

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIV LEGISLATURA —————

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

Seduta n. 292

INDAGINE CONOSCITIVA SUL FENOMENO DELL'ENDOMETRIOSI COME MALATTIA SOCIALE

6° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 5 OTTOBRE 2005

Presidenza del vice presidente MASCIONI

INDICE**Audizione di persone esperte su tematiche attinenti alla materia in esame**

PRESIDENTE	Pag. 3, 11		* BALDARO VERDE	Pag. 3, 6, 9
* BIANCONI (FI)	9		* VITTORI	5, 6, 7 e passim

N.B. Gli interventi contrassegnati con l'asterisco sono stati rivisti dall'oratore.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democratici di Sinistra-l'Ulivo: DS-U; Forza Italia: FI; Lega Padana: LP; Margherita-DL-l'Ulivo: Mar-DL-U; Per le Autonomie: Aut; Unione Democratica e di Centro: UDC; Verdi-l'Unione: Verdi-Un; Misto: Misto; Misto-il Cantiere: Misto-Cant; Misto-Comunisti Italiani: Misto-Com; Misto-Democrazia Cristiana per le Autonomie: Misto-DC-Aut; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-La Casa delle Libertà: Misto-CdL; Misto-Lega per l'Autonomia lombarda: Misto-LAL; Misto-MIS (Movimento Idea Sociale): Misto-MIS; Misto-Nuovo PSI: Misto-NPSI; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-PRI; Misto-Rifondazione Comunista: Misto-RC; Misto-Socialisti democratici Italiani-Unità Socialista: Misto-SDI-US; Misto Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.

Intervengono la professoressa Jole Baldaro Verde, presidente del Centro interdisciplinare per la ricerca e la formazione in sessuologia e della Federazione italiana di sessuologia scientifica di Genova ed il professor Giorgio Vittori, direttore dell'unità operativa complessa della Divisione di ginecologia dell'Ospedale San Carlo di Nancy di Roma, nonché rappresentante della Società italiana ginecologia e ostetricia (SIGO).

I lavori hanno inizio alle ore 14,40.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di persone esperte su tematiche attinenti alla materia in esame

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sull'endometriosi come malattia sociale, sospesa nella seduta del 28 settembre scorso.

È oggi in programma l'audizione della professoressa Jole Baldaro Verde, presidente del Centro interdisciplinare per la ricerca e la formazione in sessuologia e della Federazione italiana di sessuologia scientifica di Genova, e del professor Giorgio Vittori, direttore dell'unità operativa complessa della Divisione di ginecologia dell'Ospedale San Carlo di Nancy di Roma, nonché rappresentante della Società italiana ginecologia e ostetricia.

Ringrazio i nostri ospiti per avere accolto il nostro invito e cedo subito la parola alla professoressa Baldaro Verde.

* **BALDARO VERDE.** Come medico sessuologo m'interessa comprendere il significato odierno del rapporto sessuale nella coppia.

Oggi la sessualità umana è considerata culturale e, in quanto tale, non è più finalizzata solo alla procreazione ma alla qualità della relazione. Come è noto la rivoluzione culturale, che ha visto il suo apice nel mitico '68 ha modificato completamente il significato della sessualità all'interno della coppia che deve poter godere di un rapporto sessuale «erotico», vale a dire che il piacere dovrebbe essere creativo e soprattutto condiviso.

In passato molto spesso la donna subiva un matrimonio concordato tra famiglie e dove il suo consenso non era richiesto. Il primo rapporto sessuale, di conseguenza poteva diventare addirittura uno «stupro».

Anche se nell'ultimo secolo è stato prima permesso, poi favorito, il matrimonio basato sull'amore, l'influenza della cultura cattolica non ha di molto cambiato il rapporto coniugale.

Alla donna veniva insegnato che era suo ruolo e compito accettare il rapporto sessuale come «dovere coniugale», tutte le volte che il marito lo richiedeva e questo anche quando era doloroso.

Non sempre queste donne desideravano avere figli perché provviste di «istinto materno», li facevano perché una donna veniva considerata degna di questo nome solo se era stata scelta come moglie e diventava, più volte madre.

Dal punto di vista psicologico, partendo dagli studi dei coniugi Harlow, ho denominato queste donne Ale madri di fil di ferro. Si curavano materialmente dei figli, ma non avendoli desiderati, non li «accettavano» con amore. Il tipo di cure materne la figura incidono sulla sessualità del figlio, sia maschio che femmina. La dispaurenia non veniva quindi nemmeno presa in considerazione come «disturbo sessuale» da un mondo medico che riteneva solo la sterilità femminile problema da affrontare!

E veniamo ad oggi. Mi è stata inviata da una collega ginecologa una donna affetta da dispaurenia che da sei anni ne sopportava le conseguenze e, non riuscendo più a tollerare la situazione, era in procinto di lasciare il marito. Questo le provocava gravi crisi di ansia anche perché la famiglia di lei non avrebbe mai accettato questa decisione. D'altra parte, anche il marito, nonostante due figli molto amati da entrambi, nonostante la sua fede cattolica contraria quindi al divorzio, sentendosi vissuto come aggressore dimostra difficoltà ad accettare i continui rifiuti della moglie al rapporto sessuale e a rinunziarvi.

Nei casi di dispaurenia, il rapporto intimo, che dovrebbe rappresentare lo scambio dei doni più preziosi quali il piacere, la complicità, l'intimità, si trasforma in un momento di aggressione dell'uomo verso la donna dove il dolore diventa un vissuto di «pericolo» minando l'intesa della coppia.

Le due persone di cui parlavo avevano forti valori e interessi comuni nonché, come detto, due figli. Lei, nonostante il disturbo, presente fin al primo rapporto e sempre presente nell'arco dei sei anni di matrimonio, ha voluto il secondo figlio proprio nella speranza che la situazione migliorasse. A mio sommesso avviso non si deve mai decidere di avere figli solo nella speranza di riuscire a porre rimedio alle difficoltà insorte nella coppia. Nel caso specifico, la donna voleva lasciare il marito già dopo il primo figlio, ma non lo ha fatto non sentendosene pronta per motivi culturali (vivono in un piccolo paese dove la condizione di donna divorziata non è facile), familiari e religiosi.

Il secondo figlio ha solo peggiorato la situazione, la dispaurenia è sempre presente e il dolore nel rapporto sessuale rappresenta una patologia poco conosciuta dalle donne e non da tutti i ginecologi oltre che scarsamente diffusa dai *media*.

Più volte mi sono chiesta perché in un programma come «Elisir», condotto del professor Mirabella, non si potesse dedicare una puntata a tutti i disturbi sessuali maschili e femminili di cui generalmente si discute solo tra amiche e, per cultura e per vergogna, raramente anche con il medico. Una volta questi fenomeni non si conoscevano e dei rapporti sessuali

non si parlava. Ancora oggi tuttavia, le ragazze che vivono nei piccoli paesi non parlano con le proprie madri delle ragioni dei dissidi determinatisi con i propri compagni, soprattutto se afferenti a problematiche attinenti al rapporto sessuale.

Non si riesce ad addivenire a una soluzione, sino a che non s'incontra un ginecologo informato il quale, a fronte di un'anamnesi da cui emerge il dolore nel rapporto sessuale, sollecita l'intervento di un sessuologo. In tal senso va però rilevato che tra i sessuologi medici e i sessuologi psicologi esistono delle differenze e che quasi sempre questi ultimi tendono ad interpretare il dolore come un problema relazionale della coppia. Da un certo punto di vista, tale problema realmente esiste. Il dolore infatti evoca un'aggressività del maschile verso il femminile e provoca il rifiuto di quest'ultima al rapporto. Di contro, come tutti d'altronde, l'uomo vive malissimo tale rifiuto. Di qui la progressiva rottura della coppia.

Da ciò si evince che si tratta di una patologia che si situa «a monte» del disturbo e che deve essere affrontata in termini prima medici e poi anche psicologici. Si tratta cioè di un'endometriosi. Il sessuologo dovrebbe sempre verificare insieme a un ginecologo la correttezza della diagnosi e viceversa.

Nei casi in cui si è affetti per un lungo periodo da dispareunia il rapporto di coppia si altera anche dal punto di vista della comunicazione e della relazione; di conseguenza, l'intervento dello psicologo è quanto mai indispensabile.

* *VITTORI*. Signor Presidente, signori membri della Commissione, buongiorno e grazie per avermi invitato a partecipare a quest'audizione. Peraltro, mi sento doppiamente onorato in quanto invitato personalmente e delegato da tutti i ginecologi italiani che sono circa 10.000.

La professoressa Baldaro Verde ha trattato aspetti assolutamente fondamentali, come l'effetto dell'endometriosi sul rapporto di coppia mediato da dispareunia.

In primo luogo, vorrei dare un'idea su questa complessissima patologia che necessita di due tipologie di intervento. È in primo luogo necessario il parere generale del ginecologo ma è altrettanto importante l'atteggiamento diagnostico del Sistema sanitario nazionale che, ove modificabile, potrebbe migliorare in maniera significativa l'andamento di tale malattia.

In poche parole, l'endometriosi deve essere affrontata dal ginecologo ed essere oggetto di pronuncia anche da parte dei rappresentanti del Sistema sanitario nazionale; le pazienti devono avere modo di vedersi rappresentate e i contenitori nazionali di informazione debbono poterla riconoscere. Per questo motivo, l'informazione deve iniziare molto precocemente.

Considerato che intorno ai 15 anni una fanciulla ha le componenti fisiche sia dell'essere donna sia dell'essere adolescente, riteniamo che essa rappresenti il bersaglio ideale di una campagna di informazione, che non sia dedicata all'endometriosi (perché si potrebbe dare adito a preoccupa-

zioni inutili per le nostre figlie e nipoti) ma che faccia parte di un'informazione più generale sulla sessualità femminile. Nell'ambito di tale campagna, si potrebbe veicolare l'informazione relativa all'endometriosi, in modo da colmare questo scotoma, questo buco nero, questa mancanza di informazioni che è sociale, avendo definito tale patologia malattia di interesse sociale.

Mancando informazione nella scuola, nelle nostre madri, nelle nostre compagne e, di conseguenza, nella generazione dei nostri figli, un sintomo comune, che siamo abituati a considerare normale, quale il dolore durante la mestruazione, non è percepito nella sua accezione più corretta. Il dolore mestruale può essere un sintomo normale ma potrebbe anche essere la prima manifestazione di una malattia che, se trascurata, può esitare negli aspetti patologici più conclamati.

Da un punto di vista pratico, il nostro sistema sanitario è abituato a vedere ragazze di 22-23 anni con una cisti endometriosica di cinque o sei centimetri. Ciò significa che la cisti ha cominciato a crescere quando la paziente aveva 15 anni e magari lamentava alla mamma un particolare dolore mestruale, generando vergogna da parte della figlia, costretta a letto, rannicchiata nel dolore per qualche giorno, e da parte della mamma che, in mancanza di strumenti, era incapace di dare una spiegazione adeguata.

Identica è la posizione del ginecologo che, nella migliore delle ipotesi, nel suo percorso formativo, può acquisire un'informazione specifica durante la specializzazione *post* universitaria. Ciò non di meno, essendo docente di una scuola di specializzazione, posso assicurare che i neospecializzandi non ricevono un'informazione adeguata.

Da questo punto di vista il sistema formativo presenta una lacuna, una carenza, un buco nero che deriva probabilmente da un atteggiamento culturale tipico dei Paesi sviluppati, dove è difficile parlare del proprio dolore e di una malattia paragonabile all'impotenza maschile perché causa difficoltà nei rapporti e nel concepimento, oltre a richiedere cure assolutamente straordinarie da parte del sistema sanitario nazionale.

In Europa il tempo medio che intercorre tra l'insorgenza della malattia e la diagnosi è di circa 8 anni e mezzo. Prima di arrivare alla diagnosi la paziente ha in media sette incontri o contatti con il sistema sanitario nazionale. Ciò significa che sette medici sbagliano nell'indirizzare la paziente o nel valutare la malattia. Ci si rivolge all'ortopedico e al chiropratico per il dolore alla schiena e si va dall'ostetrica o dal ginecologo che sbagliano diagnosi.

* *BALDARO VERDE*. Si va anche dallo psicologo.

* *VITTORI*. E dallo psichiatra trattandosi di malattia che determina depressione.

* *BALDARO VERDE*. Lo psicologo spesso pensa che la ragazza rifiuti la propria identità sessuale e che i forti dolori mestruali siano la conseguenza di un cattivo rapporto con la madre, alla quale ancor oggi, sulla

sessualità, ci si rivolge con vergogna; a volte è argomento di cui non si parla neppure fra amiche.

* *VITTORI*. Non solo, la paziente affetta da endometriosi viene spesso etichettata come isterica e trattata come tale.

Se si confronta l'immagine in diapositiva dell'anatomia normale di una donna con quella dell'anatomia di una donna affetta da endometriosi si possono vedere i tralci fibrosi che sono le aderenze generate dalla malattia, che tende ad autoriprodursi. Non è però questa la sede per dilungarsi sull'eziologia. Quanto raffigurato è solo un *flash* volto a testimoniare come una ragazza affetta da endometriosi sia realmente diversa e debba essere osservata precocemente con occhi diversi.

Il primo momento di un'indagine diagnostica endoscopica si chiama laparoscopia: attraverso un piccolo foro praticato solitamente nell'ombelico si introduce all'interno del corpo una sonda ottica che permette di visualizzare tutto l'apparato addominale e, segnatamente, quello genitale. In tal modo si può constatare la differenza tra un utero normale, che presenta una bella superficie e sembra quasi un bel viso, e un utero malato che sembra invece un volto butterato completamente rovinato. Si distinguono appena le tube e gli ovari che sono completamente avvolti dal tessuto fibroso. Pensare che l'apparato genitale funzioni normalmente in queste condizioni è un miraggio. Certamente, la paziente ha la possibilità di concepire anche spontaneamente, ma la sua capacità fertile si aggira attorno al 50 per cento; ciò comporta che dovrà poi affrontare tutte le problematiche afferenti alla fecondazione assistita.

In Europa, vista la diffusione di circa il 10 per cento, le spese sostenute per il congedo per malattia sono stimate in oltre 22 miliardi di euro. Per il 2005, si prevedono addirittura 30 miliardi di euro per congedi per endometriosi. Poco si sa a proposito del rimborso diagnostico, terapeutico e così via.

Passo velocemente alle richieste che le società di ginecologia desidererebbero venissero prese in considerazione. Osserviamo il tipico percorso di una paziente affetta da endometriosi. Il 38 per cento di queste ragazze ha il primo episodio doloroso a 15 anni; il 60 per cento pensava fossero sintomi normali non endometriosi; il 21 per cento dei medici ha escluso l'endometriosi. Dall'insorgenza della malattia alla diagnosi passano circa 10 anni: 4,6 prima di arrivare al medico (vista la resistenza dell'ambito sociale in cui si vive), altri 4 anni e mezzo abbondanti prima di arrivare alla diagnosi, che poi non è corretta in una rilevante percentuale. Si tratta di dati forniti dall'Associazione americana di endometriosi. Nel 24 per cento dei casi l'endometriosi è stata diagnosticata come sindrome del colon irritabile, quindi come malattia ben diversa; nel 9 per cento dei casi, si è pensato a cause di tipo psicologico. Nel 10 per cento dei casi, queste ragazze sono etichettate come isteriche. Sinceramente, se si trattasse di mia figlia, mi arrabbierei molto se fosse considerata isterica e avesse invece l'endometriosi. Il 35 per cento non è stato informato sulla reale gra-

vità della malattia e il 23 per cento sui problemi di infertilità, altro aspetto importante prima menzionato dalla professoressa Baldaro Verde.

In realtà, la problematica dell'endometriosi è di notevole gravità: generalmente l'uomo che viene informato che la moglie ha l'endometriosi la lascia in una percentuale molto elevata di casi; è molto difficile che assuma un atteggiamento pragmatico e comprensivo nei confronti di una patologia del genere.

Stante il tempo limitato per la mia esposizione, mi soffermerò solo su alcune delle innumerevoli diapositive contenute nella documentazione che consegno agli atti della Commissione. Lo scorso giugno si è tenuto un convegno intitolato «Endometriosi, malattia di interesse sociale», al quale abbiamo invitato tutte le figure che si occupano di tale patologia, quindi Sistema sanitario nazionale, pazienti, società dei consumatori, tribunale dei diritti del malato, politici, giornalisti, oltre che chiaramente ginecologi e medici in formazione, cioè specializzandi che, peraltro, erano presenti in gran numero. Questa è forse la malattia che più sfida il ginecologo perché richiede una grandissima conoscenza della biologia. Il contesto sociale è differente nel tempo quindi va adattato all'atteggiamento diagnostico e terapeutico in funzione delle risorse e dei desideri del paziente; le tecnologie e le tecniche sono importanti.

Vengo dunque all'ultimo aspetto che vorrei trattare in quest'audizione. Ho un *compact disc*, che consegnerò al segretario della Commissione, che contiene circa 400 diapositive frutto dell'esperienza dei più grandi scienziati italiani che si occupano di endometriosi.

Vorrei solo soffermarmi sulla situazione del medico e sulla sollecitazione di una particolare attenzione sul sistema di rimborso dei DRG. Da una tabella elaborata dal Ministero della sanità, in particolare dal dottor Falcitelli, direttore della programmazione precedente, si desume che, in realtà, il DRG in cui cade l'endometriosi è nella maggior parte dei casi il 359, vale a dire «malattia dell'apparato genitale femminile non maligna senza complicazioni». Il rimborso attuale è di circa 2.500 euro per prestazione. Tenendo presente che l'80 per cento di questo DRG è destinato al rimborso delle spese fisse (pagamento dei medici e del personale alberghiero e infermieristico), la prestazione si offre con il restante 20 per cento. Faccio inoltre presente che nella Regione Lazio questo DRG è stato abbattuto del 20 per cento, per cui le donne affette da tale patologia non hanno la possibilità di essere trattate in maniera adeguata. Quest'aspetto è molto importante.

A ciò si aggiungono la situazione del medico e tutta la problematica delle assicurazioni che ben conoscete. Ciò posto, le richieste della Società italiana di ginecologia e ostetricia, e mie in particolare come *past president* della Società italiana d'endoscopia ginecologica, che per tradizione tratta questo tipo di patologia, sono le seguenti: istituire un percorso specifico per la paziente affetta da endometriosi; rivalutare i DRG ostetrico-ginecologici che si occupano dell'endometriosi; considerare l'endometriosi, per tutte le premesse precedentemente accennate, una malattia d'interesse sociale; prevedere specifici percorsi diagnostico-terapeutici. Ri-

corro a una terminologia a metà strada tra il gergo tecnico e quello istituzionale.

* *BIANCONI (FI)*. Signor Presidente, anzitutto ringrazio gli auditi per le relazioni svolte. I dati illustrati sono confortanti, essendo analoghi a quelli sinora raccolti nel corso delle nostre audizioni. Per tale ragione sono molto contenta che questa Commissione abbia posto l'accento sull'endometriosi al fine di considerarla una malattia sociale.

Vi è però un interrogativo al quale non riesco a dare una risposta plausibile. Sapendo dell'esistenza di una possibile percentuale di donne sofferenti non isteriche né matte tanto meno affette da patologie tumorali, come mai ai medici che visitano queste pazienti non sorge il dubbio che siano malate di endometriosi? Dai racconti sinora ascoltati emerge come tale patologia sia considerata rarissima e assolutamente sconosciuta. In presenza però di diapositive come quelle che ci sono state oggi illustrate viene spontaneo esclamare che si è completamente sbagliati. È mai possibile che in nessun medico di medicina generale (non mi riferisco al pediatra) o ginecologo sorga il dubbio della presenza di una patologia del genere? Se tale dubbio emergesse probabilmente la media di nove anni di ritardo nella diagnosi si potrebbe abbassare a sei anni, possibilmente anche con qualche intervento in meno rispetto a quelli cui sono normalmente sottoposte le donne affette da tale malattia. Del resto, come rilevava il professor Vittori, si tratta di un problema culturale e di formazione.

PRESIDENTE. Vorrei anch'io aggiungere una considerazione. Affrontiamo l'argomento in discussione perché ci preoccupiamo degli effetti sociali che questa grave patologia produce. Scorrendo velocemente la relazione, mi ha però colpito il dato finanziario che indica miliardi di euro perduti per ritardata diagnosi. Gradirei qualche delucidazione in più sul punto.

* *BALDARO VERDE*. Signor Presidente, questa situazione è frutto di una lunghissima storia. Per i ginecologi, soprattutto se anziani, il piacere e la sessualità della donna non hanno fatto parte della loro formazione. Sono medico e ho studiato tanti anni fa quando la ginecologia, per quanto riguardava la sessualità, era dedicata ai soli problemi della sterilità della gestazione e del parto.

Negli ultimi cinquant'anni è stato compiuto un grande balzo culturale non da tutti accettato e le cose sono cambiate anche nella facoltà di medicina.

Nelle scuole, tuttavia, non è ancora prevista l'educazione sessuale; non si può, né si riesce a parlare di alcuni argomenti senza finire al litigio. La vergogna legata alle mestruazioni (un periodo di «impurità») rappresenta per le donne ancora un triste bagaglio. Insegno nella scuola di specializzazione in ginecologia e la vergogna legata alle mestruazioni rappresenta per le donne ancora un triste bagaglio.

Insegno nella scuola di specializzazione di ginecologia di Pisa e mi rendo conto che tre lezioni di sessuologia servono a poco, dovrebbero essere in un numero equivalente ad un intero anno accademico. È necessario un cambiamento di mentalità.

Il medico, e non solo il ginecologo, dovrebbe iniziare a pensare all'identità sessuale come parte integrante della personalità umana e all'atto sessuale come legato al piacere (che ancora, per molti, rappresenta un peccato quasi mortale) piuttosto che al dolore, come purtroppo accadeva in passato.

In questo senso la sessuologia dovrebbe far parte integrante dello studio nella facoltà di medicina.

VITTORI. La ringrazio per la domanda che è affascinante. Ho una quantità infinita di materiale da mostrare che allegherò alla documentazione che consegnerò agli atti della Commissione. Nel CD che consegnerò sono contenute circa 500 pagine realizzate da studiosi italiani, tra i migliori esperti del mondo sull'endometriosi. Senatrice Bianconi, Presidente, i ritardi nelle diagnosi e i costi misconosciuti legati alle indagini dipendono da molti fattori. Innanzi tutto, ricordo che solo nel 1951 la mortalità materna era pari a 300 per 100.000 persone. Questi sono i dati relativi al periodo in cui il Servizio sanitario nazionale ha iniziato ad operare prepotentemente, modificando la realtà di allora. Nel sud esistono Paesi, non tanto distanti da qui (mi riferisco al viterbese) in cui si nasceva o si moriva a casa quando, in realtà, un tessuto già esisteva; questo, evidentemente, influenza le statistiche.

Nei 15 anni successivi al *boom* degli anni '50-'60, legati al concepimento piuttosto precoce – e, forse, più fisiologico – attestato intorno ai 25-30 anni, la gravidanza è stata posposta in modo diverso rispetto al passato. Gli anticoncezionali in quanto tali, ad esempio, non esistevano fino a questo secolo; si utilizzavano vari sistemi anticoncezionali, ma fondamentalmente le donne vivevano meno e concepivano prima. Tutto ciò ha slantizzato questo tipo di malattia.

Senatrice Bianconi, faccio il chirurgo pelvico della donna dalla mattina alla sera; vengo dalla sala operatoria. Come ben sa il presidente Tomassini, la necessità di affrontare questo problema è nata proprio in virtù del fatto che si tratta di una realtà troppo pesante per essere affrontato e risolta dal solo ginecologo.

Cosa s'intende per sinergia istituzionale? In una delle *slides* contenute all'interno del CD che consegnerò alla Commissione, sono riportati alcuni dati rilevati negli Stati Uniti dai quali risulta evidente che nel 1994 l'età media della diagnosi era di 32 anni. In meno di 10 anni, fornendo una maggiore informazione, tale indicatore si è spostato di sei anni. È davvero straordinario il risultato conseguito dagli americani, pragmatici come al solito; risultato che naturalmente presenta luci ed ombre ma si basa su una maggiore e più precoce informazione dell'adolescente rispetto all'endometriosi. Ciò genera, a propria, volta un sistema d'informazione basato sul gioco dell'offerta-richiesta. In altri termini, se l'adoles-

scente chiede al ginecologo informazioni a proposito dell'endometriosi, tutto il sistema si sposta di sei anni avanti. Ciò è dovuto ad una consapevolezza maggiore, ad un mondo più libero in cui è più facile confessare di avere una malattia del genere, forse anche perché valutata da un punto di vista economico. Infatti, in un mondo dove manca la protezione sociale che esiste invece in Europa, l'assenza dal lavoro è certamente un fattore discriminante. Nella migliore delle ipotesi, la lavoratrice assente viene discriminata perché non percepisce il salario del giorno non lavorato; vi sono ancora casi in cui per ragioni di questa natura si rischia il licenziamento. Questo è un atteggiamento attivo.

Vi suggerisco di leggere la relazione che abbiamo chiesto di predisporre alla professoressa Degennaro, che è una demografa, contenuta nel già citato CD. Progettando il congresso ho chiesto alla professoressa Degennaro una valutazione del fenomeno come solo un demografo sa fare, quindi con un occhio più distaccato, e devo ammettere che, effettivamente, i dati emersi sono straordinari. Sono stati analizzati il percorso della paziente, il costo di una visita, quanto deve sopportare, quanto viene a costare una terapia. Sono dati su cui riflettere che indicano anche il costo di un atteggiamento passivo nei confronti di malattie di questo genere per il Sistema sanitario. Senatrice Bianconi, io stesso sono colto dalla sua stessa meraviglia. Nella scuola di specializzazione da me frequentata, l'endometriosi riguardava due sole pagine della mia formazione. Oggi eseguo il 50 per cento delle mie procedure su pazienti affette da endometriosi e ne eseguo 1.500 l'anno. Cresco con queste donne e ho un *pathos* particolare nei confronti della paziente che cresce con me e alla quale devo fornire sempre le risposte migliori, crescendo insieme. Non ho la bacchetta magica per riuscire a guarirle.

In conclusione, mi permetto di salutarvi lasciando a lei, signor Presidente, due copie della richiesta d'inclusione dell'endometriosi nelle malattie d'interesse sociale firmate dai presidenti di tutte le società ginecologiche italiane.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti per essere intervenuti. È stato un incontro davvero molto interessante di cui certamente faremo tesoro.

Dichiaro conclusa l'audizione e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 15,25.

