

ABANO 2018

XXXIII Convegno
di Medicina della Riproduzione

Linee guida in ostetricia
e ginecologia:
dibattiti e riflessioni

22-23 Febbraio
Hotel **Alexander Palace**

Presidenti del convegno:
A. M. Paoletti - F. Vasoin



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA



ABANO 2018

XXXIII Convegno
di Medicina della Riproduzione

Denatalità e riproduzione:
traiettorie convergenti

23-24 Febbraio
Centro congressi **Pietro d'Abano**

Presidenti del convegno:
C. Foresta, A. Lenzi



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

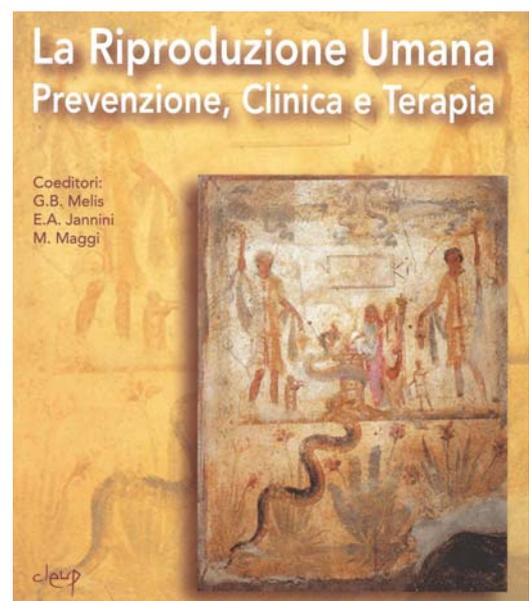


LA SALUTE DELLA DONNA E DELLA COPPIA: L'IMPORTANTE RUOLO DELLA COMUNICAZIONE PER L'EMPOWERMENT DELLA COPPIA VERSO LA PREVENZIONE IN UNA SOCIETÀ MULTIETNICA.

Torrisi Angelina¹⁻², Garolla Andrea³, Agnello Antonella⁴, Boselli Milvia⁵, Ciullo Rosaria¹, Modenese Fabiola¹, Vasoin Francesca⁶, Marin Loris¹, Nardelli Giovanni Battista¹

¹Università degli Studi di Padova, Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino Clinica Ginecologica e Ostetrica, ²Azienda ULSS n.16 Padova, ³Università degli Studi di Padova, Dipartimento di Medicina e Servizio per la Patologia della Riproduzione Umana, ⁴Consigliere Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Padova, ⁵Consigliera comunale con delega alle Pari Opportunità, Padova, ⁶Ginecologa Volontaria della Croce Rossa Italiana

La comunicazione rappresenta lo strumento base delle relazioni umane, la **comunicazione empatica in Medicina**, in particolare in **Ginecologia e Ostetricia**, è un momento essenziale nella realizzazione di un rapporto diagnostico-terapeutico efficace e condiviso dalla donna e dalla coppia. Il rapporto Medico – Paziente in ginecologia ha peculiarità importanti che lo differenziano dalle situazioni relazionali delle altre branche della Medicina. Occorre infatti considerare la particolarità degli argomenti, gli aspetti psicologici – relazionali e comportamentali e il vissuto personale che riguarda il proprio corpo e la sessualità che ciascuno mette in campo nel rapporto con il proprio curante. In una **società multietnica** sono fondamentali **adeguate modalità di comunicazione**, in particolare i **meta-messaggi**, simili in tutte le culture ma rielaborati in maniera diversa da ogni cultura¹. Il termine comunicazione deriva dal latino *cum munire*, “mettere in comune”, condividere con gli altri pensieri, opinioni, esperienze; la comunicazione quindi non è semplicemente parlare ma presuppone necessariamente una relazione e uno scambio. Un aneddoto narra di Aristotele, che rivolgendosi al medico che gli prescriveva la terapia, disse: “Indicami le ragioni del tuo agire e se ne sarò persuaso le seguirò”. La **Comunicazione** e la **Medicina** formano un binomio strettamente interconnesso fin dall’antichità. Nella medicina occidentale infatti, a partire dalle sue origini ippocratiche, l’arte retorica ha sempre svolto un ruolo fondamentale. In un antico testo di medicina ayurvedica indiana (Carata Smhuta – 1.500 a.C.) vengono descritte le regole di condotta che il medico deve seguire: “Le tue parole siano dolci, piacevoli, virtuose, sincere, utili per creare nel malato uno stato di fiducia”. Nello statuto del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia il laureato deve “essere in grado di comunicare con chiarezza e umanità con pazienti e familiari” (art. 103)



e deve essere in grado di realizzare una comunicazione adeguata ed efficace con il paziente. Con la comunicazione empatica attraverso la capacità di ascolto attivo e la lettura di segnali anche non verbali si riesce a meglio dialogare con la donna e con la coppia. Le tematiche della sessualità e della contraccezione, con le quali il ginecologo deve confrontarsi, presentano una specifica complessità nel rapporto comunicativo con la donna e con la coppia. Bisogna quindi evitare una marcata asimmetria comunicativa e una direttività che può lasciare poco spazio alla elaborazione e alla scelta in particolare con gli adolescenti.

Nell'ambito dei percorsi multidisciplinari integrati **Ginecologo-Andrologo**, abbiamo rivolto particolare attenzione nell'ambito delle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST) alle infezioni da **Human Papilloma Virus (HPV)** per la loro frequenza, l'oncogenicità e le correlate problematiche relazionali, puntando su un appropriato management per favorire l'**empowerment** della **coppia** verso la **prevenzione**². Riteniamo importante e attuale la contemporanea presenza di Andrologo e Ginecologo nelle **Scuole** per meglio affrontare le problematiche di coppia, in particolare contraccezione, MST, rispetto di genere, prevenzione e contrasto della violenza contro le donne, che negli ultimi anni è emersa alla pubblica attenzione come problema mondiale, pervasivo e strutturale che va al di là di barriere culturali, economiche e sociali³.

In un nostro studio del 2009⁴ abbiamo preso in esame **339 donne HIV negative** e **95 HIV positive** di età compresa tra i 16 e i 45 anni (mediana 34 anni) con diagnosi morfologico-molecolare di infezione genitale da **HPV** associata a **CIN**, pervenute presso il **Consultorio Familiare di Padova-Centro**⁵, presso l'**Ambulatorio Multietnico dell'ULSS n.16** e presso l'**Ambulatorio di Patologia Cervicale** del Dipartimento di Scienze Ginecologiche e della Riproduzione Umana – Università degli Studi di Padova per gli esami di secondo livello. Abbiamo quindi preso in considerazione i relativi **partner maschili** da almeno sei mesi, sottoponendoli ad esami morfologico-molecolari presso l'**Ambulatorio di Patologia Cervicale** per valutare l'incidenza-prevalenza dell'infezione da HPV e di eventuali lesioni associate. Gli esami ambulatoriali sono stati eseguiti sempre dalla stessa Ginecologa che lavora presso il Distretto n.1 dell'ULSS 16 e presso il Dipartimento di Scienze Ginecologiche e della Riproduzione Umana. L'**HPV-DNA** testing è stato eseguito mediante **PCR**. Il **DNA** cellulare è stato ottenuto dal **prelievo citologico cervico-vaginale**, dal **prelievo citologico del meato uretrale**, **glande-superficie interna del prepuzio**, dal **liquido seminale** e amplificato mediante consensus primers MY09/MY11. Le pazienti con **lesioni di alto grado** sono state sottoposte a terapia **chirurgica escissionale adeguata** e a **follow up morfologico-molecolare** presso l'ambulatorio di Patologia Cervicale, i partner maschili sono stati inviati a **controllo andrologico**. In accordo con i dati della letteratura si è riscontrato che i partner maschili erano per lo più portatori e quindi vettori in quasi assenza di sintomatologia, con importanti implicazioni per la possibile trasmissione dell'infezione stessa. Alle coppie è stato fornito un counselling adeguato e un appropriato management in collaborazione tra le strutture **Territoriali ed Ospedaliere**. Riteniamo fondamentale il ruolo dell'informazione-comunicazione che deve essere chiara, semplice, mai unidirezionale ma basata sullo scambio. Il Ginecologo e gli Operatori sanitari in tema di MST, delle patologie correlate, della cura e tutela della salute sessuale e riproduttiva devono - avere conoscenze e competenze adeguate in questo campo per essere in grado di migliorare la relazione di cura e prevenzione con la donna e la coppia -influenzare concretamente stili di vita e scelte di salute sessuale a tutela della vita riproduttiva, aumentando la resilienza della coppia.

Bisogna educare i giovani alla prevenzione e a stili di vita adeguati e sicuri, senza “terrorismo psicologico” il cui risultato sarebbe inevitabilmente l’allontanamento. Oggi il cittadino si informa, naviga in Internet e vuole discutere le scelte diagnostiche e terapeutiche. La “comunicazione-negoziante” quindi è diventata un processo comunicativo di scambio dove le parti si impegnano a trovare una soluzione cercando di valutare gli obiettivi comuni per poi scegliere la migliore strategia. Ciò comporta anche una “responsabilizzazione” dell’utente, cioè un’assunzione di responsabilità personale nelle scelte cliniche che verranno “condivise”. E questo è l’**empowerment**, termine complesso che indica un processo operativo entro il quale far conferire alle persone determinati poteri per raggiungere certi risultati. La disponibilità a comunicare e ad ascoltare è l’elemento centrale del processo di relazione e quindi di un counselling adeguato e condiviso per aumentare e rafforzare l’adesione degli utenti ai programmi preventivi, diagnostico-terapeutici e al follow up. Paul Watzlawick affermava **“Comunque ci si sforzi, non si può non comunicare. L’attività o l’inattività, le parole o il silenzio hanno tutti valore di messaggi”**. Il counselling alla coppia deve puntare sull’informazione per orientare, sostenere, facilitare una scelta consapevole e promuovere la prevenzione, mettendo al centro il paziente e non la malattia. La competenza nel campo della malattia è irrinunciabile ma è ormai dimostrato che il saper esplorare l’**illness** migliora l’efficacia terapeutica in una società multietnica. Si parla di infezione da HPV con “quella coppia” con specifiche problematiche e vissuto di malattia. Ribadiamo l’importanza di percorsi interistituzionali integrati e coerenti, sottolineiamo il ruolo fondamentale di adeguate modalità di comunicazione, in particolare dei **meta-messaggi**, della **prossemica**, dell’**ascolto empatico** e attraverso la **“Maieutica”**, l’arte dell’ostetrica Fenarete, madre di Socrate, riuscire a “tirar fuori” il potenziale insito in ognuno, supportare la coppia nel processo di consapevolezza e di potenziamento delle proprie risorse. In questo processo **“to dialéghesdai esti tò méghiston agathòn-** il dialogo è il sommo bene” come affermava Socrate. La conoscenza della storia, dei miti e dei riti delle diverse culture, che spesso presentano similitudini, può contribuire a valorizzare lo spazio culturale comune, favorendo così, nel rispetto reciproco, il dialogo transculturale.

Un documento unico, conservato nel **Palazzo Normanno della Zisa a Palermo**, è la lapide sepolcrale datata 1148, fatta incidere da Grisando, chierico di Guglielmo I, in memoria della defunta madre Anna. La stele funeraria è redatta in **ebraico, latino, greco e arabo**, le lingue dei quattro ceppi culturali presenti nella città siciliana, testimonianza della molteplicità di culture della Palermo Normanna. La lapide per il fatto di essere scritta in quattro lingue e per la formula finale di invocazione di misericordia per coloro che leggono è diventata **simbolo di convivenza e tolleranza tra i popoli**.



L'Ordine dei Medici e la Comunicazione nel contesto sanitario attuale

Dal Codice di Deontologia Medica–Art. 3 - Doveri del Medico

- scaturisce il dovere della tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e quindi la necessità di saper leggere i bisogni veri dei nostri pazienti al di là della semplice comunicazione verbale, per il benessere fisico e psichico della persona. È penso esperienza di tutti noi medici che è spesso proprio nella fase finale dell'incontro che il paziente inizi dicendo ... “dottore volevo dirle poi che ...”, come se ci fosse bisogno per molti di un tempo di entrata nel “luogo” della comunicazione e dopo aver parlato di esami e farmaci è importante poter scoprire le paure, i sentimenti, le rappresentazioni, le aspettative. Ed è in quel momento che noi medici avremmo bisogno veramente di quel **tempo per l'ascolto** che il sistema oggi nega nell'ottica di una razionalizzazione delle risorse e nello stimolo ad una produzione di prestazioni in tempi precisi eppure anche il nostro **codice all'articolo 20** recita che “**il tempo della comunicazione è tempo di cura**”. La medicina rimane una pratica basata su conoscenze scientifiche ma inserita in un mondo di valori, e il valore salute rispecchia anche la visione morale del paziente.

Medico e Paziente devono convergere su di un **linguaggio comune** bilanciato tra le due visioni della medicina e questo certo senza non poche difficoltà. E' certamente mutato il modo in cui gli uomini pensano alle antiche minacce della malattia, delle infermità e della morte e nel tempo si è fatta strada tra i cittadini-utenti l'idea, spesso ripresa dai media, che la malattia è solo un incidente biologico che si sarebbe potuto evitare con una assistenza sanitaria migliore. Pensiamo alle informazioni / comunicazioni che legittimano l'atto medico che, una volta negoziato, comporta lo stringersi di quella **alleanza terapeutica** fondamentale nel risultato. Una riflessione va fatta sul labile confine tra comunicazione - informazione e pubblicità professionale e questo necessita di una forte vigilanza **deontologico-disciplinare** come ricordato all'art. 55 del Codice di Deontologia Medica - Informazione sanitaria – art 56 Pubblicità informativa sanitaria. In materia sanitaria è sempre necessaria la massima cautela al fine di fornire una efficace e trasparente informazione al cittadino. L'**etica dell'informazione è fondamentale** perché il paziente possa essere capace di scelte autonome, libere e orientate ai suoi valori ed è stato dimostrato ormai da più studi che adeguati livelli di **informazione al paziente** hanno un effetto positivo sulla qualità di vita e facilitano una più consapevole partecipazione alle procedure di cura. Le difficoltà peculiari nella **Comunicazione in Ostetricia e Ginecologia** sono ben note non solo per i contenuti specifici ma perché questi vanno di volta in volta adattati alla persona che si ha davanti, di cui non sempre si conoscono i vissuti correlati anche al titolo di studio e alle condizioni socio economiche. Le difficoltà sono molte e sempre più intervengono anche **fattori linguistici** e più in generale **culturali** che limitano la comunicazione e una vera alleanza terapeutica. L'esperienza comunque indica che l'atteggiamento “caldo ed empatico” del medico e risposte chiare sulla diagnosi e percorso di cura, dia ai pazienti più fiducia, favorisce la relazione per accompagnare la paziente ma anche per “accompagnarsi” e superare insieme le difficoltà del non facile cammino della malattia



dal momento della diagnosi al momento terapeutico. La qualità della **Comunicazione Medico-Paziente** nel contesto sanitario attuale, come recita il nostro **Codice deontologico**, è un **dovere prioritario del Medico**. La tutela della salute fisica e psichica va intesa nella sua eccezione più ampia, prioritario è il saper leggere i bisogni delle persone. Il **tempo della comunicazione** è “**tempo di cura**” ed è dimostrato che un **atteggiamento empatico** migliora l’adesione alle cure, superando fattori linguistici e culturali in una **società multi-etnica**.

Antonella Agnello

Consigliere Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Padova

Comune di Padova “Progetto Città Sane” e “Progetto per la Salute della Donna”

Negli ultimi decenni, la partecipazione consapevole del cittadino e della comunità alla gestione della salute e della sanità (**empowerment**) ha assunto sempre più un ruolo di crescente rilevanza.

La maggior consapevolezza e responsabilità dei cittadini nei confronti del proprio stato di salute e nuovi comportamenti nei confronti dei fattori considerati di rischio richiedono una **comunicazione efficace** su tematiche così coinvolgenti e impegnative riguardanti abitudini di vita ed esperienze consolidate. A livello nazionale, il principio della **centralità della persona** e il **diritto alla salute**

sono alla base dell’ordinamento costituzionale

italiano (**art.32**) e la promozione della salute e la partecipazione del cittadino sono riconosciute quali principi fondanti del **Servizio Sanitario Nazionale**, sin dalla sua istituzione, 40 anni fa, con la **legge 23 dicembre 1978 n. 833**.

Già la legge **n. 405 del 1975**, istitutiva dei **Consultori Familiari**, che raccolse le istanze del movimento delle donne degli anni Settanta per il riconoscimento della **maternità come valore sociale**, dell’**autodeterminazione delle donne**, intesa come esercizio di una responsabilità, della libertà sessuale come diritto, della **maternità libera e consapevole**, definiva un **modello di salute fondato sulla partecipazione e sull’empowerment**. A livello internazionale, l’**Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)**, con la **Dichiarazione di Alma Ata** del 1978, rileva che l’equità e la partecipazione sono obiettivi della promozione della salute e, con la **Carta di Ottawa** (1986), fondamentali per il raggiungimento degli obiettivi di salute. Nel 1987, nasce il **Progetto Città Sane (Healthy Cities) dell’OMS**, come attuazione della strategia stabilita dalla Carta di Ottawa, per fornire uno strumento che sperimenti a livello locale il raggiungimento degli obiettivi di “Salute per tutti entro il 2000”. I principi su cui si fonda il programma strategico “**Salute per tutti**” sono: equità, promozione della salute, partecipazione della comunità, azioni intersettoriali. La città ha,



infatti, un ruolo importante nel promuovere la salute, intesa nella sua accezione più ampia di completo stato di benessere psico-fisico-sociale dell'individuo inserito in una determinata comunità, quindi, nel promuovere quei fattori positivi che concorrono a determinare il livello di salute e che sono di tipo personale, comportamentale e ambientale. Il **Comune di Padova** ha aderito al **Progetto** sin dal **1987**. Due le aree di intervento: sugli stili di vita della popolazione e sull'ambiente globale

a) sugli stili di vita e sui comportamenti, promuovendo la consapevolezza dei problemi della salute (informazione, educazione, in collaborazione con le Scuole, i servizi territoriali sanitari e il mondo associativo)

b) sull'ambiente globale, riorientando azioni e scelte programmatiche in ogni settore che ha impatto sulla salute (es. traffico, viabilità, servizi, verde, urbanistica ecc).

A **Padova** nel **2009**, si è tenuto il **primo Congresso Nazionale sulla Medicina di Genere** e nel **2011** sono state promosse importanti iniziative e organizzati Convegni nazionali e internazionali per i quali viene creato il logo "**Padova Science – Capitale della Medicina di Genere**".

Molte le attività realizzate in questi 30 anni. Sono state coordinate le iniziative di diverse Istituzioni e Associazioni nella lotta contro il tabagismo, l'alcolismo, l'uso irrazionale di farmaci e altri stili di vita dannosi alla salute e attivati programmi di educazione alimentare e alla sessualità. E' stato elaborato, attraverso l'analisi congiunta di **53 indicatori**, (di salute, dei servizi sociali, ambientali, economici, sociali e culturali) suggeriti dall'**Oms**, il profilo di salute della città, che rappresenta uno strumento di informazione e comunicazione accurata e aggiornata sullo stato di salute dei cittadini e sui fattori determinanti la salute della città. In Rete con altre 15 città italiane, è stato predisposto un **Progetto per la salute della donna** (sostegno alla coppia e alla famiglia per la prevenzione e l'intervento nei casi di violenza e disagio familiare, prevenzione dei tumori dell'utero e della mammella, progetto nascita, salute delle donne straniere). La **promozione della salute delle donne** rappresenta un obiettivo strategico per la promozione della salute di tutta la popolazione ed è la misura della qualità, dell'efficacia e dell'equità del **Sistema Sanitario Nazionale** in una **società multietnica**.

Anna Milvia Boselli

Consigliera Comunale 1980-1985; 2004-2014

Deputata al Parlamento 1983-1992; Assessore comunale 1995-1999

L'Ostetrica e l'arte della "Maieutica"

La continuità dell'assistenza e le modalità di comunicazione rappresentano il cardine dell'arte della **Maieutica**. Compito dell'Ostetrica in Sala Parto è la gestione della conduzione del travaglio, l'assistenza al parto e al post partum fisiologico con un'assistenza personalizzata alla partoriente, "personal attention". L'Ostetrica esprime al meglio la propria professionalità attraverso una **comunicazione empatica** che le permette di meglio conoscere la donna per una efficace condivisione del percorso assistenziale. E' fondamentale la disponibilità a comunicare e ascoltare, elemento centrale del processo di relazione. Per un'adeguata assistenza ostetrica quindi è necessario sviluppare competenze per dare fiducia e sostegno alla donna e recepirne le richieste.

La comunicazione basata sul rispetto della persona è il risultato di un processo di conoscenza e consapevolezza che porta ad instaurare un efficace percorso di assistenza. La **World Health Organization** ha raccomandato che l' "Assistenza al Percorso Nascita Garantista una Mamma e un Bambino in perfetta salute con il livello di cure più basso compatibilmente con la sicurezza". Il **Ministero della Salute** ha emanato nel **2017** le "**Linee di Indirizzo per la Definizione e l'Organizzazione dell'Assistenza in Autonomia da parte delle Ostetriche alle Gravidanze a Basso Rischio Ostetrico (BRO)**".

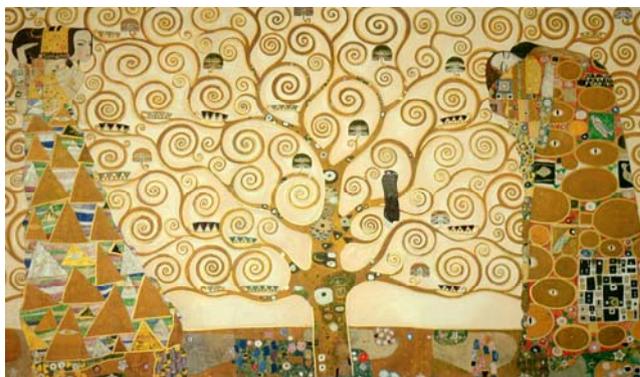
I modelli organizzativi comprendono

- **Aree BRO** funzionalmente collegate ed adiacenti alle **Unità Operative (UO)** di Ostetricia: i cosiddetti **Centri nascita Alongside**, ossia aree collocate nello stesso edificio dell'UO di Ostetricia o adiacenti e direttamente collegati ad esso. Questo modello avanzato di Autonomia non è frequente in Italia.

- **Gestione autonoma BRO** all'interno della UO di Ostetricia e Ginecologia sulla base di protocolli e griglie di definizione del rischio condivise. Questo è il modello più rappresentato in Italia. L'assistenza da parte dell'Ostetrica alla gravidanza e al parto a basso rischio è associata ad esiti di salute non diversi dalle unità operative tradizionali.

- **Standard Aree Funzionali BRO** Esperienza e competenza dell'ostetrica nell'ambito dello specifico campo di attività e responsabilità. Il livello di esperienza delle ostetriche, facenti parte del team delle Aree Funzionali BRO o di Gestione Autonoma BRO, deve essere individuato e definito in base a esperienza e volumi di attività effettivamente svolte. In particolare si ritiene indispensabile che l'ostetrica abbia espletato nell'assistenza al travaglio di parto, secondo il modello one to one, un volume di attività di non meno di 50 parti. Le Aziende Sanitaria devono, inoltre, promuovere l'affiancamento delle ostetriche con anzianità ed esperienza maggiore con ostetriche con minore anzianità, al fine di implementare l'autonomia gestionale nelle Aree Funzionali BRO o di Gestione Autonoma BRO all'interno delle unità operative di Ostetricia.

- **Standard Aree Funzionali BRO** Percorsi assistenziali Territorio-Ospedale
Predisposizione di specifici percorsi assistenziali per l'individuazione di una appropriata e completa presa in carico della gravidanza da parte del territorio. Si raccomanda, a tal proposito, un deciso raccordo tra la gestione della gravidanza BRO nel territorio e la presa in carico della donna da parte dell'Ostetrica nell'Area Funzionale BRO o di Gestione Autonoma BRO all'interno delle unità operative di Ostetricia e Ginecologia. I Consultori Familiari e le altre strutture territoriali, nonché i Medici di medicina generale e i Ginecologi liberi professionisti concorrono alla costituzione della **RETE INTEGRATA** di assistenza della donna in gravidanza.



Gustav Klimt "L'albero della vita"

Deliberazione della Giunta Regionale n. 228 del 06 marzo 2018

Gestione della gravidanza a basso rischio ostetrico. Estensione dell'applicazione del progetto Pilota alle Aziende ULSS e Aziende Ospedaliere della Regione del Veneto – DGR n. 568 del 21/4/2015. Deliberazione n. 1/CR dell'11 gennaio 2018.

Sottolineiamo che per un'efficace assistenza ostetrica sono fondamentali le **competenze comunicative** per dare fiducia e sostegno alla donna, competenze che passano soprattutto attraverso il saper ascoltare. È importante utilizzare il linguaggio in maniera appropriata, in particolare in determinati contesti sociali e in stretta relazione ad altri **codici comunicativi non verbali** in una **società multietnica**. La capacità di sviluppare un rapporto empatico con la paziente e la coppia accresce l'efficacia dell'intervento dell'Ostetrica. Al momento della nascita e dei primi momenti della vita del bambino deve saper guardare alla salute della donna e del neonato con la “nuova” prospettiva di interagire positivamente non più con il singolo ma con l'intero “sistema” famiglia.

Ostetrica Rosaria Ciullo

Ostetrica Fabiola Modenese

La Croce Rossa Italiana e il Progetto di Comunicazione Integrata

La **Croce Rossa Italiana** (CRI) ha approvato nel 2017 il “**Manuale di Comunicazione Istituzionale**”, progetto di comunicazione integrata che si rivolge a tutti i soci e dipendenti della Croce Rossa Italiana con lo scopo di definire gli elementi e le linee guida che devono caratterizzare **la comunicazione istituzionale**. È uno strumento fondamentale per tutti i soci e dipendenti dell'Associazione della Croce Rossa Italiana per meglio definire gli elementi e le linee guida che devono caratterizzare l'uso dell'emblema, dei patrocini e la comunicazione istituzionale. Il manuale rappresenta uno strumento di lavoro che intende assicurare omogeneità nei **processi di comunicazione** attraverso una razionalizzazione delle diverse modalità operative attualmente adottate dalle singole realtà territoriale della CRI. Una sezione è specificamente dedicata al **web** e ai **social**, essendo ormai importanti ed irrinunciabili veicoli di comunicazione. Il manuale elenca tutti gli elementi che costituiscono gli standard grafici istituzionali, definisce le modalità di applicazione e le tecniche per una corretta personalizzazione. In una società multietnica una **comunicazione unitaria e coerente** non solo è più identificabile ma è anche molto **più efficace** e moltiplica la potenza del messaggio che si vuole mandare. Riteniamo fondamentale il ruolo di una efficace comunicazione per potenziare l'immagine dell'Associazione e consolidare la fiducia delle persone. “**Ricordiamo che ogni nostro sforzo comunicativo serve a dar voce a chi voce non ha**” afferma il presidente Francesco Rocca.



Francesca Vasoin

Ginecologa Volontaria della Croce Rossa Italiana

BIBLIOGRAFIA

1. Torrisi A. et al. *Percorsi Integrati Territorio – Ospedale per la Salute della Donna - Ambulatorio Multietnico di Ginecologia e Ostetricia*, 2010
<http://www.sdb.unipd.it/sites/sdb.unipd.it/files/Ambul%20multietnico-2.pdf>
2. Torrisi A. et al. *Prevenzione e Contrasto delle Mutilazioni Genitali Femminili in una Società Multietnica: Percorsi Interistituzionali Integrati in Padova - Nostra Esperienza 1980 – 2016*
XXXII Convegno di Medicina della Riproduzione – Abano 2017
<http://www.sdb.unipd.it/sites/sdb.unipd.it/files/Mutilazioni%20Genitali%20Femminili%202017-2.pdf>
3. Torrisi A. et al. *Prevenzione e Contrasto della Violenza contro le Donne: Aspetti Socio-Culturali, Percorsi Integrati Interistituzionali*. XXVIII Convegno di Medicina della Riproduzione – Abano 2014 Coop. Libreria Ed. Università di Padova, pp 351-630.
<http://www.sdb.unipd.it/sites/sdb.unipd.it/files/Violenza%20sulle%20Donne%202014.pdf>
4. Torrisi A. et al. *Malattie Sessualmente Trasmesse – HPV: Strategie di Prevenzione, Percorsi Diagnostico-Terapeutici Integrati Territorio-Ospedale e Miglioramento dell'Empowerment della Coppia verso la Prevenzione in una Società Multietnica*. La Riproduzione Umana Prevenzione, Clinica e Terapia. Ed. Cleup, 2009, pp 519-522.
5. Torrisi A. et al. *Il Consultorio Familiare e la Salute della Donne: Percorsi Interdisciplinari Integrati Territorio-Ospedale in Padova. Nostra Esperienza 1980-2015*
XXXI Convegno di Medicina della Riproduzione – Abano 2017
<http://www.sdb.unipd.it/sites/sdb.unipd.it/files/Il%20Consultorio%20Familiare%20e%20la%20Salute%20delle%20Donne%201980-2015.pdf>