

AOGOI

Organo Ufficiale dell'Associazione
Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

- 5 Denatalità / 1
Rapporto Cedap
- 8 Denatalità / 2
Rapporto Istat
- 26 **Sindrome da burnout**
Il benessere dei medici
- 27 **Endometriosi**
Terapia chirurgica a tutte le donne?

Gyneco Aogoi

NUMERO 1 - 2022 - BIMESTRALE - ANNO XXXIII



SPECIALE RAPPORTO "ONDA"
IL LIBRO BIANCO
SULLA SALUTE DELLA DONNA

COVID-19 E SALUTE DI GENERE

DA PANDEMIA A SINDEMI

ESPERIENZE, NUOVE
CONSAPEVOLEZZE,
SFIDE FUTURE



Dermolivo®

CURA DELLA PELLE

- SECCHENZA VAGINALE
- IRRITAZIONI VULVOVAGINALI
- RAGADI AL SENO
- SMAGLIATURE IN GRAVIDANZA



- IGIENE INTIMA QUOTIDIANA ☾
- DETERSIONE PELLI ATOPICHE ☾
- PRIMO BAGNETTO NEONATO ☾
- DETERGENTE CAMBIO PANNOLINO ☾



- Non comedogeno
- Senza petrolati
- Dermatologicamente Testato
- Senza conservanti
- Senza acqua

OLIO DERMATOLOGICO 100% NATURALE
ingredienti Commestibili

- IDRATANTE
- LENITIVO
- PROTETTIVO



- Senza petrolati
- Nickel Tested
- Dermatologicamente Testato
- Senza parabeni
- Delicata profumazione senza allergeni

OLIO DETERGENTE A RISCIAQUO
Ph fisiologico

- EMOLLIENTE
- ANTI-PRURITO
- LENITIVO

seguiaci



info@dermolivo.it | www.dermolivo.it

solo in Farmacia e Parafarmacia

Accademia Dermatologica



www.accademiadermatologica.it



Ed eccoci con il primo numero di *Gyneco* del 2022. Speravamo davvero che fosse finita, che potessimo dire “anno nuovo, vita nuova” ed invece siamo ancora qui a parlare di contagi, di vaccini, di varianti. Cerchiamo però di essere ottimisti e pensiamo che questo sia l'ultimo colpo di coda del virus e che perda davvero la sua capacità di causare infezioni gravi



Cerchiamo però di essere ottimisti e pensiamo che questo sia l'ultimo colpo di coda del virus e che perda davvero la sua capacità di causare infezioni gravi



ELSA VIORA
Presidente Aogoi

IL NOSTRO NUMERO si apre con i dati Cedap relativi al 2020 ed il rapporto Istat dei primi mesi 2021: da entrambi emerge chiaramente come il numero dei nati continui ad essere sempre più in discesa. La denatalità è l'espressione di una realtà sociale complessa, coinvolge tutti gli aspetti vitali di una nazione e porterà inevitabilmente a modifiche sostanziali a medio e lungo termine della società in cui viviamo. La sfida che ci aspetta su questo fronte è quindi veramente impegnativa.

ABBIAMO RIPRESO, anche perché passato un po' in sordina, il rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità sulle malattie sessualmente trasmissibili, un argomento di cui si parla troppo poco. Queste malattie sono in aumento e le giovani, i giovani non sono informati a sufficienza: è fondamentale riprendere una diffusa ed adeguata campagna di informazione e noi possiamo fare molto nel nostro lavoro quotidiano sensibilizzando le persone a non abbassare la guardia.

GRANDE SPAZIO è stato dato, come da tradizione, al Libro bianco di Onda. Il tema sotto i riflettori è “Covid 19 e salute di genere: da pandemia a sindemia”. La pandemia ha creato uno scenario in cui, ancora una volta, il genere è stata una discriminante. Ha avuto un impatto significativo sulla vita di tutti, ma il suo peso ha gravato in particolare proprio sulle donne. La tredicesima edizione del Libro Bianco affronta il tema sotto varie angolazioni che credo meritino grande attenzione. Tanti poi gli argomenti al centro di questo primo numero del 2022.

RIPORTIAMO I DATI salienti del rapporto Agenas 2021 sul Pn che ci ricorda come ci siano ancora tanti cesarei e troppi punti nascita “insicuri”.

MI FA PIACERE CONDIVIDERE con voi il documento “Oltre il dolore – Manifesto sociale contro la sofferenza”. L'attenzione ed il rispetto della persona sono una parte essenziale del nostro lavoro e la terapia del dolore è un aspetto importante della cura.

PARLIAMO DEL DISAGIO sul luogo di lavoro, che si esprime nella forma più grave con la sindrome da burnout e che va prevenuto e identificato nelle sue fasi iniziali.

Credo sia venuto il momento di occuparci anche noi di questo problema: iniziamo quindi con un articolo che riprende un interessante lavoro pubblicato recentemente su una autorevole rivista scientifica quale il *New England Journal of Medicine*, ma continueremo con una survey rivolta ai colleghi ed alle colleghe Aogoi.

TRATTIAMO INFINE il tema dell'endometriosi, una malattia invalidante ora finalmente riconosciuta come patologia cronica e invalidante con la possibilità, negli stadi clinici avanzati, di usufruire in esenzione di alcune prestazioni specialistiche di controllo. Rimane tuttavia il grande ritardo nella diagnosi, spesso lunga e complessa, e la criticità dell'accesso alla terapia con la necessità di avere centri ed operatori dedicati e qualificati distribuiti su tutto il territorio nazionale.

Buona lettura!

**Gyneco
Aogoi**

Organo Ufficiale
dell'Associazione Ostetrici
Ginecologi Ospedalieri Italiani

Numero 1 - 2022
Anno XXXIII

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
Alba Cicogna
a.cicogna@hcom.it
Tel. 320.7411937
0331.074259

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:
gennaio 2022
Tiratura 8.000 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

Congresso nazionale della Federazione Sigo, Aogoi, Agui e Agite

Cambio ai vertici della Ginecologia Italiana

Nicola Colacurci alla guida della Sigo, Vito Trojano è il presidente eletto. Giovanni Scambia presidente Agui

PASSAGGIO DEL TESTIMONE tra i vertici della ginecologia italiana. **Nicola Colacurci** ex presidente Agui, professore ordinario di ginecologia dell'Università degli Studi della Campania è il nuovo presidente della Sigo realtà federativa che aggrega tutte le Società medico scientifiche di area ginecologica (Federazione Sigo, Aogoi, Agui e Agite) accreditate presso il Ministero della Salute e succede ad Antonio Chiantera. Il presidente eletto della Sigo è **Vito Trojano**. **Giovanni Scambia**, professore ordinario di ginecologia dell'Università Gemelli di Roma, è stato invece eletto al timone dell'Agui. Nessun cambiamento nell'Aogoi che continua ad essere guidata da **Elsa Viora**.

È questo il nuovo scenario della ginecologia italiana emerso dal Congresso nazionale della Federazione Sigo, Aogoi, Agui e Agite del dicembre scorso a Sorrento che ha visto la partecipazione in presenza di oltre 2mila professionisti e dal quale è arrivato un corale il ringraziamento ad Antonio Chiantera, past president della Sigo, per aver "condotto, in uno dei momenti più complicati per tutti, la Federazione, mostrando con le tante attività realizzate, la centralità della ginecologia italiana, sempre pronta alle sfide cui si è chiamati". "La mia presidenza - ha dichiarato Colacurci - sarà al servizio della Ginecologia italiana che è chiamata a giocare un ruolo fondamentale nell'immediato post covid attraverso la proposizione di politiche attive che vertano a rafforzare ogni azione possibile e utile allo sviluppo della salute della Donna".

Sulla stessa lunghezza d'onda Vito Trojano, presidente eletto della Sigo: "Lavorerò con il direttivo della Sigo appena insediato con uno sguardo al futuro, strutturando quel programma operativo che punti a continuare ad essere di riferimento tanto per le donne quanto per il sistema-paese. Giovanni Scambia, conferma come la ricerca sia alla base dello sviluppo della disciplina: infatti siamo chiamati a continuare a condurre programmi di ricerca finalizzati allo studio delle migliori pratiche cliniche e diagnostiche continuando ad essere di riferimento altresì in una pro-



NICOLA COLACURCI
Presidente Sigo



VITO TROJANO
Presidente eletto Sigo



GIOVANNI SCAMBIA
Presidente Agui



La Sigo continua quindi a sostenere come la vaccinazione debba essere confermata e raccomandata per una gravidanza sicura e serena



ELSA VIORA
Confermata alla presidenza Aogoi

spettiva internazionalistica, con l'aiuto dei colleghi, intensificherò l'attività scientifica anche grazie alle evidenze offerte dalla pandemia in atto. "La ginecologia continui a fare la differenza su tutto il territorio nazionale ed è un punto di riferimento imprescindibile per il Ssn" ha sottolineato Elsa Viora, pertanto, anche nell'ottica del Pnrr potrà offrire quel contributo tecnico necessario a garantire l'efficacia degli investimenti che potranno essere realizzati per quanto concerne la specialità ginecologica a sostegno della salute delle donne.

L'appello alle donne a vaccinarsi

Unanime l'appello lanciato nel corso del congresso nazionale Sigo a Sorrento, dall'intera ginecologia italiana alle donne gravide, circa l'importanza di vaccinarsi saputo come al di là dell'impegno medico e delle strutture del Ssn, siano troppe ancora le donne in gravidanza che vivono timori e paure che potrebbero essere evitati con un migliore approccio comunicativo, pertanto la Sigo, anche attraverso la recente giornata della Ginecologia, ha rivolto confermato il contact center Ginecologia@sigo.it dove tutte le donne potranno chiedere ogni informativa circa la vaccinazione anticovid.

La Sigo continua quindi a sostenere come la vaccinazione debba essere confermata e raccomandata per una gravidanza sicura e serena concordando con quanto sostenuto dall'Iss in riferimento ai richiami alle donne gravide: tutte le donne che devono fare il richiamo vaccinale, in quanto trascorsi almeno 5 mesi dalla seconda vaccinazione, devono vaccinarsi, anche se attualmente gravide. La vaccinazione, ricordano quindi i ginecologi "è un impegno personale e sociale di tutti e solo la vaccinazione consentirà a tutti noi di superare la fase dell'urgenza e permettere alla ginecologia italiana di dedicarsi, finalmente, nuovamente a tutti gli aspetti che interferiscono con il benessere della donna nelle varie fasi della sua vita".

RAPPORTO CEDAP

DEMENTALITÀ



Prosegue anche nel 2020 il calo delle nascite in Italia, sono nati 404.260 bambini rispetto ai 421.913 del 2019 e ai 554.438 del 2010. L'88,2% dei parti è avvenuto negli Istituti di cura pubblici ed equiparati, circa il 21% dei parti è relativo a madri di cittadinanza non italiana, l'età media della madre è di 33 anni per le italiane mentre scende a 30,8 anni per le cittadine straniere. I nati con le tecniche da Pma sono stati 12.863 e il 31,12% dei parti è avvenuto con taglio cesareo

Continua inesorabile il calo delle nascite. Nel 2020 nati oltre 17 mila bambini in meno.

Sempre troppo alta la percentuale dei cesarei

A fotografare l'evento nascita è il Rapporto CeDAP pubblicato dal Ministero della Salute. "Nel corso del 2020 – spiega il Ministero della Salute – prosegue il calo delle nascite, in tutte le aree del Paese. Il fenomeno è in larga misura l'effetto della modificazione della struttura per età della popolazione femminile ed in parte dipende dalla diminuzione della propensione ad avere figli. Le cittadine straniere hanno finora compensato questo squilibrio strutturale; negli ultimi anni si nota, tuttavia, una diminuzione della fecondità delle donne straniere. Il tasso di natalità varia da 5,1 nati per mille donne in età fertile in Sardegna a 9,6 nella Provincia Autonoma di Bolzano rispetto ad una media nazionale del 6,8"

La sintesi dei dati

Dove partoriscono le donne in Italia

L'88,2% DEI PARTI è avvenuto negli Istituti di cura pubblici ed equiparati, l'11,6% nelle case di cura e solo lo 0,2% altrove (altra struttura di assistenza, domicilio, etc.).

Il 62,6% dei parti si svolge in strutture dove avvengono almeno 1.000 parti annui. Tali strutture, in numero di 146, rappresentano il 34,8% dei punti nascita totali. Il 6,9% dei parti ha luogo invece in strutture che accolgono meno di 500 parti annui. L'Unità di Terapia Intensiva Neonatale è presente in 121 dei 419 punti nascita analizzati. (Tabelle 1, 2, 3)

Le caratteristiche delle madri, provenienza, età, livello di istruzione e professione

NEL 2020, circa il 21% dei parti è relativo a madri di cittadinanza non italiana. Le aree geografiche di provenienza delle madri straniere più rappresentate sono quelle dell'Africa (27,9%) e dell'Unione Europea (21,4%). Le madri di origine Asiatica e Sud Americana costituiscono rispettivamente il 20,3% ed il 7,8% delle madri straniere. L'età media della madre è di 33 anni per le italiane mentre scende a 30,8 anni per le cittadine straniere. L'età media al primo figlio è per le donne italiane, quasi in tutte le Regioni, superiore a 31 anni, con variazioni sensibili tra le regioni del

RAPPORTO CEDAP

DE NATALITÀ



SCOLARITÀ DELLE MAMME

42,6%

Medio alta

24,8%

Medio bassa

32,7%

Laurea



TABELLA 1
Distribuzione regionale dei parti secondo il luogo dove essi avvengono

Regione	Punto nascita			Domicilio	Altro	Totale	% Non indicato errato	Parti
	Pubblico	Accreditato	Privato					
Piemonte	99,8	0,0	0,0	0,16	0,04	100,0	0,00	26.210
Valle d'Aosta	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	746
Lombardia	88,9	10,9	0,0	0,12	0,03	100,0	0,03	68.017
P.A. Bolzano	98,9	0,0	0,0	1,1	0,0	100,0	0,0	5.142
P.A. Trento	99,2	0,0	0,0	0,69	0,10	100,0	0,0	3.886
Veneto	96,6	2,9	0,0	0,36	0,09	100,0	0,0	32.055
Friuli Venezia Giulia	93,0	6,5	0,0	0,40	0,10	100,0	0,0	7.792
Liguria	99,7	0,0	0,0	0,2	0,1	100,0	0,0	8.324
Emilia Romagna	99,5	0,0	0,0	0,27	0,20	100,0	0,0	29.868
Toscana	99,9	0,0	0,0	0,05	0,01	100,0	0,0	22.583
Umbria	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	5.608
Marche	99,9	0,0	0,0	0,08	0,0	100,0	0,0	8.926
Lazio	75,7	23,5	0,8	0,0	0,0	100,0	0,0	37.259
Abruzzo	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	8.030
Molise	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	1.459
Campania	54,6	45,4	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	44.954
Puglia	91,8	8,1	0,0	0,06	0,01	100,0	0,0	26.392
Basilicata	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	3.934
Calabria	91,1	8,9	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	11.908
Sicilia	87,2	12,8	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	36.708
Sardegna	99,9	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	8.071
Totale	88,2	11,5	0,1	0,12	0,04	100,0	0,01	397.872



La percentuale di donne italiane che effettuano la prima visita oltre il primo trimestre di gravidanza è pari al 2,2% mentre tale percentuale sale all'11,3% per le donne straniere

Nord e quelle del Sud. Le donne straniere partoriscono il primo figlio in media a 28,9 anni.

Delle donne che hanno partorito nell'anno 2020 il 42,6% ha una scolarità medio alta, il 24,8% medio bassa ed il 32,7% ha conseguito la laurea. Fra le straniere prevale invece una scolarità medio bassa (43,3%). L'analisi della condizione professionale evidenzia che il 56,2% delle madri ha un'occupazione lavorativa, il 27,5% sono casalinghe ed il 14,3% sono disoccupate o in cerca di prima occupazione. La condizione professionale delle straniere che hanno partorito nel 2020 è per il 52,2% quella di casalinga a fronte del 63,5% delle donne italiane che hanno invece un'occupazione lavorativa.

Le gravidanze

NELL'89,4% DELLE GRAVIDANZE il numero di visite ostetriche effettuate è superiore a 4 mentre nel

73,9% delle gravidanze si effettuano più di 3 ecografie.

La percentuale di donne italiane che effettuano la prima visita oltre il primo trimestre di gravidanza è pari al 2,2% mentre tale percentuale sale all'11,3% per le donne straniere.

Le donne con scolarità medio-bassa effettuano la prima visita più tardivamente. Anche la giovane età della donna, in particolare nelle madri al di sotto dei 20 anni, risulta associata ad un maggior rischio di controlli assenti (2,5%) o tardivi (1° visita effettuata oltre l'undicesima settimana di gestazione nel 13,7% dei casi). L'analisi del decorso della gravidanza mostra che il decorso della gravidanza non influenza la numerosità delle visite di controllo effettuate.

Per quanto riguarda le ecografie, nel 2020 a livello nazionale, sono state effettuate in media 5,5 ecografie per ogni parto, con valori regionali variabili tra 4 ecografie per parto nella Regione Pie-

monte e 7,4 ecografie per parto nella Regione Sardegna.

Per il 73,9% delle gravidanze, si registra un numero di ecografie superiore a 3, valore raccomandato dai protocolli di assistenza alla gravidanza del Ministero della Salute. I dati rilevati evidenziano ancora il fenomeno dell'eccessiva medicalizzazione e del sovra-utilizzo di prestazioni diagnostiche in gravidanza. Il numero di ecografie effettuate non appare correlato al decorso della gravidanza. (Tabella 4 e grafico 1)

Nell'ambito delle tecniche diagnostiche prenatali invasive, l'amniocentesi è quella più usata, sono state effettuate in media 3,1 amniocentesi ogni 100 parti, seguita dall'esame dei villi coriali (nel 2,0% delle gravidanze) e dalla funicolocentesi (nello 0,5%). In media ogni 100 parti sono state effettuate 3,1 amniocentesi.

L'utilizzo di questa indagine prenatale è diversificato a livello regionale, nelle regioni meridionali si registra una percentuale al di sotto dell'6% mentre i valori più alti si hanno in Umbria (9,4%), in Liguria, nel Lazio e in Piemonte (4,4%). A livello nazionale alle madri con più di 40 anni il prelievo del liquido amniotico è stato effettuato nel 9,64% dei parti denotando un trend decrescente nell'ultimo triennio.

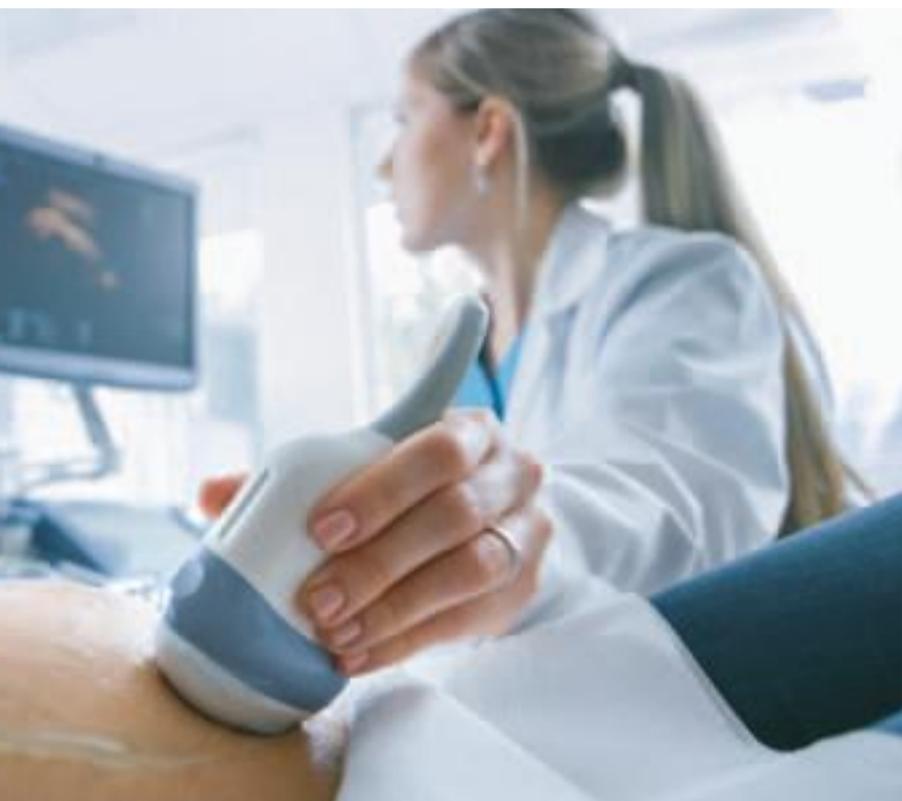
Il parto

LA DONNA HA ACCANTO A SÉ al momento del parto (esclusi i cesarei) nel 94,1% dei casi il padre del bambino, nel 4,5% un familiare e nell'1,5% un'altra persona di fiducia.

Confermata la tendenza degli anni precedenti, nell'anno 2020 il 63,47% dei parti avviene in modo spontaneo, il 31,12% con taglio cesareo, con notevoli differenze regionali che comunque evidenziano che in Italia vi è un ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica.

I dati denotano comunque una tendenza alla diminuzione in linea con le indicazioni delle "Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo". L'associazione delle modalità del parto con la presentazione del feto indica, anche per il 2020, che il ricorso al taglio cesareo è maggiore quando il feto non si presenta di vertice.

Il 28,43% dei parti in cui il feto si presenta di ver-



Per il 73,9% delle gravidanze, si registra un numero di ecografie superiore a 3, valore raccomandato dai protocolli di assistenza alla gravidanza del Ministero della Salute.

I dati rilevati evidenziano ancora il fenomeno dell'eccessiva medicalizzazione e del sovra-utilizzo di prestazioni diagnostiche in gravidanza. Il numero di ecografie effettuate non appare correlato al decorso della gravidanza

ECOGRAFIE PER GRAVIDANZA NEGLI ANNI

4,94

2018

5,62

2019

5,60

2020

TABELLA 2
Distribuzione per classi di parti del numero di parti e del numero di punti nascita secondo la tipologia di struttura

CLASSE DI PARTI	Pubblica			Privata accreditata			Privata non accreditata			Totale		
	Punti	Parti		Punti	Parti		Punti	Parti		Punti	Parti	
		v.a.	%		v.a.	%		v.a.	%		v.a.	%
0-499	98	26.948	7,68	0,00	5	292	100	103	27.240	6,66		
500-799	104	65.328	18,61	11	6.982	15,20			115	72.310	18,20	
800-999	46	40.688	11,59	9	8.153	17,75			55	48.841	12,30	
1000-2499	109	161.030	45,88	18	23.908	52,04			127	184.938	46,56	
2500+	17	56.992	16,24	2	6.896	15,01			19	63.888	16,08	
Totale	374	350.986	100,00	40	45.939	100,00	5	292	100	419	397.217	100,00

TABELLA 3
Parti pre-termine e fortemente pre-termine secondo la numerosità dei parti per punto nascita

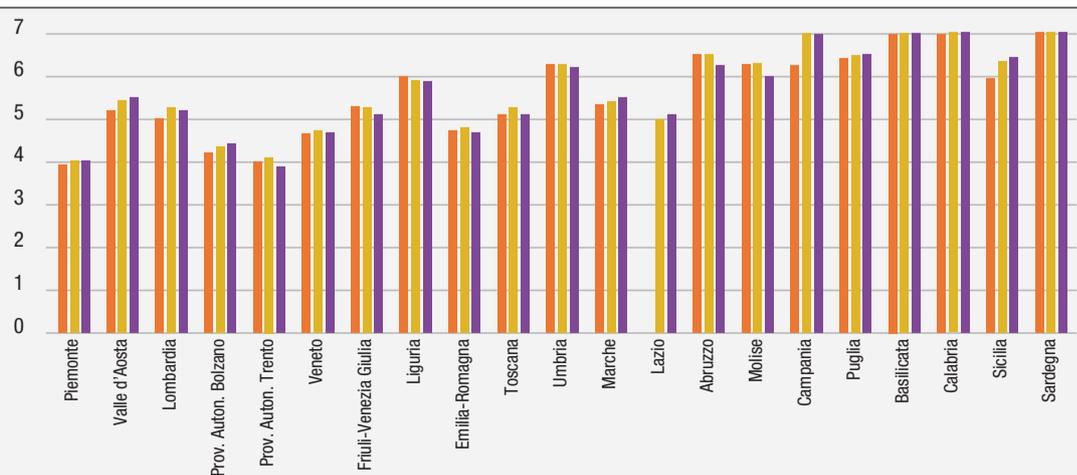
Numero parti per punto nascita	% Pre-termine (<37 sett.)		% Molto pre-termine (28-31 sett.) sul totale pre-termine		% Estremamente pre-termine (22-27 sett.) sul totale pre-termine	
	In punti nascita senza TIN e/o UON		In punti nascita senza TIN e/o UON		In punti nascita senza TIN e/o UON	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
0-499	3,54	2,30	2,13	1,92	0,91	0,61
500-799	4,55	2,25	2,65	0,73	1,40	0,43
800-999	5,03	1,50	3,01	0,41	1,34	0,20
1000-2499	7,04	0,48	6,39	0,25	3,88	0,11
2500+	8,66	0,54	7,30	0,52	4,32	0,29
Totale	6,36	1,06	5,61	0,45	3,29	0,22

TABELLA 4
Distribuzione delle ecografie effettuate per decorso della gravidanza

Decorso della gravidanza	Ecografie per gravidanza		
	2018	2019	2020
Fisiologica	5,61	5,66	5,66
Patologica	5,57	5,65	5,55
non indicato	4,16	4,93	5,13
Totale	4,94	5,62	5,60

GRAFICO 1
Numero medio di ecografie per gravidanza
Anni 2018-2020

■ 2018
■ 2019
■ 2020



TAGLIO CESAREO

45,3%

Case di cura accreditate

29,5

Ospedali pubblici

tice avviene comunque con il taglio cesareo. Rispetto al luogo del parto si registra un'elevata propensione all'uso del taglio cesareo nelle case di cura accreditate in cui si registra tale procedura nel 45,3% dei parti contro il 29,5% negli ospedali pubblici.

Nei punti nascita con meno di 800 parti annui, l'incidenza di parti cesarei è significativamente maggiore di quella che si osserva mediamente a livello nazionale (31,30%): nelle strutture dove hanno luogo meno di 500 parti annui si ricorre al taglio cesareo nel 33,68% dei casi; in quelle dove hanno luogo fra 500 e 800 parti annui nel 32,16% dei casi. Il parto cesareo è più frequente nelle donne con cittadinanza italiana rispetto alle donne straniere: si ricorre al taglio cesareo nel 27,2% dei parti di madri straniere e nel 32,4% dei parti di madri italiane.

L'analisi relativa ai professionisti sanitari presenti al momento del parto non esclude i parti cesarei. Oltre all'ostetrica (95,85%) al momento del parto sono presenti: nel 87,80% dei casi il ginecologo, nel 43,99% l'anestesista e nel 69,84% il pediatra/neonatalogo. (Tabella 5 e 6)

I dati sui neonati

I NATI VIVI TOTALI registrati nel 2020 dalle anagrafe comunali sono 404.104 quelli rilevati attraverso il CeDAP sono 403.180 (il 99,78% rispetto al dato registrato presso le anagrafi comunali).

Sono stati rilevati 1.072 nati morti corrispondenti ad un tasso di natimortalità, pari a 2,65 nati morti ogni 1.000 nati, e registrati 5.001 casi di malformazioni diagnostiche alla nascita

La distribuzione dei nati per classi di peso alla nascita è pressoché invariata rispetto a quella re-

Segue a pag. 24

RAPPORTO ISTAT

DE NATALITÀ

Secondo i dati provvisori di gennaio-settembre le minori nascite sono già 12 mila 500, quasi il doppio di quanto osservato nello stesso periodo del 2020.

Il numero medio di figli per donna scende nel 2020 a 1,24 per il complesso delle residenti, da 1,44 negli anni 2008-2010, anni di massimo relativo della fecondità. Inoltre si riduce il contributo alla natalità dei cittadini stranieri. In media si diventa madri a 31,4 anni e sono Leonardo e Sofia i nomi preferiti

Prosegue nel 2021 il calo delle nascite in Italia. E anche gli immigrati residenti fanno meno figli

Ancora un record negativo per la natalità: nel 2020 i nati sono 404.892 (-15 mila sul 2019). Il calo (-2,5% nei primi 10 mesi dell'anno) si è accentuato a novembre (-8,3% rispetto allo stesso mese del 2019) e dicembre (-10,7%), mesi in cui si cominciano a contare le nascite concepite all'inizio dell'ondata epidemica.



Ma la denatalità prosegue nel 2021. Secondo i dati provvisori di gennaio-settembre le minori nascite sono già 12 mila 500, quasi il doppio di quanto osservato nello stesso periodo del 2020. Il numero medio di figli per donna scende nel 2020 a 1,24 per il complesso delle residenti, da 1,44 negli anni 2008-2010, anni di massimo relativo della fecondità. I dati sono stati raccolti in un rapporto dedicato realizzato dall'istat

IL NUOVO RECORD DI DENATALITÀ

Nel 2020 i nati della popolazione residente sono 404.892, circa 15 mila in meno rispetto al 2019 (-3,6%). Anche nel 2020 c'è un nuovo superamento, al ribasso, del record di denatalità. Dal 2008 le nascite sono diminuite di 171.767 unità (-29,8%). Il calo è attribuibile per la quasi totalità alle nascite da coppie di genitori entrambi italiani (316.547 nel 2020, oltre 163 mila in meno rispetto al 2008).

Si tratta di un fenomeno di rilievo, in parte dovuto agli effetti "strutturali" indotti dalle signifi-

1,17

Numero medio di figli delle donne di cittadinanza italiana

Il più basso di sempre.

31,4

Età media alla nascita del primo figlio.

47,5%

Percentuale di primi figli, 8 mila in meno in un solo anno

-4,1% rispetto al 2019

cative modificazioni della popolazione femminile in età feconda, convenzionalmente fissata tra 15 e 49 anni. In questa fascia di popolazione le donne italiane sono sempre meno numerose: da un lato, le cosiddette baby-boomers (ovvero le donne nate tra la seconda metà degli anni Sessanta e la prima metà dei Settanta) stanno uscendo dalla fase riproduttiva (o si stanno avviando a concluderla); dall'altro, le generazioni più giovani sono sempre meno consistenti. Queste ultime scontano, infatti, l'effetto del cosiddetto baby-bust, ovvero la fase di forte calo della fecondità del ventennio 1976-1995, che ha portato al minimo storico di 1,19 figli per donna nel 1995.

A partire dagli anni duemila l'apporto dell'immigrazione, con l'ingresso di popolazione giovane, ha parzialmente contenuto gli effetti del baby-bust; tuttavia, l'apporto positivo dell'immigrazione sta lentamente perdendo efficacia man mano che invecchia anche il profilo per età della popolazione straniera residente.

A diminuire sono soprattutto le nascite all'interno del matrimonio, pari a 259.823 nel 2020, quasi 20 mila in meno rispetto al 2019, 204 mila in meno nel confronto con il 2008 (-44,0%). Ciò è dovuto anche al forte calo dei matrimoni che si è protratto fino al 2014, anno in cui sono state celebrate appena 189.765 nozze (rispetto, ad esempio, al 2008 quando erano 246.613) per poi proseguire con un andamento altalenante.

La denatalità prosegue nel 2021; secondo i dati provvisori riferiti al periodo gennaio-settembre, le nascite sono già 12 mila e 500 in meno rispetto allo stesso periodo del 2020, quasi il doppio di quanto osservato nello stesso periodo l'anno precedente. Tale forte diminuzione è da mettere in relazione al dispiegarsi degli effetti negativi innescati dall'epidemia da Covid-19, che nel solo mese di gennaio 2021 ha fatto registrare il maggiore calo di sempre (quasi 5.000 nati in meno, -13,6%).

OTTOMILA PRIMI FIGLI IN MENO IN UN ANNO

La fase di calo della natalità avviatasi nel 2008 si ripercuote soprattutto sui primi figli (47,5% del totale dei nati): nel 2020 sono 192.142 (oltre 8 mila in meno sul 2019, pari a -4,1%; -32,5% sul 2008). Complessivamente i figli di ordine successivo al primo sono diminuiti del 27,3% nello stesso arco temporale.

La forte contrazione dei primi figli rispetto al 2008 interessa tutte le aree del Paese – compresa la provincia autonoma di Bolzano che fino all'anno scorso era l'unica a presentare un lieve aumento – ed è superiore a quella riferita a tutti gli ordini di nascita in quasi tutte le regioni italiane del Nord e del Centro. Tale fenomeno testimonia la difficoltà che hanno le coppie, soprattutto le più giovani, nel formare una nuova famiglia con figli; problematica diversa rispetto all'inizio del millennio quando la criticità riguardava soprattutto il passaggio dal primo al secondo figlio.

Rispetto al 2008 i primi figli si sono ridotti soprattutto al Centro (-36,8%), con l'Umbria che pre-



L'INVITO DELLA SIGO E DELLA SIN PER FRENARE LA DENATALITÀ

Necessario un tavolo di lavoro governativo multidisciplinare

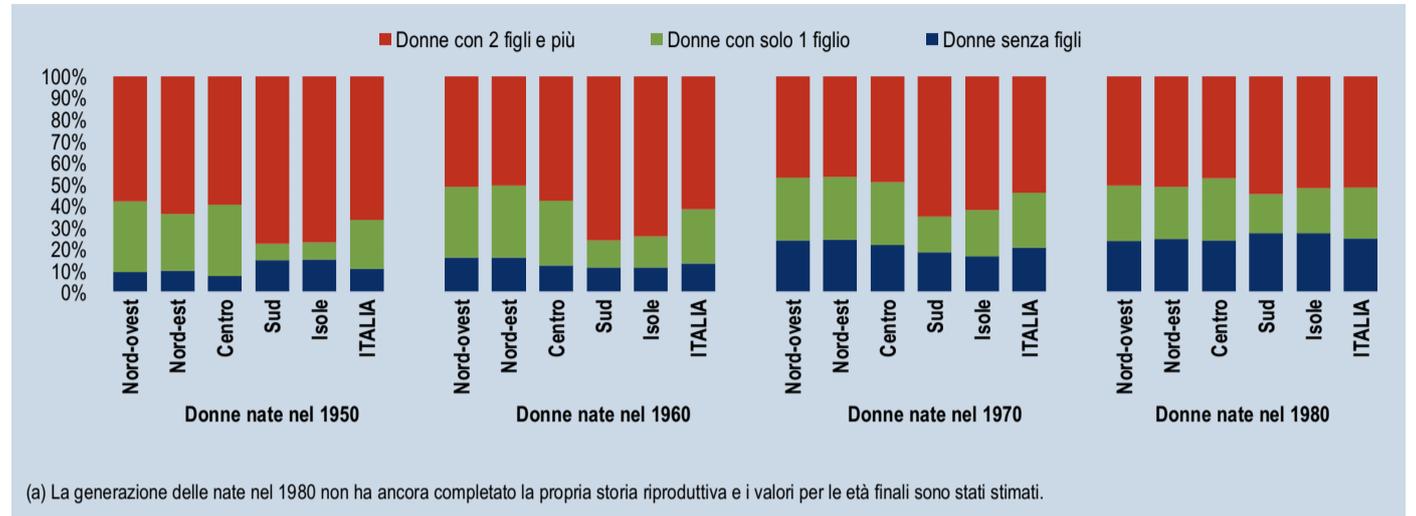
“I giovani si sentono abbandonati a sé stessi perciò rinunciano a formare famiglie stabili, rinunciano ai figli o si fermano al primo. Negli ultimi due decenni è venuto meno il sistema di protezione sociale che incoraggiava a mettere su famiglia e ad avere uno o più bambini. L'elemento di insicurezza maggiore deriva dalla precarietà lavorativa e sociale e dalla necessità, che ci confidano migliaia di mamme e papà che incontriamo nel nostro lavoro quotidiano, di avere dei punti di riferimento istituzionali che li sostengano in modo tangibile, anche a livello locale, nel loro percorso verso la genitorialità. Per due giovani che vanno a vivere insieme, oggi è difficile avere il mutuo per acquistare una casa, il costo della vita è lievitato molto, non ci sono certezze lavorative perché la maggior parte dei nuovi contratti sono precari e c'è una grande incertezza sulla previdenza. Servono, quindi, percorsi strutturati di welfare che aiutino ad avere maggiore fiducia nel futuro. Molto positive, da questo punto di vista, sono tutte le iniziative varate nell'ultimo anno dal Governo e dal Parlamento e per questo le Società Scientifiche desiderano continuare a stimolare in modo positivo le istituzioni e le parti sociali, che già hanno dimostrato attenzione a questo tema, allo scopo di dare un ulteriore impulso al sostegno della natalità, che nel nostro paese continua a calare drasticamente. Essendo una situazione veramente straordinaria, che può mettere a rischio il futuro del Paese, riteniamo che l'istituzione di un tavolo di lavoro governativo multidisciplinare, che operi tempestivamente su questa tema, possa costituire un valido strumento per valutare quali ulteriori interventi potrebbero essere utili ad affrontare una situazione che peggiora sempre più.”

AD AFFERMARLO sono la Società Italiana di Neonatologia (Sin) e la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo) in una nota congiunta diffusa al termine di un anno che ha segnato un nuovo preoccupante record negativo di calo delle nascite nel nostro Paese. Ginecologi e neonatologi, ricorda la nota, “grazie al contatto quotidiano con giovani donne, mamme e neogenitori, raccolgono le loro preoccupazioni, le ansie, le paure e soprattutto le aspettative. Un osservatorio privilegiato sulle ragioni di quella che Papa Francesco ha definito una “tragedia” nell’Angelus dello scorso 26 dicembre, che mette a rischio tutta la società italiana”. “Se siamo arrivati a questo punto qualche domanda bisogna pur farsela – ha dichiarato Luigi Orfeo Presidente Sin – gli ultimi due Governi hanno avviato un positivo percorso di supporto alle famiglie ed ai neogenitori, che sollecitavamo da anni, ma sappiamo che si può fare ancora di più per sostenere l’allattamento al seno, prolungare il congedo parentale paterno a 30 giorni, migliorare la protezione sociale delle mamme rendendola più omogenea e sollecitando il rapido incremento dei posti negli asili nido. Durante la pandemia un numero elevatissimo di donne si è trovata a dover scegliere tra lavoro e figli. Per favorire un’inversione di tendenza – prosegue – è giusto pensare all’attuazione di misure che aiutino a conciliare sempre più le esigenze della famiglia e del lavoro, riconoscendo un dato di fatto: ogni neonato è un valore unico e prezioso per la società e va tutelato. Per questo la Sin esprime grande apprezzamento per l’attenzione del Governo al tema della natalità e si propone di proseguire il proficuo rapporto di collaborazione su un tema che nei prossimi anni sarà sempre più centrale”. “Oltre le misure di supporto sociale alle madri bisogna realizzare un percorso omogeneo su tutto il territorio nazionale che garantisca la sicurezza del percorso nascita, dalla fase preconcezionale al momento del parto ed alla gestione del neonato a termine e pretermine” ha aggiunto Antonio Chiantera, attuale presidente Sigo. “Particolare attenzione – ha concluso Nicola Colacurci, futuro nuovo Presidente Sigo – si deve porre nel rendere nuovamente centrale l’idea di maternità nel percorso di una donna ad un’età in cui non sia ridotto il suo potenziale riproduttivo, dando maggiore vigore ai centri specializzati in medicina della riproduzione”.



Donne per numero di figli avuti tra 15 e 49 anni, ripartizione e generazione

Donne nate nel 1950, 1960, 1970 e 1980 (a), composizione percentuale



senta la diminuzione più accentuata (-41,6%). Anche le regioni del Nord registrano diminuzioni significative, con il calo maggiore in Valle d'Aosta (-46,6%). Tra le cause del calo dei primi figli vi è la prolungata permanenza dei giovani nella famiglia di origine, a sua volta dovuta a molteplici fattori: il protrarsi dei tempi della formazione, le difficoltà che incontrano i giovani nell'ingresso nel mondo del lavoro e la diffusa instabilità del mondo stesso, le difficoltà di accesso al mercato delle abitazioni, una tendenza di lungo periodo di bassa crescita economica, oltre ad altri possibili fattori di natura culturale.

SI RIDUCE IL CONTRIBUTO ALLA NATALITÀ DEI CITTADINI STRANIERI

Dal 2012 al 2020 diminuiscono anche i nati con almeno un genitore straniero (quasi 19 mila in meno) che, con 88.345 unità, costituiscono il 21,8% del totale dei nati, oltre 4 mila in meno solo nell'ultimo anno.

I nati da genitori entrambi stranieri, scesi sotto i 70 mila nel 2016, arrivano per la prima volta nel 2020 sotto la soglia dei 60 mila (59.792, -20 mila in meno rispetto al 2012), anche per effetto delle dinamiche migratorie nell'ultimo decennio, e costituiscono il 14,8% del totale dei nati. Le grandi regolarizzazioni del 2002 hanno dato origine, negli anni 2003-2004, alla concessione di circa 650 mila permessi di soggiorno, in gran parte tradotti in un "boom" di iscrizioni in anagrafe dall'estero (oltre 1 milione 100 mila in tutto).

FORTE IMPATTO DELLA PANDEMIA SULLE NASCITE

Nei primi dieci mesi del 2020 le nascite diminuiscono del 2,5%, in linea con il ritmo del periodo 2009-2019 (-2,8% in media annua). La discesa accelera in misura marcata nei mesi di novembre (-8,3% rispetto allo stesso mese dell'anno prima) e, soprattutto, di dicembre (-10,7%), in corrispondenza dei concepimenti dei primi mesi dell'ondata epidemica.

Nel Nord-ovest, più colpito dalla pandemia durante la prima ondata, a dicembre il calo tocca il 15,4%. Il clima di incertezza e le restrizioni relative al lockdown sembrano dunque aver influenzato la scelta di rinviare il concepimento. A gennaio 2021 si rileva la massima riduzione di nati a livello nazionale (13,6%), con picco nel Sud (-15,3%) che prosegue, più contenuta, anche a febbraio (-4,9%); queste nascite sono, per la quasi totalità, riferibili ai concepimenti di aprile e maggio 2020.

E LA DENATALITÀ PROSEGUE ANCHE NEL 2021

Il forte calo dei nati a gennaio 2021, tra i più ampi mai registrati, dopo quello già marcato degli ultimi due mesi del 2020, lascia pochi dubbi sul ruolo svolto dall'epidemia. Il crollo delle nascite tra dicembre e febbraio, riferibile ai mancati concepimenti della prima ondata pandemica, poteva essere dovuto al posticipo di pochi mesi dei

piani di genitorialità. Tuttavia, dai primi dati disponibili, tale diminuzione sembra l'indizio di una tendenza più duratura in cui il ritardo è persistente o, comunque, tale da portare all'abbandono nel breve termine della scelta riproduttiva.

L'aumento dei nati osservato a marzo 2021, forse riconducibile all'impressione di superamento dell'emergenza, porta a una lieve inversione di tendenza con un aumento dei nati rispetto allo stesso mese dell'anno precedente (+4,5%); si tratta dei nati concepiti durante la fase di transizione tra le due ondate epidemiche del 2020.

L'andamento dei nati rimane debolmente positivo nel mese di aprile (+1%) per poi crollare soprattutto nei mesi di giugno (-5,9%) e luglio (-5,8%), in corrispondenza dei concepimenti della seconda ondata epidemica.

La contrazione delle nascite, frutto dei concepimenti della prima ondata, ha riguardato in misura più marcata i nati all'interno del matrimonio, da genitori stranieri e quelli con genitori molto giovani. Il recupero che si osserva a marzo è dovuto in maniera sostanziale ai nati da non coniugati, da genitori entrambi italiani e da madri dai 35 anni ai 44 anni.

L'effetto negativo della seconda ondata epidemica, invece, ha riguardato tutte le tipologie di genitori, anche se in misura più contenuta rispetto alla prima. Fanno eccezione i nati fuori dal matrimonio che aumentano a partire da febbraio 2021, con valori massimi a marzo (+14,6%) e aprile (+15,9%).

I nati di cittadinanza straniera, già in calo del 3,7% tra gennaio e ottobre 2020, accentuano progressivamente il loro trend di decrescita rispetto agli italiani. A novembre e dicembre 2020 diminuiscono dell'11,5% contro il -9,2% dei nati italiani, ma il differenziale si amplia a gennaio 2021 (-24,4% contro -11,7%) e ancora di più a febbraio (-17,3% contro -2,7%).

Il leggero recupero della natalità registrato a marzo e aprile 2021 riguarda infatti esclusivamente i nati italiani (rispettivamente +7,0% e +2,5%).

POSTICIPANO LA MATERNITÀ SOPRATTUTTO LE DONNE PIÙ GIOVANI

L'evoluzione della natalità è fortemente condizionata dalle variazioni nella cadenza delle nascite rispetto all'età delle madri. In questo scenario è interessante osservare come abbia agito la crisi sulle scelte riproduttive di una popolazione che diventa genitore sempre più tardi. A livello nazionale, nel periodo gennaio-ottobre 2020 la contrazione dei nati riguarda soprattutto le gio-

vanissime (-5,6% per le donne fino a 24 anni) ed esclude solo le età più avanzate, che presentano invece un aumento (+7,1% nella classe di età 45 e oltre).

LA FECONDITÀ DELLE CITTADINE ITALIANE AL MINIMO STORICO

Nel 2020 le donne residenti in Italia tra 15 e 49 anni hanno in media 1,24 figli (1,27 nel 2019), accentuando la diminuzione in atto dal 2010, anno in cui si è registrato il massimo relativo di 1,44.

IN MEDIA SI DIVENTA MADRI A 31,4 ANNI

Le donne residenti in Italia hanno accentuato il rinvio dell'esperienza riproduttiva verso età sempre più avanzate. Rispetto al 1995, l'età media al parto aumenta di oltre due anni, raggiungendo i 32,2 anni; in misura ancora più marcata cresce anche l'età media alla nascita del primo figlio, che si attesta a 31,4 anni nel 2020 (oltre 3 anni in più rispetto al 1995).

Le regioni del Centro sono quelle che presentano il calendario più posticipato (32,6 anni). Le madri residenti nel Lazio hanno un'età media al parto pari a 32,7 anni, al pari delle madri del Molise, superate solo da quelle della Basilicata (33 anni) e della Sardegna (32,8).

E INFINE QUALCHE CURIOSITÀ: LEONARDO E SOFIA I NOMI PREFERITI

Sulla base delle informazioni contenute nella rilevazione degli iscritti in anagrafe per nascita, l'Istat elabora la distribuzione dei nomi maschili e femminili più frequenti nel 2020. A livello nazionale, il nome Leonardo mantiene il primato conquistato nel 2018; Francesco anche quest'anno si conferma al secondo posto mentre Alessandro riconquista la terza posizione scalzando Lorenzo che scende al quarto posto.

Per i nomi femminili rimane stabile in prima posizione Sofia, ma anche quest'anno si rileva uno scambio sul podio tra Giulia, che risale dal terzo al secondo posto, e Aurora, che scende dal secondo al terzo. Nonostante ci siano oltre 26 mila nomi diversi per i bambini e oltre 25 mila per le bambine (includendo sia i nomi semplici sia quelli composti), la distribuzione del numero di nati secondo il nome rivela un'elevata concentrazione intorno ai primi 30 in ordine di frequenza, che complessivamente coprono oltre il 44% di tutti i nomi attribuiti ai maschi e quasi il 38% di quelli delle femmine.

I PRIMI TRE NOMI PIÙ UTILIZZATI

MASCHI

Leonardo

Francesco

Alessandro

FEMMINE

Sofia

Giulia

Aurora

REPORT ISS



NON SOLO L'HIV. Nel variegato e temibile mondo delle infezioni sessualmente trasmesse sono tante le malattie infettive che non rallentano la loro corsa, anzi. E se nell'immaginario comune si pensa siano appannaggio solo di stranieri, prostitute e omosessuali così non è. Perché le IST colpiscono tutte le persone sessualmente attive, soprattutto sempre più crescono tra i giovanissimi, in particolare tra le donne. Infezioni subdole che mettono a rischio la loro capacità riproduttiva.

A scattare la fotografia delle **Infezioni sessualmente trasmesse (IST)** è l'**Istituto superiore di sanità** che ha aggiornato nei mesi scorsi i dati dei due sistemi di sorveglianza sentinella attivi in Italia nel 2019. Dati sui quali, in questo numero di Gyneco abbiamo voluto puntare i riflettori per capire con **Barbara Suligo**, Direttore del Centro Operativo Aids del Dipartimento di Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità, qual è lo stato dell'arte e quali le contromisure da intraprendere.

“Nell'ambito delle IST non esiste soltanto l'Hiv, per il quale peraltro abbiamo registrato nel 2020 un calo importate delle nuove diagnosi – ha spiegato Suligo – ma ci sono tante altre patologie, tra le molte la clamidia, la gonorrea, la sifilide, i condilomi anogenitali e l'herpes genitale. Infezioni di cui si parla troppo poco ma il cui trend negli anni non è mai calato, al contrario continua a crescere interessando in particolare i giovanissimi tra i 15 e i 24 anni e le donne”.

I DATI. Se dal 2016 diminuisce lievemente il numero delle persone con una IST confermata e si riduce di circa il 29% il numero dei maschi che fanno sesso con maschi (Msm) con una IST in atto, al contrario dal 2000 al 2019 è aumentato del 23% circa il numero di donne colpite. Soprattutto i casi di *Chlamydia trachomatis* nel 2019 hanno evidenziato un incremento del 33% rispetto al 2017 in particolare nelle donne (+65%) e i giovani tra i 15 e i 24 anni mostrano una prevalenza di casi di infezione quadrupla rispetto agli over 24. Non solo, i casi di gonorrea sono raddoppiati negli ultimi cinque anni analizzati. È più che raddoppiato, negli ultimi quindici anni, il numero di donne con herpes genitale. Di contro, in quattro anni (dal 2016 al 2019) il numero di casi di condilomi ano-genitali si è ridotto, molto probabilmente grazie alle campagne vaccinali anti-HPV in femmine e maschi.

CLAMIDIA IN CRESCITA. Emblematico è il caso della clamidia che mostra un trend in crescita dal

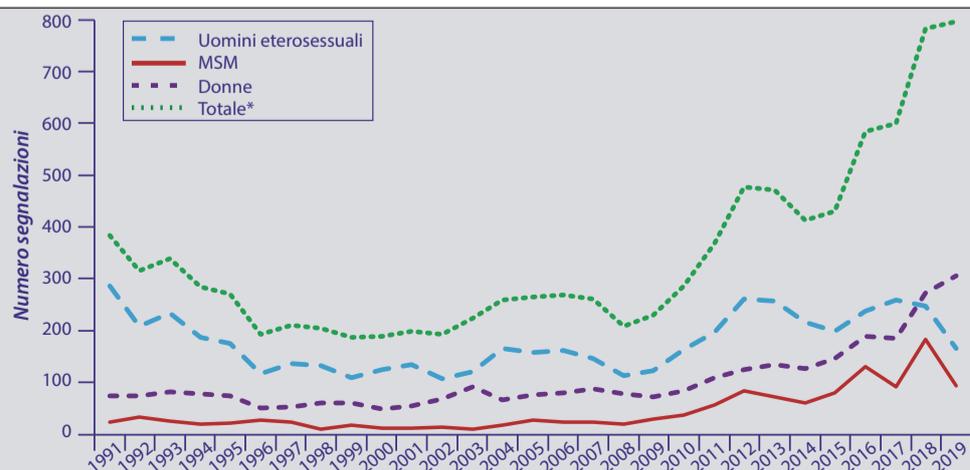
IST

“
Suligo (Iss):
“Se ne parla troppo poco e molti ragazzi non ne conoscono l'esistenza e i rischi”

Infezioni sessualmente trasmesse.

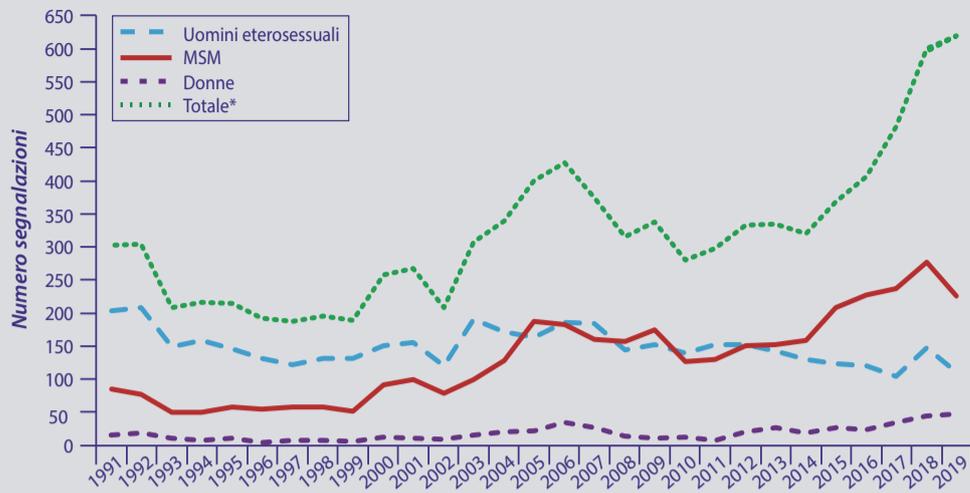
In aumento tra i giovani, soprattutto tra le donne

Andamento delle segnalazioni di clamidia, totale e per modalità di trasmissione
Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2019



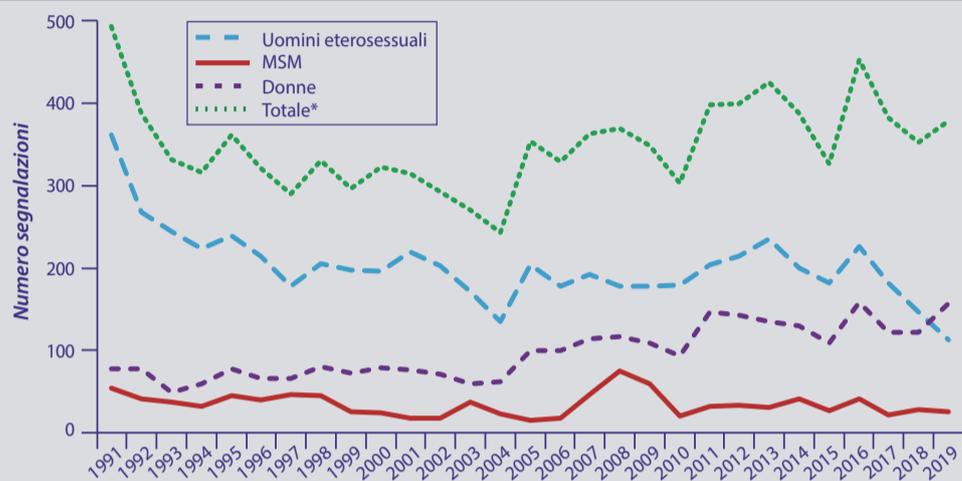
(*) Il numero totale delle segnalazioni di clamidia è superiore alla somma delle segnalazioni in uomini eterosessuali, in MSM e in donne, in quanto include anche i casi con "modalità di trasmissione" mancante

Andamento delle segnalazioni di gonorrea, totale e per modalità di trasmissione (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2019)



(*) Il numero totale delle segnalazioni di gonorrea è superiore alla somma delle segnalazioni in uomini eterosessuali, in MSM e in donne, in quanto include anche i casi con "modalità di trasmissione" mancante

Andamento delle segnalazioni di herpes genitale, totale e per modalità di trasmissione (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2019)



(*) Il numero totale delle segnalazioni di herpes genitale è superiore alla somma delle segnalazioni in uomini eterosessuali, in MSM e in donne, in quanto include anche i casi con "modalità di trasmissione" mancante

IST



Accrescere le attività di informazione sulle IST (far conoscere sintomi, segni e complicità), su questo fronte è attivo il **Numero verde Aids e Ist dell'Istituto Superiore di Sanità 800 861061** estremamente utile soprattutto per i più giovani"



2008, con un incremento di quasi quattro volte tra il 2008 e il 2019, in particolare nelle donne tra i 20 e i 25 anni.

"Un dato preoccupante – prosegue Suligoi – perché tre donne su quattro non si accorgono di aver contratto l'infezione da clamidia in quanto il sintomo del dolore viene spesso confuso con quello dell'ovulazione o attribuito erroneamente a generici dolori intestinali. La mancata diagnosi porta ad una mancata assunzione della terapia antibiotica e alla progressione dell'infezione che ha come conseguenza un'occlusione delle tube, compromettendo la capacità di procreazione". Insomma, un'infezione subdola e misconosciu-

ta difficilmente rintracciabile a distanza di anni, con il risultato che molti dei casi di infertilità tra le donne potrebbero essere attribuiti a pregresse infezioni da clamidia.

A PREOCCUPARE CI SONO ANCHE LA GONORREA i cui casi in cinque anni (2015-2019) sono raddoppiati (in particolare nel 2019 rispetto al 2000 i casi sono aumentati di tre volte e mezzo sia nei MSM che nelle donne) e **la sifilide** una patologia dimenticata grazie all'avvento delle penicilline, ma che nel 2005 e nel 2016 ha avuto un piccolo epidemico sorprendente che ha interessato tutta Europa. "La gonorrea dal 2000 non è mai indietro"

giata – ha detto la Suligoi – e ha seguito le orme della sifilide con un andamento ondivago, anche se i casi di sifilide in 4 anni sono diminuiti del 20%. Anche la sifilide è una malattia ingannevole e subdola, compare con piccola lesione che poi scompare rapidamente, ma, se non curata, il microorganismo che la causa, il treponema, rimane e si diffonde colpendo tutti gli organi fino a poter arrivare al cervello".

MIGLIORAMENTI SI SONO INVECE REGISTRATI SUL FONTE DEI CONDILOMI ANO-GENITALI. "Fanno la parte del leone nell'ambito delle IST e colpiscono donne e uomini – ha evidenziato la Direttrice del Centro Operativo Aids – hanno avuto un costante incremento fino a qualche anno fa per poi stabilizzarsi grazie agli effetti delle campagne vaccinali per l'Hpv iniziate tra le femmine nel 2008 e nel 2013 nei maschi. Speriamo di assistere ad un ulteriore decremento nei prossimi anni".

È INFINE PIÙ CHE RADDOPPIATO, NEGLI ULTIMI QUINDICI ANNI, IL NUMERO DI DONNE CON HERPES GENITALE. Un virus che rimane sempre latente per poi ricomparire quando si è sottoposti a forti stress. "Le donne sono sottoposte, anche per il momento storico, a ruoli sempre più impegnativi – ha chiosato Suligoi – un vortice frenetico e le donne ne pagano lo scotto. L'aumento di casi è un segnale indiretto di una condizione di affaticamento della donna e del suo sistema immunitario".

QUALI SONO QUINDI LE CONTROMISURE DA METTERE IN CAMPO PER ARGINARE IL TREND DELLE IST?

Per l'Iss le azioni possibili sono: favorire la diagnosi e il trattamento precoce delle IST facilitando l'accesso ai servizi sanitari attraverso un Percorso Integrato di Cura (PIC) della persona a rischio di o con IST; favorire la diagnosi precoce di Chlamydia trachomatis attraverso l'offerta del test in donne giovani, anche se asintomatiche, in particolare se pluripartner.

E ancora, migliorare il contact tracing delle persone con IST e promuovere la terapia del partner; sostenere la prevenzione primaria favorendo la vaccinazione anti-HPV, anti-epatite B, anti-epatite A. Soprattutto accrescere le attività di informazione sulle IST (far conoscere sintomi, segni e complicità), e su questo fronte ha ricordato Barbara Suligoi è attivo il "Numero verde Aids e Ist dell'Istituto Superiore di Sanità (800 861061) estremamente utile soprattutto per i più giovani". Infine, incrementare nella popolazione generale la consapevolezza del ruolo delle IST nella trasmissione/acquisizione dell'Hiv ed elaborare un piano nazionale pluriennale per la prevenzione delle IST e attivare programmi di sorveglianza dei comportamenti.



Fondazione
onda

Osservatorio nazionale sulla salute
della donna e di genere



FARMINDUSTRIA

**SPECIALE
RAPPORTO
ONDA**

Covid-19 e salute di genere: da pandemia a sindemia.

Esperienze, nuove consapevolezze, sfide future

L'edizione 2021 del Libro Bianco realizzata da Fondazione Onda grazie al supporto di Farmindustria ha l'obiettivo di tracciare, attraverso il contributo di numerosi autori, una panoramica sulle conseguenze non solo sanitarie ma anche economiche e sociali della pandemia che hanno portato a una vera e propria sindemia. Partendo dall'analisi degli aspetti epidemiologici e clinici dell'infezione da Sars-CoV-2 in ottica di genere, si approda all'impatto nel breve e lungo termine sulla salute fisica e psichica, riservando un approfondimento alle conseguenze in termini di diagnosi "perse" e mancata aderenza terapeutica. Due capitoli sono dedicati alle donne, allo stesso tempo protagoniste e vittime della pandemia, con particolare attenzione ai riflessi sulla salute riproduttiva e materno-infantile, al ruolo di *caregiver*, ai cambiamenti del lavoro, al fenomeno della violenza domestica. Completano la panoramica le testimonianze di coloro che hanno vissuto in prima linea le difficoltà organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali e un'analisi della campagna vaccinale in corso, a partire dalla disponibilità a tempo di record dei vaccini.





FRANCESCA MERZAGORA
Presidente Fondazione Onda



NICOLETTA ORTHMANN
Coordinatore medico-scientifico,
Fondazione Onda



MASSIMO SCACCABAROZZI
Presidente Farmindustria

Nulla impedirà al sole di sorgere ancora, nemmeno la notte più buia. Perché oltre la nera cortina della notte c'è un'alba che ci aspetta.

KHALIL GIBRAN

LA PANDEMIA NON È ANCORA FINITA. Lasciamo alle spalle mesi segnati da scompiglio, incertezza, paura, fatica, dolore, lutto. E se il peggio è passato – ce lo auguriamo ma anche ci crediamo, conservando una grande fiducia nel proseguo della campagna vaccinale – guardiamo al futuro ancora con titubanza e cauto ottimismo.

È importante avere piena consapevolezza di quanto abbiamo perso, degli errori che abbiamo fatto, ma allo stesso tempo dobbiamo dare una lettura a questa drammatica pandemia con una prospettiva positiva, che ci consenta di mettere a fuoco ciò che ci ha insegnato e che rappresenta un prezioso bagaglio esperienziale per il prossimo futuro e ciò che di positivo ha portato in termini di nuove competenze e nuovi strumenti. Il prezzo pagato è stato e sarà molto alto, ma proprio per questo non dobbiamo perdere l'occasione di coglierne gli aspetti positivi.

Animati da questo spirito, abbiamo deciso di dedicare alla pandemia da Covid-19 l'edizione 2021 del Libro bianco di Fondazione Onda. Abbiamo coinvolto nel progetto numerosi autorevoli autori, afferenti ad ambiti diversi con l'obiettivo di tracciare una panoramica ad ampio raggio su ciò che è stato e sulle nuove sfide che ci attendono, a fronte delle conseguenze non solo sanitarie ma anche economiche e sociali della pandemia che hanno portato a una vera sindemia.

Partendo dall'analisi degli aspetti epidemiologici e clinici dell'infezione da nuovo coronavirus Sars-CoV-2 in ottica di genere, si approda all'impatto nel breve e lungo termine sulla salute fisica e psichica, riservando uno spazio di approfondimento anche alle conseguenze in termini di diagnosi "perse" e mancata aderenza terapeutica. Sempre più evidenze sono raccolte riguardo agli effetti a lungo termine sulla salute fisica dell'infezione da Covid-19 (cd. Long Covid) e all'impatto psicologico determinato dal distanziamento sociale, dalla solitudine, dai lutti complicati per le persone che hanno avuto una perdita, dalla crisi economica, tutti fattori che incidono pesantemente sulla salute mentale.

L'impegno che da sempre ci connota nel sostenere la salute femminile ha motivato la scelta di dedicare due capitoli alle donne, protagoniste e allo stesso tempo vittime della pandemia. Il pri-

mo è focalizzato sull'impatto sulla salute riproduttiva e materno-infantile con particolare riferimento alla riorganizzazione del percorso nascita e dei percorsi dedicati ai disturbi della fertilità e all'infertilità e al vissuto di solitudine delle donne in gravidanza e nel puerperio, imposto dalle misure di contenimento dei contagi. Nel secondo capitolo sono analizzate le principali criticità che hanno colpito soprattutto le donne, aggravando il gap di svantaggio femminile: "sovraccarico" di lavoro in ambito familiare, disoccupazione, violenza domestica; a queste è stato affiancato un esempio virtuoso di resilienza al femminile, quello delle imprese del pharma in cui le donne sono sempre più rappresentate.

La pandemia ha messo fortemente in crisi il sistema sanitario e socio-assistenziale, portando alla luce le sue fragilità: uno spaccato di questo aspetto è offerto dal capitolo dedicato alle criticità organizzative degli ospedali, delle Rsa e dei servizi territoriali.

I contributi conclusivi si focalizzano sui vaccini anti Covid-19: arrivati a tempo di record, hanno consentito di avviare una campagna vaccinale di successo, nonostante alcune incomprensibili resistenze, in termini sia di coperture vaccinali sia di impatto positivo sulla salute.

La campagna vaccinale avanza e la ricerca non si ferma. Digitalizzazione e innovazione guideranno il cambiamento della sanità e sono questi i fronti su cui lo stesso Pnrr, Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, punta a investire, al fine di allineare efficacemente i servizi ai bisogni di salute e di cura delle persone. Istituzioni, comunità scientifica, società civile: ciascuno è chiamato a fare la propria parte per contribuire al cambiamento e affrontare con ancora maggior forza e resilienza le sfide che ci attendono nel prossimo futuro.

Un ringraziamento personale va alle Istituzioni e ai numerosi autori che hanno dato un prezioso contributo nella realizzazione di questo libro e a Farmindustria che da tanti anni ci affianca e ci sostiene nell'ambito di una stimolante collaborazione volta a promuovere una cultura della salute di genere e una medicina personalizzata.

IL COVID-19 HA CAMBIATO RAPIDAMENTE e radi-

calmente il mondo in cui vivevamo. Ha messo in crisi economie e società, facendo emergere tutti i nostri limiti, mettendo allo stesso tempo in evidenza la centralità della salute, il bene più prezioso che abbiamo. Questo è l'insegnamento principale di questa durissima prova.

Continuando sulla strada fin qui percorsa, ricca di collaborazioni e partnership a tutti i livelli – Istituzioni, imprese, ricercatori, agenzie regolatorie, stakeholders, attori della salute – e in tutto il mondo. Una sinergia che ha permesso in meno di un anno di arrivare alla scoperta di alcuni vaccini, con altri in fase avanzata di sviluppo, e molte terapie farmacologiche in fase di studio.

In un'ottica futura, per prevenire e gestire un'emergenza pandemica è necessario rendere strutturali le collaborazioni che hanno prodotto risultati fino a poco tempo fa impensabili. Certamente con le Istituzioni e le agenzie regolatorie ma anche con gli stakeholders della salute.

Tra questi rientra senza dubbio la Fondazione Onda con la quale si è sviluppata, al di là del rispetto e della stima reciproci, una collaborazione concreta e fattiva. I volumi di Onda, ormai da anni, offrono autorevoli quadri di insieme sulla salute di genere e sulle esperienze e prospettive che si rendono oggi indispensabili.

L'edizione di quest'anno del Libro bianco tocca tematiche che Farmindustria condivide con la Fondazione ormai da tempo, nel comune obiettivo di contribuire al progresso della qualità di vita di milioni di pazienti, donne e uomini. E offre spunti di riflessione e risposte a temi dolorosi incitando ad andare avanti insieme in questa emergenza, pronti a eventuali altre crisi sanitarie e globali, con la ricerca continua e la partnership allargata.

Il libro ricorda le donne colpite dalla pandemia e quelle protagoniste nel nostro settore, nella ricerca, nell'innovazione, nelle life sciences. 43% è la quota di donne nelle imprese del farmaco, un dato più alto rispetto al resto dell'economia (29%). Con ruoli di responsabilità (42% di dirigenti e quadri), nella R&S sono il 52%. E proprio a queste donne le imprese del farmaco offrono soluzioni di welfare aziendale per migliorare la conciliazione vita-lavoro e la genitorialità.

Noi continueremo a impegnarci per sostenere e migliorare la vita dei pazienti e le iniziative che nel tempo si sono sviluppate in linea con le esigenze della crisi di questa pandemia, o meglio sindemia, come è giustamente definita in questo volume. Non ci fermeremo e continueremo a credere, con l'impegno e il lavoro di ogni giorno, che ognuna di queste sfide possa essere vinta e diventare parte della storia per costruire il futuro di tutti noi.

PARTE 1

Aspetti epidemiologici e clinici dell'infezione da nuovo coronavirus SARS-CoV-2

1. Pandemia da Covid-19 in Italia. I numeri al 14 luglio 2021

CARLO LA VECCHIA¹, ALBERTO GIOVANNI GERLI², STEFANO CENTANNI³

¹Department of Clinical Sciences and Community Health (DISCO), University of Milan

²Department of Health Sciences (DISS), University of Milan

³Respiratory Unit, Department of Health Sciences, ASST Santi Paolo e Carlo, University of Milan

GLI AUTORI PRESENTANO l'andamento epidemiologico del Covid-19 in Italia dal 20 febbraio 2020 al 14 luglio 2021. Nei 17 mesi sono stati registrati oltre 4.275.000 casi di Covid-19 e al Covid-19 sono stati attribuiti 127.814 decessi, ma si tratta di dati certamente parziali in considerazione del "sommerso" per mancate diagnosi (non solo in soggetti asintomatici) e sotto-certificazioni di decessi Covid-correlati. La prima ondata, iniziata nel febbraio 2020, si è esaurita nel giugno successivo. I contagi registrati al 30 giugno erano poco più di 240.000, ma la sottostima è stata molto ampia, a causa della limitata disponibilità di strumenti diagnostici. Anche il numero di decessi (circa 35.000) è stato sottostimato in quella fase. Da luglio 2020 i casi hanno ricominciato a salire (da circa 200 a 300 al giorno a fine mese) e da settembre sono aumentati anche i decessi. Il picco dei casi – circa 40.000/giorno su media settimanale – è stato raggiunto a metà novembre. La fase dello scorso autunno/inverno (da inizio ottobre al 10 febbraio) ha fatto registrare oltre 2.300.000 casi e 55.000 decessi, per arrivare a oltre 92.000 decessi cumulativi registrati il 10 febbraio. L'ondata primaverile, attribuibile alla variante Alfa, dal 10 febbraio a fine giugno, ha causato oltre 1.500.000 contagi e 32.000 decessi, per arrivare a 127.000 decessi registrati a metà giugno. Il suo impatto è stato pertanto inferiore a quello delle ondate precedenti, nonostante la maggior contagiosità e il più grave quadro clinico associato, poiché parte della popolazione, in particolare quella anziana, era coperta dal vaccino.

2. Infettivologia e clinica da Covid-19

ANDREA GORI

Professor of Infectious Diseases, School of Medicine and Surgery, Department of Pathophysiology and Transplantation; Head of Centre for Multidisciplinary Research in Health Science (MACH), University of Milan; Director Infectious Diseases Unit, Department of Internal Medicine, Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico

I PAZIENTI CON INFEZIONE da Sars-CoV-2 sperimentano una vasta gamma di manifestazioni cliniche, sia in termini di severità sia in termini di

variabilità della sintomatologia, che si presentano dopo un periodo di incubazione generalmente inferiore ai 14 giorni dal contatto con il virus. La sintomatologia più spesso riportata comprende tosse, mialgie e cefalea. Frequentemente si associano faringodinia, rinite, anomalie dell'olfatto e/o del gusto e diarrea. La manifestazione grave più frequente è la polmonite interstiziale. Ogni persona corre il rischio di contrarre il Covid-19, tuttavia esso si manifesta prevalentemente in adulti di età avanzata e con comorbidità preesistenti. L'età avanzata e la presenza di patologie croniche si associano anche a un aumento significativo della mortalità. Inoltre, si è osservato come il sesso maschile rappresenti un fattore di rischio per l'insorgere di forme di Covid severe e critiche e sia associato a una maggiore mortalità. Il tempo di recupero da Covid-19 è molto variabile, dipende dall'età, dalle comorbidità preesistenti, dalla gravità della malattia e dal suo decorso. I soggetti con infezione lieve guariscono in genere in tempi relativamente brevi, mentre molti pazienti con malattia grave impiegano fino anche ad alcuni mesi.

È emersa nel corso dei mesi una nuova condizione definita "Long Covid", una sindrome caratterizzata da sintomi di Covid-19 che continuano o si sviluppano dopo quattro settimane dall'infezione acuta; i più comuni includono affaticamento, dispnea, dolore toracico, tosse e deficit cognitivi.

3. Covid-19 e differenze di genere in immunologia

ELENA ORTONA

Direttrice del Reparto Fisiopatologia Genere-specifica, Centro di riferimento di Medicina di Genere, Istituto Superiore di Sanità

L'INFEZIONE DA SARS-COV-2, come emerge 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.

L'autrice approfondisce i meccanismi alla base della diversa risposta immunitaria nei due sessi (nelle donne è più efficace) e i fattori genetici, epigenetici ed ormonali che la influenzano e che modulano una differente espressione dei recettori e co-recettori del virus.

Un fattore patogenetico importante, associato alla risposta immunitaria nei pazienti Covid-19, consiste nel drammatico aumento di autoanticorpi circolanti – in particolare nei pazienti con malattia severa – che perturbano la funzione immunitaria, compromettendo il controllo virologico e aumentando il rischio di trombocitopenia e trombosi. Si ipotizza che questi autoanticorpi siano coinvolti nell'insorgenza della sindrome "Long Covid" e tale ipotesi potrebbe giustificare la più elevata incidenza registrata nel sesso femminile. La caratterizzazione della specificità di questi autoanticorpi potrebbe essere un importante obiettivo per cominciare a identificare trattamenti personalizzati e specifici anche in base al sesso per i pazienti affetti da Long Covid.



4. Covid-19 e differenze di genere in clinica

MARIA GRAZIA MODENA, ELISA LODI, LETIZIA REGGIANINI

Centro PASCIA, Azienda Ospedaliero Universitaria, Policlinico di Modena, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

“È emersa nel corso dei mesi una nuova condizione definita "Long Covid", una sindrome caratterizzata da sintomi di Covid-19 che continuano o si sviluppano dopo quattro settimane dall'infezione acuta

L'ANALISI EPIDEMIOLOGICA dei dati relativi a Covid-19 ha evidenziato l'esistenza di differenze tra i due sessi nella suscettibilità all'infezione, nelle manifestazioni cliniche, nella prognosi e nella risposta alle cure.

Analizzando i dati della sorveglianza integrata Covid-19 in Italia, il numero totale di casi mostra una lieve prevalenza nel sesso femminile (51,1%), correlabile al fatto che le donne costituiscono la maggioranza degli operatori sanitari, esposti a più alto rischio di contagio.

L'esame dei dati relativi alla mortalità per Covid-19 ha evidenziato che, salvo alcune eccezioni, nella maggior parte dei Paesi gli uomini infettati da Sars-CoV-2 muoiono di più rispetto alle donne, con una letalità doppia e addirittura triplicata in alcuni contesti. Al 26 maggio 2021 in Italia risultano somministrate 32.429.611 dosi di vaccino con 66.258 segnalazioni di sospetta reazione avversa. A fronte di una maggior esposizione delle dosi somministrate nel sesso femminile (56%), il 74% delle segnalazioni riguarda le donne, indipendentemente dalla dose e dal vaccino. Questo dato sottolinea la necessità di superare il concetto "one-size-fits-all" che ha sempre guidato la ricerca con sperimentazioni condotte su casistiche a preponderante componente maschile e di approfondire le differenze riscontrate in relazione a eventuali fattori biologici, ormonali e psicosociali.

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



PARTE 2

Covid-19 e Long Covid: impatto sulla salute psico-fisica

1. Impatto della pandemia Covid-19 sull'accesso alle diagnosi e alle cure

ISABELLA CECCHINI¹, MARCO ZAMBONI²

¹Psicologa, ricercatrice sociale; Principal, responsabile Primary Market Research, IQVIA Italia.

²Engagement Manager, Integrated Analytics - Consulting and Services IQVIA Italia.

ALL'INIZIO DELLA PANDEMIA SARS-Covid-19 l'attenzione si è concentrata sulle problematiche di gestione dell'emergenza. Ora le preoccupazioni riguardano gli effetti sulla salute dei cittadini. IQVIA ha avviato dai primi mesi del 2020 un osservatorio per monitorare l'impatto della pandemia sull'accesso dei pazienti alle diagnosi e alle cure. Confrontando i mesi della pandemia (febbraio 2020 - giugno 2021) con lo stesso periodo dell'anno precedente, lo studio ha rilevato un calo significativo di nuove diagnosi, dell'inizio di nuovi trattamenti, delle richieste di visite specialistiche ed esami nelle principali aree terapeutiche. Fra le diverse aree terapeutiche l'ambito respiratorio ha subito maggiormente gli effetti della pandemia sui pazienti non Covid. La contrazione in ambito cardiovascolare è stata inferiore grazie all'introduzione di sistemi di monitoraggio del paziente a distanza, permettendo nel secondo trimestre del 2021 di tornare ai livelli pre-pandemia. Anche l'ambito onco-ematologico è stato intaccato dalla pandemia, provocando ritardi nelle nuove diagnosi a causa del posticipo degli screening. Dalla seconda parte del 2020 si osserva un recupero generale, proseguito rafforzandosi nel primo semestre 2021, anche se a fine anno si registra ancora un gap significativo. Fra le diverse aree, quella respiratoria mostra maggiori difficoltà a differenza dell'area del diabete che evidenzia un grande recupero in termini di nuove diagnosi e nuovi trattamenti.

2. Covid-19 e impatto sulla salute fisica

RAFFAELLA MICHELI

Responsabile Nazionale Area Salute Donna, SIMG - Società Italiana di Medicina Generale.

I DATI RACCOLTI attraverso il GPG Network, rete a cui afferiscono 3.200 medici di Medicina generale, confermano che le donne tendono ad ammalarsi di più, ma la prevalenza dei casi maschili au-

menta nettamente (56,3% uomini e 46,3% donne) per le forme più gravi di malattia da Covid-19 rappresentati dalla polmonite con insufficienza respiratoria. Tali differenze sono legate a diversi fattori genetici, ormonali e anche socio-comportamentali. Tra questi ultimi viene, in particolare, approfondito il ruolo del caregiver che ha una forte connotazione di genere. La popolazione prevalentemente femminile dei caregiver familiari potrebbe, infatti, essere risultata particolarmente vulnerabile, in quanto i soggetti a cui prestano le proprie cure appartengono spesso alle categorie più colpite da Covid-19, gli ultra60enni. La situazione domiciliare e familiare che si è creata in corso di pandemia ha fatto sì che le donne abbiano dovuto affrontare una situazione con un forte carico di stress, acuito dalle problematiche lavorative, dalle difficoltà economiche e dalla sospensione dei supporti socio-sanitari a favore dell'assistito.

Tra le diverse problematiche analizzate nel capitolo che hanno in particolare riguardato le donne, si sottolinea una forte contrazione nell'accesso agli screening di routine: oltre il 40% dichiara di non essersi presentata ai controlli programmati durante l'emergenza.

3. Covid-19 e impatto sulla salute mentale

CLAUDIO MENCACCI¹, GIANCARLO CERVERI²

¹Direttore Emerito DSMD - Neuroscienze ASST Fatebenefratelli-Sacco Milano.

²Direttore DSMD ASST Lodi.

NUMEROSI STUDI condotti sulla popolazione italiana durante la pandemia hanno mostrato un notevole aumento della sintomatologia depressiva, ansiosa e dei disturbi del sonno. Questi ultimi sono stati considerati la manifestazione più frequente della pandemia emozionale e le donne, in particolare quelle più giovani, ne sono state colpite in maniera maggiore. I sintomi ansiosi e soprattutto quelli depressivi secondari alla pandemia si possono schematizzare in quattro categorie: quelli legati alle conseguenze del Covid, quelli dovuti all'isolamento sociale e alla paura del contagio, quelli legati alla perdita di un congiunto a causa della malattia (lutti complicati) e, infine, quelli generati dalla grave crisi economica. Come evidenziano i dati dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, la depressione colpisce le persone più vulnerabili sul fronte socio-economico e oltre al basso reddito è soprattutto la disoccupazione a determinare un aumento del rischio di depressione nelle società industrializzate.

Il Covid-19 sta lasciando segni profondi sulla psiche e rischia di compromettere, anche a lungo termine, benessere e salute mentale non solo dei pazienti guariti, degli operatori sanitari e delle famiglie delle vittime, ma di tutte le persone che indirettamente subiscono i colpi di un anno di pandemia. Il rischio più diffuso è quello di manifestare un disturbo post-traumatico da stress, con sintomi cronici o persistenti che interessano un individuo su tre.

4. Covid-19 e complicanze neurologiche

VINCENZO SILANI

Direttore UO Neurologia e Laboratorio di Neuroscienze - IRCCS Istituto Auxologico Italiano ed Università degli Studi di Milano

L'ESPRESSIONE NEUROLOGICA del Covid-19 è molto comune nei pazienti ospedalizzati ed è documentato che l'80% di questi manifesta sintomi neurologici durante il decorso clinico. Il quadro clinico correlato è molto variabile, in rapporto alle diverse aree geografiche e alle caratteristiche dei pazienti. Le manifestazioni possono essere considerate come non specifiche (cefalea, vertigini, mialgie, sincope e, più generalmente, spossatezza) a cui si aggiungono quelle specifiche a carico del sistema nervoso centrale (encefaliti, encefalopatie, ictus ischemici e TIA, ictus emorragici, emorragie subaracnoidee...) e/o periferico (disturbi dell'olfatto e del gusto con scarso recupero o sviluppo di cacosmie/disgeusie molto fastidiose, polineuropatie acute, neuropatie croniche...). Molto più complesso e non prevedibile è, ovviamente, il problema degli effetti a lungo termine del Covid-19: le prime evidenze sono a favore di un possibile impatto sul sistema extrapiramidale con manifestazioni simil-parkinsoniane e sulle funzioni cognitivo-comportamentali. In ambito neurologico un'altra problematica di straordinario impatto è stata quella legata alla possibilità di seguire pazienti affetti da patologia neurodegenerativa progressivamente invalidante, rendendo necessaria una riorganizzazione dell'assistenza mediante ausilio della telemedicina. Di altrettanto rilievo è stato l'aspetto organizzativo collegato al proseguo delle sperimentazioni cliniche già in essere, che nella maggior parte dei casi non hanno sorprendentemente subito rallentamenti.

5. Covid-19 e prevenzione oncologica

ARMANDO SANTORO^{1,2}, ALEXIA BERTUZZI³

¹Humanitas University, Department of Biomedical Sciences, Milan

²IRCCS Humanitas Research Hospital - Humanitas Cancer Center, Milan

³IRCCS Humanitas Research Hospital - Humanitas Cancer Center, Milan,

I PAZIENTI ONCO-EMATOLOGICI sono stati considerati fin dall'inizio della pandemia una popolazione vulnerabile, immunodepressa sia per la patologia sia per i trattamenti ricevuti e quindi più facilmente suscettibile all'infezione. Successive analisi dei dati hanno permesso di ridimensionare il rischio di contrarre l'infezione in questa popolazione ma non il tasso di mortalità, confermato purtroppo più alto rispetto alla popolazione generale.

Un significativo sforzo è stato richiesto da parte delle strutture ospedaliere e degli operatori sanitari per garantire la continuità delle cure a fronte di una drastica riduzione di risorse dedicate. Ci si è focalizzati sui pazienti in trattamento in cui la diagnosi era già stata fatta, ma la maggior parte delle attività di elezione sono state posticipate o addirittura sospese e tra queste sono rientrati



“ Non prevedibile è il problema degli effetti a lungo termine del Covid-19: le prime evidenze sono a favore di un possibile impatto sul sistema extrapiramidale con manifestazioni simil-parkinsoniane e sulle funzioni cognitivo-comportamentali



anche i programmi di screening. Il gap maggiore in Oncologia, con un significativo impatto sullo stadio di malattia alla diagnosi, sulle possibilità terapeutiche e di conseguenza sulla prognosi, ha riguardato i pazienti liberi da malattia che non hanno potuto sottoporsi ai consueti programmi di screening o ai controlli previsti di follow-up o che hanno ritardato l'accesso in ospedale nonostante la presenza di sintomi per il rischio di infezioni. La prima conseguenza del drastico calo dei programmi di screening si osserva nell'aumento di diagnosi mancate rispetto al 2018-19. La seconda e più grave conseguenza di questi ritardi è la diagnosi di malattia in stadio più avanzato soprattutto per alcune diagnosi, con una prognosi più severa e un significativo incremento dei tassi di mortalità.

6. Covid-19 e malattie rare

ANNALISA SCOPINARO

Presidente Uniamo Federazione Italiana Malattie Rare Onlus

PER I MALATI RARI la pandemia da Sars-Covid-19 ha rappresentato un'emergenza nell'emergenza, aggravata dall'impossibilità di effettuare terapie o controlli ospedalieri e con la paura di contagio per gli effetti che avrebbe potuto avere sulla patologia.

Uniamo-Federazione Italiana Malattie Rare Onlus e il Centro Nazionale Malattie Rare hanno realizzato un'indagine conoscitiva per esplorare i bisogni delle persone con patologie rare e dei loro caregiver con lo scopo di evidenziare le necessità più cogenti, per poter poi colmare le lacune del sistema e supportare la comunità nel modo migliore. Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, oltre il 50% delle persone ha rinunciato a terapie ospedaliere a causa della percezione di un aumentato rischio di contagio. Altre problematiche di rilievo sono state la difficoltà ad usufruire della consegna a domicilio di farmaci ospedalieri e la scarsa informazione in merito alle iniziative regionali sulla sospensione delle terapie riabilitative senza perdita di diritto e alla proroga dei piani terapeutici.

Da gennaio, quando sono arrivati i primi vaccini, è stata evidenziata la necessità di portare fra le priorità vaccinali alcune delle patologie rare più a rischio di contagio e di garantire una corretta attribuzione dei codici di esenzione per patologia attraverso l'implementazione dei Registri di malattia rara.



PARTE 3

Covid-19: impatto sulla salute riproduttiva e materno-infantile

1. Covid-19, gravidanza e parto: la riorganizzazione del percorso nascita

ELSA VIORA

Presidente Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (AOGOI).

LA PANDEMIA da Sars-CoV2 ha influito pesantemente sul percorso nascita degli ospedali. Ha costretto i professionisti a modificare la pratica clinica per poter offrire alle donne l'assistenza necessaria in gravidanza, durante il parto ed il puerperio con le dovute cautele e in sicurezza. La parte più difficile del lavoro è stata quella di rassicurare le donne, che temevano di recarsi negli ospedali, cercando di mantenere il più possibile i contatti per non farle sentire abbandonate. In questa situazione ogni Regione, ogni Punto Nascita ha elaborato percorsi assistenziali che hanno consentito di tutelare con la massima precauzione la salute delle donne e dei nascituri, oltre che degli operatori sanitari, tenendo conto della realtà locale.

Aogoi, come Società scientifica di medici ostetrici-ginecologi, ha dato il proprio contributo sia partecipando alla raccolta dei dati italiani sia suggerendo indicazioni per organizzare il percorso nascita. In particolare, è stato redatto un breve vademecum indirizzato agli operatori sanitari per riassumere quanto pubblicato nella letteratura internazionale e fornire consigli pratici per ridurre il rischio di contagio in modo da tutelare la salute delle donne e degli operatori sanitari, pur mantenendo le visite prestabilite e gli accertamenti non differibili, comprese le ecografie.

2. Conseguenze del Covid-19 sull'accesso ai percorsi dedicati ai disturbi della fertilità e all'infertilità

PAOLO EMANUELE LEVI-SETTI

Humanitas Fertility Center, IRCCS Humanitas Research Hospital; Humanitas University.

GLI EFFETTI DEL COVID-19, all'epoca ignoti, sull'apparato riproduttivo, sui gameti e sugli embrioni hanno condotto a un iniziale allarme e alla sospensione dei trattamenti, anche per lasciare spazio alla cura dei pazienti affetti dalla patologia.

L'Istituto Superiore di Sanità ha presentato l'11 novembre 2020 una survey in cui si è stimata una riduzione di 9.289 cicli di procreazione medicalmente assistita nei primi 4 mesi dell'anno rispetto al 2019, con una stima di 1.500 nati in meno e con una riduzione globale dell'attività dei Centri PMA del 34,1%. Tale riduzione ha raggiunto circa il 40% dell'attività nelle regioni del Nord Ovest, colpite da una maggiore diffusione del virus Sars-COV-2. Il 60% dei Centri, infatti, ha interrotto la propria attività entro il 17 marzo 2020 a seguito delle disposizioni emanate dal Governo, che hanno sospeso tutte le attività sanitarie ambulatoriali ritenute non urgenti e tra queste anche l'attività dei centri di PMA.

L'Autore illustra l'esperienza, in particolare, del Fertility Center di Humanitas, sottolineando lo sforzo organizzativo compiuto per adattare le linee guida generali ed i protocolli di contenimento della diffusione dell'infezione tra le coppie e gli operatori, declinandole secondo le specifiche esigenze dell'attività di PMA in accordo con le linee guida nazionali ed internazionali.

3. Gravidanza e puerperio in era Covid: la solitudine delle donne

ANNA LOCATELLI¹, RINALDO ZANINI²

¹Professore Associato di Medicina e Chirurgia, Università Milano Bicocca; Direttore Ostetrica e Ginecologia Carate Brianza; Direttore Dipartimento Materno-Infantile, ASST Brianza.

²Già Direttore Dipartimento materno infantile ASST Lecco.

SECONDO I DATI DISPONIBILI la gravidanza non comporta di per se una maggiore suscettibilità a contrarre l'infezione da Sars-CoV-2. Tuttavia, si è osservato che essa predispone a un'evoluzione clinica più sfavorevole, soprattutto in presenza di fattori di rischio. La maggior parte delle donne positive sviluppa una malattia moderata che

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

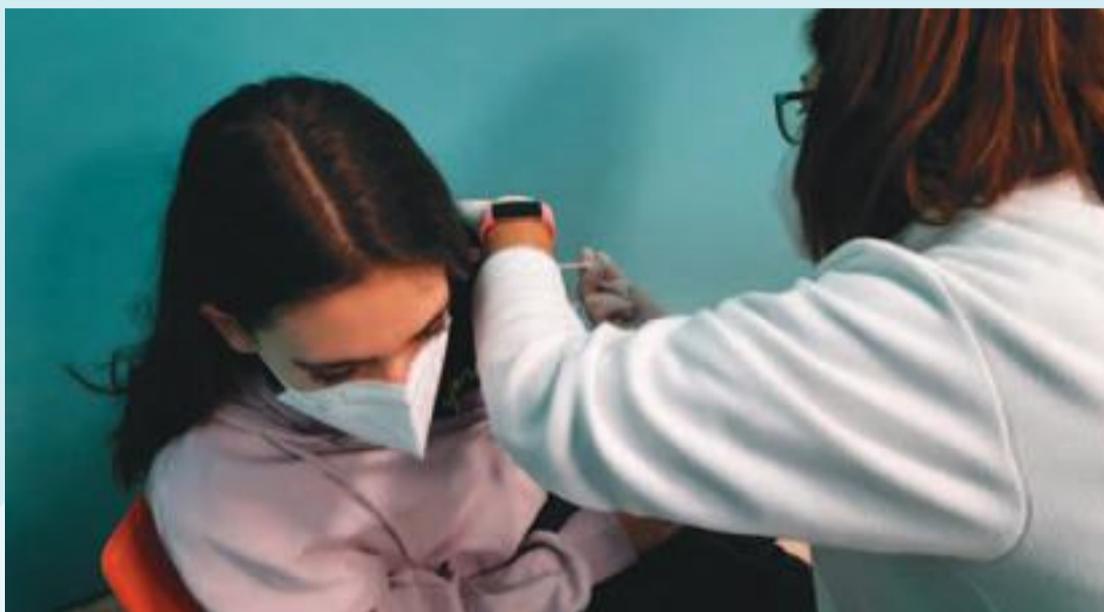


non richiede ospedalizzazione e il tasso di mortalità delle donne in gravidanza è solo lievemente superiore a quello della popolazione generale. L'emergenza sanitaria ha richiesto una nuova pianificazione dei servizi ostetrici per garantire un'assistenza adeguata e sono stati impiegati nuovi sistemi di comunicazione e di produzione di servizi a distanza.

Le ricadute sul vissuto della nascita sono state complesse. Le conoscenze disponibili all'inizio della pandemia hanno favorito la diffusione di

protocolli improntati al principio della massima prudenza e pertanto restrittivi. Ciò ha talora comportato l'isolamento della diade madre/neonato, la riduzione delle pratiche di bonding e rooming-in con effetti negativi sull'allattamento al seno. Il bilancio rischi-benefici legato all'applicazione di norme di isolamento oggi si è spostato verso la salvaguardia di queste pratiche.

Il capitolo si chiude sottolineando l'importanza dell'offerta attiva della vaccinazione a tutte le donne in gravidanza e allattamento.



PARTE 4

Covid-19: impatto sulle donne e impulsi dalle donne

1. Disoccupazione, smart working e lavoro di cura: lo svantaggio femminile

SUSANNA CAMUSSO¹, LILIANA OCMIN², SONIA OSTRICA³

¹Responsabile Politiche di genere, CGIL.

²Responsabile Coordinamento nazionale donne, CISL.

³Responsabile Coordinamento pari opportunità, UIL

SI STIMA CHE DURANTE LA PANDEMIA fossero al lavoro in presenza i due terzi delle donne occupate in Italia; ciò non solo le ha maggiormente esposte al contagio, ma ha disvelato – ancora una volta – la segregazione del mondo del lavoro che vede le lavoratrici, italiane ed immigrate, maggiormente impegnate nelle attività professionali connesse alla “cura”. Contemporaneamente, le statistiche evidenziano che, pur in presenza del blocco dei licenziamenti, le donne nel 2020 hanno il triste primato di posti di lavoro persi. Questi numeri rendono esplicita la maggior precarietà e temporaneità del lavoro femminile. È necessario dare priorità alla crescita dell'occupazione femminile, ma ciò si potrà concretizzare solo attraverso una rivoluzione culturale e l'ampliamento dei servizi sociali pubblici e territoriali.

Per quanto riguarda lo smart-working, l'esperienza è stata vissuta con maggiori difficoltà da parte delle donne: più coinvolte nella cura familiare e genitoriale, hanno dichiarato l'allungamento dei tempi di lavoro (57% contro il 50,5% degli uomini), l'incremento del tempo di lavoro domestico, le difficoltà di adattarsi negli spazi domestici (42,1% contro 37,9%), un maggior senso di isolamento verso l'organizzazione (29%) con rischio di disaffezione verso il lavoro (44,3%). Ciò non significa che lo strumento sia sbagliato, ma è necessario un cambiamento culturale nel mondo del lavoro, che tenga conto delle diverse esigenze della produzione e delle persone.

A pesare sulla scarsa occupazione delle donne è anche l'insufficiente presenza di infrastrutture socio-assistenziali in grado di assicurare adeguati servizi di welfare. In questo senso il Pnrr rappresenta un'opportunità da non perdere.

2. Le imprese del pharma: un esempio virtuoso di resilienza

ENRICA GIORGETTI

Direttore Generale, Farmindustria

L'INDUSTRIA FARMACEUTICA, all'interno della filiera della salute, ha dato il proprio contributo nella lotta al Covid-19, riuscendo a livello internazionale in meno di un anno a scoprire e produrre i vaccini. Le aziende si sono impegnate anche nella ricerca di terapie contro il Covid-19, senza mai trascurare la produzione e la distribuzione di tutti gli altri farmaci per garantire la continuità dell'accesso alle cure.

Le imprese del farmaco hanno potuto dimostrare la loro resilienza grazie in particolare a chi ne fa parte. A oggi in Italia sono 67.000 gli addetti

dell'industria farmaceutica, per il 90% laureati o diplomati. L'industria farmaceutica è leader per occupazione femminile, che raggiunge quota 43% dei dipendenti e nella R&S sale addirittura al 52%. Le donne, tra l'altro, ricoprono spesso ruoli di responsabilità, rappresentando il 42% di dirigenti e quadri.

Oltre il 90% delle imprese del farmaco nel 2020 ha mantenuto o aumentato gli investimenti in tecnologie digitali, per migliorare l'accesso alle cure e la continuità operativa. Questa crescita ha avuto una spinta propulsiva dalle donne che con i loro talenti e la loro naturale resilienza hanno dato un contributo fondamentale.

Guardando al futuro, emerge la necessità di una nuova governance che consideri la salute un investimento strategico (e non un costo) e che sia capace di recepire efficacemente l'innovazione farmaceutica, adattandosi ai veloci mutamenti di scenario.

3. Covid-19 e violenza domestica: la pandemia ombra

GIUSSY BARBARA¹, MARIA CRISTINA FRASSANITO², ALESSANDRA KUSTERMANN³

¹MD, Specialista in Ginecologia e Ostetricia, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico e SVSeD - Soccorso Violenza Sessuale e Domestica, Milano.

²Psicologa SVSeD, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano.

³MD, Direttore UOC PS e Accettazione Ostetrico-Ginecologica, Consultori familiari e SVSeD, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

SIN DALL'INIZIO della pandemia numerose organizzazioni hanno denunciato un drammatico aumento degli episodi di violenza contro le donne,



in particolare di violenza domestica. Numerose ipotesi sono state formulate in merito alle possibili cause. In primo luogo, il maggior controllo sulla donna da parte del partner abusante, a causa delle restrizioni sociali e di movimento, ha sicuramente aumentato la probabilità dello scatenarsi di episodi di violenza e ridotto le occasioni di supporto esterno e la possibilità di chiedere aiuto. In secondo luogo, è possibile che preoccupazioni e pensieri negativi scatenati dalla pandemia, così come situazioni problematiche collegate a difficoltà lavorative correlate alla crisi economica conseguente ai lockdown, possano aver esacerbato condizioni di instabilità psicologica e/o di abuso di alcol/sostanze stupefacenti da parte dei perpetratori di violenza. In terzo luogo, un importante fattore da tenere in considerazione è la limitata autonomia decisionale ed economica che le donne, a causa delle difficoltà lavorative generate dalla crisi economica, hanno dovuto affrontare.

Emerge la necessità che i sistemi sanitari includano programmi di assistenza a donne vittime di violenza, da ritenere servizi essenziali, all'interno dei piani di risposta a situazioni di emergenza, come quelle pandemiche, da implementare e finanziare in maniera adeguata. Inoltre, ampliare l'offerta per la protezione delle donne appare un fattore decisivo nel contrasto al fenomeno della violenza domestica, soprattutto in situazioni di pandemia.



L'industria farmaceutica è leader per occupazione femminile, che raggiunge quota 43% dei dipendenti e nella R&S sale addirittura al 52%. Le donne ricoprono spesso ruoli di responsabilità, rappresentando il 42% di dirigenti e quadri

PARTE 5

Covid-19 e criticità organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali

1. L'esperienza degli ospedali

IDA RAMPONI

*Direttore Generale ASST Crema. Fino a settembre 2021
Direttore Generale ASST Rhodense*

L'AUTRICE DESCRIVE nel dettaglio l'esperienza vissuta dalla sua Azienda nell'affrontare la pandemia. L'assetto organizzativo dei due presidi per acuti è stato nel giro di pochi giorni completamente modificato, fino ad arrivare ad avere il presidio di Garbagnate completamente dedicato ai pazienti Covid e quello di Rho parzialmente dedicato con il mantenimento, con grande fatica da parte degli operatori, di parte dell'attività chirurgica per garantire almeno le urgenze e le classi di priorità. Per dare questa risposta immediata è stata fondamentale la disponibilità dei professionisti a togliersi il "vestito" del proprio ruolo e della propria specifica preparazione per dedicarsi alla cura dei pazienti Covid, con turni in Pronto Soccorso a supporto dei colleghi e turni nei reparti Covid, previo "addestramento" da parte dei colleghi più esperti. Momenti difficili sono stati vissuti a causa della mancanza di dispositivi di protezione individuale, di ossigeno e di posti letto. Iniziano ad arrivare di nuovo proposte di progetti da avviare o da riprendere perché sospesi: sono tante le sollecitazioni da parte dei professionisti per riformulare la propria attività, riprendendo il ruolo specifico di ciascuno. La forte attenzione al paziente, soprattutto al paziente cronico, sta facendo immaginare percorsi alternativi per accelerare il recupero del tempo perso.

2. L'esperienza delle RSA

NICOLA CASTRO

*Direttore Generale,
Fondazione Villa Giovanni XXIII Onlus*

LE RSA SONO STRUTTURE extra-ospedaliere, che assistono persone non autosufficienti che presentano una pluralità di patologie croniche, ad alta comorbilità, maggiormente a rischio di non sopravvivere al Coronavirus. Sono residenze in cui convivono numerose persone anche per diversi anni, per le quali il contatto umano è importante al pari della cura negli ospedali. Questa specificità è la loro maggiore ricchezza, che deve essere assolutamente preservata nel futuro, anche se oggettivamente proprio l'indispensabile vita di relazione e la socialità hanno rappresentato un grande limite nel contrastare il Coronavirus. Recentemente si è evidenziato che le Rsa sono state uno dei contesti maggiormente colpiti dall'epidemia e le si è rese il simbolo di tutto ciò che non ha funzionato, un messaggio fuorviante e ingeneroso nei confronti di chi ha continuato a garantire l'assistenza per far fronte a una crisi senza precedenti, nonostante la difficoltà di allestire reparti Covid-19, la perdita di personale infermieristico a favore degli ospedali e con disposizioni dalle Asl spesso contraddittorie.

Sarà importante, anche grazie alle risorse messe a disposizione dal Pnrr, realizzare una riforma organica del settore con riqualificazione delle strutture residenziali per una maggiore qualità della vita al loro interno e maggiore apertura ai servizi territoriali, sulla scorta di molte esperienze già avviate con le cosiddette Rsa aperte, per contenere o ritardare il più possibile l'istituzionalizzazione delle persone non autosufficienti.

3. Il ruolo del Medico di Medicina Generale

CLAUDIO CRICELLI

Presidente SIMG - Società Italiana Medicina Generale

CON UN'ORGANIZZAZIONE già insufficiente ad affrontare il carico di lavoro medico e sanitario di una popolazione anziana, la medicina del territorio ha affrontato la pandemia. Covid-19 non ha messo in crisi solo la Medicina generale, ma ha mostrato la limitatezza strutturale di un intero sistema sanitario.

Le carenze della struttura della Medicina generale non hanno ricevuto integrazioni per favorire l'adeguamento all'emergenza, tuttavia questa ha confermato una capacità di resilienza e di adattamento che ha consentito una risposta efficace all'emergenza. La Medicina generale ha di fatto circoscritto la diffusione della pandemia e ha retto l'impatto dei trattamenti domiciliari, impedendo il collasso delle strutture ospedaliere. Si è fatta, inoltre, carico della relazione con le persone e le comunità, reggendo un sovraccarico professionale e relazionale mai sperimentato prima. Durante il lockdown il medico di famiglia è stato spesso l'unico riferimento disponibile per la gran parte dei cittadini.

4. Il ruolo dell'infermiere di comunità o di famiglia

ROBERTO ROMANO', LUCA INNOCENTI'

Presidente SIIET, Società Italiana Infermieri di Emergenza Territoriale.

Infermiere emergenza territoriale 118 Firenze Prato, specialista in lesioni cutanee

NEL PROSSIMO DECENNIO si stima che saranno 8 milioni gli anziani con almeno una malattia cronica grave, quasi 5 milioni potrebbero vivere in solitudine. L'attuale disomogeneità del sistema di assistenza domiciliare non permette di gestire questa situazione. Va dunque ripensata la rete territoriale dei servizi sociosanitari ed assistenziali ed è necessario anche rivedere il ruolo dell'infermiere che opera nei contesti di comunità. Anche l'Oms si è espressa sull'argomento, sollecitando la nascita di una nuova figura di infermiere che non si limiti alla erogazione di pratiche assistenziali ma che aiuti gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica trascorrendo buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio della persona assistita e della sua famiglia. L'infermiere di famiglia è un professionista inserito nella comunità, suo compito è cooperare con le figure che ruotano intorno alla persona assistita così che questa trovi soluzioni idonee ai propri problemi di salute; caratteristica specifica di questa figura è il lungo periodo di tempo che svolge nel contesto familiare.

Durante la pandemia Covid-19, l'infermiere di famiglia è stato tra le figure che più ha dovuto riadattare il suo ruolo: molti sono stati riconvertiti al servizio di Usca (Unità Speciali di Continuità assistenziale), altri al tracciamento dei casi ed alle campagne vaccinali.

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



5. Il ruolo delle Farmacie dei servizi

MARCO COSSOLO
Presidente Federfarma

LA NORMATIVA sui nuovi servizi in farmacia è finalizzata a potenziare la funzione di presidio sanitario territoriale della farmacia, a supporto delle Asl e dei medici, per alleggerire gli oneri economici e organizzativi che gravano sulle strutture sanitarie pubbliche. A livello territoriale si nota, invece, una tendenza da parte di Regioni e Asl a sottovalutare il ruolo che la farmacia può avere, soprattutto sul fronte della gestione dei pazienti cronici. È una tendenza che deve essere assolutamente invertita, anche alla luce di quanto emerso in occasione della pandemia e della capacità della farmacia di dare risposte ai pazienti cronici, agevolandoli nell'accesso alle prestazioni (ricetta dematerializzata, dispensazione medicinali del PHT, telemedicina) in modo sicuro e controllato (monitoraggio).

Le farmacie sono state tra i pochi esercizi rimasti sempre aperti fin dalle prime fasi dell'emergenza sanitaria, impegnandosi a supportare i cittadini. Hanno dovuto riorganizzare la propria attività per dare risposte adeguate sia dal punto di vista della corretta informazione sia dal punto di vista dell'erogazione di prodotti e servizi necessari ad affrontare l'emergenza. Tra le novità di maggior rilievo, dettata dalla necessità di ridurre gli spostamenti e dalla paura dei pazienti di recarsi presso i presidi ospedalieri, si annovera il trasferimento alla farmacia di alcuni farmaci precedentemente in distribuzione diretta.

PARTE 6

Campagna vaccinale anti-Covid

1. Un vaccino a tempi di record

GIUSEPPE REMUZZI

Direttore Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS.

L'ANNUNCIO UFFICIALE delle autorità cinesi è arrivato tre settimane dopo il primo caso registrato a Wuhan. Nel giro di pochi giorni gli scienziati cinesi hanno identificato il virus, la sequenza dell'Rna e l'hanno resa pubblica. Il 24 febbraio è stato annunciato il primo lotto di vaccini per uso umano.

I vaccini sviluppati contro il Covid-19 stimolano il nostro sistema immunitario a produrre anticorpi contro la proteina Spike del Sars-CoV-2. I vaccini Pfizer e Moderna si basano su una tecnologia a Rna messaggero, mentre AstraZeneca, Johnson&Johnson e Sputnik utilizzano un adenovirus modificato in laboratorio. Tutti i vaccini sviluppati contro il Covid-19 proteggono indistintamente dalla malattia grave. Questo significa meno persone in terapia intensiva e più vite salvate. Al momento, i vaccini disponibili presentano una buona efficacia contro le varianti diffuse oggi. Nessuno aveva previsto che avremmo avuto vaccini efficaci in così poco tempo, le previsioni più ottimistiche parlavano di due anni o più. In meno di un anno ne sono stati approvati quattro. Questo è stato possibile grazie a una collaborazione senza precedenti tra accademia e industria, a investimenti pubblici e ad autorizzazioni Fda e Ema ottenute a tempo record.

2. L'importanza della campagna vaccinale nella sfida al Sars-CoV-2

ANDREA PICCIOLI¹, FORTUNATO D'ANCONA²

¹Direttore Generale, Istituto Superiore di Sanità.

²Primo Ricercatore, Istituto Superiore di Sanità, Dipartimento Malattie Infettive, Reparto Epidemiologia Biostatistica e Modelli Matematici.

La disponibilità del vaccino di per sé non basta per contrastare una pandemia come quella attuale: è necessaria una campagna vaccinale che sia modellata sulle esigenze di sanità pubblica, specifica per quel patogeno in quel preciso contesto epidemiologico.

Sin dai primi risultati relativi ai vaccini via via disponibili, era chiara la necessità di proteggere inizialmente gli operatori sanitari e i soggetti a maggior rischio per età o per condizione patologica. La disponibilità delle dosi ha guidato gli obiettivi della vaccinazione in base all'identificazione e alla definizione dei gruppi prioritari. Grande attenzione è stata posta alla predisposizione dei punti vaccinali, all'organizzazione delle sedute vaccinali e al coinvolgimento di diverse figure pro-

fessionali. Per la preparazione degli operatori adde- detti alla vaccinazione, l'Istituto Superiore di Sanità ha realizzato una serie di corsi di formazione e di aggiornamento a distanza per i professionisti sanitari e sociosanitari.

Una delle caratteristiche più difficili da gestire di questa campagna è la necessità di una grande flessibilità a causa di tanti fattori come, ad esempio, la disponibilità reale di dosi rispetto a quelle pianificate, l'evoluzione delle conoscenze su efficacia e sicurezza vaccinale nonché sulle dinamiche di trasmissione del virus Sars-CoV-2. Le modifiche della campagna vaccinale non devono, pertanto, essere viste come ripensamenti, ma come adattamenti migliorativi rispetto a una situazione in continua evoluzione.

Conclusioni

Guardando al futuro, quali scenari dopo la campagna vaccinale

GIOVANNI REZZA, ANDREA SILENZI

Direzione Generale della Prevenzione, Ministero della Salute.

LA PANDEMIA DA COVID-19 ha avuto impatti senza precedenti sulla salute e sull'assistenza sanitaria a livello globale. Durante la prima ondata pandemica ci si è focalizzati sul garantire il trattamento in acuto dei pazienti affetti da Covid-19 e sull'arginare la diffusione dell'infezione. Questa organizzazione d'emergenza ha determinato la revisione dei percorsi assistenziali di molte patologie croniche con blocco della programmazione delle cosiddette attività differibili. Allo stesso modo, importanti attività di prevenzione, come vaccinazioni e screening, hanno subito forti contrazioni nella prima metà del 2020, richiedendo strategie operative e grandi sforzi da parte dei professionisti del Ssn per il recupero delle prestazioni.

Nel corso del 2021, grazie all'avvio della più imponente campagna di immunizzazione della storia del nostro Paese, è stato possibile avviare un percorso di normalizzazione riguadagnando, settimana dopo settimana, spazi di convivenza con il Sars-CoV2.

Guardando al futuro nel segno della concretezza, si richiamano tre progetti promossi dal Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie del 2021, aventi come focus, rispettivamente, l'analisi degli effetti a lungo termine dell'infezione da Sars-CoV2 (Long Covid-19), la prevenzione della violenza contro le donne e i minori nonché lo sviluppo di interventi di recupero dei ritardi nei programmi di prevenzione e di identificazione precoce delle patologie croniche. Per promuovere il vero cambiamento, saranno fondamentali le attività del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza nonché le molteplici iniziative di riforma a vario livello che riguardano il Ssn su cui il Ministero della Salute e il Governo si sono impegnati. Ma il vero cambiamento non potrà realizzarsi se Istituzioni, comunità scientifica e società civile non si impegneranno in modo virtuoso a fare ciascuno la propria parte.

PNE EDIZIONE 2021

Il nuovo Piano nazionale esiti di Agenas

L'edizione 2021 si presenta con novità altamente sfidanti per offrire indicazioni utili per riprogrammare la sanità del futuro



Nel 2020 (causa Covid) il 20% in meno di ricoveri ma per le urgenze il sistema ha tenuto. Sempre tanti cesarei e ancora troppi i punti nascita "insicuri"

UN SISTEMA SANITARIO che ha mostrato tutta la sua resilienza a dispetto delle croniche difficoltà organizzative che la pandemia ha esacerbato. È questa l'istantanea del Ssn ai tempi del Covid. Un 'annus horribilis' il 2020 che ha messo a durissima prova le strutture sanitarie italiane. I ricoveri hanno subito una brusca frenata, con un calo medio del 20% rispetto al 2019 (quelli urgenti sono diminuiti del 13%, gli ordinari programmati del 25%, il Day hospital del 28%). In numeri: 1 milione e 720 mila ricoveri totali in meno. L'organizzazione dei sistemi screening e dei percorsi di accertamento diagnostico dei tumori ha subito una battuta d'arresto con un impatto negativo sugli interventi chirurgici, un esempio su tutti il tumore alla mammella: a causa dei mancati screening i ricoveri sono calati del 13,6% al Nord, del 4,8% al Centro e del 6,3% al Sud e nelle Isole. Inoltre, nonostante i numerosi tentativi

di razionalizzare l'offerta ospedaliera messi in atto in questi anni anche attraverso l'implementazione di specifiche reti assistenziali, persiste e si inasprisce ulteriormente l'eterogeneità a livello territoriale e aziendale.

Tuttavia la capacità di reazione delle reti "tempo dipendenti" è rimasta elevata. Al netto della congiuntura pandemica i ricoveri per infarto del miocardio sono diminuiti del 12%, e in maniera uniforme in tutto il paese, una contrazione alla quale non è però corrisposto un aumento della mortalità generale per eventi cardiovascolari (dati Istat), mentre è cresciuta dell'1% quella a 30 giorni dal ricovero a significare che le forme più gravi di infarto sono arrivate comunque negli ospedali dove è stata garantita una risposta tempestiva. Stesso discorso nell'ambito dei ricoveri per fratture di femore dove si è registrata una lieve contrazione rispetto al 2019 (-2%),

GLI INDICATORI

184

177 nella passata edizione

164

Relativi all'assistenza ospedaliera

20

Relativi all'assistenza territoriale

anche in questo caso la tempestività degli interventi non ha subito contraccolpi e le percentuali di interventi chirurgici effettuati entro le 48 ore negli ospedali (indicatore di livello ottimali di performance) si sono mantenute sostanzialmente stabili.

Solo un indicatore non cambia mai: pandemia o meno i parti cesarei non si fermano e continuano inesorabilmente a battere la strada dell'inappropriatezza.

È questo lo scenario della sanità ai tempi del Covid tracciato dal **Programma nazionale esiti (Pne) 2021** curato da **Agenas**, in collaborazione con l'**Istituto Superiore di Sanità** e con il **Dipartimento di Epidemiologia della Asl Roma 1**, presentato al ministero della Salute alla presenza del ministro **Roberto Speranza**.

L'edizione 2021 si presenta con novità altamente sfidanti per rilanciare non solo il Pne (è stata potenziata la capacità di osservare da vicino e monitorare in tempo reale le trasformazioni del Ssn, anche e soprattutto alla luce dell'esperienza pandemica), ma anche per offrire indicazioni utili per riprogrammare la sanità del futuro a partire da alcune criticità quali la frammentarietà della casistica ospedaliera, l'inappropriatezza clinica, la bassa tempestività e la disomogeneità nell'accesso ai trattamenti, per aree territoriali e per gruppi più vulnerabili della popolazione.

Un nuovo look realizzato grazie alla revisione delle misure esistenti: accanto ai tradizionali indicatori di performance, sono state introdotte nuove misure per valutare i volumi per singolo operatore, il timing di effettuazione di prestazioni chirurgiche salvavita e le disuguaglianze nell'assistenza sanitaria.

PNE EDIZIONE 2021



Nel 2020 la percentuale dei parti cesarei è rimasta al 22%, la stessa del 2019. Ancora lontana dalla soglia del 10-15% indicato dall'Oms per garantire il massimo beneficio complessivo per la madre e per il bambino

Hanno debuttato 184 indicatori (a fronte dei 177 della passata edizione) di cui: 164 relativi all'assistenza ospedaliera (71 di esito/processo, 78 di volume di attività e 15 di ospedalizzazione); 20 relativi all'assistenza territoriale, valutata indirettamente in termini di ospedalizzazione evitabile (14 indicatori), esiti a lungo termine (2 indicatori) e accessi impropri in PS (4 indicatori).

Invece, come per ogni edizione, il mantra dell'Agenas è sempre lo stesso: il Programma esclude categoricamente l'utilizzazione dei risultati come una sorta di "pagelle, giudizi" o una classifica degli ospedali, dei servizi, dei professionisti. È invece uno strumento per promuovere un'attività di auditing clinico e organizzativo che valorizzi l'eccellenza, individui le criticità e promuova quindi l'efficacia e l'equità del Ssn. Ma è anche indubbio, come abbiamo sempre sottolineato, che il Pne è uno strumento strategico per farsi un'idea concreta di dove si viene assistiti meglio.

"I risultati dell'edizione 2021 del Pne - ha dichiarato il Presidente **Enrico Coscioni** - attraverso un confronto ampio e particolareggiato dei dati di attività relativi all'anno 2020 con quelli della fase pre-pandemica, offrono un'analisi sulle dinamiche che il Covid-19 ha determinato rispetto all'organizzazione dei servizi. La sistematicità e la capillarità dell'approccio Pne nel valutare comparativamente l'efficacia, l'appropriatezza, l'equità e la sicurezza delle cure garantite dal Servizio Sanitario Nazionale, devono rappresentare la strada da battere per riprogrammare la sanità del futuro da parte delle Regioni e delle Province Autonome. In considerazione di questi presupposti, l'intento di Agenas - ha aggiunto - è quello di proseguire con le attività di monitoraggio e valutazione in una chiave di maggiore efficienza ed efficacia, facendo emergere e mettendo a sistema le esperienze virtuose, per contribuire alla diffusione delle buone prassi esistenti e orientare il cambiamento. Le innovazioni introdotte in questa edizione, relativamente alla capacità di tenere conto maggiormente della diversa gravità clinica dei pazienti assistiti, rappresenta un ulteriore passo avanti per coinvolgere in un dialogo costruttivo i professionisti clinici in un percorso condiviso e finalizzato ai risultati di salute migliore per tutti i cittadini".

Insomma, attraverso i dati del Pne 2021, Agenas restituisce una fotografia dettagliata dello stato di salute del nostro Sistema sanitario che, ha sottolineato il Direttore Generale **Domenico Mantoan** "sembra aver resistito all'impatto della pandemia e che si appresta oggi a ripartire con le nuove sfide poste dal Pnrr a fronte di una riduzione attesa delle attività in elezione, sembra infatti essersi mantenuta la capacità di risposta rispetto alle patologie tempo-dipendenti. A questo proposito, sul fronte della valutazione ospedaliera - prosegue - le novità introdotte consentono di valutare in maniera molto più accurata la tempestività di intervento sia nell'ambito delle patologie cardiovascolari acute che traumatiche. Inoltre, il monitoraggio dell'assistenza è sempre più focalizzato sui professionisti sanitari - a partire dalle nuove variabili integrative del tracciato record Sdo - così da stimare l'impatto dei singoli expertise sugli esiti assistenziali".

PARTI CON TAGLIO CESAREO

22,1%

2019

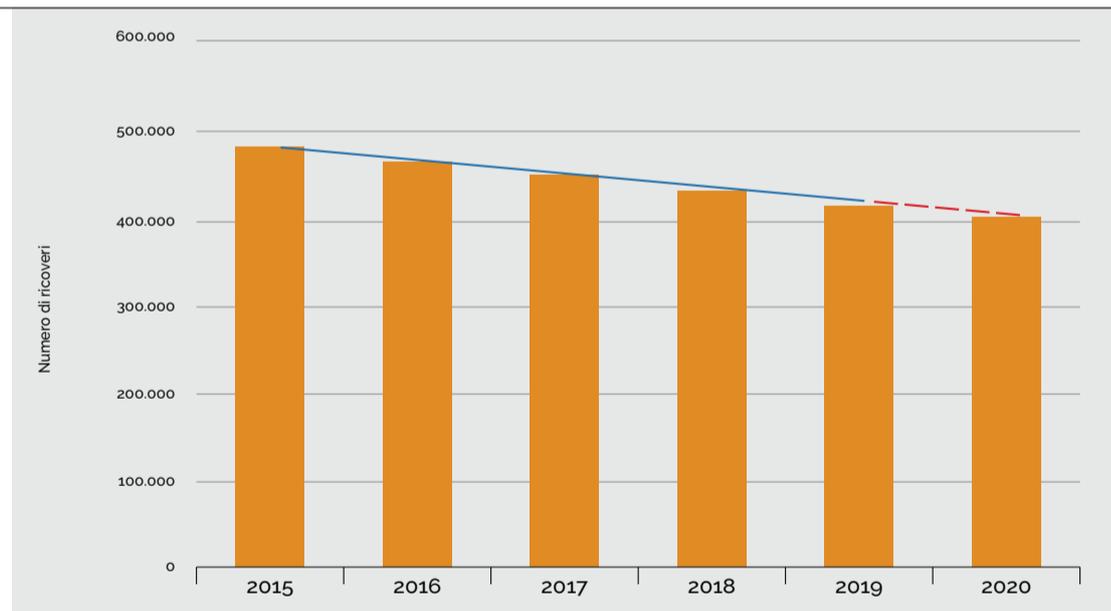
23,5%

2015

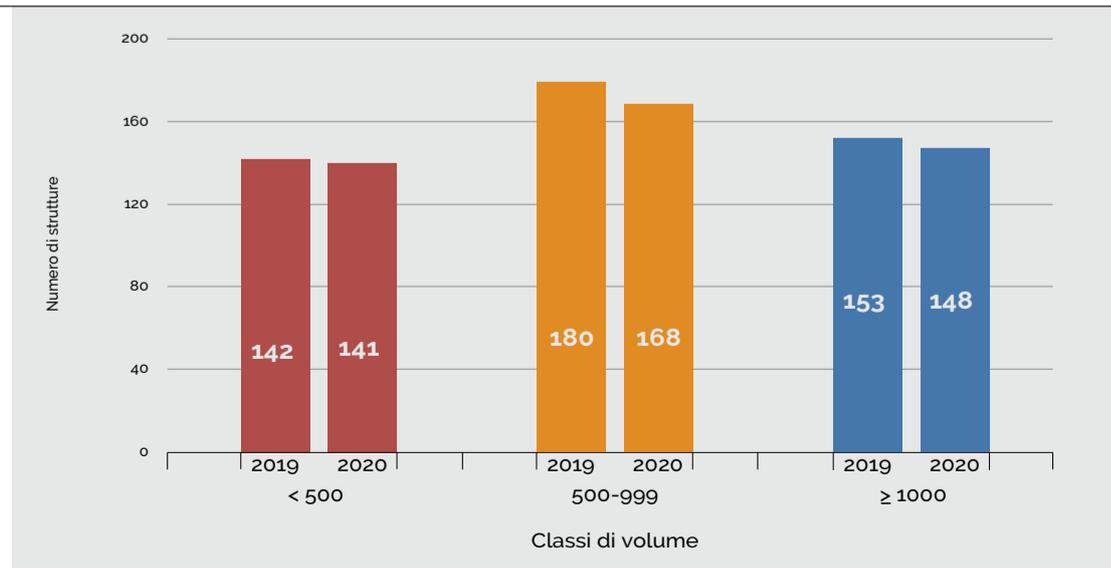
40%

2000

Numero di ricoveri per parto. Italia 2015-2020



Distribuzione dei punti nascita per volume di parti. Italia 2019-2020



ALCUNI DEI DATI PIÙ RAPPRESENTATIVI DELLE PERFORMANCE DEGLI OSPEDALI

COME SEMPRE sono state messe sotto le lente le prestazioni erogate sia nell'anno 2020 negli oltre 1.300 ospedali pubblici e privati, accreditati e non, sia nel quinquennio precedente (anni 2015-2019) per la ricostruzione dei trend temporali. Sono stati passati al setaccio volumi di attività, dati di mortalità, tempi di intervento e indicatori in grado di misurare in maniera sempre più chirurgica gli esiti delle performance raggiunte. Stella polare del Report basato sui nuovi indicatori, sono le Sdo, la cui compilazione puntuale diventa dirimente per la misurazione degli esiti delle attività non solo degli ospedali ma anche dei singoli operatori. Tra i tanti dati fotografati nel Pne, pubblichiamo in questo numero di *Gyneco* solo quelli relativi all'area perinatale.

PUNTI NASCITA

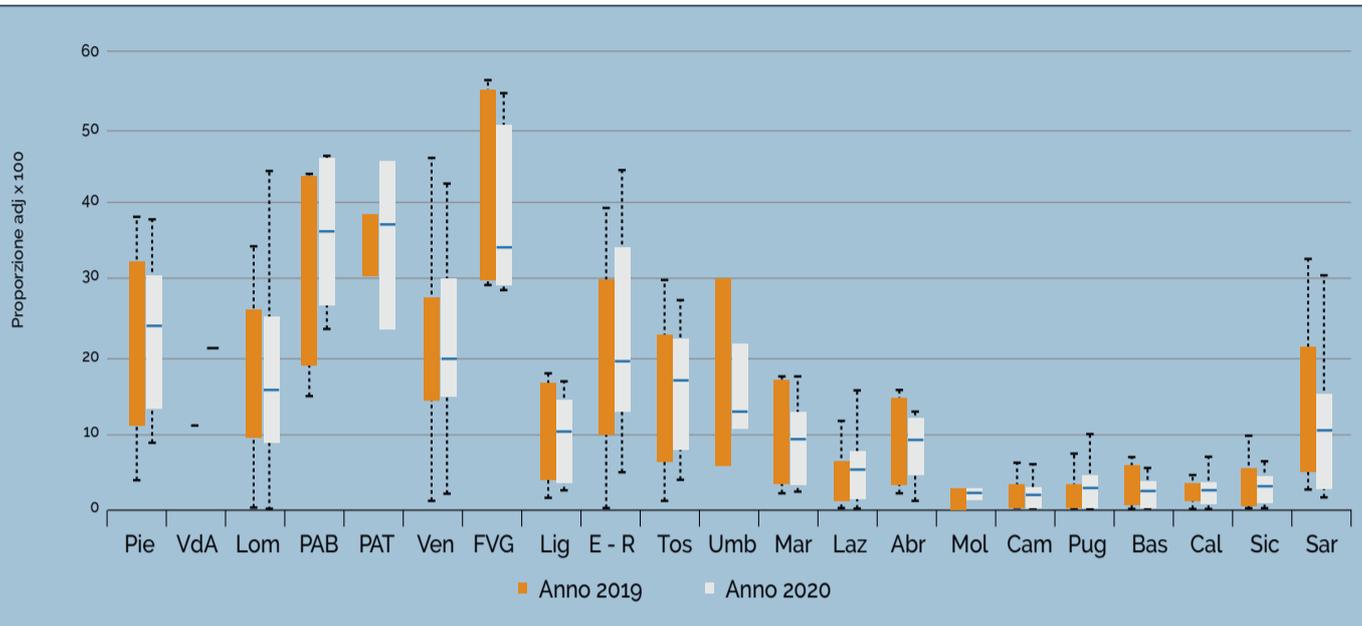
IN ITALIA, IL NUMERO DI PARTI si è progressivamente ridotto nel corso del tempo, passando da 484.743 del 2015 a 417.144 nel 2019 (-13,9% nel quinquennio). Una tendenza che non ha mostrato significative variazioni nel 2020, anno in cui sono state registrate 404.145 nascite, pari a 13 mila parti in meno rispetto al 2019 (-3,1%). A fronte della contrazione delle nascite, non si è verificata in questi anni una concentrazione in un numero inferiore di centri.

Benché il Dm 70 abbia fissato in mille nascite/anno il parametro standard cui tendere e in 500 nascite/anno la soglia minima per il mantenimento di punti nascita, la situazione appare ancora oggi particolarmente frammentata. Nel 2020, infatti, 141 dei 457 punti nascita non hanno superato la soglia dei 500 parti (per un valore corrispondente di casistica pari al 6,8%), mentre solo 148 si sono collocati oltre il parametro standard dei mille parti (coprendo il 63,2% del volume totale su base nazionale).

Un quadro che è rimasto sostanzialmente invariato, con piccoli scostamenti rispetto al 2019. Il 16,3% delle strutture al di sotto delle 500 nascite/anno si concentra nel Lazio, il 12,1% in Campania, il 9,9% sia in Sicilia che in Lombardia.

“ Le aree geografiche in cui è più alto il ricorso al parto chirurgico sono le stesse in cui è più bassa la proporzione di VBAC (Vaginal Birth After Cesarean), e questo determina ulteriore inappropriata clinica nell’assistenza al parto

Proporzioni di parti vaginali in donne con pregresso cesareo, per Regione/P.A.
Italia 2019-2020



PARTI CON TAGLIO CESAREO

NEANCHE LA PANDEMIA ha arrestato i parti cesarei. Nonostante il piccolissimo miglioramento registrato nel 2019 (22,1% rispetto al 23,6% nel 2015 e al 40% del 2000) nel 2020 le percentuali si sono inchiodate al 22% rimanendo ancora lontane dalla soglia del 10-15% indicato dall’Oms per garantire il massimo beneficio complessivo per la madre e per il bambino.

Peraltro, ricorda il Report “il Dm 70/2015 ha fissato la quota massima di tagli cesarei primari al 25% per le maternità con più di mille parti annui e al 15% per quelle con volumi inferiori. Se si escludono le strutture con meno di 500 parti/anno (di cui si prevedeva la chiusura già con l’Accordo Stato-Regioni del 2010 e che nella maggior parte dei casi sono interessate da un elevato ricorso al parto chirurgico), nel 2020 solo il 10,1% delle maternità con meno di mille parti e il 62,8% dei punti nascita con volumi superiori a mille presentano proporzioni in linea con il Dm 70.

Si rileva inoltre una marcata eterogeneità inter e intra-regionale. Ad esempio, in alcune regioni del Sud, accanto a valori mediani superiori agli standard, si segnalano ancora nel 2020 strutture con percentuali di taglio cesareo primario oltre il 40% (Sicilia e Calabria) o addirittura oltre il 60% (Campania).

PARTI VAGINALI IN DONNE CON PREGRESSO CESAREO

LA PROPORZIONE DI PARTI VAGINALI eseguiti in donne che hanno già partorito con taglio cesareo (i cosiddetti Vaginal Birth After Cesarean - VBAC) sono più frequenti in quelle strutture con più basse proporzioni di ricorso al cesareo primario: le maternità con più alte proporzioni di parto vaginale dopo cesareo tendono a riportare percentuali ridotte di parti chirurgici, a sottolineare la dimensione prettamente culturale del fenomeno. In Italia, la proporzione di VBAC è ancora complessivamente bassa e l’incremento nel tempo estremamente contenuto. I risultati del PNE mostrano come tale proporzione (mediana) sia aumentata da 4,5% nel 2015 a 5,7% nel 2019; nel 2020 si conferma una leggera tendenza all’aumento, con un valore pari a 6,0%.

Si registra inoltre una spiccata variabilità inter e intra-regionale. In particolare, un marcato gradiente Nord-Sud, con valori mediani pari o superiori al 20% in regioni quali Friuli, Trentino-Alto Adige, Piemonte, Veneto ed Emilia-Romagna, e valori al di sotto del 10% in molte regioni del Centro-Sud. Un dato che assume particolare rilevanza alla luce del trend inverso osservato per il ta-



glio cesareo: le aree geografiche in cui è più alto il ricorso a tale pratica chirurgica sono le stesse in cui è più bassa la proporzione di VBAC, e questo determina ulteriore inappropriata clinica nell’assistenza al parto.

CHIRURGIA ONCOLOGICA. TUMORE MALIGNO DELLA MAMMELLA

IL CARCINOMA MAMMARIO rappresenta circa il 30% di tutti i tumori e risulta essere la neoplasia più frequentemente diagnosticata, oltreché la prima causa di morte per tumore nelle donne in tutte le fasce di età.

Nel periodo pre-Covid si era evidenziato un lieve incremento del volume di ricoveri chirurgici per tumore maligno della mammella da 60.630 nel 2015 a 62.343 nel 2019 (+2,8%).

Nel 2020, si è verificata una riduzione dell’ospedalizzazione (56.057), pari al 10,1% in meno rispetto all’anno precedente. Se si tiene conto dell’andamento in atto prima della pandemia, questa riduzione corrisponde a circa 7 mila ricoveri in meno rispetto all’atteso. Nel biennio 2019-20. Si evidenzia una flessione a seguito della prima ondata di Covid-19, con un picco negativo ritardato rispetto all’inizio del lockdown, potenzialmente attribuibile a una battuta d’arresto nell’organizzazione dei sistemi screening e nei percorsi di accertamento diagnostico.

Il decremento è stato del 13,6% al Nord, del 4,8%

al Centro e del 6,3% al Sud e nelle Isole.

Per contro, non emergono significative differenze nel biennio 2019-2020 tra le strutture pubbliche e quelle private accreditate. Nel 2020, il numero di unità operative con volume di attività uguale o superiore a 135 interventi/anno (valore soglia) è risultato pari a 136 (erano 152 nel 2019); di queste, 120 hanno superato la soglia dei 150 interventi/anno. Il valore corrispondente di casistica oltre soglia DM 70/2015 è stato del 66,3% sul totale degli interventi effettuati a livello nazionale, in leggera diminuzione rispetto al 68,9% del 2019. Si segnala un numero consistente di strutture con casistiche al di sotto dei 50 interventi/anno. Nel PNE viene anche riportato il trend temporale relativo alla proporzione di interventi chirurgici per carcinoma mammario eseguiti in reparti con volumi di attività superiori a 135 interventi annui.

Nel corso degli ultimi anni si è registrato un progressivo incremento di tale proporzione, che è passata dal 61,7% nel 2015 al 72,1% nel 2019. Nel 2020, il valore è un po’ diminuito rispetto all’anno precedente, attestandosi al 70,4%.

Per quanto riguarda l’indicatore di esito “Reintervento entro 120 giorni da un intervento conservativo”, nel corso del tempo si è osservata una riduzione della proporzione di nuove resezioni, con valori mediani da 7,5% nel 2015 a 5,7% nel 2020. Si osserva, tuttavia, una certa disomogeneità inter-regionale e, in alcuni casi, anche una spiccata variabilità intra-regionale, con valori particolarmente elevati nella P.A. di Bolzano e in Basilicata.

-10,1%

RIDUZIONE DEI RICOVERI NEL 2020 RISPETTO AL 2019

-7.000

RICOVERI RISPETTO ALL’ATTESO



Segue da pag. 7

gistrata nell'anno precedente. Pesì inferiori ai 1500 grammi si osservano nello 0,9% dei nati, il 5,9% ha un peso compreso tra 1500 e 2499 grammi, l'87,6% ha un peso tra 2500 e 3999 ed il 5,5% supera i 4000 grammi di peso alla nascita; per il 2020 i nati a termine con peso inferiore ai 2500 grammi rappresentano circa il 2,8% dei casi.

Il 98,6% dei nati ha riportato, a livello nazionale, un punteggio Apgar da 7 a 10 e solo lo 0,70% dei neonati è risultato gravemente o moderatamente depresso.

L'analisi del punteggio Apgar in relazione al peso alla nascita, evidenzia che sono soprattutto i neonati con un peso inferiore ai 1500 grammi a far registrare un punteggio Apgar più sfavorevole.

La codifica della causa che ha determinato la natimortalità sembra essere molto difficoltosa anche perché quasi sempre il referto dell'esame autotico viene reso noto dopo i 10 giorni previsti per la compilazione del CeDAP.

Nel 2020 solo per il 42,9% dei 1.072 bambini nati morti è stata indicata la causa che ha determinato il decesso, nel 33,5% dei casi il motivo della morte non viene indicato e nel 23,6% dei casi viene indicata una causa errata o incompatibile con sesso e/o età.

Sono stati poi segnalati 5.001 casi di malformazioni riscontrabili al momento della nascita o nei primi 10 giorni di vita e per il 96,2% dei casi è stato indicato il tipo di malformazione. Tra le prime 10 malformazioni per frequenza dei casi figurano: anomalie del bulbo cardiaco e anomalie della chiusura del setto cardiaco; altre anomalie congenite del sistema nervoso; anomalie congenite degli organi genitali; altre anomalie congenite del tratto alimentare superiore e del sistema circolatorio; alcune malformazioni congenite del sistema muscoloscheletrico e altre anomalie congenite degli arti anomalie congenite del sistema urinario; palatoschisi e labioschisi e anomalie cromosomiche.

La Procreazione medicalmente assistita (Pma)

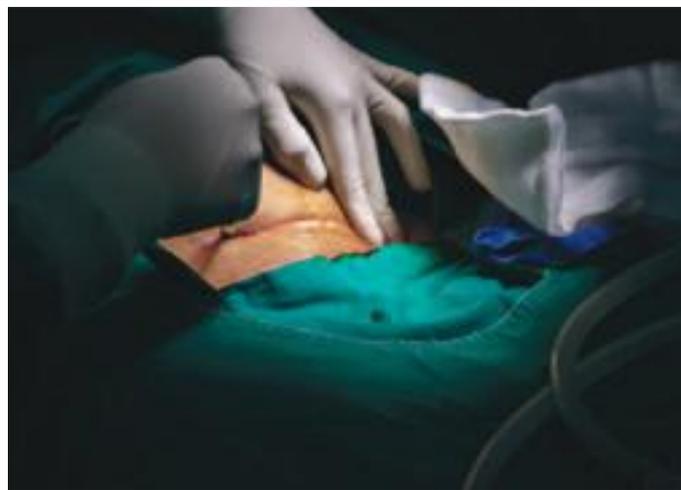
IL RICORSO AD UNA TECNICA di procreazione medicalmente assistita (Pma) risulta effettuato in media 3,2 gravidanze ogni 100 (12.863 nati). A livello nazionale circa il 13,7% dei parti con procreazione medicalmente assistita ha utilizzato trattamento farmacologico. La fecondazione in vitro con trasferimento di embrioni in utero riguarda il 40,4% dei casi mentre la fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma riguarda il 30,8% dei casi e il 4,9% il trasferimento dei gameti maschili in cavità uterina. L'utilizzo delle varie metodiche è molto variabile dal punto di vista territoriale. Nelle gravidanze con Pma il ricorso al taglio cesareo nel 2020 si è verificato nel 45,7% di casi. La percentuale di parti plurimi in gravidanze medicalmente assistite (10,4%) è sensibilmente superiore a quella registrata nel totale delle gravidanze (1,6%).

TABELLA 5
Distribuzione dei parti secondo la modalità del parto e la tipologia di struttura ospedaliera dove essi avvengono

Modalità del parto	Pubblico	Casa di cura		Totale parti in ospedale
		Accreditata	Privata	
Spontaneo	65,2	47,8	31,2	250.686
Cesareo	29,5	45,3	65,8	124.515
Altro	5,3	6,9	3,1	21.814
Totale	100,0	100,0	100,0	397.015

TABELLA 6
Percentuale di parti cesarei secondo la tipologia e la dimensione dei punti nascita

Classe di parti	% Parti con Taglio Cesareo			Totale
	Pubblica	Privata accreditata	Privata non accreditata	
0 - 499	34,12		65,75	33,68
500 - 799	30,19	50,62		32,16
800 - 999	28,88	48,89		32,22
1000 - 2499	28,76	45,58		30,94
2500 +	29,03	34,48		29,61
Totale	29,50	45,27	65,75	31,30



Confermata la tendenza degli anni precedenti, nell'anno 2020 il 63,47% dei parti avviene in modo spontaneo, il 31,12% con taglio cesareo, con notevoli differenze regionali che comunque evidenziano che in Italia vi è un ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica

L'OPUSCOLO INFORMATIVO DI ONDA

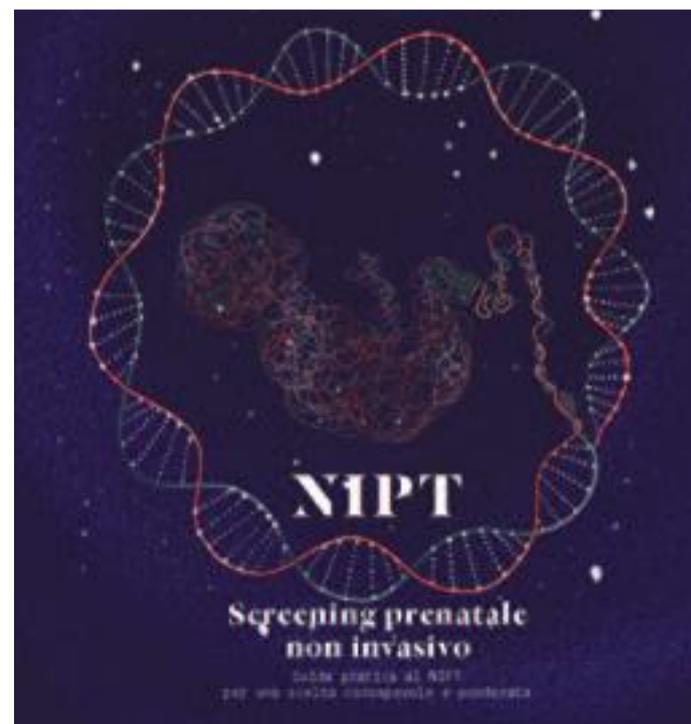
“Nipt, Guida pratica per una scelta consapevole e ponderata”

OGGI LE DONNE hanno a disposizione numerosi strumenti per monitorare nel tempo la crescita del feto, per intercettare precocemente anomalie.

Nel contesto della diagnosi precoce in totale sicurezza, i Nipt, i test prenatali non invasivi, rappresentano una valida opportunità per le neo mamme.

Per questo Onda, con il patrocinio di Aogoi, Sieog e Sigo ha dunque realizzato una brochure con l'obiettivo di dare alle donne uno strumento informativo che possa orientarle sui Nipt, a supporto delle indicazioni che verranno trasmesse dal medico di riferimento e delle diverse opzioni che saranno discusse.

“L'argomento è tecnico e molto complesso – spiega Onda – ma abbiamo cercato di semplificarlo il più possibile per renderlo facilmente accessibile, attraverso la formula domanda risposta, sottolineando l'importanza di una scelta non guidata dalle emozioni ma razionale e ponderata. Solo attraverso la conoscenza è possibile prendere decisioni in modo consapevole e responsabile, affrontando con maggior serenità la gravidanza”.



Un manifesto sociale contro la sofferenza

La Siaarti, la Sigo, l'Aogoi e altre 15 Società scientifiche e Associazioni firmano “Oltre il dolore”

**OLTRE IL DOLORE
MANIFESTO SOCIALE CONTRO LA SOFFERENZA**

**AZIONI NECESSARIE PER AFFERMARE
IL DIRITTO ALLA TERAPIA DEL DOLORE CRONICO**

- 1. ACCESSO ALLA TERAPIA DEL DOLORE: UN DIRITTO ESIGIBILE**
Le Società scientifiche e Associazioni aderenti al Manifesto sottolineano la necessità che l'accesso alla terapia del dolore cronico non oncologico sia considerato un diritto inalienabile ed esigibile dai cittadini italiani, vantaggioso per la società intera, assicurato dalla presenza di competenze specifiche dedicate, verso cui tutte le istituzioni sanitarie ed il SSN devono essere mobilitate.
- 2. UN DIRITTO DIFFUSO E OMOGENEO**
Le Società scientifiche e Associazioni rilevano la necessità di una diffusione completa, continua e senza differenziazione territoriale della terapia del dolore sul territorio nazionale, seguendo i dettami delle norme di riferimento richiamate nella Premessa Fondativa.
- 3. UN DIRITTO CORRETTAMENTE DIMENSIONATO**
Le Società scientifiche e Associazioni esprimono la necessità di sviluppare nel tempo dati certi di riferimento per definire il numero di centri di terapia del dolore necessari sul territorio nazionale e regionale in rapporto con il numero di abitanti, affinché sia soddisfatto il fabbisogno dei cittadini, mantenendo sempre aggiornato il censimento dei centri in rapporto con il numero dei pazienti seguiti e trattati.
- 4. UN DIRITTO SENZA ATTESE**
Le Società scientifiche e Associazioni sottolineano la necessità di assicurare che i Centri di terapia del dolore siano pienamente operativi e funzionanti, con organici competenti e completi, ed in grado di assicurare ai cittadini l'accesso omogeneo su tutto il territorio nazionale alle terapie ed alla loro continuità, abbattendo le liste di attesa, ed assicurando un'effettiva e corretto percorso di cura al paziente con dolore cronico non oncologico.
- 5. UN DIRITTO PER LE MAGGIORI FRAGILITÀ**
Le Società scientifiche e Associazioni rilevano la necessità che le fasce più fragili della popolazione abbiano certezza di accesso garantito, tempestivo, facilitato e continuo ai centri di terapia del dolore.
- 6. UN DIRITTO ASSICURATO DA COMPETENZE MULTIDISCIPLINARI SPECIFICHE**
Le Società scientifiche e Associazioni manifestano la necessità che tutte le professioni sanitarie coinvolte nella terapia del dolore siano incluse nei percorsi assistenziali garantiti ai cittadini-pazienti e ricevano una formazione di qualità, adeguata, continua, basata sulle evidenze.
- 7. UN DIRITTO BASATO SULLA RICERCA**
Le Società scientifiche e Associazioni esprimono la necessità che la ricerca in ambito algologico possa accedere in via preferenziale a fondi speciali per lo sviluppo di farmaci innovativi, in modo analogo a ciò che viene già realizzato in altri ambiti. Inoltre, si sottolinea la necessità che anche la ricerca indipendente sia favorita e sostenuta in modo prioritario dalle Agenzie nazionali.
- 8. UN DIRITTO SUPPORTATO DALLE TECNOLOGIE DIGITALI**
Le Società scientifiche e Associazioni pongono l'attenzione sulla necessità che le soluzioni a forte componente di innovazione tecnologica siano espressamente sviluppate nella gestione telemonitoraggio, teleconsulto e teleassistenza nell'ambito del dolore.
- 9. UN DIRITTO MONITORATO**
Le Società scientifiche e Associazioni sottolineano la necessità che le istituzioni, le agenzie centrali e regionali, le società scientifiche in collaborazione con le Associazioni dei pazienti si dotino di strumenti per verificare con continuità e precisione lo stato di implementazione della Legge 38/2010 e degli accordi successivi nell'ambito del dolore.
- 10. UN DIRITTO COMUNICATO**
Le Società scientifiche e Associazioni individuano ed esprime la necessità che i media nazionali e locali, tradizionali, digitali e social siano coinvolti nella diffusione corretta e continua dell'informazione sulla terapia del dolore, anche grazie al coinvolgimento diretto delle Associazioni dei pazienti e delle Organizzazioni civiche dei cittadini.

Con il supporto incondizionato di **GRUNENTHAL**

Con il patrocinio di **AOGOI**, **ONDA**, **ITALIA LONGEVA**, **SENIOR ITALIA**, **SID**, **SIGO**, **SIMP**, **SIMG**, **Sin**, **Sin-Reni**, **Siot**.

Dieci punti, dieci emergenze, dieci diritti non più rimandabili per garantire a tutti i cittadini il diritto di ricevere cure contro il dolore cronico. È questo l'obiettivo di “Oltre il dolore, Manifesto sociale contro la sofferenza”, promosso da Siaarti ma già sottoscritto da altre 17 tra società scientifiche ed associazioni (Aifi, Aisd, Aogoi, Cittadinanzattiva, Fondazione Onda, Italia Longeva, Senior Italia-Federanziani, Federdolore, Sid, Sige, Sigo, Sigot, Simfer, Simg, Sin, Sin-Reni, Siot).

“Un milione di italiani soffre oggi di dolore cronico severo e noi non possiamo accettare che le criticità nelle vite quotidiane di questi cittadini siano dimenticate – ha detto il presidente **Antonino Giarratano presentando il Manifesto – abbiamo deciso pertanto di presentare un Manifesto concentrato sul diritto irrinunciabile dei cittadini alla terapia del dolore, perché intendiamo, insieme a tante società scientifiche, alzare il livello di attenzione sociale, istituzionale e organizzativo verso una condizione diffusa e drammatica di sofferenza”.**

Le 10 azioni identificate nel Manifesto come “necessarie per affermare il diritto alla terapia del dolore cronico” vanno dalla formazione del personale alla comunicazione sulla terapia del dolore rivolta ai cittadini. Dalla terapia del dolore come diritto inalienabile all'istituzione dei Centri di terapia del dolore diffusi in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale, operativi e funzionanti, con organici competenti e completi. Dall'utilizzo di tecnologie digitali al supporto alla ricerca. Questi, in sintesi, i 10 punti:

- 1) accesso alla terapia del dolore: un diritto esigibile;
- 2) un diritto diffuso e omogeneo;
- 3) un diritto correttamente dimensionato;
- 4) un diritto senza attese;
- 5) un diritto per le maggiori fragilità;
- 6) un diritto assicurato da competenze multidisciplinari;
- 7) un diritto basato sulla ricerca;
- 8) un diritto supportato dalle tecnologie digitali;
- 9) un diritto monitorato;
- 10) un diritto comunicato.

“Credo che nel nostro lavoro sia davvero fondamentale l'attenzione ed il rispetto della persona. La terapia del dolore è un aspetto importante della cura e per questo Aogoi ha aderito con entusiasmo a questo documento che ci auguriamo sia attuato nelle varie realtà, anche in ginecologia ed ostetricia”, ha aggiunto la presidente di Aogoi **Elsa Viora.**

SINDROME DA BURNOUT

Il benessere dei medici tra vecchi problemi e nuove prospettive

IL DISAGIO SUL LUOGO DI LAVORO sta diventando sempre più un argomento dibattuto anche sui social e verso cui un pubblico sempre maggiore presta attenzione. Tra le tante criticità che il Covid ha fatto emergere vi è anche questa, e meno male...

È NOTA DA TEMPO la sindrome del burnout ma quello che forse non è altrettanto conosciuta è la sua diffusione che coinvolge molti più medici di quanto possiamo pensare.

CREDO SIA VENUTO IL MOMENTO di occuparci anche noi di questo problema: iniziamo con questo articolo che riprende un interessante lavoro pubblicato recentemente su una autorevole rivista scientifica quale il *New England Journal of Medicine* e continueremo con una survey rivolta ai colleghi ed alle colleghe Aogoi.

Elsa Viora



LA SINDROME DA BURNOUT AFFONDA LE SUE RADICI IN UN PASSATO LONTANO...

La sindrome da burnout, osservata inizialmente in operatori di un reparto di igiene mentale, si riteneva colpisse esclusivamente figure professionali coinvolte nelle relazioni d'aiuto (medici, psicologi, infermieri), ma successivamente si è osservata anche in altre figure professionali, caratterizzate da ruoli a contatto con persone disagiate, come assistenti sociali, educatori, insegnanti, forze dell'ordine. Il termine "burnout", che significa *bruciato, esaurito*, è stato introdotto negli anni 70 da due psicologi, Herbert Freudenberger (di origine tedesca) e Christina Maslach (di origine Californiana), che ha descritto nel modo seguente le tre fasi caratterizzanti la **sindrome da burnout**:

- 1 Esaurimento emotivo
- 2 Depersonalizzazione, cinismo
- 3 Ridotta efficienza lavorativa.

I sintomi più comunemente associati alla sindrome sono ansia, depressione, frustrazione, aumento del rischio suicidario e di Disturbo Post-traumatico da Stress (PTSD)².

Nel 2019 la sindrome da burnout è stata inserita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms), fra i "problemi correlati con la sfera lavorativa", nella classificazione generale delle malattie e dei disturbi (ICD, 5° edizione, 11° revisione), facendo propri i tre parametri individuati dalla Dr.ssa Maslach². La letteratura scientifica è ricca di lavori pubblicati sul problema del burnout dei medici e delle altre figure professionali in ambito sanitario, **esacerbato in questi due anni di pandemia. Secondo una recente pubblicazione comparso su NEJM³, **il benessere e l'integrità psico-emozionale dei medici ha radici profonde e riconosce 3 elementi distintivi caratteristici**:**

- 1 Eccezionalismo medico
- 2 Medicalizzazione
- 3 Responsabilità individuale del medico.

Lo spirito di sacrificio e la dedizione alla professione devono essere compatibili con il benessere del professionista e non devono implicare l'annullamento della persona. Questo è uno dei principali fattori di rischio di burnout. Spesso la professione medica viene idealizzata e percepita come una "missione" dai giovani che iniziano il percorso di studi e questo porta inevitabilmente, nello svolgimento dell'attività, a delusione, senso di impotenza e frustrazione, fino a quell'esaurimento emozionale e distacco caratteristici del burnout³.

IMPATTO DEL COVID SUL BURNOUT²

Alcuni studi hanno dimostrato che l'impatto del Covid in termini di maggiore vulnerabilità al burnout, si è manifestato paradossalmente con me-

no intensità nei professionisti impegnati in prima linea in Pronto Soccorso, mentre era più evidente nei professionisti impegnati in attività mediche ambulatoriali ordinarie. Secondo gli autori, il motivo di questa differenza era la sensazione di avere un **controllo diretto sul virus per gli operatori dei Pronto Soccorso**.

La medicina ambulatoriale e preventiva ha subito degli stop forzati, inoltre i pazienti, per timore dei contagi, non si sono più sottoposti ai regolari controlli. Le disposizioni per la sicurezza (distanziamento, mascherine) e la burocrazia hanno reso tutto più complicato. Seguire ad esempio una donna in gravidanza è diventata un'impresa. Probabilmente questi fattori hanno avuto un impatto determinante nei medici specialisti e nei medici di base. **Sostanzialmente il Covid ha avuto un impatto indiretto notevole sulla medicina e sui pazienti "non Covid"**.

Noi tutti speriamo di tornare prima possibile "alla vecchia normalità", quella vera. Tuttavia è bene trarre da questa dolorosa esperienza gli insegnamenti per migliorare il benessere e la salute dei medici, perché questo si ripercuote sulla qualità dell'assistenza dei pazienti. Speriamo di dimenticare un giorno la qualità di vita in tempo di pandemia, ma è bene non dimenticare che il problema del burnout professionale c'era già prima e se non si provvede ad una soluzione, rimarrà anche dopo.

RACCOMANDAZIONI PER LA PREVENZIONE DELLA SINDROME DA BURNOUT⁴:

- 1 Organizzazione di programmi di prevenzione del burnout da parte delle istituzioni
- 2 Rendere l'ambiente di lavoro sicuro e confortevole
- 3 Organizzare linee telefoniche di supporto da parte di professionisti esperti in salute mentale per gli operatori sanitari
- 4 Organizzare programmi di supporto per professionisti e familiari
- 5 Organizzare programmi di training già negli anni di formazione universitaria su come prevenire la sindrome e riconoscere i primi sintomi
- 6 Parlare con i colleghi e condividere eventuali disagi emotivi
- 7 Approfondire le differenze di genere nella presentazione della sindrome

CONCLUSIONI

Riconoscere e non sottovalutare lo stress lavoro-correlato, così come intervenire alla comparsa dei primi segnali di disagio fisico ed emotivo, sono fondamentali per il mantenimento del benessere dei professionisti della salute. La tenuta del nostro sistema sanitario e la possibilità che tutti i pazienti possano ricevere cure adeguate dipendono soprattutto da questo.

FONTI

1. Maslach, C.; Jackson, S.E.; Leiter, M.P. Maslach Burnout Inventory Manual, 3rd ed.; Consulting Psychologists Press: Palo Alto, CA, USA, 1996.
2. Raudenska J, et al. Occupational burnout syndrome and posttraumatic stress among healthcare professionals during the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. 2020; 34 : 553e560.
3. Arnold-Forster A, et al. Obstacles to Physicians' Emotional Health — Lessons from History. *NEJM*. 2022; 386:1.
4. Amanullah S, et al. The Impact of COVID-19 on Physician Burnout Globally: A Review. *Healthcare* 2020, 8, 421

Ostacolo	Ragioni della persistenza	Conseguenze	Esempi di soluzioni strutturali
Eccezionalismo medico La convinzione di essere investiti di un ruolo e di una missione ritenuti eccezionali e straordinari.	Conferisce prestigio sociale e retribuzione elevata.	Determina aspettative istituzionali di annullamento di sé che possono celare <i>malpractice</i> .	<ul style="list-style-type: none"> Includere nella formazione la presa di consapevolezza dei diritti e delle responsabilità sul luogo di lavoro. Ridurre il carico di lavoro e il numero di ore dei turni, assicurando un adeguato ricambio di personale.
Medicalizzazione Considerare come malati i medici con problemi di salute mentale o abuso di sostanze	Legittima la sofferenza ed rende disponibile una cura.	Stigmatizzazione e sanzioni	<ul style="list-style-type: none"> Eliminare la stigmatizzazione e la discriminazione Offrire supporto personalizzato come parte del servizio all'interno degli ospedali o dei servizi territoriali.
Responsabilità individuale Considerare i medici personalmente obbligati a mantenere il proprio benessere.	Richiede pochi cambiamenti delle condizioni lavorative o favorisce interventi a basso costo.	Conferisce responsabilità individuale e non alle istituzioni.	<ul style="list-style-type: none"> Implementare interventi finalizzati a spostare il carico della responsabilità sulle istituzioni. Migliorare le condizioni del luogo di lavoro, considerare prioritaria la salute del medico, allo stesso modo di quella dei pazienti, perché un medico in buona salute fisica e psicologica garantisce una qualità di cura migliore.



ENDOMETRIOSI

Terapia chirurgica a tutte le donne?

Sommario Nella casistica di un centro di riferimento, mediamente il 10-13% delle pazienti che accedono ad una visita ambulatoriale specialistica per endometriosi viene sottoposta ad intervento chirurgico (casistica Irccs Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria non pubblicata). Il cardine del trattamento sintomatologico dell'endometriosi è la terapia medica (terapia ormonale) o la condotta d'attesa, che riguarda quindi la fetta restante (90-87%) delle pazienti

INDICAZIONI ASSOLUTE ALLA CHIRURGIA

LO SPECIALISTA IN ENDOMETRIOSI pone indicazione all'approccio chirurgico solo in caso di fallimento della terapia medica o idiosincrasia/controindicazione assoluta alla terapia ormonale in donna sintomatica. Vi sono però delle indicazioni nelle quali il trattamento chirurgico risulta imprescindibile.

1 STENOSI (RESTRINGIMENTO) DEGLI URETERI CON

RISCHIO DI SOFFERENZA RENALE e rischio, a lungo termine, di perdere la funzionalità di un rene. In tali situazioni l'intervento chirurgico *gold standard*, ove la funzionalità renale non sia già compromessa, è l'ureterocistoneostomia laparoscopica (o, qualora possibile, l'ureterolisi o la resezione e anastomosi ureterale) consensuale all'asportazione radicale dell'endometriosi profonda (a cui spesso è necessario associare la parametrectomia, essendo il tunnel ureterale infiltrato dalla patologia stenosante). L'intervento di reimpianto, in caso di stenosi ureterale, è indicato, anche in assenza di sintomatologia dolorosa, al fine di evitare la nefrectomia, che comunque risulta necessaria in una piccola fetta di pazienti (26 totali nella nostra casistica)

2 **STENOSI INTESTINALE SINTOMATICA** a livello del retto-sigma: quando il restringimento supera il 60% il rischio di occlusione è alto; quando supera l'80-90% il rischio di occlusione è altissimo. In alcuni casi, condizioni di stenosi intestinale non occlusiva possono essere asinto-

matiche ed essere seguite nel tempo con controlli periodici e terapie mediche, soprassedendo ad intervento chirurgico immediato (talora anche in caso di stenosi superiore al 60%). In caso di intervento, il *gold standard* è rappresentato dalla resezione intestinale segmentaria con tecnica *nerve-sparing*, al fine di preservare le funzioni rettali, vescicali e sessuali della paziente.

3 CISTI OVARICA, CON CARATTERI SOSPETTI PER TUMORE MALIGNO:

in tali pazienti l'eradicazione dell'endometriosi può essere parte di un intervento di stadiazione/riduzione del tumore concomitante che si rende necessario per allungare l'aspettativa di vita della donna, eventualmente con tecniche "fertility sparing", qualora possibili e se è presente desiderio di maternità.

In tutti gli altri casi (vedi oltre), l'indicazione alla terapia chirurgica va personalizzata sulla singola paziente in base alla storia della stessa, all'efficacia/controindicazioni/fallimento della terapia medica, al desiderio di prole, all'età, ai precedenti eventuali tentativi di concepimento spontaneo e/o assistito.

TRATTAMENTI PERSONALIZZATI CONSERVATIVI O NON RADICALI PER ENDOMETRIOSI PROFONDA

L'APPROCCIO LAPAROSCOPICO (ossia mini-invasivo) all'endometriosi è ormai universalmente accettato come "*Gold Standard*" (trattamento di scel-



MARCELLO CECCARONI
Direttore Dipartimento per la tutela della salute e della qualità di vita della donna, Irccs Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria, Negrar di Valpolicella (Verona)

ENDOMETRIOSI



L'indicazione alla terapia chirurgica va personalizzata sulla singola paziente in base alla storia della stessa, all'efficacia/controindicazioni/fallimento della terapia medica, al desiderio di prole, all'età, ai precedenti eventuali tentativi di concepimento spontaneo e/o assistito



ta) e deve consistere nell'asportazione radicale di tutte le lesioni presenti. Vi è però sempre più spazio, nell'ottica di una personalizzazione del trattamento, per una tipologia di chirurgia "conservativa" o addirittura "non radicale" dell'endometriosi ma risolutiva per la sintomatologia della donna.

In assenza di stenosi intestinale sintomatica, con noduli residui di diametro inferiore ai 3cm il trattamento chirurgico dell'endometriosi intestinale può prevedere lo shaving, condotto sino alla *muscularis externa* o *interna* del viscere, o la resezione discoide. Entrambi i trattamenti, anche nella nostra casistica, si sono rivelati ugualmente efficaci nella risoluzione della sintomatologia ed hanno riportato tassi di recidiva sovrapponibili alla resezione segmentaria, con complicanze maggiori significativamente meno incidenti. È ovvio che però la fetta di pazienti che può beneficiare di trattamenti conservativi sul sigma-retto è inversamente proporzionale alla percentuale di pazienti con stenosi o sub-stenosi del viscere, che raggiunge il 38% in un centro di riferimento di III livello. È perciò cruciale una diagnosi precoce ed un *imaging* preciso per poter mappare prima dell'atto chirurgico le localizzazioni intestinali.

La decisione di condurre una chirurgia non radicale può invece verificarsi quando non vi è una diagnosi preoperatoria di tali localizzazioni (falsi negativi agli esami diagnostici) e di conseguenza nessun assenso a tali procedure, dato dalla paziente. Altre condizioni in cui può verificarsi l'asportazione incompleta può essere quando la paziente, seppur consapevole della loro presenza, non accetta (nel corso di un adeguato e dettagliato counselling pre-operatorio e di una analisi del consenso informato) i rischi specifici correlati alla rimozione di quelle localizzazioni o quando in sede di intervento il chirurgo giudichi troppo alti per la paziente i rischi correlati ad una asportazione della specifica localizzazione.

Vi sono tuttavia casi in cui è il chirurgo a proporre un trattamento non radicale in quanto i rischi della chirurgia superano i benefici. Un esempio paradigmatico è rappresentato da una donna in

perimenopausa con lesione intestinale non stenotante e non sintomatica, in presenza di altre localizzazioni (retrocervice, ovarica). In tal caso, se la paziente è sintomatica, ma con sintomatologia intestinale non sub-occlusiva, si può proporre un intervento laparoscopico un intervento modulato, riducendo l'invasività sul sigma-retto ed evitando una resezione segmentaria. La porzione residua di nodulo intestinale, in assenza di stimolo ormonale prodotto dall'ovaio, resterà asintomatica e si potranno evitare alla donna i rischi di complicanze maggiori o i rischi disfunzionali post-operatori, che, seppur temporanei, sono correlati ad una resezione di sigma-retto.

Conclusioni

La chirurgia per endometriosi va comunque ritagliata e personalizzata con un approccio "patient oriented" e non "lesion oriented": il trattamento deve essere orientato al problema della paziente e della coppia e individualizzato in rapporto a diverse variabili come l'estensione della malattia, il rischio di danno agli organi coinvolti, l'entità dei sintomi, la qualità di vita della paziente, l'anamnesi chirurgica, l'anamnesi ostetrica, il desiderio di gravidanza, il rischio di trasformazione maligna ma soprattutto l'accettazione del rischio chirurgico e delle complicanze che tali interventi possono arrecare.

BIBLIOGRAFIA

Ballester M, Belghiti J, Zilberman S, Thomin A, Bonneau C, Bazot M,

Thomassin-Naggara I, Daraï E. Surgical and clinical impact of extraperitoneal pelvic fascia removal in segmental colorectal resection for endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2014 Nov-Dec;21(6):1041-8. doi: 10.1016/j.jmig.2014.04.018. PubMed PMID: 24858943.

Ballester M, Dubernard G, Wafo E, Bellon L, Amarenco G, Belghiti J, Daraï E. Evaluation of urinary dysfunction by urodynamic tests, electromyography and quality of life questionnaire before and after surgery for deep infiltrating

endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014 Aug;179:135-40. doi: 10.1016/j.ejogrb.2014.05.041. Epub 2014 Jun 5. PubMed PMID: 24965994.

Ballester M, Chereau E, Dubernard G, Coutant C, Bazot M, Daraï E. Urinary dysfunction after colorectal resection for endometriosis: results of a prospective randomized trial comparing laparoscopy to open surgery. *Am J Obstet Gynecol.* 2011 Apr;204(4):303.e1-6. doi: 10.1016/j.ajog.2010.11.011. PubMed PMID: 21256472.

Busacca M, Vignali M.

Endometrioma excision and ovarian reserve: a dangerous relation.

J Minim Invasive Gynecol. 2009 Mar-Apr;16(2):142-8. doi: 10.1016/j.jmig.2008.12.013. Review.

Busacca M, Riparini J, Somigliana E, Oggioni G, Izzo S, Vignali M, Candiani M. Postsurgical ovarian failure after laparoscopic excision of bilateral endometriomas. *Am J Obstet Gynecol.* 2006 Aug;195(2):421-5.

Ceccaroni M, Bounous VE, Clarizia R, Mautone D, Mabrouk M. Recurrent endometriosis: a battle against an unknown enemy. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2019 Dec;24(6):464-474. doi: 10.1080/13625187.2019.1662391. Epub 2019 Sep 25. PMID: 31550940.

Ceccaroni M, Clarizia R, Roviglione G. Nerve-sparing Surgery for Deep Infiltrating Endometriosis: Laparoscopic Eradication of Deep Infiltrating Endometriosis with Rectal and Parametrial Resection According to the Negrar Method. *J Minim Invasive Gynecol.* 2020 Feb;27(2):263-264. doi: 10.1016/j.jmig.2019.09.002. Epub 2019 Sep 10. PMID: 31518711.

Ceccaroni M, Ceccarello M, Caleffi G, Clarizia R, Scarperi S, Pastorello M, Molinari A, Ruffo G, Cavalleri S. Total Laparoscopic Ureteroneocystostomy for Ureteral Endometriosis: A Single-Center Experience of 160 Consecutive Patients. *J Minim Invasive Gynecol.* 2019 Jan;26(1):78-86. doi: 10.1016/j.jmig.2018.03.031. Epub 2018 Apr 12. PMID: 29656149.

Ceccaroni M, Clarizia R, Ceccarello M, De Mitri P, Roviglione G, Mautone D, Caleffi G, Molinari A, Ruffo G, Cavalleri S. Total laparoscopic bladder resection in the management of deep endometriosis: «take it or leave it.» Radicality versus persistence. *Int Urogynecol J.* 2020 Aug;31(8):1683-1690. doi: 10.1007/s00192-019-04107-4. Epub 2019 Sep 7. PMID: 31494691.

Ceccaroni M, Roviglione G, Giampaolino P, Clarizia R, Bruni F, Ruffo G, Patrelli TS, De Placido G, Minelli L. Laparoscopic surgical treatment of diaphragmatic endometriosis: a 7-year single-institution retrospective review. *Surg Endosc.* 2013 Feb;27(2):625-32. doi: 10.1007/s00464-012-2505-z. Epub 2012 Sep 6. PMID: 22955897.

Ceccaroni M, Roviglione G, Farulla A, Bertoglio P, Clarizia R, Viti A, Mautone D, Ceccarello M, Stepniewska A, Terzi AC. Minimally invasive treatment of diaphragmatic endometriosis: a 15-year single referral center's experience on 215 patients. *Surg Endosc.* 2021 Dec;35(12):6807-6817. doi: 10.1007/s00464-020-08186-z. Epub 2021 Jan 4. Erratum in: *Surg Endosc.* 2021 Jan 13; PMID: 33398589.

Ceccaroni M, Ceccarello M, Clarizia R, Fusco E, Roviglione G, Mautone D, Cavallero C, Orlandi S, Rossini R, Barugola G, Ruffo G. Nerve-sparing laparoscopic disc excision of deep endometriosis involving the bowel: a single-center experience on 371 consecutive cases. *Surg Endosc.* 2021 Nov;35(11):5991-6000. doi: 10.1007/s00464-020-08084-4. Epub 2020 Oct 14. PMID: 33052528.

Ceccaroni M, Clarizia R, Liverani S, Donati A, Ceccarello M, Manzone M, Roviglione G, Ferrero S. Dienogest vs GnRH agonists as postoperative therapy after laparoscopic eradication of deep infiltrating endometriosis with bowel and parametrial surgery: a randomized controlled trial. *Gynecol Endocrinol.* 2021 Oct;37(10):930-933. doi: 10.1080/09513590.2021.1929151. Epub 2021 May 26. PMID: 34036845.

Chapron C, Pierre F, Harchaoui Y, Lacroix S, Béguin S, Querleu D, Lansac J, Dubuisson JB. Gastrointestinal injuries during gynaecological laparoscopy.

Hum Reprod. 1999 Feb;14(2):333-7

Chapron C, Querleu D, Bruhat MA, Madelenat P, Fernandez H, Pierre F, Dubuisson JB. Surgical complications of diagnostic and operative gynaecological laparoscopy: a series of 29,966 cases.

Hum Reprod. 1998 Apr;13(4):867-72

Ferrero S, Stablini C, Barra F, Clarizia R, Roviglione G, Ceccaroni M. Bowel resection for intestinal endometriosis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2021 Mar;71:114-128. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2020.05.008. Epub 2020 Jun 9. PMID: 32665125.



Caro Gyneco,

il contenzioso civile nell'ambito della responsabilità medica è sempre stato una delle grandi criticità della nostra professione. Tant'è che la cosiddetta legge Gelli-Bianco è intervenuta in tal senso. A distanza di quasi quattro anni dalla sua approvazione ha realmente portato ad una riduzione di questo fenomeno contro i medici ed in particolare i ginecologi?

Lettera firmata, Messina

Gentile Associato,

come noto la legge di Riforma Gelli-Bianco (l. 8 marzo 2017 n. 24) ha rivisitato la materia della responsabilità sanitaria, precedentemente disciplinata dalla legge Balduzzi (d.l. 13 settembre 2012, n. 158, convertito nella l. 8 novembre 2012 n. 189), con il dichiarato obiettivo di ridurre il contenzioso nell'ambito della responsabilità medica e di tutelare le ragioni del personale sanitario, spesso arbitrariamente esposto ad azioni strumentali.

Uno degli strumenti cui ha fatto ricorso la legge 24/2017 è il procedimento di conciliazione preventiva ex art. 696 bis Codice di procedura civile (c.p.c) attraverso cui si dà corso ad un giudizio tecnico di natura preventiva sui fatti descritti dalla parte danneggiata a carico del presunto danneggiante. Con esso si dovrebbe tendere a contenere i tempi del giudizio (che per legge non dovrebbero essere superiori a mesi sei) limitando la partecipazione ai soli soggetti coinvolti dal danneggiato e, al più, consentendo l'estensione della causa alla compagnia di assicurazione, in ipotesi di polizza di responsabilità civile.

Venendo ai numeri del contenzioso medico legale debbo confessarle che la risposta alla Sua domanda non è certo semplice e omogenea per il territorio nazionale.

C'è un sostanziale calo del contenzioso civile in generale.

Se si leggono le statistiche che emergono dalle relazioni annuali di inaugurazione del trascorso an-

no giudiziario 2021 parrebbe rinvenirsi un utilizzo decisamente più ampio del procedimento 696 bis c.p.c in ambito medico, sintomo che la riforma parrebbe aver centrato l'obiettivo; ciò, nella stragrande maggioranza dei casi, ha consentito una individuazione in modo più rapido di azioni infondate ovvero, alternativamente, di contenziosi sui quali si è potuto intervenire preventivamente evitando il radicarsi di un giudizio più lungo.

Il ricorso al procedimento di conciliazione preventiva art.696 bis c.p.c nei confronti del medico parrebbe senz'altro preferito alla mediazione, metodo alternativo comunque previsto dalla legge per la soluzione stragiudiziale della vertenza.

Il sistema giustizia parrebbe registrare pertanto un incremento del contenzioso di tale tipologia.

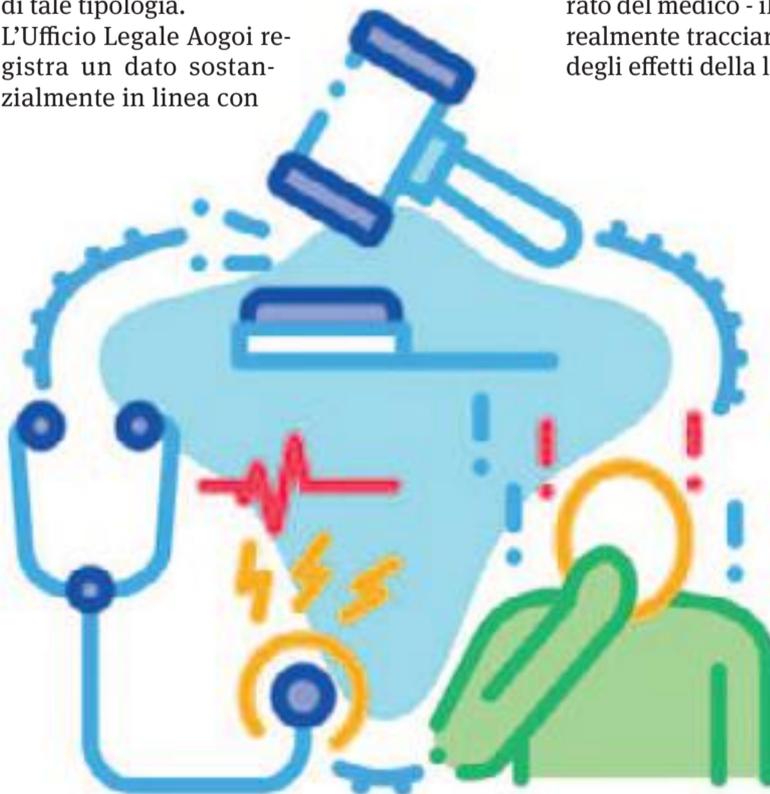
L'Ufficio Legale Aogoi registra un dato sostanzialmente in linea con

quanto sopra. Tale informazione è riscontrata dall'Ufficio Legale Aogoi anche indirettamente, ossia attraverso le comunicazioni informative che l'azienda datrice di lavoro invia al dipendente per informarlo circa la pendenza di un giudizio attinente il suo operato.

Gli associati infatti coinvolgono l'Ufficio Legale Aogoi anche per la gestione dei rapporti con la propria azienda in situazioni del genere per poter coadiuvare l'azione di difesa della struttura con specifiche competenze.

Ad ogni modo mi permetto di formulare la seguente considerazione. La riforma Gelli copre i fatti accaduti successivamente alla sua entrata in vigore (aprile 2017). Ciò significa che - considerata la prescrizione quinquennale che riguarda l'operato del medico - il primo semestre 2022 potrebbe realmente tracciare un quadro ancor più preciso degli effetti della legge sul consenso *med-mal*.

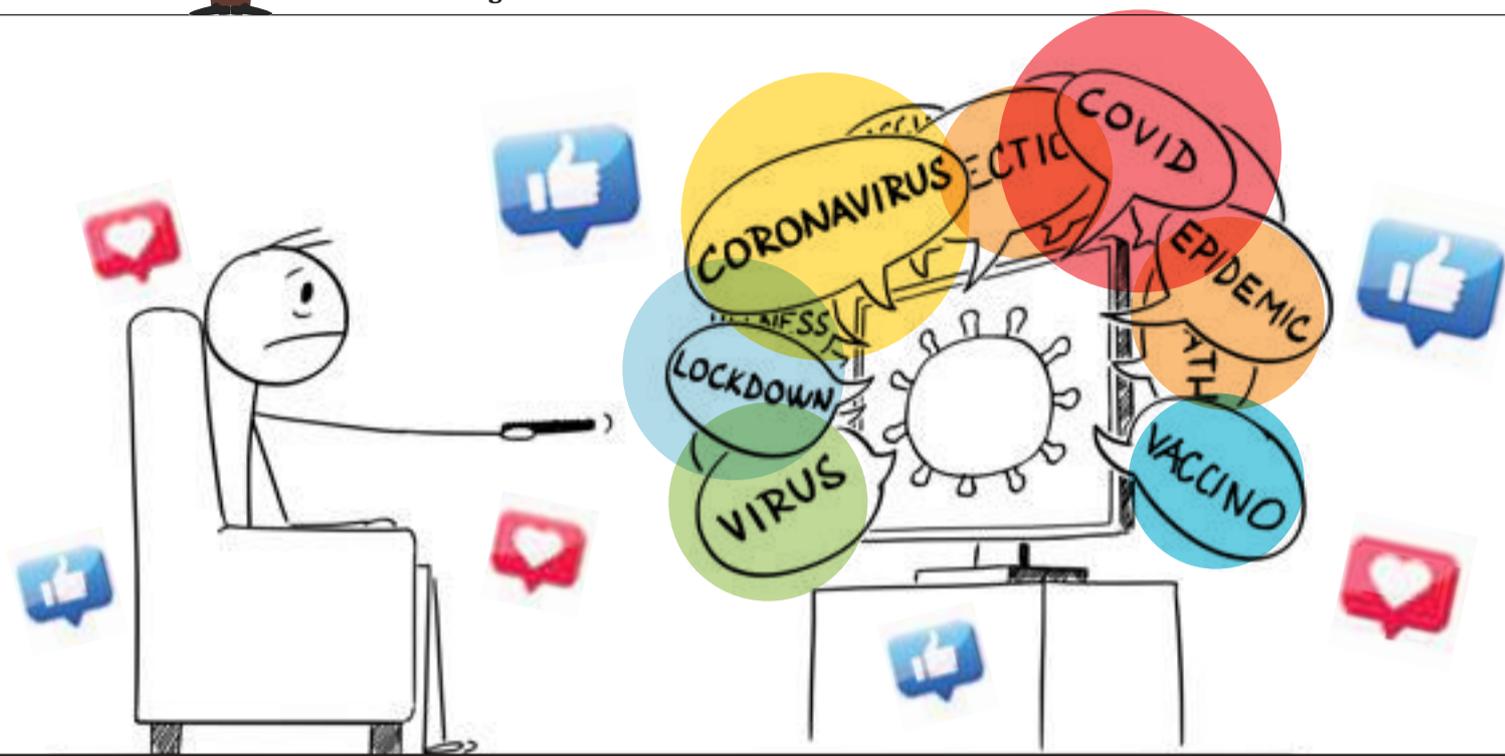
Avv. Sabino Laudadio
Ufficio Legale AOGOI





SOTTO LALENTE

di Carlo Maria Stigliano



Infodemia

Dalla Treccani: "Infodemia s.f. dall'inglese Infodemic, a sua volta composto da info(rmation) ('informazione') ed (epi)demic ('epidemia'): circolazione di una quantità eccessiva di informazioni, talvolta non vagliate con accuratezza, che rendono difficile orientarsi su un determinato argomento per la difficoltà di individuare fonti affidabili"

PER DUE ANNI siamo stati quotidianamente bombardati da un'infinità di comunicazioni e dati sulla pandemia da Covid-19; non c'è stato momento in cui sui canali televisivi, sui social, sulla carta stampata, sui WhatsApp e persino sui manifesti siamo stati inondati da notizie sull'andamento della viremia e su fondamentali indicazioni su come comportarci, sulle possibili (ipotetiche) evoluzioni. Tanti esperti - o etichettati come tali - ci hanno sciorinato dati più o meno documentati e fornito spiegazioni che in realtà contraddicevano ciò che su un altro canale televisivo un omologo del 'luminare' andava elucubrando. Infodemia! Sembrerebbe una nuova malattia probabilmente ancor più pericolosa di quella causata dal Covid. Ne siamo colpiti praticamente tutti e francamente non ne possiamo più. "Professore, qual è la sua opinione"? Opinione? Qual è la realtà scientificamente basata, si dovrebbe chiedere! E invece tutti a pontificare, a dire la loro, a consigliare, inveire persino litigare con il collega o con chiunque in quel momento esponga una differente posizione. E dopo poco tempo le carte si rimescolano e ciascuno dei soloni afferma con sussiego tutt'altra "verità", dimentico di quanto sostenuto in precedenza. E quindi si formano addirittura le fazioni tra "rigoristi" e "aperturisti", tra pessimisti e ottimisti, con inevitabile strascico di polemiche ad arte fomentate dai giornalisti interessati alla rissa da studio televisivo al fine esclusivamente di aumentare l'audience, perché si sa che lo scatenarsi delle pulsioni aumenta la presenza di telespettatori. E non diciamo dei politici che hanno addirittura tentato di piegare le vicende della pandemia alle esigenze di posizionamento della loro parte politica, come se il Covid avesse una tessera di partito. "Circolazione di una quantità eccessiva di informazioni, talvolta non vagliate con accuratezza...". È questo il problema: la necessità di produrre comunque informazione, la fame di notizie, il bisogno di essere tenuti al corrente momento

per momento e in sostanza di sentirsi "connesso", genera questo mostro nella comunicazione. L'infodemia, appunto. Gli stessi (pochi, in verità) in grado di fornire effettivamente informazioni serie e scientificamente documentate vengono sommersi da pseudo esperti tuttologi ad uso e consumo degli addetti alla comunicazione; e se gli scienziati (veri) esprimono i dubbi (reali) della Scienza, ci si consola con le 'certezze' dei presunti 'esperti' lieti di comparire in un talk show o di leggere il proprio nome su qualche mezzo di comunicazione.

Purtroppo anche gli scienziati quando offrono la loro presenza si sentono lusingati dal momento di celebrità non rendendosi conto che il loro contributo vale soltanto se riescono a comunicarlo con abilità e magari "bucando" lo schermo. Le migliori imitazioni di un famoso comico non hanno forse celebrato (e ridicolizzato) le comparsate di seri professionisti trascinati (e spesso trafitti) nell'agone mediatico da giornalisti smaliziati?

Quel che conta in effetti non è ciò che si comunica ma il come e con quale capacità espressiva, in buona sostanza con quante entrate in pubblicità annessa si riesca a produrre. Siamo dunque al delirio dei "like". Mi piace, condivido e quindi contribuisco a rafforzare questa 'verità' che il più delle volte di scientifico non ha nulla.

Ma tant'è: l'importante è raccogliere consenso (pubblicità) e fornire notizie in continuazione, anche se magari in sovrapposizione. E meglio se sparandola grossa!

Purtroppo questa indigestione di notizie, questo continuo bombardamento di informazioni per altro non necessariamente fondate è causa di ansia nelle persone e genera inevitabilmente uno stato di malessere con conseguente delegittimazione della scienza. Questa è metodo, è ricerca, è - cartesianamente - dubbio. E questo genera ulteriore ricerca, sperimentazione, acquisizione continua di dati attraverso la verifica e l'aggiornamento.

Oggi invece è invalsa la comunicazione fine a sé stessa: non vale ciò che si comunica ma 'come' lo si fa; è più importante fornire notizie sensazionali, che fanno rumore e quindi stimolano l'audience piuttosto che verificare la fondatezza delle informazioni fornite.

La carta stampata aveva più tempo per verificare la fondatezza di una notizia, la TV e i social sono istantanei e quindi l'immediatezza del risultato celebra esclusivamente la rapidità e la forma comunicativa non la sostanza dell'informazione.

Ciò rappresenta un grande pericolo: quando la scienza diviene oggetto di scelte viscerali, quando anche una pandemia come quella attuale diviene oggetto di schieramenti intrinseci di fanatismo si genera un corto circuito mediatico in conseguenza del quale la verità scientifica viene offuscata e confusa dai pregiudizi ideologici, politici, personali.

La scienza non ha bisogno di like! Stiamo attenti quando ci porgono un microfono e ci inquadrano una telecamera oppure scriviamo un post: siamo persone di scienza e abbiamo il dovere di rispettare quanto la scienza ci insegna senza indulgere nel compiacimento della nostra temporanea ed effimera notorietà. I professionisti della comunicazione, i giornalisti, dovrebbero porre più attenzione a questo corto circuito tra scienza e media.

L'infodemia potrebbe essere la patologia (assai grave) del futuro: la scienza non prevede tifosi; richiede soltanto rispetto piuttosto che star di bella presenza e dalla parlantina facile.



CARLO MARIA STIGLIANO

PIZETA[®]
P H A R M A S p.A.

*al centro della nostra attenzione,
il vostro benessere!*

LINEA
Iside
STUDIATA PER LEI

Dalla ricerca Pizeta Pharma,
nasce una linea specificatamente
studiata per preservare il
benessere vaginale e contrastare
efficacemente le infezioni
batteriche, micotiche e virali



dispositivo medico classe IIa
IN OVULI VAGINALI

**PREVENZIONE E TRATTAMENTO
DELLE LESIONI INDOTTE DA HPV**



integratore alimentare
IN CAPSULE ORALI

**10 MILIARDI DI PROBIOTICI
PER L'EQUILIBRIO DEL MICROBIOTA
INTESTINALE E URO-VAGINALE**



dispositivo medico classe IIa
IN CAPSULE VAGINALI

**TRATTAMENTO DELLE INFEZIONI
BATTERICHE E MICOTICHE URO-VAGINALI
E PROFILASSI DELLE RECIDIVE**



FOLLOW US ON



GSE[®] INTIMO

Ama il tuo essere donna

Una linea naturale e sicura per il benessere del microbiota vaginale e intestinale

- ✓ Azione sinergica di prebiotici, probiotici e postbiotici
- ✓ Con **GSEvolved[®]**
Natura d'avanguardia



Indicata per il trattamento delle problematiche intime e dei sintomi correlati:
prurito, bruciore, dolore, gonfiore, arrossamento e secchezza