

Donne e ospedale, una realtà da migliorare

di Cristina Corbetta

«**S**i sente il bisogno di affrontare in modo interdisciplinare le varie fasi della vita della donna, preparando un'offerta competente di salute per la pubertà, per l'età fertile, per la menopausa e per la senescenza». Alberto Costa, del Centro di Senologia della Svizzera italiana, ha aperto così il convegno "Donne e ospedale, una realtà da migliorare", organizzato recentemente a Milano dall'Osservatorio Nazionale sulla salute della donna presieduto da Francesca Merzagora.

Il convegno milanese è stato l'occasione per un confronto tra diverse realtà ospedaliere di eccellenza al femminile, le cui esperienze sono pronte per essere esportate in altre realtà, per garantire alle donne che, se proprio è necessario fare ricorso alla struttura ospedaliera, possano trovarvi un ambiente idoneo e cure adeguate. Non a caso nel 2008 Onda ha premiato 96 ospedali italiani con uno, due o tre bollini rosa a seconda delle loro caratteristiche "al femminile".

Ma molto resta da fare, a partire dalle significative differenze tra regioni italiane. «Prendiamo ad esempio gli screening oncologici» spiega Walter Ricciardi Ordinario di Igiene e Medicina Preventiva dell'Università Cattolica di Roma «che sono illuminanti sulle differenze di salute. Quando, come succede nel Centro-Nord, i programmi organizzati di prevenzio-

L'Osservatorio Nazionale sulla salute della donna ha organizzato il primo convegno in Italia sul tema del rapporto tra donne e strutture sanitarie, che ha individuato nell'integrazione dei servizi la strada da percorrere

In età avanzata le donne presentano una più alta prevalenza di patologia cronica e necessitano più frequentemente di ricoveri ospedalieri

Ancora troppo vasto il divario nord sud Italia nelle cure alle donne

ne secondaria del cancro della mammella o della cervice uterina riescono a coprire fasce importanti di popolazione, in alcuni casi la quasi totalità delle donne a rischio, la mortalità per queste patologie subisce un'importante riduzione, anche in presenza di casi in aumento per l'intensificarsi dei fattori di rischio come il fumo, la cattiva alimentazione, la sedentarietà. Ove questi programmi non vi sono o sono inadeguati, le donne arrivano alla diagnosi in fase più tardiva: ci si ammala magari di meno, ma si muore di più».

Secondo Ricciardi, anche l'analisi sulla disabilità evidenzia dati preoccupanti soprattutto per il Sud: «Se infatti il 4,8% della popolazione italiana risulta affetta

Bollini rosa agli ospedali italiani

Disponibile il nuovo bando

È disponibile dallo scorso 1° dicembre il bando 2009 del progetto "Ospedale Donna", l'iniziativa di Onda (Osservatorio nazionale sulla salute della donna), giunta ormai alla terza edizione, per l'assegnazione dei Bollini Rosa agli ospedali italiani. Un bando rinnovato e migliorato grazie alla maggiore esperienza, anche alla luce delle 'site visit' di verifica svolte quest'anno. A questo si aggiungono nuovi criteri di selezione, una griglia

più severa per la classificazione degli ospedali, ma soprattutto una Commissione di valutazione integrata dalla presenza dell'on. Francesca Martini, Sottosegretario al Welfare con delega alla salute. Infine è stata prevista la possibilità di partecipare anche ai circa 40 ospedali esteri di lingua italiana distribuiti in tutto il mondo (Argentina, Brasile, Paraguay, Perù, Uruguay, Canada, Egitto, Eritrea, Giordania, Israele, Marocco, Siria, Turchia). Il bando è disponibile sul sito www.ondaosservatorio.it e deve essere compilato e inviato entro il 31 marzo 2009 all'indirizzo email: relazioniesterne@ondaosservatorio.it. Contestualmente al bando è stata pubblicata la Guida 2007-2008 con i 140

da disabilità grave, la maggior parte dei disabili è costituita da donne anziane che vivono da sole con una percezione molto negativa del loro stato di salute (il 56% dichiara di sentirsi male o molto male). Vi è una maggiore presenza di disabili nelle Puglie e in Sicilia, mentre le province di Trento e Bolzano fanno registrare il dato più basso; e la maggior parte delle famiglie con disabili non assistite dai servizi pubblici è al sud».

In Italia l'attesa di vita alla nascita è di 83,9 anni per le donne e 78,3 anni per l'uomo; tra i centenari il rapporto donne-uomini è di 4 a 1; ma in età avanzata le donne presentano una più alta prevalenza di patologia cronica e necessitano più frequentemente di ricoveri ospedalieri. In particolare, ha spiegato Carlo Vergani dell'Università degli studi di Milano, la donna anziana sul territorio è più sola (sopra i 65 anni il 47% delle donne sono vedove, contro il 12% degli uomini), presenta più artropatie che limitano la sua attività, esce meno di casa, è più depressa, usa più farmaci, in particolare ansiolitici e analgesici.

Se questa è la situazione, e se a questo si aggiunge la specificità femminile nei periodi dell'adolescenza, della maternità e della

menopausa, è evidente che l'ospedale non può prescindere dall'aver la massima considerazione per le differenze di genere. Ma come intervenire per attivare servizi sanitari al femminile?

«La parola d'ordine» spiega Giorgio Fiorentini dell'Università Bocconi di Milano «è "integrazione". Nel senso che occorre lavorare per un ospedale "women friendly", classificabile rispetto al processo di erogazione dei servizi. È necessario individuare un insieme di risorse (input) combinate al meglio (efficienza) e che producono un risultato intermedio (output efficace) che crea un risultato finale (outcome) che soddisfi i bisogni di salute al femminile». Una cultura al femminile dell'ospedale deve rispondere a precise scelte organizzative e gestionali, tra cui l'attivazione di un'accessibilità logistica e psicologica delle donne, la creazione di audit interni che creino simmetria tra offerta e domanda di servizi sanitari al femminile, l'avvio di meccanismi operativi che stabilizzino percorsi di servizi di genere. Secondo Fiorentini una strada percorribile è quella della creazione di dipartimenti dedicati alla medicina di genere che, integrandosi, hanno un effetto moltiplicatore, con una particolare attenzio-

ne alla domanda di servizi sanitari per donne di diverse etnie.

Su questa strada occorre avere vicina la politica. Laura Bianconi, membro della Commissione Igiene e sanità del Senato, ha sottolineato gli importanti passi compiuti nell'ambito della prevenzione al femminile, sostenuti da scelte legislative importanti. «Un'importante riflessione su come affrontare tutte queste tematiche» ha detto Bianconi «la possiamo fare utilizzando come filo conduttore la parte che riguarda il settore sanitario del Libro Verde sul welfare. Qui è possibile capire che nell'ambito dell'assistenza primaria e della medicina generale diventa indispensabile inquadrare il principio del diritto alla salute in un'ottica di genere. Questo è possibile valorizzando il ruolo e la dignità professionale del medico di base, che è colui al quale le cittadine ricorrono per le prime cure. Dal punto di vista della salute "in rosa" significa che occorre formare con appositi corsi di qualificazione medici più attenti alle esigenze della salute della donna». Da parte sua l'Osservatorio continuerà a lavorare: Francesca Merzagora ha dato appuntamento tra due anni per una ulteriore verifica sulla reale esistenza di caratteristiche a misura di donna degli ospedali italiani.

centri classificati nei primi due anni. Tutti i cittadini possono richiederla telefonando al numero 02.29015286. «Come è noto» spiega la presidente di Onda Francesca Merzagora «il progetto è volto ad identificare realtà clinico-assistenziali, scientifiche e sociali, fortemente all'avanguardia nel panorama sanitario italiano al fine di facilitare la scelta del luogo di cura da parte delle donne. Non solo premiare le strutture che già possiedono caratteristiche a "misura di donna", ma incentivare anche le altre ad adeguarsi nel tempo ai parametri definiti dall'Osservatorio. Alle strutture sanitarie che possiedono i requisiti identificati dall'Osservatorio vengono assegnati dei bollini rosa che attestano il loro impegno nei confronti

delle malattie femminili». I principali requisiti per ottenere la classificazione da parte della Commissione di Onda sono: per ottenere un bollino rosa è necessaria la presenza di unità operative (da 1 a 3) che curano patologie femminili specifiche, la corretta applicazione dei Lea (livelli essenziali di assistenza) con particolare riferimento all'appropriatezza delle prestazioni e l'accreditamento e la certificazione per i requisiti alberghieri e strutturali. Per ottenere due bollini rosa, in aggiunta alle caratteristiche descritte, è necessario che il centro disponga di un Comitato Etico con almeno tre componenti femminili, di più donne in posizione apicale, di caratteristiche multietniche, di personale infermieristico

prevalentemente femminile e di servizi a misura di donna. Per ottenere il massimo del punteggio, tre bollini rosa, ai criteri precedenti si deve aggiungere la presenza di pubblicazioni scientifiche su patologie femminili, l'applicazione della normativa vigente sull'ospedale senza dolore e il controllo del dolore nel parto e l'analgesia ostetrica. La Commissione OspedaleDonna è composta da Laura Pellegrini (Presidente), Adriana Albini, Giuliano Binetti, Maria Luisa Brandi, Cinzia Caporale, Annalisa De Curtis, Flori Degrassi, Maurizio De Tilla, Francesca Martini, Francesca Merzagora, Maria Grazia Modena, Maria Antonietta Nosenzo, Gianna Schelotto, Nicla Vassallo.

Istituto Superiore di Sanità

Il Progetto Nazionale sulla Medicina di Genere

Il Progetto "La Medicina di Genere come Obiettivo Strategico per la Sanità Pubblica: l'Appropriatezza della Cura per la Tutela della Salute della Donna", illustrato il 9 e 10 dicembre scorso all'Iss nell'ambito di un convegno, nasce grazie ai fondi della Ricerca Finalizzata del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali pari a 2,7 milioni di euro. Integra le conoscenze biomediche sulle malattie metaboliche (diabete, aterosclerosi ecc), sulla medicina del lavoro, sulle reazioni avverse ai farmaci, che sono più frequenti e gravi nella donna, con quelle sociali ed economiche per arrivare a programmi di prevenzione e a linee guida genere-mirate.

Partecipano al progetto tre Regioni, di cui due come capofila (Sardegna, Sicilia) e una unità della Regione Toscana, l'Ispesl-

Roma, un'unità dell'Agenzia Servizi Sanitari Regionali, Roma; 2 Irccs (Istituto Dermatologico San Gallicano-Ifo Irccs-Roma, Irccs San Raffaele Pisana-Roma), un Consorzio Interuniversitario - Inbb, 8 Università degli Studi (Cagliari, Firenze, Messina, Modena, Piemonte Orientale-Novara, Roma-La Sapienza, Roma Tor Vergata, Sassari).

Nello specifico, i settori di studio sono:

- Malattie metaboliche e salute della donna: studi patogenetici e approcci terapeutici innovativi (Iss- responsabile S. Vella)
- Ormoni sessuali come determinanti "di genere" nella risposta immune e nello sviluppo di malattie autoimmuni e metaboliche (Istituto Dermatologico San Gallicano-Ifo-Irccs-responsabile M. Piccardò)
- Interferenti endocrini negli ambienti di lavoro e salute della donna

(Ispesl - responsabile A. Pera)

- Malattie iatrogene e reazioni avverse ai farmaci (Regione Sicilia- responsabile A. De Sarro)
- Determinanti della salute della donna, medicina preventiva e qualità delle cure (Regione Sardegna- responsabile F. Franconi).

Alcuni dati

Le donne vivono più a lungo, ma si ammalano di più ed usano di più i servizi sanitari (è il cosiddetto "paradosso donna"). Ad esempio, secondo dati Istat del 2007, il 6% soffre di disabilità che investono le loro funzioni quotidiane (vista, udito, movimento) contro il 3% degli uomini.

Di osteoporosi soffre il 9% delle donne contro appena l'1% degli uomini; di depressione il 7.4% contro il corrispettivo maschile del 3%. Sono sottopeso sono il 5.8% delle donne contro lo 0.9% degli uomini. In tema di fruizione dei

Il Cnb approva il documento "La sperimentazione farmacologica sulle donne"

Sperimentazioni al femminile

Il Comitato Nazionale per la Bioetica nella seduta plenaria del 28 novembre scorso ha approvato il Parere "La sperimentazione farmacologica sulle donne".

Il documento, a partire dall'analisi dei dati sulla sperimentazione clinica sulle donne, rileva la sottorappresentatività nell'arruolamento e la scarsa elaborazione differenziata dei risultati, con particolare riferimento alle patologie non specificamente femminili. Si evidenzia che, sebbene le donne siano le maggiori consumatrici di farmaci, la sperimentazione tende a non tenere in sufficiente considerazione la loro specificità e il cambiamento delle condizioni di salute

femminile, con un conseguente incremento di effetti collaterali.

Il documento analizza le principali ragioni di questa carenza, ne discute le problematiche etiche emergenti e analizza le normative internazionali e nazionali sull'argomento. Il Cnb propone linee bioetiche per una equa considerazione della donna nella sperimentazione, rilevando la necessità di una differenziazione, mostrando i pericoli di una farmacologia "neutrale" ed indifferente rispetto alle

servizi sanitari, sempre l'Istat attesta che il 18% delle donne contro il 14% degli uomini si sottopone a visite generiche; il 16% a visite specialistiche contro il 12.4% degli uomini e che ben il 50.7% delle donne consuma farmaci contro una percentuale maschile del 39.5%.

Il diabete mellito, malattia cronica che affligge il 5-6% della popolazione, colpisce nel nostro Paese soprattutto le donne anziane (oltre i 75 anni) del Mezzogiorno (5,2%), seguite da quelle del Centro (4,5%) e del Nord (3,9%).

Questa malattia elimina purtroppo la protezione conferita alle donne rispetto al rischio di patologie cardiovascolari e in effetti le diabetiche muoiono di più degli uomini diabetici di malattie cardiovascolari (2,2 volte verso 1,7 degli uomini). Negli ultimi anni, per di più, si è osservata una riduzione di mortalità nei maschi ma non nelle femmine.

Ci sono poi malattie autoimmuni che colpiscono prevalentemente il sesso femminile: in Italia, ad esempio, 250.000 donne soffrono di artrite reumatoide; l'asma bronchiale, nella fascia di età 2-5 anni, è più frequente nei maschi (2:1 rispetto alle femmine) per avere un brusco cambio di tendenza dopo 20 anni.

Segno evidente che esistono differenze tra il sistema immunitario maschile e femminile.

differenze sessuali. La donna non può essere assimilata all'uomo, come una mera variabile, ma ha una specificità che la sperimentazione è chiamata a tenere in considerazione per promuovere una medicina che riconosca adeguatamente le pari opportunità uomo/donna. Al fine di incrementare la sperimentazione farmacologia differenziata per sesso, il Cnb propone di sensibilizzare le autorità sanitarie e incentivare le aziende farmaceutiche a sostenere la spe-

Disparità di genere: il rapporto 2008 del World Economic Forum

I Paesi del Nord Europa si confermano in testa alla classifica mondiale dei Paesi con il minore divario di opportunità tra uomo e donna, con Norvegia al primo posto e Finlandia, Svezia e Islanda a seguire. Perdono posizioni alcuni Paesi europei tra cui Germania, Gran Bretagna e Spagna, mentre Olanda, Lettonia, Sri Lanka e Francia risalgono la graduatoria. È quanto emerge dal "Global Gender Gap Report 2008", lo studio del World Economic Forum (Wef) sulle disparità di genere nel mondo. Il rapporto analizza la situazione delle pari opportunità in 130 Stati, tra cui quelli dell'Unione Europea, 23 dell'America Latina, 23 dell'Africa sub-sahariana, 20 dell'Asia e 20 del Medio Oriente e del Nord Africa. I risultati indicano una globale riduzione dei divari di genere nei settori dell'economia, della politica e dell'istruzione, mentre un aumento delle disparità si registra nell'ambito della salute. Il rapporto analizza le disuguaglianze sulla base di quattro importanti indicatori. Il primo, quello economico, esamina la partecipazione delle donne nei diversi ambiti occupazionali, i livelli di guadagno e le possibilità di carriera. Il secondo, relativo all'istruzione, misura il rapporto tra uomini e donne nell'educazione primaria, secondaria e terziaria, nonché il grado di preparazione raggiunto. Il terzo settore, quello del coinvolgimento politico,

esamina la percentuale di donne presenti tra le alte cariche dei diversi Stati, come quelle ministeriali o parlamentari. L'ultima area d'indagine valuta il divario tra uomo e donna rispetto alle condizioni di salute, analizzando le aspettative di vita alla nascita, i maltrattamenti, la malnutrizione e altri importanti fattori sanitari.

L'Italia si colloca alla posizione 67: avanza di 18 posti, ma rimane lontana dalle prime. Il progresso è dovuto soprattutto all'aumento delle donne in Parlamento, nei ministeri e tra i manager. Non vanno male istruzione e partecipazione politica, rispettivamente alla posizione 43 e 46, ma nelle pari opportunità a livello economico, l'Italia si colloca solo alla posizione 83, dopo Paesi come il Botswana e il Burkina Faso. Poco incoraggiante anche la classifica dei parametri legati alla salute, di cui il Bel Paese occupa l'83esima posizione.

Al contrario degli altri parametri, che mostrano un generale progresso, quello relativo alla salute e alla sopravvivenza indica un aumento delle disuguaglianze a scapito delle donne. I maggiori divari sulla salute si registrano in Asia: in particolare in Cina, India, Azerbaijan e Armenia, con l'eccezione della Georgia alla 127esima posizione. Buona la situazione in America Latina: molti Paesi tra cui Argentina, Brasile, Cile e Messico si trovano in prima posizione insieme ad alcuni Stati europei (Austria, Finlandia, Francia, Lettonia e Slovacchia). Anche alcuni Paesi africani registrano punteggi alti per quanto riguarda la salute e la sopravvivenza: Angola, Gambia, Lesoto, Madagascar, Mauritania, Mauritius e Yemen raggiungono la vetta della classifica, superando di gran lunga l'Italia.

rimentazione distinta per sesso, anche se poco redditizia, incentivando progetti di ricerca sull'argomento; promuovere la partecipazione ai trials clinici delle donne con un'adeguata informazione sull'importanza sociale della sperimentazione femminile; garantire una maggiore presenza delle donne come sperimentatori e come componenti dei Comitati etici; sollecitare una formazione sanitaria attenta alla dimensione femminile nell'ambito della sperimentazione

farmacologia, oltre che della ricerca e della cura; incrementare una cooperazione internazionale, oltre che nazionale e locale, con attenzione alla condizione femminile nell'ambito della sperimentazione clinica. Il testo è stato redatto da Laura Palazzani, coordinatrice del gruppo di lavoro, con i contributi di Silvio Garattini e di Laura Guidoni, e la partecipazione di numerosi componenti del Cnb. Il Parere ha ricevuto i consensi dei presenti, con 5 astensioni. S.M.

A Roma il Convegno nazionale Sigo sull'attività fisica al femminile

Le pigre? Più a **rischio di tumori**

Le ragazze sportive d'oggi, rispetto a chi non pratica attività fisica «Non solo» spiega Alessandra Graziottin, Direttore della Ginecologia e Ostetricia del San Raffaele Resnati di Milano «hanno stili di vita nettamente più sani, non fumano, raramente bevono alcolici, non usano sostanze e sviluppano un'immagine corporea nettamente migliore. Inoltre sono due volte meno depresse e possiedono una migliore autostima, anche perché più abituate a mettersi alla prova e ad affrontare gli ostacoli: un' impronta, uno stile, che le accompagnerà tutta la vita». Fino alla menopausa, cui arrivano più in forma e con un minor rischio di osteoporosi e malattie cardiovascolari e oncologiche.

E quando purtroppo capitano i problemi, come ad esempio un cancro, riescono a combatterli con maggior vigore: «Ormai la scienza l'ha provato» afferma Francesco Cognetti, Direttore dell'Oncologia medica del Regina Elena di Roma e Coordinatore della Commissione Oncologica Nazionale «il movimento costante esercita un'importante azione preventiva per tutte le principali neoplasie. E l'incremento dell'attività fisica

Il Convegno promosso dalla Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia con l'obiettivo di favorire la cultura dello sport "in rosa"

Lo sport è un "farmaco" da prescrivere su misura

Un'italiana su due non fa movimento

Ginecologi, medici di Fmsi e Coni: presto linee guida e progetti concreti e misurabili per portare il rapporto ad una su tre entro un anno

dopo una diagnosi di tumore del seno riduce del 45% il rischio di recidive e di morte in queste pazienti rispetto a quelle inattive ed ha un impatto favorevole sulla qualità di vita durante i trattamenti». Eppure le italiane restano insensibili a questi vantaggi, se è vero che ben il 47% non fa movimento e solo il 16% pratica sport con continuità. Come fare per invertire questa tendenza? «Pensare all'attività fisica come a un vero e proprio farmaco: una medicina, da prescrivere in manie-

ra personalizzata, in base alle necessità e alle caratteristiche individuali» spiega Maurizio Casasco, Presidente della Federazione Medico Sportiva Italiana (Fmsi) che, con il Coni, ha patrocinato lo scorso 9 dicembre a Roma il Convegno nazionale della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo) "Sport, risorsa di salute delle diverse età della donna" «Ma non ci si può improvvisare: si rischia di creare effetti indesiderati anche molto pericolosi, come la triade dell'atleta. Per definire il giusto "piano terapeutico" è indispensabile la competenza dello specialista in medicina dello sport, da integrare a quella del ginecologo che invece conosce a fondo le peculiarità e le dinamiche dell'organismo femminile, in tutte le fasi della vita».

«Anche in questo campo» commenta Giorgio Vittori, il presidente della Sigo «vi è la necessità di superare discriminazioni e fragilità. Abbiamo atlete eccezionali, capaci di surclassare i colleghi maschi, ma ancora oggi le loro medaglie valgono meno di quelle degli uomini. Attirare l'attenzione sulle politiche di genere, anche nello sport, rappresenta un modo per affermare la centralità della

donna nella società contro la devalorizzazione delle tematiche e delle prestazioni "al femminile": con il Coni e la Fmsi definiremo vere e proprie linee guida e progetti concreti e misurabili per incentivare la corretta attività fisica nelle donne, con l'obiettivo di ridurre il numero di sedentarie dal 47 al 27% in un anno».

Lo sport al femminile presenta regole e dinamiche peculiari, ancora troppo spesso ignorate o misconosciute non solo dalle protagoniste, ma anche da chi dovrebbe invece educare al movimento, come i genitori, gli insegnanti, gli allenatori, gli stessi medici.

«Nelle giovani tra i 14 e i 19 anni registriamo percentuali di abbandono dell'attività fisica fino al 70%, dovute soprattutto a disagi legati al ciclo mestruale, abbondante o prolungato, o alla dismenorrea, che interferiscono con gli allenamenti e il rendimento agonistico» continua la Graziottin «Un dato che appare paradossale perché è dimostrato che invece proprio lo sport induce una riduzione significativa dei sintomi premenstruali e della dismenorrea, migliora il rapporto con il proprio corpo e con la femminilità». «All'interno del Coni e della Fmsi esiste da tempo una specifica sensibilità sulle problematiche dell'attività fisica al femminile» spiega Casasco «i successi delle nostre portabandiera sono la testimonianza di un lungo percorso all'interno delle Federazioni, e dedicheremo a questo tema anche una sessione del nostro prossimo Congresso nazionale.

Ma questa cultura non è ancora stata assimilata nella vita quotidiana ed è per questo che abbiamo iniziato una collaborazione continuativa con alcune delle figure mediche di riferimento, fra cui cardiologi, diabetologi e, da oggi, ginecologi». Lo sport

riveste un'importanza determinante a tutte le età ma soprattutto in alcuni momenti cruciali della vita di una donna, fra cui l'adolescenza, la maternità e la menopausa.

Un'intera sessione del convegno è dedicata proprio alla questa fase dell'esistenza, particolarmente delicata perché viene meno l'azione protettiva degli estrogeni ed aumenta la vulnerabilità. «Le donne troppo spesso sottovalutano il rischio cardiovascolare, considerandosi "immuni"» spiega Roberto Ferrari, Presidente della Società Europea di Cardiologia «Il 48% delle italiane in menopausa non svolge alcuna attività fisica, il 40% è in sovrappeso, il 49% soffre di ipertensione. Ritengo

quindi particolarmente importante che i ginecologi, i "custodi" della salute femminile, si impegnino attraverso iniziative come questa per migliorare l'informazione su questo fattore di rischio tuttora negletto».

«Al Convegno sono intervenute anche molte atlete - come Margherita Garbassi, Lea Pericoli, Paola Pigni e Veronica Calabrese - per portare la loro diretta testimonianza. «Ma questo non è che l'inizio di un percorso» conclude Vittori «Noi ginecologi, distribuiti capillarmente in tutta Italia, con i medici dello sport e il Coni diventeremo un presidio reale sul territorio, a disposizione di tutte le donne, a favore dell'attività fisica al femminile».

