

**AOGOI**

Organo Ufficiale dell'Associazione  
Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

- 21 Patologie autoimmuni**  
La malattia celiaca nella donna
- 24 Scienza**  
La risposta dei paleontologi  
al "Dilemma Ostetrico"
- 26 Counselling**  
Le infezioni genitali femminili.  
Il counselling alle donne

# Gyneco Aogoi

NUMERO 1 - 2021 - BIMESTRALE - ANNO XXXII

COVID-19

# Io mi. Vaccino

Sì alla vaccinazione anti Covid.  
Le donne devono essere  
informate, non escluse

Il Position Paper  
della ginecologia italiana

A PAGINA 13

**SPECIALE  
RAPPORTO ONDA  
LA SFIDA DELLA  
DENATALITÀ**

**Fondazione  
onda**

Osservatorio nazionale sulla salute  
della donna e di genere





**ED ECCOCI AL 2021**, un anno che speriamo accolga tutte le nostre aspettative: poter tornare ad immergerci in quelle realtà che ci erano consuete. Certamente ci saranno dei cambiamenti, il 2020 ha lasciato tracce indelebili nella storia dell'umanità, nella storia di ognuno di noi. Ha acuito fragilità e diseguaglianze e ne ha delineate di nuove. Ma ci ha anche insegnato che si può far tesoro degli errori commessi per poi ripartire. E su questa ripartenza tutti noi ci contiamo.

**IN QUESTO NUMERO**, riprendiamo il filo delle nostre consuetudini dedicando ampio spazio al libro bianco di Onda del 2020 che negli anni passati pubblicavamo a dicembre. Ma dal momento che la pandemia ha cambiato le carte in tavola, "imponendoci" di dedicare l'ultimo numero di *GynecoAogoi* dell'anno passato al nostro al Congresso nazionale, lo pubblichiamo ora. Il tema sotto i riflettori è quello della denatalità ormai diventato ormai un problema drammatico in Italia, come in altri Paesi europei, e purtroppo non vi sono al momento elementi che ci spingano all'ottimismo. La sfida su questo fronte è quindi veramente impegnativa.

**LA DENATALITÀ** ha infatti molteplici cause, fra cui sicuramente lo scarso sostegno economico-sociale alla genitorialità. Servono quindi interventi risolutivi da parte della politica e degli organi istituzionali. È indispensabile rivedere molti aspetti: i permessi di maternità/paternità, la agevolazione permessi di entrata/uscita, il part-time verticale e orizzontale, gli asili nido gratuiti, i servizi pre e post-scuola, i servizi sociali, gli incentivi economici alle giovani coppie. Tutti tasselli indispensabili per contrastare il calo delle nascite ai quali l'emergenza pandemica ha dato una ulteriore spallata.

**BISOGNA FARE PRESTO:** è un grido disperato di aiuto che tutte/i noi lanciamo affinché questo problema l'espressione di un disagio dell'intera società venga inserito ai primi posti dell'agenda della politica nazionale.

**PER QUANTO RIGUARDA** gli aggiornamenti scientifici, questo primo numero del 2021 si apre con un articolo sulle vaccinazione anti-Covid per le donne in allattamento ed in gravidanza. Un tema sul quale, la ginecologia si è mossa compatta per fare chiarezza e dare sostegno alle donne. Sull'allattamento proprio in questi giorni è stata pubblicata una lettera su *Lancet* che ribadisce la necessità di sostenere l'allattamento materno anche nelle donne sottoposte al vaccino, mentre l'American College of Obstetricians and Gynecologists in un documento ha schematizzato otto raccomandazioni per l'utilizzo del vaccino nelle donne in gravidanza. Inoltre Anthony Fauci ha dichiarato che da un'analisi effettuata su oltre 10mila donne in gravidanza sottoposte in Usa al vaccino, non sono emersi effetti collaterali diversi dalla popolazione generale.

**E ANCORA**, abbiamo voluto approfondire il tema della celiachia, patologia sempre più diffusa, con un aggiornamento scritto a più voci che ci fornisce le informazioni principali che anche noi ginecologi dobbiamo conoscere.

**CARLO SBIROLI** ha preparato un articolo veramente interessante sul cosiddetto "dilemma ostetrico", cioè il fatto che nella specie umana il parto sia un evento più traumatico, più a rischio rispetto agli altri mammiferi. Senza addentrarsi nei vari aspetti del parto, che ovviamente necessiterebbero di ben più ampie riflessioni, Carlo riporta una versione antropologica affascinante e piacevole da leggere.

**E POI MOLTO ALTRO ANCORA**, dall'utilizzo del misoprostolo nell'induzione del travaglio di parto (su cui torneremo nei prossimi numeri) alle terapie locali della sindrome genito-urinaria.

**SPERO QUINDI** che questo numero sia di vostro gradimento e vi auguro buona lettura!

## SPECIALE ONDA

### LA SALUTE DELLA DONNA

### LA SFIDA DELLA DENATALITÀ

Fondazione Onda pubblica, con ricorrenza biennale, il Libro bianco con l'obiettivo di presentare dati demografici ed epidemiologici aggiornati, analizzati in ottica di genere, approfondendo un tema di attualità. Questa settima edizione è stata dedicata a una delle più importanti e urgenti sfide che il nostro Paese si trova ad affrontare, la denatalità.

Da pagina 13  
l'anteprima del volume



**ELSA VIORA**  
Presidente Aogoi

# Gyneco Aogoi

Organo Ufficiale  
dell'Associazione Ostetrici  
Ginecologi Ospedalieri Italiani



Numero 1 - 2021  
Anno XXXII

**Presidente**  
Elsa Viora

**Comitato Scientifico**  
Claudio Crescini  
Giovanni Monni  
Pasquale Pirillo  
Carlo Sbiroli  
Sergio Schettini  
Carlo Maria Stigliano  
Vito Trojano  
Sandro Viglino

**Direttore Responsabile**  
Ester Maragò  
e.marago@hcom.it

**Editore**  
Edizioni Health  
Communication

**Pubblicità**  
Edizioni Health  
Communication  
via Vittore Carpaccio, 18  
00147 Roma  
a.cicogna@hcom.it

**Stampa**  
STRpress  
Pomezia - Roma

**Abbonamenti**  
Annuo: Euro 26.  
Singola copia: Euro 4  
Reg. Trib. di Milano  
del 22.01.1991 n. 33  
Poste Italiane Spa -  
Spedizione in abbonamento  
postale 70% - Dcb - Roma  
Finito di stampare:  
febbraio 2021  
Tiratura 5.000 copie.

La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza una preventiva ed esplicita autorizzazione da parte dell'editore. I contenuti delle rubriche sono espressione del punto di vista degli Autori. Questa rivista le è stata inviata tramite abbonamento: l'indirizzo in nostro possesso verrà utilizzato, oltre che per l'invio della

rivista, anche per l'invio di altre riviste o per l'invio di proposte di abbonamento. Ai sensi della legge 675/96 è nel suo diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o l'aggiornamento dei dati in nostro possesso. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Testata associata

**A.N.E.S.**  
ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORIA  
PERIODICA SPECIALIZZATA

# Buona lettura!



# Sì alla vaccinazione anti Covid

## Le donne devono essere informate,

### Ecco cosa bisogna sapere

**“Nonostante non siano disponibili dati per valutare gli effetti dei vaccini Covid-19 in gravidanza e allattamento, la vaccinazione non è controindicata. Le donne ad alto rischio di contrarre la malattia in forma grave dovrebbero discutere i potenziali benefici e rischi della vaccinazione con i professionisti sanitari che le assistono, mentre se una donna scopre di essere incinta dopo la prima o la seconda dose non c'è alcuna motivazione per interrompere la gravidanza”.**

**SONO QUESTE LE PRINCIPALI INDICAZIONI** contenute nel documento ad interim su “Vaccinazione contro il Covid-19 in gravidanza e allattamento” elaborato dall’Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS) dell’Istituto Superiore di Sanità e condiviso e sottoscritto dalle principali società scientifiche del settore: Sigo, Aogoi, Agui, Agite, Fno, Simp, Sin, Sip, Acp e Siaarti.

Il documento passa in rassegna le principali indicazioni adottate a livello internazionale e nazionale, oltre alle evidenze scientifiche emerse fino a questo momento sul tema.

“In Italia – si legge nel documento - si offre alle donne in gravidanza e allattamento la possibilità di scegliere, con il supporto dei professionisti sanitari, se sottoporsi o meno alla vaccinazione

dopo una valutazione individuale del profilo rischio/beneficio. La scelta di non escludere la vaccinazione in gravidanza riguarda le donne che presentano un alto rischio di esposizione al virus Sars-CoV-2 e/o hanno condizioni di salute che le espongono a un rischio di grave morbosità materna e/o feto/neonatale a seguito dell’infezione. In questi casi selezionati le donne sono invitate a discutere individualmente i potenziali benefici e rischi con i professionisti sanitari che le assistono, al fine di prendere una decisione informata e consapevole”.

Queste le principali indicazioni:

- Le donne in gravidanza e allattamento non sono state incluse nei trial di valutazione dei vaccini Pfizer-BioNtech mRNA (Comirnaty) e Moderna per cui non disponiamo di dati di sicurezza ed efficacia relativi a queste persone
- Gli studi condotti finora non hanno evidenziato né suggerito meccanismi biologici che possano associare i vaccini a mRNA ad effetti avversi in gravidanza e le evidenze di laboratorio su animali suggeriscono l’assenza di rischio da vaccinazione.
- Al momento le donne in gravidanza e allattamento non sono un target prioritario dell’offerta di vaccinazione contro il Covid-19 che, ad oggi, non è raccomandata di routine per queste persone.
- Dai dati dello studio ItOSS - relativi alla prima

ondata pandemica in Italia - emerge che le donne in gravidanza non presentano un rischio aumentato di infezione rispetto alla popolazione generale. Le donne di cittadinanza africana, asiatica, centro e sud-americana ed est-europea e quelle affette da comorbidità pregresse (obesità, ipertensione) presentano un rischio significativamente maggiore di sviluppare una polmonite da Covid-19 che, complessivamente, riguardano una minoranza di madri e neonati.

- La vaccinazione dovrebbe essere presa in considerazione per le donne in gravidanza che sono ad alto rischio di complicazioni gravi da Covid-19. Le donne in queste condizioni devono valutare, con i sanitari che le assistono, i potenziali benefici e rischi e la scelta deve essere fatta caso per caso.
- Se una donna vaccinata scopre di essere in gravidanza subito dopo la vaccinazione, non c’è evidenza in favore dell’interruzione della gravidanza.
- Se una donna scopre di essere in gravidanza tra la prima e la seconda dose del vaccino può rimandare la seconda dose dopo la conclusione della gravidanza, eccezion fatta per i soggetti ad altro rischio.
- Le donne che allattano possono essere incluse nell’offerta vaccinale senza necessità di interrompere l’allattamento.



# non escluse

## Il Position Paper della ginecologia italiana

La Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo), l'Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani (Aogoi), l'Associazione ginecologi universitari italiani (Agi) e l'Associazione ginecologi territoriali (Agite) prendono posizione sulla vaccinazione Covid in gravidanza condividendo un position paper ad interim sulla base delle conoscenze attuali. Il documento è stato condiviso anche dalla Società italiana di neonatologia (Sin), dalla Società italiana di pediatria (Sip), dalla Società italiana di medicina perinatale (Simp), dalla Società italiana embriologia riproduzione e ricerca (Sierr) e dalla Federazione nazionale degli Ordini della professione di ostetrica (Fnopo).

La premessa è che, come già sottolineato nelle linee guida internazionali e da Aifa, al momento "i dati disponibili sui vaccini sono derivanti solo da studi su modelli animali, e non hanno mostrato effetti dannosi in gravidanza". Inoltre, "non sono disponibili dati di sicurezza ed efficacia nelle donne in gravidanza e allattamento". Tuttavia, si legge nel documento dei ginecologi e neonatologi italiani, "trattandosi comunque di un vaccino con mRNA (il riferimento è al vaccino Pfizer-BioNTech, ndr.), cioè non di un vaccino a virus vivo, ed in cui le particelle di mRNA vengono rapidamente degradate, si ritiene che possano essere considerati sufficientemente sicuri nelle donne in gravidanza".

# POSITION PAPER



**APPROVED**

### SULLA BASE DEI DATI OFFERTI DALLA LETTERATURA INTERNAZIONALE E DELL'ULTIMO RAPPORTO ITOSS, È POSSIBILE AFFERMARE CHE:

- 1) le donne in gravidanza hanno un rischio analogo alla popolazione generale di contrarre l'infezione da Sars-CoV-2.
- 2) la maggior parte delle donne gravide che ha contratto l'infezione manifesta sintomi lievi- moderati: il ricovero in terapia intensiva si è osservato in circa 3% dei casi e non è stata registrata al momento alcuna morte materna. Sono state registrate 4 morti in utero su 538 feti inclusi e nessuna morte neonatale. (Dati Iss)
- 3) i rischi materni sono aumentati in presenza di altre condizioni, quali l'età materna uguale o superiore a 35 anni, il tipo di attività lavorativa, co-morbilità come asma, obesità, diabete, ipertensione e l'appartenenza a etnia nera o altre minoranze etniche.
- 4) attualmente i dati disponibili sui vaccini sono derivanti solo da studi su modelli animali, e non hanno mostrato effetti dannosi in gravidanza. Non sono disponibili dati di sicurezza ed efficacia nelle donne in gravidanza e allattamento. Trattandosi comunque di un vaccino con mRNA, cioè non di un vaccino a virus vivo, ed in cui le particelle di mRNA vengono rapidamente degradate, si ritiene che possano essere considerati sufficientemente sicuri nelle donne in gravidanza.

### SU TALI PRESUPPOSTI SI PUÒ RITENERE CHE:

1. La vaccinazione è una scelta personale e la donna deve in tutti i casi essere informata in maniera esaustiva dal sanitario di fiducia su vari punti:
  - a. il livello di circolazione del virus nella comunità,
  - b. i potenziali rischi del vaccino,
  - c. i rischi connessi all'infezione da Covid-19 in gravidanza, sia per la salute materna che fetale,
  - d. i vaccini attualmente approvati dalla Fda non sono stati testati sulle donne gravide, e pertanto non vi sono dati relativi alla loro sicurezza in gravidanza.
  - e. il dato anamnestico di: età materna uguale o superiore a 35 anni, precedenti co- morbilità come asma, obesità, diabete, ipertensione e l'appartenenza a etnia nera o altre minoranze etniche, rappresenta un rischio aggiuntivo di sviluppare una grave morbosità materna con possibili ripercussioni anche sugli esiti fetoneonatali.
  - f. l'occupazione professionale come operatrice sanitaria o caregiver in contesti in cui l'esposizione al virus è alta rappresenta un ulteriore elemento di rischio aggiuntivo da considerare nel decidere se vaccinarsi o meno in gravidanza e allattamento.
2. Le donne gravide che non hanno una storia recente di infezione da Covid-19 e che hanno specifici fattori di rischio aggiuntivi, possono considerare favorevolmente di ricevere il vaccino Covid-19, che è eseguibile in qualsiasi epoca di gravidanza.
3. Non vi sono controindicazioni all'esecuzione delle altre vaccinazioni (antinfluenzale ed antipertosse) raccomandate in gravidanza. A scopo prudenziale, in assenza di evidenze, si raccomanda di mantenere un intervallo di almeno 14 giorni tra i vaccini.

In specifico, le donne in gravidanza

- in prossimità del picco epidemico influenzale, a prescindere dall'epoca di gravidanza, possono ricevere anche il vaccino anti-influenzale.
  - in prossimità della 28° settimana, epoca in cui è raccomandato il vaccino antipertosse, possono ricevere anche tale vaccino.
4. Le donne che allattano e non riportano una storia recente di infezione da Covid-19, possono considerare favorevolmente di ricevere il vaccino.
  5. Le donne gravide che hanno riportato una storia recente di infezione da Covid-19 possono comunque considerare di scegliere di essere vaccinate; dato che le evidenze indicano che una reinfezione è altamente improbabile nei 90 giorni successivi all'inizio dell'infezione, si suggerisce di differire la vaccinazione fino alla fine di questo periodo.
  6. Il desiderio riproduttivo non deve interferire nella scelta della donna a sottoporsi a vaccinazione
  7. Alle donne che decidono di non vaccinarsi è fondamentale ricordare l'importanza delle altre misure preventive quali l'utilizzo dei Dpi, il distanziamento fisico ed il lavaggio frequente delle mani.

Si raccomanda inoltre che i prossimi studi includano anche le donne gravide ed in allattamento nelle sperimentazioni su questi vaccini.

(La Bibliografia è reperibile sul sito dell'Aogoi)

# VACCINO COVID

IN GRAVIDANZA E ALLATTAMENTO

## I punti principali del documento ad interim elaborato dall'ItOSS

Italian Obstetric Surveillance System



### Le indicazioni sui vaccini Pfizer-BioNtech e Moderna in gravidanza e allattamento



**In Italia si offre pertanto alle donne in gravidanza e allattamento la possibilità di scegliere, con il supporto dei professionisti sanitari, se sottoporsi o meno alla vaccinazione contro il Covid-19 dopo una valutazione individuale del profilo rischio/beneficio**

**IL 22 DICEMBRE 2020** l'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa) ha autorizzato l'immissione in commercio del vaccino Pfizer-BioNtech mRNA (Comirnaty) per il quale è prevista la rimborsabilità a carico del Ssn (12). Il vaccino è approvato per tutta la popolazione al di sopra dei 16 anni, non ha controindicazioni assolute e non sono richieste accortezze particolari per sottopopolazioni specifiche come anziani, immunodepressi o soggetti con disturbi della coagulazione e rischi di sanguinamento e non esistono controindicazioni per le donne in gravidanza e in allattamento. L'Aifa ha pubblicato una serie di risposte alle domande più frequenti tra le quali un quesito sulla possibilità di vaccinare le donne in gravidanza o in allattamento con Comirnaty: "Studi sugli ani-

mali non mostrano effetti dannosi durante la gravidanza; tuttavia i dati relativi all'uso di Comirnaty in donne in gravidanza sono in numero molto limitato. Sebbene non esistano studi sull'allattamento stesso. Deve essere presa la decisione se usare il vaccino in donne in gravidanza di concerto con il medico, dopo aver considerato i benefici e i rischi". Il 7 gennaio 2021 l'Agenzia Italiana del Farmaco ha autorizzato il vaccino Moderna per la prevenzione della malattia da Coronavirus 2019 (Covid-19) autorizzandone l'immissione in commercio. Anche questo vaccino è approvato per tutta la popolazione ma al di sopra dei 18 anni di età, con profilo di sicurezza e di efficacia sostanzialmente sovrapponibile a quello di Comirnaty e con un rapporto rischio/beneficio particolarmente favorevole nella popolazione a maggiore rischio. Le differenze riguardano la scheda vaccinale che prevede due somministrazioni a distanza di 28 giorni, invece che di almeno 21 giorni, e l'immunità si considera pienamente acquisita a partire da 2 settimane dopo la seconda somministrazione, anziché una come per Comir-

naty. In Italia si offre pertanto alle donne in gravidanza e allattamento la possibilità di scegliere, con il supporto dei professionisti sanitari, se sottoporsi o meno alla vaccinazione contro il Covid-19 dopo una valutazione individuale del profilo rischio/beneficio.

La scelta di non escludere la vaccinazione in gravidanza e allattamento riguarda le donne che presentano un alto rischio di esposizione al virus Sars-CoV-2 e/o hanno condizioni di salute che le espongono a un rischio di grave morbosità materna e/o feto/neonatale a seguito dell'infezione. In questi casi selezionati le donne sono invitate a discutere individualmente i potenziali benefici e rischi con i professionisti sanitari che le assistono, al fine di prendere una decisione informata e consapevole. Al fine di facilitare una valutazione completa di questo profilo appare opportuno definire gli aspetti da prendere in esame per fornire elementi conoscitivi che possano contribuire alla informativa che i professionisti sanitari (medici di famiglia, medici igienisti, ginecologi, ostetriche, neonatologi, pediatri di libera scelta e pediatri) sono tenuti a offrire e discutere con le donne in gravidanza e allattamento.

#### EFFICACIA E SICUREZZA POTENZIALE DEI VACCINI

Studi di fase II e III nei quali sono stati randomizzati circa 44mila individui hanno dimostrato l'efficacia e la sicurezza del vaccino Comirnaty per gli adulti di 16 o più anni (10). I trial hanno dimostrato un'efficacia del 94,6% nel prevenire forme sintomatiche di Covid-19 dopo almeno 7 giorni dalla somministrazione della seconda dose vaccinale. I dati di sicurezza si basano su un'analisi ad interim di 37.586 adulti di cui circa 9.500 con almeno 2 mesi di follow-up.

Il monitoraggio del profilo di sicurezza continuerà per 2 anni dopo la somministrazione del vaccino. Non sono state riscontrate differenze clinicamente significative nel numero di eventi avversi nei gruppi dei soggetti vaccinati rispetto ai controlli, eccetto per la linfadenopatia (0,3% nel gruppo vaccino rispetto a meno di 0,1% nel gruppo placebo). Gli effetti collaterali rilevati più frequentemente sono: dolore nel sito di iniezione (66-83%), stanchezza (51-59%) e cefalea (39-52%); la febbre (11-16%) è comparsa più spesso dopo la somministrazione della seconda dose. Studi di fase II e III nei quali sono stati randomizzati circa 30mila individui hanno dimostrato l'efficacia e la sicurezza del vaccino Moderna per gli adulti di 18 o più anni (11). I trial hanno dimostrato un'efficacia del 94,1% nel prevenire le forme sintomatiche di Covid-19 nei vaccinati con 2 somministrazioni a distanza di 28 giorni. Gli effetti collaterali più frequenti sono stati: dolore nel sito di iniezione, stanchezza, brividi e febbre, cefalea, linfadenopatia, dolori muscolari o articolari, nausea e vomito.

## Consenso informato

**NELLA SOMMINISTRAZIONE** del vaccino è indispensabile la sottoscrizione da parte della donna del consenso informato. Sono a disposizione dei professionisti moduli ad hoc redatti dal Gruppo di Lavoro dell'Osservatorio buone pratiche sulla sicurezza nella sanità di Agenas (*il modulo Pfizer e quello Moderna sono scaricabili sul sito dell'Aogoi*).

In ambedue i moduli è inserita una specifica sezione dove si sottolinea che "in base alle attuali conoscenze scientifiche la somministrazione del vaccino non può essere raccomandata né controindicata alle donne in gravidanza e in fase di allattamento. La somministrazione del vaccino potrà essere effettuata solo successivamente all'analisi caso per caso con la figura professionale sanitaria di riferimento, dei potenziali rischi e dei potenziali benefici per la madre, il feto e il neonato".



### SICUREZZA DEI VACCINI PER MADRI E NEONATI

A causa della mancata inclusione delle donne in gravidanza nelle fasi II e III dei trial clinici che hanno valutato efficacia e sicurezza dei vaccini contro il Covid-19, non disponiamo di evidenze per queste popolazioni. Gli unici dati disponibili riguardano studi sugli animali che non hanno mostrato effetti dannosi durante la gravidanza. Inoltre durante i trial di valutazione del vaccino Comirnaty e Moderna l'identificazione rispettivamente di 23 donne (12 appartenenti al gruppo vaccino e 11 al gruppo placebo) e 13 donne (6 appartenenti al gruppo vaccino e 7 al gruppo placebo), rimaste casualmente incinta, ha permesso di seguirle durante la gravidanza ancora in corso, senza rilevare effetti avversi (10,11).

Abitualmente, la somministrazione dei vaccini in gravidanza è immunogenica, sicura ed efficace e l'esperienza di altri vaccini somministrati durante la gravidanza suggerisce che l'efficacia di questi vaccini possa essere analoga a quella delle donne non in gravidanza. L'epoca gestazionale per la somministrazione dei vaccini anti Covid-19 è un elemento di valutazione per il quale non sono disponibili evidenze. Dal momento che la febbre rientra tra le possibili reazioni al vaccino, la somministrazione nel primo trimestre potrebbe aumentare il rischio di difetti del tubo neurale o altre malformazioni (15).

La vaccinazione viene giudicata compatibile con l'allattamento in virtù della plausibilità biologica che in un bambino allattato i rischi connessi alla vaccinazione Covid-19 della madre siano estremamente bassi, mentre l'interruzione dell'allattamento porterebbe ad una sicura perdita dei suoi ben documentati benefici (16-18).

A fronte di queste considerazioni e nonostante non siano stati evidenziati né ipotizzati meccanismi che possano associare i vaccini a mRNA ad effetti avversi in gravidanza e allattamento, fin quando non disporremo di evidenze, il rischio potenziale della vaccinazione per la donna, il feto e il neonato rimarrà comunque sconosciuto.

### RISCHI POTENZIALI DELLA MALATTIA DA COVID-19 NELLA MADRE, INCLUSI I POSSIBILI EFFETTI SUL FETO/NEONATO

I dati della letteratura relativi all'infezione da Sars-CoV-2 in gravidanza riportano un rischio assoluto molto basso di gravi esiti materni e perinatali e la maggior parte delle donne Sars-CoV-2 positive manifesta sintomi lievi-moderati (19,20). In Italia i dati dello studio prospettico population-based coordinato da ItOSS descrivono l'incidenza, i fattori di rischio, il decorso clinico e gli esiti di salute materni e feto/neonatali rilevati durante la prima ondata della pandemia nelle donne con infezione confermata da Sars-CoV-2 che si sono rivolte ai presidi sanitari in gravidanza, parto o puerperio (21-23). Dal 25 febbraio al 31 luglio 2020,



**DAL 25 FEBBRAIO  
AL 31 LUGLIO 2020**

**DONNE CHE HANNO  
PARTORITO**

**525**

**DONNE CHE HANNO  
SVILUPPATO POLMONITE  
DA COVID**

**109**

**DONNE IN TERAPIA  
INTENSIVA**

**14**

periodo che corrisponde alla prima ondata della pandemia in Italia, il tasso nazionale di incidenza dell'infezione è stato pari a 3,2 casi ogni 1.000 donne che hanno partorito (5,9 al Nord, 1,6 al Centro e 0,4 al Sud). Tra le 525 donne che hanno partorito in questo periodo, 109 (20,8%) hanno sviluppato una polmonite da Covid-19 e 21 (4%) una grave morbosità attribuibile al Covid in un terzo dei casi. Il ricovero in terapia intensiva ha riguardato 14 donne (2,7%), cinque hanno richiesto una intubazione oro-tracheale e non è stata registrata alcuna morte materna. Sono state registrate quattro morti in utero e nessuna morte neonatale. Sul totale dei 538 neonati, 12 (2,2%) hanno sviluppato una grave morbosità attribuibile al Covid in sette casi. I neonati con tampone positivo entro 24 ore dalla nascita sono stati dieci (1,9%) e solo uno ha sviluppato una sindrome da distress respiratorio per la quale è stato ricoverato in te-

rapia intensiva. Prima della dimissione ospedaliera non sono state rilevate differenze significative nella positività al tampone e negli esiti di salute dei neonati allattati rispetto a quelli separati dalle madri alla nascita (21,22).

### RISCHIO INDIVIDUALE DI CONTRARRE L'INFEZIONE IN CONSIDERAZIONE DELLE POSSIBILI COMORBIDITÀ

I fattori di rischio che la letteratura internazionale riporta come associati alle forme gravi di Covid-19 includono: l'età materna  $\geq 35$  anni, le precedenti comorbidity come asma, obesità, diabete, ipertensione e l'appartenenza a etnia nera o altre minoranze etniche (19,20).

In base ai dati dello studio ItOSS, le donne di cittadinanza africana, asiatica, centro e sud-americana ed est-europea e quelle affette da comorbidity pregresse (obesità, ipertensione) presentano un rischio significativamente maggiore di sviluppare una polmonite da Covid-19 (21,22). Nella valutazione del profilo rischio/beneficio della vaccinazione contro il Covid-19 le donne con queste caratteristiche dovrebbero considerare il rischio aggiuntivo di sviluppare una grave morbosità materna con possibili ripercussioni anche sugli esiti feto/neonatali. In estrema sintesi, i dati ItOSS confermano che le donne in gravidanza non hanno un maggior rischio rispetto alla popolazione generale di contrarre l'infezione da Sars-CoV-2 e che, salvo per le donne con pregresse comorbidity e cittadinanza non italiana, le forme cliniche e gli esiti della malattia sono per lo più lievi.

### LIVELLO DI ATTIVITÀ DELLA PANDEMIA NELLA COMUNITÀ DI RIFERIMENTO E SUL POSTO DI LAVORO DELLA DONNA

Nella valutazione rischi/benefici è opportuno prendere in esame il rischio individuale di contrarre l'infezione anche in funzione della diffusione del virus nella comunità di riferimento e del rischio di esposizione nel posto di lavoro della donna in gravidanza o allattamento. Ad esempio, lavorare come operatrice sanitaria o caregiver in contesti in cui l'esposizione al virus è alta rappresenta un elemento da considerare nel decidere se vaccinarsi o meno in gravidanza e allattamento.

STUDIO DELL'ISS SUL RUOLO DEI CONSULTORI DURANTE LA PANDEMIA

# Consultori familiari, una risorsa per fronteggiare l'emergenza Covid-19

I Consultori familiari hanno la capacità di rispondere ai bisogni del territorio e di adattarsi al cambiamento



**I CONSULTORI SONO SERVIZI CHE MERITANO** di essere valorizzati e sostenuti anche perché hanno saputo fronteggiare l'emergenza pandemica introducendo modalità di offerta innovative per garantire le attività strategiche che li caratterizzano. Servizi in grado di garantire attività di prevenzione delle malattie e promozione della salute e attori ineludibili per raggiungere le donne in età fertile, i giovani e le famiglie, fra le fasce di popolazione più vulnerabili agli effetti psicosociali della pandemia. È quanto emerso da uno studio nazionale, ancora in corso, coordinato dall'Istituto superiore di sanità e finanziato dal Ministero della salute, che ha recentemente descritto le attività e i bisogni dei Consultori familiari (Cf) mettendo anche in evidenza un'ampia variabilità interregionale nella disponibilità di sedi e di personale. Per quanto riguarda la capacità di fronteggiare l'emergenza pandemica dai primi risultati emerge che servizi con un modello organizzativo basato su un'adeguata disponibilità di personale, apertura delle sedi e disponibilità di servizi con fasce orarie ampie, offerta in sede di indagini strumentali e collocazione in spazi adeguati, sono partiti con un grande vantaggio. Le realtà dove a questo si sono aggiunti percorsi socio-assistenziali e sistemi informatizzati integrati e politiche coordinate sono quelle che hanno potuto rispondere meglio all'emergenza.

Tuttavia, sottolinea l'Iss, anche in contesti con minori risorse, i Cf sono riusciti ad attuare quanto necessario per mantenere il contatto con il proprio territorio. Ma affinché i Cf possano svolgere appieno il proprio ruolo nella rete dei servizi sanitari territoriali è necessario affrontare alcune criticità di lungo corso peraltro già emerse in passato. Le iniziative prioritarie da mettere in campo sono:

■ raggiungere uno standard adeguato e omogeneo in ter-

mini di strutture e personale multidisciplinare per dare risposte di prossimità a un'eterogeneità di bisogni;

- ampliare e consolidare reti integrate di assistenza a livello di azienda o di Distretto a supporto sia della continuità assistenziale nell'ambito delle cure primarie e con l'ospedale, sia dell'accessibilità dei percorsi socioassistenziali, con attenzione alle disuguaglianze;
- potenziare la disponibilità di reti e piattaforme informatiche a sostegno della gestione di percorsi integrati e dell'offerta di attività a distanza;
- rendere disponibile un flusso informativo dedicato che consenta il monitoraggio e la valutazione delle attività e della capacità dei Consultori di rispondere ai bisogni della propria popolazione;
- investire sulla formazione del personale per consolidare le competenze e acquisire quelle richieste dagli interventi a distanza;
- rafforzare organismi regionali di coordinamento dei Cf per garantire l'omogeneità dell'offerta di attività strategiche.

In particolare durante la fase pandemica è emerso come l'uso della videotecnologia abbia consentito di aumentare l'accessibilità di alcune delle attività erogate. Il suo utilizzo su vasta scala nel lungo periodo, sottolinea l'Iss, richiede tuttavia la validazione dei prodotti offerti in termini di efficacia. Inoltre, particolare attenzione va posta alla caratterizzazione degli utenti che se ne avvalgono, per non escludere la popolazione meno raggiungibile dalle modalità telematiche.

Occorre, infine, continuare a sostenere il miglioramento delle modalità tradizionali in presenza, "irrinunciabili per tante attività dei Cf".

(Lo studio integrale è pubblicato sul sito *Iss Epidemiologia&Prevenzione*)

LANCIATE DUE SURVEY SUGLI EFFETTI DELLA PANDEMIA

## Parole d'ordine: "Promuovere attivamente la partecipazione tra le donne"

Sono due gli studi lanciati dalle istituzioni internazionali per comprendere le ricadute della pandemia sul mondo materno infantile, che vedono coinvolte le donne italiane attraverso delle survey ad hoc: il progetto internazionale **IMAgINE Euro**, lanciato nel settembre 2020 dall'Ufficio europeo dell'Oms e lo studio che coinvolge i paesi europei "Covid-19 e salute mentale perinatale: impatto del Covid-19 sul vissuto e lo stato emotivo in epoca perinatale delle donne"

**STIMOLARE LE DONNE** a partecipare è essenziale. I dati raccolti serviranno infatti per comprendere meglio le risposte dei servizi sanitari materno-neonatale ed anche per offrire interventi adeguati a supportare questa popolazione. Anche perché le evidenze raccolte in questi mesi a livello internazionale vedono una crescita dei sintomi di ansia, depressione e disagio psicologico fra le donne in gravidanza e dopo il parto.

### IL PRIMO STUDIO

Coordinato per l'Italia dall'Irccs Burlo Garofolo di Trieste è rivolto alle neo-mamme che hanno partorito negli ospedali italiani da marzo dello scorso anno, a cui si chiede di rispondere a un questionario anonimo online reperibile sul sito del Burlo (è in fase di validazione anche un questionario dedicato al personale sanitario). Lo scopo è raccogliere, analizzare e descrivere i dati relativi alla qualità e alla resilienza dei servizi sanitari materno-neonatale, con un'attenzione specifica al momento del parto. I dati raccolti saranno utilizzati per migliorare la qualità delle cure ospedaliere e aumentare la fiducia che le donne hanno nei servizi ospedalieri a loro dedicati.

### IL SECONDO STUDIO

Coordinato in Italia dall'Iss raccoglie informazioni sull'impatto della pandemia sulla salute mentale delle donne in gravidanza o con un bimbo/a fino ai sei mesi di età, per dar voce alla loro esperienza nei servizi del percorso nascita e ai loro bisogni di assistenza (Il questionario è reperibile sul sito Iss). Partito nel nostro Paese nell'ottobre 2020, punta a coinvolgere le utenti dei Consultori familiari di 9 Aziende sanitarie collocate in 8 Regioni. Grazie alla generosità delle donne che hanno donato il loro tempo, e all'impegno dei professionisti sanitari dei Cf che hanno promosso attivamente la partecipazione allo studio tra le proprie utenti, sono già più di mille le donne che hanno completato il questionario.

PROFESSIONE

# SINDROME GENITO-URINARIA

L'atrofia vulvo-vaginale (Avv) fa parte di un più ampio termine che è quello di sindrome genito-urinaria (Gsm). È una patologia cronica che affligge la maggior parte delle donne in perimenopausa e postmenopausa, con una prevalenza che arriva fino al 90% e può essere diagnosticata fino al 40% delle donne in perimenopausa. Comprende, oltre al corollario di segni e sintomi correlati al tratto genitale, anche quelli correlati al tratto urinario.

## Ossigeno ad alta concentrazione e acido ialuronico, una combinazione vincente

LEONE CONDEMI

Ospedale Civile Urbino  
Ssd Oncologia  
Ginecologica di Urbino,

FLAVIO GAROIA

Polo Scientifico di Ricerca  
ed Alta Formazione  
Università di Bologna

L'ATROFIA vulvo-vaginale è caratterizzata da sintomi quali secchezza vaginale, dispareunia, bruciore e prurito vaginali. Fisiopatologicamente la Avv è una condizione dovuta al calo di steroidi sessuali correlato alla menopausa che interessa il tessuto vaginale e vulvare e che comporta significative sequele nella vita quotidiana delle donne, anche nella sfera sessuale.

Considerando che, secondo i recenti dati Istat del 2018, un terzo della vita di una donna viene trascor-

sa in menopausa, diventa rilevante intervenire precocemente e trattare adeguatamente questa patologia per ripristinare il tessuto epiteliale della vagina e della vulva e migliorare la qualità di vita delle donne.

In accordo con le recenti evidenze scientifiche, la atrofia vulvo-vaginale è però una patologia sottostimata e sottodiagnosticata. La maggior parte delle donne in climaterio non discute di questi sintomi con il proprio ginecologo e, al tempo stesso, il ginecologo stesso di frequente non indaga questa condizione in quanto spesso crede che la Avv faccia parte del naturale percorso della vita di una donna. La mancata diagnosi di Avv conduce quindi all'assenza di trattamento e al peggioramento della sindrome.

Infatti, se non trattata, a differenza della sintomatologia

gravarsi fino a sequele irreversibili come la stenosi dell'introito vaginale.

Esistono diverse opzioni terapeutiche per trattare la atrofia vulvo-vaginale. La maggior parte delle linee guida internazionali suggerisce come primo step l'utilizzo di idratanti e lubrificanti vaginali, spesso acquistati autonomamente dalle pazienti, o l'utilizzo di estrogeni locali che agiscono principalmente a livello locale, ma che raggiungono un minimo livello plasmatico e per cui sono talvolta controindicati. Inoltre, risulta evidente come le terapie locali, sia ormonali che non ormonali, siano frequentemente abbandonate per la scomoda applicazione locale.

Ospemifene, un nuovo modulatore selettivo dei recettori degli estrogeni (Serm) rappresenta un'opzione di terapia orale che mostra un'azione agonista a livello vaginale, antagonista a livello mammario e neutra a livello endometriale. Ulteriori possibili alternative sono rappresentate dalle terapie fisiche, tra cui la laserterapia dell'apparato genitale, che agiscono mediante la rigenerazione di fibre di collagene, ma il cui utilizzo è limitato sia dagli elevati costi, sia dalla procedura talvolta dolorosa. Scarsa aderenza alle terapie e scarsa soddisfazione delle pazienti caratterizzano la maggior parte delle terapie attualmente in commercio, con conseguente cronicizzazione della patologia.

**RECENTEMENTE** è stato sviluppato un nuovo approccio basato sulla stimolazione del processo di rigenerazione della mucosa vaginale mediante l'utilizzo combinato di ossigeno ad alta concentrazione e acido ialuronico. Il ripristino di una

ottimale concentrazione tissutale di ossigeno è obiettivo finale di ogni tipo di processo di riparazione, dal momento che favorisce l'incremento dei processi riparativi dei tessuti e aumenta la sintesi di collagene consentendo una normale idrossilazione di questa proteina. A tensioni tissutali di ossigeno inferiori alla norma infatti il collagene non viene correttamente sintetizzato rallentando la guarigione delle ulcere e delle ferite. Inoltre, l'ossigeno induce uno stimolo neoangiogenetico tramite il rilascio di fattori come il Fattore Vascolare di Crescita Endoteliale (Vegf), essenziale per il ripristino del microcircolo in situazioni vascolari

“

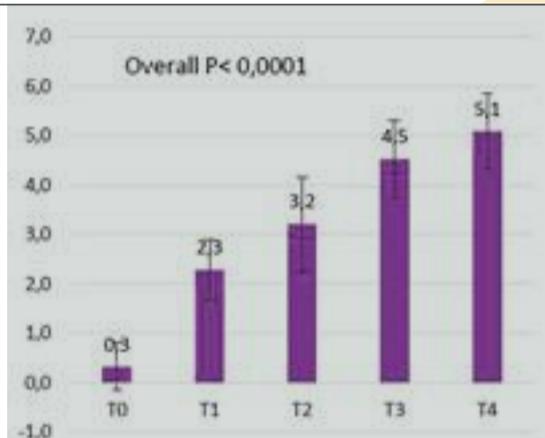
Un terzo della vita di una donna viene trascorsa in menopausa, diventa rilevante intervenire precocemente e trattare adeguatamente questa patologia per migliorare la qualità di vita delle donne



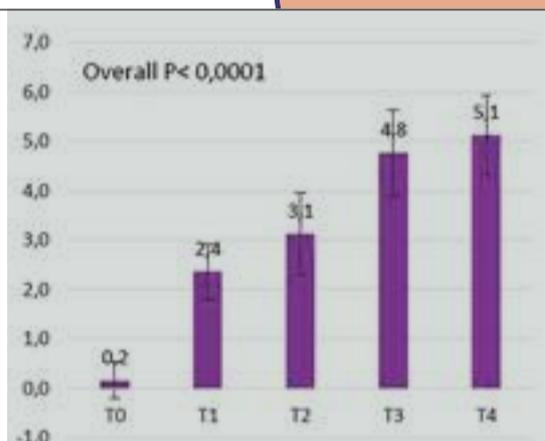
## PROFESSIONE

## SINDROME GENITO-URINARIA

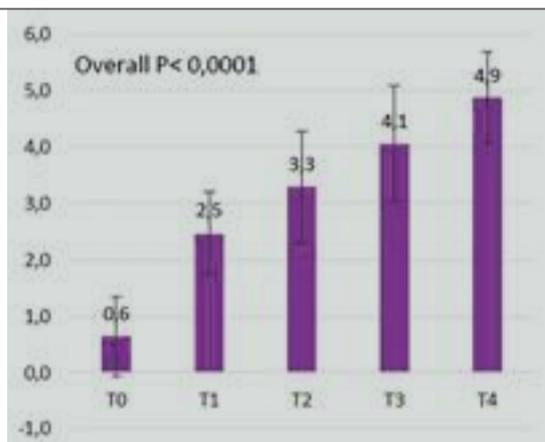
## BENESSERE



## BRUCIORE



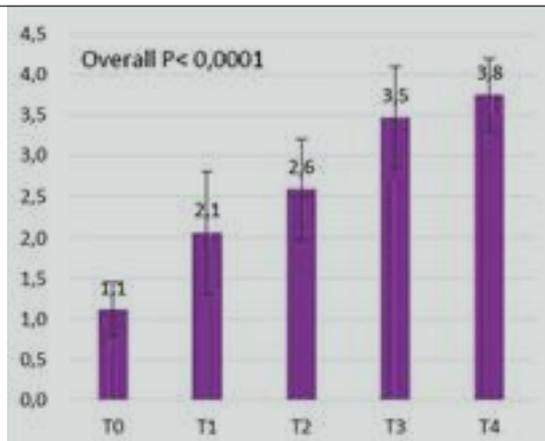
## FLUIDITÀ



## EPITELIO



## ELASTICITÀ



compromesse, ristabilendo un flusso vascolare nelle aree ipossiche. Riguardo all'acido ialuronico che è un polisaccaride naturale, si può menzionare che esso costituisce una parte importante della matrice extracellulare della pelle e della cartilagine. Questa sostanza è in grado di legare una grande quantità di molecole d'acqua contribuendo al mantenimento dell'equilibrio idrico e di una corretta idratazione e struttura della cute e delle mucose. L'acido ialuronico, contribuendo a mantenere una corretta struttura della matrice extracellulare, svolge inoltre un ruolo fondamentale nei processi di comunicazione cellulare che sono alla base della corretta fisiologia della mucosa vaginale. Vari studi condotti sull'acido ialuronico nella terapia della Avv hanno dimostrato che questo composto è stato ben tollerato senza effetti collaterali tra i pazienti.

**NELL'OTTICA DI SVILUPPARE** nuovi approcci terapeutici al trattamento della Avv è stato studiato un sistema (Caress Flow) che si avvale dell'utilizzo combinato di ossigeno ad alta concentrazione (>93%) e acido ialuronico a basso peso molecolare per il trattamento dell'Avv. Questo approccio mira a ottenere un trattamento indicato per coloro che hanno controindicazioni per il trattamento ormonale e/o desiderano utilizzare metodi non ormonali e non-invasivi.

Questa innovativa soluzione è resa possibile dallo sviluppo recente di dispositivi portatili in grado di concentrare l'ossigeno atmosferico mediante separazione dall'azoto, portando la sua concentrazione dal 21% a oltre il 93% e rendendolo disponibile per l'utilizzo locale (ossigenoterapia topica). Il trattamento inizia con l'erogazione intravaginale di ossigeno puro ad oltre il 93% tramite una cannula studiata appositamente per la

terapia vaginale, opportunamente collegata al dispositivo. L'ossigeno viene erogato ad un flusso di 2lt/minuto per 10 minuti, dopo di che viene istillata attraverso una via d'accesso nella cannula una soluzione di ialuronato di sodio a basso peso molecolare, alla concentrazione allo 0,2%, che viene trascinato nei successivi 5 minuti all'interno del canale vaginale dal flusso di ossigeno.

Un primo studio (Conde mi et al. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2018;22(23):8480-8486) ha valutato l'efficacia del trattamento nel ripristinare la normale fisiologia della vagina in post menopausa in un gruppo di 25 pazienti con sintomatologia di atrofia vaginale comprese tra i 44 anni e i 66 (media 56,6) anni, sottoposte a cinque sedute di trattamento con cadenza bi-settimanale

I risultati sono stati valutati utilizzando scala soggettiva (Vas) che veniva fatta compilare alle pazienti per i parametri benessere, bruciore e fluidità mediante scheda graduata analogica con valori da 1 a 6, e per i parametri elasticità ed epitelio mediante scala di valutazione del medico che assegnava un valore da 1 a 5.

I risultati hanno mostrato un significativo miglioramento di tutti i parametri analizzati durante la terapia: benessere, bruciore, fluidità, epitelio, elasticità (vedi figure nella pagina), dimostrando un'altissima efficacia sin dalla prima seduta sia nell'analisi dei dati soggettivi che oggettivi.

Tutti gli indici utilizzati mostrano un miglioramento statisticamente significativo ad ogni ciclo di trattamento (Tabella) ad eccezione dei parametri epitelio ed elasticità nel confronto T4-T5 (anche se il dato mostra comunque un miglioramento), suggerendo che per questi indici 4 sedute sono comunque sufficienti per ottenere il massimo risultato con questo tipo di terapia.

**NON SONO STATI RILEVATI** effetti collaterali, ad eccezione di un caso di lieve sanguinamento dopo il primo trattamento a seguito di rapporto sessuale probabilmente dovuto alla neo-vascularizzazione del tessuto. Tale effetto collaterale non si è ripetuto nei cicli successivi.

La carenza estrogenica causa della Avv è spesso causa di disturbi del tratto urinario come l'elevata frequenza urinaria (poliachiuria), soprattutto notturna (nocturia), urgenza urinaria, dolore durante la minzione (disuria), incontinenza e infezioni post-coitali. Tra gli effetti riferiti dalle pazienti è stato inoltre rilevato un miglioramento dei sintomi genito-urinari sulla disuria, poliachiuria e l'incontinenza lieve.



**In conclusione, l'utilizzo di ossigeno concentrato in combinazione con acido ialuronico si è dimostrato un valido trattamento dell'atrofia vulvo-vaginale, risultando un tipo di terapia del tutto naturale ben accettata dalle pazienti con effetti terapeutici immediati e senza effetti collaterali.**

## TABELLA

L'analisi dei confronti fra le diverse fasi della terapia mostra come ad ogni successivo trattamento vi sia un significativo aumento di tutti i parametri, ad eccezione dei parametri epitelio ed elasticità per quanto riguarda l'ultimo trattamento

	To-T1	To-T2	To-T3	To-T4	T1-T2	T1-T3	T1-T4	T2-T3	T2-T4	T3-T4
Benessere	P<0.001	P<0.01								
Bruciore	P<0.001	P<0.05								
Fluidità	P<0.001	P<0.001	P<0.001	P<0.001	P<0.01	P<0.001	P<0.001	P<0.01	P<0.001	P<0.05
Epitelio	P<0.001	P<0.001	P<0.001	P<0.001	P<0.01	P<0.001	P<0.001	P<0.01	P<0.001	NS
Elasticità	P<0.001	P<0.001	P<0.001	P<0.001	P<0.01	P<0.001	P<0.001	P<0.001	P<0.001	NS

PROFESSIONE

# INDUZIONE DI TRAVAGLIO



## L'esperienza del Sant'Anna di Torino

# L'uso del Misoprostolo per os nell'induzione di travaglio di parto

**Il Misoprostolo è, fra gli analoghi sintetici delle prostaglandine, l'unico farmaco che può essere somministrato anche per via orale, garantendo una miglior compliance della donna**

**E. PILLONI<sup>1</sup>, M. BIASIO<sup>1</sup>,  
C. MONZEGLIO<sup>1</sup>,  
S. VIALE<sup>2</sup>,  
P. CORTESE<sup>3</sup> e  
G. GREGORI<sup>4</sup>**

1. SC 3 Ginecologia e Ostetricia Ospedale S. Anna - Torino

2. Responsabile Day Surgery - Ivig, Ospedale S. Anna - Torino

3. Direttore FfSC 3 Ginecologia e Ostetrica S. Anna - Torino

4. ex Direttore SC 3 Ginecologia e Ostetrica S. Anna - Torino

**NONOSTANTE VENGA** ampiamente usato in tutto il mondo da anni ed esistano numerosi studi e linee guida pubblicati relativi alla sua efficacia e sicurezza, in Italia non ha attualmente l'indicazione terapeutica per l'induzione del travaglio, ma viene utilizzato a questo scopo in modalità off label. Non sono segnalati in letteratura rischi maggiori rispetto alle altre prostaglandine, mentre molti studi riportano come il Misoprostolo garantisca un minor tempo induzione-parto ed un minor tasso di tagli cesarei.

I dati di letteratura sull'uso del Misoprostolo per l'induzione di travaglio di parto nelle gravidanze a termine riportano una riduzione del tasso di cesarei utilizzando il Misoprostolo per os.

Per quanto riguarda invece il Misoprostolo somministrato per via vaginale, la maggior parte degli studi pubblicati dimostrano come vi sia un'insorgenza di travaglio più veloce, ma anche un

maggior rischio di tachisistolia, con conseguente aumento del ricorso al taglio cesareo. Questo maggior rischio di tachisistolia è riportato anche da una recente nota Aifa.

Il farmaco somministrato per via orale ha un'emivita di 20-40 minuti, l'eventuale ipertonia / ipercinesia uterina può essere registrata immediatamente durante l'esecuzione del tracciato cardiocografico che viene effettuata per 20 minuti prima e per 60 minuti dopo ogni somministrazione. Le preparazioni commerciali di Misoprostolo vaginale hanno, inoltre, un costo elevato, sovrapponibile a quello del Dinoprostone a rilascio prolungato (Propess). Per tutte queste ragioni è stato ritenuto più sicuro nel nostro Presidio Ospedaliero, scegliere il Misoprostolo per os come alternativa al Dinoprostone per l'induzione di travaglio in caso di reperto ostetrico non favorevole.

La modalità di scelta del tipo di induzione da effettuare (prostaglandine o ossitocina) si basa essenzialmente sul grado di maturazione cervicale. Il metodo più comunemente usato per la valutazione della cervice è il *Bishop pelvic score system*. Tale sistema prende in considerazione le caratteristiche intrinseche della cervice uterina (lunghezza, posizione, appiattamento e consistenza) ed il livello della parte presentata nello scavo pelvico (Tab.1) e permette una standardizzazione della valutazione del grado di maturazione cervicale. Più alto è il punteggio, maggiore è la probabilità di successo dell'induzione del travaglio di parto, mentre un indice di Bishop < 3 è associato ad un'elevata percentuale di TC (20% circa).

**L'Ospedale Sant'Anna è il polo ostetrico ginecologico dell'Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino;** con i suoi cir-

## PROFESSIONE

## INDUZIONE DI TRAVAGLIO



TABELLA 1  
Bishop Scoring System

Punteggio	Dilatazione	Posizione	Lunghezza collo	Consistenza	Livello parte presentata
0	Chiuso	Posteriore	3 cm	Rigida	-3
1	1-2 cm	Intermedia	2 cm	Media	-2
2	3-4 cm	Anteriore	1 cm	Soffice	-1
3	5 cm		Appianato		+1/+2

ca 7mila parti annui è uno degli ospedali ostetrici più importanti in Italia ed in Europa. Considerando l'alta specializzazione in campo ostetrico ed il fatto che è un centro di riferimento Hub per l'ostetricia e la neonatologia, si ha un'elevata concentrazione di patologia ostetrica (gravidezze complicate da minaccia di parto pretermine, placenta previa e accreta, feti con malformazioni, gravidanze plurime, iposviluppo fetale, patologie materne...) e di conseguenza un'alta percentuale di travagli indotti (24%). Il tasso globale di cesarei nel 2019 è stato 31,6% (62,7 % parti spontanei e 5,7% parti operativi); questo tasso scende al 5% nel settore a basso rischio ostetrico dove vengono concentrate le gravidanze fisiologiche. Il Reparto di ostetrica pilota nell'uso del misoprostolo per os nell'induzione di travaglio nel gennaio 2018 è stato la Struttura Complessa 3 ed i dati di seguito riportati sono relativi al lavoro qui effettuato. Successivamente, dati i buoni risultati preliminari, l'uso è stato esteso a tutti i reparti ed è stato iniziato uno studio (ancora in corso) di confronto tra il Misoprostolo per os e il Dinoprostone per via vaginale.

Il protocollo aziendale prevede l'utilizzo di Misoprostolo 200 mcg diluito in 200 ml di acqua, da somministrare al dosaggio di 50 mcg ogni 5 ore per un massimo di 4 dosi, in assenza di risposta alla dose precedente.

L'induzione con questa metodica è stata praticata esclusivamente in pazienti a termine (da 37 settimane + 0 di EG), con score di Bishop < 7, sono state escluse le gravidanze plurime, con pregressa isterotomia, con parità > di 3 e con rischio di ipossia fetale (IUGR, diabete tipo 1).

In due anni sono state indotte con il Misoprostolo per os 500 pazienti (2018-2019); di queste il 67% erano primipare ed il 33% pluripare. La media del tempo trascorso tra induzione e parto è risultata essere di 20 ore; la percentuale totale di tagli cesarei è stata 13%, 18% nelle primipare e 2% nelle pluripare. La tachisistolia si è verificata nel 2 % delle donne indotte con Misoprostolo, con 7 casi totali, di cui solo 1 concluso con taglio cesareo. Gli esiti neonatali, calcolati con EGA su sangue arterioso funicolare, sono stati sempre buoni (pH ≤ 7 nel 1% di casi). Il tasso di fallimento induzione (definito come mancato raggiungimento di una fase attiva del travaglio dopo 6-12 ore di infusione di ossitocina a membrane rotte) è stato del 5%; in una recente review del 2015 il tasso di fallimento dell'induzione con Bishop sfavorevole varia dal 9 al 33%. (Banos et al 2015).

**Un capitolo a parte meriterebbero le gravidanze complicate da obesità (BMI ≥30), che han-**

no indicazione a induzione, anche se non presenti patologie concomitanti, entro la 40<sup>a</sup> settimana e nelle quali l'induzione risulta essere più complicata per i maggiori rischi di fallimento e di taglio cesareo. Sudan et al nel 2015 hanno già dimostrato come nelle donne obese con il Misoprostolo rispetto al Dinoprostone si ottenga una maggior percentuale di insorgenza di travaglio ed un minor tasso di tagli cesarei.

Delle 500 pazienti indotte, 71 avevano un BMI ≥30, la percentuale di cesarei su queste pazienti è stata del 11%, con un'incidenza del 14% di emorragia post partum.

È ancora in corso la raccolta dati sull'induzione delle pazienti con Bishop score particolarmente sfavorevole (collo chiuso) mediante l'uso congiunto del catetere di Cook e del Misoprostolo nelle pazienti obese e non.

**Il Misoprostolo per os viene utilizzato nel nostro ospedale anche nell'induzione di travaglio in caso di morte endouterina fetale (Mef).**

I casi di Mef ricoverati presso l'ospedale Sant'Anna sono circa 30 all'anno, le induzioni vengono effettuate con l'uso preliminare di Mifepristone 600 mg, cui segue dopo 24 ore (non 48 ore come nelle Itg) il Misoprostolo. In circa 1/5 dei casi si verifica insorgenza di travaglio dopo il solo Mifepristone. Le dosi di Misoprostolo utilizzate fino a 28 settimane sono identiche a quelle impiegate, con successo, per l'induzione nelle interruzioni terapeutiche di gravidanza (Itg) nel secondo trimestre: 400 mcg somministrati ogni 5 ore, fino ad un massimo di 5 somministrazioni, alla quinta dose di misoprostolo viene abbinato nuovamente il mifepristone da 600 mg. In caso di mancata risposta si effettua un secondo ciclo dopo 24 ore di pausa con misoprostolo agli stessi dosaggi per via vaginale. Visti i numeri, fortunatamente, esigui di Mef del terzo trimestre, non disponiamo di dati significativi come sull'induzione di travaglio. In linea con quanto riportato in letteratura (Who 2013, linee guida Aogoi su induzione di travaglio), nel terzo trimestre le dosi di Misoprostolo sono più simili a quelle utilizzate nell'induzione di travaglio a termine, questo per evitare il rischio di tachisistolia, maggiore a queste epoche gestazionali: tra le 28 e le 33 settimane si è deciso di ridurre il dosaggio di Misoprostolo a 200 mcg ogni 5 ore, mentre da 34 settimane a 50/100 mcg ogni 5 ore, fino a 5 somministrazioni. Alcuni articoli pubblicati consigliano di raddoppiare il dosaggio alla seconda somministrazione se non compare attività contrattile. L'uso dell'ossitocina è consentito dopo 4 ore dall'ultima dose assunta.

## Conclusioni

**I RISULTATI OTTENUTI nel nostro Centro sull'induzione di travaglio sono in linea con quanto riportato in letteratura: i dati hanno evidenziato come con la somministrazione di Misoprostolo per os vi siano stati tempi induzione-parto ridotti rispetto all'utilizzo delle altre prostaglandine (si pensi che in caso di Bishop score sfavorevole, il Dinoprostone dispositivo vaginale a rilascio controllato richiede un'applicazione di 24 ore, seguita spesso dall'utilizzo 10 più dosi di Dinoprostone gel vaginale, ogni 6 ore, con notevole allungamento dei tempi) e vi sia stata una bassa percentuale di tagli cesarei.**

**Altro punto da sottolineare è la notevole riduzione dei costi che il solo impiego del Misoprostolo per os rispetto ad altre prostaglandine consente: infatti il costo di una compressa di Misoprostolo per os risulta essere 0,28 centesimi contro il costo unitario del Dinoprostone dispositivo vaginale a rilascio controllato di 194 euro, usato in caso di Bishop score < 4 e del Dinoprostone gel (61 euro), usato successivamente con Bishop score ≥ 4. Abbiamo stimato che il costo sostenuto per l'induzione delle 500 pazienti utilizzando il Misoprostolo per os sia stato circa 500 euro, versus 74mila euro circa utilizzando le altre prostaglandine (ipotizzando di utilizzare una sola dose di prostaglandina per via vaginale). Questo dato non è trascurabile in termini di farmaco-economia, data la sempre maggiore necessità di ridurre i costi in ambito della sanità pubblica pur mantenendo una efficiente ed efficace assistenza alle gravide che necessitano di induzione del travaglio di parto.**

“  
Altro punto da sottolineare è la notevole riduzione dei costi che il solo impiego del Misoprostolo per os rispetto ad altre prostaglandine consente: infatti il costo di una compressa di Misoprostolo per os risulta essere 0,28 centesimi

## LETTERATURA

■ SOGC Clinical Practice Guideline No. 296, September 2013: Induction of Labour, J Obstet Gynaecol Can 2013;35(9):840-857;

■ WHO recommendations for induction of labor World Health Organization 2011

■ Linee guida Induzione al travaglio di parto realizzato dalla fondazione confalonieri ragonese su mandato SIGO, AOGOI, AGUI; 2016

■ Alfrevic Z. et al, Labour induction with prostaglandins: a systematic review and network meta-analysis, BMJ 2015;350:g217 | doi: 10.1136/bmj.h217

■ Wallstrom T. et al, Labor Induction with Orally Administrated Misoprostol: A Retrospective Cohort Study, Hindawi BioMed Research International VOL 2017, article ID 6840592

■ Gómez Ponce de León R, Wing D, Fiala C. Misoprostol for intrauterine fetal death. Int J Gynaecol Obstet 2007;(99)Suppl 2:S190-3.

■ Gómez Ponce de León R, Wing DA. Misoprostol for termination of pregnancy with intrauterine fetal demise in the second and third trimester of pregnancy - a systematic review. Contraception 2009;(79):259-71.

■ Dodd JM, Crowther CA. Misoprostol for induction of labour to terminate pregnancy in the second or third trimester for women with a fetal anomaly or after intrauterine fetal death. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 4. Art. No:4901.

■ Perritt JB, Burke A, Edelman AB. Interruption of non viable pregnancies of 24-28 weeks' gestation using medical methods: release date June 2013 SFP guideline 20133. Contraception 2013;88(3):341-9

■ Queensland Clinical guideline: stillbirth care



Fondazione  
**onda**

Osservatorio nazionale sulla salute  
della donna e di genere



FARMINDUSTRIA

SPECIALE  
RAPPORTO  
ONDA

SETTIMA EDIZIONE DEL LIBRO BIANCO  
SULLA SALUTE DELLA DONNA

# La sfida della denatalità

**LA SETTIMA EDIZIONE DEL LIBRO BIANCO** si concentra sulla sfida della denatalità. Nel 2019 in Italia le nascite risultano infatti decisamente inferiori ai decessi: sono 435 mila i nuovi nati contro 647 mila deceduti, segnando un nuovo record negativo: -4,5% rispetto al 2018. “In poco più di 50 anni siamo passati dal baby boom degli anni '60 al baby flop dei nostri giorni”, commentano gli esperti. Un “inverno demografico” insomma, in cui la popolazione continua a invecchiare e fa sempre meno figli. Questo vuol dire che si sta ridisegnando l'idea di famiglia: tre quinti dei bambini non avranno fratelli, cugini e zii; solo genitori, nonni e bisnonni. E ora a causa dell'emergenza sanitaria Covid-19 le nascite potrebbero calare ulteriormente di oltre 10 mila unità secondo uno scenario Istat.





**FRANCESCA MERZAGORA**  
Presidente Fondazione Onda



**MASSIMO SCACCABAROZZI**  
Presidente Farmindustria

## “Denatalità, una delle più importanti e urgenti sfide del nostro Paese”

“Questa settima edizione del Libro Bianco realizzata grazie al rinnovato sostegno di Farmindustria e al contributo di molteplici autori, è dedicata alla denatalità, una delle più importanti e urgenti sfide che il nostro Paese deve affrontare, resa ancora più complessa dal Covid-19. Il costante calo annuale delle nascite che si registra nel nostro Paese, causato dalla riduzione delle donne in età fertile, dal basso indice di fecondità e dal basso livello di occupazione femminile, avrà un impatto anche sul piano economico. A fronte di un invecchiamento progressivo della popolazione e di questo calo delle nascite, avremo una minore forza lavoro con sempre più anziani e meno giovani. Il Ddl Family Act è il primo intervento concreto a sostegno delle giovani coppie”.

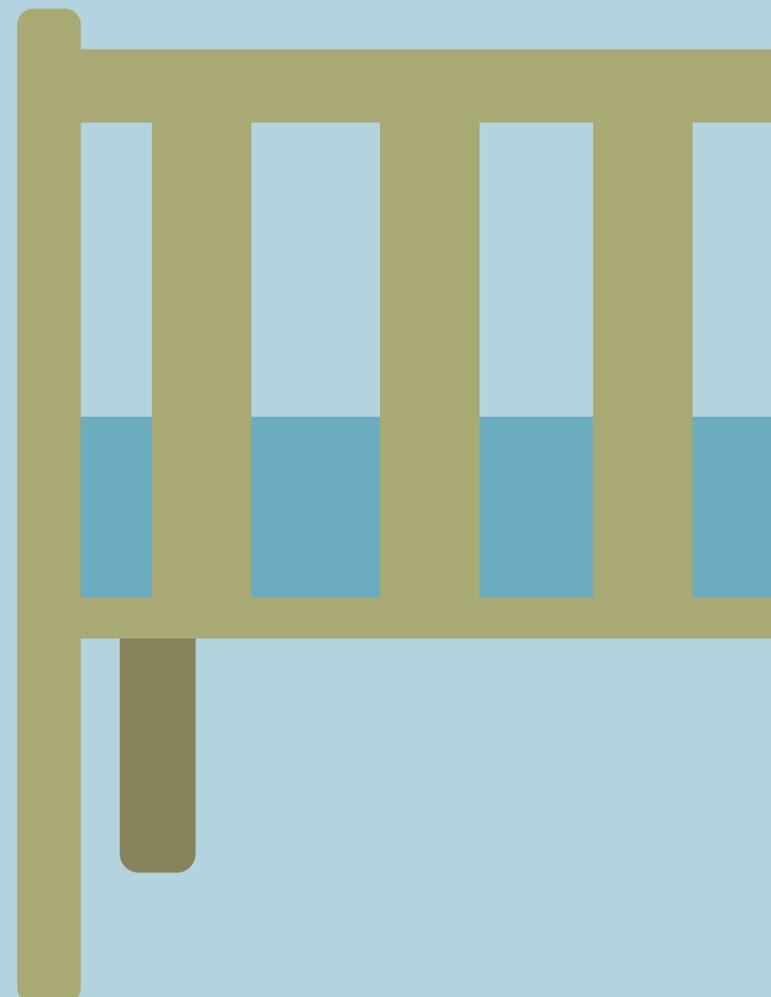
## “Pari opportunità una realtà nelle imprese del farmaco”

“La forte presenza femminile e la forte attenzione alle persone fanno sì che da anni nelle imprese del farmaco le pari opportunità siano una realtà. Dati Istat mostrano che la farmaceutica è il settore con la più alta quota di imprese che adottano misure concrete per pari opportunità, diversity, inclusion, conciliazione vita-lavoro e sostegno della genitorialità. Tra queste, ad esempio, permessi aggiuntivi rispetto alla legge e al Ccnl, congedi e aspettative più lunghi in caso di paternità/maternità, agevolazioni di orario d'ingresso e uscita e flessibilità, utilizzo di part-time verticale e orizzontale, asili nido aziendali, servizi di take away e di lavanderia. Grazie anche a questo il settore ha una produttività più alta del totale dell'economia che si accompagna a un maggiore numero di figli rispetto alla media nazionale”.

## SPECIALE RAPPORTO ONDA OSSERVATORIO NAZIONALE

# Settima edizione del Libro bianco pubblicato ogni due anni dalla Fondazione Onda

**COME DA TRADIZIONE**, il volume prevede una prima parte che tratteggia, secondo un approccio di genere, lo scenario demografico ed epidemiologico della popolazione femminile, con un focus sulla salute riproduttiva e materno-infantile e analizza i determinanti di salute con particolare riferimento agli stili di vita che sono i cardini della prevenzione primaria. A completamento della prima parte è stato inserito un capitolo dedicato all'infezione da Sars-CoV-2 con particolare attenzione alle differenze di genere. La seconda parte di approfondimento è stata dedicata al tema della denatalità, fenomeno che da tempo come Osservatorio attenzioniamo e che rappresenta una delle più importanti e urgenti sfide che il nostro Paese deve affrontare, resa ancora più difficile e complessa dalla pandemia da Coronavirus Covid 19. Data la poliedricità del tema, nel progetto editoriale sono stati coinvolti esperti afferenti a diversi ambiti per analizzare attraverso differenti prospettive, le cause e le conseguenze del calo delle nascite nel panorama italiano e presentare le possibili strategie per contrastarlo, dando voce ai professionisti, alle associazioni e alle realtà impegnate nella promozione di iniziative concrete e progetti volti a sostenere la natalità e la genitorialità.



# PARTE 1

## 1. Popolazione

**LA SITUAZIONE DEMOGRAFICA** italiana è connotata dalla continua contrazione delle nascite e dall'invecchiamento della popolazione. Nel 2019 le nascite risultano, infatti, inferiori ai decessi (420 mila contro 647 mila), mentre la speranza di vita è aumentata per entrambi i generi (81 anni per gli uomini e 85,3 per le donne).

Nonostante la diminuzione delle nascite, il tasso di fecondità rimane costante (1,29 figli per donna), mentre aumenta l'età media delle madri al parto, giungendo a 32 anni.

Aumenta il ricorso alla Procreazione medicalmente assistita, soprattutto da parte delle donne con meno di 35 anni e tra i 35 e i 39 anni, sia per numero di coppie trattate e di bambini nati vivi, sia per quantità di cicli effettuati.

Nel 2018 sono state registrate 76.328 interruzioni volontarie di gravidanza (Ivg), che confermano la diminuzione del fenomeno: il tasso di abortività (numero di Ivg rispetto a mille donne di età compresa tra 15 e 49 anni) è risultato pari al 6 per 1.000, calando del 5,5% rispetto al 2017.

Il 63,2% dei parti accade in punti nascita dove avvengono più di 1.000 parti/anno, mentre il 5,8% si verifica in strutture che accolgono meno di 500 parti annui.

Nel 2018 la percentuale di tagli cesarei (TC) sul totale dei parti è pari al 33,11%. Rispetto al 2011, nella maggior parte delle regioni la proporzione di TC cala gradualmente o rimane sostanzialmente stabile. Tuttavia, la percentuale di TC rimane comunque molto elevata, oltre ad essere la più alta in assoluto a livello europeo.

## 2. Fattori di rischio e stili di vita

**I FATTORI DI RISCHIO** esaminati nel capitolo comprendono il fumo, il consumo di alcol, l'eccesso ponderale e la sedentarietà.

In Italia, i fumatori sono 11,6 milioni, pari al 22% della popolazione. Gli uomini fumatori sono 7,1 milioni (28%) mentre le donne fumatrici 4,5 milioni (16,5%).

Per quanto riguarda il consumo di alcool, nel 2018 la prevalenza in Italia di consumatori a rischio è pari al 23,4% per gli uomini e all'8,9% per le donne. Nel 2018, il 46,1% dei maggiorenni italiani è in eccesso ponderale: più di un terzo (35,4%) è in sovrappeso, mentre poco più di una persona su dieci è obesa (10,7%). Questa condizione presenta una marcata differenza di genere: il 43,5% degli uomini risulta in sovrappeso contro il 27,9% delle donne, mentre è obeso l'11,7% degli uomini rispetto al 9,8% delle donne.

Gli italiani sedentari sono oltre 21 milioni, pari al 35,9% della popolazione. Le persone che, invece, dichiarano di praticare sport nel tempo libero sono il 35,3%. L'analisi di genere mostra forti differenze in tutte le fasce di età e le donne risultano più sedentarie (40% rispetto al 31,6% degli uomini).



**FUMATORI IN ITALIA** 22%

**11,6 mln**

**UOMINI** 28%

**7,1 mln**

**DONNE** 16,5%

**4,5 mln**

## 3. Infezione da Coronavirus Sars-CoV-2. Differenze di Genere

**ELENA ORTON**

Primo Ricercatore, Direttore del Reparto Fisiopatologia di Genere, Centro di riferimento per la Medicina di Genere, Istituto Superiore di Sanità.

**GIOVANNELLA BAGGIO**

Professore Ordinario fuori ruolo, Studioso Senior, Università di Padova, Presidente Centro Studi Italiano su Salute e Medicina di Genere

**L'INFEZIONE DA SARS-COV-2**, come evidenziato dalle statistiche mondiali, ha effetti diversi nei due sessi. Le donne sono maggiormente suscettibili alla malattia, mentre negli uomini si registra un tasso di mortalità quasi doppio.

Il capitolo, dopo una breve spiegazione dei processi molecolari dell'infezione, approfondisce i meccanismi alla base delle differenze di sesso sottolineando l'importanza di considerare il sesso e il genere come determinanti fondamentali di Covid-19.

Tra i fattori legati al sesso, la risposta immunitaria, più efficace nelle donne rispetto agli uomini, svolge un ruolo cruciale. Le differenze di esito della malattia dipendono anche dalla diversa espressione di recettori e co-recettori virali, dovuta a fattori genetici, epigenetici e ormonali.

Covid-19 è una sindrome caratterizzata da quadri clinici complessi, principalmente respiratori ma anche multi-organo, i cui fattori di rischio sono costituiti da patologie preesistenti a carico di polmoni, cuore, reni e cervello. La prevalenza di tali malattie aumenta con l'età e questa è la probabile ragione della letalità di Covid-19 negli anziani. Al fine di creare soluzioni più appropriate per l'impatto di COVID-19 su donne e uomini, è fondamentale raccogliere sistematicamente e segnalare i dati disaggregati per sesso ed età.



## SPECIALE RAPPORTO ONDA OSSERVATORIO NAZIONALE SULLA SALUTE DELLA DONNA E DI GENERE



# PARTE 2

## 4. Il calo delle nascite: inquadramento del fenomeno

**GIAN CARLO BLANGIARDO**  
Presidente Istat

**A PARTIRE DALLE STIME UFFICIALI**, che segnano una decisa diminuzione del numero di nascite dal 2008 a oggi, il capitolo traccia un'accurata descrizione statistica del fenomeno della denatalità, tenendo conto non solo dell'effettivo tasso di fecondità della popolazione italiana ma anche del clima politico e sociale, in grado di influenzare le aspirazioni e decisioni genitoriali.

Il calendario riproduttivo è indubbiamente cambiato: si tende sempre di più a posticipare la nascita del primo figlio. Questo fenomeno è una delle principali cause dell'ulteriore diminuzione della fecondità osservata nei dati annui.

A fronte di una fecondità in costante calo, il numero di figli desiderato resta sempre fermo a due, evidenziando uno scarto tra quanto si vorrebbe e quanto si riesce a realizzare. Spesso sono proprio le ulteriori nascite a trovare difficoltà e ostacoli nella realizzazione. Sono infatti oltre 2 milioni le persone che vorrebbero altri figli.

La natalità italiana, già bassa, potrebbe subire un calo ulteriore a causa di Covid-19. Una recente simulazione ha infatti evidenziato un calo delle nascite nell'ordine di circa 9 mila unità. E lo scenario peggiora nettamente se si tiene conto anche dei verosimili effetti negativi socio-economici della pandemia, assumendo la crescita della disoccupazione come "effetto collaterale" del clima di disagio e di insicurezza materiale.

## 5. I determinanti sociali della denatalità: disagio psichico e perdita dei legami

**CARLA COLLICELLI**  
Istituto di Tecnologie Biomediche,  
Consiglio Nazionale delle Ricerche

**IL CAPITOLO**, dopo aver esaminato brevemente le carenze storiche delle politiche familiari in Italia, concentra la sua analisi sui fenomeni di disagio psicologico e identitario, sia quelli di più vecchia data, sia quelli emersi nel corso della pandemia da Covid-19. Riguardo alle politiche di supporto, la famiglia, nonostante l'importante ruolo in numerosi aspetti del benessere e della convivenza sociale, è stata decisamente trascurata: dalle ricerche emerge infatti che la famiglia affronta spesso da sola gli impegni di cura, tutela e formazione e che non

è stato ancora individuato un modello adeguato di conciliazione tra famiglia e lavoro.

Una parte considerevole delle responsabilità viene attribuita a uno sviluppo economico distorto, che non ha saputo salvaguardare e accrescere il capitale umano, sociale e culturale.

Dal punto di vista psico-antropologico, la situazione di incertezza si rispecchia nella condizione di individualismo e solitudine tipica dell'umanità contemporanea, in cui tutti sono soli nella moltitudine. Invece, come dimostrano numerose analisi, una socialità ricca di valori positivi e di legami sociali stabili è essenziale per il benessere e per la generatività.

Per affrontare i problemi della denatalità oggi, è dunque indispensabile guardare oltre gli aspetti consueti e ripensare in maniera costruttiva le scelte, i valori e gli obiettivi su cui basare lo sviluppo futuro.



La natalità italiana, già bassa, potrebbe subire un calo ulteriore a causa di Covid-19. Una recente simulazione ha infatti evidenziato un calo delle nascite nell'ordine di circa 9 mila unità





I neonatologi, presenti nei diversi punti nascita, raccolgono le preoccupazioni dei genitori, che si sentono sempre meno aiutati e più soli. Le donne sono scoraggiate dalla difficoltà di conciliare il tempo dedicato alla famiglia e quello destinato al lavoro



## 6. L'impatto del calo delle nascite sul sistema economico

**ALFONSO GIORDANO**

*Luiss Libera università internazionale degli studi sociali Guido Carli*

**LA RELAZIONE** tra dimensione della popolazione e andamento economico ha costituito un tema ricorrente di discussione nelle analisi degli studiosi. In tempi recenti si è cominciato ad indagare più che sul rapporto tra dimensione della popolazione e crescita economica, sui legami fra quest'ultima e la struttura demografica, vale a dire le percentuali di bambini, giovani, adulti e anziani che costituiscono la piramide dell'età di un paese. L'effetto più negativo del calo delle nascite sulla società italiana non è tanto la diminuzione della popolazione complessiva quanto il suo progressivo invecchiamento, il quale produce meccanicamente una quota insufficiente di nuovi lavoratori. In altre parole, la popolazione sarà più esigua e caratterizzata da una forza lavoro calante, con sempre più anziani e meno giovani.

Per mitigare le conseguenze negative di questa situazione vi sono tre possibili soluzioni: prolungare la vita lavorativa, incrementare la partecipazione femminile al mercato del lavoro e migliorare la dotazione di capitale umano. Tali misure dovrebbero comunque inserirsi nell'ottica di un maggiore impegno verso le nuove generazioni. La relazione tra variabili demografiche e sistema economico è una questione di grande urgenza, anche se tuttora non popolare nel dibattito pubblico per le scelte di lungo periodo che imporrebbe e, dunque, spesso sottostimata nelle opzioni politiche a causa della scarsa rendita elettorale.



## 7. I fattori che riducono la fertilità

**FILIPPO MARIA UBALDI**

*Presidente della Società italiana di fertilità e sterilità e medicina della riproduzione (Sifes-Mr)*

**FEDERICA INNOCENTI**

*Embriologa clinica presso i Centri di medicina della riproduzione Genera*

**DANILO CIMADOMO**

*Responsabile della ricerca presso i Centri di medicina della riproduzione Genera*

**LAURA RIENZI**

*Direttrice di laboratorio presso i Centri di medicina della riproduzione Genera*

**IL CAPITOLO ANALIZZA** i principali fattori associati al calo della fertilità nella popolazione femminile. Per quanto riguarda gli stili di vita, l'alimentazione, il peso corporeo, l'esercizio fisico e lo stress psicologico possono influire negativa-

mente sulla fertilità. Le sostanze tossiche ambientali sono un gruppo di sostanze chimiche (naturali o sintetiche) che interferiscono con il sistema endocrino, provocando danni strutturali e funzionali agli ovociti. Esse agiscono sui recettori ormonali, bloccando, mimando o attivando la loro reazione.

L'età ha un effetto negativo sulla riserva ovarica (il pool di ovociti di cui ciascuna donna dispone), sia a livello quantitativo sia a livello qualitativo. Infatti, dal menarca in poi, tale riserva diminuisce gradualmente a causa dell'ovulazione di un ovocita maturo e della degenerazione degli altri. Inoltre, l'invecchiamento cellulare provoca un incremento delle alterazioni del numero di cromosomi negli ovociti.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la gonorrea e la clamidia sono le malattie sessualmente trasmissibili più diffuse. Se non trattate, queste infezioni possono sviluppare la malattia infiammatoria pelvica, che può causare sterilità nel 10-20% dei casi.

Le condizioni patologiche comprendono le disfunzioni ovariche/ipotalamiche, i danni alla funzionalità tubarica e le malformazioni uterine congenite o acquisite.

## 8. La denatalità: il punto di vista del neonatologo

**FABIO MOSCA**

*Presidente Società Italiana di Neonatologia (Sin).*

L'Italia è tra i paesi che fanno meno figli al mondo. La questione non è solo demografica ma anche sociale ed economica, causata dalla mancanza di politiche di sostegno alla famiglia. I neonatologi, presenti nei diversi punti nascita, raccolgono le preoccupazioni dei genitori, che si sentono sempre meno aiutati e più soli. Le donne sono scoraggiate dalla difficoltà di conciliare il tempo dedicato alla famiglia e quello destinato al lavoro. Scegliere di avere figli non dipende solo dalla condizione economica ma principalmente dal livello di benessere. A bassi tassi di occupazione femminile corrispondono, infatti, bassi tassi di fecondità.

Occorre ridare fiducia e sicurezza alle famiglie, sostenendo le mamme prima e dopo la nascita e mettendo i neonati e le loro famiglie al centro di un articolato progetto politico di welfare.

È anche necessario migliorare l'attuale "percorso nascita" italiano, garantendo la migliore assistenza possibile e soprattutto eliminando le differenze regionali.

Per invertire il trend che ci ha portato ad essere uno dei paesi con il più basso indice di fecondità sono necessari, in conclusione, interventi che riguardano diversi settori e che richiedono il contributo di tutti.

## SPECIALE RAPPORTO ONDA OSSERVATORIO NAZIONALE SULLA SALUTE DELLA DONNA E DI GENERE



## 9. Tutela della maternità in epoca Covid

**ELSA VIORA**

Presidente Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (Aogoi)

**L'ITALIA È STATA FRA I PRIMI PAESI** colpiti dalla pandemia e le donne in gravidanza sono state particolarmente coinvolte. Si sono trovate a vivere una fase particolare della loro vita senza avere accanto il partner o una persona di fiducia nei momenti cruciali, come il parto o il ricovero.

Vista la loro condizione e la maggiore suscettibilità alle infezioni respiratorie, le donne in gravidanza devono osservare ancora più scrupolosamente le regole di prevenzione. È importante che non rinuncino di propria iniziativa ai controlli della gravidanza per timore di recarsi nelle strutture sanitarie purché rispettino le indicazioni date dai singoli centri per proteggersi.

La Aogoi ha prodotto due documenti di supporto all'attività clinica: un poster informativo rivolto alle donne per rispondere alle loro domande quotidiane, e, insieme a Sigo, Sin e Fnopo, i "Consigli pratici per i ginecologi, le ostetriche ed i neonatologi", in modo da offrire dei "suggerimenti pratici" a medici ginecologi, ostetriche e neonatologi.

La salute delle donne in gravidanza e dei nascituri va sempre tutelata, anche durante le fasi di emergenza e i momenti sociali drammatici. Le donne devono essere informate correttamente, devono essere coinvolte fin dall'inizio della gravidanza, devono poter decidere, ma è essenziale che vengano loro forniti dati scientifici corretti.



L'industria farmaceutica vuole rappresentare una best practice replicabile anche negli altri settori, coinvolgendo i medici del lavoro, consapevole che le persone correttamente informate ricorrono in modo appropriato alle prestazioni sanitarie e seguono stili di vita salutari che possono prevenire l'insorgere di malattie o la loro degenerazione



## 10. Misure e progetti a sostegno della natalità

### Nuove proposte alla luce dei cambiamenti sociali

**ANTONELLA PINZAUTI**

Direttore Generale WellFare Insieme.

**IL GRADUALE SUPERAMENTO** del tradizionale modello di divisione dei compiti famigliari sta facendo emergere nei Paesi occidentali maggiori necessità di conciliazione famiglia-lavoro.

Come gli studi dimostrano, il sottosviluppo degli strumenti a sostegno delle famiglie e delle loro componenti femminili, ha prodotto conseguenze negative sul tessuto economico, sulla struttura demografica e sul sistema di welfare del Paese. Infatti, circa 10 milioni di donne sono costrette a rinunciare al lavoro a causa di problemi di conciliazione. Il lavoro femminile può essere sostenuto attraverso strumenti quali la flessibilità oraria o gli incentivi economici legati ai figli. In questo senso il welfare aziendale rappresenta un'opportunità, soprattutto se riesce a integrarsi positivamente con quanto già disponibile sui territori. Tuttavia, l'accesso a varie forme di welfare aziendale non va considerato come una prerogativa femminile, ma riguarda tutta la popolazione aziendale e rappresenta una risorsa fondamentale per conciliare al meglio la sfera lavorativa e quella familiare. È necessario, quindi, sviluppare un mo-



Le donne devono essere informate correttamente, devono essere coinvolte fin dall'inizio della gravidanza, devono poter decidere, ma è essenziale che vengano loro forniti dati scientifici corretti

dello di welfare responsabile e in dialogo con i territori, capace di rispondere in modo adeguato e sostenibile alle esigenze crescenti di conciliazione famiglia-lavoro, una delle sfide attualmente più impegnative.

### Il Welfare per la salute nel settore farmaceutico

**ANTONIO MESSINA**

Delegato Relazioni Industriali di Farmindustria

**IL 42% DEGLI ADDETTI** nelle imprese farmaceutiche è costituito da donne, molte delle quali amministrano un'azienda o ricoprono incarichi manageriali, rappresentando il 40% dei dirigenti. Nell'area della ricerca, poi, sono la maggioranza, con il 52% degli addetti. Dati significativi perché un'occupazione stabile e di qualità favorisce la progettazione di un futuro familiare.

Inoltre, le aziende del settore farmaceutico, ispirandosi al concetto di sviluppo sostenibile, hanno introdotto diverse pratiche di welfare, con particolare attenzione alla conciliazione vita-lavoro e al benessere dei dipendenti e dei loro familiari. Le più significative misure di welfare intraprese sono: campagne di prevenzione (comprendenti vaccinazioni gratuite, screening e check-up periodici), campagne per incentivare l'esercizio fisico e la corretta alimentazione, attività di life coaching e workshop sulla gestione dello stress, progetti sperimentali dedicati alle persone affette da Sclerosi Multipla, nonché progetti mirati a favorire l'inclusione lavorativa delle donne. Consapevoli del valore positivo della vigilanza sanitaria dei lavoratori, Farmindustria e Assogeneri-

ci hanno sottoscritto il primo Protocollo di settore per migliorare la salute dei lavoratori e delle loro famiglie, offrendo loro maggiori conoscenze e impegnandosi a ridurre le disuguaglianze sanitarie. L'industria farmaceutica vuole rappresentare una best practice replicabile anche negli altri settori, coinvolgendo i medici del lavoro, consapevole che le persone correttamente informate ricorrono in modo appropriato alle prestazioni sanitarie e seguono stili di vita salutari che possono prevenire l'insorgere di malattie o la loro degenerazione.

### Welfare aziendale per la natalità 2.0

**SARA AMORI**

Communication & Advocacy, Eli Lilly Italia spa

**CHIUDE IL CAPITOLO** un box di approfondimento dedicato alle best practice attivate da Eli Lilly, azienda farmaceutica da sempre attenta al welfare aziendale. In particolare vengono presentate le misure e le politiche di lavoro agile adottate dall'azienda in tema di gestione del tempo e dei figli, volte a migliorare l'equilibrio famiglia-lavoro dei propri dipendenti. Tra le pratiche attuate si segnalano: smart working senza limitazioni, orario lavorativo con venerdì a 6 ore, permessi retribuiti senza limiti per esami diagnostici durante la gravidanza, 6 mesi di part-time al rientro dalla maternità, asilo nido convenzionato con contributo a carico dell'azienda (circa 40% del costo mensile), check up annuale o biennale per i dipendenti con giornata di permesso retribuito e campagne di prevenzione rivolte a tutti i dipendenti.



## L'Osservatorio famiglie: un progetto per rilanciare la cultura della natalità

**CHIARA BIDOLI**

*Direttore Insieme, Io e il mio bambino, Quimamme.it, Style Piccoli. RCS Mediagroup SpA*

**IL CAPITOLO DESCRIVE** la nascita e l'evoluzione dell'Osservatorio famiglie (in origine Osservatorio mamme) di Sfera, la divisione infanzia di Rcs Mediagroup, e dei suoi progetti.

In particolare, vengono esaminati i risultati delle ultime due indagini, effettuate nel 2018 e nel 2019. Dalla prima, che analizza il fenomeno della denatalità, partendo da un campione costituito da famiglie con e senza figli, a cui è stato chiesto di raccontare la propria esperienza, sono emerse la difficoltà di conciliare lavoro e famiglia, la mancanza di forme di supporto, nonché una diffusa percezione errata della fertilità: si pensa di poter rimandare indefinitamente la maternità, finché poi diventa biologicamente troppo tardi.

La seconda ricerca aveva lo scopo di studiare la situazione delle famiglie italiane durante il lockdown. Dai dati risulta la forte tenuta delle famiglie: la convivenza forzata ha inciso positivamente sui rapporti di coppia (31%) e su quello con i figli (48%). Interrogate sulle prospettive future, le famiglie temono, per i prossimi tre anni, un peggioramento delle proprie condizioni lavorative ed economiche. A ciò si affiancano i disagi causati dall'assenza dei servizi per la gestione dei figli (34%), oltre a depressione per almeno un componente familiare (27%).

## Progetto pilota Natalità: l'esperienza modenese

**GIUSEPPE MASELLIS**

*Centro di servizio per il volontariato di Modena.*

**NEL CAPITOLO** si delinea il progetto pilota Natalità, elaborato nel contesto del volontariato modenese con l'obiettivo di recuperare il valore della maternità e la consapevolezza della sua importanza sociale ed economica.

Il progetto intende intervenire sulla dimensione culturale per promuovere un cambiamento di visione e influenzare positivamente le pratiche di welfare sul territorio della provincia di Modena a favore di natalità e genitorialità.

Non si tratta solamente di investire risorse, ma anche di cambiare una mentalità profondamente radicata, nella quale sono quasi sempre le donne a farsi interamente carico della gestione familiare, come l'esperienza del lockdown ha evidenziato chiaramente.

Il Progetto Pilota Natalità si propone dunque di cogliere le opportunità offerte dalla pandemia e contribuire a una riflessione di sistema su come costruire una società più attenta e aperta alle nuove generazioni e ai loro progetti di vita.



# Messaggi istituzionali

**ELENA BONETTI**

*Ministro per le Pari Opportunità e la Famiglia*



## Family Act: un progetto integrato per restituire fiducia e speranza

“Gentili organizzatori, gentili partecipanti, Vi ringrazio per il lavoro che portate avanti e per questa occasione di incontro, che vi vede riuniti nella riflessione di una delle sfide più urgenti che ci impegna come Istituzioni e come Paese. La crisi sanitaria che stiamo vivendo ha squarciato il velo sulle nostre fragilità e rischia di far toccare all'Italia un nuovo record negativo delle nascite. In questi mesi così difficili, il nostro impegno non ha subito battute d'arresto e il primo atto dopo il lockdown di marzo ed aprile, non a caso, è stata l'approvazione in Consiglio dei Ministri del Family Act, la prima riforma delle politiche familiari nella storia del nostro Paese. È un progetto integrato e multidimensionale che rimette al centro le famiglie e i bambini per restituire fiducia e speranza alle donne e agli uomini del nostro Paese, con un investimento deciso nei giovani e nella genitorialità. Con la sua approvazione abbiamo fatto un primo passo fondamentale che si concretizzerà nel nuovo anno già con l'assegno unico e universale per ogni figlio, uno dei pilastri del Family Act. Su questa strada dobbiamo continuare, mettendo in campo strategie che investano nelle donne e nella loro presenza nel mondo del lavoro. Lo facciamo con il Family Act, con la legge di bilancio e lo faremo con la Next Generation Eu. Perché e il tempo di liberare quel potenziale ancora inespresso nel Paese, di realizzare nuove forme di armonizzazione tra i tempi della vita familiare e del lavoro, perché nessuna donna sia costretta più a scegliere se essere madre o lavoratrice. È anche da qui che il Paese si rimette in cammino. Con coraggio e capacità di visione. Con progettualità chiare e fiducia nel futuro”

**SANDRA ZAMPA**

*Sottosegretaria alla Salute*



## Sostenere e stabilizzare in senso positivo la situazione demografica del Paese

“Nell'ambito delle mie deleghe ho avviato un percorso per contribuire all'applicazione e diffusione della medicina di genere e al supporto dell'area della medicina e dell'infanzia e dell'adolescenza. In questo senso, vorrei congratularmi per quanto state portando avanti e per l'attenzione che state ponendo a queste tematiche. Sono certa che i lavori della giornata costituiranno un ulteriore stimolo e confronto per mettere sempre più al centro del Servizio Sanitario Nazionale la persona nella sua integrità. L'attenzione alla salute della donna, del resto, si inquadra, sia pure non esclusivamente, nell'approccio di genere e il tema della denatalità ne costituisce un evidente e fondamentale corollario. Tali temi sono ancor più attuali in un momento come quello che stiamo vivendo, caratterizzato dall'infezione dovuta al Sars-CoV-2 e, dunque, da un perdurare clima di incertezza e instabilità, che si traduce potenzialmente e pericolosamente in ulteriori rinvii della maternità. Auguro quindi il miglior successo all'evento e rinnovo l'impegno a collaborare sui temi di comune interesse al fine di sostenere con rinnovato vigore e le realtà genitoriali e familiari e tornare a stabilizzare in senso positivo la situazione demografica del Paese. Invio al Presidente Merzagora, agli organizzatori e ai partecipanti i saluti più cordiali. Con amicizia”

## SPECIALE RAPPORTO ONDA OSSERVATORIO NAZIONALE SULLA SALUTE DELLA DONNA E DI GENERE



## 11. Malattie croniche e desiderio di maternità: i progetti di Onda

NICOLETTA ORTHMANN

Coordinatore medico scientifico Fondazione Onda

**LE MALATTIE CRONICHE** sono state lungamente considerate una controindicazione alla gravidanza. In seguito all'avanzamento delle strategie diagnostico-terapeutiche e ai progressi nella pratica clinica tale paradigma è stato abbandonato. Infatti, un'attenta gestione medica e ostetrica consente di portare a termine in sicurezza la gravidanza. È opportuno che il desiderio di maternità sia inserito in un "progetto" di pianificazione della gravidanza, considerando lo stato della malattia, i trattamenti farmacologici e le eventuali comorbilità. Pianificare consente di avviare la gravidanza in un periodo di stabilità della malattia, così da poter eventualmente rinunciare ai farmaci per il tempo necessario.

È fondamentale che la donna sia seguita in tutte le fasi del progetto, dal concepimento al post partum, attraverso una collaborazione sinergica tra lo specialista, figura di riferimento per la malattia cronica, e il ginecologo, figura di riferimento per la gravidanza, affiancati laddove necessario da un supporto psicologico.

L'ultima parte del capitolo presenta i progetti realizzati da Onda in tema di pianificazione familiare e malattie croniche, dedicati in particolare alle malattie reumatiche autoimmuni e alla sclerosi multipla: "Malattie reumatiche autoimmuni. Dalla pianificazione familiare alla genitorialità", "Una cicogna per la sclerosi multipla" e "SM. Semplicemente Mamma". Il capitolo riserva in chiusura uno spazio di approfondimento su fertilità e gravidanza in donne affette da tumore, tematica di grande interesse e attualità in considerazione dell'incremento dell'incidenza delle neoplasie nelle donne in età fertile (in particolare il carcinoma della mammella), dell'avanzamento dell'età materna alla prima gravidanza nonché dell'aumento del tasso di sopravvivenza grazie alla diagnosi precoce e a terapie sempre più mirate ed efficaci.

## 12. Parole fertili: viaggio alla ricerca di un figlio

CRISTINA CENCI

Founder di DNM-Digital Narrative Medicine

**PAROLE FERTILI** nasce nel 2016 come comunità digitale di story sharing, per cogliere, attraverso i racconti dei suoi membri, la multidimensionalità della fertilità e del desiderio di genitorialità. Il capitolo evidenzia che, ancora oggi, la difficoltà o l'impossibilità a generare costituiscono un grande tabù. A differenza di altre patologie, si tratta di condizioni che non hanno una definizione prevalentemente biomedica: si diventa "pazienti" solo quando si desidera un figlio. Attraverso le storie di "Parole fertili" si rileva inoltre che, nel mondo fluido di oggi permane una strutturazio-



ne rigida dei tempi sociali, la quale rende impossibile intraprendere percorsi non lineari, come ad esempio avere figli appena ottenuto il primo lavoro, senza per questo pregiudicarsi la carriera. Emerge quindi una discrepanza tra progetto di vita, valori sociali e desiderio individuale e collettivo di genitorialità.

In conclusione l'autrice sostiene la necessità di un nuovo patto che consenta di ridurre questa differenza, in modo da costruire un orizzonte condiviso di fiducia.

## 13. Tutti insieme appassionatamente. Esperienza di una famiglia numerosa nel 2020

EUGENIO E GABRIELLA LAO

Vicepresidenti Associazione Nazionale Famiglie Numerose

**IL CAPITOLO ILLUSTR**a il "punto di vista" di una famiglia numerosa ai nostri giorni.

Gli autori, i Vicepresidenti dell'Associazione Nazionale Famiglie Numerose, oltre a narrare la propria esperienza genitoriale, esaminano il rapporto che intercorre tra la famiglia e la società odierna e i "benefici" che le famiglie, specialmente quelle numerose, portano a quest'ultima in termini di cura ed educazione.

Difatti, tramite le relazioni fra i membri del nucleo familiare, gli individui non solo vengono introdotti alla socialità, ma imparano anche la solidarietà e l'impegno reciproco.

Perciò, sostenere le famiglie nell'assolvimento dei propri compiti di cura, educativi e generativi con leggi e interventi istituzionali adeguati, asseriscono gli autori, è non solo utile bensì indispensabile per la costruzione di una società più coesa e solidale.



Sostenere le famiglie nell'assolvimento dei propri compiti di cura, educativi e generativi con leggi e interventi istituzionali adeguati, non è solo utile bensì indispensabile per la costruzione di una società più coesa e solidale

## Conclusioni L'Italia può "rinascere"?

ALESSANDRO ROSINA

Università Cattolica del Sacro Cuore

**LA DENATALITÀ** è un fenomeno complesso che non si può ridurre alla sola dimensione statistica. A partire dagli ultimi decenni del XX secolo, infatti, la scelta di avere figli diventa sempre più il risultato di un processo decisionale che coinvolge fattori culturali, sociali e legati al benessere psicologico, oltre che economici e istituzionali.

Rispetto ai primi decenni del secondo dopoguerra, quello che differenzia oggi in negativo le nuove generazioni sono le prospettive su cui costruire il proprio percorso di vita. Gli anni Cinquanta e Sessanta del secolo scorso sono stati caratterizzati da possibilità di entrata stabile nel mondo del lavoro, welfare in espansione e aspettative positive crescenti verso il futuro.

Uno dei motivi principali dell'attuale denatalità è allora il fatto che - in una situazione culturale, sociale, economica profondamente mutata - i giovani e le donne non trovano un contesto favorevole per realizzare i loro obiettivi di vita e coniugarli con i percorsi formativi e le aspettative professionali.

Se si vuole invertire tale tendenza è necessario creare un nuovo clima culturale di fiducia, promuovendo le aspirazioni delle nuove generazioni. Serve un cambiamento di paradigma: le politiche familiari vanno considerate come parte integrante dello sviluppo del Paese, in virtù del loro legame con l'autonomia dei giovani, l'occupazione femminile e lo sviluppo umano a partire dall'infanzia.

## CELIACHIA



## PATOLOGIE AUTOIMMUNI

# La malattia celiaca nella donna



**GIULIA DE IACO**  
Esperta alimentarista



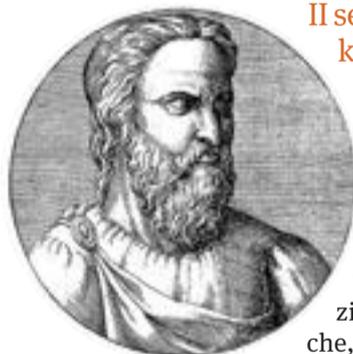
**SIMONETTA MARUCCI**  
Esperta in disturbi del comportamento alimentare



**MAURIZIO SILVESTRI**  
Ginecologo Asl Umbria 2  
Tesoriere Aogoi



**DANILO ROSSETTI**  
MD, Uoc Gastroenterologia  
e Epatologia pediatrica.  
Dipartimento Materno-  
Infantile "Sapienza"  
Università - Roma



Arateo di  
Cappadocia

**La coltivazione dei cereali è cominciata in Mesopotamia, nella cosiddetta Mezzaluna Fertile dell'Asia occidentale, nel periodo neolitico intorno al 9.500 a.c.. Probabilmente i primi casi di celiachia non si sono verificati prima di allora.**

**Arateo di Cappadocia, medico greco che visse in quella zona ed esercitò a Roma nel II secolo D.C., descrisse per la prima volta la celiachia (dal greco κοιλιακός koiliakòs, "addominale"). Questa malattia guadagnò l'attenzione della medicina occidentale quando, Francis Adams medico e traduttore scozzese di trattati di medicina dal greco antico, latino e arabo, presentò nel 1856 una traduzione dei testi di Arateo**

**LA CELIACHIA È UNA PATOLOGIA AUTOIMMUNE** caratterizzata da alterazioni sierologiche ed istologiche tipiche, scatenata dall'ingestione del glutine in soggetti geneticamente predisposti. Con il termine generico glutine si indicano le proteine alcool-solubili presenti nel grano, orzo, segale, spelta e kamut. L'epidemiologia di tale condizione è in continuo aumento, con una prevalenza stimata dello 0.5-1% della popolazione generale, con un rapporto M/F variabile tra 2:1 a 3:1 e maggior frequenza nei parenti di primo grado di soggetti affetti ed in caso di comorbidità con malattie autoimmuni.

La sintomatologia classica (tipica) è caratterizzata da sintomi da malassorbimento, quali diarrea, calo ponderale, dolori addominali, meteorismo. Tali sintomi, più frequenti in età pediatrica, risultano più rari nei soggetti adulti che esordiscono più spesso con manifestazioni simil-colon irritable, con dolori addominali, stipsi alternata a

diarrea oppure sintomi dispeptici e vomito. Alquanto aspecifiche risultano essere le manifestazioni extraintestinali (sintomi atipici), rappresentate da anemia sideropenica, o più raramente macrocitica da deficit di folato e vit. B12, osteoporosi, aftosi orale ricorrente, ipertransaminasemia e sintomi neurologici quali cefalea, parestesie, ansia e depressione. Anche la funzione riproduttiva può essere interessata. Tutti i sintomi risultano reversibili dopo l'avvio di una corretta dieta priva di glutine, seppure talvolta astenia e sintomi funzionali gastrointestinali possano persistere per anni. Si parla di celiachia silente o subclinica quando si ha positività degli autoanticorpi ed alterazioni istologiche duodenali tipiche a fronte di scarsa o assente sintomatologia. Viene definita celiachia potenziale la condizione caratterizzata da sintomi e positività più o meno accentuata degli anticorpi, non associate ad alterazioni istologiche tipiche. Tuttavia la natura di quest'ultima entità risulta tuttora oggetto di ampio

## CELIACHIA

dibattito nella comunità scientifica.

Tutti gli esami diagnostici devono essere eseguiti in corso di dieta con glutine per essere validi. L'esame di screening è rappresentato dall'anti-transglutaminasi (anti-tTG) di classe IgA, dotata di sensibilità e specificità superiori al 95%. In caso di positività va eseguito un dosaggio di conferma associato alla ricerca degli anticorpi anti-endomisio (Ema) IgA, e successivo esame endoscopico mirato. In caso di concomitante deficit di IgA risulta necessario il dosaggio degli anti-tTG di classe IgG e degli anticorpi anti-gliadina deamidata IgG. Non trovano invece più nessuna applicazione gli anticorpi anti gliadina (Aga), dotati di scarsissima specificità.

L'esame genetico di tipizzazione dell'Hla di tipo 2, allo scopo di identificare i genotipi associati a maggior rischio di sviluppare celiachia, DQ2 e DQ8, non è raccomandato di routine nel processo diagnostico, essendo utile solo in casi selezionati per una diagnosi di esclusione, grazie all'elevato valore predittivo negativo.

Il *gold standard* per la diagnosi risulta essere l'esofagogastroduodenoscopia con biopsie multiple a livello del bulbo e della seconda porzione del duodeno. L'esame istologico permetterà di rilevare l'aumento dei linfociti intraepiteliali (Iel), la diminuzione del rapporto villo-crypta (<3:1) e l'atrofia dei villi intestinali. Tali alterazioni permettono di identificare i tre stadi della classificazione secondo Marsh-Oberhuber, di cui lo stadio 3, che corrisponde all'atrofia villare (con tre sottoclassi: 3a, 3b, 3c, a seconda del grado di quest'ultima), risulta diagnostico di celiachia. Mentre in età pediatrica sono sufficienti elevati livelli di anti-tTG IgA confermati in due occasioni per fare diagnosi, evitando in tal modo l'esame endoscopico, quest'ultimo risulta ancora indispensabile negli adulti, secondo le ultime linee guida dell'American College of Gastroenterology, seppure studi recenti abbiano mostrato una buona accuratezza diagnostica della combinazione di anti-tTG, Ema e tipizzazione genomica dell'HLA4.

L'unica terapia attualmente disponibile efficace sia nella risoluzione dei sintomi che nella prevenzione delle complicanze a lungo termine è la dieta rigorosa priva di glutine. Questa deve esse-



re iniziata il prima possibile e mantenuta per tutta la vita, eliminando i prodotti con cereali contenenti glutine anche in minima quantità. Seppure negli ultimi anni, grazie alla fiorente commercializzazione di prodotti alimentari per celiaci, sia molto più semplice seguire questo regime alimentare rispetto al passato, tale dieta non è scevra da potenziali ricadute negative sia sugli aspetti nutrizionali che psico-sociali. Per tale motivo grande attenzione è stata rivolta alla ricerca di possibili terapie farmacologiche in grado di consentire ai pazienti di poter assumere glutine, che non risultano però ancora applicabili alla normale pratica clinica.



Grande attenzione è stata rivolta alla ricerca di possibili terapie farmacologiche in grado di consentire ai pazienti di poter assumere glutine, che non risultano però ancora applicabili alla normale pratica clinica



## La malattia celiaca

**La celiachia danneggia la salute della donna in tutte le età: dal menarca alla menopausa attraversando la gravidanza e l'allattamento**

**IL MENARCA** può essere ritardato, spesso in assenza di altra sintomatologia. La prima mestruazione tende a comparire anche intorno ai 18 anni. La celiachia può causare l'interruzione temporanea del ciclo mestruale oppure la sua irregolarità ma anche l'anovulazione. Nel 43% di queste si assiste al ripristino delle mestruazioni regolari dopo 6-8 mesi di rigorosa aderenza a una dieta priva di glutine. In donne con disturbi della fertilità la prevalenza di questa patologia si attesta tra il 4 e l'8%. Una percentuale superiore rispetto alla popolazione generale, nella quale la prevalenza di celiachia è stimata intorno all'1%.



## Disturbi del comportamento alimentare e

**I disturbi del comportamento alimentare (Dca), quali anoressia nervosa (An), bulimia nervosa (Bn), disturbo da alimentazione incontrollata (Bed) e altri Dca non altrimenti specificati (Ednos), sono malattie gravi che colpiscono un gran numero di persone in tutto il mondo, con andamento epidemico, senza differenze sostanziali di razza, etnia o condizioni socioeconomiche. Spesso il decorso è cronico, e si associa a comorbidità e sequele sia psichiatriche che mediche**

**ANCHE SE SI STA OSSERVANDO un significativo incremento nel sesso maschile, la prevalenza dei disturbi alimentari è più alta tra le donne, soprattutto in età riproduttiva ed anche tra le donne in gravidanza (5%) il che genera una preoccupazione sulla salute della madre e del feto. Nonostante nei Dca, in particolare modo nella An, sia frequente l'Amenorrea, tuttavia possono verificarsi gravidanze non programmate, in parte a causa dei cicli mestruali irregolari che inducono le donne a ritenere di non aver bisogno di metodi contraccettivi.**

**IL CRITERIO DIAGNOSTICO fondamentale, che troviamo nel Dsm-V, è rappresentato da una morbosa paura di ingrassare ed una tendenza a centrare il proprio valore personale al peso, alla forma o all'aspetto del corpo, ed alla capacità di mantenere e controllare un basso peso attraverso le restrizioni alimentari e vari metodi di compenso, quali vomito, utilizzo di lassativi, diuretici, iperattività fisica. In gravidanza, la prospettiva di un aumento di peso diventa spesso destabilizzante, anche se, in generale, i sintomi dei Dca si riducono durante questo periodo.**

**GLI EFFETTI DI QUALSIASI DCA durante la gravidanza non sono limitati alla salute della sola donna ed è importante considerare le conseguenze che la malattia può avere sul bambino.**

**Non è facile arrivare tempestivamente alla diagnosi, poiché molto spesso le pazienti tendono a non rivelare la loro storia e a negare anche a sé stesse il problema. Alcune comorbidità, inoltre, aggravano ulteriormente il quadro di malnutrizione legato a un Dca in gravidanza.**

**UNA DELLE PIÙ COMUNI e, spesso, non riconosciuta o sottostimata, è la celiachia. Vi è una comprovata associazione tra la celiachia e i disturbi del comportamento alimentare. La forzata selettività e restrizione dietetica su alcuni alimenti, dei pazienti affetti da celiachia potrebbe facilitare lo sviluppo di un pensiero ossessivo nei riguardi del cibo e dell'immagine corporea, con comportamenti restrittivi che possono**



## nelle età della donna

**I DISTURBI GASTROINTESTINALI** da malattia celiaca possono associarsi all'endometriosi; se ne osserva una prevalenza maggiore rispetto alla popolazione generale. La sintomatologia dolorosa a volte si riduce dopo un anno di assenza di glutine. Anche la leucorrea recidivante è associata alla malattia.

### LE DONNE CELIACHE HANNO UNA VITA FERTILE PIÙ BREVE

**LA MENOPAUSA** tende ad arrivare con un anticipo di circa 7 anni. Verosimilmente per il mancato assorbimento intestinale di micronutrienti, come zinco e selenio, essenziali per il corretto funzionamento dei meccanismi ormonali che regolano il ciclo ovarico. Inoltre, il 75% di loro in menopausa soffre di osteoporosi. La patogenesi del danno osseo è legata anche al malassorbimento intestinale, soprattutto di calcio e vitamina D.

Altro fattore concorrente all'osteopatia metabolica è l'iperparatiroidismo secondario.

**ABORTO SPONTANEO** se le celiache non seguono una dieta rigorosamente priva di glutine, vedono aumentato il rischio: maggiore da 3 a 9 volte rispetto alla popolazione generale.

**L'INCIDENZA DI PARTO PRETERMINE**, del ritardo di crescita intrauterina, della morte endouterina del feto, della preeclampsia, del feto piccolo per età gestazionale e del suo basso peso alla nascita si riscontra con notevole frequenza nelle gestanti celiache. Una dieta appropriata riduce il rischio di recidiva nelle gravidanze successive.

**ANCHE LE MALFORMAZIONI** fetali sono più frequenti, soprattutto i difetti di chiusura del tubo neurale. Infine, le puerpere celiache non trattate, hanno una ridotta durata dell'allattamento al seno. In media di 2,5 volte in meno rispetto alle altre puerpere.

## celiachia

**poi aumentare il rischio di perdita di controllo ed abbuffate. Dca e celiachia condividono l'età di esordio, la preadolescenza e adolescenza, età delicata in cui si costruisce la propria identità e nella quale una variazione rapida del peso corporeo può rappresentare un fattore di vulnerabilità.**

**LA DIETA SENZA GLUTINE**, unica terapia per la Celiachia, pone un carico restrittivo cronico sul paziente, e l'ansia rispetto al necessario monitoraggio vigile può agire come un fattore di rischio specifico per lo sviluppo di un pensiero ossessivo e poi di un Dca.

La cosa più grave è che, prima della diagnosi di celiachia, gli individui possono presentarsi come sottopeso, e la sospensione del glutine con miglioramento dello stato dell'intestino, determina un recupero ponderale, spesso vissuto negativamente tanto da indurre una alimentazione non corretta allo scopo

**di ripristinare un malassorbimento con perdita di peso.**

**ALCUNI STUDI DIMOSTRANO** che i disturbi alimentari e la celiachia non solo possono coesistere, ma potrebbero anche avere una base genetica in comune, tipica delle malattie autoimmuni. Spesso, i Dca e la celiachia, possono presentarsi con gli stessi sintomi e la diagnosi differenziale è spesso difficoltosa: sintomi gastrointestinali, come il dolore addominale e il gonfiore allo stomaco, potenzialmente causati dalla malattia celiaca, potrebbero essere una ragione in più, in pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare, per aumentare le restrizioni alimentari, e di conseguenza gravare sul decorso del Dca.

**IL PROCESSO DIAGNOSTICO** costituisce una sfida importante, e da esso dipende poi un corretto approccio terapeutico che deve essere, necessariamente, interdisciplinare.

## Consigli alimentari: imparare a leggere le etichette

**In Italia, due persone celiache su tre sono donne.**

**La terapia dietetica, rigorosamente senza glutine, è l'unico trattamento attualmente disponibile. Al momento della diagnosi nasce quindi il dilemma e la paura: ed ora cosa mangio?**

### CERCHIAMO DI FARE UN PO' DI CHIAREZZA.

In natura, esistono molti alimenti naturalmente privi di glutine.

Sottolineo "naturalmente" perché, spesso, si vedono dispense piene di prodotti confezionati *gluten free* (che spopolano anche tra i soggetti "sani", una vera e propria moda alimentare).

Proviamo a leggere una etichetta di un qualsiasi pane in cassetta *senza glutine* (Sg).

Troveremo amidi, zuccheri, oli di scarsa qualità.

Spesso anche grassi saturi ed idrogenati, che hanno il ruolo di aumentare la palatabilità.

**LE FARINE USATE** per formulare prodotti a base di cereali Sg, come afferma uno studio pubblicato su *Nutrients*, sono povere in micro e macronutrienti. Riso e mais, le materie prime più usate in queste formulazioni, forniscono pochissime proteine, fibre e folati. Inoltre, la necessità di aggiungere alle formulazioni Sg ingredienti tensioattivi come gli amidi e / o ingredienti proteici e grassi come le proteine del latte e dell'uovo, nonché gli idrocolloidi e le gomme, per contrastare l'assenza di glutine, determina non pochi problemi nutrizionali.

**UN ALTRO STUDIO** pubblicato sulla rivista *Pediatrics* mette a confronto la quantità di zucchero, grasso, sale e altri ingredienti fondamentali negli alimenti confezionati messi in commercio come "senza glutine" con quelli delle loro controparti con glutine, e rivela che gli alimenti SG confezionati non sono migliori da un punto di vista nutrizionale. In realtà, sotto alcuni aspetti, sono addirittura peggiori. Si è scoperto che gli alimenti confezionati Sg contengono tutte le insidie classiche degli alimenti inscatolati e imbustati, senza avere dei benefici aggiuntivi: hanno meno proteine e grassi ma la stessa, se non maggiore, quantità di zuccheri.

**SECONDO UNA REVIEW** pubblicata su *Clinical Nutrition*, la dieta Sg è povera in fibre alimentari a causa del basso contenuto di fibre dei prodotti, di solito ricchi in amidi e / o farine raffinate. Povera anche in micronutrienti, in particolare vitamina D, vitamina B12 e folati, oltre ad alcuni minerali come ferro, zinco, magnesio e calcio. È stato, inoltre, segnalato un inadeguato apporto di macronutrienti legato soprattutto alla focalizzazione sull'evitamento del glutine che spesso trascurava l'importanza della qualità nutritiva della scelta. In particolare, è stato riscontrato un maggior contenuto di acidi grassi sia saturi che idrogenati e un aumento dell'indice glicemico e del carico glicemico del pasto.

### PERCHÉ ALLORA NON PROViamo A METTERE LE MANI IN PASTA?

Riso, miglio, amaranto, quinoa, grano saraceno, mais, legumi (ceci, fagioli, lenticchie, soia, lupini, fave, cicerchia, roveja...) sono tutti alimenti, a base di carboidrati, che non contengono glutine. Non dimentichiamoci poi le patate. Oltre alle patate comuni, impariamo a conoscere anche le patate dolci (o americane), le patate viola, il topinambur.

**PER QUANTO RIGUARDA LA PASTA**, scegliamo sempre una pasta 100% del cereale scelto (ad esempio: grano saraceno 100%). Si eviterà, in questo modo, di "mangiare", inconsapevolmente, altri zuccheri o grassi di cattiva qualità.



Mi batto sempre per la lettura dell'etichetta: è la carta di identità di quell'alimento. Noi consumatori, imparando a leggere la lista degli ingredienti, possiamo scegliere consapevolmente cosa comprare o cosa lasciare sullo scaffale del supermercato.

È quindi possibile, anche in presenza di malattia celiaca, mangiare in modo sano e gustoso.

**È CONSIGLIABILE AUMENTARE** il consumo di cereali (o pseudocereali) ricchi in nutrienti come proteine, minerali, vitamine. Ottimi anche come fonte di fibra. I prodotti industriali, confezionati, "pronti all'uso" si possono lasciare per le eccezioni, quando si è fuori casa, quando non si hanno alternative o si è impossibilitati ad organizzarsi.

Oggi, dobbiamo dirlo, il mondo dell'industria alimentare è sempre più attento: è, infatti, emersa una tendenza interessante verso alcuni miglioramenti.

**NELLE ULTIMI ANNI** sono stati segnalati livelli di fibre e zuccheri più adeguati rispetto al passato. Possiamo, quindi, trovare dei prodotti Sg di qualità superiore rispetto ad altri, sempre se impariamo a leggere l'etichetta.

**IN CONCLUSIONE**, in presenza di celiachia, è possibile mangiare sano e, allo stesso tempo, nutrirsi adeguatamente e, soprattutto, piacevolmente?

La risposta è assolutamente sì.

Nonostante la dieta Sg sia necessaria nel trattamento della celiachia e l'attenzione sia rivolta alla prevenzione del glutine, deve essere considerata la valutazione della qualità nutrizionale della dieta.

Potrebbero essere sviluppate strategie educative basate sulla relazione tra nutrienti e cibo e salute umana per ottimizzare l'approccio terapeutico nei pazienti celiaci.

La parola d'ordine (e questo vale per chiunque), però, è organizzazione. Pianificare la propria settimana, creare il proprio menu: sarà più facile evitare di arrivare al pranzo senza sapere cosa mangiare e, quindi, rifugiarsi sulla prima confezione chiusa in dispensa.

(Bibliografia disponibile su richiesta)

## SCIENZA

Le principali teorie con cui oggi vengono spiegate le covariazioni cefalo-pelviche che si realizzano in travaglio di parto

# La risposta dei paleontologi al Dilemma Ostetrico

Giorni fa un amico paleontologo mi ha segnalato un articolo comparso nel settembre scorso su *Proceedings of the National Academy of Sciences (Pnas)*, che riporta i risultati di una ricerca condotta dal gruppo di Naoki Morimoto dell'Università di Kyoto sulla covariazione cefalo-pelvica nel macaco rhesus (*Macaca Mulatta*). L'articolo mi è apparso interessante. Ho pensato che valesse la pena portarlo all'attenzione delle lettrici e dei lettori di *GynecoAgoi*



CARLO SBIROLI

**LA QUESTIONE È QUESTA:** si tratta di un vecchio problema definito con il nome di *dilemma ostetrico* e su cui gli evoluzionisti si sono scervellati per decenni. Nel 1969 Washburn suggerì che il bacino umano nel suo insieme è il risultato di un compromesso evolutivo fra due elementi importanti dell'evoluzione: l'andatura bipede (quindi la posizione eretta) e il parto. Il bipedismo si è verificato nella linea degli ominidi circa 5-7 milioni di anni fa, causando un rimodellamento del bacino che ha provocato un restringimento del canale da parto, ma ha permesso all'*Homo Erectus* di poter camminare facilmente e speditamente. A questo ha fatto seguito, 3-5 secoli dopo, un consistente e progressivo aumento delle dimensioni del cervello umano (*encefalizzazione*) con conseguente ampliamento del volume della testa e delle dimensioni del feto. In altri termini, per dirla con il biologo evoluzionista Stephen Jay Gould: "L'umanità prima si è alzata in piedi e poi è di-

ventata intelligente". Nella storia dell'evoluzione umana pochi processi evolutivi, come l'acquisizione della locomozione bipede e l'encefalizzazione, hanno avuto un impatto maggiore sull'anatomia scheletrica e sull'accrescimento del cervello, tanto da diventare segni distintivi della razza umana.

Il bipedismo modellò il bacino in modo specifico, permettendo all'*Homo Erectus* di avere stabilità ed efficienza nella locomozione. Nello stesso tempo lo liberò dall'uso degli arti anteriori per la locomozione, permettendo in questo modo di utilizzare le mani per altre funzioni, tra cui la creazione, l'uso di utensili e la possibilità di cuocere cibi. Questi evidenti vantaggi, acquisiti nel tempo, contribuirono notevolmente a incentivare il processo di encefalizzazione, con conseguente aumento progressivo del volume della testa fetale. Nel corso dell'evoluzione, il suo sviluppo eccessivo entrò ben presto in conflitto con la forma

La copertina della rivista *Pnas*, *Proceedings of the National Academy of Sciences*





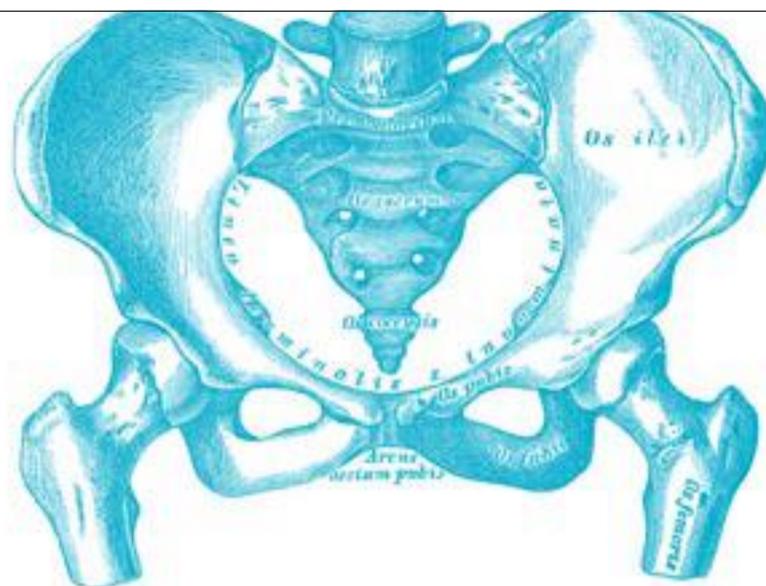
de testa, perché possiedono un canale da parto più ampio". In altri termini, questo lavoro dimostrava che nella specie umana i processi evolutivi aveva determinato un modello di covariazione selettiva fra dimensioni della testa del feto e bacino materno. Questi stessi autori in un lavoro successivo del 2016 affermarono che le dimensioni della testa fetale erano aumentate negli ultimi decenni per l'incremento dei tagli cesarei eseguiti per sproporzione cefalo-pelvica. E avanzarono l'ipotesi che nella nostra specie le dimensioni pelviche sono "altamente ereditabili". Queste conclusioni furono sottoposte a severe critiche.

Nel gennaio 2020 infine è apparso su *Ajob* un lavoro del gruppo di Mihaela Pavlicev, biologa evuzionista dell'Università di Vienna, che ha riproposto ancora una volta, e con maggiore incisività, l'ereditarietà delle dimensioni fetali e della pelvi materna. Dalla sua ampia pubblicazione attingo gli argomenti che più ci interessano. Così scrive: "Le donne nate con parto cesareo per sproporzione cefalo-pelvica hanno maggiori probabilità di subire un taglio cesareo quando a loro volta danno alla luce un proprio figlio". E per portare acqua al suo mulino, cita studi multigenerazionali condotti da altri ricercatori su popolazioni scandinave e statunitensi, in cui si sono avute prove di ereditarietà della sproporzione cefalo-pelvica, specialmente attraverso il genoma materno. Questi dati hanno portato la Pavlicev ad affermare che "la relazione tra dimensione della testa fetale e morfologia del bacino materno è un fenomeno selettivo-evolutivo. E che la sistematica (e giusta) utilizzazione del taglio cesareo nei casi di sproporzione cefalo-pelvica sta modificando la pressione selettiva sulle dimensioni della pelvi materna e della testa fetale". E così conclude: "L'equilibrio evoluto tra le forze selettive opposte del parto – stabilità del pavimento pelvico e sopravvivenza del bambino – è stato interrotto dal parto chirurgico, dando origine a una nuova tendenza evolutiva". E poi aggiunge: "Assumendo un'ereditabilità media di 0,5 per i tratti fetali e materni, nonché una durata di 2 generazioni, da quando i parti cesarei sono stati eseguiti regolarmente e in sicurezza, si stima che la frequenza originale della sproporzione cefalo-pelvica aumenterà di circa il 10% -20%".

Non nascondo che questi dati della Pavlicev mi hanno colpito molto. Non mi occupo di ostetricia da oltre 40 anni, per cui probabilmente queste impressioni sono sbagliate. Però ho sempre pensato che il rapporto tra dimensione della testa fetale e morfologia del bacino materno fosse una questione di bioplasticità più che un fenomeno selettivo-evolutivo rispetto all'evoluzione genetica. Anche perché la morfologia della testa fetale è determinata non solo da fattori genetici materni, ma anche da quelli paterni.

In qualche modo ci viene in soccorso il recente lavoro di Naoki Morimoto, a cui si faceva cenno all'inizio di questo articolo, che riprende questi concetti e li ridiscute sulla base di dati obiettivi ottenuti utilizzando tecniche di digital imaging, di simulazione, di morfometria geometrica e tomografia computerizzata. In sintesi, il lavoro dimostra che le covariazioni morfologiche tra bacino materno e testa fetale, osservate durante il travaglio di parto, sono analogamente presenti anche nelle femmine di altri primati, come nella *Maca mulatta*, che è una scimmia, e non ha una locomozione bipede obbligatoria, né una encefalizzazione estrema come gli esseri umani moderni. Questo vuol dire che i processi di covariazione cefalo-pelvica sono più generalizzati di quanto si pensasse fino ad oggi. E di conseguenza non sono un segno distintivo degli esseri umani. Vuol dire anche che non è necessaria una morfologia pelvica specializzata, come quella presente nella donna di oggi, né un alto grado di encefalizzazione per acquisire gli adattamenti che si realizzano durante il travaglio di parto negli esseri umani, e che si esprimono con le covariazioni cefalo-pelviche.

Questi nuovi e interessanti dati hanno innescato vivaci discussioni tra i paleontologi evuzionisti. Ma hanno anche fornito a noi ginecologi nuovo materiale e modelli evolutivi che ci spingono a ripensare il nostro modo di nascere. "Sicuramente nella nostra specie", scrive Giorgio Manzi paleontologo alla Sapienza di Roma, "molti altri elementi sono intervenuti nel corso dell'evoluzione, che hanno interferito notevolmente nel complicare il modo di nascere negli esseri umani. Ora sappiamo però che esiste un preadattamento condiviso fra i primati superiori o parte di essi". Non sappiamo però se in termini evolutivi gli esseri umani in un prossimo futuro pagheranno costi ancora maggiori nell'espletamento del parto, che già oggi è gravato da un alto interventismo. È molto probabile che la transizione comporterà, quasi sicuramente, complesse interazioni biosociali e la necessità di nuove politiche di ricerca e di salute pubblica.



“ In termini evolutivi gli esseri umani hanno pagato incredibili costi di fitness (successo riproduttivo) legati al parto. E nonostante questi costi il canale da parto non è diventato più ampio

glio di parto, sono analogamente presenti anche nelle femmine di altri primati, come nella *Maca mulatta*, che è una scimmia, e non ha una locomozione bipede obbligatoria, né una encefalizzazione estrema come gli esseri umani moderni. Questo vuol dire che i processi di covariazione cefalo-pelvica sono più generalizzati di quanto si pensasse fino ad oggi. E di conseguenza non sono un segno distintivo degli esseri umani. Vuol dire anche che non è necessaria una morfologia pelvica specializzata, come quella presente nella donna di oggi, né un alto grado di encefalizzazione per acquisire gli adattamenti che si realizzano durante il travaglio di parto negli esseri umani, e che si esprimono con le covariazioni cefalo-pelviche.

Questi nuovi e interessanti dati hanno innescato vivaci discussioni tra i paleontologi evuzionisti. Ma hanno anche fornito a noi ginecologi nuovo materiale e modelli evolutivi che ci spingono a ripensare il nostro modo di nascere. "Sicuramente nella nostra specie", scrive Giorgio Manzi paleontologo alla Sapienza di Roma, "molti altri elementi sono intervenuti nel corso dell'evoluzione, che hanno interferito notevolmente nel complicare il modo di nascere negli esseri umani. Ora sappiamo però che esiste un preadattamento condiviso fra i primati superiori o parte di essi".

Non sappiamo però se in termini evolutivi gli esseri umani in un prossimo futuro pagheranno costi ancora maggiori nell'espletamento del parto, che già oggi è gravato da un alto interventismo. È molto probabile che la transizione comporterà, quasi sicuramente, complesse interazioni biosociali e la necessità di nuove politiche di ricerca e di salute pubblica.

#### PER SAPERNE DI PIÙ

Dunsworth HM, Warrener AG, Deacon T, Ellison PT, Pontzer H; *Metabolic hypothesis for human altriciality*. Proc Natl Acad Sci; 118(109):15212-6; 2021.

Fischer B, Mitteroecker: *Covariation between human pelvis shape, stature, and head size alleviates the obstetric dilemma*. Proc Natl Acad Sci; 112(18):5655-60; 2015.

Kawada M, Nakatsukasa M, Nishimura T, Kaneko A, Morimoto N.: *Covariation of fetal skull and maternal pelvis during the perinatal period in rhesus macaques and evolution of childbirth in primates*. Proc Natl Acad Sci; Sep 1; 117(35):21251-21257; 2020.

Pavličev M, Romero R, Mitteroecker P.: *Evolution of the human pelvis and obstructed labor: new explanations of an old obstetrical dilemma*. Am J Obstet Gynecol; 222(1):3-16; 2020.

Trevathan W: *Primate pelvic anatomy and implications for birth*. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci; 370(1663): 20140065; 2015.

Underdown S and Oppenheimer SJ: *Do patterns of covariation between human pelvis shape, stature, and head size alleviate the obstetric dilemma?* Proc Natl Acad Sci; 113(3):E258; 2016.

Wall-Scheffler C, Kurki H e Auerbach B: In: *The Evolutionary Biology of the Human Pelvis: An Integrative Approach*. Cambridge University Press. 2020.

Washburn SL.: *Tools and human evolution*. Sci Am; 203:63-75; 1960.

Weiner S, Monge J, Mann A. Clin Perinatol. *Bipedalism and parturition: an evolutionary imperative for cesarean delivery?* 35(3):469-78; 2008.

Wells JC, DeSilva JM, Stock JT: *The obstetric dilemma: an ancient game of Russian roulette, or a variable dilemma sensitive to ecology?* Am J Phys Anthropol; 149 Suppl 55:40-71; 2012.

Wittman AB, Wall LL: *The evolutionary origins of obstructed labor: bipedalism, encephalization, and the human obstetric dilemma*. Obstet Gynecol Surv. 62(11):739-48; 2007.

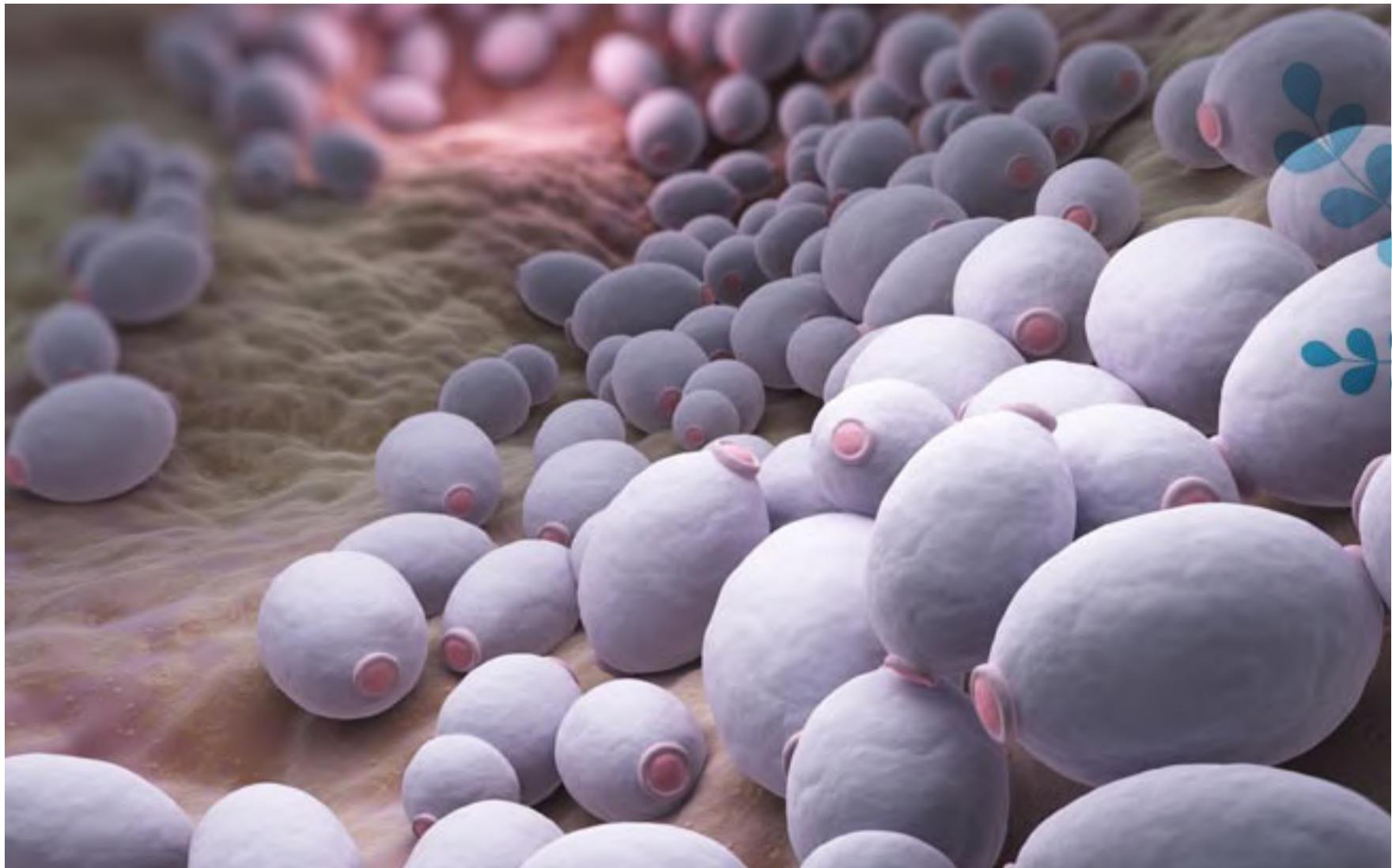
e i diametri del canale da parto, che aveva già subito il restringimento dovuto al bipedismo.

**I due processi evolutivi giunsero infine ad una sorta di compromesso: l'espansione del cervello fetale si dovette adeguare all'architettura del bacino di donna bipede. In particolare, il dissidio fu parzialmente risolto partorendo il feto in uno stato di sviluppo precoce, quando le dimensioni del cranio sono più piccole, tanto da poter passare, anche se a stento e secondo modalità ben precise, attraverso il canale da parto.**

Ma perché i processi evolutivi hanno favorito prevalentemente il nuovo assetto del bacino, determinando un suo restringimento? Va bene il bipedismo, ma non sarebbe stata più favorevole per la specie umana che la spinta evolutiva avesse privilegiato lo sviluppo di bacini più larghi, aumentando le dimensioni del cinto pelvico, adeguando quindi la sua forma in modo da favorire il parto? "Sembra sconcertante che tutto questo non si sia realizzato", scrive nel suo recente libro *"The Evolutionary Biology of the Human Pelvis"* l'antropologa evuzionista Carla Wall-Scheffler. E così continua: "In termini evolutivi gli esseri umani hanno pagato incredibili costi di fitness (successo riproduttivo) legati al parto. E nonostante questi costi il canale da parto non è diventato più ampio".

Fino a 10-15 anni fa la maggior parte dei ricercatori era convinta che la capacità espansiva della pelvi avesse un limite funzionale. Si pensava che una sua maggiore larghezza avrebbe potuto ostacolare l'attività fisica, oltre che la deambulazione. Ma nel 2015 Barbara Fischer e Philipp Mitteroecker, biologi evuzionisti dell'Università di Oslo, prospettarono che nel corso della loro evoluzione si era sviluppato un complesso legame tra forma del bacino, statura della madre e circonferenza della testa fetale: "Donne con una testa grande danno alla luce neonati con una gran-

Un'immagine della *Candida albicans* al microscopio elettronico



## COUNSELLING

# Le infezioni genitali femminili. Il “Counselling” alle donne

**Le infezioni del tratto genitale sono una delle più frequenti ragioni per cui le donne programmano una visita ginecologica. Nelle ultime decadi si è osservato un aumento delle infezioni genitali comprese quelle trasmesse per via sessuale [1]. Per tali ragioni ci è sembrata utile una breve sintesi sull'argomento allo scopo di ribadire alcuni concetti fondamentali nella pratica clinica**

**IL TRATTO GENITALE FEMMINILE** presenta un proprio microbioma che gioca un ruolo determinante nel mantenere la salute genitale [2]. Il microbiota vaginale è molto complesso ed è risaputo che uno squilibrio al suo interno può portare ad un ambiente non sano maggiormente soggetto alle infezioni di microrganismi trasmessi in prevalenza per via sessuale ma non solo.

L'equilibrio di questo sistema può essere alterato da cambiamenti fisiologici e patologici, mediati dallo stato ormonale, dall'attività sessuale, dal sanguinamento vaginale, dall'utilizzo di medicinali, dallo stato immunitario e da malattie concomitanti [3].

Normalmente i microrganismi presenti a livello genitale sono attaccati alle membrane dell'ospite e vivono in equilibrio tra di loro grazie alla presenza di sostanze presenti a livello dell'epitelio vaginale che dipendono sia dall'attività ovarica che dalla presenza della flora “buona” lattobacillare. In particolare la presenza di lattobacilli sembrerebbe essere importante per mantenere l'equilibrio della microflora normale e per prevenire l'eccessiva crescita di microrganismi potenzialmente patogeni [2].

Una microflora vaginale non fisiologica è associata con numerosi problemi ginecologici quali ad esempio esiti sfavorevoli in gravidanza, endometriti post partum, infezioni post chirurgiche o malattia infiammatoria pelvica [4-5].

**LA VAGINITE** è un'infezione della vagina e può essere associata ad infezione o infiammazione della vulva. Le perdite vaginali possono esse-

re accompagnate da un ventaglio di altre condizioni fisiologiche e patologiche che includono prurito, bruciore, cattivo odore, dispareunia (dolore durante i rapporti), cerviciti (infiammazione a livello del collo dell'utero).

**QUANDO L'INFIAMMAZIONE DIVENTA INFEZIONE**, questa di solito è ascrivibile a tre cause principali: batterica (30-35% dei casi), fungina (20-25%) o da trichomonas (10-15%) [6]. Ci può essere in alcuni casi la presenza di più patogeni contemporaneamente.

La prevalenza nelle donne caucasiche della vaginosi batterica è di 5-15% mentre nelle africane e nelle americane di 45-55%. È caratterizzata da un'abnorme crescita di organismi anaerobi, quali la *Gardnerella vaginalis*, la *Prevotella* spp, il *Mycoplasma hominis*, in un ambiente con scarsa presenza di flora vaginale “buona” (lattobacilli) e con un innalzamento del pH [7]. Nel 50% dei casi è asintomatica, nella restante metà causa perdite vaginali bianche o giallognole, un odore caratteristico (come odore di pesce) e bruciore vaginale [7].

**LE INFEZIONI FUNGINE** sono causate dalla *Candida* spp e la maggior parte sono sostenute dalla *Candida albicans*, altre specie più rare sono la *Candida glabrata* e la *Candida tropicalis*. Questi microrganismi si trovano soprattutto a livello della pelle e delle superfici mucose del canale alimentare, dell'intestino e della vagina [2]. È stimato che circa il 75% delle donne avrà nell'arco della propria vita almeno un'infezione da candida e che circa il 10-20% delle donne con infezio-

### PRINCIPALI CAUSE DELL'INFEZIONE

#### BATTERICA

**30-35% DEI CASI**

#### FUNGINA

**20-25% DEI CASI**

#### DA TRICHOMONAS

**10-15% DEI CASI**



## PER SAPERNE DI PIÙ

Vermillon ST, Homes MM, Soper DE. Adolescents and sexually transmissible diseases. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2000; 27: 163-179

Clinical reproductive science. First Edition. Edited by Michael Carrol. 2019

Tibaldi C, Cappello N, Latino MA et al. Vaginal and endocervical microorganisms in symptomatic and asymptomatic non-pregnant females: risk factors and rates of occurrence. *Clin Microbiol Infect* 2009; 15: 670-679

Goldenberg RL, Andrews WW, Yuan AC et al. Sexually transmitted diseases and adverse outcomes of pregnancy. *Clin Perinatol* 1997; 24: 23-41

Sweet RL. Role of bacterial vaginosis in pelvic inflammatory disease. *Clin Infect Dis* 1995; 20 (suppl 2): S271-S275

Faro S. Infection and Infertility *Infect Dis Obstet Gynecol.* 1993; 1(1): 51-57.

Sherrad J, Donders G, White D et al. European (IUSTI/WHO) guideline on the management of vaginal discharge, 2011. *International Journal of STD & AIDS* 2011; 22: 421-429

Achkar JM, Fries BC. Candida infections of the genitourinary tract. *Clin Microbiol Rev.* 2010 Apr; 23(2):253-73

Donders GGG, Bellen G, Grinceviciene S et al. Aerobic vaginitis: no longer a stranger. *Res Microbiol.* 2017 Nov - Dec; 168(9-10):845-858.

Donders G, Vereecken A, Bosmans E et al. Definition of a type of abnormal vaginal flora that is distinct from bacterial vaginosis: aerobic vaginitis. *BJOG an international Journal of Obstetrics and Gynaecology.* January 2002. Vol 109 pp 34-4.

ne sono asintomatiche [7]. Si presenta come un'infezione vaginale, con abbondante produzione di essudato bianco e denso tipo "ricotta" e intenso prurito vaginale e vulvare [8]. Solitamente la *C. albicans* si presenta come infezione endogena, ovvero il microorganismo che è normalmente residente a livello della vagina, in alcune situazioni in cui avviene un'alterazione della flora vaginale (utilizzo di antibiotici, diabete mellito, stress, immunodepressione) può riprodursi molto causando l'infezione e il manifestarsi dei sintomi [2]. Durante questa sua fase invasiva la candida può colonizzare la cute e il glande del pene causando sintomi anche nel partner che in questi casi dovrà essere trattato.

L'infezione da *trichomonas vaginalis* è causata da un protozoo parassita del tratto genitale. Negli adulti è quasi esclusivamente a trasmissione sessuale, per questo motivo in caso di positività all'esame colturale è bene trattare anche il partner ed eseguire lo screening per le infezioni sessualmente trasmissibili.

**UN'ALTRA CAUSA DI INFEZIONE** vaginale è la vaginite aerobica che è caratterizzata da una crescita anormale di microorganismi quali *E. Coli*, *S. aureus*, Group B streptococchi e enterococchi, in assenza di flora lattobacillare [9]. Quest'infezione gioca un ruolo importante in caso di gravidanza a rischio per parto pretermine [10].

**LA DIAGNOSI DI INFEZIONE VAGINALE** viene eseguita attraverso dati clinici rilevabili con la visita ginecologica e confermata mediante esame colturale [2]. La donna quando presenta una sintomatologia fastidiosa a livello genitale - prurito, bruciore, perdite maleodoranti, dolore durante i rapporti - dovrebbe opportunamente eseguire un tampone vaginale o cervico-vaginale per la corretta diagnosi.

### È POSSIBILE PREVENIRE LE INFEZIONI?

Per quanto riguarda la vaginosi batterica, non è ancora chiaro quale sia il modo migliore per prevenirla. Sembra essere associata con la promiscuità sessuale o con l'inizio di una nuova relazione. È in effetti meno frequentemente rison-

trata in donne che non hanno mai avuto rapporti sessuali. È importante perciò consigliare l'utilizzo del preservativo ad ogni rapporto e assicurarsi che la terapia prescritta dal ginecologo venga seguita in modo corretto, anche oltre la scomparsa dei sintomi. È inoltre essenziale fornire alle donne informazioni chiare anche sui comportamenti da adottare.

**PER QUANTO RIGUARDA** le infezioni da candida queste possono infatti essere ridotte adottando degli accorgimenti quali: mantenere l'area genitale asciutta, utilizzare biancheria rigorosamente di cotone e vestiti non aderenti, non tenere addosso il costume da bagno bagnato. Durante il periodo mestruale occorre ricordare che è bene consigliare alle donne di cambiare spesso l'assorbente per non favorire le infezioni vaginali; l'utilizzo di assorbenti in cotone riduce fenomeni irritativi locali ed eventuali possibili allergie.

**L'INFEZIONE DA TRICHOMONAS** può essere evitata con l'utilizzo del condom ad ogni rapporto nel caso di partner non stabile. Se viene diagnosticata un'infezione da *trichomonas* è importante che venga testato anche il partner e che in caso di positività venga sottoposto a trattamento medico. Durante il trattamento è necessario consigliare l'astensione dai rapporti sessuali.

**IN GENERALE COMUNQUE** è bene sottolineare l'importanza di una corretta igiene intima per diminuire il rischio di infezioni e che la giusta detersione va effettuata passando dalla vagina all'ano e non viceversa, per evitare di contagiare la zona vaginale con germi presenti nella zona anale. Purtroppo questa elementare modalità è spesso poco conosciuta da molte donne. E ancora, è sempre bene ricordare nel counselling alle donne che è bene lavarsi una volta al giorno e sempre dopo ogni rapporto sessuale e dopo la defecazione. Evitare saponi troppo aggressivi, che possono alterare il corretto equilibrio della flora batterica.

**POTRÀ SEMBRARE SUPERFLUO**, ma soprattutto nelle giovanissime alcune informazioni e qualche consiglio dato autorevolmente dal ginecologo possono risultare importanti quanto la terapia (vedi box).

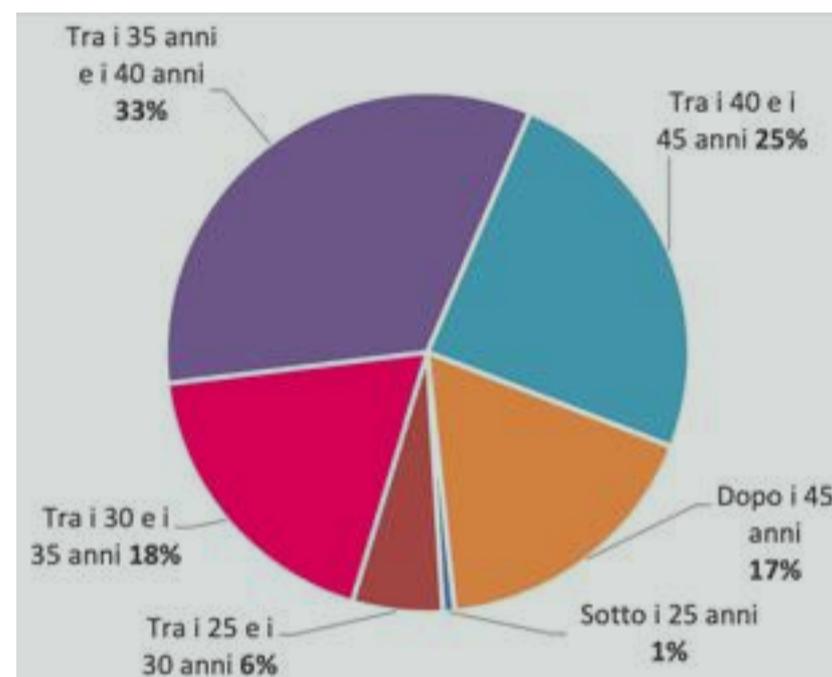
## 10 Regole da suggerire alle donne

- 1 UTILIZZARE** il condom durante i rapporti, in particolare se occasionali
- 2 EVITARE** indumenti eccessivamente stretti e aderenti
- 3 L'EVENTUALE** uso dei salvaslip deve dare preferenza a quelli in cotone, perché la fibra naturale evita la creazione di un ambiente caldo-umido ideale per lo sviluppo dei germi; durante le mestruazioni cambiare spesso l'assorbente, soprattutto se interno, meglio l'utilizzo di assorbenti in cotone
- 4 INDOSSARE** biancheria intima in tessuti naturali, preferibilmente di cotone
- 5 LAVARE** le zone intime nel modo corretto
- 6 SEGUIRE** una dieta varia ed equilibrata, ricca in fibre per favorire il transito intestinale
- 7 USARE** solo il proprio asciugamano personale. Nei bagni pubblici non appoggiarsi alla tavoletta senza protezioni
- 8 NON TRASCURARE** sintomi anche leggeri, quali bruciore, prurito e perdite maleodoranti: consultare il medico di fiducia
- 9 SE SEI IN GRAVIDANZA** e hai dei sintomi rivolgiti al ginecologo
- 10 NON FARTI AUTO-PRESCRIZIONE**, non utilizzare il farmaco già usato dall'amica perché magari l'infezione è diversa

## PREVENZIONE



Percezione delle rispondenti riguardo l'età in cui una donna diventa madre per la prima volta in Italia



## Prevenzione della fertilità, ancora tanti dubbi e disinformazioni tra le donne

E sulla tutela preventiva della fertilità solo la Provincia di Trento e la Toscana hanno disposto norme ad hoc

**LACUNE, DUBBI E DISINFORMAZIONI.** Le donne hanno ancora molto da imparare sui temi che riguardano la loro capacità riproduttiva anche se sono consapevoli dei reali fattori di rischio che incidono sulla fertilità. Poco meno di due donne su dieci sono consapevoli che la fertilità inizia a declinare dopo i 30 anni, e quasi otto su dieci hanno una visione errata rispetto al funzionamento dell'“orologio biologico” femminile. Ad avere le idee molto confuse sono in particolare le giovanissime. E se sulla Procreazione medicalmente assistita sono un po' più informate, ignorano quasi completamente il tema dell'Egg Freezing.

Ma anche le politiche sanitarie regionali in tema di sostegno alla fertilità sono difformi: ad oggi solo la Provincia Autonoma di Trento e la Toscana hanno deliberato in materia di preservazione della fertilità a scopo non medico.

I contorni del mondo “fecondità” sono stati tracciati durante un confronto on line, tra ginecologi e rappresentanti della Regione Lombardia, dal titolo “Fertilità, un bene comune per un futuro sostenibile”, nel corso del quale sono stati presentati i risultati di una Survey “Il momento giusto”, sviluppata dalla Fondazione The Bridge, sul solco di una ricerca condotta nel 2019 con il contributo non condizionato di Gedeon Richter in cinque Paesi europei (Gran Bretagna, Germania, Spagna, Belgio e Italia).

All'indagine, condotta dal 28 ottobre all'11 novembre 2020, hanno partecipato 2.735 donne di

cui il 96% con un'età compresa tra i 20 e i 30 anni provenienti da tutte le regioni italiane.

Dai risultati della Survey emergono problemi informativi e di conoscenza rispetto a l'età in cui la fertilità femminile inizia a declinare: solo il 18% delle intervistate sembra essere consapevole che inizi a 30 anni, mentre per il 42% la soglia è quella dei quarant'anni e per il 17% addirittura dei 45 anni. E a fornire risposte errate sono soprattutto le più giovani. Per quanto attiene, invece, alla “formazione” più in generale, la maggior parte delle donne dichiara di aver partecipato “solo” a corsi di educazione sessuale nelle scuole che hanno toccato il tema della riproduzione sessuale, ma senza approfondimenti sulla fertilità, sui modi per preservarla e sulla menopausa.

Al contrario, sui reali fattori di rischio che incidono sulla fertilità (stress, il fumo, l'alcool, l'età e i disturbi ovulatori e patologie benigne dell'utero) le donne mostrano consapevolezza, non altrettanto per quelli che “non incidono”: erroneamente, infatti, il 58% delle donne pensa che l'infertilità dipenda dalla conformazione degli organi sessuali.

Per le intervistate le gravidanze in Italia (Paese europeo con il tasso più elevato di donne che fanno il primo figlio dopo i quarant'anni, 6,1%) vengono posticipate a causa dell'incertezza lavorativa o dell'inadeguatezza degli strumenti di sostegno alla genitorialità, e in generale per un sistema che non favorisce la possibilità di essere ma-

dri intraprendendo una carriera lavorativa. Andando a scavare più in fondo si scopre che se la maggior parte delle donne sa cosa sia la Pma (il 78%), ha invece una scarsissima conoscenza sul Social Egg Freezing: c'è una scarsa consapevolezza riguardo a modalità, scopo, percentuali di successo, tempo necessario (variabile rilevante misurato rispetto alla possibile assenza dal lavoro), costo.

Se molte donne sono ancora “confuse” anche tra

le Regioni non c'è un andamento univoco. In Toscana, i decisori hanno mostrato grande sensibilità sul tema della procreazione assistita non solo dal punto di vista clinico-organizzativo, ma anche politico. Nel 2017 è stata infatti emanata la prima delibera che ha organizzato e strutturato una Rete regionale per la prevenzione e la cura dell'infertilità, di cui fanno parte tutti i centri pubblici e privati convenzionati. Soprattutto in Toscana è stato attuato un sistema fortemente partecipato che vede un confronto costante tra clinici e tecnici regionali in merito alle decisioni da assumere sulle azioni di contrasto all'infertilità. Tant'è che sulla conservazione degli ovociti sono state emanate due delibere, la prima nel 2015, sulla crioconservazione per motivi in caso di gravi patologie (pazienti oncologici o donne affette da endometriosi severa) ed una sulla possibilità di Egg Sharing (2019), che hanno previsto l'esenzione dalla partecipazione alla spesa, non solo per la donazione volontaria, ma anche per l'accesso alla crioconservazione, incentivando quindi questa opportunità. Ma già nel 2018, la Provincia di Trento aveva spianato la strada verso la possibilità di crioconservazione ovocitaria introducendo la possibilità di accedere a questa tecnica, in assenza di indicazione medica, ed escludendo le donne donatrici di età compresa tra i 20 e i 30 anni da ogni forma di compartecipazione alla spesa connessa (esami preliminari, valutazione idoneità alla donazione, prestazioni specialistiche, terapia farmacologica, pick up, crioconservazione ecc.).

Tirando le somme c'è ancora da fare sia sul fronte delle conoscenze riguardo i meccanismi che muovono la capacità riproduttiva delle donne, ma anche su quello delle politiche sanitarie per offrire forme di tutela preventiva della fertilità rispetto a un'eventuale futura difficoltà procreativa, invertendo così il fenomeno della denatalità che sta colpendo il nostro Paese. Così come sono da incentivare le politiche economico-sociali mirate al sostegno della genitorialità.

“ Poco meno di due donne su dieci sono consapevoli che la fertilità inizia a declinare dopo i 30 anni, e quasi otto su dieci hanno una visione errata rispetto al funzionamento dell'“orologio biologico” femminile



## Caro Gyneco,

*la medicina sta diventando sempre più un "lavoro per le donne".*

*Ciò accade (anche) per una disaffezione 'maschile' ad una professione sempre meno remunerativa e più rischiosa dal punto di vista legale?*

**Lettera firmata**

## Carra collega,

indubbiamente la medicina sta diventando sempre di più un lavoro femminile in tutti gli ambiti ed anche le specialità in cui vi erano più uomini stanno diventando appannaggio delle donne.

In media, nei Paesi Ocse, la quota di dottoresse è cresciuta nel tempo: era del 29% nel 1990, al 38% nel 2000 e al 46% nel 2015.

Anche in Italia la situazione sta cambiando velocemente se pensiamo che la prima donna a laurearsi in medicina nel Regno d'Italia è stata Ernestina Paper nel 1877 e solo cento anni fa le donne medico erano circa 200.

Oggi in totale, gli uomini sono sempre la maggioranza, circa il 66%, ma la situazione è molto diversa a seconda delle fasce di età. Over 70 il numero degli uomini sono cinque volte il numero delle donne, over 75 addirittura sei volte e negli under 65, circa il 48% è donna e circa il 52% sono uomini. L'inversione di tendenza è relativamente recente: sotto i 40 anni le donne costituiscono quasi il 60%.

Questo potrebbe renderci contente, stiamo rompendo il "soffitto di cristallo"! Purtroppo non è così, la presenza delle donne nelle posizioni apicali è scarsa e dobbiamo chiederci "perché gli uomini abbandonano la professione medica?". Può essere banale e scontato rispondere "perché è rischiosa per l'elevato contenzioso medico-legale e meno soddisfacente dal punto di vista economico".

Dobbiamo essere propositivi e cercare di operare affinché vi sia una sempre più valida organizzazione del lavoro, che permetta una migliore realizzazione personale e lavorativa, di tutti donne e uomini. È un problema diffuso, non solo italiano, purtroppo, ed a livello europeo si sta lavorando con l'obiettivo di identificare le buone pra-

tiche, nell'organizzazione del lavoro, che consentono un bilanciamento tra professione e famiglia, per poi diffonderle nei vari contesti nazionali.

A questo proposito segnalo che il team di Women in Surgery (Wis) Italia (che ha sempre rivolto una grande attenzione verso il percorso formativo degli/delle giovani chirurghi/e) ha deciso di lanciare un'inchiesta dedicata proprio agli/alle specializzandi/e di qualsiasi branca specialistica chirurgica (chirurgia generale, vascolare, toracica, maxillo-facciale, plastica, pediatria, cardiocirurgia, neurochirurgia, ginecologia, ortopedia, urologia, otorinolaringoiatria, oftalmologia), il cui scopo è quello di andare scattare un'istantanea della realtà italiana in termini di soddisfazione, personale e professionale, dei/delle giovani chirurghi/e in formazione <https://it.surveymonkey.com/r/NSCGDSS>



## Dal nuovo report sul personale del Ssn del Ministero della Salute

**La femminilizzazione della professione medica presenta un trend in continua crescita con una maggiore presenza di donne nelle classi più giovani.**

È quanto emerge dall'ultimo Report sul personale del Ssn del Ministero della Salute e relativo all'anno 2018 che ci consegna anche un sistema sempre più "vecchio". Dai dati emerge come l'età media dei medici del Ssn sia di 52 in crescita rispetto al 2013 quando si attestava sui 51,6 anni. Dall'analisi della piramide delle età è possibile infatti osservare come la classe di età compresa tra 60 e 64 anni sia la più numerosa e come a quella di età compresa tra 30 e 34 anni corrisponda invece, la percentuale minore. Ma è nelle fasce di età più giovani che la femminilizzazione avanza: la quota di donne medico sul totale è superiore a quella degli uomini nelle fasce di età inferiori ai 50 anni.



## SOTTO LALENTE

di Carlo Maria Stigliano



# Non è più tempo di eroi

**IL 2020 È FINITO!** Questo anno bisesto e funesto per fortuna se n'è andato. Non se ne poteva più! Nei brindisi di Capodanno la gran parte di noi ha quasi avuto pudore a lanciarsi in temerari auguri di un nuovo anno "fantastico", "meraviglioso", "brillante". A noi basterebbe un 2021 semplicemente "normale" in cui la sorte (la malattia) non ci chieda prove straordinarie ma ci consenta di poter tornare a vivere in maniera "normale", appunto.

Certo il 31 dicembre 2019 fu tutta un'altra storia; quante cose, ci siamo detti, ci avrebbe portato un anno dalla cifra tonda e sovrapponibile e che solo a pensarci oggi mette paura: 2020!

Ce lo ricorderemo per un pezzo come l'anno della pandemia, della lotta al Covid-19, delle colonne di camion militari con il loro triste carico, delle mascherine (anche quando mancavano), dei medici bardati come palombari, dei terribili bollettini giornalieri simili a quelli di una guerra con morti e feriti su un campo di battaglia fatto di letti di rianimazione e di tende davanti ai Pronto Soccorso.

È stato proprio come in una guerra, sotto il bombardamento quotidiano di cifre spaventose e di ansie indicibili. Eravamo colpiti non da proiettili esplosivi ma da un microscopico nemico che continuava a martellarci con la sua sequenza aggressiva e pure con i suoi effetti devastanti.

Ma ora basta. Questo orribile anno è alle spalle. Come cittadini e come medici abbiamo pagato un tributo enorme con sacrifici incredibili fino alla perdita delle vite di tanti, troppi di noi.

Eppure non ci siamo piegati e abbiamo continuato nel nostro lavoro, difficile ma pur tuttavia esaltante, perché fare il medico dà comunque una grande soddisfazione soprattutto quando riusciamo a salvare una vita, quando riusciamo a guarire dalla malattia. E in questo tempo siamo stati celebrati come eroi, siamo stati elogiati per l'impegno, lo spirito di abnegazione, l'altruismo; ci hanno testimoniato solidarietà, ci hanno ringraziato per avere retto alla fatica, a turni senza fine, pur nella consapevolezza di aver corso e fatto correre ai nostri familiari rischi gravissimi. Siamo stati benedetti, blanditi, indicati ad esempio di virtù civica.

Insomma, la società in questo orribile 2020 ha (ri)scoperto i medici, quelli che curano gli altri e magari si curano poco di sé stessi, quelli che senza protezioni visitavano i malati e non si tiravano indietro neppure quan-

do erano consapevoli di stare mettendo in gioco la propria vita.

I cittadini hanno improvvisamente riconosciuto il significato profondo di una professione che non può essere soltanto quella del "medico della mutua" di Alberto Sordi bensì la storia di uomini e donne che credono nel loro ruolo di garanti della salute degli altri, che si impegnano ogni giorno (e ogni notte) per custodire e migliorare la qualità dell'esistenza della gente. Non siamo eroi e anche i tanti che hanno dato la loro vita in questa terribile prova della pandemia fino all'ultimo hanno rifiutato questo appellativo: si sentivano semplicemente medici a cui era stato insegnato ad avere cura delle persone, a tentare fino all'ultimo respiro di salvare il malato loro affidato, a cercar di salvaguardare la salute di una madre e della nuova vita che essa metteva al mondo.

Non vogliamo essere considerati eroi o martiri di una guerra bene o male (quasi) vinta anche con il nostro determinante contributo: ma pretendiamo che la società riconosca infine e per davvero il valore profondo del nostro lavoro, il significato del nostro impegno di professionisti al servizio della collettività.

Ora però non vorremmo che, deposte le armi della lotta al Coronavirus, dimenticando la gratitudine, si tornasse alla guerra di logoramento contro i camici bianchi considerati rei di non avere saputo prevedere ciò che a volte neppure la scienza con tutta la sua tecnologia riesce a prevenire. Non vorremmo che pian piano ritornassero i titoloni sui giornali e le pseudo inchieste sulla "malasanità" che oggi nessuno ha il pudore di agitare. Noi siamo sempre gli stessi medici, gli stessi ginecologi, quelli che a mani nude hanno curato le persone affette da un virus dapprima misterioso e comunque letale; siamo le stesse donne e gli stessi uomini che davano cure e conforto, che venivano applauditi e osannati nei tremendi mesi dell'epidemia. Siamo anche gli stessi di prima ancora, quelli che venivano sbattuti come rei in prima pagina e spesso denunciati "a prescindere".

Ma siamo pur sempre quelli che hanno giurato di prendersi cura degli altri, di trascurare magari se stessi pur di proteggere la salute delle persone, senza distinzioni di etnia, genere o censo. Siamo semplicemente... medici!

*Meditate, gente, meditate.*



CARLO MARIA STIGLIANO

“Noi siamo sempre gli stessi medici, gli stessi ginecologi, che davano cure e conforto, che venivano applauditi e osannati nei tremendi mesi dell'epidemia. Siamo anche gli stessi di prima ancora, quelli che venivano sbattuti come rei in prima pagina e spesso denunciati "a prescindere".



