

**AOGOI**

Organo Ufficiale dell'Associazione  
Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

- 5 Oms: "Il Vaccino Hpv funziona"
- 8 Rapporto Eurostat  
In Europa nel 2020 si è interrotta  
la crescita della popolazione
- 18 Carlo Sbiroli  
Ruolo degli estrogeni  
nel cervello della donna che invecchia
- 26 Focus sulla consulenza tecnica d'ufficio  
e sulla Perizia

# Gyneco Aogoi

NUMERO 3 - 2022

*Evento nascita*

**L'IMPORTANZA  
DELLE PRIME  
6 SETTIMANE  
DOPO IL PARTO**

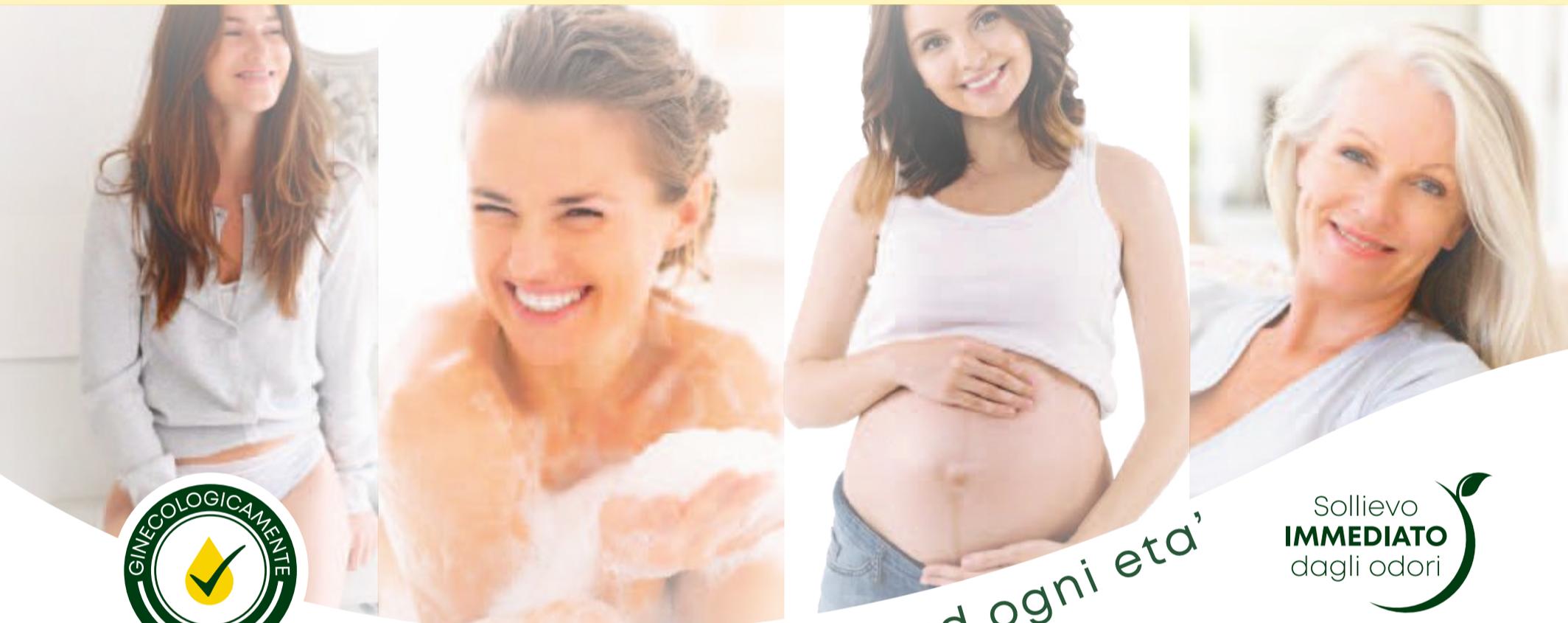
**DALL'OMS  
63 RACCOMANDAZIONI**



**Dermolivo®**  
PROTEZIONE INTIMA

**Gel Vaginale**

RIEPITELIZZANTE • ANTINFETTIVO • IDRATANTE



Protezione Intima ad ogni età'

Sollievo  
**IMMEDIATO**  
dagli odori



**Lattoferrina - L.Casei T.**  
**L.Acidophilus T. - Vitamina E**

Previene le infezioni ripristinando  
la flora lattobacillare

Idrata e lubrifica  
l'ambiente vulvo-vaginale



5x Applicatori  
vaginali pre-dosati

**CE**  
Dispositivo medico

segui



Dermolivo

solo in Farmacia  
e Parafarmacia

**Accademia**  
**Dermatologica**



info@dermolivo.it | www.dermolivo.it

www.accademiadermatologica.it



#### IN QUESTO MOMENTO STORICO

così complesso, fortemente influenzato prima dalla pandemia e poi dalla guerra, la tentazione è quella di chiuderci in noi stessi, nella nostra piccola realtà quotidiana quasi a voler lasciare fuori tutti i problemi.

**IN QUESTO NUMERO** di *Gyneco* abbiamo quindi voluto dare una visione il più ampia possibile alle news internazionali e di casa nostra in ambito sanitario.

Iniziamo con le notizie dal mondo con le raccomandazioni che Oms ci fornisce sulle prime sei settimane dopo il parto che sappiamo essere fondamentali.

**SEMPRE DALL'OMS** Europa arrivano i dati sul vaccino anti-Hpv: il vaccino funziona e in Inghilterra, tra i primi Paesi a introdurlo, i tumori come dimostra uno studio pubblicato su *Lancet* sono stati quasi eliminati tra le donne vaccinate, mentre in Italia c'è ancora molto da fare.

**PASSIAMO POI** ai dati sulle nascite sia europei (Eurostat) che italiani (Istat). Nel 2020 in Europa la crescita della popolazione si è interrotta e l'arresto maggiore si è avuto proprio nel nostro Paese: se continua così, secondo recenti stime, nel 2080 saremo meno di 53 milioni.

**DAL CENTRO NAZIONALE SANGUE** arrivano invece dati confortanti che riportano un aumento, seppure lieve, delle donazioni del sangue cordonale, tuttavia non dobbiamo abbassare la guardia in quanto, avverte il Cns, la percentuale di sangue cordonale donato è ancora troppo bassa. Questo è quindi un tema su cui è fondamentale diffondere una corretta informazione e sul quale Aogoi si è impegnata nel Progetto "Bimbo dona, papà dona", che tratteremo nel prossimo numero di *Gyneco*.

**SEMPRE IN ITALIA** è stato pubblicato uno studio dell'Istituto Superiore di Sanità sul consumo di farmaci da cui emergono importanti differenze fra le donne italiane e le straniere, e ancora dall'Istituto Superiore di Sanità arriva un nuovo protocollo sulla sorveglianza della antibiotico-resistenza.

**E POI MOLTO ALTRO ANCORA**, la medicina di genere e Alzheimer (anche qui le donne sono penalizzate), la necessità di informare sui danni del tabacco in generale ed in gravidanza ancora di più, come redigere in modo corretto una consulenza tecnica, l'intervento di Sigo sui Drg...

*Un numero ricco di dati, di informazioni, da leggere con attenzione e su cui riflettere*



**ELSA VIORA**  
Presidente Aogoi

# Buona lettura!

**Gyneco  
Aogoi**

Organo Ufficiale  
dell'Associazione Ostetrici  
Ginecologi Ospedalieri Italiani



Numero 3 - 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:  
maggio 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



## DALL'OMS ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ

### L'Oms e l'evento nascita

# L'importanza delle prime 6 settimane dopo il parto. Dall'Oms 63 raccomandazioni per operatori e genitori



**In tutto il mondo, attualmente, più di 3 donne e bambini su 10 non ricevono assistenza postnatale nei primi giorni dopo la nascita, il periodo in cui si verifica la maggior parte dei decessi materni e infantili**

**BEN 63 RACCOMANDAZIONI**, di cui 31 inedite o aggiornate rispetto a quelle già note. Sono arrivate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità le sue prime linee guida globali a sostegno delle donne e dei neonati nel periodo postnatale, le prime sei settimane dopo la nascita.

“Questo periodo postnatale – sottolinea l'Oms – è un momento critico durante il quale è importante attuare interventi idonei e appropriati per garantire la sopravvivenza neonatale e materna e per sostenere un sano sviluppo del bambino, nonché il recupero e il benessere psicofisico generale della madre”.

In tutto il mondo, attualmente, più di 3 donne e bambini su 10 non ricevono assistenza postnatale nei primi giorni dopo la nascita, il periodo in cui si verifica la maggior parte dei decessi materni e infantili. Nel frattempo, le conseguenze fisiche ed emotive del parto - dalle ferite al dolore e al trauma ricorrente - possono essere debilitanti se non gestite, ma spesso sono altamente curabili quando vengono fornite le cure giuste al momento giusto.

“Il bisogno di maternità e assistenza neonatale di qualità non si ferma una volta nato un bambino – ha affermato Anshu Banerjee, Direttore della Salute e dell'invecchiamento materno, neonatale, infantile e dell'adolescenza presso l'Oms – in effetti la nascita di un bambino è un momento che cam-

bia la vita, legato all'amore, alla speranza e all'eccitazione, ma può anche causare stress e ansia senza precedenti. I genitori hanno bisogno di solidi sistemi sanitari e di supporto, in particolare le donne, i cui bisogni vengono troppo spesso trascurati quando nasce il bambino”.

Oltre ad affrontare i problemi di salute immediati, queste prime settimane dopo la nascita sono cruciali per costruire relazioni e stabilire comportamenti che influiscono sullo sviluppo e sulla salute del bambino a lungo termine.

Le linee guida includono quindi raccomandazioni per la consulenza sull'allattamento al seno - per aiutare l'attaccamento e il posizionamento quando viene stabilito l'allattamento al seno - e per supportare i genitori nel fornire cure reattive ai loro neonati.

Sono oltre 60 raccomandazioni che aiutano a plasmare un'esperienza postnatale positiva per donne, bambini e famiglie. Tra queste:

■ **ASSICURARE** assistenza di alta qualità nelle strutture sanitarie per tutte le donne e i bambini per almeno 24 ore dopo la nascita, con un minimo di tre controlli postnatali aggiuntivi nelle prime sei settimane. Questi contatti aggiuntivi dovrebbero includere, se possibile, visite domiciliari, in modo che l'operatore sanitario possa supportare il passaggio all'assistenza domiciliare. In caso di parto in casa, il primo con-

tatto postnatale dovrebbe avvenire il prima possibile e non oltre 24 ore dopo il parto;

- **AZIONI** per identificare e rispondere ai segnali di pericolo che richiedono cure mediche urgenti nella donna o nel bambino;
- **GARANTIRE** trattamento, supporto e consulenza per favorire il recupero e gestire i problemi comuni che le donne possono sperimentare dopo il parto, come dolore perineale e ingorgo mammario;
- **SCREENING** di tutti i neonati per anomalie oculari e problemi di udito, nonché programmi di vaccinazione alla nascita;
- **SUPPORTO** per aiutare le famiglie a interagire e rispondere ai segnali dei bambini, fornendo loro uno stretto contatto, calore e comfort;
- **CONSULENZA** esclusiva sull'allattamento al seno, accesso alla contraccezione postnatale e promozione della salute, anche per l'attività fisica;
- **INCORAGGIARE** il coinvolgimento del partner, partecipando ad esempio alle visite di controllo, fornendo supporto alla donna e curando il neonato;
- **SCREENING** per depressione e ansia materna postnatale, con servizi di riferimento e gestione ove necessario.

Le raccomandazioni descrivono inoltre in dettaglio la durata minima della degenza ospedaliera dopo la nascita e forniscono indicazioni sui criteri di dimissione. In proposito l'Oms sottolinea però che il tempo necessario dipenderà dalle singole donne e bambini, dal contesto sociale, dall'esperienza del parto e da eventuali problemi di salute.

Ulteriori visite sanitarie postnatali sono raccomandate per donne sane e neonati tra le 48 e le 72 ore, tra i sette e i 14 giorni e durante la sesta settimana dopo la nascita. Se vengono identificati rischi per la salute, saranno probabilmente necessari più contatti, con un trattamento potenzialmente necessario ben oltre le prime sei settimane. “Le prove dimostrano che le donne e le loro famiglie desiderano e hanno bisogno di un'esperienza postnatale positiva che le aiuti a superare le immense sfide fisiche ed emotive che si verificano dopo la nascita dei loro bambini, rafforzando al contempo la loro fiducia come genitori” ha affermato Mercedes Bonet, ufficiale medico dell'Oms Dipartimento di salute e ricerca sessuale e riproduttiva e Programma speciale delle Nazioni Unite, HRP.

“Servizi postnatali dedicati – ha aggiunto – dovrebbero fornire un supporto vitale per la salute fisica e mentale, mentre aiutano i caregiver a prosperare fornendo la giusta assistenza ai loro neonati”.

## L'Oms e il vaccino Hpv

# In Inghilterra quasi eliminati i tumori tra le donne vaccinate. Ma in Italia le vaccinazioni sono in calo



**I VACCINI CONTRO** il papillomavirus umano (Hpv) hanno debuttato 15 anni fa e i risultati sono più che positivi. Gli studi clinici hanno infatti provato fin dall'inizio la sicurezza e l'efficacia di questi vaccini. Non solo, quei Paesi che hanno raggiunto tassi elevati di copertura vaccinale contro l'Hpv hanno già dimostrato l'impatto della vaccinazione nel mondo reale, con riduzioni significative delle infezioni da Hpv, delle lesioni cervicali precancerose (CIN) e delle verruche genitali, quest'ultime sia nelle femmine che nei maschi.

È quanto sottolinea Oms Europa che riprende i nuovi dati provenienti da uno dei primi Paesi della regione europea a introdurre la vaccinazione Hpv e pubblicati su Lancet. In Inghilterra, Regno Unito, i ricercatori hanno infatti scoperto che il programma di immunizzazione Hpv ha quasi eliminato il cancro cervicale nelle donne nate dal 1° settembre 1995 (che sono state vaccinate all'età di 12-13 anni) e che anche l'incidenza tra queste donne di CIN in fase avanzata (grado 3) che potrebbe successivamente trasformarsi in cancro è stata significativamente ridotta.

**LO STUDIO OSSERVAZIONALE PUBBLICATO SU LANCET** (Volume 398, ISSUE 10316, P2084-2092, December 04, 2021) ha utilizzato i dati di un totale di 13,7 milioni di anni di follow-up di donne di età

compresa tra 20 e meno di 30 anni. La riduzione relativa stimata dei tassi di cancro cervicale per età al momento dell'offerta del vaccino era del 34% (IC 95% 25-41) per la fascia di età 16-18 anni (anno scolastico '12-'13), 62% (52 - 71) per la fascia di età 14-16 anni (anno scolastico '10-'11) e 87% (72- 94) per le ragazze tra 12-13 anni, rispetto alla coorte di riferimento non vaccinata. Le riduzioni del rischio per CIN3 sono state del 39% (95% CI 36-41) per le ragazze tra 16-18 anni, del 75% (72-77) per quelle 14-16 anni e del 97% (96-98) per le ragazze tra 12-13 anni. È stato stimato che entro il 30 giugno 2019 ci sono stati 448 (339-556) casi di cancro cervicale in meno del previsto e 17.235 (15.919-18.552) casi di CIN3 in meno del previsto nelle coorti vaccinate in Inghilterra.

**NON C'È TEMPO DA PERDERE.** Nella regione, ricorda Oms Europa, a più di 66mila donne viene diagnosticato un cancro del collo dell'utero e più di 30mila muoiono ogni anno. Considerando l'ottimo profilo di sicurezza dei vaccini Hpv e l'elevato impatto dimostrato, è urgente che tutte le ragazze di ogni paese abbiano facile accesso a questa protezione. Nell'ultimo decennio, la Regione ha ampliato l'accesso ai vaccini Hpv e la diffusione è in aumento. I vaccini sono ora offerti di routine alle ragazze (e in alcuni paesi anche ai ra-

gazzi) di età compresa tra i 9 e 14 anni in 38 dei 53 paesi della Regione. Nel 2019-2020, 20 paesi hanno vaccinato oltre il 50% delle ragazze adolescenti prese di mira e 8 paesi sono stati in grado di raggiungere l'80%. La vaccinazione tempestiva prima che ogni coorte incontri il virus è la chiave per prevenirne la successiva diffusione.

**ELIMINAZIONE DEL CANCRO CERVICALE.** I risultati dall'Inghilterra ribadiscono quindi che il cancro cervicale è una malattia prevenibile, sottolinea Oms Europa, che rimarca come la malattia sia anche curabile se rilevata precocemente e adeguatamente trattata. In collaborazione con i partner, Oms Europa sta sviluppando la "Roadmap per accelerare l'eliminazione del cancro cervicale come problema di salute pubblica nella regione europea dell'Oms 2022-2030". Nella road map verrà delineato un percorso basato su un accesso universale ed equo alla vaccinazione Hpv, insieme a screening appropriati del cancro cervicale, diagnosi tempestive e cure di qualità insieme a cure palliative per tutte le donne.

**LA SITUAZIONE IN ITALIA.** I dati delle coperture vaccinali (ciclo completo) 2020, sia per le femmine che per i maschi, mostrano un significativo calo rispetto a quelle riferite al 2019. Un decremento delle coperture da attribuire principalmente alle difficoltà organizzative dovute alla gestione della pandemia (vedi Gyneco 2/2021). La copertura vaccinale media per Hpv nelle ragazze è al di sotto della soglia ottimale prevista dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (95% nel dodicesimo anno di vita). Anche a livello regionale, nessuna Regione/PP.AA. raggiunge il 95% in nessuna delle coorti prese in esame. Le coperture relative al 2020 per il ciclo completo per le ragazze raggiungono un valore massimo dell'81,89% per la coorte 2004 (regione Umbria), dell'82,69% per la coorte 2005 (Regione Umbria), dell'81,03% per la coorte 2006 (Regione Emilia Romagna), del 76,62% per la coorte 2007 (Regione Emilia Romagna) e del 61,71% per la coorte 2008 (P.A. di Trento).

## DEMOGRAFIA / 1

# RAPPORTO NASCITE

# ISTAT



## Mai nascite così basse: 399 mila nel 2021. Il Covid ha causato 59 mila decessi

**NEL 2021** si registrano sempre meno residenti in Italia. Al 1° gennaio 2022, secondo i primi dati provvisori, la popolazione scende a 58 milioni 983 mila unità (-253 mila rispetto al 2021). Nell'anno si riscontrano 709 mila decessi, il 4,2% in meno sul 2020 con un tasso per abitante pari al 12 per mille, circa 59 mila decessi sono dovuti a mortalità da e con Covid-19. Al contrario si registra un nuovo record negativo per le nascite che scendono a 399 mila. Nel 2021 la speranza di vita alla nascita è stimata in 80,1 anni per gli uomini e in 84,7 anni per le donne. Senza distinzione di genere risulta pari a 82,4 anni. Le stime, pertanto, mostrano un recupero rispetto al 2020, quantificabile in 4 mesi di vita in più per gli uomini e in circa 3 per le donne. Rispetto al periodo pre-pandemico, tuttavia, il gap rimane sostanziale. Il numero medio di figli per donna si attesta nel 2021 a 1,25 figli per donna, dunque in lieve rialzo rispetto all'1,24 del 2020, nonostante l'ulteriore declino delle nascite.

Sono questi alcuni dei dati dei nuovi indicatori demografici 2021 pubblicati dall'Istat.

### LA PANDEMIA ALLENTA MA NON RIMUOVE LA MORSA SULLE COMPONENTI DEMOGRAFICHE

Il 2021 restituisce un quadro complessivo nel quale la pandemia continua a esercitare effetti sul comportamento demografico, per quanto non al livello dell'anno precedente. Sulla componente più diretta, quella della mortalità, nell'anno si riscontrano 709 mila decessi, il 4,2% in meno sul 2020 con un tasso per abitante pari al 12 per mille. Di tali decessi, circa 59 mila sono dovuti a mortalità da e con Covid-19, come accertato dal Sistema di Sorveglianza Nazionale integrata coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

### NUMERO MEDIO DI FIGLI PER DONNA

1,25

2021

1,24

2020

La progressiva riduzione delle misure nei confronti della mobilità ha permesso un sostanziale rialzo delle migrazioni sia con l'estero sia tra Comuni. Le iscrizioni dall'estero sono state 286 mila, registrando un rialzo del 15,7% sul 2020. Le cancellazioni per l'estero, in totale 129 mila, subiscono invece una frenata del 19% sull'anno precedente, cosicché il saldo migratorio netto risultante perviene nel 2021 al livello di +157 mila (2,7 per mille), ossia a un livello analogo a quello rilevato nel 2019 quando della pandemia non vi era ancora traccia.

Un ambito che ancor più marcatamente segna la prosecuzione delle tendenze regressive in corso è quello della natalità. Con 399 mila neonati, l'anno 2021 certifica l'ennesimo traguardo storico del record di minore natalità mai registrato nella Storia d'Italia. D'altra parte, poiché le intenzioni riproduttive delle coppie manifestatesi nel 2021 hanno per lo più avuto corso nel 2020, alla più che

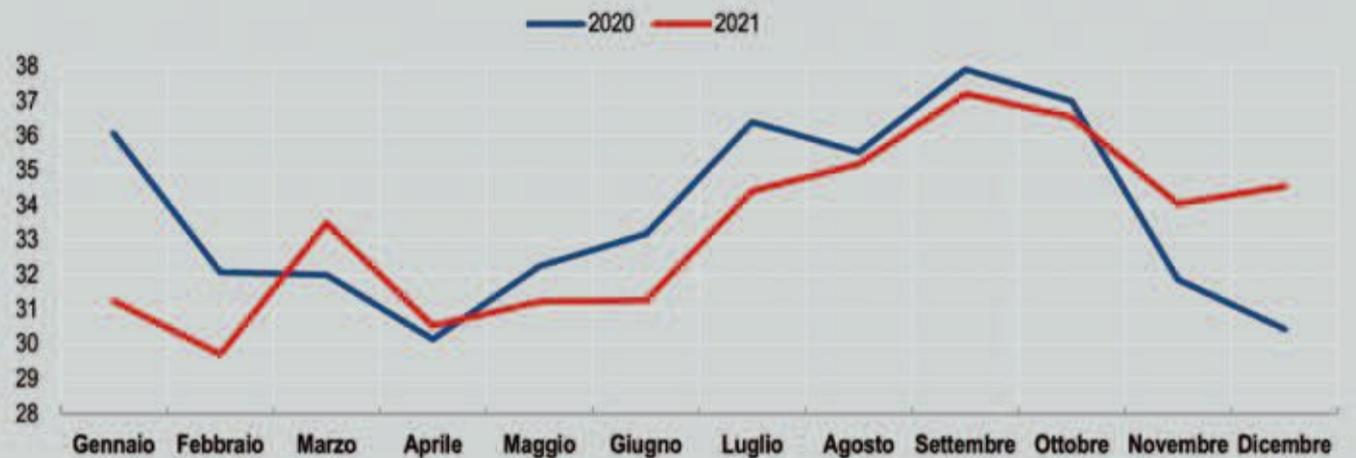
consolidata questione nazionale della bassa fecondità si sono associati gli effetti del lockdown, generando ancora più incertezza nelle scelte di pianificazione familiare.

I fattori pandemici combinati alle questioni demografiche nazionali di lungo corso, tra le quali soprattutto quella del perdurante mantenimento della fecondità su valori minimi, hanno così determinato anche nel 2021 un livello molto negativo del saldo naturale. Dopo la cifra record di -335 mila unità del 2020, nel 2021 si è passati a -309 mila facendo così apparire un flebile ricordo, era il 2006, l'ultima volta in cui nascite e decessi erano in sostanziale equilibrio.

In tale contesto, i flussi migratori netti con l'estero, pur tornati ampiamente positivi nel 2021, sono ancora lontani dal poter controbilanciare la perdita di popolazione dovuta a cause naturali, così come avveniva nel primo decennio degli anni 2000 e nella prima parte del secondo fino a tut-

**FIGURA 4. NASCITE PER MESE**

Anni 2020-2021, valori in migliaia.



Fonte: Istat, Censimento della popolazione (2020) e Bilancio demografico annuale (2021, dati provvisori).

**FIGURA 3. PRINCIPALI INDICATORI DI FECONDITA' PER REGIONE**

Anno 2021, stima, numero medio di figli per donna ed età media al parto (in anni e decimi di anno).



Fonte: Istat, Sistema di nowcasting per indicatori demografici.

to il 2013 incluso. A margine del quadro nazionale, ma con effetti sostanziali, il comportamento demografico emerso nel 2021 comporta, sotto diversi profili, anche una crescita delle disegualianze territoriali.

#### SPERANZA DI VITA IN PARZIALE RECUPERO MA AMPIA DISOMOGENEITÀ SUL TERRITORIO

Nel 2021 la speranza di vita alla nascita è stimata in 80,1 anni per gli uomini e in 84,7 anni per le donne. Senza distinzione di genere risulta pari a 82,4 anni. Le stime, pertanto, mostrano un recupero rispetto al 2020, quantificabile in 4 mesi di vita in più per gli uomini e in circa 3 per le donne. Rispetto al periodo pre-pandemico, tuttavia, il gap rimane sostanziale. Nel confronto con il dato del 2019, per esempio, gli uomini subiscono una perdita in termini di speranza di vita alla nascita di 11 mesi, le donne di 7. Nel Nord la speranza di vita alla nascita, senza distinzione di genere, risulta pari a 82,9 anni, recuperando quindi 11 mesi di sopravvivenza sul 2020. Ne resterebbero da recuperare 7 per assorbire il divario anche sul 2019. Peraltro, in alcune regioni settentrionali il recupero raggiunto in un solo anno è notevole; ad esempio in Lombardia dove, grazie a una speranza di vita alla nascita totale di 83,1 anni, si recuperano ben 20 dei 27 mesi perduti. Fa eccezione il Friuli-Venezia Giulia con una speranza di vita alla nascita totale che scende di ulteriori 6 mesi in aggiunta ai 10 già persi nel 2020. Nessuna regione del Centro evidenzia margini di miglioramento nel corso del 2021. Al contrario, con 82,8 anni di speranza di vita totale, questa ripartizione consegue una perdita di un ulteriore mese di vita in aggiunta ai 7 già perduti nel 2020.

#### L'ECCESSO DI MORTALITÀ SI TRASFERISCE NEL MEZZOGIORNO

Nel 2021 si riscontra un aumento dell'eterogeneità territoriale, sotto forma di crescita delle distanze di sopravvivenza tra Nord e Mezzogiorno. In quest'ultima ripartizione, infatti, la speranza di vita alla nascita totale scende a 81,3 anni, evidenziando una perdita di 6 mesi che vanno a cumularsi ai 7 mesi ceduti nel 2020.

Una spiegazione possibile del fenomeno riguarda i tempi di propagazione della pandemia. La prima ondata del 2020 ha colpito soprattutto il Nord mentre il Mezzogiorno è stato maggiormente coinvolto solo a partire dalla seconda, ossia nell'ultima parte dell'anno. Cosicché è verosimile che le persone più fragili residenti al Nord abbiano pagato il prezzo della vita prevalentemente nel 2020, quelle del Mezzogiorno nel 2021, con la terza e quarta ondata.

Sotto tale punto di vista è esemplare il caso di molte province del Nord-ovest, le più colpite dalla prima ondata pandemica, che nel 2021 conseguono straordinari recuperi di sopravvivenza. La provincia di Bergamo, ad esempio, recupera nel 2021 ben 43 dei 44 mesi di speranza di vita ceduti nel 2020, così come Cremona (37 su 44), Piacenza (31 su 39) e Lodi (31 su 44). Al contrario, molte realtà del Mezzogiorno che nel 2020 sono state minimamente o affatto toccate dalla pandemia, nel 2021 arretrano di molte posizioni. Illuminante è il caso della provincia di Agrigento, che al mese di vita guadagnato nel 2020 se ne vede sottrarre 19 nel 2021, al pari di quella di Caltanissetta che a un risultato positivo di 2 mesi in più contrappone una perdita di 14 mesi l'anno successivo. Non mancano nemmeno situazioni nelle quali a un

quadro critico già emerso nel 2020 si assiste a un peggioramento l'anno dopo. Ad esempio, la provincia di Campobasso, con 15 mesi persi nel 2021 in aggiunta agli 11 già ceduti l'anno prima, e la provincia di Enna con 13 mesi di perdita in aggiunta agli 11 lasciati nel 2020. Un'ulteriore chiave di lettura di questi andamenti è connessa al tasso di vaccinazione. Secondo i dati messi a disposizione dal Commissario straordinario per l'emergenza Covid-19 sulla somministrazione dei vaccini, risulta che al 31 dicembre 2021 l'86,7% della popolazione vaccinabile avrebbe ricevuto almeno una dose, l'83,3% anche una seconda (o un richiamo dopo la prima infezione) e, infine, il 36,2% la dose addizionale booster.

Il tasso di vaccinazione sul territorio, tuttavia, risulta diversificato soprattutto con riferimento alle seconde e terze dosi. Nel Nord il tasso di vaccinazione per seconde dosi è dell'84,2% a fronte dell'81,6% nel Mezzogiorno. Per la dose booster il Mezzogiorno si ferma al 33% mentre il Nord è al 37,9%. Su base regionale quest'ultimo indicatore presenta valori relativamente più bassi in Sicilia (25,9%) e Calabria (30%). Tra le regioni del Nord, il fatto che nel Friuli-Venezia Giulia la speranza di vita si sia ulteriormente ridotta nel corso del 2021 può essere posto in relazione al fatto che in tale regione si riscontri un tasso di vaccinazione più contenuto con riferimento alla terza dose (33%).

#### L'ECCESSO DI MORTALITÀ INTERESSA PIÙ GLI UOMINI E GLI ANZIANI

Secondo il Sistema di Sorveglianza Nazionale integrata dell'ISS, nel corso del 2021 sono stati re-

**SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA NEL 2021**

**80,1**

UOMINI

**84,7**

DONNE

## DEMOGRAFIA / 2

# RAPPORTO NASCITE EUROSTAT



## In Europa sempre meno figli e il tasso di fertilità scende all'1,5

Italia terz'ultima con 1,24 nati per donna e il 23,4% delle neo mamme è nato fuori dal nostro Paese

I dati certificano un totale di 4,07 milioni di nuovi nati nel 2020 confermando una tendenza decrescente osservata dal 2008. Nel 2020 lo Stato membro dell'UE con il tasso di fertilità totale più elevato è stato la Francia (1,83 nati vivi per donna), seguita dalla Romania (1,80), dalla Cechia (1,71) e dalla Danimarca (1,68). Al contrario, i tassi di fertilità più bassi sono stati osservati a Malta (1,13 nascite per donna), in Spagna (1,19) e in Italia (1,24)

### TASSI DI FERTILITÀ PIÙ ALTI

**1,83**

FRANCIA

**1,71**

CECHIA

**1,80**

ROMANIA

**1,68**

DANIMARCA

### TASSI DI FERTILITÀ PIÙ BASSI

**1,24**

ITALIA

**1,19**

SPAGNA

**1,13**

MALTA

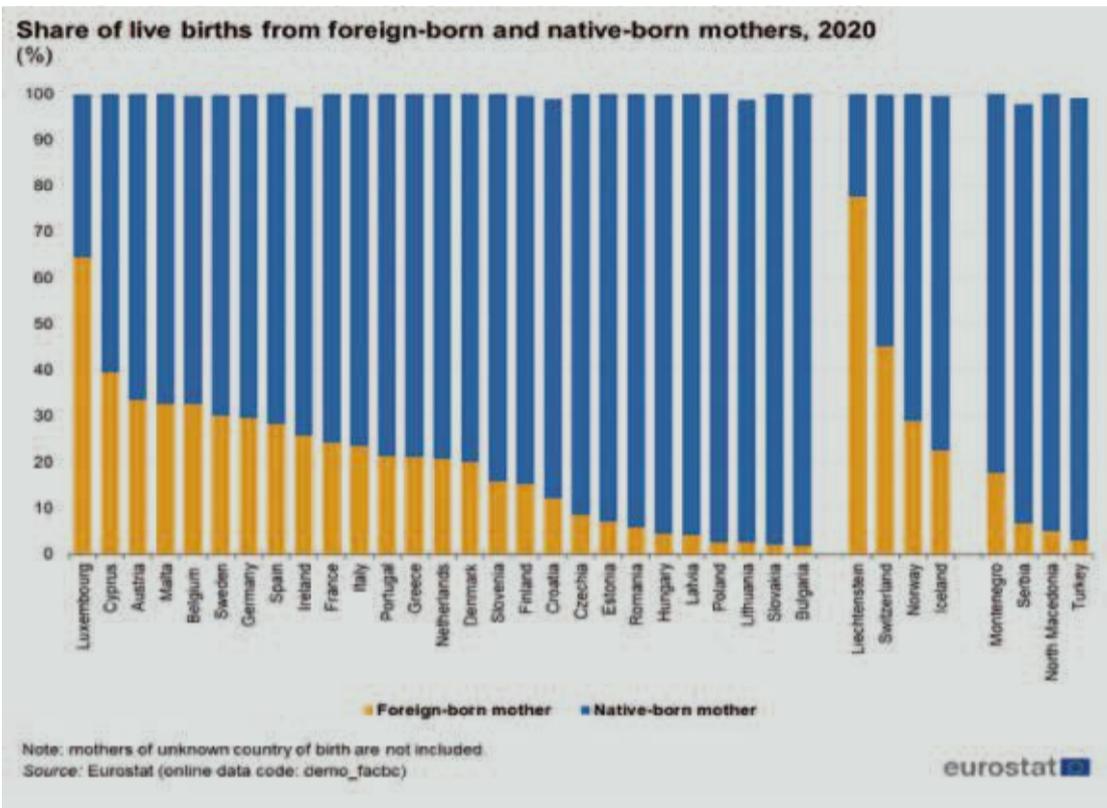
**NEL 2020** nella UE sono nati 4,07 milioni di bambini, confermando una tendenza al ribasso iniziata nel 2008 quando nacquero 4,68 milioni di bambini. In Italia nel 2020 i nuovi nati sono stati 404.892. Il tasso di fertilità totale si è attestato a 1,50 nati vivi per donna, in lieve diminuzione rispetto al recente picco del 2016 (1,57), ma in aumento rispetto al 2001 (1,43). Il tasso di fertilità totale più alto dall'inizio delle serie temporali comparabili è stato 1,57 nel 2008, 2010 e 2016. Negli anni tra, ha oscillato tra 1,51 e 1,57.

**TASSO DI FERTILITÀ PIÙ ALTO IN FRANCIA. ITALIA TERZ'ULTIMA.** Nel 2020 lo Stato membro dell'UE con il tasso di fertilità totale più elevato è stato la Francia (1,83 nati vivi per donna), seguita dalla Romania (1,80), dalla Cechia (1,71) e dalla Danimarca (1,68). Al contrario, i tassi di fertilità più bassi sono stati osservati a Malta (1,13 nascite per donna), in Spagna (1,19) e in Italia (1,24).

### NATI VIVI IN CALO

Nel corso degli anni, il numero di nati vivi nella Ue è diminuito a un ritmo relativamente costan-

te. Dal 2001, quando sono stati registrati 4,4 milioni di nati vivi, si è registrato un modesto rimbalzo con un massimo di 4,7 milioni di bambini nati nel 2008, seguito a sua volta da ulteriori riduzioni annuali fino al 2020 (4,1 milioni di nati vivi). Tra gli Stati membri, le maggiori diminuzioni del numero di nati vivi tra il 2001 e il 2020 sono state registrate in Portogallo (-25%) e Italia (-24%), mentre, d'altra parte, sono stati osservati aumenti superiori al 20% in Svezia, Cipro e Cechia. Le tendenze possono essere misurate anche attraverso il tasso di natalità grezzo, che mostra il numero di nati vivi ogni mille persone: nella Ue, questo tasso era 10,2 nel 2001, è salito a 10,6 nel 2008 e da allora è diminuito per raggiungere 9,1 nel 2020. Tra gli Stati membri, questo andamento è diverso, con diminuzioni in quindici Stati membri e aumenti in nove durante questo periodo, mentre il tasso è rimasto invariato in Bulgaria, Lituania e Austria. Nel 2020, i tassi di natalità grezzi più alti sono stati rilevati in Irlanda (11,2 nati vivi ogni mille persone), Cipro (11,1), Francia e Svezia (entrambi 10,9) e i più bassi in Italia (6,8), Spagna (7,2) e Grecia (7,9).



### ETÀ MEDIA DELLE MADRI

BASSA

26,4

BULGARIA

27,1

ROMANIA

ALTA

31,2

SPAGNA

31,4

ITALIA

### Total fertility rate, 1960–2020 (live births per woman)

	1960	1970	1980	1990	2000	2001	2010	2018	2019	2020
EU (*)						1.43	1.57	1.54	1.53	1.50
Belgium	2.54	2.25	1.68	1.62	1.67	1.67	1.86	1.62	1.58	1.55
Bulgaria	2.31	2.17	2.05	1.82	1.26	1.21	1.57	1.66	1.68	1.56
Czechia	2.09	1.92	2.08	1.90	1.15	1.15	1.51	1.71	1.71	1.71
Denmark	2.57	1.95	1.55	1.67	1.77	1.74	1.87	1.73	1.70	1.68
Germany					1.38	1.35	1.39	1.67	1.54	1.53
Estonia	1.98	2.17	2.02	2.05	1.36	1.32	1.72	1.67	1.66	1.58
Ireland	3.78	3.85	3.21	2.11	1.89	1.94	2.05	1.75	1.71	1.63
Greece	2.23	2.40	2.23	1.39	1.25	1.25	1.48	1.35	1.34	1.39
Spain			2.22	1.36	1.22	1.23	1.37	1.26	1.23	1.19
France					1.89	1.90	2.03	1.87	1.86	1.83
Croatia						1.46	1.55	1.47	1.47	1.48
Italy (*)	2.40	2.38	1.64	1.33	1.26	1.25	1.46	1.29	1.27	1.24
Cyprus				2.41	1.64	1.57	1.44	1.32	1.33	1.36
Latvia					1.25	1.22	1.36	1.60	1.61	1.55
Lithuania		2.40	1.99	2.03	1.39	1.29	1.50	1.63	1.61	1.48
Luxembourg	2.29	1.97	1.50	1.60	1.76	1.66	1.63	1.38	1.34	1.36
Hungary	2.02	1.98	1.91	1.87	1.32	1.31	1.25	1.55	1.55	1.59
Malta			1.99	2.02	1.68	1.48	1.36	1.23	1.14	1.13
Netherlands	3.12	2.57	1.60	1.62	1.72	1.71	1.79	1.59	1.57	1.54
Austria	2.69	2.29	1.65	1.46	1.36	1.33	1.44	1.47	1.46	1.44
Poland (*)				2.06	1.37	1.31	1.41	1.46	1.44	1.39
Portugal	3.16	3.01	2.25	1.56	1.55	1.45	1.39	1.42	1.43	1.40
Romania			2.43	1.83	1.31	1.27	1.59	1.76	1.77	1.80
Slovenia				1.46	1.26	1.21	1.57	1.6	1.61	1.59
Slovakia	3.04	2.41	2.32	2.09	1.30	1.20	1.43	1.54	1.57	1.59
Finland	2.72	1.83	1.63	1.78	1.73	1.73	1.87	1.41	1.35	1.37
Sweden		1.92	1.68	2.13	1.54	1.57	1.98	1.76	1.71	1.67
Iceland		2.81	2.48	2.30	2.08	1.95	2.20	1.71	1.74	1.72
Liechtenstein					1.57	1.52	1.40	1.68	1.48	1.46
Norway		2.50	1.72	1.93	1.85	1.78	1.95	1.56	1.53	1.48
Switzerland	2.44	2.10	1.55	1.68	1.50	1.38	1.52	1.52	1.48	1.46
Montenegro							1.70	1.76	1.77	1.75
North Macedonia					1.88	1.73	1.56	1.42	1.34	1.31
Albania							1.63	1.37		1.34
Serbia					1.48	1.58	1.40	1.49	1.52	1.48
Turkey							2.04	1.99	1.88	1.76

(\*) 2010 and 2019: break in series.  
(\*) 2019: break in series.  
(\*) 2000 and 2010: break in series.  
Source: Eurostat (online data code: demo\_find)

Nella Ue inoltre la quota dei nati vivi di madri di età pari o superiore a 40 anni sul totale dei nati vivi in un anno è più che raddoppiata tra il 2001 e il 2020, dal 2,4% nel 2001 al 5,5% nel 2020. La percentuale di nati vivi da madri di almeno 40 anni è aumentata in tutti gli Stati membri durante questo periodo. Nel 2020, la quota maggiore è stata riscontrata in Spagna (10,2% di tutti i nati vivi), seguita da Irlanda e Italia (entrambe 8,8%), Grecia (8,4%) e Portogallo (8,0%) e la più bassa in Romania e Slovacchia (entrambi 3,4%).

**ETÀ MEDIA DELLE MADRI ALLA NASCITA DEL PRIMO FIGLIO: IN ITALIA L'ETÀ PIÙ ALTA.** Le donne europee hanno un'età media alla nascita del primo figlio di 29,5 anni. L'età media più bassa alla nascita del primo figlio si registra in Bulgaria (26,4 anni) e Romania (27,1 anni) mentre i valori più elevati si osservano in Italia (31,4 anni) e in Spagna (31,2 anni).

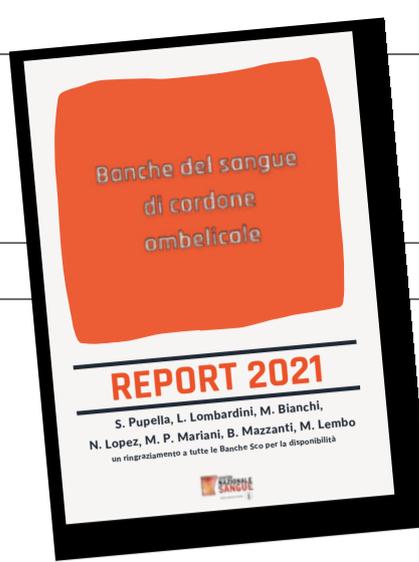
**AUMENTO DELLA PERCENTUALE DI NASCITE DA PARTE DI MADRI NATE ALL'ESTERO.** La percentuale di bambini nati da madri residenti in un determinato Paese della UE ma nate all'estero — sia da altri Stati membri che da paesi terzi — è in crescita dal 2013 (da quando sono disponibili dati comparabili) e nel 2020 la quota era del 21%.

La percentuale di figli nati da madri nate all'estero differisce notevolmente da uno Stato membro all'altro: nel 2020 il 64% dei bambini nati in Lussemburgo apparteneva a madri nate all'estero, mentre a Cipro la quota era del 39%. In Austria, Malta e Belgio la quota era di circa un terzo.

All'altra estremità della scala, nove paesi avevano meno del 10% dei bambini nati da madri straniere, con le quote più basse registrate in Bulgaria, Slovacchia (entrambi 2%) e Lituania (3%). In Italia la quota nel 2020 si attesta al 23,4% per un totale di 96.019 nati da madri nate fuori dall'Italia.

## IL REPORT DEL CNS

### BANCHE DEL SANGUE DI CORDONE OMBELICALE 2021



# Aumentano le donazioni di sangue cordonale nell'anno nero delle nascite Ma la percentuale è ancora troppo bassa.



**TORNANO A CRESCERE** le donazioni di sangue cordonale nel 2021. Sono state 6.227 le unità raccolte l'anno scorso a fronte delle 5.742 del 2020. L'aumento, per quanto minimo, assume però rilevanza in considerazione di due fattori. È la prima volta che il numero di unità di sangue cordonale torna in positivo dopo quasi dieci anni, l'ultimo dato crescente risale infatti al 2013. E il segno positivo torna in un anno particolare: il 2021 ha fatto registrare un record negativo di nascite che, per la prima volta, non hanno superato la quota di 400mila.

Sono alcuni dei contenuti nel rapporto "Banche del sangue di cordone ombelicale 2021" del Centro Nazionale Sangue. Secondo il Cns la percentuale di sangue cordonale donato, a fronte dei parti avvenuti nelle strutture ospedaliere dotate di banca cordonale, è ancora troppo bassa. Sui circa 250mila parti avvenuti nelle strutture le unità raccolte sono state solo il 2,5%. Il dato è comunque in crescita rispetto al 2,2% del 2020, anno caratterizzato da un tracollo di circa il 40%

delle donazioni, dovuto in larga parte alla pandemia di Covid-19.

Sono quindi complessivamente 46.817 le unità bancate in Italia, di cui la maggior parte (42.229) sono conservate in vista di un utilizzo cosiddetto "allogeneico non familiare", ovvero per essere donato per fini solidaristici a chiunque dovesse averne bisogno.

"È giusto accogliere con favore questi segnali di ripresa ma purtroppo anche solo i livelli di raccolta pre-Covid sono ancora lontani – sottolinea la dottoressa Simonetta Pupella, responsabile dell'area tecnico sanitaria del Centro Nazionale Sangue – il sangue cordonale è una risorsa preziosa che con il progredire delle ricerche sta trovando un numero sempre maggiore di applicazioni cliniche. Eppure sono ancora troppo poche le giovani coppie che decidono di compiere questo gesto di grande valore solidaristico".



Il sangue cordonale è una risorsa preziosa che con il progredire delle ricerche sta trovando un numero sempre maggiore di applicazioni cliniche. Eppure sono ancora troppo poche le giovani coppie che decidono di compiere questo gesto di grande valore solidaristico

## LA RETE ITCBN

**LA RETE ITALIANA** della Banche di sangue di cordone ombelicale (Italian Cord Blood Network - ItcBN) è costituita da 18 banche ubicate presso ospedali pubblici o privati convenzionati con il Ssn, distribuite in 13 regioni italiane. Ad esse fanno riferimento 270 centri punti nascita dislocati in tutte le regioni italiane e attrezzati per la raccolta solidaristica del cordone ombelicale, 40 dei quali operano nelle Regioni in cui non è presente una banca cordonale. I parti effettuati nei centri di raccolta delle BCO rappresentano il 64% dei parti totali in Italia (anno 2021: dato stimato).

### I dati al 31 dicembre 2021:

- disponibili 38.355 unità di sangue di cordone ombelicale per uso allogeneico (Fonte dati: Ibmdr).
- il 28% delle unità di sangue di cordone ombelicale ha un numero di cellule nucleate totali superiore (TNC) a  $150 \times 10^7$
- disponibili 4.414 unità di sangue di cordone ombelicale per uso allogeneico-dedicato e 174 unità per uso autologo.
- distribuite 1.600 unità di sangue di cordone ombelicale per uso allogeneico, 194 per uso allogeneico-dedicato e 2 unità per uso autologo.

### LA NORMATIVA CONSENTE:

- 1 Raccolta di SCO donato per fini solidaristici;
- 2 Raccolta di SCO dedicato al neonato con patologia in atto al momento della nascita o evidenziata in epoca prenatale, o per uso dedicato a consanguineo con patologia in atto al momento della raccolta o pregressa, che risulti curabile con il trapianto di CSE;
- 3 Raccolta di SCO dedicato a famiglie a rischio di avere figli affetti da malattie geneticamente determinate per le quali sussistano comprovate evidenze scientifiche di impiego di cellule staminali del SCO;
- 4 Raccolta di SCO ad uso autologo dedicato nell'ambito di sperimentazioni cliniche, approvate secondo la normativa vigente, finalizzate a raccogliere le evidenze scientifiche di un possibile impiego del sangue cordonale nel caso di particolari patologie.

### LA NORMATIVA VIETA:

- 1 La conservazione ad esclusivo uso autologo in assenza delle condizioni sopraindicate;
- 2 L'istituzione di banche private sul territorio nazionale;
- 3 Ogni forma di pubblicità connessa alle banche private.

È tuttavia consentita la raccolta del SCO a scopo personale e la sua esportazione in strutture private al di fuori del territorio italiano secondo le regole definite da uno specifico atto normativo.

BABY FRIENDLY

ALLATTAMENTO

# Aggornate le linee guida Unicef per gli operatori

**Il processo per diventare “Baby-Friendly”, sottolinea l’Iss su Epicentro, “è spesso caratterizzato da una profonda trasformazione, che cambia l’intero ambito dell’alimentazione dei neonati e, più in generale, la qualità della formazione pre-laurea e delle cure. Di conseguenza, il focus è più centrato sulle famiglie; l’atteggiamento del personale nei confronti dell’alimentazione dei neonati e delle neonate è migliorato così come sono aumentate le competenze delle operatrici e degli operatori”**

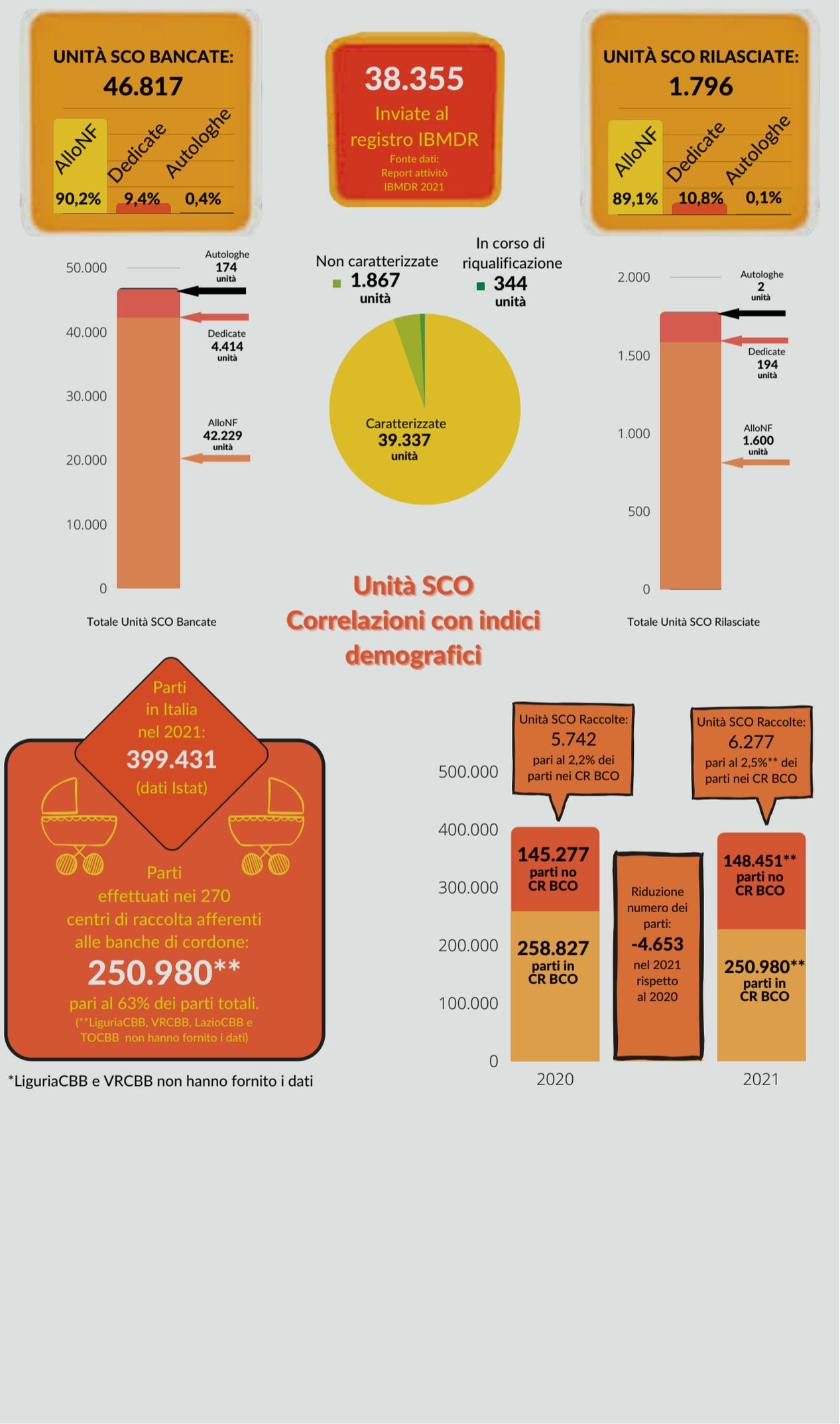
Aggornate le linee guida per essere sempre più “Baby-Friendly”. Sono disponibile sul sito Unicef e di Epicentro (Iss) i nuovi materiali per il programma “Insieme per l’Allattamento” dell’Unicef Italia, in particolare la “Guida all’applicazione dei passi per proteggere, promuovere e sostenere l’allattamento nelle strutture del percorso nascita. Edizione 2022” e il “Kit per la verifica delle competenze di operatrici e operatori nell’implementazione del programma “Insieme per l’Allattamento”.

La Guida è stata rivista in base ai documenti internazionali e nazionali e propone percorsi diversi in base al contesto di applicazione. I destinatari sono tutti gli attori coinvolti nella definizione delle politiche per la salute materno-infantile e nell’assistenza a donne in gravidanza, famiglie, bambini e bambine.

Il kit per la verifica delle competenze è necessario per garantire che operatrici e operatori che lavorano a contatto con le madri e le famiglie abbiano le conoscenze, le abilità e gli atteggiamenti per sostenere l’allattamento, nell’arco dell’intero percorso nascita e dei primi mille giorni.

Il processo per diventare “Baby-Friendly”, sottolinea l’Iss su Epicentro, “è spesso caratterizzato da una profonda trasformazione, che cambia l’intero ambito dell’alimentazione dei neonati e, più in generale, la qualità della formazione pre-laurea e delle cure. Di conseguenza, il focus è più centrato sulle famiglie; l’atteggiamento del personale nei confronti dell’alimentazione dei neonati e delle neonate è migliorato così come sono aumentate le competenze delle operatrici e degli operatori”.

In ogni contesto, l’allattamento rappresenta una componente vitale del diritto di ogni bambina e ogni bambino di godere del miglior stato di salute possibile, nel rispetto del diritto di ogni madre di prendere una decisione consapevole su come alimentare suo/a figlio/a, basata su informazioni complete, sostenute da prove di efficacia, libere da interessi commerciali, e con il sostegno necessario che le consenta di portare a termine la sua decisione.



\*LiguriaCBB e VRCBB non hanno fornito i dati

STUDIO EPICENTRO ISS

# Consumo dei farmaci tra le donne migranti in gravidanza. Le differenze con le donne italiane



**Prescrizioni meno frequenti tra le immigrate rispetto alle donne di cittadinanza italiana, sia prima che dopo la gravidanza, tuttavia, durante la gravidanza, le straniere ricevono un numero leggermente superiore di prescrizioni rispetto alle mamme italiane.**

**QUESTI I RISULTATI** dell'analisi eseguita dalla rete MoM-Net pubblicati sull'*International Journal of Environmental Research and Public Health* nell'articolo "Drug Prescriptions among Italian and Immigrant Pregnant Women Resident in Italy: A Cross-Sectional Population-Based Study". La rete MoM-Net (Monitoring Medication Use During Pregnancy Network), promossa dall'Agenzia Italiana del Farmaco, ha come obiettivo proprio monitoraggio del consumo di farmaci durante la gravidanza e coinvolge otto Regioni (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Puglia, Sardegna) e una serie di esperti provenienti da istituzioni pubbliche e accademiche italiane. Tra quest'ultime alcuni ricercatori dell'Iss e del Cnr e la Valutazione preclinica e clinica dei Farmaci e Centro nazionale per la Prevenzione delle malattie e la promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità. La rete analizza retrospettivamente, attraverso procedure di record-linkage, dati provenienti dai sistemi informativi regionali.

Lo studio ha analizzato le prescrizioni dei farmaci in gravidanza e nei tre mesi che la precedono e la seguono in una coorte di donne provenienti da Paesi ad alta pressione migratoria e residenti in Italia (High Migratory Pressure Countries, Hmpc) che hanno partorito negli anni 2016-2018 confrontandole con le donne italiane.

**Prevalence of drug use (%) by trimester before, during and after pregnancy**

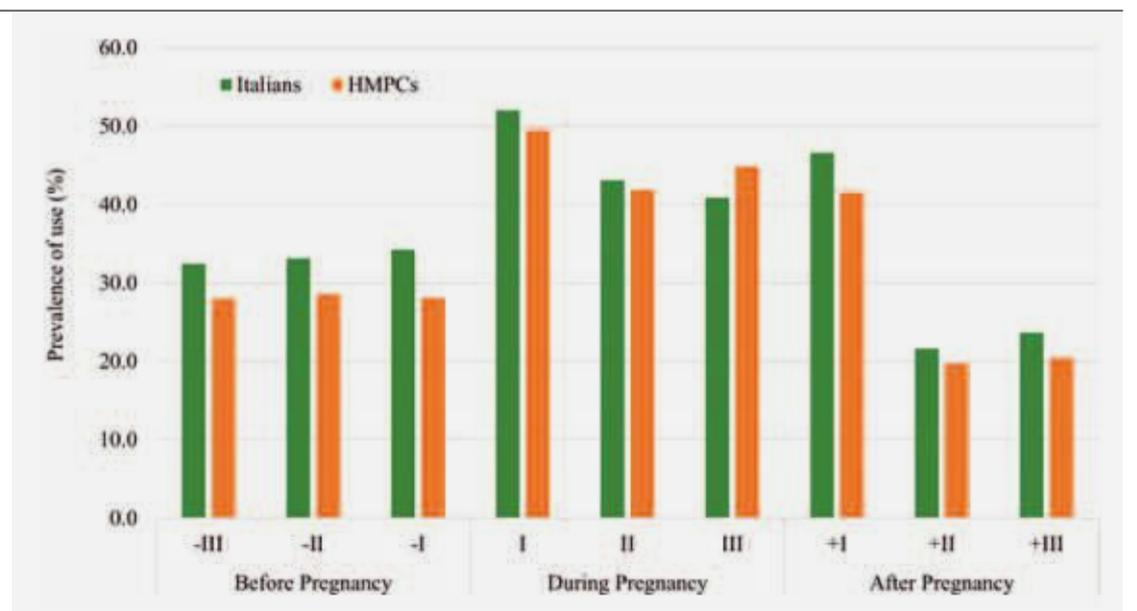
## I RISULTATI

Il principale punto di forza dello studio è l'ampia popolazione presa in esame nelle otto Regioni partecipanti che include il 58,5% delle nascite avvenute in Italia durante il periodo dello studio. L'analisi mostra che le prescrizioni sono meno frequenti tra le immigrate rispetto alle donne di cittadinanza italiana, sia prima (51,0% vs 58,6%) che dopo la gravidanza (55,1% vs 60,3%). Al contrario, durante la gravidanza, le straniere ricevono un numero leggermente superiore di prescrizioni (74,9% rispetto al 72,8%).

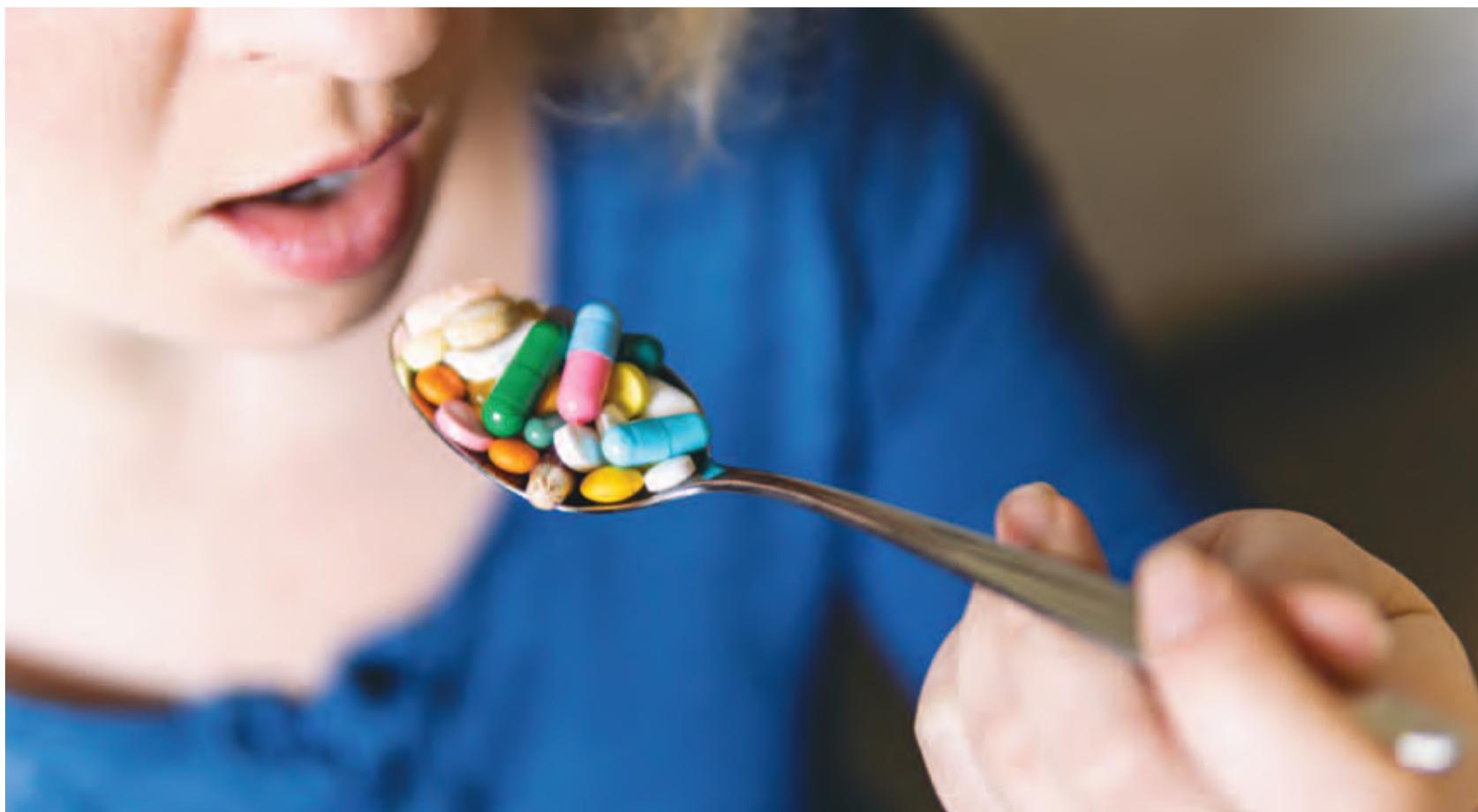
In una minoranza di entrambe le popolazioni sono state poi individuate prescrizioni potenzialmente inappropriate e suscettibili di miglioramento. Le prescrizioni rilevate tra le donne Hmco

descrivono profili di salute e possibilità di accesso alle cure durante la gravidanza diversi rispetto alle donne italiane.

La caratterizzazione del profilo prescrittivo delle gestanti straniere, ricorda l'Iss, è importante per migliorare la loro assistenza durante il percorso nascita con l'obiettivo di ridurre le differenze rilevate negli esiti materni e perinatali in funzione del Paese di origine o della cittadinanza delle donne. È inoltre utile per sostenere e indirizzare le politiche per l'erogazione dei servizi sociali e sanitari in Italia dove il fenomeno migratorio rappresenta un elemento strutturale della società, con oltre 5 milioni di cittadini stranieri residenti.



# Antibioticoresistenza



## Tutte le novità del nuovo protocollo dell'Iss per la sorveglianza

**NOVITÀ** per la sorveglianza dell'antibiotico resistenza (Ar). L'Istituto superiore di sanità ha messo a punto un nuovo protocollo in linea con le indicazioni e le esigenze del Piano nazionale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza (Pncar) e sul solco di quelle proposte dalla sorveglianza europea (Ears-Net)

**RISPETTO ALLA PRECEDENTE** versione sono state quindi aggiornate le fonti bibliografiche e alcune informazioni di contesto, mentre il controllo di qualità esterno è organizzato e distribuito dalla Technical University of Denmark (in collaborazione con il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie). È stata inoltre aggiornata la lista dei requisiti minimi che i laboratori diagnostici devono possedere, soprattutto sono stati aggiunti nuovi antibiotici da saggiare per le diverse specie batteriche (cefepime e fosfomicina (i.v) per *Escherichia coli* e *Klebsiella pneumoniae* e ceftarolina per *Staphylococcus aureus*. Infine, è stata aggiunta la variabile "data di ricovero" nel tracciato record da inserire laddove disponibile.

### ALCUNE CRITICITÀ

Sebbene la sorveglianza Ar-Iss abbia fornito dati per il monitoraggio dell'antibiotico-resistenza a livello nazionale ed europeo dal 2001, si legge nell'introduzione al nuovo protocollo "è necessario menzionare alcune criticità, il cui superamento potrebbe portare a un miglioramento della sorveglianza stessa: volontarietà della sorveglianza, per cui i laboratori partecipanti non hanno un riconoscimento istituzionale; rappresentatività geografica sub-ottimale, dal momento che non tutte le regioni sono adeguatamente rappresentate nella sorveglianza; limitata rappresentatività di popolazione dal momento che i dati riguardano soprattutto pazienti ospedalizzati; qualità dei dati

riguardanti strutture territoriali o ambulatori e la loro rappresentatività non nota".

### LA SITUAZIONE ATTUALE

Alcune Regioni hanno attivato reti di sorveglianza dell'antibiotico-resistenza che coinvolgono tutti o una elevata percentuale dei laboratori ospedalieri della Regione stessa (dati delle sorveglianze di cinque regioni: Campania, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Sicilia sono pubblicati on line) e possono, quindi – si legge ancora nel documento dell'Iss – fornire dati di popolazione utili a promuovere il monitoraggio e le azioni di contrasto a livello locale.

I protocolli di sorveglianza seguiti da queste Regioni, ricorda l'Iss, sono per lo più sovrapponibili al protocollo Ar-Iss con la possibilità, quindi, di confronto con i dati nazionali e la possibilità di integrare queste sorveglianze regionali in quella nazionale. Anche Liguria, Lombardia hanno attivato la sorveglianza, ma i dati pubblicati on line si discostano in parte da quelli richiesti dalla sorveglianza nazionale o non sono stati resi pubblici.

### GLI OBIETTIVI DEL NUOVO PROTOCOLLO

Come sottolineato, il nuovo protocollo si focalizza sugli obiettivi, i metodi e le modalità di rilevazione dei dati del sistema di sorveglianza Ar-Iss, seguendo le indicazioni ed esigenze del Pncar. Riguardo la scelta dei patogeni e della tipologia dei

campioni clinici, il protocollo ricalca quello proposto dalla sorveglianza europea Ears-Net per facilitare la trasmissione dei dati all'Ecdce la comparazione a livello europeo.

L'obiettivo generale della sorveglianza Aer-Iss è quello di descrivere le caratteristiche epidemiologiche (andamenti temporali, differenze geografiche, differenze per gruppi di popolazione) dell'antibioticoresistenza in un gruppo selezionato di specie batteriche isolate da infezioni di rilevanza clinica (batteriemie e meningiti), che rappresentano sia infezioni associate all'assistenza sanitaria che infezioni acquisite in ambito comunitario. Dati essenziali per sostenere le azioni di contrasto all'antibiotico-resistenza e monitorare nel tempo il loro impatto.

### GLI OBIETTIVI SPECIFICI DEL NUOVO PROTOCOLLO SONO:

Sono cinque gli obiettivi prioritari a cui punta il nuovo documento:

**A RILEVARE** i dati di sensibilità agli antibiotici e monitorarne l'andamento temporale e geografico, a livello nazionale e regionale, relativamente ai ceppi di otto specie batteriche (*Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* group, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus faecium*), responsabili di infezioni invasive (batteriemie e meningiti), isolati da san-

## Antibioticoresistenza



gue o liquor dai laboratori partecipanti alla rete. Per ogni microrganismo l'attenzione è posta prevalentemente sugli antibiotici o classi di antibiotici particolarmente importanti in terapia perché di prima scelta nei confronti del patogeno, o significativi dal punto di vista epidemiologico per monitorare l'andamento dell'antibiotico-resistenza;

- B DESCRIVERE** la frequenza dei patogeni segnalati nei laboratori Ar-Iss, per Regione, fascia di età, sesso e tipo di reparto di degenza dei pazienti;
- C STIMARE** l'incidenza degli eventi sorvegliati e valutarne la rappresentatività mediante la raccolta dei dati relativi ai denominatori (numero di set di emocolture analizzati da ciascun laboratorio, numero di letti e giornate di degenza per ciascuna struttura ospedaliera afferente al laboratorio);
- D RISPONDERE** al debito informativo verso l'Unione Europea, con il trasferimento annuale dei dati al sistema di sorveglianza TESSy (The European Surveillance System) dell'Ecdc;
- E FORNIRE** il supporto per studi ad hoc di approfondimento genotipico a valenza sia europea (studi coordinati da Ecdc/Technical University of Denmark - DTU) sia nazionale, su isolati con caratteristiche di antibiotico-resistenza di particolare interesse per la sanità pubblica;
- F DESCRIVERE** i dati e diffondere i risultati, al fine di ampliare la conoscenza della problematica relativa all'Abr e fornire un ritorno di informazione ai laboratori stessi, alla comunità scientifica, alle autorità di sanità pubblica e a tutti gli altri stakeholders.

### PROSPETTIVE FUTURE

L'Iss traccia infine, a grandi linee, alcuni dei possibili sviluppi della sorveglianza nei prossimi anni:

- A MIGLIORAMENTO** della tempestività della trasmissione dei dati dai laboratori al coordinamento nazionale favorendo lo sviluppo tecnologico con sistemi di trasmissione automatica dei dati raccolti dai laboratori stessi;
- B PROGRESSIVA** introduzione nella sorveglianza di tutti i laboratori ospedalieri, per consentire la disponibilità di dati a tutti i livelli (locale, regionale e nazionale). La copertura totale nazionale è l'obiettivo che il Pncar ha identificato come obiettivo a lungo termine della sorveglianza anche aggregando i dati delle sorveglianze di popolazione già in atto in alcune regioni Italiane;
- C ESTENSIONE** della sorveglianza a campioni diversi da quelli previsti dal presente protocollo (esempio: urinocolture, anche seguendo il protocollo della sorveglianza Glass dell'Oms) e a specie batteriche e microbiche diverse, se di interesse per il monitoraggio dell'antibiotico resistenza;
- D VALUTAZIONE** della possibilità di estendere la sorveglianza in ambito territoriale, es. strutture residenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali, soprattutto per campioni diversi dalle emocolture;
- E VALUTAZIONE** della possibile estensione del tracciato dei dati raccolti integrando dati clinici dei pazienti utilizzando database già disponibili ed automatizzati (es. Sdo).

## CENTRO NAZIONALE DIPENDENZE E DOPING DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

### SINDROME FETO ALCOLICA

# Solo lo 0,1% delle donne italiane beve in modo eccessivo durante la gravidanza

Sono sempre meno le donne che consumano alcolici durante i 9 mesi di gravidanza. Lo rivelano i dati presentati nel corso del workshop **Prevenzione, diagnosi precoce e trattamento mirato dello Spettro dei Disturbi Feto Alcolici e della Sindrome Feto Alcolica** e raccolti dal Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Iss che ha condotto uno studio in collaborazione con l'Università La Sapienza di Roma e l'Università Politecnica delle Marche per valutare il consumo gestazionale e l'esposizione fetale all'alcol

La percentuale più alta di donne coinvolte nello studio

34

Età media

88%

Italiane

69%

Occupate

44%

Laureate



L'uso di alcol durante la gravidanza può causare molteplici disturbi perinatali come la nascita prematura, sindromi da astinenza, tremori, iperreflessia e uno sviluppo fisico e mentale alterato nelle fasi successive della vita

“**ABBIAMO MISURATO** uno dei metaboliti più specifici dell'alcol etilico, l'etilglucuronide (EtG) – spiega Simona Pichini dell'Iss, coordinatore del progetto – nei capelli materni e nel meconio neonatale che coinvolge madri e neonati lungo tutto il territorio nazionale italiano. I risultati preliminari, ottenuti in coorti separate di madri e neonati in gravidanza e parto, hanno mostrato che, attualmente, una quantità trascurabile di donne italiane, lo 0,1%, beve in modo sensibile durante la gravidanza e che una piccola percentuale di neonati è esposta all'alcol prenatale”

**NEL PROGETTO** sono state arruolate venti partorienti e venti neonati non accoppiati per città provenienti da ospedali del Sistema Sanitario Nazionale dislocati nel Nord, Centro e Sud Italia (isole comprese). I capelli materni, di 8 cm di lunghezza massima, sono stati raccolti alla fine della gravidanza e analizzati poiché l'intera ciocca e il meconio neonatale sono stati raccolti entro le prime 24 ore dopo la nascita. L'etilglucuronide è stato quantificato in entrambe le matrici biologiche attraverso una metodologia convalidata di gascromatografia e spettrometria di massa in tandem.

**CONCENTRAZIONI** di capelli EtG inferiori a 5 pg/mg capelli sono state attribuite a donne astinenti, quelle >5 pg/mg e inferiori a 30 pg/mg sono state attribuite a donne che consumavano “un po” di alcol durante

la gravidanza e ≥ 30 pg/mg sono state attribuite a bevitrice eccessive

In totale finora sono stati analizzati 781 campioni di capelli materni e 642 di meconio. Solo una donna su 781 (0,1%) ha presentato un consumo eccessivo di etanolo cronico con concentrazione di EtG >30 pg/mg, mentre l'8,2% dei capelli materni ha presentato concentrazioni di EtG >5 pg/mg con 1,4% >11 pg/mg. Quattro neonati (0,6%) sono risultati esposti prenatalmente all'etanolo con concentrazione di meconio EtG >30 ng/g. La percentuale più alta di donne coinvolte nello studio (età media 34 anni) erano italiane (88%) e occupate (69%). Per quanto riguarda il livello di istruzione, il 44% ha un titolo universitario e il 39% ha un livello di istruzione superiore. I quattro nati esposti non presentavano alla nascita alcun segno di evidente disabilità o malformazione.

“**L'USO DI ALCOL** durante la gravidanza e la successiva esposizione fetale può causare molteplici disturbi perinatali – conclude Simona Pichini – come la nascita prematura, sindromi da astinenza, tremori, iperreflessia e uno sviluppo fisico e mentale alterato nelle fasi successive della vita. Tuttavia i dati odierni ci dimostrano che le politiche applicate dalla salute hanno accresciuto nelle donne italiane la consapevolezza sui rischi associati al consumo di alcol durante la gravidanza”.

SPECIALE LEA SPECIALE LEA

# Riconoscimento di Vulvodinia e Neuropatia del Pudendo nei Lea del Ssn. Depositata proposta di legge

È questo l'obiettivo di una Proposta di legge (Pdl) depositata in entrambi i rami del Parlamento. La proposta è nata raccogliendo le istanze del Comitato Vulvodinia e Neuropatia del pudendo che ha ascoltato medici, pazienti e i loro familiari. È quindi il frutto di un lavoro ampio e partecipato dal basso che ha trovato la stessa condivisione in Parlamento. La Pdl ha infatti ottenuto l'appoggio trasversale della gran parte dei gruppi parlamentari: dal Partito Democratico al Movimento 5 Stelle, da Forza Italia, Italia Viva, Lega Nord fino a Coraggio Italia e+Europa



“**ABBIAMO RITENUTO** doveroso rispondere alla richiesta di maggiori tutele pervenuta da tantissime pazienti in questi mesi, depositando questa proposta di legge – hanno spiegato **Giuditta Pini (PD)**, prima firmataria alla Camera e **Giuseppe Pisani (M5S)**, primo firmatario al Senato – la Vulvodinia e la Neuropatia del pudendo sono tutt'altro che malattie rare in quanto affliggono una donna su sette. Nonostante l'altissima diffusione, sono patologie sottostimate da molti medici e misconosciute dalla società e, di conseguenza, ancora poco tutelate dallo Stato. Per questo motivo c'è ancora molto da fare al fine di eliminare lo stigma e le disuguaglianze sulle malattie di genere, che affliggono soprattutto la popolazione femminile, favorendone la prevenzione, diagnosi e cure tempestive. Come firmatarie e firmatari – concludono – siamo orgogliosi di aver portato in Parlamento una proposta scritta dalle associazioni di pazienti e firmata trasversalmente da diverse forze politiche, a riprova del fatto che la buona politica, senza distinzione di parti, si deve fare portavoce delle giuste istanze e dei bisogni che provengono dalle parti sociali”.

**La proposta di legge prevede:** il riconoscimento della Vulvodinia e Neuropatia del pudendo nei Lea come malattie croniche e invalidanti; l'individuazione di centri di riferimento pubblici regionali per il corretto trattamento del dolore pelvico; l'esenzione dalla partecipazione alla spesa pubblica per le relative prestazioni sanitarie; l'istituzione di una commissione nazionale finalizzata ad emanare le linee guida per i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali; l'istituzione di un fondo nazionale specifico; l'istituzione di un registro nazionale per la raccolta dati; la promozione di una formazione medica specifica sul tema; la previsione di finanziamenti per il sostegno alla ricerca; l'accesso agevolato al telelavoro e allo smart working per lavoratrici e lavoratori e un incremento dei permessi per malattia in rapporto alla gravità della patologia; l'accesso agevolato alla didattica a distanza per le studentesse e gli

studenti; la promozione di attività di sensibilizzazione, di informazione e di prevenzione primaria nelle scuole; l'istituzione di una giornata nazionale per la Vulvodinia e la Neuropatia del pudendo.

La proposta, accolta integralmente dai gruppi parlamentari firmatari, è stata scritta attraverso un percorso promosso dal “Comitato Vulvodinia e Neuropatia del pudendo” che raccoglie cinque associazioni che in Italia si occupano di queste due sindromi (AIV - Associazione Italiana Vulvodinia Onlus, Ainpu - Associazione Italiana Neuropatia del Pudendo, Casa Maternità Prima Luce - progetto Gruppo Ascolto Vulvodinia, Associazione VulvodiniapuntoinfoOnlus, Associazione Viva - Vincere Insieme la Vulvodinia), pazienti-attiviste che vivono ogni giorno le malattie sulla propria pelle, impegnate politicamente per questa causa, e professioniste/i che sul territorio nazionale si sono distinte/i per l'impegno nella ricerca e nella cura di queste malattie.

“Abbiamo iniziato la nostra campagna dichiarando che le nostre patologie erano un ‘dolore senza voce’ – scrive in una nota il Comitato – oggi, grazie al nostro lavoro, alle mobilitazioni, al lavoro di divulgazione delle attiviste e delle associazioni e alla collaborazione con le parlamentari e i parlamentari abbiamo una voce forte che sta arrivando ovunque. Sappiamo, però, che è solo l'inizio e che dovremo ancora lottare per vedere questa legge calendarizzata al più presto. Attualmente è ancora carente una adeguata assistenza da parte dello Stato e del Ssn per il riconoscimento e l'adeguato trattamento di queste malattie; a causa della carenza di specialisti formati nelle strutture pubbliche e dei ritardi diagnostici causati da errate diagnosi o dalla invalidazione dei sintomi, spesso attribuiti a disturbi di ordine psicosomatico, l'accesso a cure valide ed efficaci è precluso in numerosi casi. Ciò incide notevolmente sulla qualità di vita di queste pazienti ed è dunque urgente – conclude la nota – che lo Stato e il Ssn riconoscano il problema e se ne facciano carico”.



“**La proposta, accolta integralmente dai gruppi parlamentari firmatari, è stata scritta attraverso un percorso promosso dal “Comitato Vulvodinia e Neuropatia del pudendo” che raccoglie cinque associazioni che in Italia si occupano di queste due sindromi**

## DECRETO TARIFFE LEA

### Via libera del ministero alle nuove tariffe per la Pma.

L'omologa in provetta vale 2.700 euro

**Il decreto tariffe sui nuovi Lea approvati nel 2017 ha compiuto un nuovo passo avanti. È arrivato il via libera del ministero della Salute alla proposta del Tavolo Tecnico per la Ricerca e Formazione nella Prevenzione e Cura dell'Infertilità alle tariffe per i rimborsi delle procedure di Procreazione medicalmente assistita (Pma)**

**PER IL VIA LIBERA DEFINITIVO** del Decreto bisognerà però aspettare la definizione di tutte le tariffe previste dai nuovi Lea. “Era il capitolo più delicato del decreto tariffe, perché la Pma è entrata per la prima volta tra i Lea e dunque non c'era una tariffa precedente da aggiornare ma un lavoro da fare dal principio”, ha dichiarato Luca Mencaglia, coordinatore del tavolo. Solo alcune Regioni, infatti, prevalentemente del Nord, avevano negli ultimi anni autonomamente introdotto la Pma tra le prestazioni garantite dalla Regione, stabilendo ciascuna Regione una propria tariffa. “In Toscana quella per una prestazione classica di Pma di II livello omologa era di 1.600 euro”, spiega Mencaglia. Il tavolo tecnico ha quindi svolto un lavoro “molto lungo e articolato” per arrivare alla definizione dei “costi reali di una prestazione ad alta tecnologia quale è quella di Pma”, prosegue Mencaglia che esprime soddisfazione perché “il ministero ha completamente accettato le nostre istanze”. Le tecniche utilizzate in questo campo sono diverse, diventa quindi difficile entrare nei dettagli. Per dare un'idea delle decisioni assunte, il coordinatore del tavolo spiega che “per una fecondazione in provetta omologa è stata stabilita una tariffa pari a 2.750 euro. Una cifra congrua” e che può essere presa “a riferimento perché questo tipo di tecnica riguarda oltre il 75% delle prestazioni di Pma in Italia”. “Grande soddisfazione” per il via libera alle tariffe per la Pma è stato espresso anche dalla Sigo, la Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia, che parla di un “importante lavoro compiuto” e volto “all'ottimizzazione dei percorsi e della valorizzazione dei rimborsi per le procedure di Pma con l'obiettivo di ottimizzare gli investimenti di denaro pubblico mantenendo elevata l'efficienza e l'efficacia di una prestazione sanitaria ad alta tecnologia e complessità”. “Con il lavoro compiuto – afferma Nicola Colacurci, presidente Sigo – si è riconosciuta l'urgenza dell'approvazione delle tariffe Lea per Pma. Il ministero ha accolto le tariffe proposte dal tavolo, coordinato dal Prof. Luca Mencaglia, che portano a una valutazione per una Pma omologa di 2° livello. Altri aspetti verranno affrontati successivamente come l'età di accesso per le tecniche ed il reperimento dei gameti da banche estere”. Per il via libera definitivo del Decreto sarà necessario aspettare la definizione di tutte le tariffe previste dai nuovi Lea, ma per Mencaglia il lavoro dovrebbe concludersi entro l'estate. “Questo consentirà di garantire un'omogeneità di accesso alle prestazioni in tutto il Paese, eliminando quelle disparità che finora, almeno per la Pma, hanno penalizzato soprattutto le Regioni del Sud”. Anche per la Sigo “si configura una importante rivoluzione per le tecniche Pma che come prestazioni Lea saranno fornite su tutto il territorio senza disuguaglianze sociali come oggi”.

## Nuovo DM 70

# Colacurci (Sigo) chiede di rivedere (al rialzo) le soglie massime per il taglio cesareo e i Drg per il parto spontaneo

**Il Ministero della Salute continua a lavorare sulla revisione del DM 70 del 2015 sugli standard ospedalieri. Nuovi testi del provvedimento al momento non sono stati ancora diffusi, ma la Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia (Sigo) ha reso note una serie di osservazioni sulla parte di suo interesse scaturite da un incontro avuto al Ministero della Salute**

**LA SIGO**, rappresentata dal suo presidente Nicola Colacurci, in una nota avanza una serie di proposte di modifica finalizzate in particolare a:

- la revisione delle soglie di rischio di esito attuali per l'ostetricia;
- la revisione dei rimborsi per il parto spontaneo;
- porre nella giusta considerazione e prevedendo un adeguato rimborso per l'attività di ricovero di lunga degenza nell'ambito della medicina materno-fetale;
- l'inserimento nelle reti nazionali della rete della medicina della riproduzione;
- una maggiore considerazione del ginecologo oncologo nella rete oncologica;
- un maggiore rafforzamento delle connessioni tra rete oncologica, centri di preservazione della fertilità, rete di medicina della riproduzione.



**NICOLA COLACURCI**  
Presidente Sigo

### DI SEGUITO LA NOTA INTEGRALE DELLA SIGO:

La Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia - Federazione SIGO, ringrazia il Ministro della Salute per l'opportunità offerta di esprimere il proprio parere su una tematica così preminente.

Vengono preliminarmente riportate le frasi del testo che hanno motivato le relative note.

"I presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, sono strutture sede di Dipartimento di Emergenza Accettazione (Dea) di I livello, dotate delle seguenti specialità: Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Cardiologia con Unità Terapia Intensiva Cardiologica (Utic) e Neurologia" (Punto 2.3 dell'allegato 1). È inserita la dicitura "ostetricia e ginecologia". Si presume si faccia riferimento solo alla attività di ginecologia in quanto l'attività ostetrica è normata in altri paragrafi

### STANDARD MINIMI E MASSIMI DI STRUTTURE PER AREA OMOGENEA E SINGOLA DISCIPLINA

L'attività ostetrica e ginecologica è descritta nell'"area salute della donna e materno infantile": 31-nido, 37-ostetricia e ginecologia, 39-pediatria, 57-fisiopatologia della riproduzione umana, 62-neonatologia". Concordiamo su tale formulazione che tiene conto di due fattori fondamentali, che devono essere sottolineati ed opportunamente considerati in tutte le valutazioni successive:

Il primo. L'identificazione, per il materno-infanti-

le, ed in particolare per tutte le procedure ostetriche, di un'area differente sia dall'area chirurgica che dall'area medica, in quanto tale area è assolutamente peculiare in rapporto a:

- coesistenza ed inscindibilità di attività a bassa intensità di cura ma con necessità di un rapporto one to one, necessità di stretta sorveglianza per tempi lunghi e non programmabili da parte di un team multidisciplinare e multiprofessionale costantemente aggiornato, necessità di tenere immediatamente disponibili percorsi ad alta intensità di cura ed alta tecnologia.

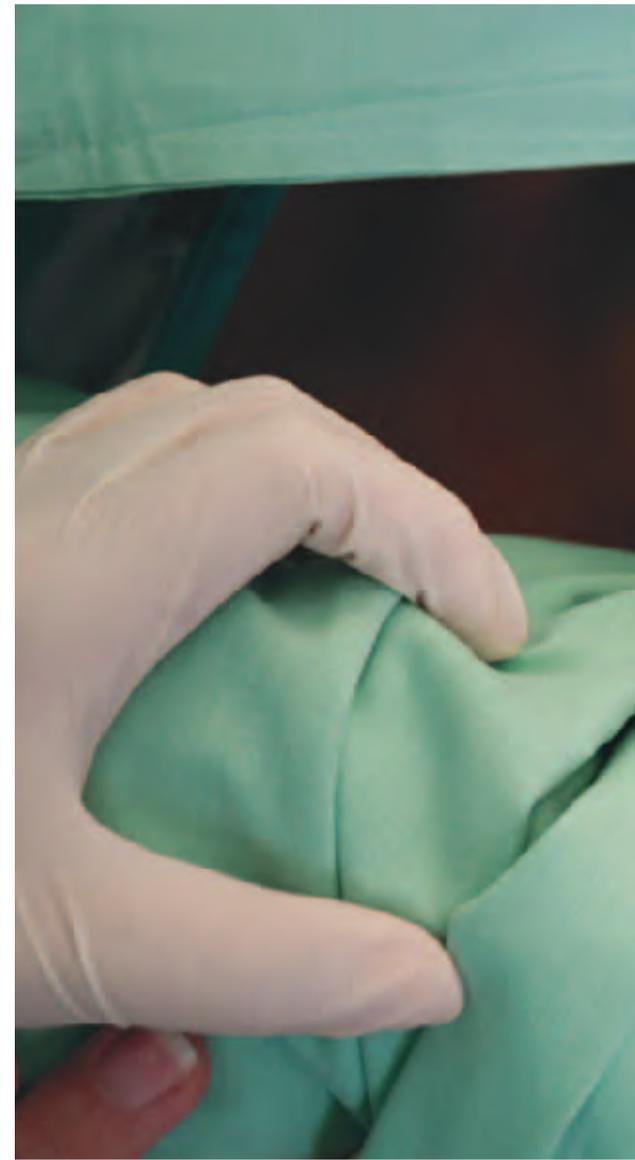
Affinché si realizzi un percorso in piena sicurezza devono pertanto realizzarsi alcune condizioni, da considerare inderogabili:

- spazi adeguati ed attrezzati
- personale sanitario (medico, ostetriche, infermieri, personale di supporto) parametrato alle nuove esigenze: controllo della gravida in travaglio in un rapporto "one to one" da una parte, gestione delle urgenze in piena sicurezza dall'altra, con disponibilità immediata di personale neonatologico (infermieri, medici) competente ed in numero adeguato.

Allo stato attuale i Drg ostetrici, elaborati oramai oltre un decennio fa, non tengono conto della necessità di avere un alto numero di sanitari dedicati a tale attività e di avere attrezzature sofisticate, di ultima generazione, per la valutazione del benessere fetale e materno ed erano adeguati per un'epoca in cui non c'era la necessità di sofisticate attrezzature e di personale, come adesso, e sono attualmente assolutamente insufficienti a coprire i costi necessari al pieno funzionamento di un punto nascita. Per realizzare un percorso nascita in sicurezza, in cui non è scindibile l'attività a bassa intensità di cure dalle altre procedure, è pertanto necessaria l'acquisizione della tecnologia più avanzata e di personale idoneo per numero e competenza. Ne deriva la conseguenza che le attività ostetriche devono essere finanziate in maniera adeguata per realizzare tali presupposti (aspetto ripreso al punto 8.2.4 rete punti nascita).

### IL RICONOSCIMENTO DELLA "FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE" COME AREA INDIPENDENTE DALLA STRUTTURA COMPLESSA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA.

Tale area, meglio definita come "medicina della riproduzione" è un'area che in un'epoca come quel-



la attuale in cui si assiste ad una sempre più grave riduzione delle nascite da una parte ed ad una maggiore incidenza di infertilità di coppia, dall'altra, ha avuto enorme sviluppo e rappresenta un'area a gestione ginecologica, a composizione multispecialistica, essendo necessari, per la sua corretta gestione, oltre ai ginecologi, endocrinologi, urologi, biologi della riproduzione, ostetriche. La differenziazione tra ostetricia e ginecologia e medicina della riproduzione deve essere tenuta in conto in altri punti di tale documento.

Nella tabella inerente i bacini di utenza è scritto: "Nelle restanti strutture ospedaliere con Punti nascita e aventi i requisiti ritenuti necessari dall'Accordo di cui sopra, salvo valutazioni organizzative specifiche approvate dalla singola Regione, la degenza di neonatologia di I livello è da ricomprendersi all'interno delle Unità operative Pediatriche (codice disciplina 39). A quanto sopra si aggiunge il Nido (codice disciplina 31) o rooming-in, che vengono confermati come 'culle'". Riteniamo che la gestione del neonato fisiologico, in mancanza di un neonatologo, possa essere affidata al personale sanitario presente in sala parto, l'ostetrica, che ha le competenze professionali per la sua gestione. Il pediatra deputato alla sala parto deve avere comunque competenze di tipo neonatologico, diverse dalle competenze pediatriche, in quanto si deve prevedere sempre la possibilità di switch rapido da una condizione di benessere fetoneonatale ad una situazione di sofferenza acuta fetoneonatale, necessitante l'immediato intervento di un neonatologo esperto in rianimazione neonatale. Un pediatra che non si dedica elettivamente alla cura dei neonati non ha le competenze necessarie per gestire tali situazioni.

### VOLUMI ED ESITI

Al punto soglie di rischio di esito, per la componente ostetrica è scritto:



■ proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1.000 parti - massimo 15%;

■ proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con > 1.000 parti - massimo 25%;

Tali livelli soglia, definiti nell'Accordo Stato-Regione del 2010 appaiono attualmente molto difficilmente realizzabili dalla quasi totalità dei punti nascita. I dati mondiali evidenziano un trend costante di aumento dei tagli cesarei (TC) primari, anche per un aumento significativo delle indicazioni alle induzioni al travaglio in epoca 39-40 settimane, che hanno un tasso di TC dopo induzione intorno al 30%. Sarebbe opportuno una revisione dei parametri, per evitare che quasi tutte le AO risultino carenti su tale aspetto. La Sigo propone almeno un 20% di TC primari in maternità di primo livello ed un 30% nelle maternità di secondo livello.

#### ELENCO DELLE RETI

Nel DM sono previste la rete punti nascita e la rete oncologica. Manca una "Rete fertilità o, meglio, "Rete Medicina della riproduzione", costituita dai Centri di Medicina della Riproduzione con annessi Centri Pma e Centri di preservazione della fertilità, che nel DM sono citati solo in riferimento alle reti oncologiche. La proposta SIGO è in linea con quella formulata nel documento del tavolo ministeriale sulla fertilità, che riportiamo integralmente:

#### RETE DEI CENTRI DI PREVENZIONE E CURA DELL'INFERTILITÀ

Insieme di strutture pubbliche e private operanti sul territorio e tra loro interconnesse mediante il concetto di Hub (Centro di Medicina della Riproduzione e Chirurgia dell'infertilità, incluso il Centro di Pma anche funzionalmente collegato) e Spoke (ambulatorio/ambulatori di prossimità) così declinate:

■ **CENTRO DI MEDICINA** della Riproduzione e Chirurgia dell'infertilità: struttura pubblica o privata in grado di fornire, anche tramite atto convenzionale, tutte le prestazioni medico-chirurgiche che attengono alla Medicina e alla Chirurgia della Riproduzione, ivi comprese le tecniche di Pma di I, II e III livello.

■ **CENTRO DI PMA:** struttura pubblica o privata in grado di fornire prestazioni medico-chirurgiche di I, II e/o III livello. Tutti i Centri di Oma sono iscritti al Registro Nazionale di Pma presso l'Istituto Superiore di Sanità.

■ **AMBULATORIO DI PROSSIMITÀ:** Struttura ambulatoriale pubblica o privata con competenze multidisciplinari in grado di fornire un inquadramento alla coppia o all'individuo con problemi riproduttivi. L'Ambulatorio di prossimità fa riferimento ai Centri di Medicina della Riproduzione e Chirurgia dell'infertilità presenti sul territorio.

#### RETI TEMPO DIPENDENTI

##### Rete punti nascita

Il nuovo DM fa essenzialmente riferimento all'Accordo Stato-Regione del 2010. A 12 anni dalla sua emanazione, in gran parte d'Italia non si sono realizzate molte delle 10 linee di azione previste in quell'Accordo, non certo per cattiva volontà degli operatori o degli amministratori, ma probabilmente perché l'organizzazione prevista non è riuscita a realizzarsi e a mantenersi nel tempo con gli standard previsti, che in qualche caso dovrebbero essere ulteriormente implementati, sulla base del rimborso previsto dagli attuali Drg. È necessario un profondo ripensamento delle tariffe che tenga conto della peculiarità del percorso nascita, delle sue caratteristiche e dell'evoluzione avvenuta dall'emissione dell'Accordo nel dicembre 2010:

■ miglioramento tecnologico significativo nel controllo del benessere materno e fetale



**Il rimborso per la gestione di una gravidanza a rischio è insufficiente e non tiene in nessun conto l'impegno profuso in maniera costante per giorni e la necessità di avere una struttura col massimo della tecnologia attuale disponibile**

- priorità nel garantire una assistenza personalizzata al travaglio, one to one, cioè con la presenza di una ostetrica dedicata al travaglio di una sola donna
- notevole aumento del contenzioso medico-legale in ambito ostetrico/neonatale
- spinta istituzionale a contenere al massimo il numero dei TC
- notevole riduzione della natalità, che porta ad un'ulteriore richiesta da parte dell'utenza di sicurezza ed appropriatezza delle cure nel percorso nascita, intesa come competenza, attrezzature di nuova generazione, personale adeguato per numero e competenza.

Nel testo del DM è scritto: "La rete è declinata in due livelli assistenziali secondo il modello hub e spoke". In realtà, in gran parte delle regioni non vi è una realtà configurata come hub e spoke, se si intende per hub il centro di secondo livello e per spoke i punti nascita di primo livello e le attività territoriali. Raramente è realizzata continuità assistenziale con trasmissione reale dei dati tra i vari centri e flusso continuo di pazienti, con i relativi dati ed operatori. Nel testo è scritto: "I PN di I livello sono definiti come unità operative di Ostetrica che assistono gravidanze e parti, in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico ed assistenziale elevato tipiche del II livello, per la madre e per il feto, in età gestazionale ≥ 34 settimane + 0 giorni".

"I PN di II livello sono definiti come unità operative di Ostetrica che assistono gravidanze e parti indipendentemente dal livello di rischio per madre e feto, con volumi di attività superiori a 1.000 parti/anno, con unità operative neonatologiche di II livello - Centri TIN (bacino di utenza di almeno 5.000 nati/anno e almeno 50 neonati/anno con peso alla nascita <1500gr; > 1000 nati/anno nella struttura - Inborn), attivabili esclusivamente in ospedali sede di Dea II livello". Tale classificazione in PIN di I e II livello, così come formulata non prevede la possibilità che nei PN di primo livello giungano situazioni che necessitano di interventi in urgenza, non trasferibili, di alto livello tecnico come:

- I trimestre di gravidanza: GEU, Scar pregnancy, gravidanza angolare, mola vescicolare
- III trimestre: Emorragie post partum, da atonia, da rottura, ecc.
- Alterata placentazione non diagnosticata (placenta previa, accreta)

## ALZHEIMER E ORMONI

Circa 50 milioni di persone nel mondo soffre di demenza senile, soprattutto di Alzheimer.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito queste malattie "una priorità globale di salute".

L'essere donna costituisce il principale fattore di rischio.

# Ruolo degli estrogeni nel cervello della donna che invecchia

La maggiore o minore esposizione agli estrogeni e i fattori riproduttivi sembrano avere un ruolo importante nell'insorgenza di queste forme neurodegenerative. Noi ginecologi dobbiamo porre particolare attenzione agli anni difficili della menopausa. È importante che si faccia prevenzione. E soprattutto non possiamo continuare a dimenticarci della salute mentale della nostre pazienti

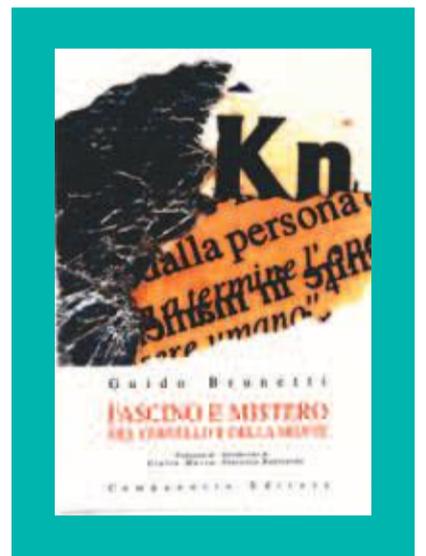


CARLO SBIROLI  
Past president Aogoi

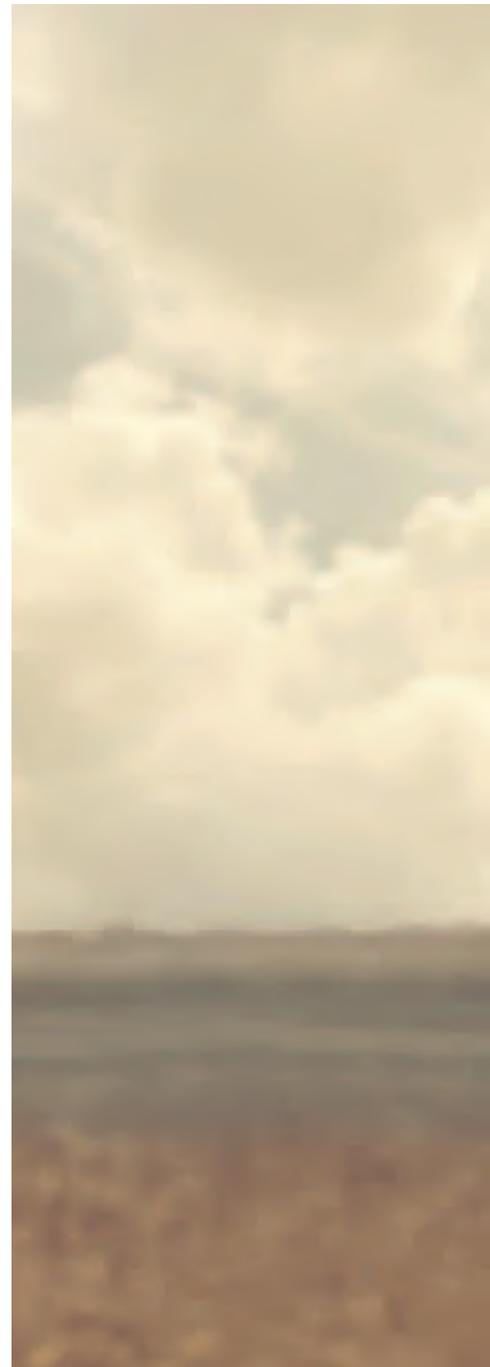
GIORNI fa una mia paziente di 58 anni, insegnante in un liceo di Roma, è venuta nel mio ambulatorio. Era ansiosa e spaventata. Mi ha raccontato che alcuni giorni prima gli era capitato una cosa incresciosa: aveva dimenticato di avere la riunione a scuola per gli scrutini del primo quadrimestre. Inoltre da qualche tempo le capitava spesso di non ricordare i nomi dei propri alunni. Ma la cosa che più l'aveva terrorizzata era che in due occasioni aveva avuto molte difficoltà a ritrovare la strada di casa. Era in menopausa da circa sei anni. Soffriva ancora di vampate di calore e sudorazioni notturne, ma il vuoto di memoria era qualcosa di nuovo. Mi chiedeva che cosa stesse accadendo nella sua mente. Se la menopausa avesse un qualche ruolo in questo suo disagio. Abbiamo discusso a lungo sui suoi sintomi. Era evidente che i fenomeni menopausali giocavano sicuramente un ruolo importante nell'insorgenza di questi disturbi. Era un campo su cui non mi aggiornavo da alcuni anni, per cui ho cercato la letteratura più recente. Ed ho appreso alcune nuove acquisizioni in questo campo che ora vorrei portare all'attenzione dei lettori di *GynecoAogoi*. Tenterò anzitutto di dare risposta alla domanda fatta dalla paziente: *dottore cosa sta accadendo nella mia mente?* Quando si percorrono "i territori della mente" - poco conosciuti da noi ginecologi - è importante non cadere nella trappola di pensare che mente e cervello siano dei sinonimi. "Oggi le neuroscienze ritengono che la mente, e dunque il pensiero, l'affettività e il comportamento, siano espressione della funzione del cervello. Che è parte del corpo", scrive nel suo ultimo libro Guido Brunetti (*Fascino e mistero del cer-*

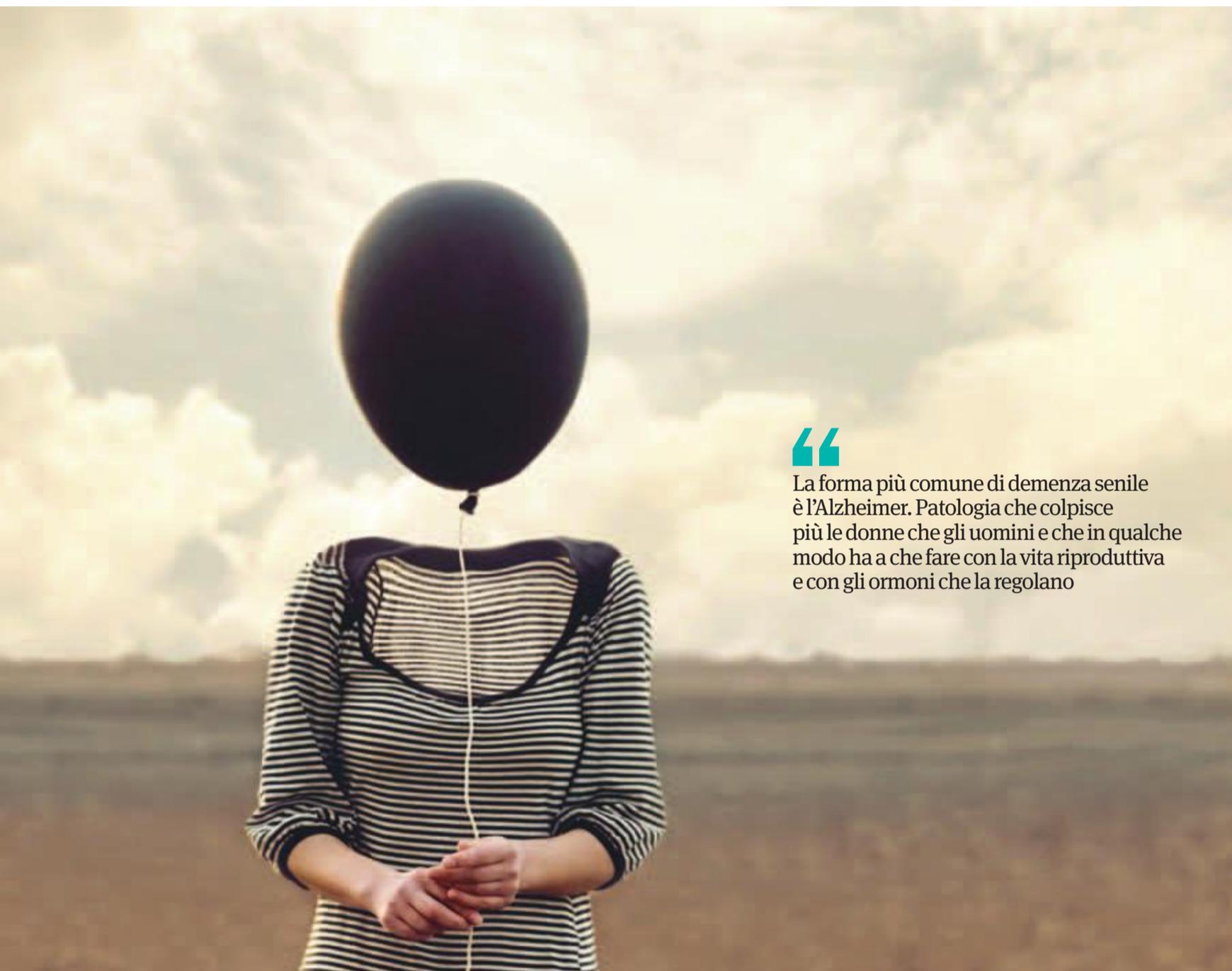
*vello e della mente*, Campanotto Ed., 2020). "Tra cervello e corpo esistono legami straordinari: ciò che accade nel cervello si riflette sul corpo e ciò che accade negli organi si riflette sulla mente". Questo significa che i cambiamenti che subisce il cervello nell'intero arco della vita incidono inevitabilmente sulla nostra mente, quindi sul nostro modo di essere, di riconoscersi. E come si sa, nella donna l'arrivo della menopausa rende evidenti questi cambiamenti. Ma la cosa più grave è che nelle donne tutto questo può portare a un incremento delle probabilità di sviluppare una qualche forma di demenza senile. Si sta parlando di quell'insieme di patologie, caratterizzate da una progressiva degenerazione del Sistema Nervoso Centrale che si manifesta, da un punto di vista clinico, con una drammatica perdita di capacità cognitive di pensiero e di memoria. La forma più comune di demenza senile è l'Alzheimer che costituisce più del 60% delle persone che soffrono queste malattie. Sono patologie che colpiscono più le donne che gli uomini e che in qualche modo (come vedremo in seguito) hanno a che fare con la vita riproduttiva e con gli ormoni che la regolano.

Ma perché queste forme di demenza, che si verificano per lo più in tarda età, sono più frequenti nella donna? Per dare una risposta a questa domanda è necessario accennare brevemente ai cambiamenti che il metabolismo cerebrale subisce nel corso della vita. Come si sa il cervello umano utilizza grandi quantità di glucosio come fonte energetica principale: il glucosio è la benzina che fa andare avanti la complessa macchina del cervello. Le quantità e il modo in cui viene utilizzato



Guido Brunetti  
*Fascino e mistero del cervello e della mente*  
Campanotto Ed., 2020





La forma più comune di demenza senile è l'Alzheimer. Patologia che colpisce più le donne che gli uomini e che in qualche modo ha a che fare con la vita riproduttiva e con gli ormoni che la regolano

cambiano con l'età. Prima dell'inizio della menopausa il cervello femminile utilizza grandi quantità di questo zucchero per produrre alti livelli di energia, necessari per un'intensa attività cerebrale. Successivamente nel periodo perimenopausale (45-50 anni) il metabolismo glucidico cerebrale rallenta del 10-15 per cento, per diminuire ancor di più (fino al 20-30 per cento, talvolta anche oltre) nella postmenopausa.

Nel cervello femminile sono gli *estrogeni* a guidare il metabolismo energetico. L'estradiolo è il principale regolatore. Coordina non solo le trasformazioni chimiche che avvengono nei neuroni e nelle sinapsi, ma anche il trasporto e l'assorbimento del glucosio fino alla conversione in energia. "Se il livello di estradiolo è elevato, sarà elevato anche il metabolismo energetico", afferma la neuroscienziata **Lisa Mosconi**, direttrice della Women's Brain Initiative e direttrice associata dell'Alzheimer's Prevention Center presso il Weill Cornell Medical College di New York. "La riduzione di estrogeni in menopausa, che generalmente inizia tra i 45 e i 55 anni, porta di conseguenza a una crisi bioenergetica nel cervello". Crisi che è alla base del cosiddetto *impedimento cognitivo* (di cui si lamentava la mia paziente), che è caratterizzato da episodi di confusione, distrazione, smemoratezza. Questo accade perché la creazione di nuove sinapsi e il loro funzionamento richiedono energia che in questa fase di transizione menopausale diminuisce per la progressiva riduzione dei livelli di estrogeni.

Spiegai alla mia paziente che per fortuna l'impedimento cognitivo, che si presenta in menopausa, di solito è temporaneo. Il cervello infatti ha la



Se il livello di estradiolo è elevato, sarà elevato anche il metabolismo energetico

LISA MOSCONI

grande capacità di compensare e ricorrere (come vedremo in seguito) ad altre fonti di energia. Ma nonostante questo recupero, circa un quinto di queste donne manifesterà una qualche forma di demenza alcuni decenni dopo la menopausa. È una malattia che colpisce le donne in maniera sproporzionata (una su cinque rischia di ammalarsi) rispetto all'uomo (uno su nove) a parità d'età. Tutto questo ha fatto pensare che la menopausa potesse avere un ruolo importante nella insorgenza della demenza senile per il calo degli estrogeni che espone il cervello a danni neurodegenerativi.

Ma è sufficiente tutto questo a far diventare la menopausa e gli estrogeni i principali responsabili della demenza senile nella donna? Un'ampia revisione della letteratura su questo argomento è stata pubblicata su *Agein Res. Rev.* nel febbraio scorso da **Aarti Mishra**, neuroimmunologa all'Università dell'Arizona a Tucson in USA e primo autore del lavoro. Dalla sua pubblicazione attingo i risultati più importanti che sono stati pubblicati negli ultimi anni in questo campo. Nella donna l'invecchiamento neurologico è un processo dinamico che si attiva con la menopausa. In questo periodo il metabolismo cerebrale si adatta alla significativa riduzione del metabolismo del glucosio dovuto al calo degli estrogeni. Questi cambiamenti sono guidati da interazioni tra il sistema metabolico e quello immunitario. Tutto ciò determina una riprogrammazione metabolica del cervello, che passa da una dipendenza quasi esclusiva a un unico combustibile (glucosio) alla utilizzazione di un combustibile ausiliario derivato dai lipidi, i *corpi chetonici*. In pratica il cer-

vello, adattandosi alla nuova situazione metabolica, è costretto a utilizzare (quasi una forma di autocannibalismo) gli acidi grassi, presenti nella sostanza bianca e nelle guaine mieliniche che proteggono i neuroni. Questa fonte di energia supplementare sembra avvenire soprattutto nelle forme di malattia più gravi in cui c'è maggior ricorso all'utilizzo della sostanza bianca. In questi casi le pazienti sono esposte a un rischio più elevato di demenza per la progressiva e irreversibile perdita di cellule nervose del cervello, associata alla formazione di proteine non solubili che formano le cosiddette *placche beta-amiloide*, che sono una presenza caratteristica dell'Alzheimer. Nel cervello di pazienti con malattia neurodegenerativa la proteina beta-amiloide si accompagna generalmente a *proteina tau* che, attorcigliandosi intorno al nucleo interno delle cellule, ne provoca la morte, bloccando il trasporto di nutrienti. Il sistema immunitario cerca di annullare queste alterazioni, o quanto meno di limitare i danni, provocando una risposta infiammatoria (neuroinfiammazione). In questa situazione entrano in giuoco le cellule della *microglia* – ovvero le cellule immunitarie del cervello – che in una situazione di normalità hanno un ruolo protettivo sul cervello: contrastano l'amiloidosi e rimodellano le connessioni sinaptiche. In pratica queste cellule immunitarie vigilano sul cervello e quando rilevano una molecola infetta o aberrante, come la beta-amiloide o detriti provenienti da cellule danneggiate, si attivano e per effetto di meccanismi di fagocitosi e di citotossicità fanno una vera e propria opera di sgombero e pulizia. Quando invece questi processi infiammatori si protraggono

## ALZHEIMER E ORMONI

nel tempo finiscono col favorire la progressione della malattia, perché in questo caso successivi rilasci di fattori citotossici e fenomeni di fagocitosi colpiscono anche i neuroni sani (una sorta di “fuoco amico”), ottenendo di conseguenza effetti neurotossici e neurodegenerativi. Tutti questi processi sono accelerati dalla presenza del genotipo *APOE4*, che costituisce il più grande fattore di rischio per l'Alzheimer, e determina non solo un inizio precoce della malattia, ma anche una progressione più grave.

Come si è detto in precedenza l'Alzheimer colpisce soprattutto le donne (una su cinque rischia di ammalarsi) rispetto all'uomo (uno su nove). Perché questa disparità? Secondo la neuroscienziata Lisa Mosconi questo dipende dal fatto che, “rispetto al cervello delle donne di età compresa tra i 40 e i 60 anni, il cervello degli uomini nella stessa fascia d'età non mostra segni di invecchiamento e le placche di beta-amiloide sono presenti in un numero inferiore di casi. Tutto questo è legato al fatto che il *testosterone*, così come l'estrogeno, ha una funzione neuroprotettiva. Durante l'andropausa però i livelli di testosterone non crollano in modo brusco e improvviso come avviene invece per l'estrogeno in menopausa”. Questo spiegherebbe perché gli uomini si ammalano di Alzheimer in minor numero rispetto alle donne.

Se così stanno le cose, se alla base dei processi neurodegenerativi vi è il deficit estrogenico della menopausa, basterebbe allora sottoporre ogni donna a terapia sostitutiva all'inizio della menopausa per ottenere almeno una riduzione dei casi di Alzheimer. Nella realtà le cose non sono così semplici e lineari. Negli anni a cavallo tra la fine del secolo scorso e i primi della duemila furono pubblicati diversi studi sulla terapia ormonale sostitutiva (generalmente un estro-progestinico) in menopausa. Contro ogni aspettativa, i risultati dimostrarono che in queste pazienti, oltre a registrare un maggior rischio di cancro alla mammella, di trombosi, di cardiopatie e infarti, non si aveva una riduzione delle probabilità di sviluppare una qualche forma di demenza nella terza età.

“La menopausa non provoca l'Alzheimer. È più che altro una finestra di vulnerabilità, soprattutto per le donne con rischi concomitanti”, afferma in uno studio del 2015 la neuroscienziata **Roberta Diaz Brinton**, direttrice del Center for Innovation in Brain Science presso l'Università dell'Arizona Health Sciences USA. E precisa che “a ben vedere vi è una differenza di circa 20 anni tra l'età media in cui una donna entra in menopausa, che è 51 anni, e quella in cui viene diagnosticata l'Alzheimer, in media tra i 70 e 75 anni. Anche la fase prodromica, cioè il periodo che intercorre fra patologia iniziale (comparsa di placche di beta-amiloide) e declino cognitivo totale, dura 20 anni”. Vi è quindi un ampio periodo della vita di queste pazienti in cui altre malattie concomitan-



Nella donna l'invecchiamento neurologico è un processo dinamico che si attiva con la menopausa

AARTI MISHRA



La menopausa non provoca l'Alzheimer. È più che altro una finestra di vulnerabilità, soprattutto per le donne con rischi concomitanti

ROBERTA DIAZ BRINTON



## PER SAPERNE DI PIÙ

Brinton R.D., Yao J., Yin F., Mack, Cadenas E.: *Perimenopause as a neurological transition state*. *Nat.Rev.Endocrinol.*, 11, 393-405, 2015

Gong J., Harris K., Peters S.A.E., Woodward M.: *Reproductive factors and the risk of incident dementia: A cohort study of UK Biobank participants*. *Plos.Med.*, 19(4):e1003955, 2022

Heneka M.T., Carson M.J., Khoury J.E. e coll.: *Neuroinflammation in Alzheimer's disease*. *Lancet Neurol.*, 14, 388-405, 215

Heneka M.T., McManus R.M., Latz E.: *Inflammasome signaling in brain function and neurodegenerative disease*. *Nat.Rev.Neurosci.*, 19, 610-621, 2018

Mishra A., Shang Y., Wang Y., Bacon E.R., Yin F., Brinton R.D.: *Dynamic Neuroimmune Profile during Mid-life Aging in the Female Brain and Implications for Alzheimer Risk*. *iScience*, 23, Article 101829, 2020

Mishra A., Wang Y., Yin F., Vitali F., Rodgers K., Soto M., Mosconi L., Wang T., Brinton R.D.: *A tale of two systems: Lessons learned from female mid-life aging with implications for Alzheimer's prevention & treatment*. *Ageing Res Rev.*, 74.101542, 2022

Mosconi L., Brinton R.D.: *How would we combat menopause as an Alzheimer's risk factor?* *Expert Rev.Neurother.*, 18, 689-691, 2018

Mosconi L., Berti V., Dike J., Schelbaum E. e coll.: *Menopause impacts human brain structure, connectivity, energy metabolism, and amyloid-beta deposition*. *Sci.Rep.*, 11, 10867, 2021

Nappi R., Sinforiani E., Mauri M., Bono G., Polatti F., Nappi G.

*Memory functioning at menopause: impact of age in ovariectomized women* *Gynecol. Obstet. Invest.*, 47, 29-36, 1999

Sarlus H., Heneka M.T.: *Microglia in Alzheimer's disease*. *J.Clin.Invest.*, 127, 3240-3249, 2017

Wang Y., Shang Y., Mishra A., Bacon E., Yin F., Brinton R. D.: *Midlife chronological and endocrinological transitions in brain metabolism: system biology basis for increased Alzheimer's risk in female brain*. *Sci. Rep.*, 10, 8528, 2020

ti (molte in stato preclinico) o genetiche (*APOE4*) possono giocare un ruolo importante nella insorgenza di malattie neurodegenerative. Si deve tener presente infatti che in circa un terzo dei casi di Alzheimer è presente un'altra patologia, come il diabete, l'obesità, la cattiva alimentazione e altri fattori prevenibili e curabili. La Brinton ipotizza che la menopausa e la conseguente mancanza degli estrogeni possano essere considerati come fattori che in qualche modo alterano gli equilibri dell'organismo. Tutto questo porta a pensare che questi fattori possano avere un qualche ruolo nello scatenare l'Alzheimer e che la loro gestione sia fondamentale per la prevenzione. Si discute ancora se utilizzare con le dovute precauzioni la terapia ormonale in menopausa a scopo preventivo. Uno studio, pubblicato lo scorso anno su *Alzheimers Dement (NY)* con la Brinton come principale autrice, ha evidenziato che le *terapie ormonali di precisione*, se utilizzate nella prevenzione della malattia di Alzheimer offrono risultati soddisfacenti. La neuroscienziata ha voluto precisare che “la chiave sta nel fatto che la terapia ormonale non è un trattamento, ma mantiene il cervello e l'intero sistema in funzione, portando alla prevenzione. Non sta invertendo la malattia, sta prevenendo la malattia mantenendo il cervello sano”.

Non tutti concordano sul ruolo protettivo degli ormoni. Ancora non è chiaro se in futuro potremo prevenire le neurodegenerazioni con queste sostanze. Nel frattempo è importante fare prevenzione utilizzando esami genetici e analisi cliniche in grado di evidenziare precocemente eventuali malattie, soprattutto di natura metabolica, che possono avere un qualche ruolo nell'insorgenza delle patologie neurodegenerative. Tocca soprattutto a noi ginecologi, come medici di genere, essere attente sentinelle per cogliere i primi sintomi di un disagio neurodegenerativo. In altri termini dobbiamo essere pronti a saper utilizzare sulle nostre pazienti la *medicina di precisione* per prevenire o quanto meno ritardare l'insorgenza dell'Alzheimer.

## DEMOGRAFIA / 1

Segue da pagina 7

gistrati 58.705 decessi attribuibili a Covid-19, in calo rispetto ai 77.165 del 2020. Tuttavia, nel 2020 una quota addizionale minima di decessi (16 mila) può essere attribuita ad altre patologie concorrenti o a una parziale sottocopertura di casi Covid-19 letali. Tale conteggio, che complessivamente dà luogo a un eccesso di mortalità pari a 93 mila unità nel corso del 2020, lo si vince ipotizzando rischi di morte costanti pari a quelli osservati nel 2019 (647 mila decessi attesi rispetto a 740 mila rilevati).

Applicando il medesimo metodo di calcolo ai dati 2021 emerge con maggior chiarezza un quadro generale di miglioramento della sopravvivenza, già documentato attraverso le precedenti analisi della mortalità assoluta e della speranza di vita. Infatti, con rischi di morte pari a quelli del 2019, nel 2021 i morti sarebbero stati 651 mila. Il surplus accertabile, rispetto ai 709 mila decessi totali, è dunque pari a circa 58 mila casi, pressappoco la stessa quantità di eventi di decesso attribuiti a Covid-19, senza ulteriore surplus come avvenuto nel 2020. Delle 58 mila unità stimate come eccesso di mortalità, circa 32 mila sono uomini e 26 mila donne, confermando che la pandemia colpisca letalmente soprattutto il genere maschile. In base all'età le perdite umane in eccesso si concentrano tutte dopo i 50 anni e risultano maggiori all'avanzare dell'età. Si registra un eccesso di mortalità nelle età più fragili, che per gli uomini interessa soprattutto le classi 80-94 anni (oltre 16 mila decessi in più), mentre per le donne prevale nella classe 85-99 anni (circa 18 mila).

A livello nazionale l'eccesso di mortalità rappresenta l'8% della mortalità riscontrata nell'anno (13% nel 2020) ma la situazione è molto varia sul piano territoriale. Nel Nord rappresenta il 7%, nel Centro l'8% e nel Mezzogiorno il 10% del totale. A livello regionale i valori variano dal 5% della Liguria al 17% del Molise, confermando un'immagine letteralmente capovolta rispetto al 2020.

### AUMENTO DELL'INCERTEZZA E FATTORI STRUTTURALI CONDIZIONANO LE NASCITE

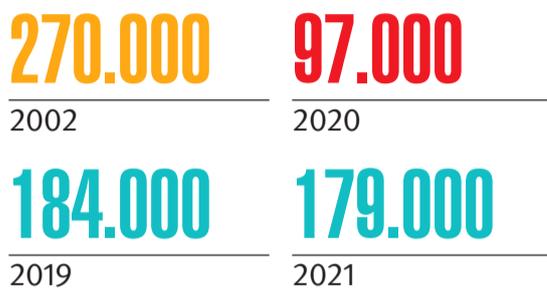
Il Covid-19, unitamente alle restrizioni forzate sul piano della mobilità residenziale e delle celebrazioni nuziali ha prodotto un impatto psicologico specifico nel 2020 (perlomeno a partire dal mese di marzo) che ha avuto conseguenti effetti sulle scelte riproduttive portate a termine nel 2021.

In aggiunta a tale fattore, se si fosse procreato con la stessa intensità e col medesimo calendario di fecondità del 2019, quando si registrarono 420 mila nascite, nel 2021 se ne sarebbero osservate circa 405 mila, anziché 399 mila. Dunque, il solo effetto strutturale legato al processo di invecchiamento e riduzione della popolazione femminile in età feconda comporta un calo, a parità di calendario riproduttivo, di almeno 15 mila nascite. L'ulteriore calo di 6 mila nascite sul 2020 è frutto della reale contrazione dei livelli riproduttivi espressi, sui quali gli effetti pandemici hanno inevitabilmente esercitato una funzione.

### SEGNALI DI RIPRESA DELLA NATALITÀ SUL FINIRE DELL'ANNO

Il numero medio di figli per donna si attesta nel 2021 a 1,25 figli per donna, dunque in lieve rialzo rispetto all'1,24 del 2020, nonostante l'ulteriore declino delle nascite. Ciò si deve, come detto, al deficit dimensionale e strutturale della popolazione femminile in età feconda, che si riduce nel tempo e ha un'età media in aumento. In prospettiva, al fine di contrastare la perduran-

### MATRIMONI IN ITALIA



te bassa natalità il Paese avrebbe bisogno non solo di fare molti più figli di quanti se ne facciano normalmente, ma anche di incrementare la base potenziale di chi potrebbe farli. Anche perché avere figli è sempre più una scelta rinviata nel tempo e, in quanto tale, ridotta rispetto a quanti idealmente se ne desiderano. L'età media al parto ha raggiunto i 32,4 anni (+0,2 sul 2020), un parametro che segna regolari incrementi da molto tempo (30,5 nel 2002).

Anche sul piano territoriale le variazioni su base annuale della fecondità sono di modesta entità, per quanto nel Nord e nel Centro il numero medio di figli per donna cresca, rispettivamente, da 1,27 a 1,28 e da 1,17 a 1,18. Stabile è invece il Mezzogiorno, fermo a 1,24 figli per donna come nel 2020. Troppo presto e troppo poco per poter valutare, come nel caso della mortalità, la presenza di un'accentuazione delle differenze territoriali di fecondità. Permane comunque solida la circostanza di molte regioni del Mezzogiorno (salvo Campania e Sicilia) ben al di sotto della fecondità espressa a livello nazionale. In particolare, Basilicata (1,10 figli per donna), Molise (1,08) e Sardegna (0,99) rimangono saldamente ancorate sul valore di rimpiazzo della sola madre (cioè a un figlio per donna) che non, idealmente, a quello della coppia di genitori.

La scelta di rinviare sempre più in avanti la decisione di avere figli accomuna tutte le realtà del territorio. Le neo-madri del Nord e del Centro, rispettivamente con età medie al parto di 32,5 e 32,8 anni, continuano a presentare un profilo medio per età più anziano rispetto a quelle del Mezzogiorno (32 anni). Ciononostante proprio in quest'ultima ripartizione si trovano le neo-madri mediamente più anziane del Paese, quelle sarde (33 anni) e lucane (33,1).

**SEGNALI DI RIPRESA PROVENGONO DALLA NUZIALITÀ.** Nel 2021 si è quasi tornati alla normalità grazie a 179 mila celebrazioni (3 per mille abitanti), quando nel 2020 se ne riscontrarono appena 97 mila (1,6 per mille). Non si tratta di un livello, quello espresso nel 2021, precisamente analogo a quello del 2019 (184 mila matrimoni) ma senz'altro in linea col trend discendente degli anni antecedenti la pandemia (270 mila matrimoni nel 2002).

Stante il positivo legame tra nuzialità e intenzioni riproduttive, considerato che tutt'oggi nel Paese almeno i due terzi delle nascite hanno origine all'interno del nucleo coniugale, la ripresa della nuzialità del 2021 potrebbe sottintendere un parziale recupero di nascite nel corso del 2022. In realtà, primi segnali per quanto timidi di ripresa si ravvisano già nell'ultima parte del 2021. A novembre e dicembre si sono registrate circa 69 mila nascite, il 10% in più di quanto rilevato nel medesimo periodo del 2020, ma sostanzialmente lo stesso valore osservato nel 2019.

## NUOVO DM 70

Segue da pagina 17

■ **Patologie della gravidanza oltre le 35 settimane (gestosi, crisi eclamptica, diabete gestazionale ...).** In realtà queste situazioni accadono frequentemente e da tale dato ne consegue che un PN di primo livello, se vuole assistere in sicurezza, deve dotarsi di una organizzazione, di una strumentazione e di competenze che non si discostano, per la parte ostetrica, da quelle di un PN di secondo livello. Un PN di secondo livello si differenzia dal PN di primo livello in quanto, disponendo di una sezione dedicata di medicina materno-fetale e di una TIN, può gestire gravidanze di epoca inferiore alle 34 settimane. La gestione di queste gravidanze diventa però, oltre ad una assunzione di responsabilità, un aggravio considerevole di costi, non riconosciuti. Frequentemente tali gravidanze a rischio necessitano di lunghi ricoveri, con controlli frequenti, seriati, anche per settimane. Queste pazienti impegnano in maniera intensiva il personale e la struttura, ma danno un rientro economico assolutamente inappropriato, in quanto il rimborso è parametrato esclusivamente sul parto, ed un ricovero lungo, che ha permesso di condurre quella gravidanza ad un'epoca di maturità fetale, con notevole riduzione dei costi di terapia intensiva neonatale, non è oggetto di adeguato riconoscimento economico. Il rimborso per la gestione di una gravidanza a rischio, realizzata tramite il Drg del parto è pertanto assolutamente insufficiente e non tiene in nessun conto l'impegno profuso in maniera costante per giorni e la necessità di avere una struttura col massimo della tecnologia attuale disponibile.

### RETE ONCOLOGICA

Nella rete oncologica dovrebbe essere maggiormente sottolineato che l'oncologia ginecologica deve essere gestita in maniera completa per la componente diagnostica e terapeutica chirurgica da ginecologi oncologi e che non può essere gestito da chirurghi generali, altamente competenti da un punto di vista di manualità chirurgica, ma privi delle competenze in campo riproduttivo o di benessere della donna in tutte le età, competenze specifiche e proprie del ginecologo. I chirurghi devono essere chiamati in consulenza o in partnership chirurgica quando la neoplasia interessa distretti differenti dalla sfera genitale interna o esterna. Nella dizione del punto 8.3 il ginecologo non viene nemmeno citato tra i partecipanti della rete oncologica. In tale punto viene scritto: "Organizzazione di percorsi per la conservazione della fertilità". Non vi è un accenno ai rapporti che dovrebbero instaurarsi tra la rete oncologica e la rete preservazione della fertilità che coinvolge i Centri Pma.

### In conclusione

La SIGO ritiene di porre all'attenzione del Ministro della Salute le seguenti considerazioni:

- revisione soglie di rischio di esito attuali per l'ostetricia
- revisione dei rimborsi per il parto spontaneo
- giusta considerazione e adeguato rimborso dell'attività di ricovero di lunga degenza nell'ambito della medicina materno-fetale
- inserimento nelle reti nazionali della rete della medicina della riproduzione
- maggiore considerazione del ginecologo oncologo nella rete oncologica
- maggiore rafforzamento delle connessioni tra rete oncologica, centri di preservazione della fertilità, rete di medicina della riproduzione.

## DIPENDENZA DA FUMO

Una cortina fumogena  
da provare a...

## D I R A D A R E

**Il fumo di tabacco fa male.**

È un fatto indiscutibile. Bisogna smettere di fumare. Parlare di questo argomento può essere scomodo e difficile: tuttavia, fare come lo struzzo non serve

**MEGLIO AFFRONTARLO** serenamente e scientificamente piuttosto che lasciarlo esclusivamente a soggetti non qualificati o peggio interessati. Una società scientifica come Aogoi ha a cuore la salute delle donne e dei loro figli, ben consapevole dei danni che concretamente, proprio a questi soggetti, il fumo di tabacco può recare; non può l'Aogoi quindi, non essere interessata ad un dibattito su come ridurre la problematica.

Il fumo di tabacco è comunque tossico e cancerogeno: su questo non può esserci alcuna esitazione o dubbio. Sappiamo bene che sono due gli aspetti di grave nocimento legato al consumo di tabacco: gli effetti della nicotina in esso contenuta e le sostanze tossiche e cancerogene che in quantità e numero rilevante si liberano dalla combustione del tabacco.

La principale e più dannosa caratteristica della nicotina è la capacità di assuefazione che si genera nel soggetto che ne fa uso e nel quale quindi viene creata la dipendenza tipicamente indotta da questa potente sostanza alcaloide. Le conseguenze della dipendenza dalla nicotina (a parte gli aspetti di tossicità) sono evidentemente tipiche delle droghe.

Sulla questione della tossicità e della cancerogenicità delle altre sostanze che vengono liberate a cause della combustione del tabacco ribadiamo che non ci possono essere dubbi.

I dati epidemiologici, raccolti nel corso delle diverse decadi, mostrano che il fumo di sigaretta causa una serie di gravi patologie (incluse quelle cardiovascolari, polmonari ostruttive, polmonari tumorali) e circa 8 milioni di morti all'anno nel mondo sono attribuibili direttamente o indirettamente al fumo di tabacco.

Gli effetti nocivi per la salute causati dal fumo di sigarette non derivano direttamente dalla nicotina che per altro è responsabile dello stato di dipendenza del fumatore, ma in realtà dalle sostanze tossiche prodotte dalla combustione del tabacco; tali prodotti sono definiti dalla Food and Drug Administration (FDA) americana come *Harmful or Potentially Harmfull Constituents* (HPHC). Tra queste sostanze, 79 sono classificate come cancerogene, 25 come tossiche per l'apparato respiratorio, 14 tossiche per lo sviluppo e la riproduzione e 12 tossiche per l'apparato cardiovascolare

Riguardo alle donne in particolare, il fumo di tabacco nuoce in maniera drammatica, potenziando ad esempio gli effetti dell'infezione da Papillo-



CARLO MARIA STIGLIANO

“ Tutta una serie di patologie legate alla salute riproduttiva sono conseguenza della dipendenza da fumo: dai disturbi del ciclo, alla PID, ai gravissimi e documentati danni alla gravidanza e al feto

mavirus a livello della cervice, facilitando quindi l'insorgenza del cervicocarcinoma e dei tumori Hpv correlati; ma tutta una serie di patologie legate alla salute riproduttiva sono conseguenza di questa dipendenza: dai disturbi del ciclo, alla PID, ai gravissimi e documentati danni alla gravidanza e al feto. In età post-menopausale il metabolismo osseo risente sfavorevolmente del pregresso abuso di tabacco con aspetti di maggior tendenza all'osteoporosi e all'invecchiamento della pelle. Il tabagismo poi costituisce un'importante controindicazione alla contraccezione estroprogestinica ed alla terapia ormonale sostitutiva.

Dunque, la discussione deve essere posta correttamente: il fumo di tabacco è estremamente nocivo sia per chi lo inala volontariamente sia per chi lo subisce passivamente e quindi l'unica accettabile proposta è smettere di fumare.

Sul come raggiungere questo obiettivo la discussione è aperta. Certo è ormai consolidata la constatazione che forme di proibizionismo oltre a non essere praticabili non hanno concrete possibilità di successo oltretutto rischiando di favorire forme di attività illegali.

Pertanto, la scelta non può non restringersi innanzitutto ad una attività di tipo educazionale soprattutto nei confronti dei giovanissimi; quindi, politiche di sostegno alle iniziative di supporto a chi vuole smettere di fumare. Va poi valutato l'uso di sistemi che comportino un minor rischio di fumo da tabacco - considerando con realismo e senza pregiudizi squisitamente teorici (ideologici?) - l'esigenza di ridurre il più possibile le conseguenze dannose del tabagismo.

In tempi recenti sono stati messi in commercio sistemi studiati per cercare di ridurre i danni da fumo di sigarette e al tempo stesso aiutare a staccarsi dal consumo di tabacco. Il principio su cui si basano questi dispositivi è quello di eliminare la produzione di sostanze legate alla combustione che come già detto sono la componente a maggior tossicità e francamente cancerogene. L'obiettivo fondamentale resta sempre quello di smettere di fumare, ma in ogni caso la ricerca del minor danno possibile è un bersaglio intermedio certamente apprezzabile.

Pertanto, l'uso di *devices* che riducano o addirittura azzerino gli effetti tossico-cancerogeni della componente non nicotinic del fumo evidentemente può essere preso in considerazione in base al principio che se non si riesce a smettere di fu-

mare si riducano le conseguenze peggiori di questa cattiva abitudine mantenendo l'obiettivo primario che è cessare di fumare.

Certo può sembrare paradossale discutere di lotta al fumo di sigarette con le multinazionali che producono questi dispositivi ma anche le sigarette! Eticamente è difficile da accettare ma anche i produttori di petrolio sostengono lo sviluppo di sistemi ad energie rinnovabili e non fossili e apparati di disinquinamento ambientale senza perplessità da parte di alcuno, anzi!

Un aspetto da considerare con attenzione quando si tratta di sistemi utilizzati per il consumo di tabacco senza combustione è certamente quello dei giovani e del rischio che questi prodotti inducano una falsa sicurezza nei confronti dei danni alla salute e quindi siano in un certo senso "accettabili". Dunque, i giovani e il rischio di induzione al fumo. Probabilmente il tema più caldo quando si affronta l'argomento della riduzione del danno legato al fumo. Il rapporto dello scorso febbraio 2021 di Eurobarometer, organo di consultazione pubblica della EU, ci dice che in Italia, solo l'1% degli intervistati (oltre 28mila nei 27 Stati membri) ha indicato la sigaretta elettronica ed i prodotti a tabacco riscaldato come primo prodotto utilizzato, a confronto del 93% degli intervistati che ha ammesso di aver iniziato con le sigarette tradizionali o rolate.

**IN CONCLUSIONE**, siamo consapevoli delle difficoltà di un tema così complesso e vischioso come quello della lotta al fumo di tabacco ma riteniamo utile portare il nostro contributo sul piano scientifico e nell'interesse delle donne.

Per le donne fumatrici inveterate che non riescono o non vogliono cessare il fumo o hanno fallito nei loro tentativi di smettere, il principio della riduzione o almeno della minimizzazione del danno può essere ottenuto - analogamente a quanto si attua nei confronti di altre dipendenze - deviando le fumatrici abituali verso prodotti cosiddetti *smoke-free*, cioè sistemi a tabacco riscaldato con lo scopo evidente di abbassare il rischio individuale e il danno sociale vs il prolungarsi del consumo di tabacco.

In questa direzione è importante che anche le Società scientifiche si adoperino per un esame obiettivo e scevro da pregiudizi al fine di influire positivamente sulla riduzione del danno individuale e sociale causato dal fumo di tabacco.

## La Fnomceo accende i riflettori sulla “Questione Medica”

# Medici stanchi e stressati, se potessero andrebbero subito in pensione

**Un terzo dei medici italiani, potendo, andrebbe subito in pensione.**

**A sognare di poter barattare istantaneamente il camice bianco con una panchina al parco è proprio la “fetta” più giovane della professione: il 25% dei medici tra i 25 e 34 anni e il 31% di quelli tra i 35 e i 44 anni**

**È QUESTO IL DATO** che illustra sinteticamente quanto si siano deteriorate le condizioni di lavoro dei medici italiani negli ultimi anni, al punto che molti di loro abbandonerebbero la professione, se potessero. Uno scenario emerso dall'indagine quantitativa “La condizione dei Medici a due anni dall'inizio della pandemia da Covid-19” condotta dall'Istituto Piepoli su input della Fnomceo e presentata Roma, nell'ambito della Conferenza nazionale sulla Questione Medica promossa proprio per accendere i riflettori sulle condizioni di lavoro dei professionisti medici italiani. D'altra parte, osservano gli stessi, “con il Pnrr si parla tanto di rilancio del Ssn, delle strutture e delle tecnologie, ma poco e niente del rilancio delle professioni”.

“All'aumento del Fondo sanitario nazionale – ha osservato il presidente della Fnomceo, Filippo Anelli, nel suo intervento – non è poi corrisposto un analogo impegno teso a rimuovere le conseguenze sulla professione medica di quella stagione dei tagli in sanità che oggi tutti insieme condanniamo”. E così le indagini, come quella promessa dalla Fnomceo, continuato ad evidenziare “aree di criticità e di malessere della professione, al punto che sono tanti i sanitari che all'entusiasmo iniziale per una professione definita ‘la più bella del mondo’ oppongono la rassegnazione o addirittura l'abbandono di questa professione oramai soffocata da compiti impropri, carichi di lavoro insostenibili anche per la grave carenza di personale e da direttive spesso non calate nella realtà del sistema”.

Per Anelli, dunque, “oggi serve da parte dello Stato e delle Regioni un intervento straordinario che colmi le carenze e restituisca alla Professione medica quel ruolo che merita”. Servono “risorse e riforme per ridare dignità ai medici e ai professionisti garantendo loro autonomia e diritti”. Servono “norme specifiche da parte del Parlamento per garantire quel ruolo sociale che la Costituzione affida alla Professione medica quale garante dei diritti come quello alla vita, alla salute, all'uguaglianza, alla autonoma determinazione sulle scelte relative alla propria salute, alla libera ricerca e alla libera scienza”.

### **I RISULTATI DELLA RICERCA.**

Andando ai risultati della ricerca, condotta attraverso la somministrazione di 500 interviste tra il 21 e il 28 marzo scorso su un campione rappresentativo di medici uomini e donne, è emerso in modo rilevante l'aumento in pandemia dei carichi di lavoro per il 70% dei medici ospedalieri,

per il 75% dei medici del territorio, per il 36% degli specialisti ambulatoriali e per il 23% degli odontoiatri, con quasi 1 medico ospedaliero su 5 costretto a cambiare reparto (un cambiamento difficile, nel 75% dei casi). Un impegno gravoso che ha avuto ripercussioni - lo pensano il 40% sia dei medici sul territorio sia degli ospedalieri - anche sul rapporto di fiducia con i cittadini e che ha provocato, insieme alle difficoltà organizzative, stress e preoccupazione nella stragrande maggioranza dei professionisti, il 71%. Si dichiara “stressato” il 90% dei medici del territorio, il 72% dei medici ospedalieri, l'80% degli specialisti ambulatoriali, il 62% degli odontoiatri. Un medico del territorio su 10 ha riscontrato problemi di salute che prima non aveva. D'altro canto, il 53% dei medici dichiara che molti cittadini hanno rinunciato a cure importanti, spesso interrompendole dopo averle iniziate, per colpa della pandemia.

**SONO NUMEROSE LE SEGNALAZIONI IN LETTERATURA CIRCA IL BURNOUT DEI MEDICI.** “Medici e tirocinanti si stanno esaurendo a ritmi allarmanti”, si legge in uno dei tanti lavori pubblicati. Infatti, “storicamente, la medicina è stata caratterizzata da condizioni di lavoro difficili oltre a disattenzione al benessere e alla cura di sé da parte del medico”. Secondo l'indagine dell'Istituto Piepoli il 24% dei medici di continuità assistenziale ha presentato problemi di salute, come disturbi del sonno, stress ansia e paura, analogamente al 10% dei Mmg, al 4% dei medici ospedalieri e il 3% degli odontoiatri.

L'aumento dei carichi di lavoro ha sottratto tempo alla famiglia, al riposo, alla vita privata. Nel corso degli ultimi due anni, la maggioranza dei medici del territorio (55%) e degli ospedalieri (44%) ha dovuto rinunciare o ridurre i giorni di ferie. Conciliare la gestione familiare con quella lavorativa è diventata un'impresa per i medici del Ssn. Quasi tre medici del territorio su quattro non sono riusciti a mettere d'accordo lavoro e famiglia durante l'emergenza sanitaria. Lo stesso è accaduto al 62% dei medici ospedalieri. Sempre i tre quarti dei medici territoriali e il 66% degli ospedalieri non hanno tempo per la vita privata.

Il Covid, imponendo il distanziamento sociale, ha dato impulso ai consulti da remoto: li hanno offerti la metà dei medici, con punte del 65% tra i medici di medicina generale. Sette medici su dieci non gradiscono i trattamenti da remoto, i consulti on line e telefonici, che hanno invaso la vita privata della maggioranza, il 58%, dei medici italiani. Lo denuncia l'82% dei medici del territorio, il 64% degli ospedalieri, il 45% degli Odontoiatri,



## QUESTIONE MEDICA



## Il manifesto

Dalla carenza di medici al burnout, dal riconoscimento di diritti alla revisione dei percorsi di formazione, dalla sicurezza sul lavoro agli accordi contrattuali, molte le tematiche trattate nel Manifesto in 20 punti presentato alle istituzioni e sottoscritto da Anaao Assomed; Andi; Cimo Fesmed; Cimop; Csil Medici; Fimmg; Fimp; Fismu; Fvm; Nuova Ascoti; Sbn; Smi; Snr; Sumai Assoprof e Uil Fpl Medici.

**Questi i temi sui quali i medici e gli odontoiatri italiani chiedono una risposta:**

1

Carenza dei medici: eliminare il tetto al fondo 2004 e raddoppiare e aumentare l'attrattività per le borse per la Formazione Specifica in Medicina Generale al fine di impostare una corretta programmazione degli organici, sia per il personale dipendente che convenzionato, per i prossimi 10 anni.

2

Al fine di consentire l'attuazione dei nuovi modelli organizzativi e strutturali della sanità previsti dal Pnrr e fornire quella risposta straordinaria richiesta, appare indispensabile definire le risorse economiche per i rinnovi dei Ccnl e degli Acn nonché del Fondo per la specialistica accreditata.

3

Prevedere per il personale medico dipendente del privato, accordi contrattuali omogenei all'interno del Ssn, pubblico e privato, garantendo una adeguata dotazione qualitativa e quantitativa degli organici, un trattamento retributivo equiparato al settore pubblico, l'equiparazione dei titoli di carriera pubblico privato.

4

Assicurare il benessere psicofisico di tutti i medici garantendo un numero adeguato di personale sanitario e amministrativo, ad esempio per la Medicina generale, prevedendo un aumento del Fondo aziendale dei fattori produttivi di cui all'art.47 lettera d Acn.

5

Salvaguardare il modello specifico della Pediatria di libera scelta, strumento unico ed indispensabile per garantire con l'attività di prevenzione la crescita di un bambino sano che diventi un adulto in buona salute.

6

Riconoscimento della condizione di lavoro usurante e incremento del Fondo specifico per valorizzare le competenze dei medici del Servizio 118 e del Pronto Soccorso. Valorizzare il lavoro notturno.

7

Riconoscimento normativo delle attività professionalizzanti e assistenziali dei medici in Formazione.

8

Completamento orario per il pieno utilizzo di tutte le risorse professionali convenzionali del Ssn nel territorio, ad esempio aumento del monte ore della specialistica ambulatoriale.

9

Tavolo di confronto permanente tra ministero della Salute e Fnomceo per valorizzare il ruolo Medico per:

- deburocratizzare l'atto medico (Piani Terapeutici) e semplificare le procedure autorizzative per l'esercizio della libera professione
- valorizzare il ruolo sociale del medico anche attraverso provvedimenti normativi
- assicurare maggiore incisività alla Professione medica nella governance del Ssn
- salvaguardare l'autonomia professionale
- tutelare l'atto medico nei processi di Telemedicina

**“La Professione medica e odontoiatrica deve essere presente in un progetto di rinnovamento della politica sanitaria nazionale qual è quello che dovrà essere attuato con le risorse che il Pnrr sta ponendo a disposizione – si legge nella premessa – va costruita una nuova assistenza sanitaria, un nuovo Ssn anche per superare disuguaglianze e disomogeneità nelle diverse aree del Paese”.**

10

Istituzione di un Osservatorio nazionale sulla tutela dei diritti e delle condizioni lavorative dei medici, a valenza consultiva, con le Oo.Ss. presso il ministero della Salute

11

Riconoscimento della peculiarità della condizione femminile nei Ccnl, negli Acn e nella Professione medica

12

Assicurare le migliori condizioni di sicurezza nei luoghi di lavoro e sostenere tutti i processi di risk management

13

Riconoscimento del burnout come malattia professionale.

14

Revisione dei percorsi di formazione (anche formazione continua) da orientare nella presa in carico e nella cura della Persona intesa nella sua specificità piuttosto che soltanto nell'approccio impersonale/generalizzato alla malattia sostenendo la cultura del rispetto ambientale quale determinante fondamentale della salute di tutti.

15

Valorizzazione della appropriatezza nel Ssn per contrastare l'uso consumistico e commerciale della sanità.

16

Individuare la Stp (società tra professionisti) come l'unica modalità di esercizio in forma societaria dell'attività medica e dell'attività odontoiatrica.

17

Garantire ai professionisti italiani le stesse opportunità e risorse previste per la piccola e media impresa nonché un equo compenso per i professionisti.

18

Fattiva integrazione tra tutte le risorse e gli attori della sanità (medici di famiglia, ospedali e case di comunità, il distretto, le strutture accreditate esterne e la libera professione) in modo da valorizzarle e sfruttarne tutti i punti di forza.

19

Ampliare i Lea in Odontoiatria.

20

Favorire la libera scelta del curante anche nei percorsi di cura erogati dalle assicurazioni e dalla sanità integrativa.

il 41% degli specialisti ambulatoriali. Ciononostante, quattro medici su dieci continueranno a offrirli ai pazienti, perché li ritengono un servizio a loro gradito.

“Sono tanti i colleghi che non si riconoscono più in una professione mortificata da carichi di lavoro abnormi, ad esempio nei pronto soccorso e nel 118, e da un'invadenza burocratica che soffoca l'autonomia professionale – ha affermato Anelli – la prescrizione farmaceutica e le prestazioni diagnostiche sono oramai appesantite da orpelli, modelli, piani terapeutici e quant'altro, utili solo a sottrarre al medico quel tempo che invece avrebbe dovuto garantire al cittadino perché, come richiama la legge 219 del 2017, ‘il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura’”. Sono inoltre tante le ore in più svolte, spesso in violazione delle norme, senza essere totalmente o parzialmente retribuite. Il 64% dei medici ospedalieri e il 73% dei medici del territorio non ha neanche potuto usufruire in maniera totale o parziale delle ferie. Il 74% dei medici del territorio e il 66% dei medici ospedalieri non ha a disposizione un adeguato tempo libero per vivere la sua vita privata e familiare.

“Il tema del rispetto dei diritti dei lavoratori – aggiunge il presidente Fnomceo – diventa così cruciale per garantire serenità ed efficienza lavorativa. Diritti non ancora completamente esigibili da parte delle donne!”. Il 38% delle donne medico comprese tra 25 e 34 anni si sentono infatti discriminate, in quanto donne, sul lavoro. La metà dei medici donne più giovani ritiene di non essere tutelata sul lavoro nello stato di maternità.

Ecco perché appare opportuno istituire un Osservatorio nazionale sulla tutela dei diritti e delle condizioni lavorative dei medici, a valenza consultiva, presso il Ministero della Salute, al fine di monitorare proprio il rispetto dei diritti dei lavoratori, conclude la Fnomceo.

**FINORA, INVECE, I MEDICI SI SONO SENTITI ABANDONATI DALLE ISTITUZIONI:** hanno giudicato i provvedimenti adottati non adeguati ad agevolare l'attività professionale quotidiana. Un giudizio unanime, espresso dal 72% dei medici intervistati. Analogo parere è stato espresso dal 52% dei medici e odontoiatri sui percorsi di sicurezza messi in atto negli ultimi due anni. Processi che hanno creato uno scollamento tra i professionisti e le istituzioni, in particolare le Regioni. Buona parte del mondo medico e odontoiatrico, il 59%, non si è sentito tutelato dalle Istituzioni. Lo dichiarano il 75% dei medici del territorio, ma anche il 62% dei medici ospedalieri, il 52% degli odontoiatri.

BURNOUT CORSO AOGO1

# Cosa ci sta succedendo? Capire e prevenire il fenomeno del burnout per salvare la sanità pubblica

L'espressione **burnout**, che in italiano può essere tradotta con termini come "bruciarsi, esaurirsi, scoppiare, spegnersi", indica il logorio professionale caratteristico delle professioni di aiuto (ad esempio operatori sanitari, psicologi, insegnanti, forze dell'ordine, assistenti sociali).

Durante la **pandemia da Covid-19**, si è osservato un notevole aumento dei casi di burnout tra gli operatori sanitari, a seguito dell'aumento della pressione lavorativa, sia fisica che psico-emozionale. Tuttavia, al termine dell'emergenza pandemica, ci siamo resi conto che il grave disagio lavorativo tende a diffondersi sempre più, rischiando di far collassare il nostro Sistema sanitario.

## COSA SI INTENDE PER BURNOUT?

L'Oms ha incluso il *burnout* nella nuova versione dell'undicesima "International Classification of Diseases" (ICD-11), in vigore da gennaio 2022. La sindrome è stata inserita nel capitolo "Fattori che influenzano lo stato di salute"; non è quindi considerata una condizione medica o una malattia in sé, ma uno stato di esaurimento psico-fisico, che può rendere la persona affetta maggiormente vulnerabile a malattie.

Alcuni sintomi, come frequenti cefalee, senso di fatica, dolori diffusi, insonnia, se accompagnati da stress sul luogo di lavoro, devono essere considerati un campanello d'allarme.

L'evoluzione dei modelli di relazione medico-paziente ha avuto un ruolo importante nel diffondersi del *burnout*.

Il lavoro del medico, il concetto di salute e la relazione medico-paziente hanno subito in questi ultimi decenni sostanziali cambiamenti. Dai tempi di Ippocrate e fino alla fine dell'800, il rapporto medico-paziente era di tipo paternalistico e la pratica clinica era basata sulla prescrizione di cosa fare o non fare, senza necessità di consenso, partendo dal presupposto che il medico avesse la competenza necessaria per decidere in favore e per conto del malato. Questo modello non riconosceva al paziente la capacità di autodeterminarsi e prendere decisioni in merito alla propria salute; la condivisione delle scelte terapeutiche non era contemplata. Il medico svolgeva la sua attività professionale come una missione e dal punto di vista sociale era considerato un privilegiato, "al di sopra" delle persone assistite.

La salute era definita come "assenza di malattia" (Oms) secondo un modello biologico, centrato sulla malattia e non sulla persona. Questo poneva il medico al riparo dal "contagio emotivo" con la persona sofferente. L'errore medico era accettato come un evento che non poteva essere evitato ed il medico poteva agire senza timore di ritorsioni legali.

Nel tempo, la pratica medica si è evoluta orientandosi verso un modello "*patient centred*", basato sull'empatia e sulla condivisione attiva dei percorsi diagnostico-clinici. Il modello di riferi-



mento del concetto di salute è diventato quello bio-psico-sociale, secondo il quale la malattia, così come la salute, sono il risultato della complessa interazione tra fattori biologici (genetici, biochimici), fattori psicologici e comportamentali, fattori sociali (culturali, familiari, socioeconomici). L'Oms ha ridefinito il concetto di salute in senso più esteso, come "*uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale*" e non semplicemente "assenza di malattie o infermità".

Ci si è resi conto di quanto fosse importante la consapevolezza dell'assistito per ottenere l'aderenza alle cure. Questo importantissimo passaggio è stato segnato anche da un cambiamento dei termini utilizzati: il termine "paziente", indicativo di un'esecuzione passiva delle prescrizioni e sopportazione della sofferenza, è stato sostituito con: "persona assistita" dotata di autodeterminazione e consapevolezza. Questo nuovo modello di pratica medica, caratterizzato dal "prenderci cura" e non dal semplice "curare", ha comportato per i medici un carico maggiore, sia emotivo, perché il contatto è con la persona e il suo contesto, non solo con un organo malato, sia educativo: le persone hanno il dritto e il dovere di essere informate sulla propria salute e sui rischi che corrono con le varie opzioni; devono essere messe nella condizione di condividere il percorso diagnostico-terapeutico proposto. Tuttavia, parlare di salute sta diventando sempre più difficile, perché molti cercano le informazioni rivolgendosi al "Dr. Google", insomma lavoro sempre più com-

plesso... I medici tendono ad abbandonare la professione prima del tempo, mentre i giovani vanno all'estero. Questo comporta per chi resta turni più pesanti. Le liste d'attesa si allungano, Pronto Soccorso affollati, gli assistiti sono insoddisfatti e i medici, sottoposti a stress intenso rischiano essere più soggetti a *burnout* e di commettere più errori.

**SE VOGLIAMO DAVVERO SALVARE LA SANITÀ PUBBLICA È INDISPENSABILE UNA RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO** che garantisca una qualità di lavoro adeguata per la tutela sia dei medici e di tutto il personale sanitario, sia delle persone assistite. Se vogliamo che i giovani continuino a scegliere questa professione è indispensabile ri-stabilire una alleanza strategica fra il medico e la persona assistita con un dialogo reciproco che rispetti la competenza dell'uno e la consapevolezza dell'altro.

## FONTI

Emanuel EJ& Emanuel LL. Four models of the Physician-patient relationship. JAMA. 1992; 267 (16): 2221-6.

Hartzband P, Groopman J. Physician Burnout, Interrupted. NEJM. 2020; 382(26):2485-2487

Moia-Vegni. La visita medica centrata sul paziente. Raffaello Cortina Editore. 2004.

Parretti D, Scarponi S. SIMG. Febbraio 2012.

West CP, et al. Physician burnout: contributors, consequences and solutions (Review). J Intern Med. 2018; 283: 516-529.



ELSA VIORA

## CONSULENZA TECNICA DI UFFICIO



Preferisco essere giudicato da un mio nemico competente piuttosto che da un mio amico incompetente

BERTRAND RUSSELL

# La consulenza tecnica d'ufficio e la perizia nell'accertamento della responsabilità sanitaria

**FRANCESCO TALLARO**  
Magistrato, Catanzaro

**ISABELLA AQUILA**  
Ricercatore presso la cattedra di Medicina Legale e in Ginecologia e Ostetricia

**DOMENICO COREA**  
Specialista in Medicina Legale e in Ginecologia e Ostetricia

## 1 LA FUNZIONE DELLA CONSULENZA TECNICA D'UFFICIO E DELLA PERIZIA

Il compito della consulenza tecnica d'ufficio (CTU) nel processo civile e della perizia nel processo penale è quello di porre il giudice nelle condizioni di valutare questioni tecniche e di esaminare sotto il profilo scientifico gli elementi già acquisiti al processo; a tal fine, gli istituti processuali in esame provvedono ad aiutare il magistrato a leggere e ad interpretare i fatti acquisiti al processo mediante l'istruzione, in modo che sulla base di tali elementi egli possa operare le proprie valutazioni ed eventualmente emettere la decisione finale.

In sostanza, il *consulente tecnico* ed il *perito* non svolgono funzioni di tipo investigativo: essi non devono cercare ed acquisire al procedimento elementi probatori idonei ad accertare la verità; i *consulenti* hanno piuttosto un compito ausiliario, sorreggendo il giudice nel suo sforzo di comprendere il significato e la rilevanza del materiale probatorio acquisito secondo le ordinarie regole processuali.

La giurisprudenza ha specificato che non si tratta di un tecnico posto di fronte al giudice per esprimere un parere, bensì di un ausiliario del giudice che non solo è in grado di rispondere a quanto di tecnico gli viene richiesto, ma che è posto "accanto" al giudice e assiste quest'ultimo, che si avvale della sua particolare esperienza tecnica in campi specifici quando lo reputi necessario ai fini della definizione della lite. Ciò è tanto vero che dal consulente tecnico e dal perito vengono pretese quelle garanzie di imparzialità che sono tipiche del giudice, sicché a tali figure vengono estesi gli istituti dell'astensione e della ricsuzione. La CTU e la perizia, peraltro, possono avere, specie in ambito medico, un compito ulteriore, di *carattere percettivo*, rispetto alla funzione generale sopra descritta.

In pratica, vi sono elementi della realtà che debbono essere oggetto della valutazione del giudice, ma che non possono essere rappresentati nel processo attraverso la narrazione di un testimone o l'esibizione di un documento. Si pensi alla

diminuzione della funzionalità di un arto: è chiaro che il magistrato non sarebbe in grado di percepirla correttamente nella sua gravità attraverso il solo racconto dei familiari del soggetto in questione che, sentiti come testimoni, narrino della difficoltà del congiunto di muovere l'arto; né sarebbe sufficiente una rappresentazione fotografica, cinematografica o radiografica dell'arto lesa. Un magistrato che fosse anche esperto in ortopedia, in ipotesi, potrebbe esattamente percepire la portata della menomazione, sottoponendo a visita medica il soggetto di cui si tratta. Ma siccome è ben improbabile che un magistrato possieda sufficienti conoscenze mediche idonee a sottoporre ad esame clinico il soggetto della cui salute si controverte, e peraltro il divieto processuale dell'uso della scienza privata da parte del giudice sarebbe di ostacolo ad una simile attività, viene in soccorso la figura del *consulente tecnico* o del *perito*.

Un soggetto professionalmente qualificato, quindi, debitamente incaricato dal giudice, sottopone a visita medica il soggetto, riferendo all'Autorità delegante ciò che egli ha *percepito* ed *accertato*.

In tali ipotesi, che, come anticipato, si verificano usualmente quando venga in rilievo dinanzi all'Autorità giudiziaria un'attività medica, si parla di *consulente tecnico*, o di *perito*, *percipiente* (mentre di regola la consulenza o la perizia è solo *deducente*).

In ogni caso, tanto in caso di *consulenza tecnica* o di *perizia deducente*, che nell'ipotesi in cui l'ausiliario sia anche *percipiente*, è necessario che il *consulente tecnico* ed il *perito* abbiano a disposizione quel bagaglio di conoscenze scientifiche e di esperienza pratica che, applicate con una *forma mentis* medico legale, permettano loro di improntare l'attività richiesta al rispetto delle norme processuali, al maggiore rigore scientifico e logico possibile, alla massima obiettività e serietà di valutazione.

Errate valutazioni sulla pratica medica inducono in errore il giudice e spiegano, nel tempo, effetti deleteri di ampia portata e su vari fronti.

È chiaro che il cittadino danneggiato che non veda riconosciuto in giudizio il pregiudizio subito per cattiva pratica medica può perdere la fiducia nel sistema sanitario e nel sistema giudiziario. D'altra parte, le erronee valutazioni dell'operato medico possono portare a conseguenze nefaste per il singolo professionista, ma, alla lunga, anche ad importanti e negative ricadute sociali: il riconoscimento di una colpa sanitaria non si esaurisce con la condanna del medico ma, nel tempo, causa danni di ben più ampia portata che investono anche *la salute del medico*, *l'aumento del contenzioso giudiziario*, *l'aumento dei premi assicurativi*, *la stessa qualità (condizionandola in modo negativo) delle prestazioni mediche*.

## 2 PROBLEMATICHE EMERGENTI

Sempre più frequentemente i cittadini che ritengono di essere stati ingiustamente danneggiati da una determinata procedura diagnostico-terapeutica si rivolgono all'Autorità giudiziaria, penale o civile. Pur senza entrare nel merito dell'analisi di una siffatta tendenza, un tale stato di cose impone senza dubbio una maggiore attenzione nei confronti dell'intero processo valutativo che porta ad affermare o negare la responsabilità del medico e, segnatamente, del sanitario che si occupi di ecografia ostetrica.

Inoltre, di pari passo con lo sviluppo delle conoscenze scientifiche e con l'aumento delle aspettative dell'utenza, sono stati introdotti nella pratica medica comportamenti predefiniti e paradigmatici (*protocolli e linee-guida*) e metodiche di contenimento del rischio clinico che rendono sicuramente più complesso rispetto al passato l'accertamento di un'eventuale responsabilità medica. In altri termini, configurandosi la Medicina sempre più come Scienza e sempre meno come Arte, il giudizio sull'improprietà di un determinato trattamento medico non può essere affidato all'intuito clinico del *consulente tecnico d'ufficio* o del *perito*, o a sommarie valutazioni (per quanto possano provenire da professionisti autorevoli), ma deve formarsi attraverso una serie di passaggi che partano da una *analitica disamina* dei





fatti e della documentazione sanitaria, passino al vaglio della *competenza e dell'esperienza* del professionista designato dal giudice come proprio ausiliario (che dovrà giovare anche della migliore Letteratura Scientifica in materia), ed entrino in un *procedimento logico* che sostenga *razionali e basate motivazioni* che, finalmente, portino al *giudizio finale*.

Un ulteriore elemento di difficoltà è dato dall'estrema parcellizzazione della medicina, divisa in molte *subspecialità* nell'ambito di una stessa disciplina; il che impone all'ausiliario del magistrato il possesso di una competenza e di un'esperienza nell'ambito della *subspecialità* relativa alla prestazione in oggetto ed al conseguente danno lamentato.

Inoltre, la *interdisciplinarietà*, che sempre più caratterizza la gestione di molti casi clinici, introduce un ulteriore fattore di difficoltà nell'attribuzione di specifiche responsabilità a carico delle singole figure di sanitari e/o a carico della struttura complessivamente considerata.

Infine, la rapida evoluzione delle conoscenze in Medicina e l'altrettanto rapida diffusione ed applicazione delle stesse nelle varie realtà assistenziali, fa sì che l'ausiliario, per adempiere in modo ottimale il proprio incarico, debba possedere una conoscenza di *tipo storico* della disciplina e della sua evoluzione negli anni (spesso il *consulente tecnico* ed il *perito* si trovano a dover esprimere un parere su fatti accaduti anche diversi anni prima).

L'ausiliario del magistrato deve considerare nel loro giusto valore questi fattori che collocano la *consulenza tecnica* e la *perizia* in una prospettiva diversa da quella di appena qualche decennio addietro ed adottare, come si dirà in seguito, tutti gli accorgimenti necessari per evitare azioni od omissioni che possano inficiare la validità (*formale e/o sostanziale*) della *consulenza* stessa.

### 3 LA TECNICA REDAZIONALE DELLA PERIZIA

La relazione di *consulenza tecnica* assume un'importanza fondamentale.

Eseguiti gli accertamenti demandati, infatti, l'au-

siliario del giudice deve esporne i risultati per mezzo della relazione, di regola scritta. La relazione di consulenza tecnica e di perizia medica dovrà essere composta da:

**un'epigrafe**, in cui vengono indicati gli estremi del procedimento (e, nel processo civile, anche delle parti);

**una parte narrativa**, in cui si dà atto di tutte le operazioni svolte (a corredo di tale parte vi è, di regola, il verbale che rappresenta per iscritto le operazioni svolte);

**una parte descrittiva dei documenti esaminati e dell'esame obiettivo**, e cioè l'illustrazione complessiva dei fatti su cui si basa la sua valutazione;

**una parte valutativa**, detta anche discussione medico-legale, in cui il professionista espone le proprie considerazioni;

**l'eventuale esame delle note critiche** ricevute dalle parti (meglio: dai loro difensori e consulenti);

**una parte conclusiva**, in cui vengono brevemente ricapitolate le conclusioni cui si sia giunti.

Nello svolgimento della relazione, il *consulente tecnico* ed il *perito* debbono tenere conto dell'uso processuale che si farà di tale relazione e del fatto che i destinatari della stessa (il giudice, *in primis*, ma anche le parti, pubblica o private) non sono dei tecnici.

Grande attenzione deve essere dunque accordata al linguaggio, che non deve mirare a fare sfoggio di sapienza, ma deve essere comprensibile, con eventuale spiegazione dei termini tecnici che non siano di uso frequente in ambito giudiziario. Così, nell'illustrare i risultati del proprio lavoro, l'ausiliario del giudice non deve dare per scontata alcuna nozione che, pur palese per un tecnico, tale potrebbe non essere per un giurista o anche per la parte in causa.

Il *consulente* ed il *perito* debbono curare di dare risposta a tutti i quesiti indicati dal giudice, evitando però di trattare profili non richiesti o comunque non pertinenti.

Il *consulente* deve aver ben presente che vi è il divieto della scienza privata del giudice, e che solo

“

Nel processo civile, laddove vi è un'immediata contrapposizione di interessi è pressoché certo che almeno una delle parti, quella nei cui confronti le valutazioni operate dal consulente abbiano un effetto di disfavore, cercherà di evidenziare i profili di criticità dell'operato del tecnico nominato dal giudice

il materiale ritualmente introdotto nel processo è utilizzabile ai fini della decisione. Così, laddove faccia riferimento ad elementi conoscitivi estranei al processo ma ugualmente utilizzabili, perché consistenti in fatti che rientrano nell'ambito strettamente tecnico ed indispensabili ai fini delle valutazioni demandatigli (*ad es. linee-guida, protocolli, barèmes medico legali*), deve curare di introdurli nel processo (*ad es. indicandoli espressamente ed allegando la relativa documentazione alla relazione di consulenza o peritale*).

Così, il *consulente tecnico dell'ufficio*, chiamato nell'ambito del processo civile ad indicare il grado di invalidità permanente residuo ad un soggetto quale esito di un caso di *malpractice* medica, deve indicare al giudice quali *barèmes* abbia utilizzato, possibilmente inserendo tra gli allegati alla consulenza copia degli stessi (quanto meno nella parte rilevante); analogamente il consulente che deve valutare l'attività di un ginecologo chiamato a rispondere di responsabilità professionale, laddove lamenti una negligenza dello stesso consistente nel non aver seguito linee-guida previste per quel caso, deve indicare con precisione queste ultime ed, eventualmente, allegarle alla relazione.

Nel processo civile, soprattutto, laddove vi è un'immediata contrapposizione di interessi (mentre nel processo penale vi è una parte, il pubblico ministero, che ha una funzione "imparziale", e non è portatore di un interesse personale alla condanna dell'imputato), è pressoché certo che almeno una delle parti, quella nei cui confronti le valutazioni operate dal consulente abbiano un effetto di disfavore, cercherà di evidenziare i profili di criticità dell'operato del tecnico nominato dal giudice.

Tale evenienza è fisiologica nel processo, ed è proprio attraverso il contraddittorio, anche tra tecnici, che è possibile pervenire all'esito decisionale.

L'ausiliario del magistrato, pertanto, deve ben avere a mente che le critiche svolte dai consulenti di parte non sono un attacco alla sua professionalità, ma sono l'effetto delle regole processuali.

Rispetto ai rilievi critici, dunque, l'ausiliario del magistrato deve avere un approccio sereno, non necessariamente arroccato alla difesa del proprio operato: il compito del tecnico incaricato dal magistrato è quello di fornire a questi gli strumenti necessari per comprendere complessi aspetti tecnici, sicché è manifestazione di professionalità anche il riesaminare le proprie valutazioni alla luce dei rilievi di altri tecnici, eventualmente rivedendo le proprie conclusioni; o, diversamente, spiegare al magistrato perché le osservazioni dei *consulenti tecnici di parte* non colgano nel segno.

### 4 LA "QUALITÀ" DELLA CONSULENZA\PERIZIA

È evidente che tutti i soggetti che vengano a rivestire un ruolo nel corso del processo debbano necessariamente convenire sulla necessità di ricercare (e di applicare) tutti quegli accorgimenti tesi ad ottenere una maggiore "qualità" della consulenza tecnica e della perizia, ad evitare un pro-

## CONSULENZA TECNICA DI UFFICIO

lungamento dei tempi del processo, e, principalmente, a fornire al giudice un valido supporto per decisioni appropriate.

**Scelta del Consulente\Perito ad opera del Giudice.** L'obbligo di affiancare al medico legale l'esperto nella disciplina clinica previsto dalla legge Gelli costituisce uno dei punti qualificanti della stessa legge. All'art. 15 la citata legge prevede che gli Albi vengano aggiornati ogni 5 anni e che, nelle nomine di consulente o di perito, al medico-legale sia associato il clinico esperto che possieda "specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento". Purtroppo però, poiché la scelta deve essere operata, in particolare nel processo civile, tra i professionisti iscritti all'apposito Albo tenuto presso il Tribunale, e poiché spesso questo è carente in ordine alle competenze dei numerosi professionisti iscritti nelle specifiche branche cliniche e nelle subspecializzazioni, ed ancor più in relazione alla specifica esperienza professionale, la scelta può spesso risultare inadeguata.

**Accettazione dell'incarico da parte del medico.** Il medico che sia stato nominato consulente tecnico o perito e che ritenga di non avere "specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento" e la *forma mentis* medico-legale (la capacità cioè di guardare a fatti medici con mentalità giuridica), deve richiedere al giudice di essere esonerato dall'incarico, essendo ben conscio che tale rinuncia non significa un'ammissione di inadeguatezza clinica o medico-legale in genere, ma è dettata dal (meritorio) riconoscimento da parte del medico dell'importanza dell'Ufficio di consulente.

**Errori di tipo logico-deduttivo del Consulente.** La pratica peritale e di consulenza (dall'osservatorio clinico, medico-legale e del magistrato) ci ha portati ad individuare alcuni errori di tipo logico-deduttivo che possono inficiare la qualità e talora la validità delle conclusioni cui giunge una Consulenza. La esigenza di economia di spazio non ci consente di trattare singolarmente i vari punti che verranno pertanto commentati brevemente.

**Scarsa oggettività\imparzialità.** È evidente la necessità della terzietà del CTU\Perito.

**Mancanza di *forma mentis* medico legale,** la capacità cioè di guardare ai fatti medici con mentalità medico-legale.

**Non fare riferimento a linee-guida e protocolli.** L'affinamento delle tecniche diagnostiche, la interdisciplinarietà, la settorializzazione estrema per disciplina, l'esigenza di porre in essere una pratica medica basata sull'evidenza e l'adozione di tecniche di *risk management* che caratterizzano l'esercizio della Medicina moderna hanno portato alla codifica di situazioni predeterminate ed alla definizione di provvedimenti diagnostici e terapeutici che le stesse richiedono attraverso la messa a punto di protocolli e linee-guida.

**Non aver derogato alle linee-guida in un frangente in cui le peculiarità delle circostanze cliniche lo avrebbero richiesto.** Tale necessità nasce dalla complessità e dalla specificità che ogni

situazione clinica comporta per cui in alcuni casi l'azione del medico deve essere ispirata dal suo intuito clinico piuttosto che dalle paradigmatiche linee-guida.

**Pretesa di ineccepibile regolarità formale.** Spesso l'operato del medico viene criticato per la carenza o la precarietà o per il disordine con cui documenta (o non documenta) il proprio operato. È ovvio che completezza, chiarezza ed intelligibilità della cartella clinica sono non solo auspicabili, ma anche doverose. Tuttavia, i medici-legali, ancor prima che il magistrato, devono tenere nella giusta considerazione il fatto che non sono paragonabili le condizioni di lavoro in cui vengono redatti altri atti pubblici (*perizie, sentenze, atti notarili, verbali di sopralluogo*) con le condizioni in cui viene redatta la cartella clinica (*routine lavorativa fatta di atti non procrastinabili, frequente compilazione al letto del malato, annotazioni sulla stessa da parte di vari sanitari e in tempi successivi, necessità di decisioni immediate, forte componente emotiva del medico etc.*).

**Non dare spazio al contraddittorio:** è auspicabile che dal confronto tra tesi e antitesi (sostenuite dai CTP) nasca la sintesi (elaborata dal CTU\Perito).

**Confondere una diagnosi (o una terapia) "possibile" con una diagnosi (o una terapia) "doverosa" per il medico.** Tale errore ricorre nella pratica peritale relativa alla mancata diagnosi di malformazione fetale, evenienza in cui talvolta si assiste ad attribuzione di colpa nei confronti del ginecologo che non diagnostichi malformazioni la cui diagnosi non è sempre agevole o addirittura impossibile da porre durante la vita prenatale.

**Ritenere che il "case report" faccia testo per un giudizio medico-legale.** Mentre, al contrario, riflette un evento eccezionale, che non rappresenta la regola, viene pubblicato in genere da Centri di eccellenza e alla cui diagnosi contribuisce spesso una buona dose di fortuna.

**Il non riportare la valutazione dell'operato del ginecologo al contesto di luogo, di tempo e di risorse disponibili nel momento in cui si verificò il fatto.** In altri termini, considerate le lungaggini del processo, al CTU\Perito è richiesta una conoscenza storica della Medicina.

**Il non richiedere accertamenti ed esami in fase di consulenza tecnica e di perizia che siano sicuramente o probabilmente dirimenti.**

**Il cerchiobottismo.** È l'atteggiamento del CTU\Perito che, per un malinteso senso dell'equilibrio, giunge a conclusioni non univoche o addirittura contraddittorie con il risultato di disorientare il Giudice che si vede costretto o a rinnovare la Consulenza oppure a chiedere chiarimenti al CTU.

**Il non sapere discriminare l'"errore" dalla "complicanza".** La distinzione può essere di importanza decisiva: l'errore è rilevante ai fini della responsabilità sanitaria, mentre non lo è la complicanza.

**Errata ricostruzione della "catena causale" che lega l'azione all'evento.**

**Il non tenere presente le differenze del nesso di causa in ambito civile e in ambito penale.** Il nesso di causa può essere affermato se vengono soddisfatti i brocardi "il più probabile anziché non" (ambito civile) e "certezza al di là di ogni ragionevole dubbio" (ambito penale).

**Valutazione della validità del consenso prestato dal paziente e alcune caratteristiche dello stesso ("non orientato", presunto, per atti medici sul minore, forma scritta, da testimoni di Geova, altro).**

**Il non avere ben chiaro che l'errore (anche se grave) non sempre si associa ad un danno e non viene soddisfatta, in tale evenienza, la affermazione del nesso di causa.**



## Conclusioni

### DA QUANTO ARGOMENTATO RISULTA CHE:

- il ruolo del Consulente\Perito nelle cause per responsabilità sanitaria è estremamente delicato in quanto quasi sempre la Consulenza\Perizia decide la controversia;
- molto opportunamente la legge Gelli-Bianco all'art.15 statuisce che la Consulenza\Perizia in materia di responsabilità sanitaria venga affidata congiuntamente ad un medico-legale e a un clinico esperto nella materia di cui trattasi;
- la parcellizzazione della Medicina in svariate sottodiscipline impone che la scelta del Consulente\Perito tenga conto delle personali ed effettive competenze nelle sottodiscipline in questione;
- la redazione della Consulenza\Perizia deve seguire uno schema preciso e ordinato in modo tale che contenga tutti i dati necessari e motivi adeguatamente le conclusioni cui la stessa perviene;
- nel testo vengono riportati alcuni trabocchetti e alcune trappole che, nell'accertamento della responsabilità sanitaria, frequentemente possono indurre in errore il CTU\Perito e a negative conseguenze quali allungamento dei tempi del processo o ad una decisione ingiusta della controversia.
- non sempre ci si imbatte in Consulenze\Perizie di qualità che siano effettivamente di ausilio al Giudice che deve decidere la controversia;
- auspicabile pertanto sarebbe l'istituzione di Corsi di formazione per Consulenti\Periti.

## Inizia la nuova era della contraccezione al servizio della contraccezione:

# Drovelis® è la pillola innovativa che si integra armoniosamente con il corpo femminile



La pillola anticoncezionale ha da poco compiuto 60 anni e ha rappresentato da subito un grande passo in avanti nell'**emancipazione femminile**, segnando una vera e propria rivoluzione culturale e sociale: grazie a questo metodo contraccettivo le donne hanno avuto la possibilità di vivere una sessualità consapevole e serena, programmando in autonomia le proprie scelte di vita. Da sempre le donne hanno ricercato un metodo anticoncezionale sicuro, pratico, e che garantisca un buon controllo del ciclo mestruale.

Tuttavia, nonostante sia utilizzata oggi da più di 100 milioni di donne nel mondo, la pillola porta ancora con sé molte false credenze e alcuni pregiudizi difficili da sradicare: le donne hanno paura che la pillola possa interferire negativamente sul proprio benessere causando aumento di peso, ritenzione idrica, diminuzione della libido etc..

Il recente ingresso sul mercato italiano della nuova pillola **Drovelis®** di **Gedeon Richter** contenente **3 mg di drospirenone e 14,2 mg di estetrolo** rappresenta la soluzione ideale per le donne che cercano un moderno contraccettivo che **si integri armoniosamente con il proprio corpo**.

L'**estetrolo** è un estrogeno nativo, sintetizzato dal fegato fetale durante la gravidanza, ed è considerato il **primo NEST**, un estrogeno endogeno con attività selettiva tissutale. L'estetrolo possiede una lunga emivita, un'elevata biodisponibilità orale ed ha dimostrato un minimo impatto metabolico ed emostatico.

Il **drospirenone** è un progestinico con proprietà farmacologiche simili a quelle del progesterone naturale ampiamente utilizzato nei contraccettivi ormonali. **La combinazione di questi due componenti conferisce a Drovelis® un profilo farmacologico e clinico unico.**

La ricerca clinica ha messo in evidenza che **Drovelis®** ha effetti limitati sulle proteine del fegato, sul profilo lipidico e sul metabolismo dei carboidrati con un impatto molto basso sul peso corporeo.

L'effetto contraccettivo di **Drovelis®** è stato dimostrato grazie ad un ampio programma di sviluppo clinico

per valutare la sua sicurezza ed efficacia. Lo studio "*E4 Freedom di fase III*" ha coinvolto oltre 1.550 partecipanti in Europa/Russia e circa 2.150 partecipanti negli Stati Uniti/Canada, per un periodo di 13 cicli.

*"Questa combinazione innovativa si caratterizza per neutralità metabolica, tollerabilità ed elevata efficacia contraccettiva abbinata ad un profilo mestruale regolare e prevedibile, e rappresenta la nuova era della contraccezione al servizio del progetto di contraccezione"* – spiega la **Prof.ssa Rossella Nappi**, docente di Ginecologia e Ostetricia all'Università degli Studi di Pavia. *"La maggior parte delle pazienti che hanno iniziato ad assumere questa pillola a base di estetrolo e drospirenone ha riferito di sentirsi bene a livello fisico ed emotivo con un alto tasso di continuazione del metodo"*.

*"Questo nuovo contraccettivo orale rappresenta una valida soluzione per le donne di tutte le fasce di età, offrendo loro diversi vantaggi e consentendo di mantenere il peso corporeo."* – spiega la Prof.ssa Nappi. *"Nelle più giovani la copertura contraccettiva a 24 ore e la certezza di un ciclo regolare favorisce una migliore compliance. Per le donne con relazioni stabili, Drovelis® è ideale perché non sembra interferire con il desiderio sessuale. Vantaggi da considerare, invece, per le donne adulte sono soprattutto la neutralità metabolica e la sicurezza sui parametri emostatici ed il ciclo regolare. Infatti, se nella ragazza più giovane avere un ciclo prevedibile è motivo di assicurazione in quanto evita l'ansia per le gravidanze indesiderate, nella donna che si avvicina alla menopausa il sanguinamento mensile se non abbondante come quello da pillola è un alleato importante. Avere il ciclo ogni mese aiuta la donna ad affrontare il periodo che precede l'ingresso in menopausa con più serenità."* - continua la Prof.ssa Rossella Nappi.

L'esperienza delle donne che hanno iniziato ad assumerla conferma che **Drovelis®** ha mantenuto la sua promessa di anticoncezionale innovativo e al passo con i tempi: la pillola che tutte le donne stavano aspettando.



Drovelis®  
riassunto  
delle caratteristiche  
del prodotto

#### Bibliografia:

- M.D. Creinin et al., Estetrol-drospirenone combination oral contraceptive: North American phase 3 efficacy and safety results, *Contraception*, <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.05.002>
- 2. Mawet et al. Estetrol as estrogen in a combined oral contraceptive, from the first in-human study to the contraceptive efficacy European Gynecology and Obstetrics. 2021; 3(1):13-21
- Dan Apter et al, Bleeding pattern and cycle control with estetrol-containing combined oral contraceptives: results from a phase II, randomised, dose-finding study (FIESTA). Published by Elsevier Inc.
- R.D. Brinton et al., Sex Steroids' Effects on Brain, Heart and Vessels, Volume 6: *Frontiers in Gynecological Endocrinology*, ISGE Series, Springer
- Gemzell-Danielsson K, Apter D, Zatik J, Weyers S, Piltonen T, Suturina L, Apolikhina I, Jost M, Creinin MD, Foidart J-M. EstetrolDrospirenone combination oral contraceptive: a clinical study of contraceptive efficacy, bleeding pattern and safety in Europe and Russia. *BJOG* 2021; <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16840>.
- DROVELIS. Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto.
- Christine Klipping et al., Endocrine and metabolic effects of an oral contraceptive containing estetrol and drospirenone, *Contraception*, <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.01.001>
- Gemzell-Danielsson K et al, Estetrol Drospirenone combination oral contraceptive: a clinical study of contraceptive efficacy, bleeding pattern and safety in Europe and Russia. *BJOG* 2021; <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16840>



## SOTTO LALENTE

di Carlo Maria Stigliano

# C'era una volta...

**Così iniziavamo le favole che ci raccontavano da bambini. Già: c'era una volta... Questo incipit si potrebbe tranquillamente adattare alla nostra storia di medici e ancor più di ginecologi.**



CARLO MARIA STIGLIANO

**ABBIAMO SCELTO** di diventare medici e specializzarci poi in Ginecologia e Ostetricia per amore di una professione che avendo a che fare con la nascita di una nuova vita ci gratificava al solo pensiero di essere artefici di un qualcosa che aveva francamente del miracoloso. Ci siamo sin dall'inizio sentiti come orgogliosi strumenti di un meraviglioso progetto della Natura che da un microscopico seme realizzava un nuovo individuo, un altro essere umano. I nostri predecessori nella specialità sviluppavano un rapporto bellissimo con le donne da loro assistite, assolutamente diverso rispetto a tutti gli altri specialisti. Le donne parlavano con rispetto e ammirazione del proprio ginecologo e ciò ancor più è avvenuto da quando nella professione si sono andate affermando e sono aumentate di numero le colleghe ginecologhe. Un medico che aiutava le donne a mettere al mondo un figlio, che era loro riferimento per tutta la vita e che poteva condividere aspetti della propria intimità probabilmente mai partecipati ad altri. Era insomma un rapporto speciale.

E gli altri? I vecchi film ci restituiscono tuttora l'immagine del 'dottore' come si diceva, che trionfante si affacciava alla porta della stanza del parto per pronunciare la faticosa e tanto attesa frase "È nato o è nata!" con relativa gioia dei familiari. Nella società il medico era considerato con rispetto e i ginecologi erano davvero al top in relazione al ruolo fondamentale che svolgevano di tutori della salute delle donne e di artefici di un evento straordinario come il parto.

Ebbene, quanto di tutto questo è rimasto oggi? Chi siamo veramente noi ginecologi all'inizio di un nuovo millennio? Co-

me ci considera la società? Abbiamo ancora del carisma presso le donne come avveniva una volta?

Certamente i tempi sono molto mutati, la realtà sociale e professionale non è paragonabile a quella di alcuni decenni fa: oggi il medico non è sempre considerato un professionista di grande prestigio e a volte veniamo attaccati con la complicità di legali piuttosto rapaci. I ginecologi poi sono costantemente sotto la spada di Damocle dell'errore presunto per via della delicatezza e della difficoltà del loro lavoro. È pur vero che la pandemia ha (temporaneamente?) mutato l'atteggiamento della popolazione verso i medici sviluppando un (effimero?) sentimento di riconoscenza e di gratitudine per l'impegno e i sacrifici profusi in questi due anni di sofferenze e di paura per il Covid. Ma durerà per sempre? O torneranno le accuse di 'malasania', le richieste di risarcimenti milionari per eventi avversi dovuti per lo più a situazioni imprevedibili e a fatalità? Le avvisaglie di un ritorno alle criticità ci sono tutte, purtroppo e i cosiddetti legali per la difesa dai presunti danni in sanità hanno ripreso a macinare le loro odiose macchinazioni contro di noi.

Che fare allora per cercare di recuperare quella immagine e quel rapporto di un tempo? Penso che dovremmo imparare a essere sempre più empatici con le persone, a capire le loro difficoltà nel momento della malattia, a coinvolgere effettivamente le donne nella stupenda realtà della gravidanza. Dobbiamo essere capaci di prenderci cura delle persone assistite oltre che curarle; è indispensabile sostenere e comprendere e immedesimarsi nel sentire delle donne rispetto al loro corpo e al loro apparato genitale.

Se saremo capaci di essere davvero i medici delle donne avremo sempre la loro riconoscenza e per parte nostra la soddisfazione di avere svolto appieno la nostra bellissima professione.

C'era una volta... e ci può essere ancora.

**PIZETA**<sup>®</sup>  
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<sup>®</sup> INTIMO

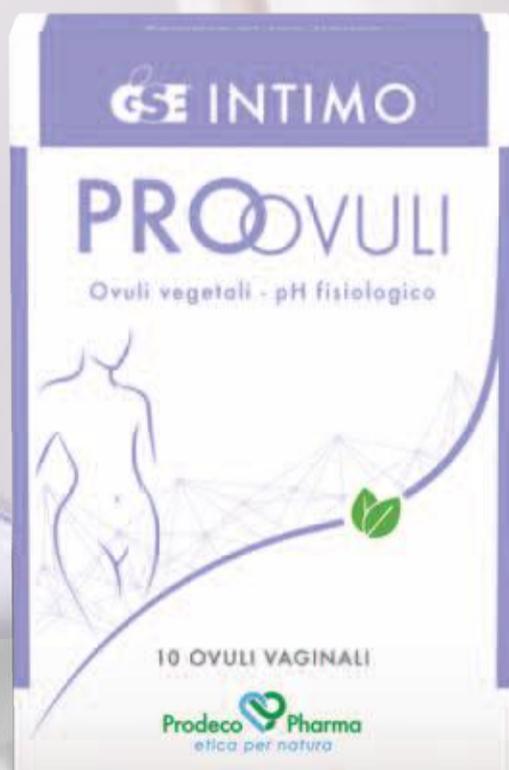
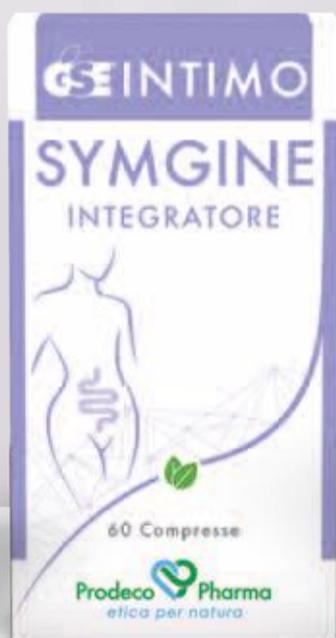


## *Ama il tuo essere donna*

**Indicata per il trattamento dei fastidi intimi e dei sintomi correlati: prurito, bruciore, dolore, gonfiore, arrossamento e secchezza.**

La linea GSE Intimo racchiude la massima innovazione in una gamma completa di prodotti dedicati al benessere del microbiota vaginale e intestinale.

Visita il sito [www.prodecopharma.com](http://www.prodecopharma.com)  
Scopri tutti i prodotti e trova la farmacia o erboristeria "amica delle donne" più vicina a te per una consulenza gratuita sulla tua salute intima.



**Prodeco Pharma**  
etica per natura

**Fondazione onda**  
Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere

