MOGOI Organo Ufficiale dell'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani Infezioni sessualmente trasmesse Il trend è in discesa, ma aumenta la prevalenza dei casi di Hiv 15 Influenza: la circolare del Ministero La vaccinazione resta importante soprattutto per le donne in gravidanza 22 Inquinamento ambientale e gravidanza Aumentare le conoscenze e la consapevolezza Gyn NUMERO 4 - 2022 - BIMEST LA RELAZIONE DEL MINISTRO **AL PARLAMENTO** RIFLESSIONI SULL'ABORTO Aogoi al fianco della Figo per la tutela della salute delle donne Pagina 19 CONTINUA A DIMINUIRE IL RICORSO ALL'ABORTO RISPETTO AL 2019



Gel Vaginale

RIEPITELIZZANTE • ANTINFETTIVO • IDRATANTE





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

Previene le infezioni ripristinando la flora lattobacillare

Idrata e Iubrifica l'ambiente vulvo-vaginale



Applicatori 5X vaginali pre-dosati



seguici









solo in Farmacia e Parafarmacia





Ed eccoci arrivati al nostro numero estivo di Gyneco, denso di informazioni, ma anche di riflessioni.

INIZIAMO con i dati italiani recentemente pubblicati dagli organismi ufficiali della Sanità italiana: la relazione del Ministero sulle IVG, i report dell'Istituto Superiore di Sanità sulle malattie sessualmente trasmesse, sulla popolazione transgender, sulla sorveglianza integrata di morbillo e rosolia, sul fumo.

sono documenti ricchi di numeri da leggere con attenzione e su cui fare riflessioni, prendere iniziative che possano davvero migliorare la salute e la qualità di vita.

Per ottenere risultati concreti è infatti essenziale fornire una informazione corretta ma soprattutto efficace: per questo dobbiamo aprirci a nuove modalità di comunicazione, impresa non semplice ma su cui è necessario investire risorse.

UN ESEMPIO su tutti la campagna per la vaccinazione antiinfluenzale sulla quale - con una circolare ad hoc di cui parliamo in questo numero di Gyneco - il
Ministero della Salute si è attivato in tempo, e speriamo anche le
Regioni: ci coinvolge direttamente come ginecologi per quanto riguarda le donne in gravidanza che in Italia continua ad essere poco diffusa e ci chiama quindi ad essere proattivi.

MA IN QUESTO NUMERO puntiamo i riflettori anche sulla medicina territoriale, il grande tema in questi anni di pandemia, è stata infatti ri-disegnata con il DM 77 (ex DM 71) che certamente pone le basi per un cambiamento che speriamo diventi concreto e fruibile da tutti.

PARLIAMO POI di telemedicina, termine spesso usato anche talora a sproposito, che dobbiamo conoscere ed imparare a mettere in pratica laddove possibile per migliorare la qualità dell'assistenza.

SEMPRE L'ISTITUTO Superiore di Sanità, insieme all'Unicef, ha condotto uno studio sugli ospedali Amici delle Bambine e dei Bambini che ribadisce come la vicinanza di una persona di fiducia sia essenziale per la qualità dell'assistenza.

ALTRO GRANDE TEMA al quale dedichiamo ampio spazio è quello dell'inquinamento ambientale e le sue conseguenze sulla gravidanza e quindi sulle generazioni future.

è inoltre necessario ricordare e ribadire l'importanza della donazione delle cellule staminali e ringrazio Giancarlo Stellin per il gran lavoro che ha fatto con il progetto "Bimbo dona, papà dona" ED INFINE la triste notizia della scomparsa del prof. Giambanco che mi fa piacere ricordare non solo come esempio di serietà professionale e di rigore scientifico e per essere stato il primo ospedaliero Presidente Sigo, ma anche e soprattutto per la sua signorilità, la sua discrezione, il suo attaccamento alla famiglia, la sua capacità di saper dire la frase giusta al momento giusto.



Credo che il comune denominatore che emerge dagli articoli di questo numero sia la necessità, sempre più impellente e non dilazionabile, di capire che ciò che noi facciamo si riflette sulle future generazioni, che è fondamentale conoscere per poter intervenire e migliorare la nostra attività di operatori della salute anche utilizzando strumenti e modalità nuove di lavoro, senza dimenticare l'attenzione alla persona ed a suoi bisogni



Buona lettura!

Gyneco Aogoi

Organo Ufficiale dell'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani



Numero 4 - 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

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:
luglio 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.

estata associata

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



Nel 2020 aborti ancora in calo -9,3% rispetto al 2019

Ginecologi obiettori in lieve diminuzione, ma per Speranza: "Il loro numero è ancora elevato"

PROSEGUE IL CALO delle interruzioni volontarie di che, come ha spiegato Speranza, potrebbe essevento "risultano in generale in diminuzione, pur gravidanza in Italia che nel 2020 sono stati 66.413, re dovuta "all'aumento dell'uso della contracce- persistendo una non trascurabile variabilità fra in calo del 9,3% rispetto al 2019. I tassi di abortività più elevati restano nelle donne di età compresa tra i 25 e i 34 anni. Le cittadine straniere continuano ad essere una popolazione a maggior rischio di abortire rispetto alle italiane: per tutte le Paesi occidentali" scrive Roberto Speranza nelle classi di età hanno infatti tassi di abortività più elevati delle italiane di 2-3 volte.

Sul fronte RU-486, gli interventi effettuati nel 2020 contraccezione d'emergenza - Levonorgestrel (Nor- la di altri servizi offerti dal Ssn" anche se "la ticon metodo farmacologico sono stati il 35,1%. Per levo, pillola del giorno dopo) e Ulipristal acetato pologia di intervento e la durata della degenza quanto attiene all'obiezione di coscienza, il fenomeno ha riguardato il 64,6% dei ginecologi (vapositivamente sulla riduzione del numero di Ivg. risce la necessità di un approfondimento da parlore in diminuzione rispetto al 67% del 2019), il Per tali farmaci è indispensabile una corretta in- te degli organi regionali, anche attraverso con-44,6% degli anestesisti e il 36,2% del personale formazione per evitarne un uso inappropriato. non medico. Emergono inoltre ampie variazioni regionali per tutte e tre le categorie.

Questi alcuni dei dati emersi dalla Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 194 illustrata nelle scorse settimane dal Ministro delle Salute Roberto Speranza. Il Rapporto anche quest'anno certifica una diminuzione delle Ivg

zione d'emergenza".

"In Italia il ricorso all'Ivg è in continua e progressiva diminuzione dal 1983, il nostro Paese ha un tasso di abortività fra i più bassi tra quelli dei conclusioni della Relazione evidenziando come Il Ministro evidenzia poi come "la mobilità fra le (ellaOne, pillola dei 5 giorni dopo) - abbia inciso evidenziano una variabilità regionale che sugge Nonostante la diminuzione delle Ivg, rileva ancora Speranza nelle donne straniere, si conferma il loro maggior rischio di abortività volontaria rispetto alle donne italiane. Pertanto si conferma la necessità di promuovere una contraccezione informata ed efficace alle donne straniere che accedono al Ssn, in particolare al percorso nascita". Per quanto riguarda i tempi di attesa per l'inter-

le Regioni. Si registra un aumento delle Ivg entro le prime 8 settimane di gestazione, verosimilmente a seguito dell'aumentato uso della tecnica farmacologica (Mifepristone + prostaglandine) in epoca gestazionale precoce".

si può ipotizzare che l'aumento dell'uso della Regioni e Province Autonome è in linea con quelfronti interregionali, per identificare le criticità e uniformare i protocolli terapeutici alla luce delle buone pratiche, con l'obiettivo di assicurare un'offerta assistenziale e organizzativa di qualità".

Speranza rimarca inoltre come "permane elevato il numero di obiettori di coscienza per tutte le categorie professionali sanitarie, in particolare per i ginecologi (64,6%). L'organizzazione dei servizi Ivg – sottolinea – deve essere tale che vi sia



un numero di figure professionali sufficiente da garantire alle donne la possibilità di accedere all'interruzione volontaria di gravidanza, come indicato nell'articolo 9 della legge n. 194/78. Questo dovrebbe essere garantito dalle Regioni, per tutelare il libero esercizio dei diritti sessuali e riproduttivi delle donne e l'accesso ai servizi Ivg e minimizzare l'impatto dell'obiezione di coscienza nell'esercizio di questo diritto".

Infine Speranza evidenzia come il consultorio familiare rappresenti "un servizio di riferimento per molte donne e coppie anche per quanto riguarda il percorso Ivg, come negli auspici della legge n. 194/78. Grazie alle competenze multidisciplinari dell'équipe professionale e sua capacità di identificare i determinanti di natura sociale oltre che sanitaria dei bisogni di salute della popolazione – afferma – i consultori offrono alla donna un sostegno nell'intero percorso Ivg, promuovendo scelte consapevoli e facilitando la prevenzione di future gravidanze indesiderate".

In sintesi cosa è emerso dalla Relazione

IN TOTALE nel 2020 sono state notificate 66.413 Ivg, confermando il continuo andamento in diminuzione del fenomeno (-9,3% rispetto al 2019) a partire dal 1983.

Il tasso di abortività (numero Ivg rispetto a mille donne di età 15-49 anni residenti in Italia), che è l'indicatore più accurato per una corretta valutazione del ricorso all'Ivg, conferma il trend in diminuzione del fenomeno: è risultato pari a 5,4 per mille nel 2020 (con una riduzione del 6,7% rispetto al 2019). Il dato italiano rimane tra i valori più bassi a livello internazionale.

Il rapporto di abortività (numero di Ivg per mille nati vivi) è pari a 165,9 per mille nel 2020 (corrispondente a 16,6 per 100 nati vivi) con una riduzione del 4,9% rispetto al 2019 (quando era pari a 174,5 Ivg per mille nati vivi). Il 45% delle donne italiane che ha eseguito una Ivg non aveva figli, per le donne straniere tale percentuale è pari al 25,3%; dati in diminuzione rispetto al 2019, quando erano pari al 45,5% per le donne italiane e 26,8% per le donne straniere. (Vedi figura 1)

NEL 2020 IL NUMERO DI IVG È DIMINUITO IN TUTTE LE AREE GEOGRAFICHE E IN TUTTE LE CLASSI DI ETÀ.

L'aborto frena la sua corsa in tutto in Paese, specie nell'Italia Meridionale e insulare. Rispetto al 2019, le Regioni in cui si è osservata una maggiore riduzione nel numero assoluto di Ivg sono Valle d'Aosta, poi Basilicata, Sicilia, Puglia, Lombardia e Sardegna.

Il ricorso all'Ivg nel 2020 è diminuito in tutte le classi di età rispetto al 2019, in particolare tra le giovanissime. I tassi di abortività più elevati restano nelle donne di età compresa tra i 25 e i 34

2020 è risultato pari a 1,9 per mille donne, valore inferiore a quello del 2019. Come negli anni precedenti, si conferma il minore ricorso all'aborto tra le giovani in Italia rispetto a quanto registrato negli altri Paesi dell'Europa Occidentale.

Le cittadine straniere continuano ad essere una popolazione a maggior rischio di abortire rispetto alle italiane: per tutte le classi di età le straniere hanno tassi di abortività più elevati delle italiane di 2-3 volte. Anche in tale gruppo di popolazione si osserva tuttavia una diminuzione del tasso di abortività (12 per mille donne nel 2020, rispetto a 17,2 per mille donne nel 2014).

(Vedi tabella 1 e figura 2)

CALA LA PERCENTUALE DI DONNE CON ABORTI RI-**PETUTI.** La percentuale di Ivg effettuate da donne con precedente esperienza abortiva continua a diminuire dal 2009 ed è risultata pari al 24,5% nel 2020. Analizzando i dati per cittadinanza si conferma che la percentuale di donne che ha effettuato precedenti Ivg è maggiore tra le straniere (32,7%) rispetto alle italiane (21,2%). Il confronto con altri Paesi che rilevano il dato riferito agli aborti ripetuti, mostra che tale indicatore per l'Italia rimane il più basso a livello internazionale. L'evoluzione della percentuale di aborti ripetuti

conferma che la tendenza al ricorso all'aborto nel nostro Paese è in costante diminuzione, ormai anche tra le cittadine straniere; il fenomeno è spiegabile presumibilmente con il maggiore e più efficace ricorso a metodi per la procreazione consapevole, alternativi all'aborto, secondo gli auspici della Legge.

MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DELL'IVG

Anche per il 2020 risulta prevalente il ricorso al consultorio familiare per il rilascio della certificazione necessaria alla richiesta di Ivg (43,1%), rispetto agli altri servizi (medico di fiducia: 19,9%; Servizio ostetrico-ginecologico: 33,4%). Il consultorio non offre solo questo servizio ma svolge un importante ruolo nella prevenzione dell'Ivg e magna e Basilicata. (Vedi tabella 2) nel supporto alle donne che decidono di interrompere la gravidanza, anche se non in maniera uniforme sul territorio. (Vedi figura 3)

PROCEDURA D'URGENZA. Nel 2020 si osserva un incremento del ricorso alla procedura d'urgenza come già rilevato negli anni precedenti: il ricorso a tale procedura è avvenuto nel 25% delle Ivg nel 2020 (nel 2019 la percentuale era pari al 23,5%). Percentuali superiori alla media nazionale si sono osservate, come negli anni passati, in Puglia (45,9%), Lazio (45,8%), Piemonte (45,5%), Toscana (33,5%) ed Emilia-Romagna (30,9%).

anni. Tra le minorenni, il tasso di abortività per il **EPOCA GESTAZIONALE.** Continua ad aumentare la percentuale di interventi effettuati precocemente, quindi meno esposti a complicanze: il 56% degli interventi è stato effettuato entro le 8 settimane di gestazione (rispetto al 53,5% del 2019), il 26,5% a 9-10 settimane, il 10,9% a 11-12 settimane e il 6,5% dopo la dodicesima settimana, quest'ultimo dato è in aumento rispetto al 2019, quando era pari al 5,4%.

> TEMPI DI ATTESA. Sono in diminuzione i tempi di attesa tra rilascio della certificazione e intervento (possibile indicatore di efficienza dei servizi). La percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento è infatti leggermente aumentata: 74,3% nel 2020 rispetto a 72,6% nel 2019. Contemporaneamente è diminuita la percentuale di IVG effettuate oltre le 3 settimane dal rilascio della certificazione (9,8% nel 2020).

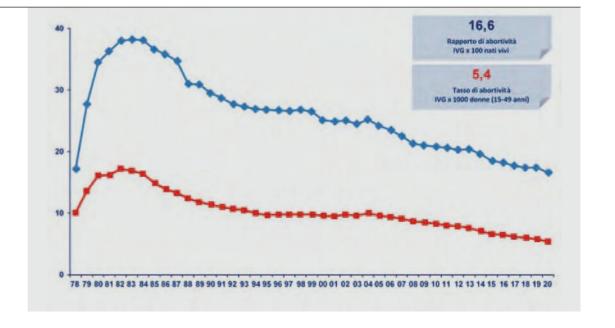
> ANESTESIA IMPIEGATA: Nel 2020 il trend in diminuzione del ricorso all'anestesia generale ha subito un'accelerazione (37,7% nel 2020 rispetto al 44,8% del 2019). La percentuale di interventi effettuati senza anestesia continua ad aumentare nel tempo (29,3% nel 2020, rispetto al 23,9% nel 2019 e al 5,7% nel 2012), come conseguenza del maggior uso dell'aborto farmacologico.

> TIPO DI INTERVENTO. L'isterosuzione, ed in particolare quella che utilizza la tecnica di Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata anche nel 2020 (55,8%); permane un 8,6% di interventi effettuati con raschiamento, con una forte variabilità per Regione: nessun caso in Molise contro il 30,4% in Sardegna.

> PROSEGUE L'AUMENTO DEL RICORSO ALL'ABORTO FARMACOLOGICO. Nel 2020 il 35,1% degli interventi sono stati effettuati con metodo farmacologico. Il Mifepristone con successiva somministrazione di prostaglandine è stato adoperato nel 31,9% dei casi, rispetto al 24,9% del 2019 e al 20,8% del 2018. Il ricorso all'aborto farmacologico, tuttavia, varia molto fra le Regioni: si passa dall'1,9% del Molise a oltre il 50% in Piemonte, Liguria, Emilia-Ro-

> COMPLICANZE IMMEDIATE DELL'IVG. Nel 2020 sono state registrate 7,6 complicanze per mille Ivg rispetto a 6 per mille del 2019, al 5,6 del 2018, al 7,3 del 2017 e al 6 del 2016. L'emorragia è la complicanza più frequente (3,3 per mille) con valori elevati e meritevoli di attenzione in Valle d'Aosta (26,3 per mille), P.A. Trento (10,7 per mille) e Liguria (10,3 per mille). A fronte di una forte variabilità per Regione, non si osservano differenze per cittadinanza. Nel nostro Paese il numero di morti materne la cui causa è in qualche maniera collegabile all'Ivg è molto basso e inferiore a quello indicato in letteratura per tale causa.





6

LA RELAZIONE DEL MINISTRO AL PARLAMENTO

Tabella 1

IVG per trimestre

Anno 2020
e confronti con il 2019

Il mancato/incompleto aborto è stato segnalato in 720 Ivg (1,1% di tutte le Ivg).

Per quanto riguarda le complicanze associate alle Ivg farmacologiche (somministrazione di solo mifepristone, di mifepristone e prostaglandina, di sola prostaglandina) il 95,8% delle Ivg con metodo farmacologico non è risultato associato ad alcuna complicanza.

In linea con i dati della letteratura internazionale il mancato/incompleto aborto seguito dalla necessità di una revisione chirurgica della cavità uterina è stato rilevato nel 2,9% dei casi. Le complicazioni emorragiche sono state pari a 4,1 per mille IVG (pari a 0,4%) e quelle infettive a 1 per 1.000 (pari allo 0,1% come riportato nella tabella a seguire). Nell'1,9% dei casi l'informazione è mancante.

Prendendo in esame le IVG chirurgiche eseguite mediante isterosuzione, Karman e raschiamento non è stata rilevata alcuna complicanza nel 99,5% dei casi. Il mancato/incompleto aborto seguito da intervento chirurgico è stato segnalato nello 0,2% dei casi, l'emorragia in 3 casi ogni mille (pari a 0,3%) e sono stati segnalati 7 casi di infezione.

OBIEZIONE DI COSCIENZA. Per quanto attiene all'obiezione di coscienza, nel 2020 il fenomeno ha riguardato il 64,6% dei ginecologi (valore in diminuzione rispetto al 67% del 2019), il 44,6% degli anestesisti e il 36,2% del personale non medico. Si rilevano ampie variazioni regionali per tutte e tre le categorie.

La Relazione approfondisce la valutazione dell'impatto dell'obiezione di coscienza sulla disponibilità del servizio e sul carico di lavoro degli operatori non obiettori con l'utilizzo di specifici parametri.

Parametro 1 Offerta del servizio Ivg in termini di strutture disponibili: percentuale di strutture con reparto di ostetricia e/o ginecologia in cui si pratica Ivg. Sono 560 le sedi ospedaliere con reparto di ostetricia e/o ginecologia, quelle che effettuano le Ivg risulta pari a 357, cioè il 63,8% del totale. Solo in due casi (P.A. Bolzano e Campania) il numero di punti Ivg è inferiore al 30% delle strutture censite. In 9 Regioni la percentuale di punti Ivg risulta superiore al 70%.

Parametro 2 Offerta del servizio Ivg rispetto alla popolazione femminile in età fertile: punti Ivg per 100mila donne in età fertile (15-49 anni). A livello nazionale sono presenti 2,9 punti Ivg ogni 100mila donne in età fertile. Si conferma, anche per il 2020, l'adeguata copertura della rete di offerta.

Parametro 3, Offerta del servizio Ivg e diritto all'obiezione di coscienza degli operatori: numero medio settimanale di IVG effettuate da ogni ginecologo non obiettore. La rilevazione ad hoc effettuata dal Ministero evidenzia che nel 2020 il carico di lavoro medio settimanale di ogni ginecologo non obiettore è variato di poco rispetto agli anni precedenti. Le Regioni in cui si osserva un carico di lavoro più alto per i ginecologi non obiettori sono Molise (2,9 IVG medie settimanali), Puglia (2) e Campania (1,9).

	N. I	VG per tri	mestre (20	TOTALE	TOTALE	VAR. 9		
	1	U	III	IV	2020	2019		
ITALIA SETTENTRIONALE	9.318	7.194	7.076	7.437	31.025	34.217	-9,3	
Piemonte	1.709	1.319	1.260	1.349	5.637	6.119	-7,9	
Valle d'Aosta	38	24	25	29	116	151	-23,2	
Lombardia	3.219	2.508	2.456	2.537	10.720	12.367	-13,3	
Bolzano	145	135	126	126	532	517	-2,9	
Trento	148	124	141	146	559	626	-10,7	
Veneto	1.222	996	898	1.013	4.129	4.351	-5,1	
Friuli Venezia Giulia	344	297	305	305	1.251	1.330	-5,9	
Liguria	661	444	480	471	2.056	2.244	-8,4	
Emilia Romagna	1.832	1.347	1.385	1.461	6.025	6.512	-7,5	
ITALIA CENTRALE	4.344	3.328	3.514	3.332	14.518	15.288	-5,0	
Toscana	1.496	1.096	1.141	1.164	4.897	5.264	-7,0	
Umbria	217	192	266	149	824	899	-8,3	
Marche	398	321	325	307	1.351	1.389	-2,7	
Lazio	2.233	1.719	1.782	1.712	7.446	7.736	-3,7	
ITALIA MERIDIONALE	4.662	3.626	3.513	3.158	14.959	16.833	-11,1	
Abruzzo	386	346	328	298	1.358	1.517	-10,5	
Molise	80	60	57	61	258	288	-10,4	
Campania	1.842	1.466	1.408	1.227	5.943	6.617	-10,2	
Puglia	1.615	1.305	1.276	1.129	5.325	6.162	-13,6	
Basilicata	133	90	94	113	430	522	-17,6	
Calabria	606	359	350	330	1.645	1.727	-4,7	
ITALIA INSULARE	1.749	1.452	1.415	1.295	5.911	6.869	-13,9	
Sicilia	1.316	1.104	1.100	998	4.518	5.281	-14,4	
Sardegna	433	348	315	297	1.393	1.588	-12,3	
ITALIA	20.073	15.600	15.518	15.222	66.413	73.207	-9,3	

IVG per trimestre - anno 2020 e confronti con il 2019

Figura 2 Tassi di abortività in Italia Anno 2020

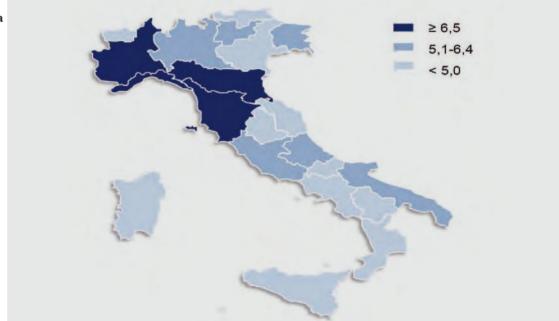


Figura 3
Distribuzione percentuale delle IVG per luogo della certificazione
Anno 2020

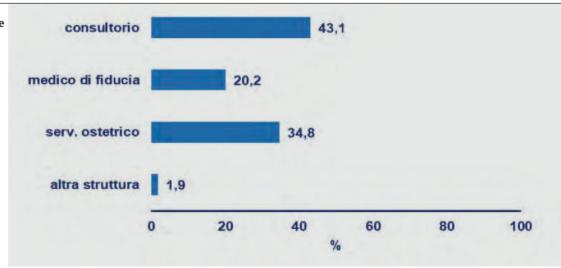


Tabella 2

IVG effettuate
con metodo
farmacologico
Anni 2005-2020

Anno	2005	2009	2010	2011	2013	2014	2016	2017	2018	2019	2020
N. di IVG farmacologiche*	132	857	3.836	7.432	8.114	10.257	13.255	14.267	15 . 750	17 . 799	20.902
% sul totale IVG	0,1	0,7	3,3	6,7	9,7	12,9	15,7	17,8	20,8	24,9	31,9
N. Regioni	2	5	18	20	20	21	21	21	21	21	21
*Mifenristone e na	roet ad l	andine	2								

REPORT DELL'ISS

Il trend è in discesa, ma aumenta la prevalenza dei casi di Hiv. È allarme clamidia tra i giovani





Suligoi (Iss): "Tra i ragazzi dai 15 ai 24 anni la prevalenza da Chlamydia trachomatis è quadrupla rispetto agli over 24. Ecco perché raccomandiamo di prestare grande attenzione ad alcuni segnali e soprattutto di rivolgersi sempre al ginecologo". Grazie alle vaccinazioni Hpv dal 2018 i casi di condilomi anogenitali sono invece scesi del 30%

smesse. Dal 2017 il trend del numero delle persone con una IST confermata è in discesa, un cami dati le davano in costante rialzo. In particolare, nerale italiana. tra il 2019 e il 2020, sono diminuite del 23%, con Last but not least, è allarme clamidia tra i giovazitutto perché i numeri relativi al 2020 hanno ri- che mette a rischio infertilità le ragazze. il numero di test effettuati per una IST si è ridotdal confronto tra il 2020 e il 2019, emerge un incremento del 17,4% dei casi annui di IST nei maschi che fanno sesso con maschi (MSM).

un aumento del 40% rispetto al 2019, in modo par-

LUCI E OMBRE sulle infezioni sessualmente tra- ticolare tra gli stranieri. Per fare un confronto, la prevalenza di infezione da HIV tra le persone con una IST confermata è circa cinquanta volte più albio di rotta importante considerando che dal 2004 ta di quella stimata nella popolazione adulta ge-

un calo evidente soprattutto tra le donne (-29,1%) ni 15-24 anni: mostrano una prevalenza di infee più ridotto negli uomini eterosessuali (-15,5%). zione da Chlamydia trachomatis quadrupla ri-Dati incoraggianti dunque? Non proprio. Innan- spetto alle persone di età superiore. Un'infezione

sentito dell'emergenza Covid-19 e il suo impatto Comunque una buona notizia c'è: dal 2018 i casi potrà essere correttamente valutato solo verifi- di condilomi ano-genitali sono diminuiti del 30%, cando i dati dei prossimi anni (pensiamo solo che un arretramento probabilmente riconducibile all'efficacia delle campagne vaccinali anti-HPV in to del 35% rispetto all'anno prima); e poi perché femmine e maschi, che incoraggia a perseguire e proseguire con le campagne vaccinali.

È questo lo scenario delle Infezioni sessual-Soprattutto la prevalenza di HIV tra le persone mente trasmesse (IST) tracciato nel report delcon IST nel 2020 è arrivata al 15%: un valore così l'Istituto superiore di sanità in base ai dati dei due alto non si era mai visto negli ultimi 30 anni, con sistemi di sorveglianza sentinella attivi in Italia nel 2020.

REPORTISS

I dati fotografano non solo i dati 2020 comparati con l'anno pre pandemia ma anche l'andamento delle IST dal 1991 al 2020. Con Barbara Suligoi, Direttore del Centro Operativo Aids del Dipartimento di Malattie Infettive dell'ISS abbiamo cercato di capire qual è lo stato dell'arte e quali sono contromisure da intraprendere.

"Le IST nonostante il lockdown, continuano ad esserci e la diminuzione osservata potrebbe avere rimbalzi negli anni futuri – ha spiegato Barbara Suligoi – soprattutto l'HIV circola in modo molto marcato, addirittura nella popolazione con Ist mostra una prevalenze di 50 volte superiore alla popolazione generale sessualmente attiva, a testimonianza di quanto l'associazione tra IST e Hiv sia ancora molto forte. Purtroppo nel 2020 solo il 50% delle persone con Ist sono state testate per HIV, quando invece è noto che questo test dovrebbe essere effettuato in tutti i casi di infezione trasmessa per via sessuale, proprio per l'elevata associazione di cui sopra. Desta preoccupazione non solo l'elevata prevalenza HIV arrivata al 15% tra le persone con IST, ma anche che ogni 10 soggetti risultati positivi all'HIV, 8 già sapevano di essere sieropositivi: questo significa che è necessario migliorare l'informazione sulle misure protettive per prevenire le IST. Una scarsa attenzione alla protezione può esitare in fastidiose ed evitabili infezioni".

Preoccupa anche l'aumento della clamidia nelle fasce di età più giovani, in modo particolare per le ragazze. "Mentre nel maschio la malattia si risolve con la terapia antibiotica e raramente comporta delle complicanze – aggiunge Barbara Suligoi – per le ragazze il discorso è diverso. I sintomi nelle donne possono infatti essere lievi, sottovalutati o confusi con 'banali' perdite vaginali; se trascurati, il micro organismo può risalire le vie genitali fino alle tube causando una malattia infiammatoria pelvica, che può venir confusa con dolori da ovulazione, mestruali, intestinali oppure anche con appendicite. Se non trattata, l'infiammazione tubarica può complicarsi ed esitare in un'occlusione delle tube con danni sulla capacità riproduttiva. Insomma – prosegue – una infezione che se curata precocemente può risolversi con una semplice terapia antibiotica, in assenza di una diagnosi e cura tempestiva può portare all'infertilità. Si è visto che la clamidia è asintomatica in tre quarti delle pazienti. Ecco perché raccomandiamo di prestare grande attenzione ad alcuni segnali e soprattutto di rivolgersi sempre al ginecologo. Inoltre per individuare una infezione da clamidia ora è possibile fare un semplice test delle urine, che evita alla ragazze, magari più timide, di sottoporsi a tamponi vaginali".

Per l'Iss bisogna mettere in campo azioni ad hoc. I risultati, ha spiegato il Direttore del Centro Operativo Aids del Dipartimento di Malattie Infettive dell'ISS, sottolineano la necessità di mettere in atto una strategia nazionale per il control-

Tabella 1 Distribuzione dei casi per tipo di IST diagnosticata: intero periodo e 2020 Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato

su centri clinici, 1991-2020)

(a) MSM: maschi che fanno sesso con maschi; b) per l'anno 2020, il numero totale delle segnalazioni pertipo di IST diagnosticata è superiore alla somma delle segnalazioni in uomini eterosessuali, in MSM e in donne, in quanto include anche i casi con "modalità di trasmissione" mancante; (c) NG NC: non gonococcica-non

	1991-2020			2020							
	Tota	The same of the sa	Totale		Uomini eterosessuali		4479414		Donne		
IST diagnosticate	n.	%	n,b	96	n.b	%	n.n	%	n.b	96	
Totale	145.622	100,0	4.748	100,0	1.671	100,0	1.398	100,0	1.103	100,	
Virali	200		-	100		7200	1000				
Condilomi ano-genitali	62.890	43,2	2.307	48,6	1.056	63,2	367	26,3	607	55,0	
Herpes genitale	10.390	7.1	250	5,3	90	5,4	40	2,9	94	8,5	
Mollusco contagioso	9.596	6,6	231	4,9	123	7,4	17	1,2	69	6,3	
Batteriche	The second										
Cervicovaginiti NG-NC ^c	9.149	6,3	22	0,5		-	-	-	22	2,0	
Uretriti NG-NC ^c	7.824	5,4	39	0,8	19	1,1	20	1,4	-	-	
Sifilide primaria e secondaria (I-II)	9.440	6,5	447	9,4	70	4,2	287	20,5	23	2,1	
Sifilide latente	11.770	8,1	280	5,9	34	2,0	171	12,2	44	4,0	
Reinfezione sifilitica	598	0,4	26	0,5	1	0,1	18	1,3	1	0,1	
Cerviciti da Neisseria gonorrhoeae	555	0,4	29	0,6	-		-	411	29	2,6	
Uretriti da Neisseria gonorrhoeae	9.216	6,3	454	9,6	95	5,7	282	20,2		14	
Cerviciti da Chlamydia trachomatis	3.197	2,2	199	4,2		+			199	18,0	
Uretriti da Chlamydia trachomatis	7.295	5,0	401	8,4	172	10,3	167	11,9		-	
Cerviciti da Mycoplasma genitalium	83	0,1	7	0,1	-	*			7	0,6	
Uretriti da Mycoplasma genitalium	335	0,2	30	0,6	7	0,4	18	1,3	*	- 3	
Linfogranuloma venereo	214	0,1	8	0,2	0	0,0	7	0,5	0	0,0	
Malattia infiammatoria pelvica da clamidia o da gonococco	23	0,0	0	0,0		*		*	0	0,0	
Ulcera venerea	43	0,0	0	0,0	0	0.0			0	0,0	
Granuloma inguinale	7	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	
Protozoarie											
Infezioni da Trichomonas vaginalis	537	0,4	9	0,2	1	0,1	19		8	0,7	
Parassitarie	Sec. of the second		T.			14000000			6.6.	. 5.6	
Pediculosi del pube	2.460	1,7	8	0,2	3	0,3	3	0,2	0	0,0	

Tabella 2 Caratteristiche socio-demografiche, comportamentali e cliniche degli individui dai quali sono stati raccolti i campioni: intero periodo e 2020 Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su laboratori di microbiologia clinica,

(a) Percentuali basate su campioni per i quali le informazioni sono disponibili; (b) percentuali calcolate sul totale degli stranieri; (c) vengono considerate solo donne non gravide; (d) altro per gli uomini: condom saltuario o nessun metodo contraccettivo; altro per le donne: condom saltuario, nessun metodo contraccettivo, spirale e/o spermicida; (e) per ogni patogeno le percentuali sono basate sul totale dei casi

	2009-	-2020	2020						
	Tot		Tot		Uon	Donne			
Caratteristiche	n.	% ^a	n.	% ^a	n.	% ^a	n.	% ^a	
Genere									
Uomini	26.622	15,9	1.178	13,2	1.178	-	-	-	
Donne	141.292	84,1	7.750	86,8	-	-	7.750	-	
Dato non disponibile	28		-						
Classi di età (in anni)									
15-24	19.183	11,4	1.017	11,4	113	9,6	904	11,7	
25-34	59.539	35,5	3.296	36,9	339	28,8	2.957	38,2	
35-44	60.638	36,1	2.986	33,4	376	31,9	2.610	33,7	
45 e più	28.513	17,0	1.629	18,2	350	29,7	1.279	16,5	
Dato non disponibile	69		-		-		-		
Nazionalità									
Italiani	142.959	87,8	7.352	89,8	925	89,9	6.427	89,8	
Stranieri	19.841	12,2	838	19,2	104	10,1	734	10,2	
Europa ^b	11.488	57,9	411	49,1	45	43,3	366	49,9	
Africa ^b	3.456	17,4	172	20,5	16	15,4	156	21,3	
America ^b	2.669	13,5	162	19,3	33	31,7	129	17,6	
Asia e Oceania ^b	2.228	11,2	93	11,1	10	9,6	83	11,3	
Dato non disponibile	5.142		738		149		589		
Provenienza dei campioni segnalati									
Medici di medicina generale	73.207	43,8	2.154	24,2	157	13,4	1.997	25,9	
Ginecologi	30.675	18,4	1.110	12,5	-	-	1.110	14,4	
Reparto ospedaliero	13.382	8,0	1.000	11,2	38	3,2	962	12,5	
Accesso diretto	11.510	6,9	1.757	19,8	243	20,7	1.514	19,6	
Centri infertilità	14.362	8,6	526	5,9	231	19,6	295	3,8	
Consultori	9.170	5,5	750	8,4	14	1,2	736	9,5	
Centri IST	7.180	4,3	551	6,2	401	34,1	150	1,9	
Urologi	2.295	1,4	84	0,9	79	6,7	5	0,1	
Dermatologi	128	0,1	3	0,0	. 1	0,1	2	0,0	
Altro	5.066	3,0	961	10,8	12	1,0	949	12,3	
Dato non disponibile	967		32		2		30		
Gravidanza in atto									
Sì	32.579	24,7	1.695	24,3	-	-	1.695	24,3	
No	99.145	75,3	5.267	75,7	-	-	5.267	75,7	
Dato non disponibile	9.568		788		-		788		
Sintomi genito-urinari al momento del prelievo									
Sì	90.398	57,4	4.704	59,9	595	61,2	4.109	59,7	
No.	67.075	42,6	3.151	40,1	377	38,8	2.774	40,3	
Dato non disponibile	10.469		1.073		206		867		
Contraccettivi usati negli ultimi sei mesi ^c									
Condom sempre	7.051	7,3	402	9,9	111	12,0	291	9,3	
Pillola	9.996	10,3	372	9,2	0		372	11,9	
Altrod	79.565	82,4	3.282	80,9	816	88,0	2.466	78,8	
Dato non disponibile	29.155		2.389		251		2.138		
Numero di partner sessuali negli ultimi sei mesi									
0-1	122.918	94,4	4.636	88,8	552	64,8	4.084	93,5	
≥ 2	7.310	6,8	584	11,2	300	35,2	284	6,5	
Dato non disponibile	37.714		3.708		326		3.382		
Avere un partner unico negli ultimi tre mesi									
Sì	121.281	93,2	4.725	89,6	609	69,5	4.116	93,6	
No	8.847	6,8	547	10,4	267	30,5	280	6,4	
Dato non disponibile	37.814		3.656		302		3.354		
Soggetti testati per patogeno ^e									
	142.359	84.8	7.561	84,7	477	40,5	7.084	91,4	
Trichomonas vaginalis									
rrichomonas vaginalis Chlamydia trachomatis Neisseria gonorrhoeae	121.656 104.999	72,4 62,5	6.477 6.157	72,5 69,0	1.086 841	92,2 71,4	5.391 5.316	69,6 68,6	

tamento precoce. Soprattutto occorre la promo- Bisogna inoltre incrementare le attività di inforzione del test HIV a tutti i pazienti con una IST, in mazione sulle IST (far conoscere sintomi, segni e accordo con quanto previsto dal Piano Naziona- complicanze delle IST) ed educare alla salute sesle della Prevenzione 2020-2025, e una collaborazione attiva tra strutture ospedaliere e territorio per favorire l'assistenza dei pazienti con IST attraverso un Percorso Integrato di Cura (PIC) della persona a rischio di o con IST.

Non solo, occorre migliorare il contact tracing delle persone con IST, promuovere la terapia del partner delle persone con una IST e sostenere la prevenzione primaria favorendo la vaccinazione an-

lo delle IST che favorisca la diagnosi e il loro trat- ti-HPV, anti-epatite B, anti-epatite A.

suale attraverso le "Regole del Sesso Sicuro", in altre parole: uso corretto del condom, riduzione del numero dei partner sessuali, consumo consapevole dell'alcool evitando l'uso di sostanze stupefacenti. Infine, suggerisce, bisogna elaborare un piano nazionale pluriennale per la prevenzione delle IST che miri a ridurre il numero di persone con IST facilitando l'accesso ai servizi specialistici.

Tabella 3 Andamento del numero dei soggetti testati per Chlamydia trachomatis e della prevalenza di Chlamydia trachomatis per anno

Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su laboratori di microbiologia clinica, 2009-2020

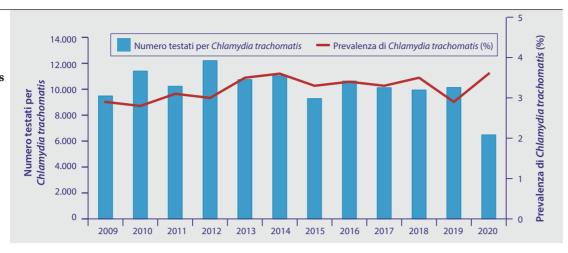
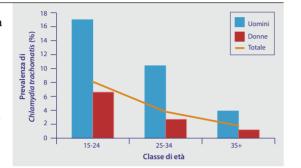


Tabella 4 Prevalenza di Chlamydia trachomatis per classe di età e per genere: 98.618 donne e 23.015 uomini testati per Chlamydia trachomatis

Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su laboratori di microbiologia clinica 2009-2020





L'andamento delle Ist

casi, 8,1% del totale) e l'herpes genitale (10.390 ni i più colpiti (il 71,6% (n. 104.331) vs 28,4% (n. di IST negli MSM del 28,3%. (Vedi tabella 2). 41.291) delle donne). L'età media è stata di 32 anni (30 anni per le donne - 33 anni per gli uomini. Nel 2020, le percentuali sono cresciute nel sesso maschile (76,8% (n. 3.645) contro il 23,2% (n. 1.103) delle donne. L'età media è stata di 33 anni (Vedi tabella 1).

Tirando le somme negli ultimi anni è diminuito il numero delle persone con una IST confermata. Tra il 2018 e il 2019 c'è stata una riduzione del 6%.

mentre tra il 2019 e il 2020 la riduzione è stata del 22,9% soprattutto tra gli uomini eterosessuali che Dal 1991-2020 le patologie più frequentemente se-sono andati incontro a una riduzione del 48% cirgnalate sono state i condilomi ano-genitali (62.890 ca dei casi di IST segnalati tra il 2013 ed il 2020. mente (2,5% nel 2020). Negli ultimi tre anni è più casi, 43,2% del totale), la sifilide latente (11.770 Tra il 2000 e il 2019, c'è stato un incremento del che raddoppiata la prevalenza HIV negli stranie-23,2% dei casi annui di IST nelle donne, e nello casi, 7,1% del totale). Sono soprattutto gli uomi- stesso periodo sono aumentati anche i casi annui

Clamidia (Chlamydia trachomatis)

Dal 1991 al 2020, sono stati 10.492 i nuovi casi di Clamidia (Ct). Il 69,5% (n. 7.292) è stato diagnosticato in uomini e il 30,5% (n. 3.200) in donne con un'età mediana di 29 anni. Soprattutto le diagnosi sono state più frequenti nei giovani tra 15 e i 24 anni (10,2%) rispetto a quelli tra i 25-44 anni (7,4%) e agli over 45 (3,6%). Il 20,9% (n. 2.107) era

di nazionalità straniera (Paesi europei europei 49% e Africa 29%). La maggioranza delle persone colpite il 57,1% ha dichiarato di avere avuto da due a cinque partner. Per quanto riguarda le modalità di trasmissione, il 53,4% dei casi è stato segnalato in uomini eterosessuali, il 14,5% in MSM e il 32,2% in donne. Nel 2020, i centri hanno segnalato 600 nuovi casi. I casi di Ct hanno mostrato un aumento dopo il 2008, con un incremento di quasi quattro volte tra il 2008 e il 2019. Al contrario nel 2020 il numero di casi segnalati è diminuito del 25% rispetto al 2019. In particolare, nel 2020 i casi di infezione da Ct nelle donne sono diminuiti del 35%, dopo un aumento costante dal 2008. Diversamente, questa riduzione nel 2020 non si è osservata negli MSM, dove dal 2008 i casi di infezione da Ct sono aumentati di circa 9 volte.

HIV

La percentuale di soggetti con IST testati per HIV è diminuita dal 1991 al 2000, passando dal 76% al 52%, successivamente è aumentata raggiungendo il picco massimo nel 2005 (79,3%). Nel 2020 la percentuale dei soggetti con IST testati per HIV è stata del 49,6%, analogamente a quanto rileva-

La percentuale di MSM con IST testati per HIV è stata sempre più alta, nell'intero periodo, rispetto a quella degli eterosessuali sia uomini che donne; in particolare, nel 2020 la percentuale di MSM con IST testati per HIV è stata pari al 76,4%, mentre quella degli uomini eterosessuali è stata pari al 47,4% e quella delle donne è stata pari al 41,8%. Inoltre, la percentuale di stranieri con IST testati per HIV è stata sempre più alta, nell'intero periodo, rispetto alla percentuale degli italiani; nel 2020 la percentuale di stranieri con IST testati per HIV è stata pari al 50,6%, mentre quella degli italiani è stata pari al 49,9%.

Prevalenza di HIV

Dal 2008 si è assistito a un incremento progressivo della prevalenza HIV in soggetti con IST, con un primo picco di 11,7% nel 2016 e un secondo picco di 15% nel 2020. Nel 2020 la prevalenza HIV è aumentata del 40% circa rispetto al 2019. Durante l'intero periodo, la prevalenza di HIV è stata sempre più alta negli MSM mostrando un aumento costante dal 2008 (29,4% nel 2020), mentre negli eterosessuali è diminuita progressivari (8% nel 2018 vs 20,4% nel 2020)

Condilomi ano-genitali

Dal 1º gennaio 1991 al 31 dicembre 2020, il Sistema di sorveglianza ha segnalato un totale di 62.890 nuovi casi di condilomi genitali. Il 73,2% (n. 46.044) è stato diagnosticato in uomini e il 26,8% (n. 16.846) in donne. Colpite le persone con un'età mediana di 31 anni. In particolare le diagnosi di condilomi genitali sono risultate più frequenti nella fascia di età tra i 15 e i 24 anni (44,5%) rispetto a quelli tra i 25-44 anni (43,9%) e agli over

REPORTISS

45 (39,6%). Il 13,2% (n. 7.840) era di nazionalità straniera, di questi la maggior parte proveniva da altri Paesi europei e dall'Africa (rispettivamente, 45,9% e 26,6%). Più della metà dei soggetti con condilomi genitali (55,9%) ha riferito di non avere avuto nessuno o un partner sessuale nei sei mesi precedenti la diagnosi, il 37,5% da due a cinque partner e il 6,6% sei o più. Il 57,9% dei condilomi genitali è stato segnalato in uomini eterosessuali, il 14,1% in MSM e il 28,1% in donne. Nel 2020, i centri hanno segnalato 2.307 nuovi casi di condilomi genitali.

Il numero annuo di segnalazioni di condilomi anogenitali ha mostrato un incremento (di circa tre volte) dal 2000 al 2016. In particolare, dal 2018 si è osservata una riduzione del 30,7% del numero di casi di condilomi ano-genitali, molto probabilmente attribuibile alle campagne vaccinali anti-HPV in femmine e maschi. Nel 2020 si è osservata una riduzione del 23% circa rispetto al 2019.

Herpes genitale

Dal 1991 al sono stati 10.390 i nuovi casi di herpes genitale. Il 71,8% (n. 7.465) è stato diagnosticato in uomini e il 28,2% (n. 2.925) in donne con un'età mediana di 35 anni. Il 16,8% (n. 1.672) era di nazionalità straniera, di questi la maggior parte proveniva da altri Paesi europei e dall'Africa (rispettivamente, 35% e 27,9%). Relativamente alla modalità di trasmissione, il 60% dei casi di herpes genitale è stato segnalato in uomini eterosessuali, il 10,5% in MSM e il 29,4% in donne. Nel 2020, i centri hanno segnalato 250 nuovi casi di herpes genitale.

L'andamento delle segnalazioni di herpes genitale ha mostrato dal 2004 un andamento costante, seppure con numerose fluttuazioni. Nel 2020 si è osservata una riduzione del 34% rispetto al

Nelle donne si rileva un incremento dei casi di circa due volte e mezzo tra il 2004 e il 2019 e una lieve riduzione nel 2020. Tra gli MSM si osserva un aumento di casi nel 2020 del 35% rispetto al 2019.

Tricomoniasi (Trichomonas vaginalis)

Dal 1º gennaio 1991 al 31 dicembre 2020, il Sistema di sorveglianza ha segnalato un totale di 537 nuovi casi di Tricomoniasi (Tv). Il 98,9% (n. 531) dei casi di infezione da Tv è stato diagnosticato in donne e l'1,1% (n. 6) in uomini. L'età mediana è stata di 31 anni (Iqr, 25-41 anni).

Il 25,7% (n. 134) delle persone colpite era di nazionalità straniera altri Paesi europei e Africa (rispettivamente, 58,2% e 27,6%). Il numero dei casi di infezione da Tv è diminuito progressivamente, passando da 50 casi del 1991 a 3 del 2013, per poi aumentare nuovamente e stabilizzarsi fino al 2018 (n. 14). Nel 2020, i centri hanno segnalato 9 nuovi casi di infezione da Tv.

Gonorrea.

Sono stati 9.771 i nuovi casi di gonorrea da 1991 al 2020. Una malattia diagnosticata principalmente negli uomini (il 94,3%, n. 9.216), solo il 5,7% (n. 555) erano donne, con un'età mediana di



Per l'Iss bisogna mettere in campo azioni ad hoc. I risultati, ha spiegato Barbara Suligoi, Direttore del Centro Operativo Aids del Dipartimento di Malattie Infettive dell'ISS, sottolineano la necessità di mettere in atto una strategia nazionale per il controllo delle IST che favorisca la diagnosi e il loro trattamento precoce. Soprattutto occorre la promozione del test HIV a tutti i pazienti con una IST

31 anni. Ad essere colpite sono soprattutto le per- le diagnosi di circa cinque volte rispetto al 2000 (4,9%). Il 24,6% (n. 2.298) era di nazionalità straeuropei e dall'Africa (rispettivamente, 43% e 34,8%). Il 64,8% delle persone con gonorrea aveva avuto da due a cinque partner nei sei mesi precedenti la diagnosi. Il 48,9% dei casi di gonorrea è stato segnalato in uomini eterosessuali, il 45% in MSM e il 6,1% in donne. Nel 2020, i centri hanno segnalato 483 nuovi casi di gonorrea. Le segnalazioni di gonorrea sono raddoppiate dal 2015 al 2019, mentre nel 2020 hanno subito una riduzione di circa il 22% rispetto al 2019. Tra gli MSM il trend e in continuo aumento e non si è osservata una flessione dei casi nel 2020.

Sifilide primaria e secondaria

Nel periodo analizzato sono stati segnalati 9.440 nuovi casi di sifilide primaria e secondaria (I-II). Il 91,5% (n. 8.642) dei casi di sifilide I-II è stato diagnosticato in uomini e l'8,5% (n. 798) in donne con un'età mediana di 36 anni (IQR, 29-45 anni). le diagnosi di sifilide I-II sono risultate più si. Le segnalazioni di sifilide latente hanno mofrequenti nei soggetti dai 45 anni in su (9%).

di nazionalità straniera (altri Paesi europei e daltivamente alla modalità di trasmissione, il 31,3% dei casi di sifilide I-II è stato segnalato in uomini eterosessuali, il 59.6% in MSM e il 9.1% in donne. Nel 2020 gli MSM costituivano il 75,5% dei casi segnalati e i centri hanno segnalato 447 nuovi casi di sifilide I-II.

L'andamento dei casi di sifilide I-II è rimasto relativamente stabile fino al 2000. Dopo il 2000 i casi di sifilide I-II hanno evidenziato un aumento rilevante: nel 2005 si è osservato un aumento del-

sone tra i 15 e i 44 anni (7,1%) rispetto agli over 45 e un nuovo picco nel 2016. A fronte di una riduzione di casi del 23% negli ultimi quattro anni, niera. la maggior parte proveniva da altri Paesi solo tra gli MSM si è rilevato un aumento di segnalazioni nell'ultimo anno. Nel 2020 gli MSM costituivano il 75,5% delle segnalazioni. Il numero di casi segnalati è stato di circa il 5% più basso rispetto al 2019.

Sifilide latente

Sono stati 11.770 i nuovi casi di sifilide latente dal 1993 al 2020. Il 66,5% (n. 7.825) dei casi di sifilide latente è stato diagnosticato in uomini e il 33,5% (n. 3.945) in donne con un'età mediana di 39 anni (IQR, 30-50 anni). Il 34,4% (n. 3.896) dei soggetti con sifilide latente era di nazionalità straniera, di questi la maggior parte proveniva da altri Paesi europei e dall'America (rispettivamente, 37,5% e 29,1%). Relativamente alla modalità di trasmissione, il 38,6% dei casi di sifilide latente è stato segnalato in uomini eterosessuali, il 26,4% in MSM e il 35% in donne.

Nel 2020, i centri hanno segnalato 280 nuovi castrato due picchi: il primo nel 1992 e il secondo Il 15,8% (n. 1.403) dei soggetti con sifilide I-II era nel 2005. Nel 2020 si è osservata una riduzione del 20% circa rispetto al 2019. Dal 2004 il trend è l'America (rispettivamente, 47,6% e 26,5%). Relastato costantemente in decremento sia per gli uomini eterosessuali che per le donne, mentre negli MSM si è osservato un aumento costante dei casi segnalati fino al 2020.

> L'andamento dei casi di sifilide latente per nazionalità, ha mostrato, tra gli italiani, una progressiva riduzione fino al 2004 e un successivo lieve aumento e stabilizzazione fino al 2020; mentre tra gli stranieri ha mostrato un progressivo aumento delle segnalazioni fino al 2007 e una successiva riduzione fino al 2020.

STUDIO ISS / POPOLAZIONE TRANSGENDER

Basso livello di prevenzione nella popolazione transgender

Entro il 2023 i primi percorsi formativi per il personale sanitario



POCHI SCREENING oncologici, un tasso di depressione fino a dieci volte più alto rispetto alla popolazione generale e stili di vita poco salutari.

Sono questi i principali dati preliminari che emergono dallo "Studio sullo stato di salute della popolazione transgender adulta in Italia" condotto dall'Iss in collaborazione con centri clinici distribuiti su tutto il territorio nazionale e associazioni/collettivi transgender. Alcuni dei risultati sono stati presentati all'Istituto Superiore di Sanità, nel corso del convegno "Stato dell'arte e prospettive future nella promozione del benessere e della salute delle persone transgender" organizzato con l'Ufficio Nazionale Anti Discriminazioni Razziali (Unar) della Presidenza del Consiglio dei Ministri

> "PER L'UNAR la salute e il benessere delle persone transgender sono temi prioritari su cui stiamo lavorando da tempo – afferma Loukarelis, Direttore dell'Unar – sia in termini di strategia nazionale Lgbt, sia in termini di progettualità per politiche che includono anche gli aspetti di inserimento lavorativo. Tale sforzo sarà confermato e rafforzato nella nuova progettualità dei fondi europei concordati con l'Ue fino al 2027".

> Dallo studio, che mostra l'importanza di un'azione sanitaria specifica su questa fascia di popolazione, emerge soprattutto la difficoltà di accedere ai servizi sanitari, in particolare agli screening oncologici, con la percentuale di chi si sente discriminato che arriva al 46%. Soltanto il 20% delle persone transgender assegnate femmina alla nascita esegue il pap-test, mentre soffre di depressione circa il 40% delle persone transgender e il 60% dei casi del campione analizzato dichiara di non fare attività fisica.

> l'ambito dei servizi sanitari costruire una formazione specifica del personale che lavora in ambito sanitario – dice Marina Pierdominici dell'Iss, responsabile scientifico dello studio sullo stato di salute della popolazione transgender – il corretto accesso ai servizi sanitari in questa fascia di popolazione è il motore della prevenzione e il suo funzionamento riguarda sia la sensibilizzazione della popolazione transgender rispetto all'importanza della tutela della salute sia la competenza del personale sanitario coinvolto nell'azione di prevenzione".

Nei medici mancanza di conoscenza e di terminologia appropriata. La mancanza di conoscenza sulla salute transgender da parte del medico e l'utilizzo di una terminologia inappropriata sono le criticità più frequentemente riscontrate dagli/lle utenti nell'interazione con il medico. Una survey tuttora in corso mostra, dai dati preliminari, come gli stessi medici sottolineino la necessità di una formazione specifica sugli aspetti di salute legati all'identità di genere che non è attualmente parte del curriculum di studi universitario. Proprio a questo proposito, entro il 2023, saranno disponibili sulla piattaforma dell'Iss corsi di formazione specifici rivolti al personale medico e sanitario ai fini rendere efficaci le azioni di salute pubblica anche rispetto a questa fascia di popolazione".

LO STUDIO

La ricerca condotta dall'Iss è divisa in quattro sezioni: dati socio-anagrafici (età, cittadinanza, residenza, titolo di studio, condizione lavorativa, reddito, sesso registrato alla nascita, identità di genere), stili di vita (attività fisica, dieta, fumo di sigaretta, consumo di alcol, uso di droghe), stato di salute (accesso ai servizi sanitari e loro utilizzo, prevenzione, malattie, cure mediche e chirurgiche), identità di genere e salute (supporto psicologico, trattamento ormonale e/o chirurgico di affermazione di genere). I risultati saranno oggetto a breve di pubblicazione.

STILI DI VITA

I risultati hanno evidenziato che è maggiore la percentuale di persone transgender che non fa attività fisica rispetto alla popolazione generale. Il "Questi numeri mostrano quanto sia urgente nel- 64% delle persone transgender Amab (donne transgender e persone non binarie assegnate maschio assegnate femmina alla nascita) non fanno attività fisica rispetto al 33% e al 42% degli uomini e delle donne nella popolazione generale (dati

> Relativamente al fumo di sigaretta la popolazione più a rischio è rappresentata dalle persone transgender Afab che riferiscono di fumare nel 37% dei casi verso il 25% degli uomini e il 19% delle donne che fumano nella popolazione gene-

rale (dati Istat). Il binge drinking (consumo eccessivo di alcol in una singola occasione) è più frequente nella popolazione transgender: 23% Amab e 17% Afab nella popolazione transgender vs 12.5% uomini e 5.5% donne nella popolazione generale (sorveglianza Passi 2017-2020, ISS). Le differenze riscontrate tra la popolazione transgender e la popolazione generale per quanto riguarda gli stili di vita sono correlabili a molteplici fattori tra i quali minority stress, episodi transfobici e transfobia interiorizzata giocano un ruolo cruciale.

ACCESSO AI SERVIZI

Per quanto riguarda l'accesso ai servizi sanitari il 34% delle persone transgender Amab e il 46% delle persone transgender Afab si è sentita discriminata in ragione della sua identità e/o espressione di genere nell'accesso o utilizzo dei servizi sanitari. Questo dato, almeno in parte, può spiegare la bassa percentuale di persone transgender che si sottopone agli screening oncologici: per esempio il pap test a scopo preventivo viene eseguito soltanto dal 20% delle persone transgender assegnate femmina alla nascita vs il 79% delle donne nella popolazione generale (sorveglianza Passi 2017-2020, Iss).

STATO DI SALUTE

I dati relativi alla presenza di eventuali malattie sono ancora in fase di analisi ma risultati preliminari indicano significative differenze tra la popolazione transgender e quella generale, un esempio è dato dalla depressione riferita dal 40% delle persone transgender Amab e dal 34.5 % delle persone transgender Afab (dato che raggiunge il 60% nella popolazione transgender non binaria sia Amab che Afab) vs il 4.74% e il 7.7 % riportaalla nascita) e il 58% delle persone transgender te rispettivamente negli uomini e nelle donne nel-Afab (uomini transgender e persone non binarie la popolazione generale (sorveglianza Passi 2017-2020, Iss. Per quanto riguarda l'infezione da Hiv si delinea un quadro in linea con i dati internazionali che indicano una prevalenza più alta, in particolare nelle persone transgender Amab, rispetto alla prevalenza stimata nella popolazione generale (percentuale riferita dalle persone transgender Amab 6.45% vs 0.3% negli uomini e 0.2% nelle donne nella popolazione generale).

ISS - SORVEGLIANZA INTEGRATA

Nel 2021 la rosolia sparisce dai radar, solo 9 i casi di morbillo segnalati

SONO STATI NOVE i casi di morbillo (incidenza 0,15 MORBILLO. Nove i casi di morbillo rilevati con con picchi epidemici (oltre 300 casi) nei mesi di casi per milione) segnalati in Italia, dal 1 genna- un'incidenza totale di 0,15 casi per milione di abiio al 31 dicembre 2021, di cui cinque confermati in laboratorio e quattro classificati come casi possibili. Sette le Regioni nelle quali sono stati segnalati: Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Lazio e Sardegna. Cinque delle persone con morbillo avevano meno di cinque anni di età (di cui tre casi < 1 anno) e due erano operatori sanitari. Otto dei nove casi segnalati non erano vaccinati al momento del contagio, mentre una persona aveva ricevuto una sola dose. Tre i ricoverati in ospedale. La Rosolia scompare invece dai radar. Questa la fotografia scattata dal Rapporto sulla Sorveglianza Integrata del Morbillo e della Rosolia, del Reparto epidemiologia, biostatistica e modelli matematici del Dipartimento Malattie Infettive, dell'Istituto Superiore di Sanità.

ROSOLIA. Con un trend in costante discesa, ad eccezione di un picco segnalato nel 2017, la rosolia sparisce dai radar dell'Iss. Dall'inizio del 2013 sono stati segnalati in totale 277 casi di rosolia (possibili, probabili e confermati). Di questi 65 nel 2013, 26 nel 2014, 27 nel 2015, 30 nel 2016, 68 nel 2017, 21 nel 2018, 25 nel 2019, 15 nel 2020. Nessun caso nel 2021. Figura 1

tanti. Cinque casi sono stati confermati in laboratorio, nessun caso è stato classificato come caso probabile (criteri clinici ed epidemiologici soddisfatti, caso non testato in laboratorio) e quattro sono stati invece classificati come caso possibile (criteri clinici soddisfatti, nessun collegamento epidemiologico, non testato in laboratorio).

Per quanto riguarda il sesso, la maggioranza delle persone colpite erano femmine (5). Tre casi avevano meno di un anno di età, due tra uno e quattro anni. Una persona tra i 15 e i 39 anni e tre tra i 40 e i 64 anni.

Delle persone con morbillo, otto non erano vaccinate al momento del contagio, mentre un caso (33 anni) aveva ricevuto solo una dose di vaccino. Solo una persona ha riportato una complicanza (diarrea). Tre sono state invece ricoverate.

Il Report fotografa anche l'andamento del morbillo dal 2013 al 2021. Dall'inizio del 2013 sono stati segnalati 14.891 casi di morbillo di cui 2.270 nel 2013, 1.695 nel 2014, 256 nel 2015, 862 nel 2016, 5.397 nel 2017, 2.683 nel 2018, 1.622 nel 2019, 105 nel 2020 e 9 nel 2021.

Si assiste ad un andamento ciclico dell'infezione

giugno 2013 e gennaio 2014, una diminuzione del numero di casi segnalati nel 2015 (range 11-45 casi), una lieve ripresa nel 2016, e un nuovo picco di 973 casi a marzo 2017. Dopo una progressiva diminuzione dei casi, a gennaio 2018 si è verificata una nuova ripresa della trasmissione che ha raggiunto il picco ad aprile 2018 con 495 casi, per poi diminuire progressivamente fino a raggiungere 56 casi nel mese di settembre 2018. Il numero delle persone colpite è rimasto pressoché stabile nei mesi successivi fino a dicembre 2018 (range 56-82

A gennaio del 2019 il numero di casi segnalati è raddoppiato rispetto al mese precedente. Il trend in aumento è proseguito nei mesi successivi, con un picco nel mese di aprile 2019. Da maggio a dicembre 2019 si nota una progressiva diminuzione dei casi. Un nuovo aumento è stato registrato a gennaio 2020, ma nei mesi successivi il numero di casi è diminuito, con soli 105 casi segnalati nel 2020 e 9 casi nel 2021. Dal 2013 al 2021, il 55,6% dei casi segnalati è stato confermato in laboratorio e il 44,4% è stato classificato come caso possibile. Figura 2

Figura 1 Casi di rosolia segnalati, per mese di insorgenza dei sintomi 1 gennaio 2013 31 dicembre 2021

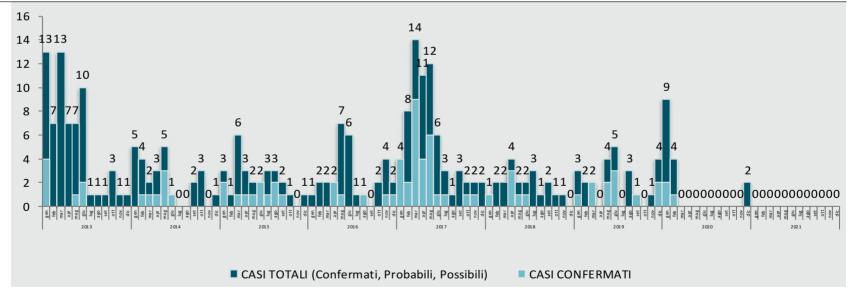
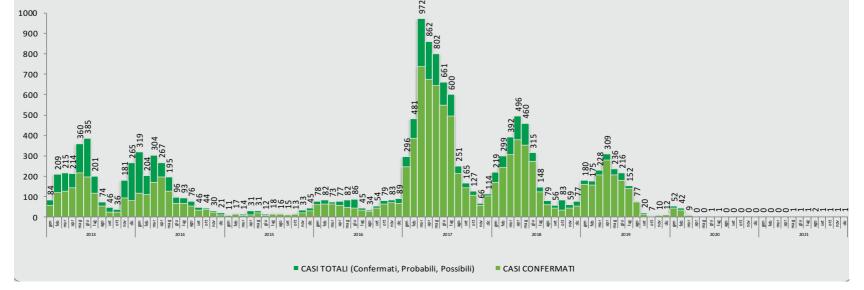


Figura 2 Casi di morbillo per mese di insorgenza dei sintomi. Italia Gennaio 2013 Dicembre 2021



GLI ITALIANI E IL FUMO

Tornano a crescere i fumatori (800mila in più dal 2019) e triplica il consumo di sigarette a tabacco riscaldato

Un fumatore su tre convinto che facciano meno male e il 75% si sente libero di fumarle in spazi chiusi



CRESCE IL POPOLO DEI FUMATORI, quasi un italiano su quattro (il 24,2% della popolazione) non rinuncia al fumo: una percentuale che non era stata mai più registrata dal 2006. Un trend in controtendenza che vede quest'anno, dopo un lungo periodo di stagnazione, un aumento di 2 punti percentuali (i fumatori erano il 22% nel 2019). Non solo, il fumo impazza sia tra gli uomini che tra le donne, invertendo il trend registrato tra il 2017-2019 quando il numero delle fumatrici era invece in costante diminuzione. La prevalenza di fumatori è più alta al Sud in entrambi i sessi.

Soprattutto aumenta il numero delle persone che fumano sigarette a tabacco riscaldato: 3,3% del 2022 rispetto al 1,1% del 2019, ma più di una persona su tre (il 36,6%) le considera meno dannose di quelle tradizionali. Nonostante ciò i fumatori e-cig e sigarette a tabacco riscaldato stanno rimettendo in discussione l'educazione al comportamento rispettoso nei confronti dei non fumatori: fumo libero nelle case in barba ai rischi del fumo passivo.

Sono questi i dati più significativi del Report dell'Iss diffuso in occasione della Giornata mondiale senza tabacco promossa dall'Oms e celebrata il 31 maggio scorso.

Il tema del 2022 si è focalizzato sull'impatto del tabacco sul pianeta: dalla coltivazione, alla produzione, alla distribuzione e ai rifiuti. La campagna ha mirato inoltre a evidenziare gli sforzi dell'industria del tabacco per "apparire ecosostenibile" e migliorare la propria reputazione e quella dei suoi prodotti commercializzandoli come rispettosi dell'ambiente.

"L'aumento dei fumatori rilevato dal report è un segnale che desta preoccupazione – ha detto Silvio Brusaferro, presidente dell'Iss – e rispetto al quale è importante attivare azioni di prevenzione a partire dai più giovani per garantire una vita più lunga, con meno disabilità e qualitativamente migliore per noi e per chi ci vive accanto".

Anche l'incremento dei nuovi prodotti del tabacco ha contribuito a modificare il trend degli anni precedenti. "Il dato di quest'anno – ha spiegato Roberta Pacifici, responsabile del Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Iss – ci conferma come la pandemia abbia significativamente influenzato le abitudini al consumo dei prodotti del tabacco e di nicotina degli italiani. I nuovi prodotti del tabacco e le e.cig si sono aggiunti al consumo delle sigarette tradizionali e i loro utilizzatori infatti sono quasi esclusivamente consumatori duali. La falsa percezione di consumare prodotti meno o addirittura non nocivi per la salute e il sentirsi autorizzati ad utilizzarli in ogni luogo, in deroga alla legge Sirchia, stanno certamente incidendo sull'aumento del loro consumo".

IL CONSUMO. Sono 12,4 milioni i fumatori in Italia e rappresentano il 24,2% della popolazione. Gli ex fumatori sono il 14,9% della popolazione italiana e i non fumatori il 60,9%. La prevalenza più alta di fumatori di sesso maschile si registra nella fascia d'età compresa tra i 25 e i 44 anni sebbene queste percentuali siano in diminuzio-(42,9%), mentre nella fascia d'età 45-64 anni si re- ne rispetto a quanto registrato nel 2019 (90,2% gistra la prevalenza più alta tra le donne (24,5%). Oltre i 65 anni troviamo le prevalenze più basse et fatte a mano). Le sigarette fatte a mano sono siin entrambi i sessi.

Tra i fumatori di sesso maschile si registra anche la percentuale più alta di chi fuma più di 20 sigarette al giorno (25,6% rispetto al 13,4% delle donne) mentre tra le fumatrici la percentuale più bassa di chi fuma meno di 9 sigarette al giorno (36% rispetto al 31,4% degli uomini). Quasi la metà dei giovani fumatori nella fascia d'età 15-24 anni (49,8%) fuma meno di 9 sigarette al giorno, sebbene il 45,5% di essi consumi tra le 10 e le 19 si-

garette/die.

Si fumano in media 11,5 sigarette al giorno. Il consumo medio giornaliero di sigarette si conferma in diminuzione, sebbene tale diminuzione consista di fatto nella riduzione di 2 sigarette in 10 anni (erano 13,6 sigarette/die nel 2011), con ancora il 20,4% di fumatori che consumano più di 20 sigarette al giorno.

DOVE SI FUMA DI PIÙ. Rispetto all'area geografica, la prevalenza di fumatori è più alta al Sud in entrambi i sessi: 32,6% negli uomini, 21,6% nelle donne. Si fumano principalmente sigarette confezionate (84,9%) e sigarette fatte a mano (14,9%), per le sigarette tradizionali, 18.3% per le sigaretgnificativamente più diffuse tra i giovani di sesso maschile e residenti nelle regioni del Centro

LA SIGARETTA ELETTRONICA. In Italia gli utilizzatori abituali e occasionali di e-cig sono il 2,4% della popolazione, ovvero circa 1 milione e 200mila persone. Dopo un trend che vedeva negli anni precedenti una diminuzione degli utilizzatori, questi nel 2022 sembrano essere di nuovo in aumen-

GLI ITALIANI E IL FUMO

NON FUMATORI EX FUMATORI **FUMATORI** 12,4 milioni 7.7 milioni OSSFAL 31,4 milioni 60,9% 14,9% 24,2% to (erano il 2,5% nel 2017, 2,1 nel 2018, 1,7% nel UOMINI UOMINI **UOMINI** 2019). L'81,9% di chi usa la sigaretta elettronica è un fumatore, dunque un consumatore duale che 13,1 milioni 4,3 milioni 7,5 milioni fuma le sigarette tradizionali e contemporanea-52,4% 17,4% 30,2% mente l'e-cig. Il 2,8% dei fumatori abituali o occasionali di sigaretta elettronica sono invece per-UOMINI UOMINI DONNE sone che prima di utilizzare l'e-cig non avevano mai fumato sigarette tradizionali. 18,3 milioni 3,4 milioni 4,9 milioni Per quanto riguarda le sigarette a tabacco riscal-68,9% 12,6% 18,5% dato (HTP), queste vengono utilizzate abitualwww.iss.it mente o occasionalmente dal 3,3% della popolazione italiana, circa 1 milione e 700mila persone.

GLI ITALIANI SECONDO L'ABITUDINE AL FUMO

Il loro consumo è triplicato, passando dall' 1,1% nel 2019 al 3,3% nel 2022. Relativamente alla percezione del rischio per la salute derivante dall'uso Telefono Verde contro il Fumo (TVF) 800 554088 delle sigarette a tabacco riscaldato, si osserva che

Dall'inizio della sua attività nel 2000 il Telefono Verde contro il Fumo (TVF) 800 554088 ha preso in carico oltre 98mila telefonate e nell'ultimo anno (1 maggio 2021 - 30 aprile 2022) sono giunte al Servizio oltre 8.500 telefonate

FUMO PASSIVO. Consentire di fumare in casa ai UTILIZZO propri ospiti è un comportamento fortemente correlato allo stato attuale di fumatore. Infatti mentre non consente di far fumare all'interno della propria casa il 45% dei fumatori (erano il 48,9% nel 2019), non lo consentono il 75,4% degli ex-fumatori (erano il 74,9% nel 2019) e l'83,5% dei non fumatori (erano l'80,4% nel 2019): in diminuzione pertanto il comportamento virtuoso da parte dei fumatori, ma in aumento il divieto di fumare in casa da parte degli ex-fumatori e dei non fumatori.

sebbene la maggioranza dei fumatori (il 52,2%)

ritenga che esse siano dannose al pari delle siga-

rette tradizionali, il 36,6% ritiene che lo siano me-

no: quest'ultima percezione si è maggiormente

diffusa tra i fumatori rispetto a quanto rilevato nel

2019 (era il pensiero del 25,3% dei fumatori). Inol-

tre, il 38,8% della popolazione (48,4% dei fuma-

tori) ritiene che questa tipologia di prodotti non

portino al consumo di sigarette tradizionali men-

tre il 26,1% degli italiani (37,2% dei fumatori) ri-

tiene che l'esposizione passiva al consumo di si-

garette a tabacco riscaldato non faccia male alla

salute.

Anche l'esposizione dei bambini al fumo passivo in casa è fortemente correlata alla condizione di fumatore: infatti, mentre dichiarano di esporre al fumo passivo i bambini il 22,6% dei fumatori, questa percentuale scende al 5,5% nel caso di ex-fumatori e al 4,7% dei non fumatori.

LEGGE ANTIFUMO ELUSA DA UTILIZZATORI DI E-CIG **E SIGARETTE A TABACCO RISCALDATO.** Dopo oltre 15 anni dall'entrata in vigore della legge antifumo (legge Sirchia), il rispetto del divieto di fumo nei luoghi chiusi, ricorda l'Iss, è diventato un comportamento adottato nella maggior parte dei casi e in tutta Italia con un sostanziale rispetto della legge. Purtroppo l'introduzione sul mercato di prodotti alternativi alla sigaretta tradizionale (ecig e sigarette a tabacco riscaldato) ed una legislazione non ancora adeguata ai nuovi scenari del mercato di questi prodotti, stanno rimettendo in discussione l'educazione al comportamento rispettoso nei confronti dei non fumatori.

Infatti, il 66,8% degli utilizzatori di e-cig (erano il 62,6% nel 2019) ed il 74,6% dei fumatori di si-

DELLE SIGARETTE ATABACCO RISCALDATO (HTP)

DELLA POPOLAZIONE

PERSONE

PERCEZIONE DEL RISCHIO

UGUALMENTE RISCHIOSE

MENO DANNOSE

garette a tabacco riscaldato (erano il 62% nel 2019) si sentono liberi di usare questi prodotti nei luoghi pubblici (mezzi di trasporto pubblici, privati, locali, bar, ecc..). Gli incrementi percentuali retipologie di prodotti disposti a trasgredire i divieti di fumo, mandano un ulteriore chiaro segnale di allerta nei confronti di una legislazione ancora troppo fragile nei confronti dei prodotti diversi dalla sigaretta tradizionale.

SMETTERE DI FUMARE, LA PIATTAFORMA DELL'ISS E IL TELEFONO VERDE. Smettere di fumare rappresenta un cambiamento importante nella vita dei tabagisti e a volte possono essere necessari più tentativi prima di riuscirci. Per questo la piattaforma "Smettodifumare" offre la mappa geolocalizzata dei Centri Antifumo presenti sul territorio nazionale, fornendo indicazioni pratiche per un facile accesso. La piattaforma ospita anche la nuova Guida digitale Smetto di Fumare, uno strumento da leggere, compilare e personalizzare che fornisce consigli e strategie utili per abbandonare la sigaretta e superare i momenti critici.

Dall'inizio della sua attività nel 2000 il Telefono Verde contro il Fumo (TVF) 800 554088 ha preso in carico oltre 98mila telefonate e nell'ultimo anno (1 maggio 2021 - 30 aprile 2022) sono giunte al mo (erano il 22% nel 2021, sono il 12% nel 2022), Servizio oltre 8.500 telefonate. Si chiama di più mentre aumenta il personale medico dedicato dal Nord (40% delle telefonate totali) poi dal Sud (erano il 29% nel 2021, sono il 41% nel 2022). re (92%) ma non mancano le chiamate di familiari e amici che chiedono aiuto per far smettere di fumare i propri cari (7%).

La conoscenza del Telefono Verde contro il Fumo è giunta, per la quasi totalità degli utenti, dalle avvertenze riportate sui pacchetti di sigarette (97%). I fumatori che contattano il Servizio per il 65% sono maschi e per il 35% sono femmine e sono distribuiti in modo piuttosto omogeneo nelle

diverse classi d'età senza importanti differenze di genere. La richiesta principale portata dall'utenza fumatrice è "aiuto per smettere di fumare" (95%), anche in virtù di precedenti tentativi di cessazione risultati fallimentari: il 68% dei fumatori, infatti, dichiara di aver messo in atto almeno un tentativo di smettere. Rispetto all'anno scorso, raddoppia la percentuale degli utenti che chiede informazioni sui prodotti di nuova generazione (erano lo 0,6 nel 2021, sono l'1,1% nel 2022). Ogni telefonata si caratterizza in un intervento professionale diversificato e personalizzato, dove l'aspetto dell'accoglienza, dell'informazione e del sostegno alla motivazione a smettere gistrati nel 2022 degli utilizzatori di entrambe le si configurano elementi salienti ed imprescindibili della relazione di aiuto tra l'esperto e l'uten-

> **CENTRI ANTIFUMO.** L'Iss si occupa annualmente del censimento dei Centri Antifumo su tutto il territorio nazionale e l'aggiornamento concluso a maggio 2022 registra 223 Servizi. Continua pertanto il trend in diminuzione del numero dei Centri Antifumo attivi in Italia: erano infatti 268 nel 2021 e 292 nel 2019. La distribuzione dei Centri Antifumo non risulta omogenea sul territorio nazionale: il 61% dei servizi si colloca al Nord, il 17% al Centro e il 22% al Sud e nelle Isole.

> I Servizi offrono trattamenti integrati e per questo si avvalgono di differenti professionalità tra cui medici, infermieri professionali, psicologi. Tra le tipologie di intervento proposte il counselling individuale (68%), la terapia farmacologica (62%), la psicoterapia di gruppo (30%), la psicoterapia individuale (30%) e gruppi psicoeducativi (19%). Rispetto allo scorso anno, diminuisce la % di infermieri che presta servizio presso i centri antifu-

e dalle Isole (37%), ed infine dal Centro del Pae- Presso i Servizi, ricorda infine l'Iss, si può accese (23%). Chi telefona è quasi sempre un fumato- dere alle prestazioni con diverse modalità e forme di contribuzione: alcune prestazioni sono gratuite per l'utente, altre soggette al pagamento del ticket o di altre tipologie contributive (quota associativa, intramoenia).

LA CIRCOLARE DEL MINISTERO DELLA SALUTE

INFLUENZA

Il virus potrebbe tornare a colpire, la vaccinazione resta importante soprattutto per le donne in gravidanza

Da due anni, con l'inizio della pandemia mondiale di Covid, l'influenza stagionale ha colpito molto meno, quasi azzerandosi in alcune realtà.

A livello globale, secondo dati Oms, la percentuale di positività ai test per virus influenzali, nel periodo compreso tra settembre 2021 e gennaio 2022, è stata inferiore al 3%. Prima della pandemia Covid-19 (2017-2020), la percentuale media di positività, durante periodi di segnalazione simili, era del 17%.

Tuttavia, sempre secondo l'Oms, rispetto alla stagione influenzale 2020-2021, i Paesi della zona temperata dell'emisfero settentrionale nella stagione 2021-2022 hanno riportato un aumento di oltre 2,5 volte nel numero di campioni testati per influenza e di oltre 35 volte nel numero di campioni risultati positivi per virus influenzali



SECONDO GLI ESPERTI - sottolinea il Ministero della Salute in una circolare molto dettagliata sull'influenza stagionale e sulle misure di prevenzione comunque da adottare a partire dalla vaccinazione - è possibile che molteplici fattori concorrano a realizzare questo cambiamento epidemiologico: gli interventi non farmacologici, la riduzione di movimento della popolazione (sia locale che a lunga distanza), possibili interazioni virus-virus, talvolta indicate come "interferenza virale".

Ma proprio perché in queste ultime due stagioni meno persone sono state esposte a virus respiratori stagionali, quali l'influenza e il VRS, l'immunità della popolazione – osserva ancora il Ministero - potrebbe esser diminuita e quindi potrebbe aumentare la possibilità di osservare focolai rilevanti, specialmente se causati da ceppi nuovi o introdotti di recente. Inoltre, anche se l'attività dell'influenza stagionale è bassa, la prosecuzione della vaccinazione annuale contro l'influenza è ancora fondamentale per assicurare una certa immunità nella popolazione.

Pertanto, scrive il Ministero, è necessario continuare a monitorare e prepararsi alla prossima epidemia di influenza stagionale e a pandemie influenzali future: sorveglianza e test continui, indagini rapide sui focolai, sequenziamento tempestivo e condivisione dei dati sono di fondamentale importanza.

Queste le categorie più a rischio da vaccinare con la massima priorità:

OPERATORI SANITARI: gli operatori sanitari, compresi gli operatori sanitari ospedalieri e quelli delle strutture di assistenza a lungo termine (ad esempio, case di cura, strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali, ecc.), sono considerati uno dei gruppi di massima priorità a cui somministrare il vaccino antinfluenzale durante la pandemia Covid-19 per ridurre al minimo: l'assenteismo dovuto all'influenza, la trasmissione dell'influenza a pazienti vulnerabili e l'impatto sul sistema sanitario in generale.

Quando le scorte di vaccino lo permettono, la vaccinazione antinfluenzale dovrebbe essere estesa a tutti i lavoratori delle strutture sanitarie, compreso il personale ambulatoriale e il personale di

Il Ministero raccomanda infine di anticipare la conduzione delle campagne di vaccinazione antinfluenzale, a partire dall'inizio di ottobre e di offrire la vaccinazione ai soggetti eleggibili in qualsiasi momento della stagione influenzale, anche se si presentano in ritardo per la vaccinazione

> supporto (per esempio, il personale di pulizia e di sicurezza). Se le scorte di vaccino sono insufficienti per tale personale, gli operatori sanitari dovrebbero avere la priorità in base al rischio di infezione tra di loro e tra coloro di cui si prendono

appartengono alla popolazione con la massima nistrarli. priorità per l'offerta vaccinale e, se le scorte lo permettono, dovrebbero ricevere il vaccino in via prioritaria. I dati emergenti, ancora molto limitati, sull'infezione da Sars-CoV-2 nelle donne in gravidanza suggeriscono un potenziale aumentato rischio di forme gravi di malattia.

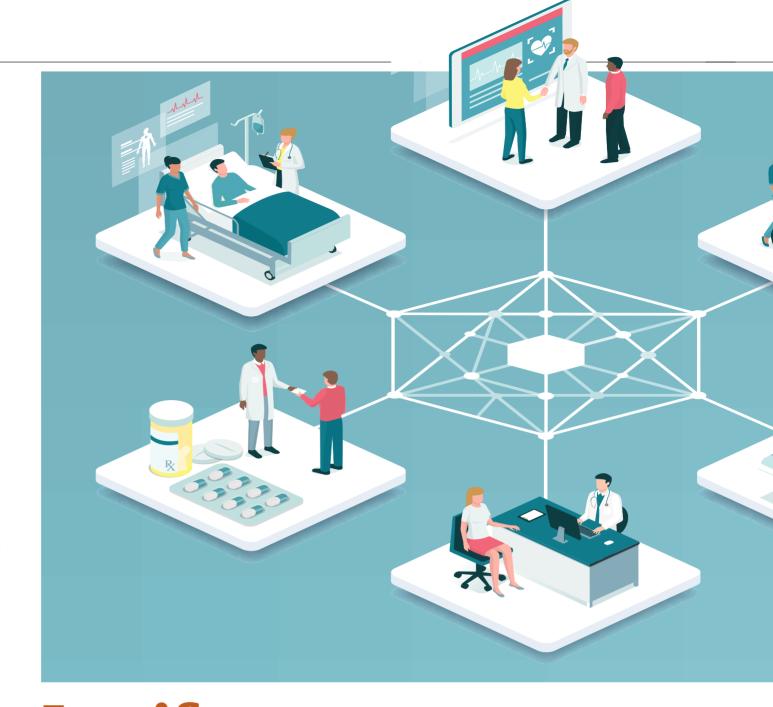
ADULTI ANZIANI: come per l'influenza, la gravità della malattia Covid-19 è fortemente associata all'età avanzata, e gli adulti più anziani sono a mag-

gior rischio di forme gravi di malattia e di decesso rispetto agli adulti più giovani. L'Oms raccomanda di considerare attentamente di dare la priorità agli adulti anziani ricoverati in strutture assistenziali a lungo termine o assistiti a domicilio. Inoltre, si dovrebbe considerare di estendere questo gruppo a rischio includendo gli adulti oltre i 60 anni di età che sono a più alto rischio di Covid-19 grave.

Persone con patologie di base: le persone con patologie che aumentano il rischio di complicanze da influenza, quali diabete, ipertensione, Hiv/Aids, asma e altre malattie croniche cardiache o polmonari sono probabilmente a più alto rischio di malattia Covid-19 grave.

BAMBINI: anche se i dati attualmente indicano che i bambini, in particolare quelli di età inferiore ai 5 anni, non sono a maggior rischio di Covid-19 grave, rimangono un gruppo prioritario per l'offerta della vaccinazione antinfluenzale a causa del loro rischio di forme gravi di influenza, in particolare quelli di età compresa tra i 6 mesi e i due anni. I Paesi che si sono dotati di formulazioni specifiche di vaccini antinfluenzali mirati per l'uso nei bambini (ad esempio, vaccini antinfluenzali **DONNE IN GRAVIDANZA:** Le donne in gravidanza vivi attenuati) dovrebbero continuare a sommi-

> Il Ministero raccomanda infine di anticipare la conduzione delle campagne di vaccinazione antinfluenzale, a partire dall'inizio di ottobre e di offrire la vaccinazione ai soggetti eleggibili in qualsiasi momento della stagione influenzale, anche se si presentano in ritardo per la vaccinazione.



È stata pubblicata in Gazzetta ufficiale dopo un lungo iter di approvazione il nuovo regolamento sugli standard dell'assistenza territoriale, fino ad oggi denominato "Dm 71" per segnarne la complementarietà con il Dm 70 sugli standard ospedalieri. Nella sua versione definitiva e ufficiale prende il nome di Dm 77 e per la prima volta vengono definiti gli standard che dovranno essere rispettati in ogni regione (a vigilare sarà l'Agenas che presenterà una relazione semestrale)

La riforma della sanità territoriale

Ecco come cambierà l'assistenza extra ospedaliera

le cure palliative (ad esempio gli hospice), per i pluralità dell'offerta. Il Distretto garantisce inolprossimità dove il cittadino potrà trovare sempre più servizi aggiuntivi.

Gli standard per il territorio

Il Distretto costituisce il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'ASL. È inoltre deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la

dipartimenti di prevenzione e consultori familia- tre una risposta assistenziale integrata sotto il prori.Nel nuovo sistema di cure primarie ruolo rile- filo delle risorse, degli strumenti e delle compevante avranno anche le farmacie che sono iden- tenze professionali per determinare una efficace tificate a tutti gli effetti come presidi sanitari di presa in carico della popolazione di riferimento. Al fine di svolgere tali funzioni la conoscenza dei bisogni di salute della popolazione di riferimento risulta centrale e rientra pertanto tra le attività del Distretto che avrà compito di committenza, produzione e garanzia dei servizi.

Ecco gli standard del Distretto:

- in media un Distretto ogni circa 100 mila abitanti;
- almeno 1 Casa della Comunità hub ogni 40mila-50milaabitanti;

IL PERNO DEL SISTEMA sarà il Distretto sanitario al cui interno rivestirà un ruolo fondamentale la Casa della Comunità dove i cittadini potranno trovare assistenza h24 ogni giorno della settimana. Rimangono in piedi gli studi dei medici di famiglia (definiti spoke delle Case della Comunità) che saranno collegati in rete per garantire aperture h12 sei giorni su sette.

All'interno del Distretto vi saranno poi gli Ospedali di Comunità con un forte assistenza infermieristica e saranno decisivi ad esempio per la presa in carico dei pazienti nelle fasi post ricovero ospedaliero o in tutti quei casi dove c'è bisogno di una particolare assistenza vicino al domicilio del paziente. Nel nuovo sistema un forte ruolo rivestiranno gli infermieri di famiglia che saranno impiegati in molte delle nuove strutture definite dal decreto.

A coordinare i vari servizi presenti nel Distretto vi saranno poi le Centrali operative territoriali e forte impulso verrà dato al numero di assistenza territoriale europeo 116117 che i cittadini potranno chiamare per richiedere tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale. Vengono poi fissati gli standard per l'assistenza domiciliare e viene definito l'utilizzo dei servizi di Telemedicina.

Restano poi in piedi dopo la sperimentazione in pandemia le Unica di continuità assistenziale. Vengono poi fissati gli standard per i servizi del-



- Case della Comunità spoke e ambulatori di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei Mmg e Pls (Aft e Uccp) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;
- almeno 1 Infermiere di Famiglia e Comunità ogni 3mila abitanti;
- almeno 1 Unità Speciale di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100mila abitanti;
- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100mila abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza
- almeno 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100mila abitanti;

LA CASA DELLA COMUNITÀ è il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con bera scelta, specialisti ambulatoriali interni, inil sistema di assistenza sanitaria e sociosanitaria. fermieri di famiglia e comunità, presenza di tec-La CdC promuove un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso ta per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale.

- almeno 1 Casa della Comunità hub ogni 40mila-50mila abitanti;
- Case della Comunità spoke e ambulatori di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta tenendo conto delle caratteristiche oro-

grafiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei Mmg e Pls (Aft e Uccp) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;

Nella Casa della comunità hub lo standard è di 7-11 infermieri e 5-8 unità di personale di supporto (sociosanitario, amministrativo).

La CdC rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento, è infatti, il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria. La CdC promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare, in qualità di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari. L'attività, infatti, deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra Mmg, Pls, Specialisti ambulatoriali interni anche nelle loro forme organizzative - Infermieri di famiglia o comunità, altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali del bacino di riferimento. L'attività amministrativa è assicurata, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, da personale dedicato già disponibile a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, che si occupa anche delle attività di servizio di relazioni al pubblico e di assistenza all'utenza.

I medici e gli altri professionisti sanitari operano sia all'interno delle CdC che nella loro individualità, nei territori a minore densità abitativa. In tal modo provvedono a garantire l'assistenza primaria attraverso un approccio di medicina d'iniziativa e la presa in carico della comunità di riferimento, con i servizi h 12 e integrandosi con il servizio di continuità assistenziale h 24.

Sia nell'accezione hub sia in quella spoke, la CdC costituisce l'accesso unitario fisico per la comunità di riferimento ai servizi di assistenza primaria e di integrazione sociosanitaria. Entrambe, quindi, propongono un'offerta di servizi costituita da medici di medicina generale, pediatri di linologie diagnostiche di base.

équipe territoriali. Costituisce la sede privilegia- LA CDC HUB GARANTISCE L'EROGAZIONE DEI SE-GUENTI SERVIZI, anche mediante modalità di telemedicina:

- Équipe multiprofessionali (Mmg, Pls, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- Presenza medica h24 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assi-

Nelle CdC hube spoke, inoltre, è garantita l'assistenza medica H₁₂-6 giorni su₇ attraverso la presenza dei Mmg afferenti alle Aft del Distretto di riferimento

- Presenza infermieristica h12 7 giorni su 7;
- Punto Unico di Accesso (Pua) sanitario e sociale:
- Punto prelievi;
- Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione);
- Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
- Servizi di prevenzione collettiva e promozione della salute a livello di comunità, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali;
- Interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunità, anche attraverso i Consultori familiari e l'attività rivolta ai minori – ove esistenti – che si articolano con il mondo educativo e scolastico per gli specifici interventi sulla popolazione o-18 anni (facoltativo);
- Attività di profilassi vaccinale in particolare per alcune fasce di età o condizioni di rischio e di fragilità. Tutte le attività di profilassi vaccinale e di sorveglianza di malattie infettive sono in linea con le indicazioni del Dipartimento di Prevenzione;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al Cup aziendale;
- Servizio di assistenza domiciliare di base;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato;
- Integrazione con i servizi sociali.

LA CDC SPOKE GARANTISCE L'EROGAZIONE DEI SE-GUENTI SERVIZI, anche mediante modalità di telemedicina:

- Équipe multiprofessionali (Mmg, Pls, Specialisti ambulatoriali interni (Sai) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- Presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato);
- Punto Unico di Accesso (Pia) sanitario e sociale;
- Alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
- Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
- Programmi di screening;
- Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al Cup aziendale;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione, attraverso le associazioni di

LA RIFORMA DELLA SANITÀ TERRITORIALE

cittadini, volontariato.

Le CdC hub al fine di assicurare i servizi descritti dovranno essere dotate di 7-11 Infermieri di Famiglia o Comunità organizzati indicativamente secondo il modello di seguito descritto: 1 Coordinatore Infermieristico, 2-3 IFoC per le attività ambulatoriali, 1-2 IFoC per l'attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute e 4-6 IFoC per l'assistenza domiciliare di base, le attività di prevenzione e teleassistenza.

Nelle CdC hub e spoke, inoltre, è garantita l'assistenza medica H12 - 6 giorni su 7 attraverso la presenza dei Mmg afferenti alle Aft del Distretto di riferimento. Tale attività ambulatoriale sarà aggiuntiva rispetto alle attività svolte dal Mmg nei confronti dei propri assistiti e dovrà essere svolta presso la CdC hub e spoke.

L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'infermiere di comunità interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità formali e informali. L'infermiere di comunità non è solo l'erogatore di cure assistenziali, ma diventa la figura che garantisce la riposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari e sociosanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunità. È un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute. È coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale.

Standard:

almeno 1 Infermiere di Famiglia e Comunità ogni 3mila abitanti.

L'Unità Continuità Assistenziale è un'équipe mobile distrettuale per la gestione di situazioni condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico sia a carico di individui che a carico di comunità.

almeno 1 medico e 1 infermiere ogni 100mila abitanti.

LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100mila abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore.
- Standard di personale di 1 Cot per 100mila abitanti: 1 Coordinatore infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di Personale di Supporto

LA CENTRALE OPERATIVA 116117 sede del Numero Europeo Armonizzato per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale.

almeno 1 Centrale Operativa Nea 116117 ogni 1-2 milioni di abitanti o comunque a valenza regionale (se con popolazione inferiore allo stan-



dard), incrementabile sulla base della numerosità della popolazione. La Centrale raccoglie le chiamate di uno o più distretti telefonici in funzione delle dimensioni dei distretti stessi e delle modalità organizzative delle Regioni/PA.

L'ASSISTENZA DOMICILIARE è un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza.

■ 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente.

L'OSPEDALE DI COMUNITÀ è una struttura sanitaria di ricovero breve che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

Standard:

Per i Consultori

Familiari se ne

1 ogni 20mila

abitanti con la

prevedono almeno

possibilità di 1 ogni

10mila nelle aree

interne e rurali

- posti letto ogni 100mila abitanti.
- o,4 posti letto per 1000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale.

Standard minimo di personale per 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto:

7- 9 Infermieri, 4-6 Operatori Sociosanitari, almeno 1-2 unità di Altro personale sanitario e un Medico per almeno 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

LA RETE DELLE CURE PALLIATIVE è costituita da serrico globale dell'assistito e del suo nucleo famispice. I servizi della rete garantiscono cure e as- stici a tutela della salute pubblica. sistenza a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico, evolutivo e a prognosi infausta per le quali non esistono terapie o se esistono sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Standard:

- 1 Unità di Cure Palliative Domiciliari (Ucp -Dom) ogni 100mila abitanti;
- 1 Hospice con almeno 8-10 posti letto ogni 100mila abitanti.

IL CONSULTORIO FAMILIARE è la struttura aziendale a libero accesso e gratuita, deputata alla prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna, al minore, alla famiglia in senso ampio, in linea con le evoluzioni sociali correnti e al contesto comunitario di riferimento dei predetti.

Almeno 1 consultorio ogni 20mila abitanti con la possibilità di 1 ogni 10mila nelle aree interne e rurali. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.

IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE (DP) ha il compito di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Standard massimo di popolazione per DP = 1: 500mila abitanti (necessario per mantenere efficienza organizzativa e conoscenza del territorio che ha identità, omogeneità culturale e socioeconomica imprescindibili nell'azione preventiva).

TELEMEDICINA

La telemedicina è una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario - assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario - professionista sanitario).

La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria, già consolidato in diversi ambiti sanitari, consentendo - se inclusa in una rete di cure coordinate - l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

FARMACIE

In questo ambito le farmacie convenzionate con il Ssn ubicate uniformemente sull'intero territoalmeno 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 rio nazionale, costituiscono presidi sanitari di prossimità e rappresentano un elemento fondamentale ed integrante del Servizio sanitario nazionale. In particolare, la rete capillare delle farmacie convenzionate con il Ssn assicura quotidianamente prestazioni di servizi sanitari a presidio della salute della cittadinanza: in tale ambito vanno inquadrate la dispensazione del farmaco, per i pazienti cronici la possibilità di usufruire di un servizio di accesso personalizzato ai farmaci, la farmacovigilanza, le attività riservate alle farmacie dalla normativa sulla c.d. "Farmavizi e strutture in grado di garantire la presa in ca- cia dei Servizi" e l'assegnazione delle nuove funzioni tra le quali le vaccinazioni anti-Covid e anliare, in ambito ospedaliero, domiciliare e in ho- tinfluenzali, la somministrazione di test diagno-

RIFLESSIONI SULL'ABORTO

Aogoi al fianco della Figo per la tutela della salute delle donne

ELSA VIORA

In questo periodo vi è stato grande dibattito sui media per quanto riguarda la sentenza della Corte Suprema degli Usa che afferma che l'aborto non è un diritto sancito dalla Costituzione e quindi lascia ai singoli Stati la decisione e la scelta normativa.

DI FATTO LA SENTENZA non nega la possibilità di aborto volontario, in quanto rimanda alla legislazione di ogni Stato, però ha suscitato una eco mediatica e politica internazionale ed è stata l'occasione per discutere su un tema così spinoso e complesso, ma anche così diffuso tanto che l'Oms lo ha incluso fra le priorità di salute a livello mon-

Credo che il dibattito vada riportato sul piano che ci compete come medici, cioè quello che interessa la salute delle donne.

Anche l'Oms nel 2022 ha sia pubblicato le Linee guida sull'aborto sicuro, sia ribadito il 29 giugno scorso, la posizione ufficiale affermando "All women should have the right to choose when it comes to their bodies and health. Full stop. Safe abortion *IS health care. It saves lives. Restricting it drives* women and girls towards unsafe abortions; resulting in complications, even death. The evidence is irrefutable.Limiting access to safe abortion costs lives and has a major impact particularly on women from the poorest and most marginalized com*munities*" (Tutte le donne devono avere il diritto di scegliere... L'aborto sicuro è attenzione alla salute, salva le vite. Ridurre questo diritto porta le donne e le ragazze all'aborto clandestino con complicanze, anche la morte. Questa evidenza è irrefutabile. Limitare l'accesso all'aborto sicuro costa vite ed ha un impatto maggiore sulle donne delle comunità più povere e più emarginalizzate). La Federazione Internazionale di Ginecologia e Ostetricia (Figo) di cui noi facciamo parte ha da anni lanciato una campagna del Safe Abortion na. Ricordandoci sempre che il nostro obiettivo (aborto sicuro) e recentemente pubblicato un documento che ha chiesto di firmare e condividere

Tra l'altro afferma che "As organisations dedicated to providing and supporting health care, we know that restrictive laws do not reduce the need for abortion care. Rather, such laws increase inequities in access..." (Come organizzazione dedicate a fornire e migliorare la tutela della salute, noi sappiamo che leggi restrittive non riducono il bisogno di cura per l'aborto. Piuttosto queste leggi aumentano le iniquità di accesso...).

Riporta che ogni anno nel mondo muoiono circa 47mila donne per complicanze dell'aborto clandestino e circa 5 milioni sono ricoverate per complicanze gravi.

Noi come ginecologi ci siamo posti questo problema, ne abbiamo discusso nel Direttivo del 13 luglio 2022 ed abbiamo deciso all'unanimità di aderire al documento Figo.

In Italia, come ben sappiamo, dal 1978 esiste una legge che regolamenta e garantisce l'accesso delle donne che richiedono l'aborto nelle Strutture sanitarie. Ricordo che tale legge ha anche superato un referendum e garantisce agli operatori sanitari la possibilità di obiezione di coscienza.

Dovremmo fare una riflessione sugli interventi di prevenzione (e mi fa piacere ricordare il lavoro fatto da Aogoi sugli aborti ripetuti). Purtroppo un documento appena pubblicato dall'Istituto Superiore di Sanità sui Consultori familiari (al quale dedicheremo un ampio spazio sul prossimo numero di Gyneco), che dovevano e devono essere le strutture fondamentali per la informazione sulla contraccezione e quindi il lavoro essenziale per una maternità responsabile, riporta dati non con-

Credo che questa possa essere l'occasione per una riflessione seria in cui noi possiamo e dobbiamo avere un ruolo per valutare quali sono le reali possibilità di informazione e di prevenzione, quali solo le concrete possibilità di accesso all'aborto nei tempi e nei modi definiti dalla legge, senza iniquità o disparità a secondo della Regione e delle condizioni socio-economiche della singola donprimario è la tutela della salute delle donne

La sentenza della Corte Suprema Usa: l'aborto non è un diritto costituzionale

La Corte Suprema degli Stati Uniti ha deciso: l'aborto negli Usa non è più un diritto riconosciuto a livello nazionale. Una decisione, arrivata il 24 giungo scorso e peraltro già preannunciata da tempo, con la quale la Corte ha ribaltato la storica sentenza Roe v. Wade del 1973 che riconosceva il diritto costituzionale di una donna all'aborto e lo legalizzava a livello nazionale.

La Corte Suprema ha preso in considerazione un caso, Dobbs v Jackson Women's Health Organization, che contestava il divieto di aborto del Mississippi dopo 15 settimane. Ma il tribunale a maggioranza conservatrice si è pronunciato a favore dello Stato con un voto di sei contro tre, ponendo di fatto fine al diritto costituzionale all'aborto negli Stati

"La Costituzione non fa alcun riferimento all'aborto e nessun diritto del genere è implicitamente protetto da alcuna disposizione costituzionale", si legge nella sentenza.

La sentenza Roe v. Wade riconosceva invece che il diritto alla privacy personale ai sensi della Costituzione degli Stati Uniti protegge la capacità di una donna di interrompere la gravidanza. La Corte Suprema in una sentenza del 1992 chiamata Planned Parenthood of Southeastern Pennsylvania v. Casey aveva poi riaffermato il diritto all'aborto e proibito le leggi che impongono un "onere indebito" sull'accesso all'aborto. Ma per la Corte Suprema "Roe aveva terribilmente torto fin dall'inizio. Il suo ragionamento era eccezionalmente debole e la decisione ha avuto conseguenze dannose. E lungi dal portare a una soluzione nazionale della questione dell'aborto, Roe e Casey hanno acceso il dibattito e approfondito la divisione". Cancellando l'aborto come diritto costituzionale, la sentenza ripristina quindi la capacità dei singoli Stati di approvare leggi che lo proibiscano. In 26 Stati tale opzione si dà per certa o probabile e in 13 Stati americani il divieto sta scattando o potrebbe scattare. Per tre giudici liberali della Corte, Stephen Breyer, Sonia Sotomayor ed Elena Kagan, che hanno emesso un dissenso congiunto: "Qualunque sia l'esatta portata delle prossime leggi – hanno scritto – un risultato della decisione odierna è certo: la riduzione dei diritti delle

donne e del loro status di cittadine libere ed

eguali".

Barriere protettive davanti alla Corte Suprema a causa dell'imminente decisione sull'aborto



UNICEF/ALLATTAMENTO



Ospedali Amici delle Bambine e dei Bambini migliori risultati durante la prima ondata Covid-19

L'ANALISI HA INDAGATO, relativamente alla prima ondata pandemica (marzo-aprile 2020): l'aderenza ad alcuni standard della Baby-Friendly Hospital Initiative (Bfhi) durante l'emergenza da Covid-19; le differenze nell'aderenza alle pratiche raccomandate dal processo di accreditamento della BFHI; come sono cambiate le pratiche clinico-assistenziali e quali sono state le sfide e i punti di forza nell'applicazione della Bfhi.

Secondo l'indagine, l'essere Ospedale Amico riconosciuto era associato in maniera significativa alla presenza di una persona a scelta della madre durante il travaglio e al contatto pelle a pelle per almeno un'ora sia nelle donne positive asintomatiche o paucisintomatiche e sia nelle donne negative.

Il rooming-in (la permanenza del bambino o della bambina nella stanza della mamma fin dalla nascita e per tutto il tempo della degenza) ha ragarrivava all'86,7% per le donne Covid positive che hanno fatto il taglio cesareo.

In alcuni casi, queste modalità assistenziali hanno portato ad un aumento dei parti di donne provenienti da altre aree, rendendo più complessa la gestione di un maggior numero di famiglie.

La Bfhi è un modello organizzativo e clinico strutturato, basato sull'evidenza, con un focus importante sulla collaborazione, coesione e creazione di una visione comune dell'assistenza centrata sulla triade madre-padre-neonato/a.

"In un momento di dati scarsi o controversi, gli

In uno studio, condotto dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Comitato Italiano per l'Unicef su 68 ospedali (di cui 26 già accreditati come Ospedali Amici dei Bambini, 14 in percorso, 28 interessati al percorso) della Rete che fa capo al Coordinamento del programma "Insieme per l'Allattamento" dell'Unicef Italia, gli Ospedali già accreditati come Amici delle Bambine e dei Bambini hanno ottenuto risultati migliori rispetto agli altri, in alcuni standard Oms/Unicef e secondo le linee di indirizzo dell'Iss, in vigore all'epoca dello studio[i],[ii]

Ospedali Amici riconosciuti – si legge in una nota dei promotori dello studio – hanno tentato di mantenere gli standard Oms/Unicef applicando le precauzioni Covid-19 per professionisti, professioniste, madri, padri e bambini e bambine. Le autrici dello studio sostengono l'idea che investire in una assistenza centrata sulla collaborazione, che includa tutti i gruppi di interesse rilegiunto il 100% negli Ospedali Amici. Nelle strut- vanti, contribuisca alla governance e sia un eleture non in percorso, invece, questa percentuale mento essenziale di preparedness (preparazione alle emergenze). Queste indicazioni sono supportate anche dalla Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies[iii]". Inoltre, lo studio ha rilevato che la separazione dal partner (dalle visite prenatali alla permanenza in ospedale dopo la nascita), è stata vissuta come un'esperienza "devastante". Ciò conferma che le indicazioni scientifiche, che allora come oggi raccomandano la presenza di una persona a scelta della donna durante tutto il percorso nascita "non sono da sole sufficienti e sono necessari maggiori sforzi per tradurle in pratica clinica".

NOTE

[i] Giusti A, Zambri F, Marchetti F, Corsi E, Preziosi J, Sampaolo L, Pizzi E, Taruscio D, Salerno P. Chiantera A. Colacurci N. Davanzo R, Mosca F, Petrini F, Ramenghi L, Vicario M, Villani A, Viora E, Zanetto F, Chapin EM, Donati S. COVID-19 and pregnancy, childbirth, and breastfeeding: the interim guidance of the Italian National Institute of Health. Epidemiol Prev. 2021 Jan-Apr; 45(1-2):14-16. English. doi: 10.19191/EP21.1-2.P014.030. PMID: 33884834.

[ii] Indicazioni ad interim per gravidanza, parto, allattamento e cura dei piccolissimi di o-2 anni in risposta all'emergenza COVID-19. Versione 31 maggio 2020. Angela Giusti, Francesca Zambri, Francesca Marchetti, Letizia Sampaolo, Domenica Taruscio, Paolo Salerno, Antonio Chiantera, Nicola Colacurci, Riccardo Davanzo, Fabio Mosca, Flavia Petrini, Luca Ramenghi, Maria Vicario, Alberto Villani, Elsa Viora, Federica Zanetto, Serena Donati 2020, ii, 18 p. Rapporto ISS COVID-19 n. 45/2020

[iii] Infant Feeding in Emergency Core Group. Infant and Young Child Feeding in Emergencies. Operational Guidance for **Emergency Relief Staff and Programme** Managers Developed by the IFE Core Group. 3rd ed. Oxford: Emergency Nutrition Network;

La telemedicina al tempo del Covid

Il concetto di telemedicina non è recente. Esiste della letteratura scientifica in merito già dal 1974. Nel 1993 il termine viene indicizzato su Medline e nel 1996 viene pubblicata la prima revisione della letteratura su quella che viene definita una "tecnologia a due vie" utilizzata in ambito medico per effettuare consulti a distanza per popolazioni non facilmente raggiungibili.

Del resto il termine telemedicina si compone proprio dell'avverbio telos che significa distante e che compone termini a noi estremamente familiari come televisione, telecomando, telefono e telepatia



TIZIANA DELL'ANNA Responsabile di Unità Semplice di Ginecologia Oncologica Ospedale A. Manzoni Asst Lecco

QUESTA "TECNOLOGIA A DUE VIE" si è avvalsa dapprima del semplice telefono poi dell'uso di sofisticate piattaforme attraverso cui è possibile inviare e ricevere video, immagini strumentali e quanto necessario per interpellare una pronta expertise medica.

Il vantaggio è di sicuro economico: le informazioni sono meno costose da trasferire rispetto alle persone. Ma l'obiettivo potrebbe essere la possibilità di evitare i cosiddetti viaggi della speranza dalle aree più periferiche a quelle più centrali o dal sud al nord dell'Italia o, perché no, dal sud al nord del mondo.

La telemedicina moderna nasce da sofisticati programmi messi a punto dalla NASA per il monitoraggio dei parametri vitali e delle funzioni biologiche degli astronauti durante i voli spaziali. Nasce così la Telemeteria che siamo abituati a vedere messa in atto nelle nostre rianimazioni, ad esempio.

Il Ministero della salute pubblica le prime linee di indirizzo nazionali sull'uso della telemedicina nel luglio del 2012 facendo particolare riferimento all'applicazione di questa modalità di erogazione dei servizi per i soggetti con patologia cronica, gli anziani e i fragili (per patologia o per condizione sociale). Ma noi sanitari sappiamo bene che spesso le tre condizioni coincidono. Con la pandemia le linee di indirizzo, nella gran parte dei casi cadute nel vuoto, sono state riesumate e





rivestite da una urgenza che solo una condizione come quella che ha obbligato a vivere il Covid-19 può dettare. La presidenza del consiglio dei ministri pubblica, allora, un documento sulle "indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina" e le "indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione per le professioni sanitarie". Siamo rispettivamente nel dicembre 2020 e novembre 2021. Le regioni prima e le varie Asst poi si sono dovute, in qualche modo, organizzare per far fronte all'emergenza. Eravamo pronti? No. Avremmo potuto esserlo? Sì. Siamo convinti che in ambito ostetrico e ginecologico, dove la semeiotica, i rilevamenti fisici mediante l'esame pelvico e la percezione clinica sono così predominanti ci sia spazio per la telemedicina? È di nuovo la fase emergenziale della pandemia a darci la risposta.

Certo mi piacerebbe raccontarvi che l'esperienza della Divisione di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale di Lecco, dove lavoro, sia stata alla stregua dei migliori fotogrammi di Matrix ma la realtà è stata diversa.

Il nostro compito, quasi inconsapevolmente in principio, è stato quello di cercare di garantire la salute della donna tra reale e virtuale ma con i seguirsi di telefonate, videochiamate, connessio-

In ambito ginecologico sappiamo, con dati della letteratura a supporto, che la visita ginecologica, in assenza di sintomi non aggiunge salute allo stato della donna che, d'altro canto, può avvalersi della consulenza a distanza, per problematiche relative alla contraccezione, alla menopausa, alle infezioni a trasmissione sessuale e alla sessualità. È in questi ambiti che, a Lecco, abbiamo attivato il servizio della televisiva. Più recentemente abbiamo attivato un servizio di "second opinion" in ginecologia oncologica per quelle pa-

zienti, per lo più di altre regioni, che richiedano una ulteriore valutazione, per lo più chirurgica per la cura della neoplasia.

In ambito ostetrico, soprattutto nelle fasi critiche della pandemia o per l'accesso limitato alle strutture ospedaliere o per il numero di donne in gravidanza positive al COVID e sintomatiche ma senza criteri per l'ospedalizzazione o per evitare che la donna in gravidanza si esponesse al rischio di contagio in epoca pre-vaccinale, sono stati attivati servizi di telemonitoraggio nei disturbi ipertensioni della gravidanza o per le gravidanze complicate da diabete e servizi di televisita per pazienti positive con condizioni cliniche che consentissero di procrastinare la visita ostetrica mantenendo monitorato il decorso dell'infezione vi-

Per le donne in gravidanza, di grande supporto e ad attivazione praticamente immediata, i corsi di accompagnamento alla nascita tenuti dalle ostetriche dei consultori con la collaborazione delle ostetriche ospedaliere che una volta al mese propongo l'evento social "sala parto live", un tour virtuale della sala parto in cui vengono illustrati gli ambienti, le tecniche di contenimento del dolore, le posizioni che si possono assumere durante il travaglio e il parto.

Non da ultimo e come eredità positiva della pandemia, stiamo utilizzando una piattaforma "ad hoc" per il servizio di teleriabilitazione del pavimento pelvico, con la possibilità di caricare video esplicativi che le pazienti possono riprendere al domicilio attraverso una apposita app.

Come è intuibile e come di certo sarà, per esperienza di chi si è cimentato in questo tipo di attività, la telemedicina ha dei limiti. Forse banale ma non trascurabile, manca l'elemento tradizionale dell'andare dal dottore, il tocco, la presenza fisica, la connessione emotiva. Particolare attenzione va posta a quello che viene definito il "divario digitale" provocato dalle disparità di accesso alla telemedicina. Il Pnrr ha investito dei fondi per la supplementazione della tecnologia somezzi che avevamo a disposizione. È stato un susanziani, quelli più esposti al rischio di divario di-

Ad ogni modo, se proprio vogliamo pensare a qualcosa di utile che la pandemia potrebbe lasciarci, è proprio questo grande input alle connessioni a distanza. Una scelta green per certi versi e più rispettosa del tempo che ciascuno di noi può dedicare ad altre attività che non siano gli spostamenti. Ci perderemo qualcosa per strada? Possibile. Ma il futuro non si può fermare, tanto vale correre insieme per non perdere noi lungo

Inquinamento ambientale e gravidanza **Aumentare le conoscenze** e la consapevolezza





ANTONIO RAGUSA Presidente Fondazione Confalonieri Ragonese

biamento di temperatura può determinare con-

Lo studio ha esaminato le associazioni dell'espoperatura alta e bassa, all'inizio o alla fine della gravidanza) e le relazioni di questa con la durata della gestazione e il peso alla nascita. è stata osservata un'associazione a forma di J tra la temperatura minima al concepimento e la durata della gestazione, dopo l'aggiustamento per la stagionalità e altri fattori confondenti. Rispetto alle donne che sono state esposte alla temperatura minima di 15-20 °C nella prima settimana di gestazio-

PER AVERE UN'IDEA di quanto importante è l'am- ne, l'esposizione alla temperatura minima > 20 °C vato un lieve effetto cumulativo quando è stata biente basta pensare che anche il semplice cam- ha aumentato significativamente la durata della valutata l'esposizione alla temperatura massima gestazione di 0,029 settimane. È stato riscontra- nelle quattro settimane prima del parto. Gli auseguenze a lungo termine sul nascituro. Recente- to un effetto cumulativo quando è stata esamina- tori concludono sostenendo l'importanza di manmente è stato condotto un interessante studio su ta l'esposizione nelle prime quattro settimane. Vi tenere un intervallo di temperatura ottimale du-237.585 donne incinte seguite dal 1º gennaio 2001 è stata una relazione a forma di U invertita tra la rante la gravidanza per ridurre il rischio di parto al 31 dicembre 2010, dal Queensland Health Sitemperatura minima al momento del parto e la pretermine e basso peso alla nascita. durata della gestazione. Rispetto alle donne espostazione ridotta di 0,030 settimane e 0,018 settimane, rispettivamente. Al contrario, è stata osservata una relazione inversa tra temperatura massima e il peso alla nascita. Rispetto all'esposizione alla temperatura massima > 30 °C nell'ultima settimana di gravidanza, l'esposizione materna a 20-25 °C e < 20 °C ha aumentato significativamente il peso alla nascita di 0,011 kg e 0,018 kg, rispettivamente. Allo stesso modo, è stato osser-

Gli studi si sono concentrati spesso sull'inquinaste a 15-20 °C, l'esposizione a una temperatura mimento atmosferico urbano, piuttosto che sul fusizione materna alla temperatura ambiente (tem- nima > 20 °C e ≤ 10 °C è stata associata a una ge- mo degli incendi, che includono incendi boschivi, incendi di deforestazione e combustione di residui di colture agricole, ecc. ma se andiamo ad osservare questi fenomeni, troveremo conferme enormi, soprattutto per le esposizioni avvenute nei paesi del terzo mondo. Il fumo di questi incendi contiene molti agenti tossici, incluso il PM 2,5, e può portare a una scarsa qualità dell'aria in vaste regioni sottovento agli incendi. Nel lavoro pubblicato su eLife, Tao Xue del Peking Univer-

Tabella 1 Tratta da Bekkar B, Pacheco S, Basu R, DeNicola N. Association of Air Pollution and **Heat Exposure with** Preterm Birth, Low Birth Weight, and Stillbirth in the US: A Systematic Review. IAMA Netw Open. 2020;3(6):e208243. doi:10.1001/jamanet workopen.2020.8243.

Exposure and outcome	Studies finding an association, No./total No.	Births/study, mean (SD)	Total births in millions	Increased risk, median (range), % ^a	Studies finding racial disparity, No./total No.	Notable findings ^b
Air pollution						
Preterm birth	19/24	318 960 (393 272)	7.3	11.5 (2.0-19.0) ^c	10/19	Preterm birth risk increased 52% for asthmatic mothers
Low birth weight	25/29	661 205 (878 074)	18.5	10.8 (2.0-36.0) ^c	13/25	Low birth weight risk increased 3% for each 5-km proximity to a solid waste pla
Stillbirth	4/5	1 020 975 (1 176 174)	5.1	14.5 (6.0-23.0) ^c	1/4	Stillbirth risk increased 42% with high third-trimester exposure
Heat.						
Preterm birth	4/5	192 625 (207 995)	0.8	15.8 (9.0-22.0) ^d	2/4	Preterm birth risk increased 11.6% per 5 °C increase
Low birth weight	3/3	902 277 (985 803)	2.7	31.0 (13.0-49.0) ^d	1/3	Term birth weight decreased 16 g per IQ temperature increase
Stillbirth	2/2	115 943 (115 933)	0.2	NA®	2/2	Stillbirth risk increased 6% per 1 °C increase the week before delivery during the warm season

Abbreviations: IQR, interquartile range; NA, not applicable

- Risk presented as range from significant studies. The median is calculated from the range; a pooled analysis was not performed. For consistency, the whole pregnancy exposure was presented where possible.
- Single study unless specified

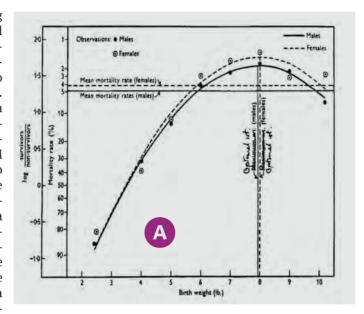
- For whole pregnancy PM_{2.5} exposure.
- d For whole pregnancy heat exposure.
- * The only 2 studies on heat and stillbirth did not provide comparable outcomes that could be combined into a range with a median

sity Health Science Center e i colleghi del Peking Union Medical College, University of Science and Technology di Beijing, Tsinghua University e Zheijang University, riferiscono che il PM2,5 proveniente dagli incendi, contribuisce al basso peso alla nascita nei paesi a basso e a medio reddito. A Madrid durante il periodo 2001-2009 è stata eseguita un'analisi delle serie temporali per valutare l'impatto a breve termine delle concentrazioni medie giornaliere (µg/m3) di PM 2,5, PM 10, O3 e NO2. Inoltre, è stato misurato il livello dell'inquinamento acustico in dB sia diurno che notturno, la temperatura massima e minima giornaliera (°C), l'umidità media nell'aria (%) e la pressione atmosferica (HPa). Analizzando un totale di 298.705 nascite, gli autori hanno scoperto che, soprattutto il PM2.5, i livelli di rumore diurno, l'O3 e il calore, hanno un impatto sulle nascite pretermine e sul basso peso alla nascita nella città di Madrid, quindi anche i paesi ad alto reddito sono interessati al fenomeno. L'evidenza attuale è riassunta molto bene dalla tabella 1, tratta dall'interessante revisione sistematica di Bekkar et al. Analizzando la tabella si capisce molto bene come l'inquinamento dell'aria e le temperature estreme, siano strettamente correlate al parto pretermine, al basso peso alla nascita e persino alle morti fetali. (Vedi tabella 1)

PERSINO LA DENSITÀ del traffico del luogo in cui si svolge la gestazione è correlata con il basso peso alla nascita.

L'esposizione al particolato nel primo trimestre di gestazione può alterare addirittura la risposta cardiaca fetale e condurre a falsi positivi nel monitoraggio della frequenza cardiaca fetale. Una recente e ben condotta a metanalisi, ha dimostrato che i rischi relativi combinati di parto pretermine si alzano molto, quando le madri sono state esposte a PM 2,5, PM 10, NO2, O3, SO2, CO e NOx durante la gravidanza, mentre le finestre sensibili variavano per i diversi inquinanti mestri, mentre l'esposizione a NO2 nel 1° trimestre è stata negativamente associata al parto pre termine. Infine, l'esposizione a PM 2,5 e PM 10 nel 2º trimestre è stata positivamente associata al parto pretermine.

Esiste anche un'importante associazione tra inquinanti ambientali e rottura prematura delle membrane. Una maggiore esposizione materna al PM 2,5 durante la gravidanza, in particolare durante il terzo trimestre è associata a maggiori



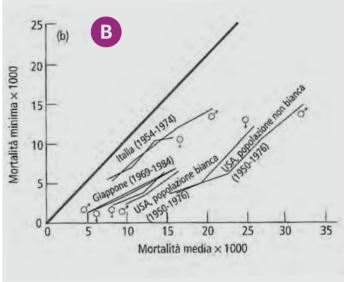


Figura 1 A e B La selezione stabilizzante e il peso alla nascita(a)

Classico esempio della selezione stabilizzante sul peso dei neonati umani alla nascita. I bambini che pesano 3,6 kg alla nascita hanno un tasso di sopravvivenza superiore rispetto ai neonati più pesanti o più leggeri. Il grafico si basa su un campione di 13.700 bambini nati in un ospedale di Londra nel

periodo compreso fra il 1935 e il 1946.**(b)** Rilassamento della selezione stabilizzante verificatosi nei paesi più ricchi durante la seconda metà del ventesimo secolo. Sull'asse delle ascisse (x) è riportata la mortalità in una popolazione; sull'asse delle ordinate (y) la mortalità dei bambini che avevano un peso ottimale alla nascita (e che pertanto coincide con il minimo della mortalità in quella popolazione). In (a), per esempio, le femmine

hanno un minimo di mortalità di circa 1-1,5% e una mortalità media di circa il 4%. Quando la media coincide con il minimo, la selezione cessa: questa situazione corrisponde alla retta con pendenza 45°. Si noti il modo in cui, con il passare del tempo, in Italia, Giappone e USA i dati vadano effettivamente avvicinandosi a quella retta. Alla fine degli anni Ottanta, ormai, la popolazione italiana aveva raggiunto un punto non

significativamente diverso dall' assenza di selezione. Tratto da: Karn MN, Penrose LS. BIRTH WEIGHT AND GESTATION TIME IN RELATION TO MATERNAL AGE, PARITY AND INFANT SURVIVAL. Ann Eugen. 1951 Jan;16(1):147-64. Ulizzi L, Manzotti C. Birth Weight and Natural Selection: An Example of Selection Relaxation in Man. Hum Hered. 1988;38(3):129-35.

probabilità di avere un bambino affetto da di- ne nella prima infanzia a composti di pesticidi è sordini dello spettro autistico Del resto, è noto correlata allo sviluppo di paralisi cerebrale inda tempo che i molti tipi di cellule nel cervello hanno diverse finestre di vulnerabilità con diverse sensibilità agli agenti ambientali. L'espo- un'interessante studio ha analizzato 64.623 atmosferici. In particolare, l'esposizione a PM2,5 sizione perinatale e infantile ad alte dosi di piom- (33%) donne cui sono stati prescritti antibiotici era efficace nel determinare il parto pretermine bo, per es. provoca encefalopatia e convulsioni. in gravidanza. 170 (0,60%) bambini hanno riporsolo nel 2º trimestre, l'esposizione a NO2 solo nel Esposizioni al piombo a dosi più basse, sono sta-3º trimestre e l'esposizione a O3 in tutti e tre i tri- te associate a compromissione della funzione in- lisi corrette statisticamente non hanno mostrato tellettuale e dell'attenzione.

> L'esposizione ad agenti ambientali con effetti neurotossici, può comportare uno spettro di esiti avversi da grave ritardo mentale e disabilità a cambiamenti più sottili nella funzione a seconda dei tempi e della dose dell'agente chimico L'esposizione a piombo e nichel è associata a disabilità intellettiva, piombo e cadmio sono associati a basso peso alla nascita e il cadmio è associato alla paralisi cerebrale infantile L'esposizio-

fantile

tato casi di paralisi cerebrale o epilessia. Le anaalcuna associazione tra la prescrizione di antibiotici e la paralisi cerebrale o l'epilessia (adj.HR 1,04, 95% CI 0,91-1,19). Tuttavia, rispetto alle penicilline, i macrolidi erano associati ad un aumentato rischio di paralisi cerebrale o epilessia (adj.HR 1,78, 95%CI 1,18-2,69).

Straordinariamente, le associazioni statisticamente significative più consistenti sono state osservate tra l'aumento dell'esposizione agli spazi verdi e l'aumento del peso alla nascita e la dimi-

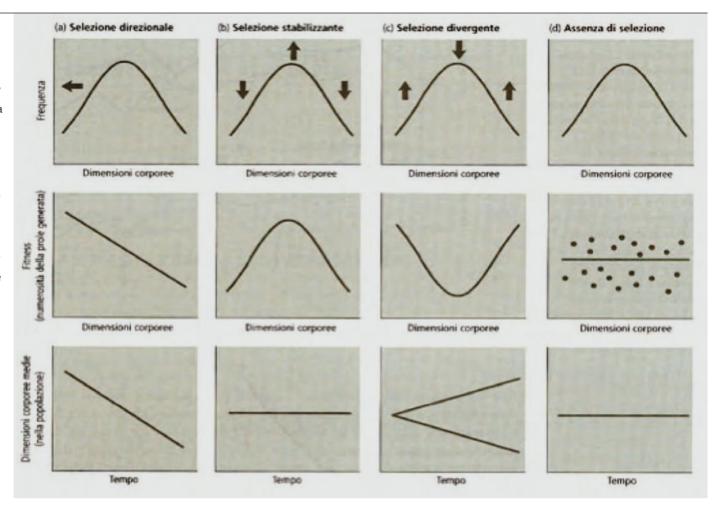
INQUINAMENTO AMBIENTALE E GRAVIDANZA

Figura 2 a, b, c, d

I tre tipi di selezione presenti in natura.

Le quattro colonne mostrano la distribuzione della caratteristica in esame (nel nostro caso la dimensione corporea) relativamente alla selezione, naturalmente l'oggetto della selezione potrebbe essere diverso dal peso, per es le dimensioni del becco di alcuni volatili. Nel caso di numerose caratteristiche osservabili in natura, la curva ha un picco al centro, vicino alla media, mentre è più basso agli estremi, come è il caso del peso neonatale, viene chiamata anche distribuzione normale, o "curva a campana".(a) Selezione direzionale: gli individui più piccoli godono di una maggior fitness, e quindi la dimensione corporea media della specie diminuirà nel tempo. (b) Selezione stabilizzante: gli individui più adatti sono quelli di taglia intermedia. (c) Selezione divergente: entrambi gli estremi sono favoriti e, se la selezione ambientale è abbastanza intensa, la popolazione si divide in due. (d) Nessuna selezione: se non c'è relazione tra una particolare caratteristica e la fitness del portatore, la selezione naturale non eserciterà alcuna pressione su di essa. I quattro grafici in alto mostrano la relazione tra le dimensioni del corpo e la fitness all'interno della stessa generazione, mentre i grafici sottostanti delineano il cambiamento previsto nella caratteristica media su diverse generazioni, ammettendo che la caratteristica "dimensione corporea" sia ereditaria.

Tratto da: Mark Ridley "Evoluzione" Edizioni McGraw-Hill, 2004 Pag.71



nuzione del rischio di basso peso alla nascita. Sono state osservate anche associazioni statisticamente significative tra la presenza di linee di autobus pubblici, l'indice di uniformità di Shannon, la densità del traffico e il peso alla nascita Purtroppo, solo il 27% dei centri urbani possiede livelli di spazio verde classificati come moderatamente adeguati, dal punto di vista della quantità/qualità degli spazi verdi. La percentuale di città sopra questa media varia dal 17% dei centri urbani nei gruppi dei paesi a basso reddito al 39% dei centri urbani nei paese ad alto reddito. L'accesso agli spazi verdi urbani offre benefici alla salute fisica e mentale dell'uomo. Questi benefici includono la riduzione dell'esposizione all'inquinamento atmosferico, l'alleviamento dello stress e l'aumento dell'interazione sociale e dell'attività fisica, con un miglioramento generale dei risultati sulla salute generale e un minor rischio di mortalità e morbosità. Lo spazio verde

In Giappone visitare i parchi naturali per ottenere effetti terapeutici è diventata una pratica popolare chiamata "Shinrin-yoku" o "bagno nella foresta". Se facciamo camminare attraverso una foresta o un'area boschiva per alcune ore, individui sani e li confrontiamo con altri, che hanno camminato attraverso un'area della città non verde, scopriamo che passeggiare tra le piante, determina nei soggetti esposti, minori concentrazioni di cortisolo, frequenza cardiaca più bassa e pressione sanguigna più bassa per questo il new york times titola: "Exposure to Plants and Parks Can Boost Immunity".

aiuta anche l'adattamento ai cambiamenti cli-

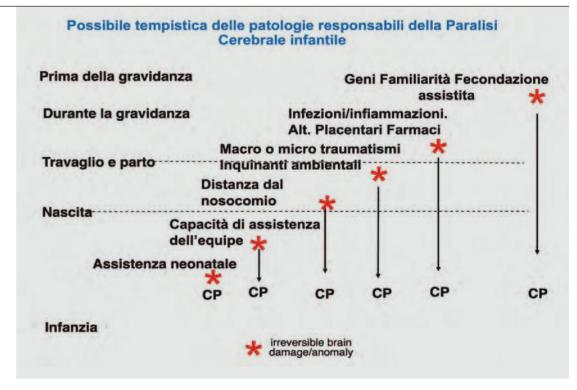
matici, sequestrando il carbonio e offrendo van-

taggi di raffreddamento locali.

Sono molti i benefici per la salute umana legati all'immersione nella natura. Ma non è solo una scena piacevole, infatti, alcuni oli essenziali, in particolare l'eucalipto e lo zenzero, sembrano avere proprietà di potenziamento della funzione immunitaria. Questo è stato dimostrato in più studi. Per esplorare l'effetto dei bagni di foresta sul sistema immunitario umano è stato studiato l'ef-

Figura 3 Relazione tra gli eventi che accadono in diverse epoche gestazionali e l'esito finale: la paralisi cerebrale infantile. Naturalmente l'esito finale dipenderà dall'intensità degli eventi, oltre che

dalla loro presenza



fetto degli oli essenziali del legno sull'attività del- La Figura 1A mostra i tassi di sopravvivenza alla le cellule natural killer (NK) umane e l'espressione di perforina, granzima A e granulisina nelle cellule NK umane. Presi insieme, questi dati inle cellule NK umane.

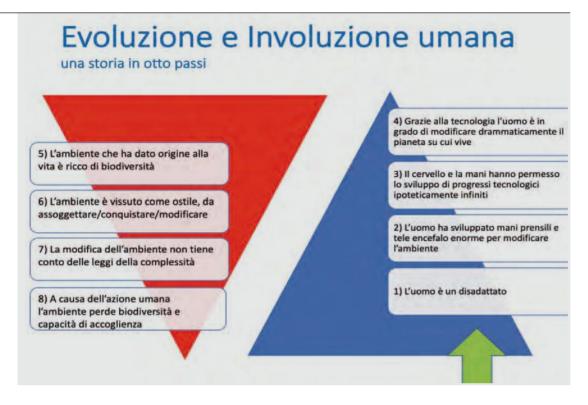
STAZIONALE ALLA NASCITA È TUTT'ALTRO CHE SORla specie umana è caratterizzata da una selezione stabilizzante (Fig. 1A) della variabile peso alla nascita.

Proverò a spiegare nel dettaglio questo concetto, data la sua importanza nella comprensione di quanto gli effetti ambientali siano importanti per la specie umana e per i viventi in generale.

quarta settimana di vita in funzione del peso alla nascita in un ospedale londinese tra il 1935 e il 1946; in Figura 1B vediamo le stesse percentuali, dicano che gli oli essenziali del legno (phytonciin varie nazioni, negli anni '80. Questo cambiades) aumentano significativamente l'attività del- mento di risultati è un classico esempio di come l'evoluzione culturale possa, in pochi anni, aggirare l'evoluzione biologica, che agisce su una sca-IL FATTO CHE L'AMBIENTE ESTERNO E LE SUE MODI- la maggiore di anni. L'evoluzione culturale è mol-FICAZIONI, INFLUENZINO IL PESO E L'EPOCA GE- to potente e veloce, il cervello umano può cambiare la biologia rapidamente, in realtà natural-PRENDENTE. Dobbiamo aver presente il fatto che mente anche l'evoluzione culturale è una forma di evoluzione biologica, solo più veloce. Ogni specie ha un modo diverso di evolversi e la selezione si basa su priorità diverse. Per la specie umana, il range di peso ideale per sopravvivere e preservare i geni performanti e trasmetterli alla progenie è compreso tra circa 2500 e 4000 gr. Attraverso sostanziali miglioramenti nell'assistenza oste-

Figura 4

Fonte: Antonio Ragusa "Nati con la camicia... di plastica' Ed. Aboca, 2021





Il mondo è complesso e se vogliamo provare a comprenderlo e a cambiarlo in bene, dobbiamo acquisire un po' di dimestichezza con il concetto stesso di complessità, per comprendere come siamo arrivati alla soglia della sua distruzione. Capire come e perché siamo entrati nell'antropocene ci consentirà di intervenire sui nostri comportamenti sbagliati in maniera adeguata e risolvere così il problema della plastica in particolare e dell'inquinamento in generale (Fig. 4).

trica e neonatale alla nascita, l'evoluzione cultu- la presenza di temperature ambiente elevate (sorale ha fatto sì che attualmente, nei paesi occidentali, sopravvivano neonati di peso molto alto, grazie al taglio cesareo o molto basso, grazie all'assistenza neonatale intensiva, determinando la diffusione di geni che non si sarebbero diffusi, grazie alle sole forze biologiche. Nei paesi più ricchi, durante questi 60 anni trascorsi dallo studio di Karns e Penrose, l'importanza della selezione in base al peso alla nascita per i bambini umani ha iniziato ad appiattirsi e, alla fine degli anni '80, era quasi scomparsa. Mentre in passato la selezione nei paesi occidentali era stabilizzante (Fig. 2b), oggi questa spinta alla selezione non viene più utilizzata (Fig. 2d) assenza di selezione. Non c'è quasi nessuna selezione relativa alle dimensioni corporee nei paesi ad alto reddito. La percentuale di sopravvivenza è diventata quasi la stessa per tutti i pesi alla nascita. La selezione è diventata più rilassata a causa di una migliore cura data ai neonati prematuri (la causa principale del minor peso alla nascita) e dell'aumento della frequenza dei tagli cesarei nel caso di neonati di grandi dimensioni, rispetto alla corporatura materna. La minore sopravvivenza dei neonati con peso alla nascita elevato era principalmente dovuta a lesioni al feto o alla madre durante il parto. Attualmente, la selezione stabilizzante che ha operato per milioni di anni sul peso alla nascita dei neonati umani è ormai quasi del tutto scomparsa nei paesi ricchi e industrializzati.

ESISTE L'AFFASCINANTE POSSIBILITÀ DI ORCHE- gione potrebbe essere che i circuiti neurali e le al-STRARE I SEGNALI CULTURALI, DI MATRICE BIOLO-GICA CHE LA MADRE PUÒ UTILIZZARE PER MODIFI- scosta, che diventa rilevante solo quando gli in-CARE LA TRAIETTORIA DI SVILUPPO DEL FETO CHE dividui sono sfidati da lesioni di varia origine HA IN GREMBO? Negli umani non lo sappiamo, ma in molte specie questo avviene. Per esempio, gli embrioni possono percepire e apprendere i suoni esterni. Inoltre, i genitori possono utilizzare queste capacità embrionali per alterare le traiettorie di sviluppo della loro prole. In un interessantissimo studio, gli autori hanno dimostrato che i genitori di zebra finch (un uccello australiano) segnalano acusticamente ai loro embrioni

pra i 26°C). L'esposizione degli embrioni a questi segnali acustici da soli, altera in modo adattivo la successiva crescita e il loro peso alla nascita, rendendoli più adeguati ad affrontare la vita. Essa influenza il successo riproduttivo e le preferenze termiche degli individui anche da adulti Certamente è facile capire perché lo zebra finch comunica la temperatura al proprio embrione in maniera che lui sia pronto ad affrontare il clima esterno e migliori la sua fitness, viceversa è più difficile capire perché il PM 2,5 determini effetti negativi sui neonati umani...o perché maggiori esposizioni materne pre e post-gravidanza al PM 2,5 e alla SO₂, siano associate a un rischio significativamente, ma modestamente elevato, di diabete gestazionale; o ancora, qual è la relazione tra la prevalenza della preeclampsia, che si è dimostrata maggiore per le donne esposte a livelli elevati di inquinamento acustico ambientale, in particolare per le varianti più gravi di preeclampsia e perchè, al contrario, le associazioni erano molto più deboli o assenti per la preeclampsia lieve e tardiva e i livelli di inquinamento acustico.

PERCHÈ IN ALCUNI INDIVIDUI L'ESPOSIZIONE A DE-TERMINATI FATTORI AMBIENTALI DETERMINA CHIA-RI EFFETTI NEGATIVI O POSITIVI, MENTRE IN ALTRI **OUESTO NON ACCADE?**

Gli individui, in generale, variano nelle loro risposte all'ictus, al trauma e all'ipossia per esempio, ostacolando le previsioni degli esiti. Una ratre cellule umane, contengono una variabilità na-In generale noi non possiamo considerare lo stato attuale dell'universo (o di un particolare organismo) come l'effetto del suo passato e la causa del suo futuro, come invece sosteneva Laplace. Quando nel 1796 Laplace presentò a Napoleone Bonaparte la prima edizione del suo "Trattato sul sistema del mondo", il generale osservò: "Mi hanno riferito che in tutte queste pagine Dio non è neppure citato...non ho avuto bisogno di questa

graziosa ipotesi" rispose l'astronomo. Napoleone ribatté: "Però è una ipotesi che spiega tante co-

Laplace era convinto che, conoscendo perfettamente tutte le condizioni iniziali dell'universo (noi aggiungiamo di un determinato organismo vivente) fosse possibile calcolarne in modo certo tutti gli sviluppi successivi: passati, presenti e fu-

In realtà le cose non stanno così, infatti, può capitare che minime differenze nelle condizioni iniziali producano enormi differenze negli esiti finali. Tali esiti sono sempre il risultato di azioni e interazioni complesse, come è visibile nella figura 3 dove è utilizzato l'esempio della paralisi cerebrale infantile, valutata come conseguenza di una serie di accadimenti progressivi che si influenzano vicendevolmente e contribuiscono alla realizzazione dell'esito finale, che in questo caso è la paralisi cerebrale infantile.

Per questo, si dovrebbe usare il principio di prudenza e pensare che tutte le esposizioni ambientali e la somministrazione di qualsiasi farmaco può avere effetti a medio e lungo termine sulla salute neonatale e questi effetti dovrebbero essere valutati prima di modificare la pratica clinica.

(ndr: bibliografia disponibile a richiesta)

DONAZIONE DELLE CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE

Cordone ombelicale

Ecco il progetto "Bimbo dona papà dona"

Per scegliere di donare

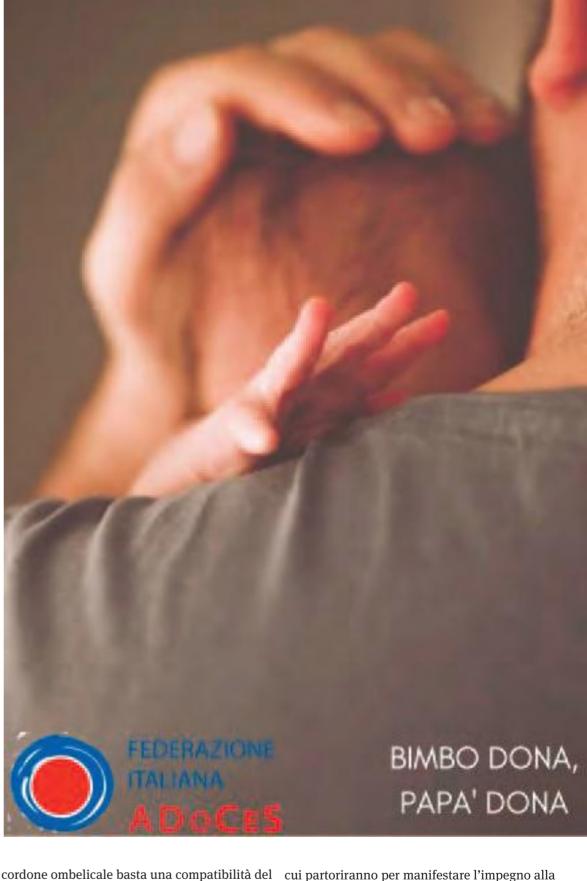


GIANCARLO STELLIN "Bimbo dona, papà dona" Componente Comitato

Scientifico ADoCES

DOPO LA NASCITA del bambino, il cordone ombelicale viene reciso e di solito scartato con la placenta, anche se contiene ancora una discreta quantità di sangue, cordonale/placentare (SCO). Questo sangue è ricco di cellule staminali emopoietiche (CSE) in grado di riprodursi e rigenerare le cellule del sangue periferico (GR, GB e Plt) se trapiantate in un organismo che ne sia stato privato, a causa di patologie del sistema ematopoietico: sono preziosissime vere e proprie salvavita impiegate da oltre un ventennio in trapianti per più di 80 malattie del sangue molto gravi, congenite e acquisite, immunodeficienze e malattie Referente Aogoi per il progetto metaboliche: leucemie, linfomi, mielomi, disturbi linfoproliferativi, sindromi mielodisplastiche, aplasia midollare, stati di immunodeficienza, talassemia, malattie autoimmuni, tumori solidi come il neuroblastoma e altri. È una risorsa eccellente anche per il contenuto di staminali mesenchimali che si possono ricavare dalla gelatina di Warthon: con il progredire delle ricerche ci sono iniziali successi e speranze in medicina rigenerativa e terapie cellulari: patologie cardiovascolari, le, sclerosi multipla, Pof, Hiv, Sla e altri campi di ricerca.

Le CSE ricavate dal cordone ombelicale invece che dal midollo osseo o dal sangue periferico presentano un minor rischio di sviluppo di malattia del trapianto verso l'ospite (Gvhd), grazie alla loro relativa immaturità e quindi necessitano di minore compatibilità Hla con il ricevente. Se per un trapianto di midollo occorre una compatibilità del 100% tra donatore e ricevente, per il sangue del



70%, quindi abbiamo un notevole aumento di possibilità di trovare un donatore compatibile, soprattutto tra fratelli; hanno inoltre una alta capacità di proliferare, maggiore rispetto a quella del midollo osseo e del sangue periferico dell'adulto. Risvolto negativo può essere la relativa sitive, presenza di malattie autoimmuni o prescarsità di cellule nell'unità di SCO da trapiantaictus, artrosi, degenerazione maculare, diabete, re, sufficiente a rispondere alle esigenze di peso Alzheimer, Parkinson, traumi del midollo spina- del paziente, più facilmente applicabile a bam- LA RACCOLTA DEL SANGUE CORDONALE IN ITALIA È bini. Studi recenti depongono per la superiorità SOGGETTA AD UNA NORMATIVA MOLTO PRECISA, andel trapianto di CSE cordonali rispetto alle altre fonti di CSE, anche con minore probabilità di re-

Per altro, almeno in via teorica, il SCO dovrebbe essere più facilmente e semplicemente disponi-

Le donne interessate alla donazione del sangue del cordone ombelicale possono rivolgersi al reparto di ostetricia e ginecologia dell'ospedale in

donazione, che è volontaria, anonima e gratuita: è previsto un colloquio con l'ostetrica, per accertare l'idoneità anamnestica e la sottoscrizione del consenso informato.

Esistono criteri di esclusione, ad es. sierologie pogressa storia tumorale.

che se con aspetti, a mio avviso, che possono risultare singolari.

La donazione è possibile solo all'interno di strutture pubbliche ed è totalmente gratuita. Sono consentite:

donazioni eterologhe-allogeniche, solidari**stiche:** si devolvono le cellule per la collettività, come avviene con una donazione di sangue.

Donazioni autologhe-dedicate: riservate al pro-

prio neonato che abbia una malattia evidente al- Attualmente, nel la nascita o scoperta in epoca prenatale; o per un neonato sano, che abbia un fratello o una sorella già colpiti da una malattia anch'essa curabile con il trapianto; famiglie a rischio di avere in futuro altri figli affetti da malattie geneticamente determinate. La richiesta per l'accantonamento dedicato va fatta dal Ginecologo alla banca del SCO. Si può inoltre raccogliere SCO ad uso autologo dedicato nell'ambito di sperimentazioni cliniche già approvate.

È proibita l'istituzione di banche private, sul territorio nazionale; è vietata ogni forma di pubblicità a banche private e non è possibile la conservazione autologa privata, a meno che la banca presso la quale avvenga la lavorazione e lo stoccaggio del campione sia fuori dai confini Italiani e le spese della raccolta e della conservazione siano a carico della famiglia.

Il motivo per cui la conservazione privata del sangue cordonale a vantaggio della propria famiglia rappresenta una scelta razionale è contenuto nel D.L. 18/11/2009: nell'Allegato 1 è riportato un elenco di patologie per le quali risulta "scientificamente fondato e clinicamente appropriato l'utilizzo di cellule staminali da sangue cordonale" e per le quali lo stesso Ministero autorizza la conservazione in Italia per uso privato in banche pubbliche "per uso 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". Ossia, in sostanza, il Ministero riconosce la validità scientifica della conservazione e dell'uso del sangue cordonale sul bambino (uso autologo) o sui consanguinei (uso familiare), ma se ne fa carico economicamente e la consente in Italia solo se la malattia è già stata diagnosticata prima della nascita.

A questo punto ci si potrebbe chiedere perché se il bambino stesso o un suo fratello si ammalano prima della nascita la conservazione per uso privato sia lecita e utile (secondo il nostro Ministero) e se invece tutto cambi se si ammalano una settimana o un anno dopo il parto. Una risposta potrebbe essere che la probabilità di utilizzare il sangue cordonale depositato privatamente è molto bassa: 1:20.000 nei primi 20 anni di vita, cioè lo 0,005% e che quindi il Ssn non se ne può far carico.

Precedentemente, nel gennaio 2008, le commissioni Affari Costituzionali e Bilancio (Presidente del Consiglio Prodi e Ministro della salute Livia Turco) avevano approvato all'unanimità un emendamento al decreto 'mille proroghe' (articolo 8) che permetteva la conservazione autologa del SCO anche presso banche private. L'articolo citava testualmente: «A tal fine, e per incrementare la disponibilità di cellule staminali del cordone ombelicale ai fini di trapianto, è autorizzata la raccolta autologa, la conservazione e lo stoccaggio del cordone ombelicale da parte di strutture pubbliche e private autorizzate dalle regioni o dalle provincie autonome, sentiti il Cnt e il Cns. La raccolta avviene senza oneri per il Ssn e previo consenso alla donazione per uso allogenico in caso

di necessità per paziente compatibile».

Si permetteva così la costituzione di un modello "ibrido": bancaggio privato ma a disposizione senza possibilità di rifiuto, in caso di richiesta dal circuito internazionale in cui la banca è inserita: opportunità presenti e consentite in diverse realtà mondiali.

La formula della Banca Ibrida, crossover, potrebbe permettere anche di garantire in modo migliore i figli delle unioni tra diverse etnie che, vista la sempre maggiore multirazzialità delle nostre attuali Società, renderebbe assai difficile la ricerca di un donatore compatibile per un eventuale trapianto di midollo.

Altri ragionamenti potrebbero essere fatti sui costi dell'autologo-solidale (bancaggio Ibrido, mediamente 3mila euro) rispetto ai costi sopportati dalle casse dello Stato per la Banca pubblica regionale, che sembrerebbero ca. 18mila euro per campione rilasciato; e sulla ricerca relativamente soprattutto alle staminali mesenchimali protagoniste attualmente in 485 Trial in Medicina Rigenerativa (gestiti più dal privato che dal pubblico). Si potrebbe discutere sulla collaborazione, non sulla contrapposizione tra pubblico e privato. Comunque, nel 2009, il primo atto legislativo del successivo Governo Berlusconi Min. Salute Sacconi ha annullato l'art 8 e condotto alla normativa attuale.

La conservazione ad uso autologo può presentare incertezze scientifiche sulla reale possibilità di soddisfare eventuali esigenze terapeutiche future e dubbi sugli standard qualitativi, dato che le banche private non sono soggette agli stessi meccanismi regolatori delle pubbliche: però vi po-

trebbero essere assoggettate, come avviene per i centri privati di Pma; possono esistere, inoltre, come già successo, rischi di fallimento.

Attualmente, nel mondo, le sacche conservate in banche private sono 5 volte superiori a quelle custodite nelle banche pubbliche, anche se l'utilizzo delle unità solidali è 100 volte superiore.

La donazione del sangue cordonale è un interesse primario per il Ssn: fa parte dei Lea.

La raccolta e conservazione dopo congelamento viene effettuata presso le Banche del sangue di cordone ombelicale, strutture pubbliche accreditate presso il SSN e che poi distribuiscono a tutti i Centri di Trapianto le CSE raccolte, garantendone idoneità, qualità, sicurezza, tracciabilità.

In Italia ci sono 18 Banche del Sangue Cordonale, ubicate presso ospedali pubblici o privati, convenzionati con il sistema sanitario nazionale, distribuite in 13 regioni. Ad esse fanno riferimento 270 punti nascita attrezzati per la raccolta solidaristica del cordone ombelicale, 40 dei quali operano nelle regioni in cui non è presente una banca cordonale: costituiscono la rete Itcbn: Italian Cord Blood Network, che fa parte dell'Ibmdr (Italian Bone Marrow Donor Registry).

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

Nel 2021 le unità raccolte sono state solo il 2,5% sui circa 250mila parti avvenuti nelle strutture: dati abbastanza sconfortanti, anche se in leggera crescita.

Figura 1 Primi trapianti di CSE da non familiare in italia

mondo, le sacche

5 volte superiori a

quelle custodite

nelle banche

superiore.

un interesse

banche private sono

pubbliche, anche se

l'utilizzo delle unità

solidali è 100 volte

La donazione del

sangue cordonale è

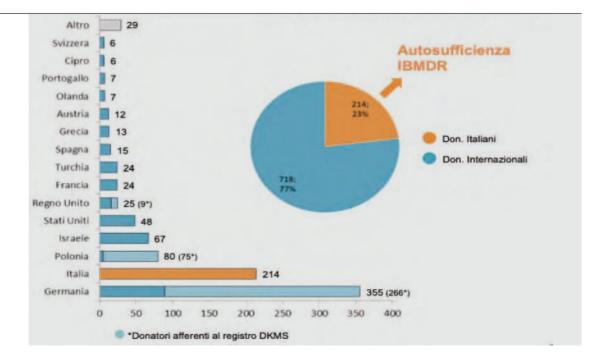
primario per il Ssn:

fa parte dei Lea.

conservate in

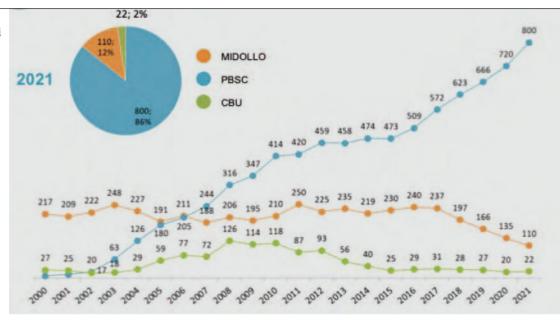


Figura 2 Trapianti 2021: provenienza CSE



DONAZIONE DELLE CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE

Figura 3 Sorgente CSE nei trapianti da non familiare in Italia



li ricorderemo per sempre: in-dimenticabili.

Il 2020 è stato caratterizzato da un tracollo di circa il 40% delle donazioni di SCO e di oltre il 60% del numero di donatori iscritti al registro italiano: c'è una grande necessità di reclutare nuovi volontari. In buona misura il calo è dovuto alla pandemia di Covid-19 e al gravissimo incremento della denatalità: ben al di sotto del livello di sostituzione e dell'equilibrio demografico.

Ma durante la pandemia si è resa necessaria una revisione dei percorsi di presa in carico delle donne in gravidanza, delle madri, dei padri e dei neonati: abbiamo riadattato più volte i percorsi nascita e certamente non li abbiamo migliorati; abpresenza e proposti in via telematica, abbiamo imparato a conoscere e utilizzare gli strumenti che la nuova comunicazione globale offre; ma le tecnologie digitali non hanno migliorato, penso, le nostre capacità relazionali e sociali, importanti come quelle strettamente professionali: l'adesione delle gestanti è sicuramente stata minore e anche certi messaggi, come la possibilità della donazione delle CSE, possono essere stati non sottolineati; ma può dipendere anche dal fatto che dobbiamo credere prima noi nella donazione delle CSE: il ginecologo e l'ostetrica occupano un posto cruciale nell'orientamento delle scelte della donna e dei papà.

In questi anni vi è un costante aumento di trapianti: (Figura 1)

Stiamo facendo fatica a dare una risposta adeguata: solo il 23% dei pazienti italiani trova una donazione presso il Registro Italiano; il Cnt rac-

comanda di limitare le importazioni dall'estero e incrementare le donazioni. (Figura 2) Solo una quantità esigua di trapianti avviene grazie alle cellule del cordone ombelicale. (Figura 3)

IN ITALIA SONO STATI ESEGUITI FINORA 1.775 TRA-

PIANTI DA CSE CORDONALI.

Ogni anno nel mondo vengono eseguiti oltre 50mila trapianti allogenici di CSE: circa la metà sono eseguiti grazie alla donazione di soggetti adulti non familiari o grazie a unità di SCO, donate con finalità solidaristica. Un ulteriore problema che si riscontra attualmente è che la presenza di immigrati ha portato all'aumento delle richieste di CSE anche per pazienti di altri Paesi e con caratteristiche genetiche non riscontrabili fra le donazioni nelle nostre banche. Bisogna invitare le donne di etnia diversa a donare, per aiutare i loro con-

Questi ultimi due anni sono stati molto difficili e nazionali. Per venire incontro a queste criticità e per diffondere la consapevolezza che la donazione è un valore familiare fin dalla nascita, cercare di sensibilizzare le coppie in attesa di un figlio a donare il sangue del cordone ombelicale, incre mentare le donazioni italiane e contemporaneamente far iscrivere i neopapà al registro Italiano dei donatori di midollo osseo è nato il progetto "Bimbo dona papà dona": sviluppato dalla Federazione Italiana Adoces (Associazione donatori cellule emopoietiche) con il patrocinio del Ministero della Salute, delle principali Società Scientifiche e Associazioni di volontariato; si inserisce nel percorso donazionale, già esistente, del sangue cordonale e coinvolge l'Ostetrica e il Ginecobiamo sospeso i corsi di preparazione al parto in logo operanti nei Distretti, nei Consultori e nei La campagna educazionale di Adoces per la do-Punti Nascita, i Trasfusionisti e il personale delle Banche del Sangue cordonale.

I neopapà sono una risorsa preziosa: persone già sensibili e informate sulla donazione del SCO e già dichiarate idonee durante la fase di anamnesi predonazione, che avviene di solito un mese prima della nascita del bimbo. Sono donatori 'ideali" a condizione che non abbiano superato i 36 anni, requisito necessario per iscriversi al Registro Italiano Donatori. In quanto maschi, rappresentano il target che gli ematologi selezionano nel 70% dei casi per i trapianti, perché le cellule prelevabili sono rapportate al peso corporeo. La quantità cellulare è un fattore importante per i trapianti di CSE: quelle prelevabili da una ragazza di 50 chili possono bastare per un bambino ma potrebbero non essere sufficienti per il trapianto nei confronti di un adulto. Inoltre, il sistema immunitario del padre non ha subito la stimolazione immunitaria, come avviene nelle mamme durante la gravidanza, quindi viene assicurata una migliore tolleranza immunologica al trapianto del paziente e una migliore riuscita. La donazione consiste nell'isolamento di CSE da aspidollo.

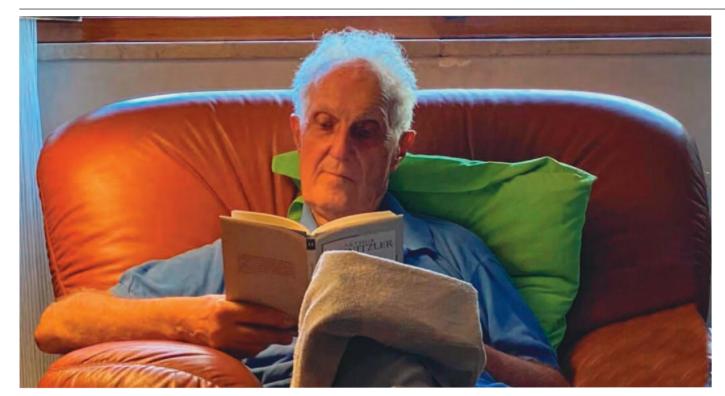
IN QUESTO PERCORSO, IL GINECOLOGO RIVESTE UN **RUOLO IMPORTANTE NEI CONFRONTI DELLA COPPIA** IN ATTESA DI UN BIMBO, per sensibilizzarla a donare il sangue cordonale alla banca pubblica e, occupandosi della patologia eventuale della gravidanza, indirizzare la madre verso la «donazione dedicata» qualora vi fossero i requisiti. Il suo ruolo diventa importante anche per sensibilizzare il papà a diventare donatore, avviandolo verso l'impegno donazionale previsto dal progetto, supportandolo con materiali informativi.

Dobbiamo riprendere i percorsi diagnostico terapeutici interrotti con la pandemia: le donne chiedono di seguire corsi di accompagnamento alla nascita e ricevere informazioni su gravidanza, modalità di parto, la possibilità di donazione delle CSE, come sull'allattamento al seno, la cura del bambino, la genitorialità. Il ginecologo non è più il medico degli organi della donna ma il medico della donna nella sua completezza e complessità: affronta problematiche preventive e curative, che durano per tutto il ciclo biologico della donna, dall'adolescenza alla riproduzione, dalla menopausa alla senilità, nell'ottica di una qualità di vita migliore per la donna e per chi la circonda. L'Aogoi è una grande comunità scientifica che rappresenta la maggioranza degli operatori del campo ostetrico-ginecologico ed ha aderito con entusiasmo alla campagna educazionale di Adoces. Aogoi è da oltre 10 anni impegnata nella campagna di informazione e promozione per la donazione del cordone ombelicale: durante l'assistenza alla gravidanza, nei consultori familiari, negli ospedali e nel territorio, attraverso i corsi di preparazione al parto e in collaborazione con le Ostetriche, abbiamo sempre promosso la donazione solidale del sangue cordonale.

Abbiamo emesso nel 2018 (con la Società italiana di Neonatologia, la Società italiana di Medicina perinatale e la Federazione nazionale, Collegio delle Ostetriche) le Linee guida sul clampaggio ed il milking del cordone ombelicale, nel neonato a termine e pretermine. In queste Linee guida si ribadisce che, sulla base dei principi scientifici di evidenza, la comunità internazionale favorisce ed incoraggia la donazione solidaristica. nazione di sangue placentare e del cordone ombelicale ci vede aderire con entusiasmo. Promuoviamo e partecipiamo alla buona riuscita del progetto "Bimbo dona, Papà Dona", per diffondere la cultura del dono nel momento speciale in cui la coppia attende un figlio.

Tre sono i doni: la nascita del figlio, il dono del sangue cordonale e, con l'iscrizione al Registro donatori Ibmdr, il papà si rende disponibile a donare le proprie CSE se trovato compatibile con un paziente, magari un bambino. Si è costituito un gruppo di lavoro tra Adoces, Aogoi, la Federazione Nazionale delle Ostetriche, la Società Italiana medicina trasfusionale e immunoematologia, il Gitmo (gruppo Italiano per il trapianto del midollo osseo), l'Ibmdr: abbiamo presentato il progetto al Ministero della Sanità, al Cnt ed altre istituzioni in un aula del Senato a novembre 2021, poi in marzo 2022 a Firenze nella sede dell'Ail ad altri stakeholder e organizzazioni di volontariato; Aogoi ha realizzato un corso Ecm: Le cellule staminali emopoietiche, il presente e il futuro delle donazioni e dei trapianti, webinar per ginecologi ed ostetriche tenutosi a marzo 2022, con nurato midollare o, come accade nell'83% dei casi merose presenze; ogni ultimo martedì del mese da prelievo di sangue, staminoaferesi, procedura organizziamo un incontro web aperto alla popomolto meno traumatica rispetto al prelievo di mi- lazione con esperti del settore (ginecologi, trasfusionisti, pediatri, ostetriche, oncoematologi). Abbiamo promosso la campagna sui social, con comunicati stampa per coinvolgere i media e con testimonianze di coppie donatrici.

> Ad una mamma in dolce attesa e ad un prossimo papà dobbiamo noi per primi trasmettere entusiasmo e motivazione su questo loro importante gesto: scegliere di donare.



Addio a Enzo Giambanco

Quando si ricorda una persona si pensa in quale momento si è incontrata la prima volta

CARLO SBIROLI

L'amicizia con Enzo Giambanco iniziò nei primi anni ottanta. Ci incontrammo alla cena di un congresso nazionale delle nostre società scientifiche. Non ricordo in quale città. Eravamo due giovani primari, seduti allo stesso tavolo, con tante idee e una grande curiosità per quanto di nuovo veniva proposto in quegli anni nel campo della ginecologia. Da allora, per oltre 40 anni, si sviluppò una profonda amicizia che non è mai venuta meno.

Conoscerlo è stato un privilegio. Lo è stato anche per molte altre persone che, come me, hanno incontrato Enzo in momenti diversi della sua vita. La maggior parte lo ha avvicinato come paziente o come collega. Altre si sono affiancate a lui più da vicino per un lungo periodo di tempo, per il lavoro in ospedale, per amicizia, per legami culturali o per interessi comuni. Che io sappia, tutti indistintamente, per superficiale o profondo che fosse quel rapporto, hanno sempre considerato gratificante godere della sua amicizia. Sessanta dei suoi 83 anni di vita, Enzo Giambanco li ha utilizzati occupandosi della sua professione. Ha guidato con autorevolezza e grande professionalità i reparti di Ostetricia e Ginecologia dell'ospedale Ingrassia prima e poi del Civico a Palermo. Chiunque ha lavorato con lui conosce bene la sua tempra: quella del primario sempre all'opera. Si è sempre interessato della nostra vita associativa, delle varie problematiche che vivacizzarono i rapporti intrasocietari negli anni a cavallo tra la fine del secolo scorso e l'inizio del terzo millennio. Spesso ne è stato il protagonista. Credo però che abbia dato il meglio di sé impegnandosi con tenacia

Vincenzo Giambanco si è spento giovedì 7 luglio nella sua casa a Palermo, aveva 83 anni. È stato presidente della Sigo negli anni 1996-98 e fondò agli inizi del 2000 la Federazione di Ginecologia e Ostetricia del Mediterraneo. Si laureò in Medicina e Chirurgia nel 1962. Subito dopo la laurea vinse una borsa di studio presso l'Università di Napoli e successivamente entrò come ricercatore presso l'Università di Pisa. Si specializzò in Ostetricia e Ginecologia alla facoltà di Medicina e Chirurgia di Torino. Ha svolto la sua professione a Palermo, dapprima come primario del reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale Ingrassia, poi del Civico.

La sua scomparsa ha suscitato il cordoglio della ginecologia italiana.

nella riorganizzazione della Sigo negli anni della sua presidenza dal 1996 al 1998. Erano gli anni difficili in cui per la prima volta veniva eletto alla presidenza Sigo un ospedaliero. Una elezione che era arrivata dopo anni di discussioni e dissidi tra universitari e ospedalieri. Chiunque lo abbia conosciuto ricorda la grande passione che mise poi nel creare la Federazione di Ginecologia e Ostetricia del Mediterraneo. Quando muore un professionista affermato, di solito lo si ricorda come una persona che al lavoro ha dedicato tutta la sua vita e si trascura la parte più privata della sua vita. Enzo ha molto amato il suo lavoro, ma ha dedicato anche molto di sé stesso agli affetti familiari, direi con amorevole discrezione. È sempre stato vicino a sua moglie Elena, nota arpista italiana. Dalla loro unione sono nate Claudia e Laura, quest'ultima direttrice dell'Uoc di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale di Trapani. Ha sostenuto Elena nei momenti più importanti della sua prestigiosa carriera. Mi ricordo l'ansia, la trepidazione di Enzo nei momenti che precedettero l'inizio del concerto di Elena in piazza San Pietro nel 2011, in occasione della beatificazione di Giovanni Paolo I e più recentemente quello tenuto al Quirinale, su invito del Presidente Mattarella. A Praga, in occasione di un congresso internazionale di ginecologia agli inizi del 2000, mi trascinò per vari negozi per acquistare una statuina raffigurante un'arpista in cristallo di Boemia da regalare a Elena. Racconto questi episodi perché disegnano meglio il lato più riservato della vita di Enzo. Faceva parte del suo stile di vita rigoroso, quasi appartato. Mi accennò alla sua malattia solo quando pensava di averla superata. Poi non ne parlammo più. Capii che considerava poco educato parlare di sé e di qualsiasi propria malattia. Ho incontrato Enzo l'ultima volta nel marzo scorso qui a Roma. M'invitò a cena in occasione del compleanno di Elena. Ricordo che fu una serata molto piacevole. C'erano i suoi amici più cari. Enzo mi sembrò vivace, attento ai vari argomenti su cui si discuteva. Alla fine ci salutammo con la promessa di rivederci al più presto. Poi, venerdì, una telefonata. Un collega mi comunicò che Enzo Giambanco non c'era più. Non volevo crederci.

La professione, gli amici, le letture, i concerti di Elena, le sue vacanze a Ustica, dove spesso si rifugiava, erano le sue passioni. Persona con grandi curiosità. Questo era Enzo. La sua amicizia è stata una grande gioia, un fatto positivo della mia vita, perché teneva uniti la professione, lo scambio intellettuale, la stima e l'affetto reciproco.

GIUSEPPE CANZONE

CARISSIMO PROFESSORE, considero un privilegio avere l'onore di poterla ricordare, oltre che a mio nome anche a nome della Sigo del suo presidente Prof. Nicola Colacurci e del suo Past President Prof. Antonio Chiantera e a nome dell'Aogoi e della sulla Presidente Dottoressa Elsa Viora. Lei rivestirà sempre nella storia ultracentenaria della Sigo un ruolo incancellabile perché è stato il primo presidente della nuova Sigo, nata il 3 agosto 1995, dalla fusione delle associazioni universitaria ed ospedaliera nel pieno rispetto reciproco e di comprensione delle differenze esigenze.

Ebbene, fu proprio Lei ad assumere per primo l'importante carica di Presidente Sigo di estrazione ospedaliera per il triennio 1996 al 1998, eletto in occasione del 71º Congresso Sigo svoltosi proprio nella nostra città di Palermo e che tutti ricordano per la ricchezza di eventi scientifici e di iniziative culturali e sociali di cui Lei è stato mirabile regista.

D'altronde Lei si è sempre distinto per la sua apertura mentale che gli ha consentito di essere sempre un passo avanti rispetto al tempo corrente con una visione della vita professionale illuminata e limpida per il presente e per il futuro.

Così è stato nella sua lunga carriera professionale in qualità di Primario del reparto di Ostetricia e Ginecologia, prima dell'ospedale Ingrassia e successivamente dell'Ospedale Civico di Palermo, dove ha portato le tecniche più innovative che la disciplina della ginecologia e ostetricia andava via via sperimentando.

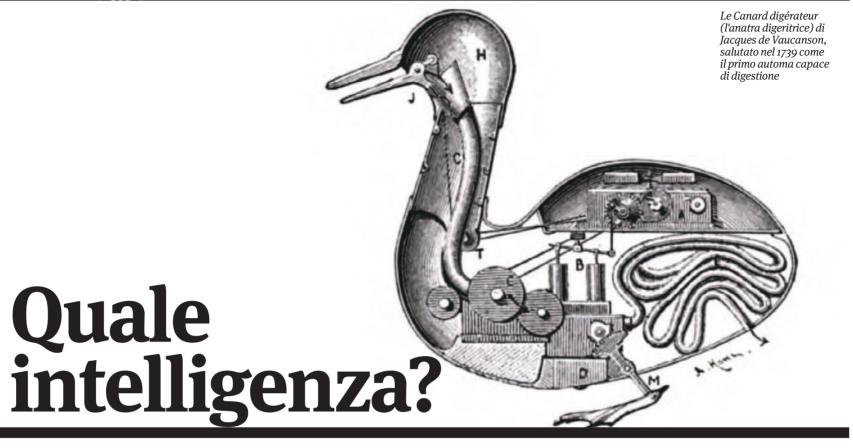
Così è stato anche nei suoi rapporti con le istituzioni e con i media in un'epoca in cui non era così abituale relazionare con loro, eppure con la sua innata signorilità, garbo ed eleganza, tipica dei gentiluomini della nostra terra, Lei è riuscito a diventarne un interlocutore privilegiato.

Così è stato anche nella sua qualità di

terra, Lei è riuscito a diventarne un interlocutore privilegiato. Così è stato anche nella sua qualità di Presidente della Fgom - Federation on the national societies of Gynecology anche Obstetric in the Mediterranean countries dove, grazie alla sua conoscenza delle lingue e alla sua caratteristica affidabilità e competenza, è riuscito ad elevare ad un livello altissimo lo scambio culturale e tecnico fra le nazioni. Vogliamo ricordarlo con due immagini che ci toccano il cuore: in coppia con la sua amata sposa Elena, arpista di fama mondiale, come ambasciatore di stile ed eleganza; in coppia con il Prof. Ugo Montemagno, orgogliosi di indossare nelle occasioni speciali il collare onorifico della Sigo ricco di numerose medaglie. Carissimo Professore Lei, medico e gentiluomo, come è stato giustamente definito dai tanti articoli sui giornali a Lei dedicati, ci mancherà tanto, testimone di un'epoca irripetibile che è riuscito a percorrere e a segnare in modo inconfutabile con la sua gentilezza e con la sua capacità di ascolto. Siamo certi che, ovunque Lei sarà, risplenderà di quella luce che ha sempre illuminato la sua vita professionale e quelle privata così come ha fatto risplendere la ginecologia siciliana al di là dei nostri confini. Le sue citazioni e le sue massime hanno illuminato tante chiacchierate fra colleghi e per questo immodestamente vorrei citare Lucio Anneo Seneca che nel "De brevitate vitae" asseriva che "La vita è come una commedia: non importa quanto è lunga ma come è recitata" e Lei ne è stato un interprete unico. **Grazie Professore**



di Carlo Maria Stigliano



Può fare più danni un'intelligenza umana stupida o un'intelligenza artificiale incontrollata?

Qualche anno fa a proposito dei PC (i precursori delle attuali intelligenze artificiali ÎA) si diceva che erano macchine velocissime e abilissime ma terribilmente stupide perché incapaci di alcun senso critico. Eseguivano calcoli immensi in poche frazioni di secondo ma non erano in grado di valutare criticamente l'evolversi delle situazioni reali adeguando il proprio comportamento alle variabili a volte imprevedibili del mondo circostante



CARLO MARIA STIGLIANO

maginabili fino a poco tempo fa: oggi la nostra vita è praticamente in gran parte gestita da computer, microprocessori, automi in grado di prevedere una infinità di possibili variabili attraverso gli algoritmi. Questi, croce e delizia della nostra esistenza, condizionano a volte sinistramente scelte e decisioni che possono anche significare vita o morte in talune circostanze. Oggi infatti non si parla più di semplici esecutori di indicazioni date dall' uomo bensì di macchine capaci di decisioni autonome e non suscettibili di modifiche - nel bene e nel male - da parte umana: aerei precipitati per l'impossibilità dei piloti di vincere la pervicace scelta delle macchine incapaci di per sè di riconoscere il proprio errore ("i computer non sbagliano mai!"). Ora si aggiunge anche una presunta componente di empatia a queste macchine: la cosiddetta intelligenza artificiale non solo valuta con gli algoritmi le migliori scelte operative ma ha la pretesa (meglio: i programmatori hanno la pretesa) di ritenere i circuiti elettronici di queste macchine capaci di scelte simil-umane, basate cioè sui sentimenti.

umane menti si macchiano di crimini orrendi e commettono mondo si fermerebbe, bloccare il progresso tecnologico non errori imperdonabili: dunque il problema è una sorta di com- avrebbe senso e non sarebbe attuabile. E dunque? Proviamo parazione tra i circuiti integrati del cervello umano e quelli di intanto a parlarne e a capire quali possibili soluzioni esistano un cervello elettronico o meglio di un'Intelligenza Artificiale. prima che sia troppo tardi. Le macchine con IA oggi sono mol-Mi si dirà: che cosa c'entriamo noi con questo problematico confronto?

La verità è che ci stiamo inesorabilmente avviando anche nella nostra professione verso un mondo sempre più dominato dall'intelligenza artificiale che gestisce già in parte il nostro lavoro ma che nel medio periodo porterà cambiamenti radicali nel nostro settore. La fibra ottica ad esempio consente già do di provocare un'intelligenza artificiale deviata e inconinterventi chirurgici anche a grande distanza per ora diretti trollata!

LO SVILUPPO DELL'INFORMATICA ha portato a progressi inim- dall'intelligenza umana ma prevedibilmente - e con addirittura maggior precisione e sicurezza - tra non molto saranno eseguiti da un robot dotato di IA. E lo avremo creato noi, immagazzinando nella sua memoria milioni di possibili variabili di ogni intervento talché in tempo reale esso sceglierà la soluzione migliore. Sembra tutto perfetto ma come il cervello umano a volte si impalla potrebbe accadere che qualche circuito si surriscaldi? L'IA sarà capace di autocritica o continuerà imperterrito fino alla... distruzione del paziente? E nelle scelte che richiedono impegno etico e valutazioni empatiche gli algoritmi decideranno invece drasticamente secondo criteri draconiani basati sul migliore profitto? E poi, nella realtà virtuale l'IA ci sostituirà anche nel rapporto con i/le pazienti? Insomma il cervello di un cretino può essere fermato da una migliore intelligenza umana ma quello di un potente robot evoluto e dotato di intelligenza artificiale come si può fermare visto che per ragioni di sicurezza è programmato per non poter essere reindirizzato dall'esterno?

Gli aerei sono caduti... purtroppo.

D'altro canto qualcuno potrebbe obiettare che anche tante Allora che fare? Distruggere le macchine non si può perché il to più avanti di quanto si possa immaginare ed è sempre più indispensabile conoscerle e cercare di gestirle. Mettere la testa sotto la sabbia non risolve il problema, lo rinvia e lo rende inesorabilmente incombente.

La storia ci insegna che menti umane alterate hanno creato ferite indicibili all'umanità, figuriamoci cosa sarebbe in gra-



Il nostro impatto positivo sul mondo

Da oltre 10 anni siamo al fianco degli specialisti della salute e delle donne con un portfolio completo di farmaci e prodotti innovativi e accessibili per garantire a tutte "A life of possibilities", una vita vissuta appieno e in tutte le sue fasi, dall'adolescenza fino alla maturità, riconoscendo tutte le possibilità che offre.

Con il nuovo programma di Responsabilità Sociale d'Impresa GRITness4ALL il nostro impegno negli ambiti dell'empowerment femminile e della culture & education diventa ogni giorno più concreto. Aiutare le donne a valorizzare il proprio ruolo nella sfera personale e professionale e generare maggiore consapevolezza nelle giovani generazioni sono gli obiettivi che ci poniamo per lasciare il nostro impatto positivo sul mondo e contribuire a realizzare una società più equa e inclusiva.

Scopri tutte le iniziative:









DIKIROGEN® ZERO

IL DOSAGGIO OTTIMALE DI MYO E D-CHIRO-INOSITOLO SENZA ZUCCHERI ED EDULCORANTI

EFFICACIA DIMOSTRATA NELLE ALTERAZIONI METABOLICHE E RIPRODUTTIVE LEGATE ALL'INSULINO RESISTENZA

- INFERTILITÀ
- DIABETE GESTAZIONALE
- PCOS













1 CONFEZIONE = 1 MESE DITRATTAMENTO













