa prima a togliere che a curare, cioè costa meno al sistema sanitario).

Le metroraggie disfunzionali (emorragie extra-mestruali) e i fibromi rappresentano rispettivamente il 35% e il 30% delle cause di isterectomia, ma in realtà solo in pochi e ben determinati casi dovrebbero esserlo: di regola infatti sono risolvibili con terapie e interventi non chirurgici. I piccoli fibromi, poi, se non provocano dolori, non necessitano di alcun trattamento.

Penso sia tempo di rendere pubblici i rischi e i danni di tali interventi demolitori del corpo femminile, in modo che li si accetti solo nei pochi casi in cui non vi siano valide alternative terapeutiche.

Michele Boato
(Venezia)

0201586 04T11576F 2S 83MAN109 mensile

DOSSIER SALUTE
C/O EDITREND SRL
VIA ARIBERTO 3
20123 MILANO MI
n. 44 GEN-99/FEB-99

biblioteca

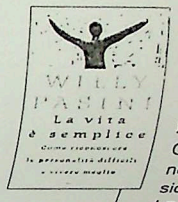
i consigli del mese

Dormire bene si può.
Per comprendere, prevenire e guarire i disturbi del sonno
di Sandrine Gerin
Pratiche Editrice, L. 25.000
Un buon sonno senza ricorrere all'uso di farmaci è possibile. Come? Mangiando gli alimenti giusti, rilassandosi con esercizi mirati, apportando modifiche preziose nella stanza in cui si dorme. Questi i temi di un libro, pieno di consigli pratici e di risposte utili, che parte da un concetto base: tutti abbiamo la possibilità di dormire bene.

La cucina della salute
di Laura Lorini Leal
Mediterranee, L. 28.000
Un libro di ricette tutte naturali: frittata di ceci, torta di zucca, pasta e fagioli, pizza di mais sono solo alcuni degli innumerevoli suggerimenti culinari all'insegna della salute. Ma troverete anche consigli sull'atteggiamento da tenere mentre si cucina. Per riscoprire la bontà e il benefico effetto dei cibi genuini.

Isterectomia.
Il problema sociale di un abuso contro le donne
a cura di Mariarosa Dalla Costa
FrancoAngeli, L. 23.000
L'isterectomia, cioè l'asportazione chirurgica dell'utero, è un intervento molto delicato per una donna, per le implicazioni che comporta sia dal punto di vista fisico, sia da quello psicologico. Questo libro, raccontando testimonianze e riferendo punti di vista scientifici e non, vuole denunciare l'abuso che viene fatto di questa operazione e invita le donne a non accettare passivamente la proposta di sottoporvisi e a verificarla con altri medici.

La febbre e la tosse nel bambino.
La gestione dei sintomi più frequenti nell'infanzia
di Maurizio Bonati, Piero Impicciatore, Chiara Pandolfini
Il Pensiero Scientifico Editore, L. 20.000
Se il vostro bambino ha la tosse fategli bere molta acqua, comprese le bevande calde, umidificate l'ambiente, non esponetelo a sostanze irritanti come il fumo e la polvere. E i farmaci? Solo dopo aver capito di che tosse si tratta e dopo aver consultato il medico. Un volumetto destinato ai genitori, spesso vittime di comportamenti irrazionali o addirittura dannosi.



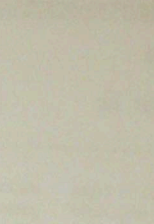
La vita è semplice.
Come riconoscere le personalità difficili e vivere meglio
di Willy Pasini
Mondadori, L. 29.000
Ci sono i narcisi, i paranoici, i cattivi. E poi gli ansiosi, i depressi, i traditori. I perdenti, gli inaffidabili. Nella vita siamo circondati da un insieme di personalità difficili, che arrivano spesso a limitare il nostro quieto vivere. Dal momento che "disfarsene" è spesso impossibile, ecco un libro che insegna non tanto a evitarli quanto a neutralizzarne gli effetti negativi su di noi.

in breve

Rinforzare il sistema immunitario
di Jennifer Meek
Red Edizioni, L. 39.000
Come potenziare al massimo le difese immunitarie dell'organismo attraverso i più efficaci rimedi naturali.

Il tao dell'immunità
di Marc Lappé
Armenia, L. 28.500
Uno studio sul nostro sistema immunitario che coniuga il pensiero orientale con la medicina occidentale.

Storie del mese azzurro
di Fulvio Scaparro
Rizzoli, L. 25.000
Un'indagine appassionata su alcune questioni del nostro tempo, dalla condizione degli anziani al senso del lavoro e del tempo libero.



Vincere l'ipertensione e le malattie del cuore con l'aiuto della medicina naturale
di Michael T. Murray
Red Edizioni, L. 24.000
Dedicato a chi soffre di ipertensione e di disturbi cardiaci più o meno gravi. Vi troverete informazioni su vitamine, minerali, alimentazione, erbe medicinali ed esercizio fisico che possono prevenire e curare questi disturbi.

Cuori infranti.
Le due realtà di un amore non corrisposto
di Roy F. Baumeister & Sara R. Wotman
Positive Press, L. 32.000
Che cosa succede quando una persona si innamora e un'altra no? Le dinamiche di una passione non corrisposta sono qui analizzate dal punto di vista dell'altro. Ossia non di chi ama a vuoto, ma di chi respinge. Il libro, basato su testimonianze, pone l'accento su chi non corrisponde, tracciandone un nuovo identikit: non rubacuori indifferente, ma spesso persona in buona fede incapace di agire e reagire.

INTERVISTA

ISTERECTOMIA, PER ABUSO DI TAGLIO

R. R.

L'aumento del ricorso all'asportazione dell'utero nei paesi occidentali. La denuncia di Maria Rosa Dalla Costa

Maria Rosa Dalla Costa tu sei docente di sociologia politica alla facoltà di Scienze politiche presso l'università di Padova. Sei una figura storica del femminismo, negli anni '70 hai aperto il dibattito sul lavoro domestico e la donna come riproduttrice della forza-lavoro. Perché, oggi, un libro sull'isterectomia?

E' la terza battaglia che dobbiamo affrontare come donne per sottrarci a un abuso che in vari paesi si è tradotto in una castrazione di massa delle donne. Le prime due sono state e continuano a essere quelle sulle condizioni del parto e dell'aborto.

Perché dici «abuso»?

In vari paesi dell'occidente avanzato c'è stata un'esplosione di isterectomie, cioè asportazioni chirurgiche dell'utero, spesso coniugate alle annessiectomie, cioè asportazioni dell'apparato ovarico. Non è verosimile una improvvisa esplosione di patologie tanto gravi da giustificarla.

Nel libro riporti cifre impressionanti.

Negli Usa vi è l'aspettativa di subire questo intervento per 1 donna su 3 entro i 60 anni, per il 40% delle donne entro i 64 anni. Con notevoli differenze tra regioni, razze e strati sociali che gli avvocati delle pazienti attribuiscono al training dei medici, all'interesse professionale e a ragioni economiche.

E in Italia?

La stessa Società italiana di ginecologia e ostetricia denunciava, in un comunicato del 17 novembre 1997, 40.000 isterectomie all'anno (equivalenti all'aspettativa di 1 donna su 8) e le giudicava «troppe» data la disponiblità di tecniche meno invasive e demolitorie. Ma dai dati del ministero della sanità ho appurato che la cifra indicata dalla Sigo nel '97 corrispondeva grosso modo al '94; da allora le isterectomie sono passate a 68.000 per il '97, l'aspettativa di 1 donna su 5. Nel Veneto, dai dati forniti dall'Unità di progetto informatico della Regione, tali interventi passano da 5.909 nel '93 a 6.685 nel '96 (cifra che si stabilizza nel 1997): l'aspettativa di 1 donna su 4. E' come se questo genere di interventi dovesse toccare sistematicamente le donne d'una certa età.

In genere la causa dell'asportazione sarebbe il prevenire un futuro cancro. Ritieni sopravvalutato tale pericolo?

Ritengo aberrante che si tolgano organi affetti da patologie benigne, risolvibili con interventi o terapie di minor impatto, nell'ipotesi che un domani siano colpiti da un eventuale cancro. Con l'intervento una donna incontra molti danni certi e molti altamente probabili. In base ai codici e a una seria deontologia medica, questa opzione non sarebbe nemmeno proponibile. Aggiungo che ho sempre creduto poco a questa motivazione: perché non ci si preoccupa dei danni intanto certi? Come perdita della prostaciclina, che inibisce la formazione di trombi e viene prodotta dall'utero anche dopo la menopausa? è ad essa che sembra imputabile l'aumento di malattie cardiovascolari, e l'ipertensione che varie donne accusano dopo l'intervento. Perché si passa sopra alla perdita dell'apporto ormonale dalle ovaie che, nella cosiddetta ovariectomia profilattica, vengono asportate anche se sane in occasione di un'isterectomia, di regola dai 45 anni in poi, in altre prassi anche prima? Le terapie sostitutive sono costituite da farmaci come tali non equivalenti alle proprie ovaie; più che un aiuto, la loro esistenza sembra un motivo in più per effettuare isterectomie e ovariectomie non giustificabili. Perché non ci si preoccupa dei danni molto frequenti, alle vie urinarie e alla motilità intestinale? Per non parlare delle ripercussioni a livello psichico e di relazione? e quelli provocati dalla perdita della completezza del proprio sistema corporeo? Del resto dove finiscono le tanto «oggettive» ragioni per asportare ovaie sane quando si effettua un'isterectomia per via vaginale anziché per via addominale, se nel primo caso spesso le si mantiene pur essendo egualmente possibile asportarle?

Insomma, tu consideri l'intervento pesante e spesso superfluo?

Certo. E' una violenza mandare in menopausa una donna in anticipo e istantaneamente attraverso un atto chirurgico, quando fisiologicamente il passaggio avviene nel corso di anni. Le conseguenze ne vengono aggravate e «scombinate». E poi come si giudica comunque «vicina» alla menopausa una donna quando vi sono variazioni enormi tra una donna e l'altra? Ho conosciuto donne andate in menopausa a 57 anni mentre alcuni medici indicano l'età media a 52 anni, altri a 49. E in genere concordano che tale media non si stia spostando in avanti, mentre a molte donne, confrontandosi con parenti più anziane, risulta il contrario. Con che diritto il ginecologo sottrae alla donna anni di giovinezza ed equilibrio del suo corpo? Perché non la informa del pregiudizio che avrà alla vita sessuale lasciandogliene l'amara sorpresa dopo l'operazione? Perché, al contrario, spesso la fuorvia sottolineando i vantaggi di una sessualità libera da gravidanze indesiderate? Perché allude a una piccola incisione lungo la linea del pube quando invece moltissime donne si ritrovano l'amara sopresa di un'incisione dall'ombelico al pube e malamente suturata?

Pensi che si tratta di scarso aggiornamento dei medici sulle tecniche recenti che permettono interventi meno demolitori?

Solo in parte. Anche nella ginecologia si confrontano due approcci. Uno, più olistico, rispettoso del diritto della donna all'integrità del corpo, adottato da medici che propongono questa operazione solo per patologie non diversamente risolvibili. L'altro, meccanicista-riduzionista, definibile anche come «approccio dell'età», portato avanti da medici che, ignorando o trascurando la complessità di funzioni che utero e ovaie hanno anche dopo l'età fertile, o adducendo il rischio di un cancro totalmente eventuale, la indirizzano all'operazione più in base all'età che alla gravità della patologia. Senza informarla adeguatamente delle conseguenze e delle alternative possibili.

Come se l'integrità del corpo femminile fosse da non preservare quando si presume che la donna non sarà più madre?

Spesso addirittura la si colpevolizza se resiste all'intervento accusandola di non accettare l'isterectomia perché non accetterebbe la menopausa. Ma l'isterectomia (quanto volte infondata?) colpisce donne di tutte le età.

Hai accennato che anche in linea di diritto la pratica corrente sarebbe spesso un illecito?

E' certo che l'abuso dell'asportazione dell'utero e spesso delle ovaie poggia su un rapporto molto viziato medico-paziente, che rimanda a precise responsabilità del medico. Deontologia vuole che il medico proponga sempre l'intervento che produce il maggior beneficio con il minor danno, il meno invasivo e demolitorio. Ma di più, penso che un'isterectomia e un'anessiectomia non necessaria costituiscano reato di lesioni personali gravissime in base all'art. 582 del codice penale, con le aggravanti previste all'art. 583 (comma 2°, n. 3) che contempla «la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare». Qui si asportano organi che, ribadisco, hanno una pluralità di funzioni anche dopo la menopausa.

Come hai lavorato?

Molto sola per circa due anni. E con fatica, e nessun mezzo, ma forse non è un caso che la buone cause partano così. Ero determinata a svelare questa violenza e a fare qualcosa per fermarla. Ne avevo verificati gli aspetti sottaciuti parlando con le donne, oltre a quelli che avevo scoperto in prima persona resistendo a una proposta di isterectomia ingiustificata. Ma quando chiedevo una conferma scientifica, i medici avevano molta fretta ed erano molto parchi di parole. Comunque quando ho capito che avevo in mano abbastanza elementi e ho costruito il convegno di Padova del 23 aprile scorso all'università, ho trovato pieno riscontro alle mie tesi nelle relazioni di docenti di medicina legale e di bioetica, di medici, di magistrati, di donne pazienti e operatrici della sanità. Poi ho organizzato quello di Venezia del 22 gennaio 1999.

Che cosa ne avete concluso?

Il messaggio alle donne è: non accettare passivamente la proposta di questa operazione, sottoporla a verifica, informarsi bene sulle alternative possibili, perché i casi nei quali è necessaria risultano davvero pochi. E poi non farsi mai asportare ovaie sane. E riappropriarsi, come il movimento femminista ben sapeva, di quel sapere ginecologico e medico di base che permetta a ciascuna di vagliare le proposte della medicina che, ricordiamo, non è una.

Dea della fertilità, Neolitico, Munhata, Valle del Giordano, 6.000 a.C.

IL LIBRO

Dagli Usa all'Italia, testimonianze e dati in quattro saggi

ANNA MELDOLESI

La rimozione chirurgica dell'utero è un intervento pesante, carico di complicanze, che lascia un segno indelebile nella vita e nel corpo delle donne che la subiscono. Eppure il numero delle donne sottoposte a isterectomia non trova corrispondenza nella diffusione delle patologie che la richiederebbero e varia in modo quanto meno sospetto nei diversi stati e nei vari ceti sociali. Negli Stati uniti va incontro a questo destino 1 donna su 3, in Italia 1 su 8 ma con punte molto più alte in regioni come il Veneto. Perplessità sull'eccessivo ricorso a questa tecnica sono state espresse più volte nell'ultimo decennio da riviste specializzate e associazioni ginecologiche eppure la battaglia è ancora tutta da combattere. Un contributo importante in questo senso arriva ora con il libro curato da Maria Rosa Dalla Costa: «Isterectomia, il problema sociale di un abuso contro le donne» (Franco Angeli, pp. 176, £. 23.000). Quattro saggi, seguiti da una serie di testimonianze di operatrici del settore e donne che hanno subito l'isterectomia, frutto di un convegno organizzato a Padova nell'aprile dello scorso anno. A indagare le ragioni dell'abuso è la stessa Dalla Costa, che arriva a rintracciarne le radici profonde nella gestione del corpo e della sessualità femminili da parte di una classe medica che è storicamente maschile. Il tema dell'evoluzione del rapporto medico-paziente, con incrinature che si fanno sempre più evidenti man mano che la medicina raggiunge l'apice del successo, e quello delle norme giuridiche che lo regolano è trattato dal magistrato Giuseppe Perillo. Un terreno in cui scende anche Paolo Benciolini, docente di medicina legale, particolarmente attento alla questione del consenso informato e alla rilevanza penale di interventi di isterectomia non giustificati dalle condizioni di salute della donna. Un'eventualità tutt'altro che remota, come si apprende dal saggio della ginecologa Daria Minucci: nella maggior parte dei casi l'isterectomia totale è praticata anche in caso di alterazioni benigne dell'utero che potrebbero essere rimosse in modo meno demolitorio. Del tutto ingiustificata poi la pratica di accompagnare la rimozione dell'utero con l'ovariectomia profilattica quando una donna si avvicina alla menopausa. Quante ovaie sane si asportano – si chiede Minucci – per prevenire pochi tumori? E quanto l'uso disinvolto di un intervento così radicale come l'isterectomia ha contribuito a distogliere la ricerca scientifica dal cercare altre strade?

CURARSI ★ PIACERSI ★ CONOSCERSI

SETTEMBRE 1999

PIÙ BELLA CC

3500

LIRE

Starbene

SEXYQUIZ

MISURA CON NOI IL TUO QUOZIENTE DI SESSO

Vivrai 100 anni?

Scoprilo con il gioco della pera

11 mosse giuste

Per sfruttare al meglio le tue curve

Indologia

Leggi negli orecchini messaggi del tuo corpo

Astro benessere

Di che segno sei a tavola

Menopausa

Scegli la cura più adatta a te

Pelle giovane

Combatti le rughe d'estate

SOS Pillole

Quali scegliere per ogni esigenza

Cure no!

Così potrai fare a meno di...

LA DIETA DELLE STAR

MANGIA E DIMAGRISCI

SCO E LEGGERO COME LORO!

Ecco i loro **segreti** per una forma perfetta

Paola Saluzzi | Antonella Clerici | Paola Perego | Maria Teresa Ruta | Cristina Parodi

A MONDADORI ANNO XII - N.9 SPED. IN A.P. - 45% - ART.2 COMMA 20 LEGGE 662/96 - VERONA

9 771120 527005 99909

Soffri di Pms? Ecco alcuni segni per capirlo: cominci a star male anche 10-7 giorni prima del flusso; hai mal di reni, cefalea, tensione al seno, gonfiori, umor nero; con la pillola stai meglio.

tori come serotonina e adrenalina. In alcuni casi c'è poi una carenza di progesterone: risultato? La sindrome premestruale (chiamata anche sindrome da fase luteale tardiva o Pms), caratterizzata da ritenzione di liquidi, tensione al seno e alla pancia, dolore ai reni, cefalea, irritabilità e mancanza di autocontrollo.

In questo caso soffrire è inutile: chi ha la Pms, che in genere compare o peggiora dopo i 35 anni, deve curarsi, specie se appartiene a quel quattro per cento di donne che hanno più problemi. Recenti studi suggeriscono di prendere piccole dosi di calcio o di vitamina B6. Personalmente, prescrivo il magnesio, un oligoelemento amico della femminilità, e olio di borragine, un precursore ormonale; e a chi ha gravi problemi di umore mini-dosi di paroxetina (è un antidepressivo), variabili in base alle fasi del ciclo.

È possibile che lo stress provochi sbalzi del ciclo o addirittura lo blocchi?

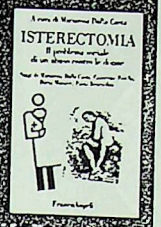
Certo che è possibile. I forti stress, così come le emozioni intense (un esame, un lutto, un abbandono) o una dieta drastica, possono mandare in tilt l'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio, che regola il ciclo mensile. Risultato: sospensione dell'ovulazione e amenorrea (mancanza di mestruazioni) più o meno prolungata. In questi casi subito dal ginecologo e occhio alle ossa: si rischia l'osteoporosi precoce.

Anche lo stress meno intenso ma continuo influisce sul ciclo: uno studio pubblicato sulla rivista scientifica *American journal of epidemiology* ha riscontrato un "accorciamento" dei cicli (24 o meno giorni) nelle donne sotto pressione per il lavoro. Nessuna conseguenza, ma tenere i conti sul ciclo può diventare difficile.

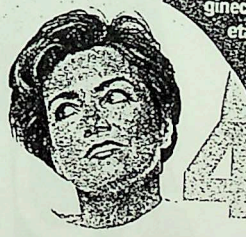
Questo mese ho avuto delle strane perdite tra un ciclo e l'altro. Perché?

Questo fenomeno, che i medici chiamano spotting, può capitare quando si comincia a prendere la pillola (specie se a basso dosaggio). In genere scompare da solo dopo qualche mese. Ad alcune donne succede sempre a metà mese: è un segno dell'ovulazione. Se invece hai più di 40 anni meglio fare una visita e il pap-test: può essere il segno di una lesione della cervice o dell'endometrio. Infine, non dimenticare: a volte un bebè si preannuncia con piccole perdite al posto delle mestruazioni. Se hai dei dubbi fai un test di gravidanza!

Togliere tutto? Attenta al bisturi facile



● Veleggi intorno ai quarant'anni (poco più, poco meno), hai problemi di flusso abbondante, sei anemica, hai dei fibromi, mestruazioni dolorose e spossanti? Attenta! Se il tuo ginecologo ha il bisturi facile potresti entrare a far parte di quelle 40 mila donne che ogni anno in Italia subiscono l'asportazione dell'utero (isterectomia): una donna su otto, che in alcune regioni, come il Veneto, diventa addirittura una su quattro. Troppe, anche a detta della Sigo (Società italiana di ginecologia e ostetricia), che considera un dovere dei medici l'aggiornamento sulle nuove tecniche conservative (farmaci, chirurgia mininvasiva, endoscopia) che oggi permettono di curare l'utero senza toglierlo. È quanto ci spiega Maria Rosa Dalla Costa nel suo saggio *Isterectomia* (Franco Angeli Editore, 169 pagine, 23 mila lire), un libro che dimostra come questo intervento nella maggior parte dei casi sia un inutile abuso nei confronti della femminilità. Intendiamoci: ci sono casi in cui l'intervento è tutt'altro che inutile. L'importante è che ciascuna di noi sia bene informata sui pro e i contro che esso comporta. Dunque, se il tuo ginecologo ti dice che "a una certa età è bene togliere tutto" informati meglio. E chiedi un secondo parere.



CHE COSA È NORMALE A 45 ANNI

Qualche flusso in anticipo o in ritardo, cicli senza ovulazione: gli estrogeni cominciano a calare

○ **LA DURATA** A questa età il ciclo può cominciare a fare le bizze: la quantità di estrogeni sta diminuendo e l'attività dell'ovaio non è più così regolare. Ecco dunque cicli di 20 giorni, seguiti da cicli di 50 o 60 senza ovulazione. Tutto ciò continuerà sino ai 51 anni, l'età della menopausa per le italiane.

○ **I FLUSSI** In genere si fanno più consistenti, spesso per una carenza di progesterone: dopo i 40 anni, poi, circa il 40 per cento delle donne ha infatti un fibroma o l'utero fibromatoso. I fibromi sono formazioni benigne e non pericolose, che possono però dare parecchi fastidi e accentuare il sanguinamento.

○ **LE MESTRUAZIONI ABBONDANTI** In caso di flussi tipo cascate del Niagara tieni presente che:
- se il problema è dovuto a un fibroma o a un polipo, queste formazioni possono essere asportate in ambulatorio;
- l'utero fibromatoso (cioè con un tessuto che tende a formare fibromi) si può curare con l'assunzione di ormoni;
- la carenza di progesterone si cura con la pillola anticoncezionale o con l'inserimento di una spirale al progesterone;
- se il problema è dovuto a un endometrio "esuberante", ci sono parecchie tecniche chirurgiche conservative che permettono di evitare grandi tagli: le alternative al vecchio "raschiamento" non mancano;
- con la menopausa di solito i problemi scompaiono.

○ **I SEGNALI D'ALLARME** Sono gli spotting e le perdite di sangue al di fuori del ciclo. In questi casi meglio fare subito visita, pap-test, e un'ecografia. Anche la scomparsa improvvisa del flusso va segnalata al medico: certo, può essere la menopausa... ma le gravidanze a sorpresa capitano ancora.

meglio sapere

SALUTE | ISTERECTOMIA

L'abuso nascosto

Convegno a Roma sulle alternative mediche

MARINA IMPALLOMENI
ROMA

Una vera e propria pioggia di interventi: 68.000 soltanto nel '97, a fronte dei 38.000 compiuti nel '94. Tante sono, nel nostro paese, le isterectomie, ossia gli interventi di asportazione dell'utero. In pratica, in Italia, la probabilità di subire questo tipo di operazione riguarda una donna su cinque. E soprattutto, l'incremento rilevato negli ultimi anni non si giustifica in alcun modo, tenuto conto anche dei miglioramenti delle tecniche diagnostiche. Inoltre le cifre variano nell'ambito degli stessi paesi occidentali («solo» una donna su diciotto in Francia, una su tre negli Stati Uniti), dimostrando l'assenza di criteri medici certi. Eppure si tratta di una scelta pesante per l'impatto che determina sul corpo e sulla psiche delle donne.

La denuncia arriva da operatrici e operatori che venerdì scorso, presso la facoltà di sociologia dell'università di Roma «La sapienza», hanno dato vita all'incontro «Abuso dell'isterectomia: violenza alla donna e danno alla salute. Conoscere le alternative possibili e realtà diverse». Perché le alternative, come è emerso dai vari interventi, esistono. Ma poche donne lo sanno e pochi medici le prendono in considerazione. Troppo spesso infatti, come ha detto la sociologa Mariarosa Dalla Costa, che a questo argomento ha dedicato un libro («Isterectomia. Il problema sociale di un abuso contro le donne», edito da FrancoAngeli), questa operazione «viene presentata dai medici come logica e ineluttabile». Come ha spiegato il ginecologo Riccardo Samaritani, interventi quali la «miomectomia» o la «miolisi» possono sostituire in molti casi l'asportazione dell'utero o, ancor peggio, di utero e ovaie. Queste opzioni altamente demolitrici andrebbero riservate esclusivamente alle patologie più gravi, e comunque la donna che subisce una mutilazione del proprio corpo andrebbe aiutata ad affrontarne le conseguenze. Conseguenze che vanno, come ha illustrato Dalla Costa, da un passaggio violento e istantaneo alla menopausa «chirurgica», visto che spesso all'isterectomia si accompagna l'asportazione delle ovaie, a disturbi del sistema urinario e della motilità intestinale, alla maggiore incidenza di malattie cardiovascolari dovute, alla carenza di prostaciclina, al pregiudizio dell'attività sessuale, per citare solo alcuni dei disturbi. Ma non è tutto. Le donne che hanno subito un'isterectomia sviluppano spesso problematiche psicologiche dovute, come ha spiegato la psicologa Giuliana Mareglia, all'asportazione di un organo al quale vengono attribuite diverse funzioni simboliche, a partire dalla garanzia della propria identità femminile.

Al di là dei singoli problemi – e sono tanti – causati dal ricorso ingiustificato a questo tipo di intervento, emergono due diversi approcci alla salute delle donne. Sono molti i medici che attribuiscono all'utero una funzione esclusivamente riproduttiva. Dalle donne viene invece una concezione del corpo diversa, olistica: «La salute – recita il paragrafo 89 del Rapporto della Conferenza di Pechino – è uno stato di benessere fisico, mentale e sociale completo, e non soltanto l'assenza di malattie o infermità».

L'isterectomia come questione sociale: saggi raccolti da Mariarosa Dalla Costa

A una certa età l'utero si butta via

«Signora, si tratta di un fibroma, ma alla sua età è meglio asportare completamente l'utero e le ovaie per evitare il rischio di cancro in futuro».

La diagnosi suona troppo familiare e la proposta ragionevole, la lettura consigliata è *Isterectomia. Il problema sociale di un abuso contro le donne* (Franco Angeli 1999, 169 pagine, 23.000 lire), una raccolta di saggi e testimonianze nei quali si cerca di capire perché l'asportazione dell'utero è una delle operazioni chirurgiche più diffuse nel mondo occidentale.

I dati raccolti da Mariarosa Dalla Costa, sociologa dell'Università di Padova che da anni si occupa della salute e del lavoro delle donne, dicono che in Italia a una donna su sei vengono asportati utero e ovaie entro i 60 anni di età, mentre negli Stati Uniti, dove l'isterectomia è l'operazione più diffusa dopo il parto cesareo, vengono asportati a una donna su tre.

Pure l'incidenza di cancro all'utero e alle ovaie non è così alta. Solo il 10-15 per cento delle isterectomie viene effettuato a causa di tumori maligni, mentre negli altri casi si tratta per lo più di fibromi o disturbi legati alla menopausa. La statistica dunque non rende conto delle 40.000 isterectomie effettuate ogni anno in Italia, poiché esistono terapie alternative più miti, come le cure ormonali; la stessa operazione chirurgica può essere meno invasiva se si asporta solo il fibroma. Sembra che nel senso comune, che vede la cosiddetta «totale» come un'operazione risolutiva per molte malattie, sia compresa anche la convinzione che, una volta esaurita la funzione riproduttiva, utero e ovaie diventino inutili. Invece la cavità lasciata nel corpo crea uno spostamento traumatico della vescica e dell'intestino e priva di innervazione i tessuti circostanti. Vengono a mancare sostanze normalmente prodotte dall'utero, anche dopo l'entrata in menopausa, come le betaendorfine, analgesici naturali, e la prostaciclina, con la sua azione antitrombotica. L'assenza delle ovaie, spesso asportate sane in previsione di un probabile cancro futuro, priva l'organismo degli estrogeni; il risultato è una serie di conseguenze, queste sì senza rimedio, che sono state classificate con il nome di *post hysterectomy syndrome*: perdita di energia, depressione, affaticamento, ipertensione.

Anche l'assenza del collo dell'utero comporta la riduzione della secrezione del muco cervicale e della capacità di provare piacere. Peraltro un recente articolo comparso sul *New England Journal of Medicine* dimostra come qualsiasi intervento per cancro cervicale comporti una compromissione dell'attività sessuale conseguente a modificazioni vaginali post operatorie.

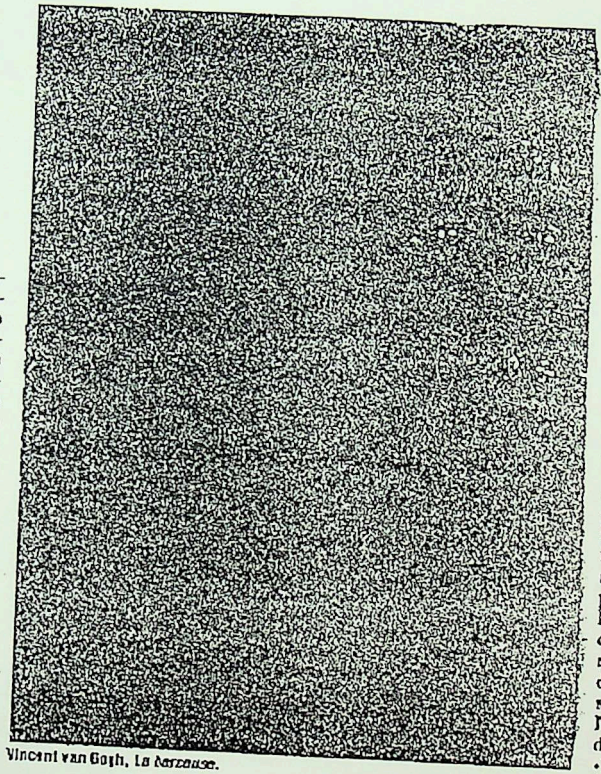
Le donne che hanno subito l'isterectomia lamentano una sensazione di vuoto e difficoltà a vivere la loro sessualità come prima dell'operazione. «Basterebbero poche nozioni di psicologia, note ma mai utilizzate nella pratica» afferma l'autrice «per sapere che ogni donna costruisce l'immagine del proprio corpo e di sé attorno a una cavità centrale simbolica, che a seconda delle fasi della vita è sentita come piena, vuota o in grado di creare». L'immagine di donna che emerge invece dalla pratica medica è quella di una signora che va in menopausa verso i 52 anni e che deve rassegnarsi a vedere questa tappa della sua vita come l'età della rinuncia. «Le parole dei medici suggeriscono l'idea che l'intero apparato con gli anni si ammali e debba essere eliminato, e che quindi a una certa età è meglio ripulirsi e togliere tutto» dice Dalla Costa.

La leggerezza con cui spesso l'isterectomia viene effettuata ha qualcosa in comune con le teorie ottocentesche di Robert Bailey, il medico statunitense che con l'ovariectomia trovò la soluzione all'alimentazione eccessiva, alla masturbazione, al suicidio, alla dismenorrea e, persino, alla «furfanteria femminile».

Alcuni dei saggi raccolti nel libro ravvisano nel comportamento dei medici che propongono l'isterectomia in assenza di cancro, emorragia irrefrenabile post parto o infezione pelvica grave, gli estremi per l'accusa di lesioni gravi alla persona. Una delle donne che hanno portato la testimonianza del loro caso personale definisce il modo con cui le è stata proposta e poi praticata l'isterectomia una «lesione dei diritti intimi».

«In questi casi si potrebbe parlare di consenso male informato» suggerisce la sociologa di Padova «perché non vengono indicate le possibili alternative all'operazione e non vengono elencate le pesanti conseguenze che la donna dovrà sicuramente affrontare».

La denuncia più immediata degli scritti raccolti nel libro è la leggerezza con cui molti medici si occupano del corpo della donna; il contenuto più rivoluzionario è l'immagine di un futuro prossimo in cui «fare la totale» per eliminare uno o più fibromi sembrerà contrario al senso comune che oggi sostiene questa pratica.



Vincent van Gogh, *La berceuse*.

IL MATTINO DI PADOVA
VIA PELLIZZO 3
35128 PADOVA PD
n. 60 3-MAR-99

SCAFFALE VENETO

L'economia secondo Polanyi la chirurgia sulle donne e il sarcasmo di George Eliot

di Nicolò Menniti-Ippolito

Tra economia e antropologia. Tra i grandi del pensiero economico, Karl Polanyi ha la particolarità di aver affiancato allo studio dell'economia capitalista quello dell'antropologia, per cercare di arrivare a capire la sostanza e la unicità di quel sistema e di quella cultura che chiamiamo capitalista.

All'opera di Polanyi e soprattutto alla sua opera più importante *La grande trasformazione*, pubblicata nel 1944, è dedicato il nuovo libro di Michele Cangiani, docente di sociologia economica a Venezia. Il libro, *Economia e democrazia* (Il poligrafo, pagg. 253, £. 32.000) ripercorre il pensiero di Polanyi a partire dalla sua messa in discussione dello stesso termine di "economia", che lungi dall'essere atemporale e neutro appare nella visione dello studioso ungherese morto nel 1964 un prodotto tipico della società capitalista dell'ottocento, la prima a considerare l'economia come fattore centrale della vita sociale e politica.

Un abuso contro le donne. Mariarosa Dalla Costa, docente di Sociologia politica all'Università di Padova, sta da tempo conducendo una attiva battaglia contro l'eccessiva diffusione della pratica della asportazione chirurgica dell'utero. In *Isterectomia* (Franco Angeli, pagg.169, £. 23.000) conduce, con il contributo di altri studiosi, soprattutto medici, un duro attacco contro la diffusione di questa pratica chirurgica, che negli Stati Uniti ha assunto forme esasperate. Entro i sessantaquattro anni al 40 per cento delle donne americane viene asportato l'utero ed anche in Italia la pratica si sta diffondendo con percentuali che toccano il 12 per cento, ma in alcune regioni già sfiorano il 25 per cento.

Non si tratta - spiega Mariarosa Dalla Costa - di contestare l'isterectomia nella generalità dei casi, ma la tendenza a praticare l'isterectomia anche quando essa non è strettamente necessaria e, sempre chirurgicamente, si potrebbero avere interventi meno traumatici.

L'isterectomia infatti è spesso praticata dai medici - spiega il libro - sulla base di una visione semplicistica del corpo femminile che trascura gli effetti devastanti a livello psichico e fisico dell'intervento. Un altro elemento fondamentale che il libro richiama è la necessità del consenso all'intervento da parte della paziente, che viene concesso spesso in mancanza di una adeguata informazione che consenta scelte consapevoli.

Ascesa e caduta di un pasticciere. Esce per la prima volta in traduzione italiana *Jacob e suo fratello* (Marsilio, pagg. 193, £. 22.000) di George Eliot, un piccolo gioiello di sarcasmo ottocentesco. Sotto lo pseudonimo di George Eliot, come è noto, si nascon-

mini di cui sopra la sua firma non è valida. Ma soprattutto sottolineo: le proposte del medico devono essere tutte plausibili.
E' quindi sempre invalida la ratifica da parte della paziente di un intervento non plausibile perché più demolitorio del necessario.
E, a quanto emerge dai dati, di questo tipo di interventi ce ne sono molti. E' bene quindi cominciare a chiamarli reato di lesioni personali gravissime".

Da un intervento medico alla lesione di diritti inviolabili:
"La questione cruciale qui in gioco è che il medico che orienta così disinvoltamente all'isterectomia viola quello che è un diritto umano fondamentale e indiscutibile cioè il diritto a salvaguardare l'integrità del proprio corpo cui dovrebbe corrispondere un criterio di etica medica di salvaguardia anzitutto del corpo stesso nella sua integrità per i poteri riproduttivi che racchiude... provo una sofferenza estrema nello scoprire quotidianamente nuove stanze del museo degli orrori rappresentati dall'enorme danno al corpo, alla psiche, alla vita e alle relazioni delle donne causati da questa insana mania di mutilarle ".

Per informazioni sul libro:
Franco Angeli, Viale Monza 106,
20127 Milano - e.mail: fangeli@tin.it
sito web: www.francoangeli.it

Intervista al dottor Riccardo Samaritani

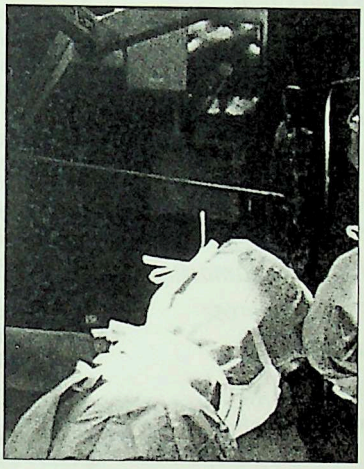
NELLA NUOVA edizione del libro della professoressa Dalla Costa è presente il saggio "*Alternative mediche e chirurgiche all'isterectomia*" del dottor **Riccardo Samaritani**, ginecologo all'Ospedale San Carlo di Nancy di Roma "*Se è indubbio* - dice il dr Samaritani - *che l'intervento di isterectomia eseguito in condizioni di reale necessità ha salvato molte vite è allo stesso tempo molto facile osservare donne che hanno subito l'isterectomia senza una precisa e reale indicazione e presentino oggi problemi di non facile soluzione*".

Dottore, il 35% delle isterectomie sono causate da metrorragie disfunzionali che, leggo dal suo intervento, "sono emorragie che non vedono la loro origine in cause organiche"... E allora che cosa giustifica un intervento chirurgico?

La metrorragia è un sintomo. In particolare può essere la manifestazione di una disfunzione ormonale oppure di una patologia organica benigna o maligna. Se la metrorragia é realmente disfunzionale, l'intervento di isterectomia non è l'indicazione corretta e quindi non é giustificato. Le metrorragie disfunzionali, infatti, rispondono molto bene ai trattamenti ormonali. Se invece la metrorragia è l'espressione di una patologia benigna come il fibroma o il polipo dell'endometrio, per esempio, allora il trattamento potrà essere chirurgico e nella maggior parte dei casi conservativo. L'isterectomia è il trattamento obbligato nei casi di carcinoma invasivo della cervice uterina, adenocarcinoma dell'endometrio e sarcoma uterino ed è eseguita, coincidenzialmente, durante gli interventi per carcinoma ovarico e delle tube. Non ci sono reali alternative nei casi suddetti. Personalmente, ritengo il più delle volte, in presenza di patologie organiche benigne, l'isterectomia può essere evitata.

I fibromi sono la seconda causa di isterectomia. Lei elenca le scelte terapeutiche in questo ordine, osservazione, trattamento farmacologico, miomectomia e, infine, isterectomia. Pare però che molti passino dall'osservazione direttamente all'isterectomia, le sembra giustificato?

Non é corretto sottoporre ad isterectomia una paziente che presenta fibromatosi uterina unicamente perché ci si trova di fronte a questa patologia. La fibromatosi uterina deve essere considerata attentamente in tutte le sue sfumature prima di decidere il trattamento che ci sembra più opportuno. Esistono situazioni che possono essere semplicemente osservate e seguite nel tempo, altre in cui è opportuno l'impiego di terapie ormonali ed altre ancora che possono essere risolte, come ho già detto, con interventi conservativi. Gli esami ematochimici sono importanti e quelli strumentali come, ad esempio, l'ecografia e l'isteroscopia sono fondamentali. La decisione terapeutica, inoltre, deve essere presa sempre dopo aver considerato la paziente anche dal punto di vista psicologico. Non esistono, a mio parere, casi di fibromatosi uterina in cui, dalla semplice osservazione, sia necessario passare direttamente all'isterectomia. Io consiglio di rivolgersi alle strutture specializzate che hanno acquisito una maggiore esperienza in proposito. Non avere fretta di intervenire. Sottoporre il proprio caso all'attenzione di più specialisti e, se possibile cercare di approfondire culturalmente il problema per poter decidere "insieme" al ginecologo il miglior orientamento terapeutico. *(G.B.)*



Informazioni:
Ospedale S. Carlo di Nancy - IDI Sanità, Via Aurelia 275,
00165 Roma, tel.06 39701

Convegno sull'isterectomia

ALT DELLE DONNE AL BISTURI FACILE

di Cabricia Filippeschi

Base del dibattito il volume-denuncia di Mariarosa Dalla Costa, docente di sociologia politica all'Università di Padova e figura storica del femminismo italiano.

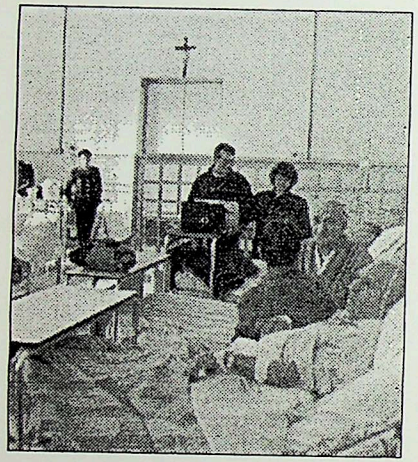
UN CONVEGNO e un libro per parlare di *"Isterectomia"*. Il 7 maggio, presso il centro Congressi dell'Università di Roma, si è tenuto un incontro dibattito su *"L'abuso dell'isterectomia: violenza alla donna e danno alla salute. Le alternative possibili"*, organizzato dalla FACOLTÀ DI SOCIOLOGIA.
Per l'occasione è stato presentato il volume di **Mariarosa Dalla Costa** *"Isterectomia. Il problema sociale di un abuso contro le donne"*, edito da FRANCO ANGELI.
Il libro affronta in modo davvero completo l'argomento riportando dati, testimonianze, precedenti storici, relazioni di esperti, medici e psicologi.
La Dalla Costa è docente di Sociologia politica all'UNIVERSITÀ DI PADOVA, è figura storica del femminismo nazionale e si è più volte interessata ai problemi della donna, dal lavoro alla salute.
Ora sta svolgendo un'opera di sensibilizzazione su questo delicato tema.

Nel libro, il problema dell'isterectomia, è analizzato in tutti i suoi aspetti. Vi si denuncia come l'asportazione chirurgica dell'utero (spesso coniugata a quella delle ovaie) sia oggi una delle operazioni più comunemente eseguite. Le cifre sono allarmanti, tali cioè da non poter essere giustificate dalla sola patologia. Il MINISTERO DELLA SANITÀ parla di 68.000 isterectomie per l'anno '97, il che equivale a dire che il rapporto è di 1 donna a 5. In alcune regioni, come il Veneto, addirittura è di 1 a 4. Il problema riguarda vari Paesi dell'area avanzata, gli Stati Uniti sono il Paese leader con 1 donna su 3, entro i 60 anni.
Ma mentre in America si sta registrando una tendenza alla diminuzione, in Italia c'è invece una crescita, che contrasta con l'avanzamento delle metodologie diagnostiche e terapeutiche.
Secondo la professoressa circa l'80% degli interventi è assolutamente ingiustificato. Nel volume è ben illustrata questa realtà, così come sono indicate le soluzioni alternative in modo che la donna possa recuperare il sapere medico e ginecologico di base .
Si sottolinea come i medici (la professione è prevalentemente in mano ad uomini) troppo spesso "carpiscano il consenso" con l'inganno, propongano solo l'intervento senza permettere una scelta, fornendo informazioni inesatte e sottovalutando l'esistenza di un organo come l'utero per l'equilibrio psico-fisico della paziente.
Tra le motivazioni addotte quella di evitare un possibile rischio di cancro che possa colpire l'apparato genitale. E così spesso si asportano organi sani, affetti da patologie benigne, provocando gravi disfunzioni che colpiscono sia la sfera psichica che fisica. Non dimentichiamo che con un intervento del genere la donna, anziché essere preparata alla menopausa dal suo corpo, vi entra in modo istantaneo.

Il libro parla di vero e proprio quadro doloso quando il ginecologo non comunica alla paziente terapie percorribili, meno invasive e demolitrici, o le svaluta con espressioni del tipo " tanto a che ti serve, hai già due figli", o "tanto sei vicina alla menopausa", senza però spiegare che l'utero, anche in assenza di mestruazioni, secerne sostanze utilissime per l'organismo. La donna senza utero è più soggetta infatti

a malattie cardiovascolari, può presentare senso di affaticamento, insonnia, dolore alle giunture, ne può risentire l'attività sessuale. Oggi esistono interventi alternativi funzionali (anche se non si dice) quali l'ablazione dell'endometrio, la miomectomia e la miolisi. La miomectomia consente ad esempio di asportare i fibromi conservando l'utero.

Dalla Costa ricorda nel suo libro anche i precedenti storici subiti dalle donne, legati ad una sapere maschilista.
Nell'Ottocento, negli Stati Uniti, l'ovariectomia era praticata su donne con disturbi quali "il desiderio sessuale", "la furfanteria" o "l'alimentazione eccessiva", per non parlare degli episodi di cloritectomia ancora tristemente praticati in certi Paesi del Mondo.
Cultura, pregiudizio: quali le cause scatenanti? In America gli avvocati di pazienti danneggiate parlano di convenienza prettamente economica.
«Probabilmente si riproducono in Italia gli stessi motivi - conclude **Mariarosa Dalla Costa** - *Mi pare sia largamente dibattuto il rischio che alcuni meccanismi del sistema sanitario possano, per ragioni di convenienza economica, incentivare interventi demolitori».*
In una situazione come questa è dunque più che mai importante che le informazioni siano divulgate (attraverso libri come questo) e che le donne riacquistino la stima e l'amore verso se stesse e il proprio corpo.



La denuncia: quasi raddoppiati in tre anni gli interventi di isterectomia, anche per patologie non gravi

"Troppe asportazioni dell'utero"

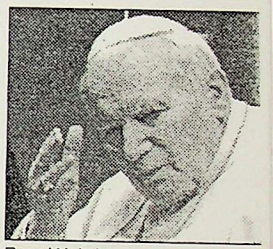
MILANO — In Italia sempre più donne vengono operate di isterectomia, cioè asportazione dell'utero. Secondo i dati forniti dal Ministero della Sanità dal 1994 al 1997 gli interventi di questo genere sono aumentati in modo esponenziale, passando da 38 mila a 68 mila all'anno. Una crescita rilevante, una donna su cinque, soprattutto se rapportata alla vicina Francia, dove solo una donna su venti viene avviata al trattamento chirurgico.

L'altissimo numero di operazioni, secondo Mariarosa Dalla Costa, docente di Scienze politiche dell'Università di Padova e autrice del saggio «Isterectomia», costituisce un vero e proprio allarme sociale. Troppi medici consigliano l'isterectomia come attività di routine per risolvere patologie uterine.

In realtà, precisa la Dalla Costa, l'operazione «è necessaria solo in rarissimi casi, quali cancro, prolasso gravissimo dell'utero e emorragie irrefrenabili post partum: le altre patologie di regola sono risolvibili con farmaci o con interventi conservativi».

Contrapposta alla facilità con cui tanti ginecologi consigliano la soluzione chirurgica, spiega ancora la Dalla Costa, vi è una «serie evidente di danni» che, secondo la docente padovana, potrebbero in caso di intervento non necessario configurare il reato di lesioni gravissime da parte del ginecologo. Tra i danni: perdita della capacità a procreare se effettuata prima della menopausa, disturbi al sistema urinario e alla motilità intestinale, aumento del rischio di malattie cardiovascolari.

Di primaria importanza, ha poi aggiunto, anche il rischio di pregiudizi alla vita sessuale, di forte depressione e della possibile perdita del senso della propria femminilità.



Papa Wojtyla

Per gli errori del passato

La Chiesa pronta a fare mea culpa

Salute

IL CASO

Cara paziente, si salvi l'utero

di Roberto Satolli

Scrive un medico di famiglia di Varese a una paziente: «Gentile signora, vorrei esporle ciò che penso del suo caso, nella speranza che possa esserle utile per decidere cosa fare: togliere l'utero o salvarlo?». La missiva compare in appendice al libro "Isterectomia - Il problema sociale di un abuso contro le donne" a cura di Mariarosa Dalla Costa, che denuncia l'ingiustificato accanirsi dei bisturi (in genere impugnati da chirurghi maschi) sugli uteri femminili. I dati ufficiali, probabilmente in difetto, parlano di quasi 70 mila interventi l'anno, il che significa che una donna italiana su 5 è destinata a restare senza l'organo riproduttivo, contro prospettive assai diverse in altri paesi: per esempio solo una parigina su 25 subisce l'asportazione.

La lettera del medico varesino elenca almeno cinque possibili soluzioni al caso della sua paziente quarantottenne, lievemente anemica per flussi mestruali abbondanti e con un utero fibromatoso. Le cure possibili comprendono varie combinazioni di ormoni, di cui si descrivono pregi e difetti, o in alternativa la rimozione con una sonda della sola mucosa interna dell'utero, per bloccare il sanguinamento. Soltanto alla fine, come estrema scelta, il medico ricorda anche la possibilità di rimuovere l'utero, opzione che il ginecologo della stessa paziente aveva invece subito consigliato, anzi con larghezza: «Già che ci siamo togliamo anche le ovaie, tanto non servono più».

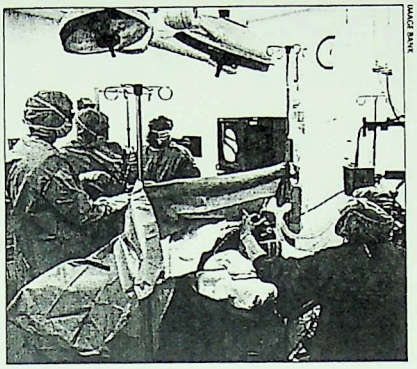


IMAGE BANK

La lettera conclude: «Ora credo che lei possa valutare meglio quale strada scegliere...»; ed è un passaggio cruciale, illuminante al di là del caso specifico. Il buon medico non è più la figura autoritaria, che sentenzia il da farsi senza ammettere discussione, ma è il consulente fidato che sa spiegare le scelte possibili per aiutare a scegliere consapevolmente.

FLASH

EPATITE B. Un farmaco anti-Aids, la lamiduvina, è efficace contro l'epatite B che, nonostante la vaccinazione obbligatoria, colpisce 3 italiani su 100 mila.

TUMORI. Il primo gene del cancro ai testicoli è stato identificato: si chiama Tgct1, è sul cromosoma X, è trasmesso dalla madre e aumenta di oltre 50 volte il rischio di ammalarsi.

MORBILLO. Sono 6 su 10 i bambini italiani vaccinati contro il morbillo. Per questo mentre la malattia è scomparsa in molti paesi nordeuropei in Italia è ancora fonte di epidemie.

IMAGE BANK

MANGIARE SANO

La vera storia della mitica C

di Emanuele Djalma Vitali

Lungamente attesa, nacque nel 1932 in Ungheria; fu battezzata con il suo nome odierno nel 1933, in un tripudio generale; ebbe infanzia e adolescenza trionfali; fu osannata in ambienti accademici e ospedalieri. Poi l'hanno vilmente strumentalizzata, attribuendole anche inesistenti virtù.

E fu commercio a gogò e scadimento di immagine. Questa è la storia della vitamina C, la semidea che sgominò lo scorbuto ma che oggi, per sopravvivere, si dà da fare anche con i droghieri.

FIORENZO NICCOLI

Intendo dire che la vitamina C ha gradatamente assunto anche l'umile ruolo di additivo alimentare: ma sotto altro nome (che è poi il suo vero nome chimico) ossia acido ascorbico. L'industria lo infila (niente da obiettare) nei succhi di frutta, nel prosciutto cotto, in molti surgelati e in altri prodotti ancora. Come antiossidante, ossia per impedire che il prodotto, in seguito all'azione dell'ossigeno dell'aria o della luce solare, si ossidi e perciò si imbrunisca. Ma non solo: l'industria introduce l'acido ascorbico anche in alcuni prodotti caseari e in marmellate, come antimuffa.

In tali casi, l'etichetta alimentare ti segnalerà che quel prodotto alimentare contiene, come additivo, acido ascorbico, oppure, più burocraticamente, E 300 (E come Europa, mentre 300 è il numero convenzionale dell'acido ascorbico).

Quindi sono tre i ruoli svolti dall'acido ascorbico ovvero vitamina C: farmaco, additivo alimentare e fattore nutritivo. Ribadito che il vostro fornitore non deve essere il farmacista bensì il fruttivendolo, mi accorgo di non essere ancora riuscito a indicarvi i criteri dell'acquisto. Mi accingo a farlo.

Il Gazzettino 28 dic. 1998

PASSIONI & SOLITUDINI

Quando una donna non si sente più donna

28 XII 98

di ALESSANDRA GRAZIOTTIN

«Come ragionerà questa poveretta, adesso che le togliamo l'utero?» mi chiedeva celiando il primo chirurgo, durante l'intervento di isterectomia. La domanda era diventata una sorta di liturgia divertita, per stuzzicarmi. Mi limitavo a rispondere con due fiammate degli occhi, sopra la mascherina. Sentivo che - allora - rispondere sarebbe stato fiato perso anche per me, che pure amo le schermaglie verbali, e che cercavo di imparare al meglio a operare bene, ma, soprattutto, a capire quando, chi e perché operare.

Preferivo capirne di più. E chiedere alle donne come si sentivano, prima e dopo l'intervento. Qualcuna era sollevata, soprattutto se l'operazione la liberava da sintomi pesanti e apparentemente incontrollabili, come le emorragie ripetute, dolori addominali o un'iniziale tumore. Altre, più di quante i miei libri inducessero a pensare, mi davano risposte perplesse, turbate o decisamente choccate. «Non so se ho fatto bene. Mi sono sentita improvvisamente una cosa rotta, sono diventata vecchia». Oppure «il chirurgo non mi ha dato nemmeno il tempo di pensarci. E non mi aveva detto con chiarezza che mi avrebbe tolto anche le ovaie. Me lo ha detto a cose fatte...». Più di tutte, per l'orrore della metafora, mi sono rimaste impresse una donna, e la sua frase: «I me ga svodà come na galina dal bechèr. No son più mi. Anca me mario me dise che non son più quela de prima».

Questa immagine violenta, delle galline svuotate, appese alla vetrina del macellaio, mi fulminò quando, giovane medico, avevo da poco iniziato l'attività clinica in ginecologia. Con poche donne, la donna, una casalinga di Camposampiero, mi aveva sintetizzato quello che con termine elegante e infinitamente meno espressivo gli psicologi chiamano «il vissuto» dell'esperienza. Con poche parole mi aveva detto: 1) che l'intervento (la «totale») l'aveva letteralmente svuotata della sua «interiorità» fisica, asportando gli organi principe della femminilità; 2) che l'intervento l'aveva fatta sentire trattata e brutalizzata come un animale, con una parallela assimilazione del chirurgo al macellaio; 3) che tale intervento - per una banale fibromatosi! - le aveva provocato una menopausa precoce che le aveva comprensibilmente sconvolto l'esistenza; 4) che questo cambiamento fisico ed emotivo aveva influito negativamente anche sulla sua situazione coniugale, specie dal punto di vista sessuale.

Se l'impatto sulla vita della donna può essere molto pesante, c'è almeno la consolazione che l'intervento è sempre necessario, che l'indicazione è in altri termini univoca, che le alternative terapeutiche (per esempio terapie mediche che conservino l'utero) sono già state provate e valutate e che la donna è stata davvero correttamente informata sul significato, rischi e conseguenze dell'intervento?

Purtroppo no. L'esperienza clinica e i dati che si vanno accumulando mostrano che in questo intervento «onorato dal tempo» al punto da essere considerato una banale routine per il medico vengono troppo spesso trascurati l'impatto sulla donna e, soprattutto, la grande possibilità di alternative mediche che oggi esistono di fronte all'intervento. L'isterectomia, come ogni chirurgia (oncologia a parte) dovrebbe restare l'ultima e non la prima scelta. E allora perché negli Stati Uniti si trova senza utero (e nel 45% dei casi anche senza ovaie) entro i 60 anni? Nel zelante Veneto siamo a livelli quasi americani (una su quattro), il doppio della media italiana (una su otto), mentre in Francia o in Finlandia la percentuale è decisamente più bassa (circa una su diciotto). Questo significa che criteri soggettivi - più che obiettivi - culturali e forse perfino ideologici orientano; più o meno consciamente, la scelta, rispetto ad un rigoroso criterio clinico. Se poi si considera che questo intervento - l'asportazione dell'utero - può essere complicato da problemi a breve e lungo termine, è evidente che può e deve essere deciso con grande ponderazione. Il fatto che sia tecnicamente facile non significa automaticamente che possa essere deciso senza tener conto delle molte altre variabili implicate, in primis il reale vantaggio per la salute della donna.

Diranno i lettori: perché sceglie un argomento così prosaico proprio per l'ultimo pensierino dell'anno? Perché nei bilanci finali una riflessione sulla salute mi sembra necessaria. E perché nel furore tecnologico che caratterizza molta medicina di oggi, è necessario non perdere di vista la centralità dell'individuo e il suo reale bisogno di cura, in cui un intervento, di qualsiasi tipo, dovrebbe sempre essere proporzionato al problema. Cosa che purtroppo non succede in questo caso. Basti pensare che in una donna su due l'isterectomia viene associata d'ufficio all'asportazione di ovaie, in genere sane, «per la prevenzione del cancro ovarico». Si badi bene: è l'unico caso in medicina di asportazione di organi sani per prevenire il rischio di tumore...

Per questo dedico il pensierino di fine anno alle donne - e agli uomini che le amano davvero - contro la solitudine decisionale che le lascia disorientate a subire interventi spesso non necessari, qualche volta francamente dannosi. Gentili amiche, prima di farvi operare, informatevi bene. Nel dubbio, chiedete un secondo parere, soprattutto su tutte le alternative mediche che ci sono prima della chirurgia. Una volta tolto, l'utero non ricresce. Se poi volete saperne di più, un libro utile, polemico, a volte eccessivo, ma che fa pensare è «Isterectomia», a cura di Mariarosa Dalla Costa, appena uscito (Franco Angeli Editore). Buna lettura, buone meditazioni e, soprattutto, buon anno!

Alessandra Graziottin

Il presidente della Sigo replica a Mariarosa Dalla Costa

Abuso di isterectomie I ginecologi verificano

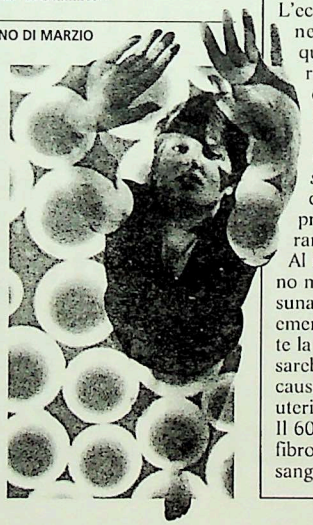
Carlo Romanini vuole distinguere caso per caso: «Forse si può essere più conservativi ma discutiamo se è giusto medicalizzare a vita una donna»

Milano - STEFANO DI MARZIO

Piedi di piombo, verifica dei dati e distinzione dei casi. E' quello che la Società italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo) oppone alle accuse mosse dalla sociologa padovana Mariarosa Dalla Costa circa l'eccessivo ricorso alle isterectomie. Sul *Corriere Medico* del 17 febbraio scorso, Dalla Costa aveva denunciato la categoria di troppa disinvoltura nel proporre alle pazienti l'intervento chirurgico, prefigurando il reato di lesioni personali gravissime qualora "si pratichino una isterectomia e un annessiectomia non necessitate da quelle gravi patologie che sole le possono giustificare".

Mariarosa Dalla Costa dubita che 68 mila interventi l'anno (la fonte dichiarata dall'autrice è il Ministero della Sanità) possano essere realmente necessari. Secondo i suoi studi il numero andrebbe ridotto dell'80 per cento: il resto è un abuso condotto a suon di bisturi da medici maschi contro il corpo delle donne. In attesa di compiere un'analisi dettagliata dei dati epidemiologici esistenti, sui quali impostare la redazione di linee guida, la Sigo getta acqua sul fuoco e fa una parziale ammissione. Spiega il presidente Carlo Romanini: «Numeri a parte credo che sulle indicazioni all'intervento sia tutta questione di intendersi. Quelle citate nel documento *(il saggio della Dalla Costa, n.d.r.)* sono le indicazioni irrinunciabili, ma altre potrebbero essere discusse. Forse in Italia potremmo essere più conservativi ma in ogni caso io non ravviso nei ginecologi una "ansia chirurgica" a tutti i costi. Né tantomeno credo che c'entri il sesso del medico quanto il suo habitus mentale. Il buon ginecologo distingue caso per caso. Non dimentichiamo che ciò che crea più problemi alla donna è il sanguinamento atipico. Le terapie ormonali alternative alla chirurgia devono essere protratte nel tempo e si può discutere sulla loro capacità di risolvere definitivamente il problema. Personalmente non sono convinto che medicalizzare a vita una donna, somministrandole progesterone o altri ormoni a scopo emostatico, sia sempre la scelta più giusta. Come anche si può discutere sulla efficacia di interventi considerati più conservativi. Prendiamo la miomectomia. E' più complessa e più dolorosa. Inoltre, eliminare in maniera mirata dei fibromi che poi potenzialmente possono recidivare può non essere l'opzione migliore. Certo, ci sono nuove tecniche da migliorare alle quali si guarda con interesse: la asportazione laparoscopica della parte superiore dell'utero, ad esempio, ma anche l'embolizzazione dei miomi».

La decisione va presa insieme alla paziente prospettando vantaggi e svantaggi di ciascuna terapia. Prosegue Romanini: «La soluzione sta in una saggia e personalizzata decisione, poiché nessuno può permettersi di essere tranchant con la salute di una donna. Però è vero che se la paziente si fida di te è a te che spesso tende ad affidare la scelta terapeutica definitiva».



USA: INAPPROPRIATE TROPPE ASPORTAZIONI DELL'UTERO

L'eccessivo ricorso alle isterectomie fa rumore anche negli Stati Uniti, paese leader nel mondo per quantità di operazioni svolte: nel suo saggio Mariarosa Dalla Costa *(si veda l'articolo di fianco)* calcola che una donna americana su tre attenda l'intervento nell'arco della vita. Un recente studio condotto dal gruppo di Michael S. Broder dell'Università di California, e pubblicato su *Obstetrics & Gynecology* (2000; 95; 199-205), ha dimostrato che il 70 per cento delle isterectomie praticate nell'area di Los Angeles doveva considerarsi inappropriato.

Al risultato si è giunti dopo che i ricercatori avevano monitorato, per due anni, circa 500 pazienti nessuna delle quali vittima di cancro o di situazioni di emergenza. Gli studiosi hanno giudicato insufficiente la valutazione medica pre-operatoria: in molti casi sarebbe bastata una laparoscopia per determinare la causa del dolore pelvico o un prelievo della mucosa uterina per individuare le ragioni del sanguinamento. Il 60 per cento delle isterectomie era infatti dovuto a fibromi, l'11 a prolasso pelvico, il 9 a dolore e l'8 a sanguinamento.

marie claire
maggio 1999

NON TUTTE LE OPERAZIONI SONO INDISPENSABILI

BISTURI TROPPO FACILE

Un'italiana su cinque può aspettarsi di dover subire una isterectomia. Ma le alternative ci sono

«In tutti i paesi industrializzati, soprattutto nell'età fertile, le donne sono operate più spesso perché i loro organi genitali possono essere una miniera d'oro per i chirurghi», sottolinea senza perifrasi Gianfranco Domenighetti, docente di economia all'Università di Losanna e Ginevra e direttore dei servizi sanitari del Canton Ticino. «La frequenza di certe operazioni varia molto da una zona all'altra. Non solo: da altre ricerche risulta ad esempio che i ginecologi uomini sono molto più propensi a praticare l'isterectomia delle ginecologhe, e che le donne medico vi si sottopongono molto meno spesso della popolazione generale». Il tasso operatorio delle donne comincia a superare quello degli uomini verso i 20 anni e resta superiore fino ai 55. Tra i 25 e i 29 le donne subiscono in media 14mila interventi (su 100mila persone) e gli uomini solo 4mila. Che fare? «È importante chiedere sempre un secondo parere e saper fare le domande giuste. L'importanza dell'informazione è dimostrata da un'esperienza personale: nel Canton Ticino una campagna informativa sull'isterectomia ne ha ridotto la diffusione del 33 per cento».

L'atteggiamento aggressivo dei medici è particolarmente evidente quando la malattia è grave, come in campo oncologico. «Fino a non molti anni fa gli interventi sul seno erano estremamente demolitivi, e solo oggi l'approccio comincia a essere più conservativo. Non si esitava a togliere alle donne le ovaie, le ghiandole surrenali, addirittura l'ipofisi se c'era il sospetto che il tumore fosse ormonodipendente, mentre si evitava di asportare agli uomini i testicoli o altre ghiandole», osserva Gemma Martino, in passato direttrice all'Istituto dei Tumori di Milano e ora presidente dell'associazione Metis, centro internazionale di studi e terapie per la salute delle donne di Milano.

«Oggi si abusa del taglio cesareo, dell'episiotomia, dell'asportazione delle ovaie e soprattutto dell'utero», osserva Mariarosa Dalla Costa, docente di sociologia politica e di storia della condizione della donna all'Università di Padova, che ha denunciato il fenomeno in un libro (*Isterectomia. Il problema sociale di un abuso contro le donne*, Franco Angeli '98). «La classifica è guidata dagli Stati Uniti, dove una donna su tre entro i 60 anni ha l'aspettativa di subire questo intervento. In Italia, secondo dati del Ministero della Sanità, si è passati dalle 38mila isterectomie del '94 alle 68mila del '97». In realtà, le patologie che lo richiedono non sono molte: i tumori maligni delle ovaie e dell'utero, il prolasso grave, le emorragie infrenabili dopo il parto. Nella maggior parte dei casi i fibromi possono essere asportati per via laparoscopica o isteroscopica, e quanto alle metrorragie (le mestruazioni troppo lunghe e abbondanti) si possono trattare con i farmaci - primi fra tutti i progestinici - o con l'ablazione dell'endometrio. «Eppure sono proprio le metrorragie senza causa organica e i fibromi i motivi più diffusi (rispettivamente nel 35 e nel 30 per cento dei casi) di isterectomia», riprende Dalla Costa. «A convincere le donne che questo intervento sia, a una certa età, quasi ineluttabile è il fatto che molti medici non le informano sui trattamenti alternativi, e giustificano l'intervento come una forma di prevenzione del cancro. Il che significa, per evitare un tumore del tutto eventuale, pagare dei danni certi o molto probabili: dal senso di menomazione ai disturbi urinari e intestinali, al maggior rischio di malattie cardiovascolari, al calo del desiderio e del piacere sessuale, alla depressione».

donne 14mila

IL RAPPORTO INEGUALE NEGLI STATI UNITI
le donne "battono" gli uomini in fatto di interventi chirurgici (il calcolo, su 100mila persone, è del National Center for Health Statistics).

«Ma se prima o poi te lo devi togliere, tanto vale farlo adesso...»

FRANCESCA, 44 ANNI, PSICOTERAPEUTA È RIUSCITA A RESISTERE ALLE PRESSIONI DI TUTTI, E A SOTTOPORSI A UN INTERVENTO CONSERVATIVO

Era la battuta tipica dei colleghi ginecologi: «A che ti serve, tanto hai già due figli...». Sì, sono una "scampata" all'isterectomia. Ho cominciato ad avere mestruazioni troppo abbondanti, con conseguente anemia, dopo il secondo parto, a 31 anni. Cercavo di mangiare molta carne, prendevo periodicamente ferro. Verso i 36 ho cominciato a soffrire anche di forti dolori mestruali. La diagnosi era la solita: utero fibromatoso. Dopo una cura ormonale senza benefici ho deciso di fare un'ecografia: avevo un mioma intramurario di quattro centimetri di diametro. Secondo tutti i ginecologi, c'era una sola cosa da fare: l'intervento chirurgico. Capisco benissimo le donne che accettano, perché si sta veramente male. Il problema è che nessuno ti parla dell'entità dell'intervento, che è davvero pesante, né delle conseguenze. Nessuno ti spiega che ci sono delle alternative meno distruttive. In consultorio avevo visto troppe donne operate con leggerezza e poi pentite, segnate da un profondo senso di perdita, da una menopausa repentina e "violenta", da un cambiamento non scelto che condiziona anche i rapporti sessuali e di coppia. I medici troppo spesso danno per scontato che l'utero serve soltanto per fare figli; dopo non serve più a niente, diventa un organo a rischio di cancro e basta. Tutto quello che avevo visto e sentito raccontare dalle altre donne ha certamente condizionato la mia scelta. Non volevo essere "demolita". Seppi di un ginecologo che faceva interventi conservativi: mi ha prescritto dei farmaci, gli analoghi LhRh, per ridurre il mioma e poi me l'ha asportato in isteroscopia, in ospedale. Il giorno dopo ero già in piedi. Oggi le mestruazioni sono tornate normali e non ho più dolori. Certo, i fibromi possono riformarsi, ma so che se succede posso sempre ripetere l'intervento.

IL GAZZETTINO P

8 Martedì 23 novembre 1999

Donne in allarme: in netto aumento le asportazioni chirurgiche in Veneto

Padova

NOSTRO SERVIZIO

Una donna su quattro nel Veneto ha l'aspettativa di subire, nell'arco della sua vita, un intervento di isterectomia, vale a dire una sistematica e massiva menomazione del corpo che reca danno anche al fisico, alla psiche e alle relazioni sociali. Il grido d'allarme è stato lanciato ieri a Padova da Mariarosa Dalla Costa, docente di sociologia politica all'università e figura storica del femminismo internazionale, e dal consigliere regionale Michele Boato. A due voci hanno presentato la seconda edizione, ampliata e arricchita, della ricerca "Isterectomia - Il problema sociale di un abuso contro le donne", curata dalla stessa docente ed edita da Franco Angeli.

Allarmanti i dati emersi. Nel Veneto dal 1993 al 1996 le asportazioni chirurgiche dell'utero sono passate da 5.909 (poco meno di un sesto del totale in Italia) a 6.685, tanto che una donna su quattro nella regione corre il rischio di subire tale operazione: il doppio della già alta media nazionale. Per fare un paragone in Francia la media è di uno a 25.

"Questo enorme e crescente ricorso all'isterectomia non si spiega con il diffondersi improvviso di patologie particolarmente invalidanti - ha sottolinato Dalla Costa - bensì con un approccio ginecologico di tipo meccanicistico, praticato da medici, in larga maggioranza maschi, che, ritenendo superflui utero e ovaie con l'avvicinarsi della menopausa, propongono l'intervento più in base all'età che al tipo di disturbo, con un'ottica di tipo "aziendale": si fa prima a togliere che a curare, cioè costa meno al sistema sanitario. Nel caso di abuso dell'isterectomia - ha osservato la docente - vi sono delle precise responsabilità del medico sia in campo civile che penale. L'assessore alla sanità del Veneto dovrebbe cercare la spiegazione di dati così alti e per di più in crescita riguardanti interventi chirurgici spesso non necessari. Si tratta - ha concluso - di operazioni pesanti che possono incidere gravemente a tutti i livelli sulla vita di una donna e quindi devono essere proposti con estrema cautela solo nei rarissimi casi in cui vi siano alternative".

Michele Boato ha messo in evidenza come "ridurre al minimo le isterectomie sia un segno di civiltà" e ha annunciato di aver presentato ieri alla Giunta regionale una seconda interpellanza sul delicato argomento dopo che la prima, avanzata otto mesi fa, non ha ottenuto alcuna risposta.

Federica Cappellato

Editoria

ISTERECTOMIA

Mariarosa Dalla Costa è Docente di Sociologia politica alla Facoltà di Scienze Politiche di Padova e di Storia della promozione della condizione della donna presso la Scuola di Specializzazione in Istituzioni e Tecniche di tutela dei Diritti Umani e presso il Master Europeo in Diritti Umani e Democratizzazione della stessa Università è figura storica del femminismo internazionale. Agli inizi degli anni '70 apriva in Italia il dibattito sul lavoro domestico e sulla donna come riproduttrice della forza-lavoro dando vita a *Lotta Femminista* divenuta poi *Movimento per il Salario al lavoro domestico*. Per promuovere il dibattito e l'azione in vari paesi nel 1972 fondava con altre il *Collettivo Internazionale Femminista*. Il 5 giugno 1973, assieme alle donne di tutto il movimento femminista ha organizzato a Padova la prima mobilitazione politica attorno ad un processo per aborto intentato contro una donna, mobilitazione che divenne il motore di avvio di una serie di iniziative che portarono poi alla legge per l'interruzione volontaria di gravidanza. Le sue opere sono state tradotte in cinque lingue tra cui il giapponese. In Giappone, dove ha incontrato le vittime di Hiroshima, è stata di recente invitata per un ciclo di conferenze sui temi della donna e dell'ecologia. Ha dedicato i suoi studi alla condizione femminile ed ha analizzato il ruolo delle politiche di aggiustamento strutturale nell'attuale orizzonte neoliberista. A tale proposito ricordiamo i recenti testi curati con Giovanna F. Dalla Costa. *Donne e politiche del debito* (FrancoAngeli 1993, 1995 2a ed.), e *Donne, sviluppo e lavoro di riproduzione* (FrancoAngeli 1996). Negli anni più recenti si è interessata ai temi della riproduzione umana nell'intreccio delle politiche che investono la terra nonché il corpo fisico e sociale. All'interno del discorso che sta conducendo sul rispetto dei poteri riproduttivi del corpo e della Terra, con il libro che ha curato *Isterectomia* (saggi di M. Dalla Costa, G. Perillo, D. Minucci, P. Benciolini, edito da FrancoAngeli 1998, pp.176, lire 23000) apre la discussione attorno a questa operazione che colpisce troppi corpi di donna.

Perché questo libro sull'isterectomia?

Perché ritengo che questa sia la terza grande battaglia che deve affrontare il corpo femminile per sottrarsi ad un abuso che in vari paesi si è tradotto in una castrazione di massa delle donne. Le prime due battaglie sono quelle che abbiamo condotto e che dobbiamo continuare sulle condizioni del parto e dell'aborto. Ma, più in generale, dobbiamo far sentire maggiormente la nostra voce sul rapporto medico-paziente, sul rapporto istituzione sanitaria-cittadino/a. L'ambito della salute è sempre stato cruciale nel movimento delle donne e oggi dobbiamo interrogarci seriamente su questa operazione che sembra attendere in modo piuttosto sistematico la donna nell'età matura.

Perché a suo avviso esiste una questione in merito?

In questo secolo in vari paesi dell'occidente avanzato c'è stata un'esplosione di isterectomie, cioè asportazioni chirurgiche dell'utero, spesso coniugate ad annessiectomie, cioè asportazioni chirurgiche dell'apparato ovarico, che non può verosimilmente trovare spiegazione in un'esplosione di patologie tanto gravi da giustificarla. Gli Stati Uniti sono il paese leader nella tendenza ad effettuare isterectomie con un'incidenza di 1 donna su 3 entro i 60 anni, il 40 per cento delle donne entro i 64 anni, e con notevoli differenze tra regioni, razze e strati sociali. Gli avvocati delle pazienti attribuiscono tale eccesso e le sue discrepanze interne al training dei medici, all'interesse professionale e a interessi economici. Per quanto concerne l'Italia è la stessa Sigo (Società italiana di ginecologia e ostetricia) a giudicare più alla perdita di tale sostanza l'aumento di malattie vascolari in seguito all'isterectomia così come l'ipertensione che varie donne accusano dopo l'intervento?

Perchè non ci si preoccupa della violenza di mandare in menopausa una donna anticipatamente ed istantaneamente attraverso un intervento chirurgico quando tale passaggio richiede in genere degli anni mentre le conseguenze vengono qui aggravate e "scombinate" proprio dalla violenza del passaggio?

Come fa il ginecologo a giudicare la donna "vicina" alla menopausa quando nemmeno la donna conosce tale data ed in effetti vi sono delle variazioni enormi tra una donna e l'altra ? Senza dedicare particolari indagini ho conosciuto in questi mesi varie donne che sono andate in menopausa a 57 anni mentre l'età media di menopausa viene indicata da alcuni a 52 anni, da altri a 49. Generalmente concordi comunque nel ritenere che non si sta spostando mentre, a varie donne, confrontando con l'esperienza di parenti più anziane, risulta il contrario.

Con che diritto il ginecologo sottrae alla donna anni di giovinezza e di buon equilibrio del suo corpo? Perché non le fa presente il pregiudizio che avrà alla sua vita sessuale lasciandoglielo scoprire invece come amara sorpresa dopo l'operazione? Perchè invece su questo argomento la fuorvia sottolineando semmai i vantaggi di una sessualità più libera rispetto al rischio di gravidanze indesiderate? Perché la non considerazione del gravissimo danno costituito dal perdere l'apporto ormonale fornito dalle proprie ovaie che, nella cosiddetta ovariectomia profilattica, vengono asportate anche se sane in occasione di un'isterectomia, di regola dai 45 anni in poi, in altre prassi ben prima? Mi pare sia appena il caso di ricordare che le terapie sostitutive sono costituite da farmaci, come tali non equivalenti alle proprie ovaie, mentre in alcuni casi sembrano invece essere divenute motivo in più per effettuare isterectomie e ovariectomie non giustificabili. Perché spesso ci si dimentica delle tanto oggettive ragioni per asportare ovaie sane quando si effettua un'isterectomia per via vaginale anziché per via addominale pur essendo egualmente possibile asportarle? Perché la non informazione preventiva dei frequenti danni alle vie urinarie e alla motilità intestinale come conseguenza dell'operazione? Perché la nessuna considerazione, come ancora spesso avviene, delle ripercussioni a livello psichico e di relazione che questa menomazione provoca? Ho menzionato solo alcune delle conseguenze certe o probabili. Potrei aggiungere: perchè addirittura colpevolizzare la donna che resiste, giustamente, a tale intervento dicendole che non accetta l'isterectomia perchè non riesce ad accettare l'idea della menopausa? In conclusione reputo che l'isterectomia, spesso coniugata all'annessiectomia, non sia affatto un intervento di poco conto da considerarsi quasi scontato nel "percorso-vita" di molte donne ma che anzi costituisca un intervento demolitorio di notevole impatto fisico e psichico sul corpo e sulla persona e che come tale andrebbe proposto con molta cautela, solo nei casi in cui la patologia sia tale da non permettere alternative meno invasive e meno demolitorie. Come sostengo nel libro, reputo che l'abuso dell'isterectomia quale traspare dalle cifre riportate, poggi su un rapporto medico-paziente molto viziato, su un consenso male informato che come tale conduce a precise responsabilità del medico. Ritengo che effettuare un'isterectomia (ed eventuale annessiectomia) per casi che non lo richiedono non solo contraddice il principio etico per cui il medico dovrebbe sempre proporre, compatibilmente alla patologia, l'intervento meno invasivo e meno demolitorio nello spirito della massima salvaguardia di quel bene insostituibile che è costituito dall'integrità fisica e psichica.

sentire maggiormente la nostra voce sul rapporto medico-paziente, sul rapporto istituzione sanitaria-cittadino/a. L'ambito della salute è sempre stato cruciale nel movimento delle donne e oggi dobbiamo interrogarci seriamente su questa operazione che sembra attendere in modo piuttosto sistematico la donna nell'età matura.

Perché a suo avviso esiste una questione in merito?

In questo secolo in vari paesi dell'occidente avanzato c'è stata un'esplosione di isterectomie, cioè asportazioni chirurgiche dell'utero, spesso coniugate ad annessiectomie, cioè asportazioni chirurgiche dell'apparato ovarico, che non può verosimilmente trovare spiegazione in un'esplosione di patologie tanto gravi da giustificarla. Gli Stati Uniti sono il paese leader nella tendenza ad effettuare isterectomie con un'incidenza di 1 donna su 3 entro i 60 anni, il 40 per cento delle donne entro i 64 anni, e con notevoli differenze tra regioni, razze e strati sociali. Gli avvocati delle pazienti attribuiscono tale eccesso e le sue discrepanze interne al training dei medici, all'interesse professionale e a interessi economici. Per quanto concerne l'Italia è la stessa Sigo (Società italiana di ginecologia e ostetricia) a giudicare "troppe" le 40.000 isterectomie all'anno che qui vengono effettuate, specie, sostiene, in tempi in cui sono state messe a punto tecniche meno invasive e meno demolitorie. Questo dato significa che nel nostro paese si registra un'aspettativa di subire questa operazione per una donna su 8, nel Veneto per una donna su 4 e qui i dati che registrano questa operazione negli anni '90 si presentano in crescita. Sto verificando i dati per le altre regioni e attendo i nuovi dati nazionali.

Lei è d'accordo che il problema sia di aggiornamento tecnologico?

Solo in parte. Il problema è che anche nella ginecologia si confrontano da tempo due approcci. Uno, più olistico, rispettoso della donna come persona e del suo diritto a salvaguardare l'integrità del proprio corpo, adottato da medici che propongono questa operazione solo per patologie non diversamente risolvibili. L'altro, meccanicista-riduzionista, qui definibile anche come "approccio dell'età", portato avanti da medici che, ignorando o trascurando la complessità di funzioni che utero e ovaie hanno prima e dopo l'età fertile, spesso adducendo il rischio di un totalmente eventuale cancro, indirizzano la donna a quest'operazione più in base all'età o all'aver partorito il numero di figli desiderato che alla gravità della patologia, senza informarla adeguatamente delle conseguenze negative dell'operazione stessa e delle alternative possibili.

Allora lei non ritiene che sia accettabile un'opzione del medico per un intervento più demolitorio ma forse più tutelante rispetto al rischio, in futuro, di un eventuale cancro?

Che si debbano togliere organi sani o affetti da patologie benigne risolvibili con interventi o terapie di minor impatto per paura che un domani possano essere colpiti dal cancro non solo mi sembra aberrante visto che la donna paga per tale opzione un insieme di danni certi ed altri molto probabili in vista dell'evitare un male del tutto eventuale ma credo anche, come ho cercato di dimostrare nel testo in questione, che in base ai codici e a quella che dovrebbe essere una seria deontologia medica, non sia nemmeno proponibile.

Aggiungo che ho sempre creduto poco a questa motivazione. Perché non ci si preoccupa altrettanto della perdita, con l'isterectomia, della prostaciclina, una sostanza che inibisce la formazione di trombi e che viene prodotta dall'utero anche dopo la menopausa per cui sembrerebbe imputabile pro-

sistes giustamente, a tale intervento dicendole che non accetta l'isterectomia perchè non riesce ad accettare l'idea della menopausa? In conclusione reputo che l'isterectomia, spesso coniugata all'annessiectomia, non sia affatto un intervento di poco conto da considerarsi quasi scontato nel "percorso-vita" di molte donne ma che anzi costituisca un intervento demolitorio di notevole impatto fisico e psichico sul corpo e sulla persona e che come tale andrebbe proposto con molta cautela, solo nei casi in cui la patologia sia tale da non permettere alternative meno invasive e meno demolitorie. Come sostengo nel libro, reputo che l'abuso dell'isterectomia quale traspare dalle cifre riportate, poggi su un rapporto medico-paziente molto viziato, su un consenso male informato che come tale conduce a precise responsabilità del medico. Ritengo che effettuare un'isterectomia (ed eventuale annessiectomia) per casi che non lo richiedono non solo contraddice il principio etico per cui il medico dovrebbe sempre proporre, compatibilmente alla patologia, l'intervento meno invasivo e meno demolitorio nello spirito della massima salvaguardia di quel bene insostituibile che è costituito dall'integrità fisica e psichica, ma costituisca reato di lesioni personali gravissime in base all'art. 582 c.p. con le aggravanti previste all'art. 583 c.p., comma 2°, n. 3 che contempla appunto "la perdita dell'uso di un organo o della capacita' di procreare". Qui si va addirittura ad asportare organi che, ribadisco, hanno una pluralità di funzioni anche dopo la menopausa. Per cui l'isterectomia, quando è pratica abusata, rappresenta a mio avviso un crimine ed una grandissima violenza contro la donna.

Come ha condotto il suo lavoro?

E' stata una ricerca solitaria per circa due anni e molto faticosa. Ma lavorare da soli permette spesso di mantenere il massimo di concentrazione e di determinazione. Ed io ero molto determinata a svelare questa violenza e a fare qualcosa per fermarla. Ho potuto verificare vari aspetti sottaciuti di questa questione parlando con le donne, oltre a quelli che naturalmente avevo scoperto in prima persona resistendo a mia volta ad una proposta di isterectomia non giustificata.

Ma ogni volta che avevo bisogno di una verifica sul piano medico devo dire che i medici avevano sempre molta fretta ed erano molto parchi di parole. Comunque quando ho capito che avevo in mano abbastanza elementi ed ho costruito il convegno di Padova del 23 aprile scorso all'Università, di cui questo testo raccoglie gli atti, ho trovato pieno riscontro alle principali tesi che sostenevo nelle cose dette dagli altri relatori in veste di docenti di Medicina legale e di bioetica, di medici, di magistrati, di donne pazienti ed operatrici della Sanità.

Il messaggio del convegno e del libro vuole essere anzitutto quello di invitare le donne a non accettare passivamente la proposta di questa operazione ma di sottoporla a verifica, di informarsi bene sulle alternative possibili, poichè, di contro alla sua larga diffusione, i casi in cui può essere necessaria risultano essere davvero pochi: di non farsi mai asportare ovaie sane; di riappropriarsi di quel sapere ginecologico e più complessivamente medico di base che permetta loro di vagliare le stesse proposte della medicina che, ricordiamo, non è una.

Per i medici il messaggio vuole essere quello di ricordargli che il bene più alto da salvaguardare è l'integrità psicofisica del paziente, quindi la salvaguardia dei poteri riproduttivi del corpo stesso.

IL PAESE DELLE DONNE - 31 MAGGIO 1999 -

ISTERECTOMIA: UNA NUOVA VIOLENZA SULLE DONNE

■ SIMONA DAVOLI ■

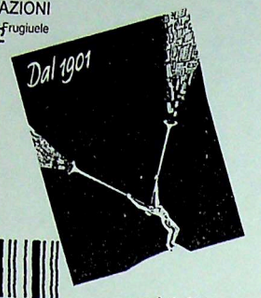
Si è tenuto il 7 Maggio presso la Facoltà di Sociologia a Roma un incontro dibattito su "Abuso dell'Isterectomia violenza alla donna e danno alla salute. Conoscere le alternative possibili e le diverse realtà".
L'incontro è stato organizzato dalla Facoltà di sociologia dell'Università degli studi de La Sapienza. Con l'occasione è stato presentato il libro di Mariarosa Della Costa dal titolo: Isterectomia. Il problema sociale di un Abuso contro le donne.

Al dibattito erano presenti l'autrice del libro; la dottoressa Marie Declery ginecologa francese che lavora presso l'università di Padova, il dottor. Riccardo Samaritani ginecologo presso l'ospedale di San Carlo di Nancy e la dottoressa Mareia, psicologa presso il consultorio di Roma di Monterotondo che ha illustrato le conseguenze psicologiche che molte donne si trovano a vivere dopo un simile intervento. A seguire c'è stato un breve dibattito con il pubblico.
L'autrice ha sottolineato come ci si trovi davanti oramai ad un atteggiamento veramente nazista da parte dei medici nei confronti di questo problema. Difatti molte volte i dottori suggeriscono alle pazienti onde evitare lunghe e seccanti cure, nel caso che si manifestino fibromi od altro, di asportare la parte precaria che potrebbe dare problemi in un futuro, soprattutto se si sono già avuti figli...: difatti a cosa serve l'utero in una donna se non per la procreazione?
Il problema invece è ben altro perché togliendo l'utero si amputa una parte importante del corpo di una donna, anzi fondamentale perché le donne attribuiscono all'utero diverse funzioni simboliche come la garanzia della propria identità femminile, la capacità riproduttiva e la completezza del proprio sistema corporeo.- ha evidenziato la dott. Mareia parlando dei disturbi psicologici che tale intervento può provocare. Un'altra conseguenza importante - ha poi continuato la psicologa - è legata alle problematiche sessuali che si concretizzano nelle difficoltà a riprendere i rapporti, dopo l'intervento, ritenuti dolorosi o nella modificazione del vissuto orgasmico poiché l'utero e la cervice sono muscoli contrattili che entrano in gioco nel determinare l'intensità.
Oltretutto l'intervento è traumatico per le donne perché queste si trovano a dover affrontare una situazione di menopausa chirurgica anche quando non sono ancora entrate in menopausa - ogni donna deve avere, invece, il diritto alla propria età individuale per la menopausa - ha sottolineato l'autrice - questa non gli può essere imposta solo perché non deve più fare figli da un'intervento che la mutilerà per sempre.
L'intervento provoca delle disfunzioni ormonali e dei disturbi fisiologici che possono indurre: senso di perdita, affaticamento, senso di vertigini, insonnia, mal di testa, riduzione del desiderio sessuale, male alle giunture.... Oltre a ciò molte donne si ritrovano una brutta cicatrice che va dall' ombelico sino al pube, cicatrice questa - ha concluso la Della Costa - che molte volte neanche viene menzionata esplicitamente nelle informazioni che i dottori danno alle pazienti rispetto all'intervento e che ha portato alla crisi di molte relazioni poiché la vita sessuale delle coppie veniva stravolta.
Le cure alternative all'isterectomia e non demolitorie del corpo della donna invece ci sarebbero e sono tante - ha esordito il dottor Samaritani - ci sono le tecniche resettoscopiche e fra queste l'ablazione dell'endometrio che sono validissime alternative all'isterectomia nel caso di metrorragie disfunzionali.
L'utilizzo di queste tecniche rispetto all'isterectomia varia moltissimo di nazione a nazione.
Varie sono le ragioni di queste differenze; da un lato abbiamo atteggiamenti peculiari delle pazienti che variano di paese in paese, dall'altro la disponibilità di risorse mediche nonché atteggiamenti e comportamenti professionali dei medici.
Da un'analisi attenta di tutti questi dati è risultato che "l'incertezza professionale" verso un uso corretto dell'Isterectomia è la prima causa della variazione delle percentuali suddette - ha poi concluso il dott. Samaritani.
L' autrice ha poi concluso che "le responsabilità del medico nel caso in cui orienti una paziente all'Isterectomia disinvoltamente sono da inserirsi nel quadro del "dolo", facendo riferimento in particolar modo alle cause addotte dagli avvocati delle pazienti negli USA e cioè il training dei medici, l'interesse professionale e l'interesse economico. Più largamente poi si è all'interno di un quadro doloso, quando il medico non comunica alla paziente alternative percorribili meno invasive e meno demolitorie o le svaluta senza ragione ledendo con ciò il diritto del paziente ad auto determinarsi. In un rapporto medico-paziente viziato in questi termini l'abuso dell'isterectomia si configura secondo l'autrice come reato di lesioni personali gravissime, perché un isterectomia non necessaria è un danno gravissimo che si fa ad una donna".

Errata corrige

Nell'articolo *Donne e disobbedienza civile* pubblicato sul numero 17, fra i gruppi firmatari dell'appello è stata omessa la WILPF.
Ce ne scusiamo.

L'ECO DELLA STAMPA®
AGENZIA DI RITAGLI E INFORMAZIONI DA GIORNALI E RIVISTE Direttore L. Frugiuele
ECOSTAMPA® MEDIA MONITOR SpA
VIA G. COMPAGNONI 28 - 20129 MILANO
TEL. (02) 748.113.1 r.a.
FAX (02) 76.110.346 - 76.111.051
Cas. Post. 12094 - 20120 Milano
L'ECO DELLA STAMPA
Reg. Stampa Trib. Milano n. 6660 del 30.9.1964

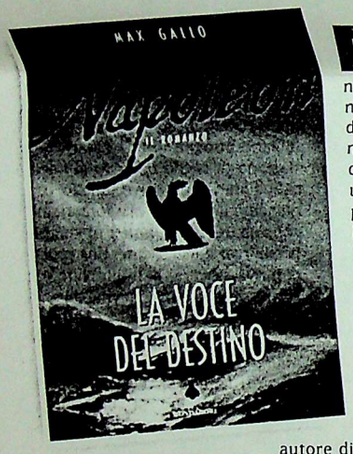


settim.
0205936 18T 9776F 2S 28ROS106
IL SALVAGENTE
VIA PINEROLO 43
00182 ROMA RM
n. 6 11-FEB-99/18-FEB

LEGGOVEDOSENTO

Napoléon in vetrina

Sulla scia di Ramses, la Mondadori lancia una nuova saga "a puntate". E traduce i testi di Max Gallo. Ma qualche dubbio c'è.



Dopo anni di prevalenza della cultura anglosassone, stiamo stabilendo nuovi rapporti con quella d'origine francese? La nuova operazione, lanciata in grande stile da una delle più grandi e potenti case editrici italiane - parliamo di **Mondadori** - con il **Napoléon** di **Max Gallo** induce a qualche riflessione sul tema. In primo luogo perché l'operazione è già riuscita, l'anno scorso, con il **Ramses** di **Christian Jacq**, un altro autore di lingua e formazione d'Oltralpe. E in secondo luogo perché Napoleone ripercorre, passo passo, il cammino di Ramses: stesso formato, numero di pagine abbondante (418), titoli "in serie" (a marzo è prevista la seconda puntata: "Il sole di Austerlitz"). Ma soffermiamoci sul primo volume: **La voce del destino**, che segue Napoleone dalla nascita, avvenuta il 15 agosto del 1769, venti anni prima della Rivoluzione francese, all'instaurazione a Parigi del "consolato", alla fine del secolo, quando il generale corso sale, per la prima volta ai vertici dello Stato.

Il racconto di Max Gallo è avvincente e segue le tecniche sperimentate delle biografie: la nascita, in Corsica, in casa di un nobile decaduto, ex indipendentista, attratto però dalla Francia, dove riesce a far studiare i primi due figli. Giuseppe va in convento; Napoleone in un istituto militare. La scrittura segue - attraverso i cambiamenti nella vita del protagonista - anche gli sconvolgimenti che si susseguono alla vigilia della Rivoluzione. Ma, pur essendo Max Gallo uno storico di valore, il lettore italiano più accorto ne trae la convinzione che sia - come dire? - un po' troppo "napoleonico". L'autore asseconda, infatti - almeno in questo primo volume - il suo protagonista in tutte le sue "giravolte", che non sono poche, visto che da giovane è schierato con la frazione più estrema dei "patrioti" della Corsica e, solo quando si trova chiusa la strada di una "leadership" in quella direzione, sceglie con chiarezza la Francia. Anche altre "giravolte" - dai giacobini a Barras - non sono cosa da poco, pur dovendo tenere in attenta considerazione che non era certo facile sopravvivere politicamente nella Francia di quegli anni. Un'ultima considerazione: questo volume è stato pubblicato a Parigi, per la prima volta, due anni fa, nel 1997. Ora, va bene essere dipendenti dalla cultura francese. Ma esserlo con due anni di ritardo forse è troppo. Prezzo di copertina: 19.900 lire.

I film più visti al cinema

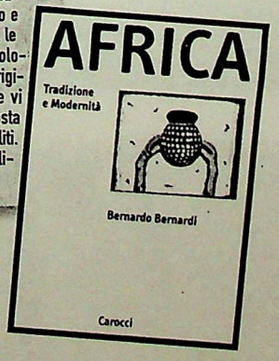
Brad Pitt al comando

1 Vi presento Joe Black di M. Brest (fantastico)
2 Ronin di John Frankenheimer (azione)
3 Lost in space di S. Hopkins (fantascienza)
4 Nemico pubblico di T. Scott (thriller)
5 Baci e Abbracci di P. Virzì (commedia)
6 Z la formica di E. Darnell e T. Johnson (animazione)
7 Amori e incantesimi di G. Dunne (fantastico)
8 C'è post@ per te di N. Ephron (commedia)

LIBRI

Il continente vicino-lontano

Vi interessa davvero capire il "continente nero" o vi accontentate di seguire, più o meno strabicamente, le notizie che arrivano da quei luoghi belli e difficili? Se la risposta è "sì" c'è un volume che fa per voi. Il titolo è semplice: "Africa" e l'autore, Bernardo Bernardi, è un esperto coi fiocchi, visto che è presidente del Consiglio europeo di studi africani. Sotto esame l'identità africana, in bilico fra tradizioni antiche e processi di occidentalizzazione più o meno violenta. Le strutture sociali, il rapporto con le religioni (cristianesimo e islam), le cosmologie originali, il ruolo delle donne. Se vi interessa, questa è la proposta di un viaggio diverso dai soliti. Prezzo di copertina: 33.000 lire (per 250 pagine).



SAGGI

Chirurgia a tutti i costi?

Il femminismo, tra i tanti suoi meriti, può avere un'influenza benefica anche sulla medicina? Si direbbe di sì, leggendo il libro pubblicato da **Franco Angeli** e intitolato **Isterectomia**, in cui viene esaminato "il problema sociale di un abuso contro le donne". Il volume è stato curato da **Mariarosa Dalla Costa** e pubblica saggi e testimonianze interessanti, tra cui quelli di **Giuseppe Perillo, Daria Minucci** e **Paolo Benciolini**. Il tema di fondo è chiaro: l'isterectomia, cioè l'asportazione chirurgica dell'utero, non può essere effettuato come un intervento di "routine". Ovviamente nessun chirurgo vi dirà che opera "a cuor leggero", ma le esperienze raccolte dagli autori confermano che le preoccupazioni dei medici prevaricano, più spesso di quanto non si creda, un rapporto di corretta informazione nei confronti delle pazienti. E confermano anche che, in più di un caso, ci si potrebbe regolare diversamente, evitando il tavolo operatorio. Il volume costa 23.000 lire (per 170 pagine).

VIDEO

Un mafioso quasi perbene

uscito nel cinema ap-

si nella mafia e che, per fare al meglio il suo lavoro, deve convin-

fanno parte di un clan vincente e, soprattutto, avrebbe voglia di un figlio come Donnie, pronto ad agire al suo fianco, al posto di quel-

Le vostre segnalazioni...

comunale e sollecitata da privati cittadini, ai sensi dell'articolo 20 legge n. 1089/1939 ordinava la sospensione di ogni attività costruttiva e di trasformazione edilizia, in assenza di preventiva approvazione della stessa, ai sensi dell'articolo 18 legge n. 1089/1939 informando di avere avviato provvedimento di vincolo ai sensi dell'articolo 21 legge 1089/1939, relativo al sito;
– successivamente, a mezzo stampa, si veniva a conoscenza che la Soprintendenza aveva parzialmente ritirato (dopo l'intervento del sindaco e con una conferenza dei servizi?) la procedura ai sensi dell'articolo 21 permettendo spostamento di immobili e il permesso di iniziare i lavori non inerenti alle modifiche (che sono ripresi in data 13 febbraio 1999) prevederanno la diminuzione del vincolo cimiteriale;
– contestualmente è in itinere alla Procura della Repubblica;
il sottoscritto consigliere regionale verde Michele Boato
chiede al Presidente della Giunta regionale
a) se sia possibile che monumenti di notevole importanza possono essere interessati così da vicino da manufatti che hanno avuto l'approvazione risicata in un Consiglio comunale (9 favorevoli, 8 contrari su 20) e che la delibera dello stesso sia stata assunta direttamente dal Consiglio comunale, mentre avrebbe dovuto essere inoltrata presso i competenti organi della Regione Veneto per l'esame e l'eventuale approvazione;
b) se sia possibile che non si consideri la radicale diversa distribuzione e tipologia degli edifici, oltre alla diversa concentrazione dei parcheggi;
c) come mai viene illegittimamente inserita una nuova strada di collegamento, non presente nel precedente piano urbanistico Caprioglio (approvato dai competenti uffici regionali);
d) se sia regolare che, malgrado per ben due volte il progetto sia stato bocciato dalla commissione edilizia comunale, si sia andati comunque al voto del Consiglio comunale;
e) come mai viene completamente ignorato l'articolo 50, quinto comma della legge regionale n. 61/1985;
f) se sia possibile che in presenza di uno smantellamento dell'ospedale di Noale (distante 3 km.) con chiusura del pronto soccorso, che ha causato gravissimi problemi a tutta la cittadinanza, si vadano ad elargire fondi regionali, in base all'articolo 20 legge n. 67/1988, con richiesta del Comune di Scorzè, prot. n. 16266 del 22 settembre 1997, per costruire una nuova e vicina RSA e non si adegui viceversa lo stesso ospedale, con mantenimento quindi di tutti i servizi a favore dei quali la popolazione ha più volte manifestato;
g) se sia possibile, quindi, che tutto questa sfugga alla programmazione regionale.

UNA NUOVA CACCIA ALLE STREGHE: ESPLODE IN ITALIA, MA SOPRATTUTTO NEL VENETO, L'ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI UTERO E OVAIE

INTERPELLANZA N. 369

INTERPELLANZA
presentata il 23 febbraio 1999 dal consigliere BOATO

Prot. n. 1810 del 23 febbraio 1999

Premesso che:
la Scuola di specializzazione, il Master europeo e il Centro di formazione in diritti umani dell'Università di Padova hanno organizzato recentemente un dibattito pubblico, con lunghissima partecipazione soprattutto di donne, per denunciare la reiterata violazione al mantenimento della propria integrità psicofisica che si attua in Italia e soprattutto nel Veneto con l'abuso degli interventi chirurgici di asportazione dell'utero (isterectomie) e dell'apparato ovarico (annessiectomie);
i dati di base di questa denuncia sono sconvolgenti e sono il frutto di una lunga ricerca di Mariarosa Dalla Costa, docente di sociologia all'Università di Padova, pubblicata col titolo "Isterectomia" da Franco Angeli a fine 1998 con la collaborazione, tra le altre, della professoressa Daria Minucci ginecologa e docente all'Università di Padova;
da questa ricerca risulta che in Italia dal 1994 al 1997 le isterectomie sono passate da 38.000 a 68.000 l'anno (cioè quasi raddoppiate) toccando quasi una donna su cinque;
nel Veneto dal 1993 al 1996 le asportazioni chirurgiche dell'utero sono passate da 5.909 (poco meno di un sesto del totale in Italia) a 6.685, tanto che una donna su quattro nella nostra regione corre il rischio di subire tale operazione;
questo enorme e crescente ricorso all'isterectomia non si spiega con il diffondersi improvviso di patologie particolarmente invalidanti, bensì con un approccio ginecologico di tipo meccanicistico, praticato da medici (in larga maggioranza maschi) che, ritenendo superflui utero e ovaie con l'avvicinarsi della menopausa, propongono l'intervento più in base all'età che al tipo di disturbo, con un'ottica di tipo "aziendale" (si fa prima a togliere che a curare, cioè costa meno al sistema sanitario);
le metrorragie disfunzionali (emorragie extra-mestruali) e i fibromi rappresentano rispettivamente il trentacinque per cento e il trenta per cento delle cause di isterectomia, ma in realtà solo in pochi e ben determinati casi dovrebbero esserlo: di regola infatti sono risolvibili con terapie e interventi non chirurgici. I piccoli fibromi, poi, se non provoca-

no dolori, non necessitano di alcun trattamento;
è tempo di rendere pubblici i rischi ed i danni di tali interventi demolitori del corpo femminile, in modo che li si accetti solo nei pochi casi in cui non vi siano valide alternative terapeutiche;
vi sono precise responsabilità del medico in campo civile e penale nel caso di abuso dell'isterectomia, derivante da un rapporto medico–paziente molto viziato.
Tutto ciò premesso il sottoscritto consigliere regionale verde Michele Boato
chiede alla Giunta regionale ed in particolare all'Assessore alla sanità Braghetto
di:
a) ricercare la spiegazione di dati alti e per di più in crescita di interventi chirurgici spesso non necessari;
b) dare chiare indicazioni alle strutture sanitarie della regione perché mettano in atto correzioni ai meccanismi che possono contribuire a provocare questa moderna "caccia alle streghe".

LA STRADA STATALE DEL SAN BOLDO NON PUÒ RIMANERE CHIUSA: RIPARTE LA TELENOVELA?

INTERPELLANZA N. 370

INTERPELLANZA
presentata il 23 febbraio 1999 dal consigliere BOATO

Prot. n. 1811 del 23 febbraio 1999

Premesso che:
– per troppi anni le popolazioni dei comuni di Cison di Valmarino (Tv) e di Trichiana (Bl) hanno dovuto sopportare la chiusura della statale 635 del Passo San Boldo, per motivi solo in parte reali e in buona parte legati ad interessi privati, disorganizzazione, superficialità degli enti e uffici statali che dovevano riportare al pieno funzionamento la strada;
– ora la strada è stata di nuovo chiusa dall'ANAS prendendo come pretesto l'incendio del 2 febbraio 1999, che in realtà ha bruciato solo sottobosco e nessun albero;
– con l'incendio dell'erba è venuta allo scoperto qualche cengia che già in precedenza era in parte poco stabile e questo è bastato per far decretare la nuova chiusura di una strada vitale per migliaia di persone;
– per fortuna è intervenuto il Genio civile regionale che, con un immediato stanziamento di 100 milioni, ha iniziato il lavoro di riassestamento delle cenge con una squadra di rocciatori;
– le popolazioni però giustamente temono che i lavori si protraggano nel tempo e l'ANAS riprenda la telenovela della chiusura come negli anni scorsi;
il sottoscritto consigliere regionale verde Michele Boato
chiede alla Giunta regionale e in particolare all'Assessore ai lavori pubblici e alla difesa del territorio Fontana
di dare la massima priorità a questo intervento per permettere l'immediata riapertura della strada.

SI POTRÀ MONTARE CON LE BICI IN METROPOLITANA: È UNA PROMESSA VERA O UNA PIA ILLUSIONE?

INTERPELLANZA N. 371

INTERPELLANZA
presentata il 23 febbraio 1999 dal consigliere BOATO

Prot. n. 1812 del 23 febbraio 1999

Premesso che:
– alla conferenza stampa di presentazione della Metropolitana ferroviaria regionale, l'Assessore ai trasporti ha dichiarato che su tutti i nuovi TAF, Treni ad alta frequentazione, che collegheranno le città del Veneto orientale (Venezia, Mestre, Padova, Treviso, Castelfranco, Conegliano, etc.) "si potrà viaggiare con la bici";
– si tratta di una notizia importantissima, che permetterebbe di ridurre ulteriormente il traffico automobilistico, sia nella città di origine che in quella di destinazione;
– però ci risulta che in tutti i TAF finora prodotti e messi in circolazione in Italia, come quello presentato venerdì 19 febbraio 1999 nella stazione di Venezia, non si possono caricare le biciclette;
– più volte le associazioni degli Amici della bicicletta di Torino e di altre città hanno sollevato il problema e, alla Società delle Ferrovie incaricata delle commesse del materiale rotabile (ASA – Treni metropolitani e regionali – Ufficio committenza materiale rotabile) con sede a Firenze, è stata chiesta la modifica dei treni, ma senza ottenere alcuna risposta;
il sottoscritto consigliere regionale verde Michele Boato
chiede alla Giunta regionale e in particolare all'Assessore ai trasporti Bazzoni
di risolvere la questione per tempo (cioè subito) prima che partano le nuove commesse, in modo da far modificare almeno un elemento per ogni treno; altrimenti la sua promessa sarà stata del tutto vana.

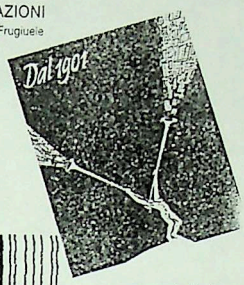
L'ECO DELLA STAMPA®
AGENZIA DI RITAGLI E INFORMAZIONI
DA GIORNALI E RIVISTE Direttore L. Fragnuele
ECOSTAMPA
MEDIA MONITOR SpA
VIA G. COMPAGNONI 28 - 20129 MILANO
TEL. (02) 748.113.1 r.a.
FAX (02) 76.110.346 - 76.111.051
Cas. Post. 12094 - 20120 Milano
L'ECO DELLA STAMPA
Reg. Stampa Trib. Milano n. 6660 del 30.9.1964
Dal 1901
mensile
0507458 21T12852F 05 33PLA113
MODUS VIVENDI
VIA CATALANA 1/A
00186 ROMA RM
n. 3 APR-99

La Scuola di specializzazione, il Master europeo e il Centro di formazione in Diritti umani dell'Università di Padova hanno organizzato recentemente un dibattito pubblico, con larghissima partecipazione soprattutto di donne, per denunciare la reiterata violazione al mantenimento della propria integrità psicofisica che si attua in Italia e soprattutto nel Veneto con l'abuso degli interventi chirurgici di asportazione dell'utero (isterectomie) e dell'apparato ovarico.
I dati di base di questa denuncia sono sconvolgenti e sono il frutto di una lunga ricerca di Mariarosa Dalla Costa, docente di Sociologia all'Università di Padova, pubblicata col titolo *Isterectomia* da Franco Angeli a fine 1998 con la collaborazione, tra le altre, della professoressa Daria Minucci, ginecologa e docente all'Università di Padova.
Da questa ricerca risulta che in Italia dal 1994 al 1997 le isterectomie sono passate da 38.000 a 68.000 l'anno (cioè quasi raddoppiate) toccando quasi una donna su 5 entro i 64 anni; nel Veneto dal 1993 al 1996 le asportazioni chirurgiche dell'utero sono passate da 5.909 (poco meno di un sesto del totale in Italia) a 6.685, tanto che una donna su quattro nella nostra regione corre il rischio di subire tale operazione: il doppio della già alta media nazionale. Per fare un paragone, in Francia siamo a un caso ogni 25 donne.
Questo enorme e crescente ricorso all'isterectomia non si spiega con il diffondersi improvviso di patologie particolarmente invalidanti, bensì con un approccio ginecologico di tipo meccanicistico, praticato da medici (in larga maggioranza maschi) che, ritenendo superflui utero e ovaie con l'avvicinarsi della menopausa, propongono l'intervento più in base all'età che al tipo di disturbo, con un'ottica di tipo "aziendale" (si fa prima a togliere che a curare, cioè costa meno al sistema sanitario) Le metrorragie disfunzionali (emorragie extra-mestruali) e i fibromi rappresentano rispettivamente il 35% e il 30% delle cause di isterectomia, ma in realtà solo in pochi e ben determinati casi dovrebbero esserlo; di regola infatti sono risolvibili con terapie e interventi non chirurgici. I piccoli fibromi, poi, se non provocano dolori, non necessitano di alcun trattamento.
Penso sia tempo di rendere pubblici i rischi e i danni di tali interventi demolitori del corpo femminile, in modo che li si accetti solo nei pochi casi in cui non vi siano valide alternative terapeutiche.
Vi sono precise responsabilità del medico in campo civile e penale nel caso di abuso dell'isterectomia, derivante da un rapporto medico - paziente viziato.
Credo che l'Assessore alla Sanità del Veneto dovrebbe ricercare la spiegazione di dati così alti e per di più in crescita di interventi chirurgici spesso non necessari e dare chiare indicazioni alle strutture sanitarie della regione perché mettano in atto correzioni ai meccanismi che possono contribuire a provocare questa moderna "caccia alle streghe".

Michele Boato
consigliere regionale veneto

Da Modus vivendi, marzo '99, foto di apertura del servizio "Geni a sorpresa". *Arch./Modus*

L'ECO DELLA STAMPA
AGENZIA DI RITAGLI E INFORMAZIONI
DA GIORNALI E RIVISTE Direttore I. Frugiuele
ECOSTAMPA
MEDIA MONITOR S.r.l.
VIA G. COMPAGNONI 28 - 20129 MILANO
TEL. (02) 748 113 1 r.a.
FAX (02) 76.110.346 - 76.111.051
Cas. Post. 12094 - 20120 Milano
L'ECO DELLA STAMPA
Reg. Stampa Trib. Milano n. 6663 del 30.9.1964



quotid.
0105365 21T 27F OS 45FERR1
IL GAZZETTINO
VIA TORINO 110
30172 VENEZIA - MESTRE VE
n. 17 21-GEN-99

L'isterectomia e il diritto di essere donna

Domani alle 15 a palazzo Labia, sede della Rai regionale (San Geremia) si terrà il convegno "Isterectomia e diritto della donna all'integrità del proprio corpo", organizzato dall'Università di Padova in occasione della pubblicazione del volume a cura di Mariarosa Dalla Costa "Isterectomia: il problema sociale di un abuso contro le donne" (Milano, Franco Angeli). Il convegno intende denunciare gli oltre 68mila casi in Italia di isterectomia, l'intervento chirurgico con il quale viene asportato l'utero. Parleranno Mariarosa Dalla Costa, Antonio Papisca, Giuseppe Perillo, Paolo Benciolini, Daria Minucci, Eleonora Capovilla, Riccardo Samaritani, Bruno Paccagnella e Lucio Massaces. Coordina la giornalista Rai Milva Andriolli.

L'ECO DELLA STAMPA
AGENZIA DI RITAGLI E INFORMAZIONI
DA GIORNALI E RIVISTE Direttore I. Frugiuele
5
ECOSTAMPA
MEDIA MONITOR S.p.A.
VIA G. COMPAGNONI 28 - 20129 MILANO
TEL. +39 02.748113.1 r.a.
FAX +39 02.748113.444
Cas. Post. 12094 - 20120 Milano
www.ecostampa.it
L'ECO DELLA STAMPA
Reg. Stampa Trib. Milano n. 6660 del 30.9.1964

settim.
0408556 27T13179F OS 30PLA11
ERBA
VIA CARROCCIO 12
20123 MILANO MI
n. 9 19-MAR-99/25-MAR-99

Uteri e ovaie di troppo?

In Italia si tolgono troppi uteri e ovaie? Lo denuncia Mariarosa Dalla Costa, sociologa dell'università di Padova, che ha condotto una ricerca (pubblicata col titolo "Isterectomia" dall'editore Franco Angeli). In Italia dal 1994 al 1997 le isterectomie, ovvero le asportazioni dell'utero, sarebbero passate da 38.000 a 68.000 l'anno; in Veneto, in particolare, sarebbero poco meno di un sesto del totale. Per questo la scuola di specializzazione, il master Europeo e il Centro di formazione in diritti umani dell'università di Padova hanno organizzato un dibattito pubblico, per protestare contro questa "reiterata violazione al mantenimento dell'integrità psicofisica" delle donne. Una delle cause di ciò sarebbe in un approccio ginecologico di tipo meccanicistico, praticato da medici in larga parte maschi.