

AOGOI

Organo Ufficiale dell'Associazione
Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

- 7 Rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità
**Consultori familiari:
sono sempre meno e con poco personale**
- 12 Promozione allattamento al seno
Il report del Tas
- 21 Cancro dell'endometrio
Lo Studio Totem

Gyneco Aogoi

NUMERO 5 - 2022 - BIMESTRALE - ANNO XXXIII

VERSO UN LUNGO INVERNO

**Le previsioni dell'Istat
sul futuro del Paese**

DEMOGRAFICO



Dermolivo®
PROTEZIONE INTIMA

Gel Vaginale

RIEPITELIZZANTE • ANTINFETTIVO • IDRATANTE



Sollievo
IMMEDIATO
dagli odori

Protezione Intima ad ogni età'



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

Previene le infezioni ripristinando
la flora lattobacillare

Idrata e lubrifica
l'ambiente vulvo-vaginale



5x Applicatori
vaginali pre-dosati

CE
Dispositivo medico

seguici



Dermolivo

**solo in Farmacia
e Parafarmacia**

info@dermolivo.it | www.dermolivo.it

**Accademia
Dermatologica**



www.accademiadermatologica.it



Questo numero è particolarmente ricco di dati che ci permettono di “fotografare” alcuni aspetti medico-sociali del nostro Paese.

IL DOCUMENTO dell'Istituto Superiore di Sanità sui Consultori, di cui pubblichiamo una sintesi, ci fornisce un quadro completo della situazione italiana, quanto mai utile in questo momento in cui si parla molto di territorio, di reti di assistenza integrata ospedale-territorio, di Pnrr. Illustra dati che devono essere la base per potenziare queste strutture, concretizzare le enunciazioni teoriche e rendere davvero fruibile questa rete a tutte le donne, in tutte le Regioni.

DISARMANTE è invece il Rapporto Istat sul futuro della demografia italiana: l'inverno demografico non è più una ipotesi, ma una concreta realtà. La denatalità è un tema di cui noi stiamo parlando da tempo (ricordo che l'inaugurazione del Congresso nazionale 2020 era stata interamente dedicata a questo argomento), ma non possiamo risolverlo noi! Possiamo fare la nostra parte, ma la questione va affrontata in modo complessivo in quanto chiama in causa vari aspetti: economici, sociali, politici.

UNA NOTA POSITIVA ci viene invece dal rapporto Osmed che segnala un aumento del consumo di contraccettivi e quindi un passo in più verso una maternità consapevole ed un sempre minore ricorso all'IVG.

SU GYNCO NON POTEVAMO non trattare il tema dell'allattamento al seno. Ringrazio quindi il Tavolo Operativo Interdisciplinare

coordinato dal prof. Davanzo per le attività messe a segno - che vi presentiamo - nella convinzione che ognuno di noi deve continuare a dare con determinazione il proprio contributo quotidiano. Con l'avvio del progetto inter-societario per tutelare e promuovere l'allattamento al seno nelle Aziende sanitarie, auspichiamo quindi si possa raggiungere una maggiore omogeneità su tutto il territorio nazionale.

PARLIAMO POI della bimba nata da una donna sottoposta a trapianto d'utero: rappresenta un traguardo importante per tutta la ginecologia italiana, di cui dobbiamo essere orgogliosi. Per questo faccio i miei complimenti a Paolo Scollo ed a tutta l'équipe catanese per il grande successo conseguito.

L'HPV È UN ALTRO TEMA importante, tanto che l'Oms lo pone fra gli obiettivi del prossimo decennio, ma certamente la proposta che ci arriva dalla Svezia alla quale dedichiamo spazio, è molto controversa.

SEMPRE DALL'ISTITUTO Superiore di Sanità ci arriva il manuale sulla sindrome feto-alcolica, molto interessante ed esaustivo. Altrettanto importante è il tema della salute mentale in periodo perinatale sul quale l'Oms continua a porre attenzione ritenendolo una cartina di tornasole di una nazione: ha presentato delle linee guida sull'integrazione della salute mentale perinatale nei servizi di salute materna e infantile, delle quali illustriamo i punti salienti.

L'ARTICOLO DI Sandra Moirano ci racconta l'esperienza della Accademia Maternità e Nascita: in

cinque incontri si sono confrontati cultori e cultrici di diverse competenze che hanno descritto e discusso come sia cambiata la maternità in questi ultimi decenni. Ha rappresentato uno stimolo alla riflessione su un ambito molto più ampio, ma anche su come sia cambiata la nostra professione, i rapporti fra noi medici, fra noi e le altre professioni sanitarie e con le donne/coppie. Stiamo assistendo ad un cambiamento epocale della maternità, della genitorialità (e penso anche ai dati Istat) di cui dobbiamo inevitabilmente prendere atto e, per quanto ci concerne, pensare modalità di informazione e di comunicazione diverse ed il più possibile adeguate al contesto sociale in cui viviamo.

E ANCORA, ABBIAMO due studi interessanti. Lo studio TOTEM ci fornisce robusti dati su come il follow-up delle donne con carcinoma dell'endometrio possa contribuire a migliorare l'esito a medio-lungo termine. Lo studio Jama conferma invece ulteriormente quanto già noto: il vaccino anti-Covid va consigliato alle donne in gravidanza in quanto riduce il rischio di complicanze e di ospedalizzazione con un vantaggio per la salute di mamma e feto-neonato.

CLAUDIO CRESCINI ci racconta infine la sua ultima esperienza ad Asmara e lo ringrazio per quanto sta facendo per le donne eritree.

Concludo con un caloroso Arrivederci a Milano per il nostro Congresso nazionale!



ELSA VIORA
Presidente Aogoi

Buona lettura!

Gyneco Aogoi

Organo Ufficiale
dell'Associazione Ostetrici
Ginecologi Ospedalieri Italiani



Numero 5 - 2022
Anno XXXIII

Presidente
Elsa Viora

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

Direttore Responsabile
Ester Maragò
e.marago@hcom.it

Editore
Edizioni Health
Communication

Pubblicità
Edizioni Health
Communication
Alba Cicogna
a.cicogna@hcom.it
Tel. 320.7411937
0331.074259

Stampa
STRpress
Pomezia - Roma

Abbonamenti
Annuo: Euro 26.
Singola copia: Euro 4
Reg. Trib. di Milano
del 22.01.1991 n. 33
Poste Italiane Spa -
Spedizione in abbonamento
postale 70% - Dcb - Roma
Finito di stampare:
ottobre 2022
Tiratura 8.000 copie.

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

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

Testata associata

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

DEMOGRAFIA / LE PREVISIONI ISTAT

Il futuro della
demografia italiana

SEMPRE PIÙ CUPO

Meno residenti / Più anziani / Famiglie più piccole

CONTINUA L'INVERNO DEMOGRAFICO, le nuove previsioni Istat sul futuro del Paese, aggiornate al 2021, confermano la presenza di un potenziale quadro di crisi. La popolazione residente è in decrescita: da 59,2 milioni al 1° gennaio 2021 si passerà a 57,9 mln nel 2030, a 54,2 mln nel 2050 fino a 47,7 mln nel 2070. Il rapporto tra individui in età lavorativa (15-64 anni) e non (0-14 e 65 anni e più) passerà da circa tre a due nel 2021 a circa uno a uno nel 2050. In crescita le famiglie ma con un numero medio di componenti sempre più piccolo. Meno coppie con figli, più coppie senza: entro il 2041 una famiglia su quattro sarà composta da una coppia con figli, più di una su cinque non ne avrà.

34,9%

QUOTA DI
INDIVIDUI DI 65
ANNI E PIÙ
NEL 2050
23,5% NEL 2021

2049

L'ANNO IN CUI
I DECESSI
POTREBBERO
DOPPIARE
LE NASCITE
788MILA CONTRO
390MILA

10,2mln

LE PERSONE
DESTINATE
A VIVERE SOLE
NEL 2041
DA 8,5 MILIONI
NEL 2021

POPOLAZIONE IN CALO PROGRESSIVO

Sulla base dello scenario di previsione "mediario" è attesa una decrescita della popolazione residente nel prossimo decennio: da 59,2 milioni al 1° gennaio 2021 (punto base delle previsioni) a 57,9 milioni nel 2030, con un tasso di variazione medio annuo pari al -2,5%. Nel medio termine la diminuzione della popolazione risulterebbe più accentuata: da 57,9 milioni a 54,2 milioni tra il 2030 e il 2050 (tasso di variazione medio annuo pari al -3,3%).

Nel lungo termine le conseguenze della dinamica demografica prevista sulla popolazione totale si fanno più importanti. Tra il 2050 e il 2070 la popolazione diminuirebbe di ulteriori 6,4 milioni (-6,3% in media annua). Sotto tale ipotesi la popolazione totale ammonterebbe a 47,7 milioni nel 2070, conseguendo una perdita complessiva di 11,5 milioni di residenti rispetto a oggi.

Le previsioni demografiche sono, per costruzione, tanto più incerte quanto più ci si allontana dall'anno base. L'evoluzione della popolazione totale rispecchia tale principio già dopo pochi anni di previsione. Nel 2050 il suo intervallo di confidenza al 90% (ovvero che il suo presunto valore cada tra due estremi con probabilità pari al 90%) oscilla tra 51,1 e 57,5 milioni. Venti anni do-

po si è tra 41,2 e 55,1 milioni. Così, se dal lato più favorevole la popolazione potrebbe subire una perdita di "soli" 4,2 milioni tra il 2021 e il 2070, dall'altro si potrebbe pervenire a un calo di ben 18 milioni. Risulta pertanto pressoché certo che la popolazione andrà incontro a una diminuzione. Infatti, sebbene non sia esclusa l'eventualità che la dinamica demografica possa condurre a una popolazione nel 2070 più ampia di quella odierna, la probabilità empirica che ciò accada è minima, risultando pari all'1,0% (percentuale di casi favorevoli all'evento sul totale delle simulazioni condotte).

La questione investe tutto il territorio, pur con differenze tra Centro-nord e Mezzogiorno. Sempre secondo lo scenario mediano, nel breve termine si prospetta nel Nord (-0,9% annuo fino al 2030) e nel Centro (-1,6%) una riduzione della popolazione meno importante rispetto al Mezzogiorno (-5,3%). Nel periodo intermedio (2030-2050), e ancor più nel lungo termine (2050-2070), tale tendenza si rafforza, con un calo di popolazione in tutte le ripartizioni geografiche ma con più forza in quella meridionale. Nel Nord, in genere meno sfavorito, la riduzione media annua sarebbe dell'1,4% nel 2030-2050 e del 4,2% nel 2050-2070, contro -6,8 e -10,1% nel Mezzogiorno. Anche l'evoluzione della popolazione nelle ri-



Tabella 1
ETÀ MEDIA DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA, SCENARIO MEDIANO E INTERVALLO DI CONFIDENZA AL 90%
Anni 2021-2070, 1° gennaio, in anni e decimi di anno (*)

Ripartizione geografica	2021	2030	2040	2050	2070
Nord	46,4	48,0 [47,7 / 48,2]	49,2 [48,3 / 49,9]	49,9 [48,4 / 51,3]	49,7 [47,1 / 52,5]
Centro	46,6	48,5 [48,3 / 48,7]	50,2 [49,4 / 50,9]	51,2 [49,7 / 52,6]	51,1 [48,5 / 53,8]
Mezzogiorno	45,0	47,5 [47,2 / 47,7]	49,9 [49,1 / 50,6]	51,5 [50,1 / 52,9]	51,9 [49,3 / 54,7]
ITALIA	45,9	47,9 [47,7 / 48,1]	49,6 [48,8 / 50,4]	50,6 [49,2 / 52,1]	50,6 [48,0 / 53,4]

(*) Tra parentesi quadre valori sottostanti gli intervalli di confidenza.

Tabella 2
NUMERO DI FAMIGLIE PER TIPOLOGIA
Anni 2021*, 2031, 2041, scenario mediano, valori in migliaia

TIPOLOGIA	2021	2031	2041	TIPOLOGIA	2021	2031	2041
Numero totale di famiglie	25.323	25.895	26.289	Madre sola con figli	2.197	2.289	2.318
di cui famiglie con nuclei	16.285	15.996	15.400	di cui con almeno un figlio <20 anni	902	909	951
Coppie con figli	8.232	7.253	6.332	Coppie senza figli	5.003	5.463	5.657
di cui con almeno un figlio <20 anni	5.301	4.413	3.931	Persone sole maschi	3.584	3.883	4.242
Padre solo con figli	532	667	770	Persone sole femmine	4.874	5.380	5.967
di cui con almeno un figlio <20 anni	162	186	206	Altro tipo di famiglia **	902	959	1.003

(*) I dati ufficiali di indagine sugli Aspetti della vita quotidiana sono normalmente diffusi in media biennale. Qui, invece, i dati si riferiscono al 1° gennaio dell'anno indicato. Per il 2021 ciò può dare luogo a delle differenze.

(**) famiglie multipersonali (formate da più persone che non costituiscono nucleo) e famiglie con due o più nuclei.

“ Tra le potenziali trasformazioni demografiche va evidenziato il marcato processo di invecchiamento del Mezzogiorno

partizioni geografiche è contrassegnata da incertezza. Per il Nord è difficile individuare la direzione del cambiamento demografico, se orientato alla crescita, come indicato dal limite superiore dell’intervallo di confidenza al 2070 (28,3 milioni), oppure alla decrescita, guardando all’inferiore (20,8). La sua popolazione finale, quindi, ricade tra due valori rispettivamente al di sotto e al di sopra di quello nell’anno base, per quanto lo scenario mediano (24,4 milioni) indichi come più probabile una sua diminuzione. Centro e Mezzogiorno presentano, invece, ipotesi al 2070 i cui valori massimi previsti (11,3 e 15,4 milioni) sono inferiori a quelli delle rispettive popolazioni iniziali.

SEMPRE PIÙ ANZIANI, SI ACCENTUANO GLI SQUILIBRI STRUTTURALI
La popolazione di 65 anni e più oggi rappresenta il 23,5% del totale, quella fino a 14 anni di età il 12,9%, quella nella fascia 15-64 anni il 63,6% mentre l’età media si è avvicinata al traguardo dei 46 anni. Di fatto, la popolazione del Paese è già ben dentro una fase accentuata e prolungata di invecchiamento. Dalle prospettive future scaturisce un’amplificazione di tale processo, perlopiù governato dall’attuale articolazione per età della popolazione e, solo in parte minore, dai cambia-

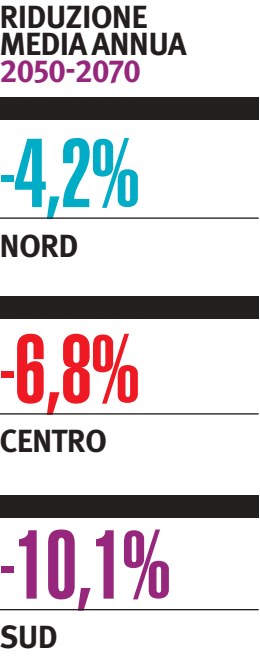
menti immaginati circa l’evoluzione della fecondità, della mortalità e delle dinamiche migratorie, in base a un rapporto di importanza, all’incirca, di due terzi e un terzo rispettivamente. Entro il 2050 le persone di 65 anni e più potrebbero rappresentare il 34,9% del totale secondo lo scenario mediano, mentre l’intervallo di confidenza al 90% presenta un campo di variazione compreso tra un minimo del 33% a un massimo del 36,7%. Comunque vadano le cose, l’impatto sulle politiche di protezione sociale sarà importante, dovendo fronteggiare i fabbisogni di una quota crescente di anziani. I giovani fino a 14 anni di età, sebbene nello scenario mediano si preveda una fecondità in recupero, potrebbero rappresentare entro il 2050 l’11,7% del totale, registrando quindi una lieve flessione. Sul piano dei rapporti intergenerazionali, tuttavia, si presenterebbe il tema di un rapporto a quel punto squilibrato tra ultrasessantacinquenni e ragazzi, in misura di circa tre a uno. Nel frattempo, a contribuire alla crescita assoluta e relativa della popolazione anziana concorrerà soprattutto il transito delle folte generazioni degli anni del baby boom (nati negli anni ’60 e prima metà dei ’70) tra le età adulte e senili, con concomitante e repentina riduzione della popolazione in età lavorativa. Nei prossimi trent’anni, infatti, la popolazione di 15-64 anni scenderebbe dal 63,6% (37,7 milioni) al 53,4% (28,9 milioni) in base allo scenario mediano, con una forchetta potenziale compresa tra il 52% e il 54,8%. Come per la popolazione anziana, quindi, anche qui si prospetta un quadro evolutivo certo, con potenziali effetti sul mercato del lavoro, sulla programmazione economica, sul mantenimento del livello di welfare necessario al Paese. Un parziale riequilibrio nella struttura della popolazione potrebbe rivelarsi solo nel lungo termine, via via che le generazioni nate negli anni del baby boom tenderanno a estinguersi. In base allo scenario mediano, i 15-64enni potrebbero riportarsi al 54,3% entro il 2070 mentre gli ultrasessantacinquenni ridiscendere al 34,1%. Stabile, invece, la popolazione giovanile con un livello dell’11,6%. Tra le potenziali trasformazioni demografiche va evidenziato il marcato processo di invecchiamento del Mezzogiorno, vedi tabella 1. Per quanto tale ripartizione geografica presenti ancora oggi un profilo per età più giovane, l’età media dei suoi

residenti transita da 45 anni nel 2021 a 49,9 anni nel 2040 (scenario mediano), sopravanzando il Nord che raggiunge un’età media di 49,2 anni, partendo nell’anno base da un livello più alto, ossia 46,4 anni. Guardando alle prospettive di lungo termine, il Mezzogiorno rallenterebbe ma non fermerebbe il suo percorso, raggiungendo un’età media della popolazione prossima ai 52 anni. A quel punto, invece, sia il Nord (49,7 anni) sia il Centro (51,1) avrebbero già avviato il percorso contrario, ossia quello verso una struttura per età in piccola parte ringiovanita.

NEL 2041 UN MILIONE DI FAMIGLIE IN PIÙ, MA MEDIAMENTE PIÙ PICCOLE
Nel giro di venti anni si prevede un aumento del numero di famiglie di circa un milione di unità: da 25,3 milioni nel 2021 si arriverebbe a 26,3 milioni nel 2041 (+3,8%). Si tratta di famiglie sempre più piccole, caratterizzate da una maggiore frammentazione, il cui numero medio di componenti potrà scendere da 2,3 persone nel 2021 a 2,1 nel 2041. Anche le famiglie con almeno un nucleo (ossia contraddistinte dalla presenza di almeno una relazione di coppia o di tipo genitore-figlio) varieranno la loro dimensione media da 3,0 a 2,8 componenti.

A incidere sull’aumento del numero complessivo di famiglie sono le famiglie senza nuclei, che con un incremento del 20,5%, da nove a circa 11 milioni nel periodo 2021-2041, arriverebbero a costituire il 41,4% delle famiglie totali. Al contrario, le famiglie con almeno un nucleo seguirebbero una tendenza opposta, presentando una diminuzione del 5,4% nei 20 anni considerati. Tali famiglie, oggi pari a 16,3 milioni ossia il 64,3% del totale, nel 2041 scenderebbero a 15,4 milioni così rappresentando il 58,6%.

TRA 20 ANNI OLTRE 10 MILIONI DI PERSONE SOLE
Il calo delle famiglie con nuclei deriva dalle conseguenze di lungo periodo delle dinamiche socio-demografiche in atto in Italia: l’invecchiamento della popolazione, con l’aumento della speranza di vita, genera infatti un maggior numero di persone sole; il prolungato calo della natalità incrementa le persone senza figli, mentre l’aumento dell’instabilità coniugale, in seguito al maggior numero di scioglimenti di legami di coppia, determina un numero crescente di individui e geni-



DEMOGRAFIA / LE PREVISIONI ISTAT

tori soli. Alle persone sole, comunque associate al concetto di famiglia per quanto micro, si deve principalmente la crescita assoluta del numero totale di famiglie. Gli uomini che vivono soli avranno un incremento del 18,4%, arrivando a superare i quattro milioni nel 2041. Le donne sole sarebbero destinate ad aumentare ancora di più, da 4,9 a quasi 6 milioni, con una crescita del 22,4%. Le famiglie monocomponente, soprattutto per la loro composizione per età, hanno una ricaduta sociale importante: è, infatti, principalmente nelle età avanzate che aumentano molto le persone sole.

Se già nel 2021 la quota di persone sole di 65 anni e più rappresenta la metà di chi vive da solo, nel 2041 raggiungerebbe il 60%. In termini assoluti, le persone sole arriverebbero a 10,2 milioni (+20%), di cui 6,1 milioni avranno 65 anni e più (+44%). Nel 2021 tra gli uomini che vivono soli, circa uno su tre ha più di 65 anni (32,3%) mentre tra le donne il rapporto sale a oltre tre su cinque (63,1%). Negli anni le previsioni mostrano uno scenario in cui l'incidenza di uomini e donne di 65 anni e più nel complesso delle famiglie unipersonali aumenta sostanzialmente, per cui gli uomini arriverebbero nel 2041 a costituirne il 42,5% e le donne addirittura il 72,2%.

L'aumento della sopravvivenza tra gli anziani, molti dei quali soli, potrebbe comportare un futuro aumento dei fabbisogni di assistenza. Un maggior numero di anziani soli può però generare anche risvolti positivi; la più lunga sopravvivenza, caratterizzata, si presuppone, anche da una migliore qualità della vita, potrebbe consentire a queste persone di svolgere un ruolo attivo nella società: ad esempio, come già accade oggi e verosimilmente un domani, supportando le famiglie dei propri figli nella cura dei nipoti, garantendo loro sostegno economico, partecipando al ciclo economico nella veste di consumatori di servizi assistenziali ma anche in qualità di investitori di capitali.

COPPIE CON FIGLI IN CALO

Sulla base dei livelli di fecondità riscontrati negli ultimi anni e delle ipotesi prodotte nello scenario mediano su questo tema, si prevede una sostanziale diminuzione delle coppie con figli. Questa tipologia familiare, che oggi rappresenta circa il terzo delle famiglie totali (32,5%), nel 2041 potrebbe rappresentarne meno di un quarto (24,3%). Tra il 2021 e il 2041 la loro consistenza diminuirebbe del 23%, passando da 8,2 a 6,3 milioni. In particolare, tenendo in considerazione l'età dei figli, la diminuzione più consistente si registrerebbe tra le coppie con almeno un figlio di età compresa tra 0 e 19 anni (-26%). Con una diminuzione da 5,3 milioni di famiglie nel 2021 a 3,9 milioni nel 2041, la loro quota scenderà dal 21% al 15% del totale delle famiglie. *Vedi tabella 2*

IN CRESCITA COPPIE SENZA FIGLI E GENITORI SOLI

Nello stesso frangente temporale le coppie senza figli aumenterebbero da 5 a 5,7 milioni, per un incremento del 13%, e con una quota sul totale che salirebbe dal 19,8 al 21,5%. Se tali tendenze dovessero proseguire con la stessa intensità prevista fino al 2041, le coppie senza figli potrebbero numericamente sorpassare quelle con figli già entro il 2045.

L'instabilità coniugale, sempre più diffusa nel Paese, contribuirà all'aumento di famiglie composte da un genitore solo, maschio o femmina, con uno o più figli. Nel 2021 i monogenitori sono in totale 2,7 milioni, più madri (2,2 milioni) che padri (po-



L'instabilità coniugale, sempre più diffusa nel Paese, contribuirà all'aumento di famiglie composte da un genitore solo, maschio o femmina, con uno o più figli

co più di 500mila) che rispettivamente rappresentano l'8,7% e il 2,1% del totale delle famiglie. Se in passato, a seguito di uno scioglimento della coppia, i figli (soprattutto se piccoli) venivano generalmente affidati alle madri, dalla promulgazione della legge sull'affido congiunto del 2006 questa prevalenza è andata diminuendo. Ciò ha determinato una sempre maggiore diffusione di padri in qualità di genitori affidatari nelle sentenze di separazione o divorzio. Entro il 2041 i padri soli, pur rimanendo minoritari rispetto alle madri sole, potrebbero risultare pari a circa 800mila (il 2,9% del totale delle famiglie). In tale anno le madri sole arriverebbero con un piccolo incremento a 2,3 milioni (8,8% del totale), cosicché il totale di monogenitori sarebbe pari a 3,1 milioni. Nel complesso, l'aumento dei genitori soli dal 10,8% all'11,7% del totale delle famiglie rimane comunque di modesta entità, in quanto contrastato dal continuo calo delle nascite, nonché dalla tendenza a riaggregarsi ad altre famiglie o a formare famiglie ricostituite.

Nella composizione dei nuclei monogenitori per età dei figli, ad aumentare, pur con una consistenza contenuta, saranno soprattutto i padri soli con figli di 20 anni e più, che nel 2041 supererebbero le 500mila unità mentre quelli con almeno un figlio fino a 19 anni sarebbero poco più di 200mila.

SI ALLUNGA LA DURATA DI VITA DELLE COPPIE ANZIANE SENZA FIGLI

L'aumento delle persone in coppia senza figli avrà intensità maggiore tra le persone di 65 anni e più, per le quali la prolungata sopravvivenza del partner e/o l'uscita dei figli dalla famiglia fanno sì che si prolunghi il periodo in cui si rimane in coppia in assenza

(per indipendenza o mancanza) di figli. Tra le persone sole l'aumento sarebbe consistente per le donne dai 65 anni e per gli uomini dai 75 anni in poi. Al contrario, risultano importanti le diminuzioni che verrebbero a verificarsi nelle età centrali per le persone in coppia, soprattutto se con figli piccoli: diminuirebbero consistentemente le persone tra 35 e 59 anni di età che vivono in coppia e hanno almeno un figlio sotto i 20 anni, mentre tra coloro che hanno solo figli di 20 anni e più la diminuzione avverrà perlopiù tra i 50 e i 64 anni. A causa della bassa natalità, inoltre, anche la posizione di figlio nelle età giovanili registra una diminuzione, pur mantenendosi prevalente fino a 29 anni di età a causa della permanenza nella famiglia di origine.

TRASFORMAZIONI FAMILIARI IN OGNI AREA TERRITORIALE

Le tipologie familiari rispondono a dinamiche demografiche e comportamenti sociali ben precisi e specifici delle diverse zone del Paese, con differenze più marcate tra Nord e Mezzogiorno.

Al Nord, nel 2021, la quota di famiglie con almeno un nucleo è più bassa, precisamente il 64% contro il 67% del Mezzogiorno. Il cambiamento atteso per questo tipo di famiglie è consistente, tanto che nel 2041 potrebbero costituire il 58% delle famiglie totali al Nord e il 61% nel Mezzogiorno, registrando in entrambi i casi una riduzione di 6 punti percentuali. Nel Centro, le famiglie con nucleo avrebbero una riduzione simile, pari a circa 5 punti percentuali, arrivando a costituire il 57% delle famiglie totali, con un avvicinamento al Nord.

La tipologia familiare coppia con figli è quella che si prevede possa subire il cambiamento più evidente nei prossimi vent'anni. Nel Mezzogiorno il calo atteso è di circa nove punti percentuali (dal 37% nel 2021 al 28% nel 2041), mentre nel Nord (dal 31% al 23%) e nel Centro (dal 30% al 22%) è di circa otto, cosicché il Mezzogiorno manterrebbe comunque una proporzione più alta di coppie con figli.

La maggior parte della riduzione della tipologia "coppia con figli" riguarda le coppie con almeno un figlio sotto i 20 anni di età, rispetto alle coppie con soli figli di 20 e più anni. Nel Nord, la prima tipologia scende dal 21% nel 2021 al 16% nel 2041 (-5 punti percentuali rispetto agli otto persi dalle coppie con figli a prescindere dalle età dei figli), nel Centro dal 19% al 13% (-6 punti persi su otto complessivi).

Nel Mezzogiorno, le previsioni evidenziano una crisi demografica più ampia. Qui, le coppie con almeno un figlio sotto i 20 anni di età diminuirebbero di sette punti percentuali sui nove complessivi delle coppie con figli. Per le coppie con figli "giovani" si assiste quindi a un processo di convergenza territoriale. Lo stesso, al contrario, non può dirsi per le coppie con figli "maturi", dove permane una differenza a favore del Mezzogiorno, in parte dovuta anche al fatto che in questa zona del Paese i tempi di uscita dalla famiglia di origine sono più lunghi. *Vedi tabella 3.*



Tabella 3

FAMIGLIE PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA

Anni 2021, 2031, 2041, scenario mediano, valori percentuali

TIPOLOGIA	Nord			Centro			Mezzogiorno		
	2021	2031	2041	2021	2031	2041	2021	2031	2041
FAMIGLIE CON NUCLEI	63,6	60,8	57,8	61,6	59,6	56,7	67,0	64,7	61,1
FAMIGLIE SENZA NUCLEI	36,4	39,2	42,2	38,4	40,4	43,3	33,0	35,3	38,9
Coppie con figli	30,7	26,1	22,5	29,5	25,2	21,5	37,2	32,8	28,3
di cui con almeno un figlio <20 anni	20,6	17,0	15,5	19,3	15,5	13,4	22,5	18,1	15,1
Padre solo con figli	2,1	2,6	3,0	2,4	3,0	3,3	1,9	2,3	2,6
di cui con almeno un figlio <20 anni	0,6	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0	0,7	0,8	0,9
Madre sola con figli	7,9	7,9	7,8	9,6	10,2	10,4	9,2	9,4	9,4
di cui con almeno un figlio <20 anni	3,3	3,2	3,4	3,9	3,8	3,8	3,7	3,7	3,7
Coppie senza figli	21,9	23,1	23,4	18,4	19,5	19,8	17,4	19,0	19,7
Persone sole maschi	14,5	15,9	17,3	15,6	16,1	17,0	12,7	13,0	13,7
Persone sole femmine	19,8	21,1	22,6	20,3	21,5	23,0	17,8	19,9	22,7
Altro tipo di famiglia	3,2	3,3	3,5	4,2	4,6	4,9	3,7	3,7	3,6

CONSULTORI / RAPPORTO DEL'ISS



CONSULTORI FAMILIARI Sono sempre meno e con poco personale

Dovrebbero essere uno ogni 20 mila residenti, ma in realtà sono uno ogni 32.325. E poi sono carenti di personale a tal punto che rispetto allo standard di riferimento il valore medio delle ore di lavoro settimanali è inferiore di 6 ore per la figura del ginecologo, di 11 ore per l'ostetrica, di un'ora per lo psicologo e di 25 ore per l'assistente sociale. Comunque, nonostante le criticità, i servizi garantiscono complessivamente un'offerta diffusa e capillare rivolta alla donna

Alcuni dei principali risultati in sintesi

È QUESTA LA FOTOGRAFIA dei consultori familiari (CF) scattata dal Report dell'Istituto superiore di sanità, sui risultati dell'Indagine nazionale 2018-2019 e pubblicato nei mesi scorsi. Un Rapporto che descrive nel dettaglio i risultati del progetto nazionale sui consultori familiari, finanziato dalle azioni centrali del Ministero della Salute e coordinato dall'Iss. È stata immortalata la rete degli oltre 1.800 consultori distribuiti sull'intero territorio nazionale, rilevati i loro modelli organizzativi, analizzate le attività con l'obiettivo di identificare le buone pratiche per promuovere una rivalutazione del loro ruolo.

L'attualità di questi servizi emerge pienamente dalla lettura del rapporto, che fornisce elementi conoscitivi utili alla comprensione delle funzioni, della complessità organizzativa e della variabilità dell'offerta dei consultori familiari nelle diverse Regioni.

“La capacità attrattiva dei CF – si legge nel Rapporto – risulta chiaramente associata con il loro bacino di utenza: maggiore è la diffusione dei CF nel rispetto della loro natura di servizio di prossimità, più numerosa è l'utenza che vi si rivolge. Questo dato sottolinea l'importanza di arrestare e invertire il processo di costante riduzione del numero di sedi e del depauperamento delle ri-

sorse umane, in atto da decenni, che si traduce nella impossibilità di lavorare secondo i principi della multidisciplinarietà e dell'offerta attiva. Si tratta inoltre di un fenomeno che mina l'identità dei CF che si vedono costretti a penalizzare le attività programmatiche di prevenzione e di promozione della salute rivolte alla comunità”

Il rapporto è costituito da due volumi: nel primo sono descritti i risultati generali dell'indagine seguiti da focus di approfondimento su alcune tematiche di interesse prioritario per consentire una lettura integrata sulla base delle conoscenze disponibili nel panorama nazionale; il secondo è dedicato a un approfondimento dei risultati a livello regionale che ne consente una lettura contestualizzata ai diversi sistemi sanitari regionali in un'ottica di benchmarking e già pubblicati su Epicentro, il portale Iss.

I principali argomenti affrontati dal documento? Salute della donna life-course (prevenzione oncologica, fertilità, endometriosi, menopausa), Interruzione Volontaria di Gravidanza e contraccezione, Consultori familiari e le giovani generazioni, Percorso nascita, Consultori familiari e accompagnamento alla genitorialità, Salute mentale perinatale e consultori familiari, Contrasto alla violenza di genere nei consultori familiari.

denti, Dall'indagine risulta che in media sul territorio nazionale è presente un CF ogni 32.325 residenti. Solo in 5 Regioni e una PA il numero medio di residenti per CF è compreso entro i 25mila, mentre in altre 5 Regioni e una PA il numero medio è superiore a 40mila residenti per CF, con un bacino di utenza per sede consultoriale più che doppio rispetto a quanto previsto dal legislatore. Nel 1993 era disponibile circa un CF ogni 20mila residenti, un CF ogni 28mila residenti nel 2008. Emerge quindi una progressiva riduzione del numero delle sedi di CF sul territorio nazionale. Vedi figura 1.

MANCA IL PERSONALE. L'indagine restituisce un quadro estremamente variegato delle figure professionali che contribuiscono all'attività dei servizi consultoriali nei diversi territori. Ginecologo, ostetrica, psicologo e assistente sociale sono emerse come le più rappresentate e che costituiscono le figure di base dell'équipe consultoriale, alle quali si possono aggiungere l'infermiere e l'assistente sanitario, oltre a operatori con un rapporto di consulenza o di lavoro part-time fra i quali più spesso troviamo il pediatra e il mediatore culturale. Le équipe complete che operano nei consultori sono 921, quindi con un rapporto tra numero di équipe e numero di sedi pari a 0,5 circa.

CONSULTORI / RAPPORTO DEL'ISS



C'è un maggior ricorso ai CF da parte delle donne in gravidanza nelle Regioni del Nord rispetto alle Regioni del Sud e Isole (ad eccezione dell'Abruzzo) e del Centro (ad eccezione della Toscana)

Mediamente c'è una équipe completa ogni 2 consultori. Le regioni con la maggiore disponibilità di équipe complete (rapporto > 0,8) sono Valle d'Aosta, PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Molise.

Rispetto allo standard di riferimento il valore medio delle ore di lavoro è inferiore di 6 ore per la figura del ginecologo, di 11 ore per l'ostetrica, di un'ora per lo psicologo e di 25 ore per l'assistente sociale. A livello regionale emerge una grande variabilità nella disponibilità delle diverse figure professionali: quella del ginecologo varia da 5,4 (PA Bolzano) a 22,4 ore (Emilia-Romagna) mentre quella dell'ostetrica varia da 12,4 (Liguria) a 80 ore (PA Trento). Si evidenzia quindi un generale sottodimensionamento del personale anche se in Valle d'Aosta, Trento, Toscana e Umbria la disponibilità dell'ostetrica superi lo standard previsto e l'Emilia-Romagna raggiunga lo standard per entrambe le figure. *Vedi tabella 1*

LIVELLO DI ASL/DISTRETTO. Le Regioni in cui almeno l'80% delle Aziende sanitarie/Distretti effettuano attività annuale di programmazione, di valutazione e che producono una relazione consuntiva in ogni Regione sono: Lombardia, Emilia-Romagna, Umbria, Campania e Basilicata. "Questo risultato indica – spiega il Rapporto – per quelle realtà che non dispongono degli strumenti indagati a livello centrale, che un'attività di programmazione e valutazione è tuttavia largamente presente ad un livello di maggiore prossimità con il territorio, mentre per Emilia-Romagna, Veneto, Toscana e Sicilia, che hanno riportato un'attività di programmazione periodica e la stesura di una relazione annuale sugli obiettivi raggiunti riferite all'intera Regione, il livello della programmazione di livello aziendale è sinergico a quello centrale".

SI PUNTA MOLTO SU ASSISTENZA ALLA NASCITA MA POCO SI FA PER I GIOVANI. Dall'indagine è emerso che, complessivamente, gli ambiti nei quali è stata più frequentemente effettuata attività di programmazione a livello aziendale o distrettuale sono stati i Corsi di Accompagnamento alla Nascita (Can) (94,4%), l'educazione affettiva e sessuale (88,9%) e l'allattamento (87,8%). A seguire la prevenzione oncologica (78,9%) e poi, con frequenze più basse, seguono gli altri ambiti fino alla prevenzione di uso di sostanze, citata nel 26,1% dei casi. Le quattro attività meno rappresentate sono attività rivolte agli adolescenti/giovani.

ATTIVITÀ DI RICERCA. Circa il 20% delle Aziende sanitarie/Distretti negli ultimi 5 anni, ha effettuato attività di ricerca nei propri CF; si evidenzia tuttavia un'ampia variabilità. Complessivamente gli argomenti che sono stati oggetto di ricerca coinvolgono tutte le popolazioni target dei CF, adolescenti, donne, coppie e famiglia, migranti. Tra gli argomenti più frequentemente studiati emergono il disagio adolescenziale, la salute sessuale e riproduttiva, il disagio psichico/depressione nel pre e post partum, i maltrattamenti e violenza, la salute dei migranti

AMBITI CON FREQUENTE ATTIVITÀ

94,4%

Corsi di Accompagnamento alla Nascita

88,9%

Educazione affettiva e sessuale

87,8%

Allattamento

78,9%

Prevenzione oncologica

Tabella 1

ORE LAVORATIVE SETTIMANALI DELLE 4 FIGURE PROFESSIONALI PER 20.000 RESIDENTI

Figura 1

NUMERO MEDIO DI RESIDENTI PER SEDE CONSULTORIALE (DIFFUSIONE DEI CF)

Indagine CF-ISS 2018

FONDI DEDICATI ALLE ATTIVITÀ CONSULTORIALI E GRATUITÀ DELLE PRESTAZIONI.

La disponibilità certa e continuativa di fondi da dedicare alle attività dei CF consente e facilita in particolare la programmazione delle attività strategiche rivolte alla comunità così importanti per i CF.

Solo 6 Regioni dispongono di fondi dedicati ad attività consultoriale e di queste sono 5 quelle che possono contare su un budget vincolato in un capitolo di bilancio specifico: Piemonte (budget dedicato) Lombardia, Veneto (budget dedicato vincolato dal 2018), Toscana (con fondi vincolati su obiettivi specifici definiti dai Piani Sanitari e dalla programmazione regionale), Abruzzo e Campania. Tutte le prestazioni consultoriali sono erogate gratuitamente in 11 Regioni (non nelle regioni Valle d'Aosta Lombardia Veneto, Liguria Emilia-Romagna Toscana, Umbria, Marche).

PERCORSO NASCITA

I CF che effettuano attività nell'area salute della donna sono la quasi totalità, 1.535. Capacità attrattiva dei servizi consultoriali nei confronti delle donne in gravidanza. C'è un maggior ricorso ai CF da parte delle donne in gravidanza nelle Regioni del Nord rispetto alle Regioni del Sud e Isole (ad eccezione dell'Abruzzo) e del Centro (ad eccezione della Toscana).

Tra le sei Regioni/PA con i valori più elevati relativamente a questo parametro, tre (Toscana, Emilia-Romagna, Valle d'Aosta) hanno adottato un modello che pone la figura dell'ostetrica al cen-

tro delle attività relative al percorso nascita, garantendone la disponibilità per oltre 40 ore settimanali e promuovendone l'autonomia nell'assistenza alla gravidanza fisiologica. *Vedi figura 2.*

ATTIVITÀ OFFERTE DAI CF NEL PERIODO PRECONCEZIONALE

Il counselling preconcezionale è offerto nei CF di tutte le Regioni/PA ad esclusione della Valle d'Aosta. Nella maggioranza delle realtà territoriali il counselling viene più frequentemente erogato su richiesta dell'utenza con l'eccezione della PA di Trento e della Liguria dove è invece più frequente l'offerta attiva nei CF che offrono questa attività, le tematiche più spesso oggetto di counselling in epoca preconcezionale sono l'assunzione di acido folico, gli stili di vita, le malattie infettive e le vaccinazioni. Con una minore frequenza sono citate l'endometriosi (72-80%) e la consulenza genetica e la diagnosi prenatale in particolare nel Centro e nel Sud e Isole (60-62%).

PRESA IN CARICO DELLA GRAVIDANZA

Più dell'85% dei CF senza grandi differenze per area geografica segue tutta la gravidanza; la consegna della cartella della gravidanza e l'invio della gestante al punto nascita (PN) di riferimento sono attività effettuate da più dell'85% dei CF al Nord mentre al Centro e al Sud e Isole le percentuali scendono al 60-70%. Circa un CF su 3 al Nord e al Sud e Isole effettua ecografie ostetriche rispetto a poco più di 1 CF su 10 al Centro. La prenotazione delle ecografie è effettuata con minore frequenza nei CF del Sud.

La disponibilità di un protocollo per la valutazione del rischio psicosociale e del disagio psichico in gravidanza e dopo il parto presenta un forte gradiente Nord-Sud con percentuali più elevate al Nord (61,5% vs. 39% al Centro e 16,1% al Sud e Isole). Anche l'assistenza in autonomia della gravidanza fisiologica da parte delle ostetriche presenta un forte gradiente geografico (Nord 49,2%, Centro 32,1%, Sud e Isole 22,1%).

Figura professionale	Media ore rilevate dall'Indagine CF-ISS 2018	Media ore standard per rispondere al mandato istituzionale*	Media ore per le sole attività strategiche**
Ginecologi	12	18	14
Ostetriche	25	36	27
Psicologi	17	18	14
Assistenti sociali	11	36	15

* Relazione del Ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78) – Dati 1993/1994. Anno 1995.

** Il consultorio familiare nel Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI)
<https://www.epicentro.iss.it/focus/consultori/grandolfo>

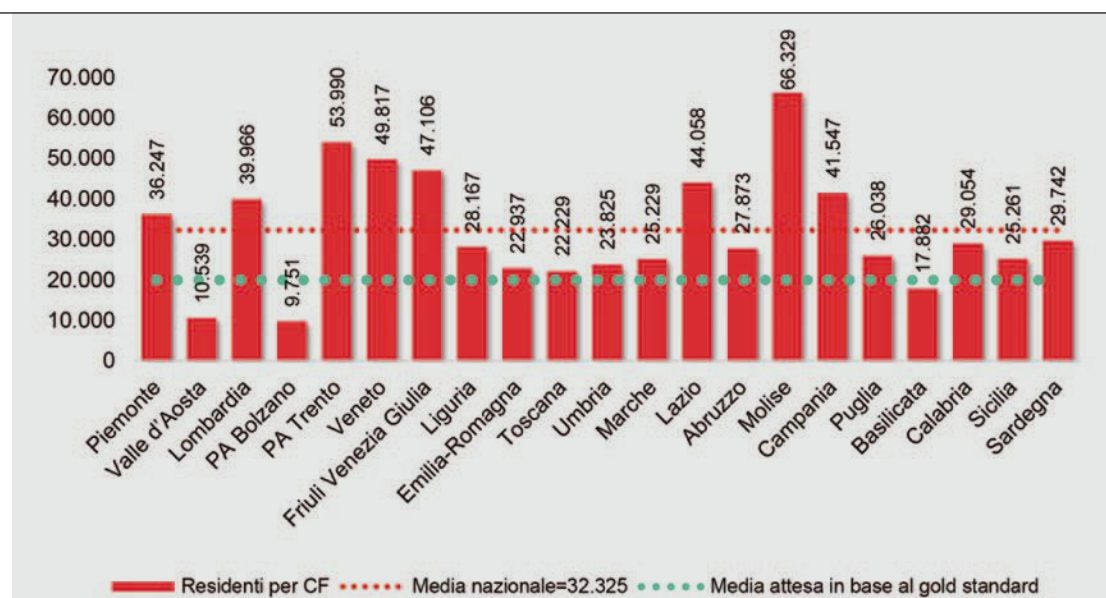
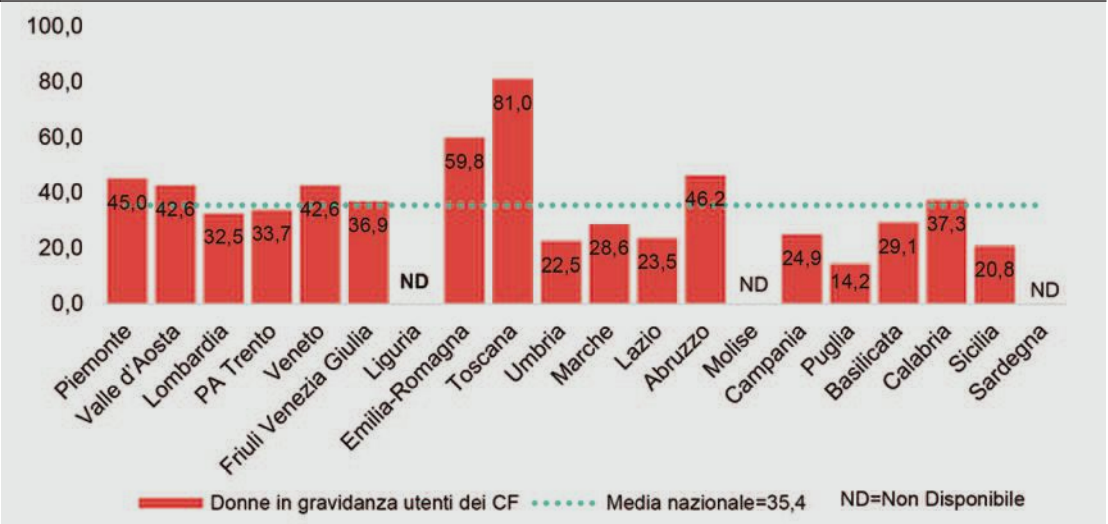


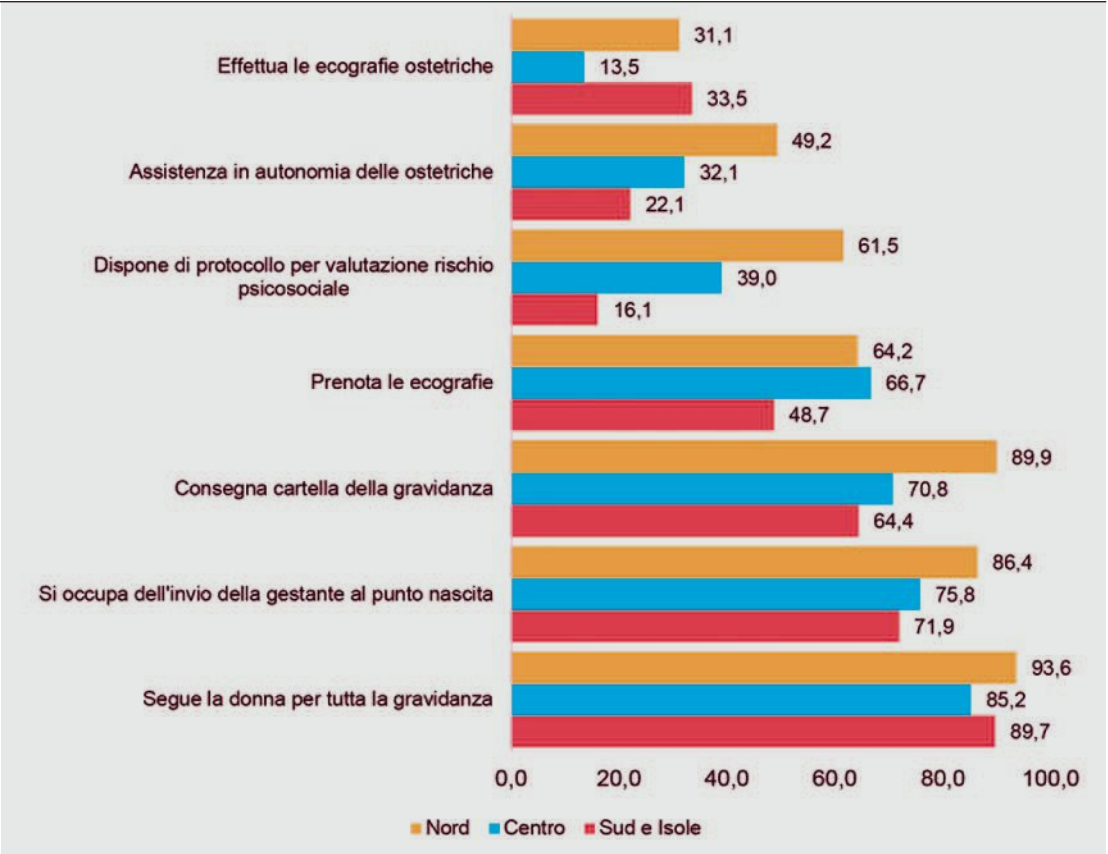
Figura 2
DONNE IN GRAVIDANZA
(%) UTENTI DEI CF
Indagine CF-ISS 2018



PUERPERIO

L'attività di promozione e sostegno dell'allattamento viene offerta dalla quasi totalità dei CF, 88,2% (92,9% al Nord, 88,7% al Centro e 81,8% al Sud e Isole) e con un gradiente Nord-Centro-Sud per le specifiche attività: counselling 94,4% - 91,6%, - 83,8%; linea telefonica dedicata 36,6% - 30,2% - 26,6%; gruppi di sostegno 50,8% - 38,7% - 27,3%. Non mancano tuttavia alcune Regioni che fanno eccezione rispetto all'area geografica di appartenenza per una o più di queste attività. Nei CF delle Regioni/PA del Nord l'offerta tende ad essere più articolata e rivolta a una più ampia categoria di utenza rispetto al Centro e soprattutto al Sud e Isole. Nei CF del Nord si rilevano percentuali più alte rispetto al Centro e soprattutto al Sud e Isole di contatto offerto su segnalazione del punto nascita e un gradiente geografico accentuato si rileva per l'offerta di un contatto alle donne in condizioni di disagio. Per quanto riguarda il tipo di contatto previsto in puerperio, la tipologia più frequente è un incontro presso la sede consultoriale offerta dal 93,2% dei CF che offrono un contatto, mentre poco più di un consultorio su 2 offre la visita domiciliare. La differenza più rilevante a livello di area geografica riguarda l'offerta di una visita domiciliare che nei CF delle Regioni del Sud e Isole è meno frequente. Le realtà territoriali in cui i CF utilizzano con percentuali elevate (>80%) tutte e tre le tipologie di contatto sono la PA di Trento, il Veneto, il Friuli Venezia Giulia e l'Umbria.

Figura 3
CF (%) CHE OFFRONO
SPECIFICHE ATTIVITÀ
PER LA PRESA IN
CARICO DELLA
GRAVIDANZA
FISIOLOGICA
(Indagine CF-ISS 2018)



Le conclusioni in sintesi

DALL'INDAGINE EMERGE una situazione molto diversificata, qualunque sia il modello operativo adottato, sul fronte dell'integrazione con gli altri servizi sociosanitari presenti sul territorio, la programmazione delle attività e la valutazione degli obiettivi raggiunti, i flussi informativi come strumento fondamentale di conoscenza e di monitoraggio delle attività, la disponibilità di risorse strutturali, umane ed economiche. La criticità principale sembra essere l'assenza di un flusso informativo sistematico senza il quale è difficile realizzare sia la programmazione che la valutazione degli obiettivi raggiunti. Inoltre a fronte di Aziende sanitarie/Distretti di alcune Regioni che hanno saputo sviluppare appieno l'integrazione sociosanitaria dei servizi consultoriali, esistono numerose realtà in cui il livello di integrazione è molto basso. È poi alta la variabilità degli indicatori che descrivono la disponibilità delle varie tipologie di personale e di ore lavoro, riflesso sia di "una scelta strategica che privilegia un orientamento dei servizi verso attività di tipo ostetrico-ginecologico, o di tipo psico-sociale, coprendo in entrambi i casi le altre attività con forme di integrazione dei servizi, sia di una criticità più volte denunciata dai CF che riguarda la cronica carenza di personale particolarmente penalizzante in alcune aree".

La capacità attrattiva dei CF risulta chiaramente associata con il loro bacino di utenza: maggiore è la diffusione dei CF nel rispetto della loro natura di servizio di prossimità, più numerosa è l'utenza che vi si rivolge: "Questo dato – si legge ancora nel Report – sottolinea l'importanza di arrestare e invertire il processo di costante riduzione del numero di sedi e del depauperamento delle risorse umane, in atto da decenni, che si traduce nella impossibilità di lavorare secondo i principi della multidisciplinarietà e dell'offerta attiva. Si tratta inoltre di un fenomeno che mina l'identità dei CF che si vedono costretti a penalizzare le attività programmatiche di prevenzione e di promozione della salute rivolte alla comunità che sono fra quelle più fortemente caratterizzanti la loro identità, limitandosi a dare risposta all'utenza che spontaneamente si rivolge loro con una logica ambulatoriale". Comunque, sottolinea l'Iss, nonostante le criticità descritte, i servizi garantiscono complessivamente un'offerta diffusa e capillare rivolta alla donna, ai giovani e alla coppia/famiglia in tutto il territorio nazionale: "La ricchezza e la prevalenza delle attività offerte dai CF, che vedono quelle a sostegno della salute della donna life-course come elemento cardine, esplicitano la complessità delle azioni volte alla promozione della salute e alla

prevenzione del disagio psicosociale e delle malattie. La variabilità per area geografica è certamente meritevole di attenzione, ma deve essere interpretata tenendo presente che parte delle differenze relative alla diffusione di alcune attività deriva dai diversi modelli organizzativi territoriali". Per esempio, in numerose Regioni, in particolare del Nord, come scelta strategica i programmi di screening della cervice uterina coinvolgono solo alcune sedi di CF e altri servizi sanitari, le attività rivolte ai giovani sono concentrate in alcune sedi dove sono disponibili operatori con formazione specifica e le attività relative ad adozioni/affidi non sono più di competenza dei CF. Globalmente, si ravvisa la necessità di fornire indicazioni di "livello centrale sull'opportunità che alcune specifiche attività, per esempio l'accesso al percorso IVG, la realizzazione di programmi di promozione della salute nelle scuole o l'utilizzo di strategie volte a favorire l'accesso della popolazione migrante meno integrata, siano più diffusamente disponibili".

FARMACI / **RAPPORTO OSMED** OSSERVATORIO NAZIONALE SULL'IMPIEGO DEI MEDICINALI

La spesa farmaceutica a carico dei cittadini è in costante aumento. Prosegue il trend in crescita del consumo di contraccettivi

Nel 2021 la spesa a carico del cittadino supera i 9 miliardi, tra ticket e medicinali non rimborsati

UN ANNO DAL SEGNO PIÙ. Si presenta così il 2021 sul fronte della spesa farmaceutica: tra pubblica e privata sono stati spesi 32,2 miliardi di euro con un incremento del 3,5% rispetto all'anno della pandemia. La spesa pubblica (il 69,2% di quella totale) è aumentata del 2,6%, rispetto al 2020: in cifre 22,3 miliardi. Ma prende la rincorsa anche la spesa per farmaci di classe C a carico del cittadino: ha raggiunto 6,1 miliardi di euro circa, con un incremento del 7%. In questo scenario continua a crescere il consumo di farmaci contraccettivi e aumenta anche la loro spesa pro capite: è cresciuta del 6,9% rispetto al 2020. Segno più anche per la spesa delle nuove entità terapeutiche: è passata da circa 5.371 milioni di euro nel 2014 a circa 8.291 milioni di euro nel 2021; i farmaci antineoplastici e immunomodulatori la fanno da padrone.

E ancora, nel 2021, come nell'anno precedente, poco più di 6 cittadini su 10 hanno ricevuto almeno una prescrizione di farmaci; la spesa pro capite e dei consumi aumenta con il crescere dell'età: la popolazione con più di 64 anni ha assorbito oltre il 70% della spesa e delle dosi, soprattutto nelle Regioni del Sud. Cresce anche il numero delle confezioni pro capite nei bambini fino a 5 anni.

È questa in estrema sintesi la fotografia scattata dal **Rapporto Osmed** sull'Uso dei farmaci in Italia curato dall'Aifa. Un Report dettagliato e voluminoso, ben 782 pagine, che passa al setaccio l'assistenza farmaceutica, ossia oltre il 17% della spesa sanitaria pubblica.

Una spesa da considerarsi complessivamente sotto controllo, sottolinea nella premessa al volume Direttore Generale di Aifa **Nicola Magrini** "visto che cresce a ritmi meno sostenuti rispetto alle altre componenti della spesa sanitaria (personale, assistenza ospedaliera, ecc.) anche se con numerosi ambiti di miglioramento per una prescrizione basata sulle migliori evidenze scientifiche e più omogenea sull'intero territorio nazionale".

Il 2021 si caratterizza in particolare per un forte aumento di spesa per vaccini, antivirali, anticorpi monoclonali per il Covid-19 che ammontano a oltre 2,3 miliardi di euro per il 2021. Spese, aggiunge il Dg di Aifa "necessarie per fronteggiare la recente e inattesa emergenza sanitaria". Per questo l'andamento della spesa negli ultimi anni, prosegue Magrini, va visto come "un risultato virtuoso di Aifa, del Ssn e dei Ssr, avendo consentito pieno accesso in tempi relativamente rapidi a tutte le terapie innovative".

Una nota critica invece per la spesa a carico dei

cittadini, che negli ultimi dieci anni presenta un trend in costante aumento superano in totale i 9 miliardi nel 2021: "Tale spesa – evidenzia Magrini – va considerata a tutti gli effetti come una spesa sanitaria talvolta impropria e da tenere maggiormente sotto la lente di ingrandimento delle azioni di appropriatezza prescrittiva e buon uso dei farmaci".

SPESA FARMACEUTICA NAZIONALE

La spesa farmaceutica nazionale totale (pubblica e privata) nel 2021 è stata pari a 32,2 miliardi di euro, in aumento del 3,5% rispetto al 2020, e rappresenta un'importante componente della spesa sanitaria nazionale che incide per l'1,9% sul Pil. La **spesa pubblica**, con un valore di **22,3 miliardi**, ha rappresentato il 69,2% della spesa farmaceutica complessiva e il 17,4% della spesa sanitaria pubblica, ed è in aumento del 2,6% rispetto al 2020. La spesa per i farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche è stata di circa 13,8 miliardi di euro (233,5 euro pro capite), in crescita (+4,8%) rispetto all'anno precedente, mentre i consumi rimangono stabili (-0,3%).

SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE

La spesa farmaceutica territoriale complessiva, pubblica e privata, è stata pari a 21,2 miliardi di euro con un aumento del 3,2% rispetto all'anno precedente. Con una stabilità della spesa territoriale pubblica e un aumento di quella privata. La spesa territoriale pubblica, comprensiva di quella relativa ai farmaci di classe A erogati in regime di assistenza convenzionata e in distri-



Tabella 1 / Figura 1

COMPOSIZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA: CONFRONTO 2021-2020

	Spesa (milioni)	%*	%**	Δ % 21-20
Spesa convenzionata netta ^A	7.582,9	23,5	34,0	-0,4
di cui ossigeno e vaccini	82,0			2,5
Distribuzione diretta classe A	2.180,6	6,8	9,8	-1,1
Distribuzione per conto classe A	2.218,0	6,9	10,0	7,9
ASL, Aziende ospedaliere, RSA e penitenziari*	9.690,1	30,1	43,5	4,4
di cui ossigeno e vaccini	804,1	-	-	0,5
Importazioni	47,9	0,1	0,2	-19,3
Galenici	42,4	0,1	0,2	1,5
Extra tariffa	526,7	1,6	2,4	13,2
Spesa pubblica	22.288,6	69,2	100,0	2,6
Ticket fisso	398,4	1,2	4,3	-2,7
Quota prezzo di riferimento	1.082,7	3,4	11,7	0,4
A privato	1.643,8	5,1	17,8	7,6
C con ricetta	3.466,4	10,8	37,6	6,0
SOP OTC	2.336,9	7,3	25,4	9,5
Esercizi commerciali	286,9	0,9	3,1	14,9
Spesa privata	9.215,1	28,6	100,0	6,3
Sconti convenzionata	708,5	2,2	-	-1,2
Totale	32.212,3	100,0		3,5

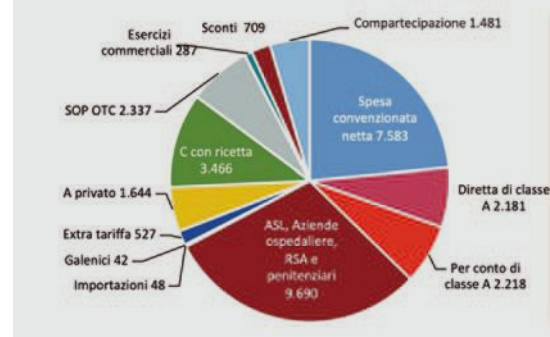
^A comprensiva della spesa dei farmaci di classe C rimborsata (20,0 milioni di euro)

* non comprende la spesa per i farmaci di classe A erogati in distribuzione diretta e per conto

** calcolata sul totale

** calcolato su totali parziali (spesa pubblica e spesa privata)

Nota: i dati non includono i valori di spesa per l'acquisto da parte della struttura commissariale dei vaccini anti-Covid-19 pari 2.163,6 milioni di euro e degli antivirali e anticorpi monoclonali pari a 147,3 milioni di euro.



buzione diretta e per conto, è stata di 12 miliardi di euro, quindi stabile rispetto al 2020. Un andamento determinato prevalentemente dalla stabilità della spesa in regime di assistenza convenzionata (-0,4%), dalla riduzione della spesa per i farmaci in distribuzione diretta (-1,1%) e dall’aumento della spesa per i farmaci in distribuzione per conto (+7,9%).
Nel 2021 poco più di 6 cittadini su 10 hanno ricevuto almeno una prescrizione di farmaci. È stata osservata una crescita della spesa pro capite e dei consumi con l’aumentare dell’età. In particolare la popolazione con più di 64 anni ha assorbito il 70% della spesa e delle dosi. Le Regioni del Nord hanno registrato una prevalenza inferiore (59,3%) rispetto al Centro (64,7%) e al Sud Italia (66,7%).

LA SPESA A CARICO DEI CITTADINI

La spesa a carico dei cittadini, (ticket regionali e differenza tra il prezzo del medicinale a brevetto scaduto e il prezzo di riferimento), l’acquisto privato dei medicinali di classe A e la spesa dei farmaci di classe C, ha registrato un totale di 9,2 miliardi di euro con un aumento del 6,3% rispetto al 2020. Una crescita generale rispetto al 2020 di tutte le componenti, in particolar modo la spesa per automedicazione è aumentata del 9,5% e quella

“
La spesa a carico dei cittadini, l’acquisto privato dei medicinali di classe A e la spesa dei farmaci di classe C, ha registrato un totale di 9,2 miliardi di euro con un aumento del 6,3% rispetto al 2020

per i farmaci erogati dagli esercizi commerciali del 14,9%. La compartecipazione del cittadino è pressoché stabile (-0,4%), data la riduzione del ticket fisso (-2,7%), mentre la quota eccedente il prezzo di riferimento è invariata rispetto all’anno precedente (+0,4%).

CONTRACCEZIONE

Nell’ambito dei farmaci a carico del cittadino, dal 2014 al 2021 si è assistito ad un progressivo ma costante aumento del consumo di farmaci contraccettivi: il loro consumo di DDD/1.000 abitanti è passato dal 97,7 nel 2015 a 138,5 pari ad un Cagr di +6%. Nello stesso arco temporale il costo medio per DDD è aumentato dell’11% attestandosi nel 2021 a 0,50 euro.
Nel 2021 la spesa pro capite per farmaci contraccettivi è stata di 25,40 euro con una crescita media annua dal 2015 del 7,8% e del 6,9% rispetto al 2020. I contraccettivi orali estroprogestinici di quarta generazione fanno la parte del leone: rappresentano il 46% dei consumi con un aumento del 3,6% rispetto al 2020 e il 54% della spesa dell’intera categoria (13,59 euro) in aumento del 6,9% rispetto all’anno precedente.
Ma in generale tutti i sottogruppi di farmaci presentano sul fronte dei consumi e della spesa aumenti medi annui. Fanno eccezione i contraccettivi orali estroprogestinici di terza generazione che diminuiscono rispettivamente dello 0,6% di spesa e del 3,1% di consumi.
Impennata per i contraccettivi intrauterini e quelli sistemici con impianto sottocutaneo con con-

sumi che fanno registrare rispettivamente un +25,8% e un +45,3% e con un maggior utilizzo dei primi (12,9 vs 0,7 DDD).
Cresce anche l’utilizzo della contraccezione di emergenza: +18,2% rispetto al 2020 con un costo medio per DDD di 23,78 euro, il più costoso dell’intera categoria.
L’associazione drospirenone/etinilestradiolo mantiene i valori più alti di spesa e di consumi attestandosi a 5,18 euro pro capite e a 24,7 DDD /1.000 abitanti die ma con una riduzione dei consumi rispetto al 2020 dell’1,9% e una spesa stabile (+0,9%).
Il dienogest, in associazione con etinilestradiolo o estradiolo, si posiziona al secondo e terzo posto in termini di spesa (rispettivamente 3,32 e 2,92 euro). In ogni caso entrambe le associazioni presentano un aumento di oltre il 10%.
L’Ulipristal è il principio attivo che registra aumento maggiori di utilizzo dell’intera categoria (+37,1%).
A livello regionale i consumi sono aumentati in tutte le macroaree geografiche: +3,4% al Nord, +5,9% al Centro e 2,6% al Sud e Isole. Ma si consuma molto di più al Nord: più del doppio rispetto al Sud /182 vs 85,7 DDD). In generale si registrano differenze tra le Regioni di 5 volte. In testa alla classifica regionale c’è la Sardegna (281 DDD), seguita dalle Valle d’Aosta (221 DDD) e dalla Liguria (207,3 DDD). Molise, Campania e Basilicata registrano invece minori livelli di consumo (Circa 60 DDD). Le Regioni che hanno incrementato di più i consumi rispetto al 2020? Marche e Umbria: rispettivamente + 22,1% e +18,9%.

Tabella 2
CONTRACCETTIVI, SPESA PRO CAPITE E CONSUMO (DDD/1000 AB DIE) PER CATEGORIA TERAPEUTICA E PER SOSTANZA. CONFRONTO 2015-2021

Sottogruppi e sostanze	Spesa pro capite	Δ % 21-20	CAGR % 15-21	DDD/1000 ab die	Δ % 21-20	CAGR % 15-21	Costo medio DDD	Δ % 21-20
Contraccettivi orali estroprogestinici di quarta generazione	13,59	6,9	8,5	63,9	3,6	7,6	0,58	3,4
Contraccettivi orali estroprogestinici di terza generazione	3,05	1,6	-0,6	24,9	-6,0	-3,1	0,34	8,4
Contraccettivi intravaginali	2,54	-0,3	6,5	10,9	1,1	8,1	0,64	-1,0
Contraccettivi orali estroprogestinici di seconda generazione	2,16	-0,8	9,6	12,5	-2,2	8,2	0,47	1,7
Contraccettivi orali progestinici	1,59	31,6	19,1	9,5	22,2	18,9	0,46	8,0
Contraccettivi orali di emergenza	1,18	20,8	21,4	0,1	18,2	18,2	23,78	2,5
Contraccettivi estroprogestinici transdermici	0,67	3,4	5,5	3,1	3,7	4,7	0,60	0,0
Contraccettivi intrauterini	0,64	25,5	13,1	12,9	25,8	14,2	0,14	0,0
Contraccettivi sistemici impianto sottocutaneo	0,05	44,9	16,4	0,7	45,3	16,4	0,18	0,0
Contraccettivi drospirenone/ etinilestradiolo	25,47	6,9	7,8	138,5	3,9	6,0	0,50	3,2
dienogest/ etinilestradiolo	5,18	0,9	-0,1	24,7	-1,9	-0,7	0,57	3,2
dienogest/ estradiolo	3,32	12,8	24,9	17,6	10,7	24,3	0,52	2,2
etinilestradiolo/ etonogestrel	2,92	10,4	16,4	12,0	6,0	15,0	0,66	4,5
gestodene/ etinilestradiolo	2,54	-0,3	6,5	10,9	1,1	8,1	0,64	-1,0
levonorgestrel/ etinilestradiolo	2,17	-4,8	-2,2	19,7	-10,5	-4,1	0,30	6,7
estradiolo/ nomegestrolo	2,16	-0,8	9,6	12,5	-2,2	8,2	0,47	1,7
desogestrel	1,76	12,2	17,0	7,4	6,8	15,1	0,65	5,3
levonorgestrel	1,25	4,4	14,4	7,9	2,7	15,4	0,43	1,9
ulipristal	1,07	13,8	14,0	13,0	25,6	14,2	0,23	-9,1
ulipristal	0,75	37,1	26,0	0,1	37,1	26,1	26,82	0,3

CONTRACCEZIONE: I CONSUMI

281 DDD

Sardegna

221 DDD

Valle d’Aosta

207,3 DDD

Liguria

Figura 2

CONTRACCETTIVI, ANDAMENTO TEMPORALE 2015-2021 DEL CONSUMO E DEL COSTO MEDIO DDD

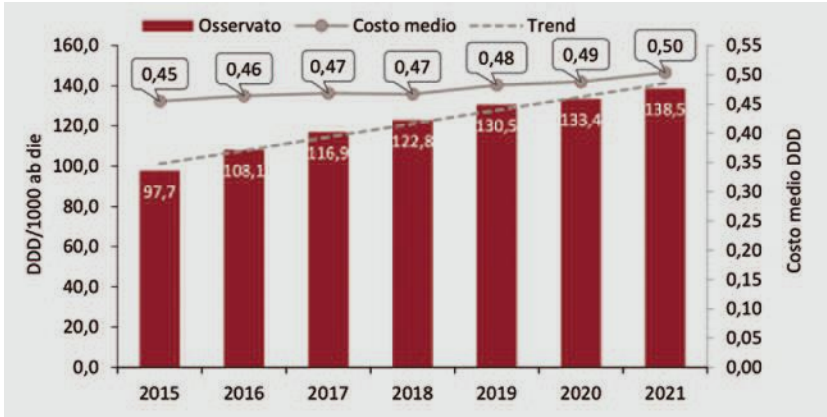


Tabella 3

CONTRACCETTIVI, ANDAMENTO REGIONALE DELLE DDD/1000 ABITANTI DIE PESATE: CONFRONTO 2015-2021

Regione	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Δ % 21-20
Piemonte	133,2	165,6	169,0	180,4	188,0	189,1	195,2	3,3
Valle d’Aosta	157,7	205,6	216,6	216,1	212,3	219,9	221,2	0,6
Lombardia	118,8	129,8	160,4	177,3	188,2	186,2	193,5	3,9
PA Bolzano	216,0	206,8	197,4	197,6	190,9	181,5	180,8	-0,4
PA Trento	152,3	148,9	154,1	163,8	171,9	166,4	176,2	5,9
Veneto	116,8	112,9	143,8	150,3	158,4	154,9	159,7	3,1
Friuli VG	107,1	127,4	141,6	148,1	150,5	153,4	159,1	3,7
Liguria	142,6	180,6	184,3	192,7	205,5	208,0	207,3	-0,3
Emilia R.	133,8	147,1	158,0	151,1	160,7	159,1	165,6	4,1
Toscana	120,9	124,3	135,4	149,4	155,2	156,2	162,7	4,2
Umbria	61,5	65,0	63,6	64,5	66,7	104,4	124,1	18,9
Marche	52,8	52,8	48,6	45,9	57,6	90,2	110,2	22,1
Lazio	73,3	76,0	88,9	101,7	116,8	117,2	119,8	2,3
Abruzzo	88,1	89,1	86,8	83,0	92,7	92,6	94,2	1,7
Molise	52,8	61,5	60,1	58,1	58,7	59,8	59,4	-0,7
Campania	52,2	68,8	51,3	48,2	51,0	55,2	59,6	7,9
Puglia	67,5	67,9	67,1	70,3	77,4	77,6	77,8	0,2
Basilicata	44,0	56,1	55,4	55,7	57,8	56,7	59,5	4,9
Calabria	44,3	57,2	55,1	55,6	58,2	61,6	66,2	7,5
Sicilia	52,4	58,4	60,4	59,3	59,2	75,0	74,2	-1,1
Sardegna	222,7	266,0	264,9	266,7	273,9	273,9	280,9	2,6
Italia	97,7	108,1	116,9	122,8	130,5	133,4	138,5	3,9
Nord	126,6	139,9	159,7	168,6	177,5	176,1	182,0	3,4
Centro	84,1	86,8	96,0	106,4	117,4	124,7	132,0	5,9
Sud e Isole	69,3	80,6	75,3	74,6	78,2	83,5	85,7	2,6

IL REPORT DEL TAVOLO TECNICO OPERATIVO INTERDISCIPLINARE SULLA PROMOZIONE DELL'ALLATTAMENTO (TAS)

Tanti gli obiettivi raggiunti, a partire dalla promozione della formazione del personale sanitario sull'allattamento. Alcuni invece mancati per difficoltà realizzative, come la realizzazione di un sistema di monitoraggio sul tasso di allattamento; ma anche progetti in itinere, primo tra tutti l'educazione sul tema, nella scuola primaria e secondaria di primo grado. E una sola parola d'ordine: promuovere l'allattamento al seno, un obiettivo di salute pubblica e un elemento essenziale per l'adeguato sviluppo e benessere del bambino e della famiglia



Promozione allattamento al seno. Ecco il bilancio 2019 2022

TIRA LE SOMME il Tavolo Tecnico Operativo Interdisciplinare sulla Promozione dell'Allattamento (Tas) che ha pubblicato sul sito del ministero della Salute il **Report sulle attività svolte dal 2019 al 2022**.

“Ad oggi, in riferimento all'Agenda 2019-2022 del Tas – spiega **Riccardo Davanzo**, Presidente Tas – sono stati raggiunti quegli obiettivi che hanno riguardato più strettamente le competenze del Tas: promozione dell'educazione scolastica sull'allattamento, promozione della formazione in allattamento del personale sanitario, campagna promozionale (estate del 2019), iniziative volte al miglioramento della protezione dell'allattamento. Altri obiettivi hanno incontrato difficoltà realizzative non dipendenti direttamente dal Tas. Tra

questi, oltre al Progetto 3P a sostegno dell'avvio dell'allattamento nei Punti Nascita, si ricorda: la definizione di obiettivi sull'allattamento per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, l'inserimento di un rappresentante del Tas nel Comitato Nazionale Percorso Nascita; il progetto per l'ottimizzazione delle risorse pubbliche per la formazione continua degli operatori sanitari. Infine – prosegue Davanzo – particolare importanza assume la difficoltà riscontrata nella realizzazione di un sistema di monitoraggio relativo al tasso di allattamento dovuto a differenti posizioni degli attori istituzionali coinvolti sulla modalità di attuazione, rispetto alle proposte del Tas”.

**VEDIAMO QUALI SONO PUNTI
NELL'AGENDA TAS 2019-2022**

DOCUMENTI ELABORATI

- La formazione del personale sanitario sull'allattamento Raccomandazioni del Tavolo Tecnico Operativo Interdisciplinare sulla Promozione dell'Allattamento (Tas), delle Società Scientifiche e degli Ordini Professionali (2020).
- Memo del TAS su Allattamento in caso di pandemia (2021).
- La continuità del rapporto madre-bambino e il mantenimento dell'allattamento in caso di ricovero ospedaliero (2021). Aggiornamento del



vademecum operativo relativo alle infrazioni della legge sanzionatoria (Dm 82/2009), con definizione di una lettera fac-simile di segnalazione (2022).

■ **Condivisione e contributi del TAS su documenti di altre organizzazioni:**

Presenza del partner/caregiver nelle aree di ricovero di madri e neonati in corso di pandemia da Covid-19. Position Statement **Sin, Sip, Sininf, Sigo, AibluD, Aogoi, Simp, Anmdo, Fno-po, Fnopi, Fno-Tsrm-Pstrp, Vivere Onlus** (2021).

■ Commento sulle condizioni materno-infantili, che giustificano un contributo per l'acquisto di sostituti del latte materno in base al Decreto del 18/10/21, Gu n°249.

■ Rapporto Osservasalute 2021 - Università Cattolica: Box (pag 362-363) su Allattamento ed Ospedale: proposte del TAS.

DOCUMENTO IN ITINERE

“Portiamo il tema allattamento anche a Scuola!”. Intende promuovere, nella scuola primaria e secondaria di primo grado, un'educazione scolastica che includa la lattazione umana sensibilizzando sulla consapevolezza del significato dell'allattamento come obiettivo di salute pubblica e come elemento essenziale che contribuisce all'adeguato sviluppo e al benessere del bambino e della famiglia. Il documento è in corso di valutazione da parte dell'organo politico.

Implementazione di 3 passi (3 P) a sostegno dell'avvio dell'allattamento nei Punti Nascita.

Il Tas ha inteso portare il proprio contributo a sostegno dell'Iniziativa Ospedale Amico del Bambino, in particolare focalizzandosi sull'applica-

zione dei Passi 1b (policy aziendale), 4 (pratica del pelle a pelle fra madre e neonato) e 7 (rooming-in). La scelta dei 3 passi è stata fatta su espressa richiesta del dott. **Francesco Branca**, Direttore del Dipartimento Nutrizione e Sicurezza Alimentare dell'Oms e ponderata in base alla reale applicabilità alla situazione ospedaliera italiana. La finalità del documento era quella di facilitare un percorso che avesse il fine di contribuire ad incrementare i tassi di allattamento in Italia.

Il documento prodotto, approvato inizialmente dal Tas e condiviso con le Società scientifiche, è stato trasmesso al dott. Branca per una valutazione preliminare. Quest'ultimo nella riunione del 16 dicembre 2021, rivedendo la sua posizione iniziale, pur riconoscendo l'impegno del Tas, ha annotato che nel documento proposto mancava il riferimento ad alcuni passi essenziali (6 ed 1 A). Al contempo, Unicef, Acp e Ong (LLLItalia, Melograno e MAMI) sottolineavano che l'assunzione dei 3 passi: non faceva riferimento al pieno rispetto del Codice internazionale di commercializzazione dei sostituti del latte materno; non era sufficiente come progetto fine a sé stesso e non inquadrato in una cornice più ampia e articolata come la Baby Friendly Hospital (BFHI) con il rischio di essere fraintesa come sostitutiva della medesima.

“Pur avendo l'approvazione del documento da parte di tutti gli altri componenti del Tas – spiega il presidente del Tavolo tecnico – il rifiuto da parte di Unicef e Ong di aderire a questa strategia di promozione dell'allattamento per i motivi sopra descritti, è risultato di fatto divisivo e si è deciso di sospendere un eventuale tentativo di procedere all'adattamento del documento, che avrebbe così perso le caratteristiche per cui era stato elaborato, ossia di un semplice assist propedeutico alla BFHI, con focus su alcuni dei 10 Passi della BFHI (policy, contatto pelle a pelle, rooming-in). Pertanto, si considera concluso l'iter del Progetto 3P, sul quale le Società scientifiche continuano a mostrare vivo interesse”.

CONFERENZE ORGANIZZATE:

- Il Conferenza nazionale sulla “Protezione, promozione e sostegno dell'allattamento” - Roma, 23 gennaio 2019 presso l'Auditorium del Ministero della Salute, V.le G. Ribotta.
- III Conferenza nazionale su “Valorizzazione dell'Allattamento e sua tutela” - Roma, 12 ottobre 2021 presso l'Auditorium del Ministero della Salute, Lungotevere Ripa.

INIZIATIVE IN CORSO:

Predisposizione di un Position Statement sui rapporti fra disagio psichico materno ed allattamento al seno da condividere con la società italiana di Neurologia (Sin), la società italiana di Psichiatria (Sip), la Società italiana di Neuropsichiatria Infantile, il Collegio Nazionale degli Ordini degli Psicologi, le principali associazioni di malate con patologie neurologiche (per es. Associazione Italiana Sclerosi Multipla-Aism e Lega Italiana contro l'Epilessia-Lice).

CONTATTI, SINERGIE E COLLABORAZIONI VARIE:

Il Tas ha seguito una politica di conoscenza e collaborazione con referenti della promozione dell'allattamento attivi sulla scena nazionale. È stato sottoscritto un protocollo di Intesa fra il Ministero Salute e il Comitato Italiano per l'Unicef per l'attuazione di sinergie sulla promozione dell'allattamento.

È stata organizzata una videoconferenza fra TAS e Referenti Regionali Allattamento (RRA) per un confronto sulle esperienze che si svolgono in ambito territoriale, rappresentando un primo passo per una collaborazione continua e un puntuale scambio di notizie.

Il Tas ha interagito con Sip, Sin e Iss nell'ambito della definizione delle Indicazioni sull'assistenza al neonato in fase di pandemia da Covid-19. In particolare è stato pubblicato un articolo su una rivista internazionale, che ha positivamente condizionato a livello non solo italiano, ma globale la promozione dell'allattamento al seno anche nel periodo pandemico (*Davanzo R, Moro G, Sandri F, Agosti M, Moretti C, Mosca F. Breastfeeding and coronavirus disease-2019: Ad interim indications of the Italian Society of Neonatology endorsed by the Union of European Neonatal & Perinatal Societies. Matern Child Nutr 2020 Jul;16(3):e13010. Online: April 4th, 2020*). Il Presidente ha partecipato nel periodo 2021-2022 a Convegni scientifici e professionali in rappresentanza del Tas.

BANCHE DEL LATTE UMANO DONATO

Con decreto direttoriale 27 aprile 2022 è stato ricostituito il Gruppo ad hoc per il monitoraggio dell'appropriatezza operativa e gestionale delle banche del latte umano donato, al quale partecipano membri dell'Ailblud (Associazione Italiana Banche del Latte Umano Donato), rappresentanti regionali sull'allattamento della Conferenza Stato-Regioni e membri del TAS. Al Gruppo sono attribuite funzioni di controllo e vigilanza del rispetto delle Linee di indirizzo e di monitoraggio, a livello nazionale, dell'appropriatezza operativa e gestionale delle Banche del latte umano donato attualmente in funzione e di quelle che sorgono in futuro.

Il Gruppo potrà operare ai fini della definizione di un report annuale su indicatori di processo e di risultato delle banche del latte umano donato e predisporre, se del caso, idonei strumenti informatici per l'acquisizione diretta di dati di aggiornamento provenienti dal territorio.

ALLATTAMENTO MATERNO

IN ITALIA L'AVVIO dell'allattamento materno nei Centri di Neonatologia e di Ginecologia ed Ostetricia è attualmente disomogeneo e per facilitarlo occorre da parte delle direzioni delle Aziende Sanitarie una presa di posizione che lo promuova e lo tuteli

PER QUESTO LE SOCIETÀ SCIENTIFICHE dell'area perinatale e pediatrica hanno avviato un progetto inter-societario ad hoc indirizzato ai Centri di Neonatologia e di Ginecologia ed Ostetricia, sulla base di chiare indicazioni da parte delle Direzioni Aziendali, e a sostegno dell'impegno profuso dallo staff sanitario dell'area materno-infantile. La proposta di una politica aziendale sull'allattamento è stata elaborata a livello nazionale da un gruppo multidisciplinare costituito da neonatologi, pediatri, specialisti in Ginecologia ed Ostetricia, infermieri e ostetrici e coordinato dal neonatologo Riccardo Davanzo, presidente della Commissione Allattamento della Sin.

A novembre 2022 inizierà l'arruolamento dei dipartimenti materno-infantili aderenti all'iniziativa. I centri che riusciranno a declinare localmente e ad implementare una propria politica aziendale riceveranno, da parte di un comitato formato dalle società scientifiche e dagli organi professionali coinvolti, il riconoscimento di Ospedale per l'Allattamento.

“L'allattamento materno non può, infatti, essere ridotto ad un semplice atto nutrizionale – ricordano le società scientifiche – si tratta di un vero e proprio investimento per la vita, per le sue implicazioni sulla relazione madre-figlio e per i conseguenti benefici di salute, socio-economici ed ecologici. Il tasso di allattamento va inteso, perciò, come un importante indicatore di qualità delle cure perinatali, neonatologiche e pediatriche”. Anche se in Italia manca un sistema di monitoraggio a livello nazionale dell'allattamento materno, in base alla Survey 2014, condotta dal Tavolo Tecnico Allattamento (TAS) del Ministero della Salute, risulta che i tassi di allattamento esclusivo sono molto variabili e vanno dal 20 al 97%. Secondo la stessa Survey solo 114 Punti Nascita su 220 avevano una specifica Policy Aziendale sull'Allattamento.

Attualmente è attiva a livello internazionale l'iniziativa dell'Oms/Unicef Ospedale Amico del Bambino (BFHI), che ha l'obiettivo di promuovere l'avvio dell'allattamento, che ha certificato in 30 anni una trentina di ospedali italiani: ecco perché “è opportuno attivare un'iniziativa di promozione dell'allattamento materno, ispirata alla BFHI, ma indipendente, gestita direttamente dalle società scientifiche e dalle federazioni professiona-

ALLATTAMENTO MATERNO

GLI ENTI CHE HANNO SOTTOSCRITTO IL DOCUMENTO:

Aogoi	Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani
Sigo	Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia
Sin	Società Italiana di Neonatologia
Sip	Società Italiana di Pediatria
Sinupe	Società Italiana di Nutrizione Pediatrica
Fnopo	Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica
Fnopi	Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche
Sin Inf	Società Italiana di Neonatologia Infermieristica
Sipinf	Società Italiana di Pediatria Infermieristica
Vivere onlus	Associazione dei genitori

Al via un progetto inter-societario per tutelarlo e promuoverlo nelle Aziende sanitarie

li. Sono, infatti, queste a raccogliere le figure professionali chiave, che operano lungo il percorso di continuità ed integrazione assistenziale centrata sui bisogni delle famiglie e del neonato, che coinvolge l'ospedale così come la comunità”. Va precisato che la policy sull'allattamento riguarda non solo le coppie madre-bambino che allattano, e le loro famiglie, ma anche le famiglie che con valide motivazioni non allattano.

L'esperienza recente della pandemia da Covid-19, che ha, senza valide ragioni scientifiche, portato a penalizzare la relazione madre-bambino e l'allattamento in molte strutture sanitarie ha evidenziato quanto sia fondamentale una corretta politica aziendale a tutela dell'allattamento. Il latte materno rappresenta l'alimento naturale

ed ottimale per nutrire tutti i neonati, ed in particolare quelli pretermine o con patologie. I dati presenti in letteratura dimostrano che l'offerta del latte materno ai neonati altamente pretermine si associa a numerosi benefici, riguardanti soprattutto una minore incidenza di enterocolite necrotizzante (NEC) e una migliore tolleranza alimentare, ma anche una riduzione del rischio di sepsi tardiva (LOS), retinopatia del pretermine (ROP) e broncodisplasia (BPD). Nel caso in cui, per qualsiasi motivo, la mamma non possa fornire il proprio latte, la prima alternativa è rappresentata dal latte della Banca del Latte Umano Donato (BLUD), che garantisce ai neonati ad alto rischio un *gold standard* nutrizionale, essenziale per la loro crescita e per il loro sviluppo.

SINDROME FETOALCOLICA

Sindrome feto alcolica: dall'Iss un manuale per famiglie e operatori

Una donna su quattro assume almeno 1-2 bevande alcoliche al mese

Una su tre anche durante il periodo di allattamento

INFORMAZIONE SUGLI EFFETTI dell'alcol in gravidanza, prevenzione della disabilità e approccio di cura. Sono questi i temi trattati nel primo manuale Prendersi cura della FASD. Manuale per conoscere una sindrome quasi invisibile dedicato alla sindrome feto alcolica pubblicato dall'Istituto Superiore di Sanità.

Prodotta dal Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Iss, la pubblicazione nasce nell'ambito del progetto Ccm Prevenzione, diagnosi precoce e trattamento mirato dello Spettro dei Disturbi Feto Alcolici (Fetal Alcohol Spectrum Disorder, Fasd) e della Sindrome Feto Alcolica (Fetal Alcohol Syndrome, Fas).

Secondo i dati più recenti tratti da interviste alle visite neonatali, circa una donna su 4 dichiara

di assumere 1-2 bevande al mese e una su tre anche durante il periodo di allattamento.

“Poiché non si conosce il quantitativo di etanolo che causa i danni al feto”, spiega Simona Pichini,

– né il momento dello sviluppo fetale in cui il danno è maggiore. Inevitabile si raccolga che lo zero alcol in gravidanza e quando si desidera avere un figlio. Il lavoro è dedicato principalmente sia ai pro-

nisti della salute che alle famiglie; la sua stesura ha visto la collaborazione di alcuni dei maggiori esperti italiani sul tema e dei familiari aderenti all'Associazione Italiana Disordini da Esposizione Fetale ad Alcol e/o Droghe Aidefad-Aps. L'obiettivo è quello di offrire uno strumento agile che possa essere utilizzato da tutti: operatori della salute, della scuola, del carcere, pazienti, cittadini, affinché conoscano in modo più approfondito, o quanto meno in modo più consapevole, la complessità della sindrome.

Il manuale è composto da due parti: la prima fornisce informazioni generali sugli effetti dell'alcol in gravidanza e descrive lo Spettro dei Disturbi Feto Alcolici (Fetal Alcohol Spectrum Disorders; Fasd), senza tralasciare informazioni su epidemiologia, diagnosi e possibili trattamenti, offrendo anche al lettore alcuni interessanti spunti di riflessione sulla comunicazione.

Nella seconda parte viene lasciato spazio alle esperienze personali di famiglie con individui affetti da Fasd e degli individui stessi, esplorando, con la collaborazione di alcuni membri dell'Associazione Italiana Disordini da

Esposizione Fetale ad Alcol e/o Droghe, cosa significa per le persone e per le famiglie affrontare la Fasde come ambiente e collettività siano coinvolti nel loro percorso di vita. Un capitolo specifico è dedicato all'importante tema della prevenzione, declinato nei suoi diversi approcci. Infine, sono descritti alcuni progetti sperimentali di gruppo, effettuati con la collaborazione di professionisti del Comitato Scientifico di AIDEFAD e due esperienze di gruppi di auto aiuto.

Il manuale in punti

Epidemiologia

Tra dicembre 2018 e aprile 2019 sono state intervistate complessivamente 29.492 mamme nelle 11 regioni (Piemonte, Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Marche, Lazio, Campania, Puglia, Calabria, Basilicata, Sicilia e Sardegna) che ad oggi hanno aderito alla Sorveglianza sui determinanti di salute nella prima infanzia (ISS, 2019). Il 19,7% delle mamme ha dichiarato di aver assunto bevande alcoliche almeno 1-2 volte al mese durante la gravidanza e il 34,9% durante l'allattamento.

A livello territoriale, le mamme che hanno consumato bevande alcoliche almeno 1-2 volte al mese durante la gravidanza variano dal 15,8% in Calabria al 32,9% in Valle d'Aosta, con valori tendenzialmente più alti nelle regioni del Centro-Nord. Le percentuali si riducono notevolmente se si considerano soltanto le frequenze di consumo più elevate: tra lo 0,6% e il 2,2% delle mamme ha dichiarato di aver assunto alcol due o più volte a settimana.

Nel corso del 2021, nell'ambito del progetto CCM Prevenzione, diagnosi precoce e trattamento mirato dello Spettro dei Disturbi Feto Alcolici (Fetal Alcohol Spectrum Disorder, FASD) e della Sindrome Feto Alcolica (Fetal Alcohol Syndrome, FAS) è iniziata la raccolta di capelli materni e di meconio neonatale con lo scopo di acquisire informazioni oggettive sul consumo di alcol nelle donne in gravidanza in Italia e per comprendere i termini reali dell'esposizione a questa sostanza. I campioni di capelli materni e di meconio natale, sia quelli raccolti e quelli che si stanno ancora recuperando, saranno utilizzati per la determinazione dell'etilglucuronide, il biomarcatore del consumo dell'alcol. Dai risultati oggi disponibili, scaturiti dall'analisi di circa 700 meconi e 700 capelli, possiamo dire che le donne italiane hanno compreso il messaggio di non bere gravidanza “Zero alcol in gravidanza e quando si desidera avere un bambino” diffuso dall'Istituto Superiore di Sanità. Difatti, i dati preliminari sanci-



Link al manuale dell'Iss



SINDROME FETOALCOLICA

scono che meno dell'8% delle donne in gravidanza beve in occasioni sporadiche e solo uno 0,6% dei neonati, il cui meconio è stato fino ad oggi analizzato, è risultato esposto all'alcol materno. Una indagine simile sul meconio neonatale nel 2012 mise in evidenza un 7,9% di neonati esposti all'alcol gestazionale.

Disabilità

La FASD è oggi la più grave e negletta disabilità permanente di origine non genetica e pertanto totalmente evitabile mediante l'astensione completa dal consumo di alcol in gravidanza. Le difficoltà cognitive e comportamentali che si manifestano nel corso dello sviluppo del bambino sono il risultato diretto dell'esposizione del feto all'alcol e il danno cerebrale ed organico che ne consegue è permanente: disabilità intellettiva, deficit del funzionamento esecutivo, della memoria e dell'elaborazione dell'informazione, ritardo o disfunzione del linguaggio, difficoltà nell'apprendimento verbale e di codifica, difficoltà generale riconoscere e comunicare le proprie emozioni e di cogliere i nessi di causalità, i disturbi dell'adattamento, il deficit dell'attenzione e l'iperattività. Se queste non sono trattate tempestivamente, esitano nelle cosiddette "Disabilità secondarie". La diagnosi precoce è di fondamentale importanza perché permette di ascrivere i sintomi a una diagnosi precisa ma, soprattutto, aiuta a pianificare tempestivamente un piano di intervento, in grado di minimizzare le disabilità secondarie.

INTERVENTO

Fare diagnosi precoce di FASD consente seguire il bambino fin dai primi mesi dello sviluppo, prendere in carico la famiglia, avviare un trattamento adeguato alle disabilità evidenziate, prevenire/ridurre la comparsa delle disabilità secondarie. Non c'è un trattamento specifico per la FASD, ma ogni persona va valutata individualmente per poi definire un trattamento mirato, praticamente "cucito addosso".

Il trattamento è diretto sulla persona e sulla famiglia ed eventuali altri caregiver. È indispensabile la formazione di tutte le figure professionali che si occupano della persona con FASD (professionisti sanitari, insegnanti, datori di lavoro, allenatori sportivi). Le persone con FASD possono aver bisogno di diversi tipi di trattamento che vanno dalle cure mediche specialistiche ai trattamenti di tipo medico-psico-sociale sulla persona, sulla famiglia, sugli insegnanti, sull'ambiente di lavoro fino al trattamento farmacologico.

Le cure mediche specialistiche sono indispensabili in caso di malformazioni o malfunzionamenti di vari organi ed apparati (visivo, acustico, cardiaco, renale, riproduttivo o altro). Per le loro caratteristiche neurocognitive le persone con FASD non sempre riescono ad aderire a un percorso psicoterapico e portarlo a buon fine, pur dimostrandosi spesso ben predisposte. Il trattamento Cognitivo Comportamentale è risultato essere più efficace negli adolescenti in trattamento di gruppo che hanno tratto benefici anche con l'arte-terapia, il teatro, la musica e altre tecniche di espressione delle emozioni.

DA CATANIA

È nata la figlia della donna che ha ricevuto primo trapianto di utero in Italia

Si chiama Alessandra la piccola nata all'Ospedale Cannizzaro di Catania dalla donna che ha ricevuto il primo trapianto di utero realizzato in Italia. Un primato nel nostro Paese, è la prima nascita di questo tipo in Italia e il sesto caso al mondo di gravidanza portata a termine con successo dopo un trapianto di utero da donatrice deceduta.

LA MADRE, oggi 31enne, era nata priva di utero a causa di una rara patologia congenita, la sindrome di Rokitansky. Il trapianto era stato effettuato nell'agosto 2020 in piena pandemia presso il Centro trapianti dell'Azienda ospedaliero universitaria Policlinico di Catania da un'équipe multidisciplinare

composta dai professori **Pierfrancesco Veroux, Paolo Scollo, Massimiliano Veroux e Giuseppe Scibilia**, nell'ambito di un programma sperimentale coordinato dal Centro nazionale trapianti. Successivamente la donna è stata seguita dall'équipe del prof. Paolo Scollo presso il reparto da lui diretto di Ostetricia e ginecologia dell'Azienda ospedaliera Cannizzaro, unità operativa complessa clinicizzata dell'Università Kore di Enna. Al Cannizzaro la paziente e il marito



hanno poi iniziato il percorso di fecondazione assistita omologa, grazie agli ovociti prelevati e conservati, prima dell'intervento, nella biobanca per la preservazione della fertilità dello stesso ospedale.

La donna ha partorito alla 34esima settimana una bambina di 1.725 grammi alla quale lei e il padre hanno voluto dare il nome della donatrice dell'utero, una donna di 37 anni, già madre, deceduta per arresto cardiaco improvviso e che aveva espresso in vita il proprio consenso alla donazione al momento del rinnovo della carta d'identità. "Madre e figlia – ha dichiarato Scollo – sono state quindi trasferite in terapia intensiva: la donna nel reparto adulti, la bambina nell'unità di terapia intensiva neonatale, dove è sottoposta a terapia antibiotica di prassi per i prematuri e ad assistenza respiratoria non invasiva. Entrambe si trovano in condizioni stabili". "Si è trattato di un trapianto estremamente complesso – racconta Pierfrancesco Veroux, professore ordinario di chirurgia vascolare e trapianti dell'Università degli studi di Catania – che ha presentato sin dall'inizio le difficoltà tecniche che ne limitano l'uso estensivo nel mondo. In questo

caso l'utero, sin dal declampaggio dei vasi, ha mostrato una grande vitalità che ha poi permesso grazie a una perfusione ottimale di 'vivere' nella paziente e di portare a termine una gravidanza quanto mai attesa. Il Centro trapianti da me diretto ha seguito in questi due anni con cadenza settimanale la futura mamma al fine di monitorare le condizioni cliniche e modulare la terapia immunosoppressiva, soprattutto nella delicata fase finale condizionata dal Covid. L'utero trapiantato, al momento della nascita della 'nostra' piccola Alessandra, ha confermato la piena funzionalità, facendo ben sperare per il futuro".

"La nascita di questa bambina è un risultato straordinario – ha commentato il direttore del Centro nazionale trapianti **Massimo Cardillo** – questa sperimentazione è ancora agli inizi, soprattutto per quanto riguarda gli interventi a partire da donatrici decedute, che sono solo il 20% dei già pochi trapianti di utero finora realizzati nel mondo. Una gravidanza con esito positivo a soli due anni dal primo trapianto è dal punto di vista scientifico un successo per la Rete trapiantologica italiana: innanzitutto per tutti i professionisti dell'Ospedale Cannizzaro e del Policlinico di Catania che stanno conducendo la sperimentazione e che hanno seguito fin dall'inizio il percorso della paziente, e poi per il Centro regionale siciliano e per il coordinamento nazionale che hanno lavorato al reperimento dell'organo". Per Cardillo "la piccola Alessandra oggi rappresenta per le donne nate prive di utero una speranza concreta di poter condurre una gravidanza ed è l'ennesima testimonianza di come la medicina dei trapianti e la donazione degli organi siano un valore da promuovere sempre di più".

IL PROGRAMMA DI TRAPIANTO DI UTERO IN ITALIA

Il programma nazionale di trapianto di utero è stato autorizzato in via sperimentale dal Consiglio superiore di sanità nel 2018 ed è attivo dal 2019 presso il Centro trapianti del Policlinico di Catania. Finora sono stati realizzati con successo due interventi: il primo nell'agosto 2020 e il secondo nel gennaio 2022. Il protocollo sperimentale ha come obiettivo proprio il successo di una gravidanza della paziente trapiantata. Il primo passo è la riuscita del trapianto dell'organo da un punto di vista funzionale; successivamente, circa un anno dopo l'intervento, una volta stabilizzato il quadro clinico della paziente, viene avviato il percorso di procreazione medicalmente assistita. Secondo i criteri definiti dal protocollo, le potenziali candidate al trapianto sono donne con età compresa tra i 18 e i 40 anni con anamnesi negativa per patologie oncologiche, assenza di pregresse gravidanze a termine con esito positivo, affette da patologia uterina congenita (sindrome di Rokitansky) o acquisita (atonía uterina postpartum). Al momento in lista d'attesa sono arruolate 5 donne. La sperimentazione italiana prevede inoltre che le donatrici siano donne decedute tra i 18 e i 50 anni ed esclude per ora la donazione da vivente.

PAPILLOMA VIRUS

Dopo il Covid la Svezia cambia strategia e lancia il test “fai da te”. Obiettivo: eradicare il cancro alla cervice in 5 anni

HPV

La Svezia lancia il test *fai da te*

“CON LE NUOVE MISURE contro il papillomavirus umano (Hpv), prevediamo che l’eliminazione del cancro alla cervice in Svezia potrebbe avvenire tra 5 anni. Se la pandemia non si fosse verificata, sarebbe stato molto, molto più lento”.

A parlare è il professor Joakim Dillner, uno specialista del cancro al *Karolinska Institute* in Svezia che spiega come il Paese sia stato costretto a ripensare il suo approccio allo screening del cancro alla cervice quando l’assistenza sanitaria non di emergenza si è interrotta nella regione della capitale a causa della pandemia.

Per 3 mesi nessuno ha potuto accedere allo screening del cancro alla cervice; quindi, quando il programma nazionale è stato riavviato, i requisiti di distanziamento sociale hanno impedito alle cliniche di fornire il test guidato dal medico. Per risolvere il problema, sono stati inviati kit di auto test HPV a tutte le donne idonee nel paese, comprese quelle di età compresa tra 23 e 29 anni a cui era stato precedentemente offerto uno screening citologico (comunemente chiamato Pap test), condotto da un clinico.

La regione di Stoccolma, dove sono stati inviati 33omila kit di auto test, ha visto un drammatico aumento del 10% della copertura dei test sulla popolazione, dal 75% all’85%, in appena 1 anno.

ALTA COPERTURA, BASSO COSTO

Anche se più donne venivano sottoposte a screening, i risultati hanno mostrato che l’auto test dell’Hpv ha rilevato un minor numero di infezioni da Hpv nelle persone di età compresa tra 23 e 29 anni, poiché molte di queste donne erano state vaccinate contro l’Hpv a scuola.

In precedenza, a questa fascia di età era stato offerto solo il campionamento basato sulla citologia, che è meno sensibile e meno soggetto a un trattamento eccessivo. Il governo svedese ora include questo gruppo nel programma nazionale di screening dell’Hpv.

“Il kit di auto test non è uno strumento altamente specializzato. È fondamentalmente simile a un pennello per mascara che una donna potrebbe usare per le ciglia – afferma il professor Dillner – si tratta di kit di campionamento molto semplici ed economici che fanno parte del test di screening dell’Hpv”. Dillner ha poi sottolineato che il basso costo dei kit potrebbe essere un fattore cruciale per l’introduzione dell’auto test Hpv su scala globale, poiché non tutti i paesi possono sostenere grandi spese. Anche considerando il costo delle analisi di laboratorio, afferma, “l’auto test rappresenta un grande risparmio per i servizi sa-



“
L’autoscreening deve essere fatto all’interno della popolazione target e come parte di un programma di screening organizzato per essere efficace e garantire che ogni donna venga testata al momento giusto

nitari rispetto ai costi di tempo necessari per far eseguire un test a un medico”.

Tuttavia, l’ufficiale tecnico senior dell’Oms, la dott.ssa Marilyns Corbex, spiega che l’auto test dell’Hpv può incontrare resistenza in molti Paesi in cui lo screening del cancro alla cervice viene effettuato da medici generici formati in ginecologia, che ricevono un fee economico per queste attività. Inoltre, Corbex afferma che è importante che le donne non si auto-campionino ogni volta che vogliono, “perché potremmo avere situazioni in cui alcune lo faranno troppo spesso e altre troppo raramente”. Per Corbex l’autoscreening deve essere fatto all’interno della popolazione target e come parte di un programma di screening organizzato per essere efficace e garantire che ogni donna venga testata al momento giusto.

Secondo le raccomandazioni dell’Oms, la popolazione target per lo screening sono le donne di età pari o superiore a 30 anni e le donne di età pari o superiore a 25 anni che convivono con l’Hiv. “Ogni campione deve essere analizzato e ciò comporta un costo – aggiunge Corbex – inoltre, se il risultato è positivo, è necessario predisporre una diagnosi adeguata e un follow-up del trattamento per la donna, come parte di un sistema organizzato”.

CRISI E INNOVAZIONE

“In Svezia, probabilmente non sarebbe mai successo se non fossimo stati costretti a cambiare. Avremmo continuato a impiegare molti medici e infermieri per prelevare questi campioni quando in realtà non era necessario. Abbiamo anche ottenuto una copertura della popolazione molto più alta semplicemente dandola direttamente alle donne. Quindi è qualcosa su cui vale la pena pensare”, commenta il professor Dillner.

Oltre a ridurre l’onere dei costi, insiste sul fatto che un cambiamento di mentalità potrebbe aiutare a superare le barriere nell’implementazione dell’auto test Hpv in altre parti del mondo. Nell’ambito di un programma nazionale di screening organizzato, ad esempio, le donne non devono necessariamente avere un indirizzo fisico o una casella di posta per beneficiare dell’auto test Hpv. “Puoi presentarti con un contenitore pieno di kit di auto test e distribuirli in un mercato o in un villaggio al mattino, e poi aspettare che vengano restituiti più tardi quel giorno”, suggerisce il professor Dillner che aggiunge: “È davvero abbastanza facile, soprattutto perché molti paesi a basso e medio reddito hanno metodi molto avanzati per l’identificazione elettronica”.

Verso una nuova maternità?

Accademia Maternità e Nascita verso il Futuro, professioniste e società scientifiche a confronto con le donne



SANDRA MORANO
Ginecologa Ricercatrice
a contratto Ginecologia
ed Ostetricia
Università
degli Studi di Genova

In un momento in cui la nascita è sempre più lontana dalla sua storia millenaria, sempre più rarefatta (nelle società occidentali) e sempre meno legata al rapporto sessuale tra due soggetti femmina e maschio, una sua rilettura si conferma necessaria e urgente

UNA RILETTURA CHE VA FATTA DALLE DONNE. Protagoniste viscerali, comunque autrici esclusive della procreazione dall'inizio della vita umana sul pianeta, e per questo troppo spesso soggette a invidia e violenza, le donne sono oggi in maggioranza curatrici e responsabili della trasmissione di scienza ed esperienza alle generazioni future. **"Un mondo senza madri?"** è stato il titolo di un Convegno organizzato con la collaborazione della Scuola di Alta Formazione Donne di Governo nel luglio del 2021 che ha avuto come oggetto le molteplici realtà e relazioni del mettere e venire al mondo. Continuando idealmente sulla scia di quel primo interrogativo, **l'Accademia Maternità e Nascita verso il Futuro** lo ha ripreso allargando la riflessione non solo a rappresentanti del mondo della cura. Attraverso un evento formativo è stata proposta al pubblico una visione corale di Maternità e Nascita, con interventi e dibattiti su esperienze e saperi, dalle tematiche del desiderio tanto potente quanto ambiguo alle trasformazioni del corpo, fino alle modalità della riproduzione fuori da esso.

Con un'articolazione del progetto in cinque sessioni si è voluto affrontare i temi più controversi ed attuali in un ideale viaggio educativo con le lenti della attualità. Tematiche fondative che per la loro importanza meritano di essere messe al centro dell'agire politico, non solo in Sanità, in modo che, come descritto nel rationale, **"si restituisca alle donne l'autorità sulla procreazione e si possano delineare gli attuali orizzonti e confini della Maternità"**. I cui limiti, i diritti, il senso, le conquiste sociali e culturali non sono ancora pienamente chiari anzitutto alle donne, e stanno già transitando verso uno scivoloso territorio a tratti mistificante.



LE TEMATICHE

Riscattare la nascita

Maternità e Nascita alla prova del XXI secolo.

SIAMO PARTITE dal gesto filosofico di rottura che le pensatrici hanno compiuto rispetto alla secolare tradizione di pensiero, che vede nella morte e nella mortalità una superiorità di senso che ha oscurato l'altro aspetto fondamentale della condizione umana: il fatto che tutti veniamo al mondo attraverso la nascita da donna (**Rosella Prezzo**). Assumere questa differente prospettiva significa ripensare il nostro comune essere al mondo per un futuro di civiltà. Ma è apparso altresì cruciale e doveroso lo sguardo volto ad affrontare i conti lasciati aperti, nelle donne e dalle stesse donne, a seguito dell'incontro fra le stagioni del femminismo e la procreazione (**Francesca Izzo**). Conti che ancora appaiono per le stesse donne in sospeso: tra orientamento sessuale e generi, tra concepimento finalmente libero - nella prospettiva della differenza - e vincoli interiori ed esterni (**Nicola Colacurci**).

Normalità del parto e modulazione epigenetica

L'APPROFONDIMENTO parte dall'analisi del paradigma medico patriarcale e dei suoi esiti, indicando una nuova via per la maternità che tenga conto della sua complessità e di ciò che le moderne ricerche ci indicano: le modalità del parto e del nascere lasciano dei fortissimi imprinting non solo per tutta la vita, ma anche per le generazioni future e per la società nel suo insieme. La società contemporanea ha reso la nascita un evento meccanico e tecnologico, contravvenendo al principio vitale della creazione continua e della biodiversità (**Verena Schmid**). Da due punti di vista complementari, quello ostetrico e quello biochimico, la ricerca scientifica negli ultimi decenni ha permesso di dimostrare ciò che in passato si poteva solo in parte ipotizzare. E cioè il ruolo svolto dai fattori ambientali (i residui chimici negli alimenti e nell'ambiente, le polveri sottili nell'aria, il cibo, lo stress acustico, ambientale, psicologico, biologico) a cui sono esposti i genitori nella fase prenatale e la madre durante l'allattamento, fornendo informazioni utili per un percorso atto a coadiuvare la "programmazione" epigenetica per il benessere e la qualità della vita dei figli/figlie e delle future generazioni (**Rosita Gabbianelli**). La divulgazione di tali evidenze scientifiche al personale sanitario e l'educazione dei futuri genitori sono oggi essenziali per coadiuvare un percorso consapevole alla maternità e alla paternità.

Chi ha paura della maternità?

La centralità della nascita e della relazione materna. Il ruolo della narrazione e del cinema

L'OBIETTIVO GENERALE era promuovere la riflessione sulla trasformazione durante la II metà del secolo scorso del vissuto di maternità e nascita verso un futuro che si preannuncia denso di incognite per la voragine lasciata dalla archiviazione della maternità come ideologia connotante in negativo un'intera epoca (**Anna Maria Piusi**). La centralità della nascita e della relazione materna è stata affrontata anche in un'ottica pedagogica (Medicina Narrativa) attraverso la cinematografia quale strumento per lo sviluppo delle competenze emotive e relazionali legate alla sua complessità: l'utilizzo di filmati porta a riflettere in modo più profondo sul senso e significato, sugli eventi della vita e sulla cura, ambito dove è cruciale comprendere, interpretare, entrare in empatia (**Lorenza Garrino**). Un incontro tra "educazione sentimentale" e narrazione filmica, tra istinto e paura, tra potenza e scippo del corpo, tra esaltazione della maternità e sua cancellazione, alla ricerca di forme desiderabili di procreazione e di convivenza sul pianeta.

Ascesa e vertigine della tecnologia riproduttiva

Lo sguardo psicanalitico a sostegno della relazione materna.

IN QUESTO INCONTRO è stata descritta l'evoluzione nel tempo delle Tecniche di Procreazione medicalmente assistita (Pma), le applicazioni in Italia e nel mondo e l'accessibilità in relazione alle condizioni socio economiche del Paese. Un excursus critico ovvero il percorso scientifico, clinico e politico-economico a 50 anni dalla prima nascita in provetta, un incontro ravvicinato con le sue basi ideologiche e i limiti finora lasciati accuratamente in ombra (**Mauro Costa**). Non senza accenni alle derive di questo tempo: l'industrializzazione e la perdita della centralità del paziente, il ruolo delle società scientifiche e la deriva ipertecnologica, il bambino perfetto ed il bambino *whatever it takes*. Il tutto in un milieu culturale che ha sviluppato nel tempo pesanti anticorpi, visioni della maternità limitanti, in cui le attuali protagoniste appaiono precarie come madri, messe in discussione proprio in quanto tali. Oggi, nonostante sia indiscussa la funzione riproduttiva come mutualmente necessaria ad instaurare e salvaguardare il rapporto madre-figlio/a, siamo tutti poco consapevoli di quel legame. Un legame che definisce ancora l'inizio di una reazione fondante, inerente a tutti i nati e riservata ad oggi solo alle donne che ne vogliano e possano fare esperienza. **Silvia Vegetti Finzi**, storica rappresentante della Scuola psicanalitica italiana, ha riproposto come l'esperienza di percorsi quali la gravidanza e il parto, la relazione materno-fetale, neonatale e genitoriale richiamino l'esigenza di ri-partire dalla nostra condizione di persone che devono la loro vita sul pianeta terra ad un corpo di donna. Solo facendo i conti con questa incontrovertibile realtà sarà possibile che la maternità possa in futuro convivere con la tecnologia e col cammino della umanità.

...torneranno i figli degli uomini

cit. PD James

Parabola non troppo distopica della rivoluzione del XX secolo. La lezione delle donne che si prendono cura delle donne, verso la nascita che verrà.

QUI SI È CONCLUSA la nostra Accademia su Maternità e Nascita nella contemporaneità, e da qui parte la nostra riflessione educativa verso il futuro. Riparte dalle donne che sono rimaste in mezzo al guado della storia e delle ideologie, segnate dal rigetto del destino di maternità delle loro mamme e nonne, ma senza più ideali o nuovi modelli. Esistenze, esperienze riproduttive o non, che sono state comunque affrontate e pagate a caro prezzo sulla propria pelle, alle prese con le scelte individuali e le urgenze della storia. Storie di sessualità, gravidanze, parti, aborti, figli e famiglie alla prova di grandi trasformazioni. Di cui tutte ancora portano, portiamo, le incertezze dello strappo, e sono, siamo, alla ricerca di una giusta collocazione di quei vissuti, per processarne il salto verso il vuoto. Sarà per questo vuoto che alle generazioni successive agli anni 70, delle nostre formidabili esperienze, conquiste, battaglie, non sono arrivate "lezioni", certezze?

Nell'ultimo incontro abbiamo affrontato, tra giovani e meno giovani colleghe (**Rosa Papa, Roberta Venturella, Silvia Vaccari, Elsa Viora**), una rilettura della competenza procreativa, privilegio delle donne che oggi sono in maggioranza anche professioniste e maestre, e come tali anche responsabili della trasmissione di scienza e cura, esperienza e relazioni alle generazioni future. Abbiamo riflettuto sul fatto che è stato facile archiviare concetti, rendere obsolete "foto di famiglia", indebolire i legami: la decorporeizzazione delle donne attraverso la tecnologia in questo ha fornito un grande aiuto. Oggi più che mai non aver ancora fatto "i conti con la maternità" interroga la generazione delle prime mediche che a partire dagli anni 70 hanno incrociato, e governato, i grandi cambiamenti che si presentavano allora nella Medicina e nella Sanità, e sono state protagoniste in prima persona delle rivoluzioni in materia di Maternità, Nascita, Sessualità, Procreazione responsabile. Che cosa rimane di quanto da allora è stato fatto, che cosa è importante custodire, che cosa c'è ancora da fare? E inoltre: che cosa è possibile trasferire alle giovani colleghe dall'incerto passo tra onnipotenza tecnologica e crescente denatalità, alle agenzie formative del futuro e alle politiche (demografiche) orfane di visioni planetarie? Crediamo che non si possa archiviare un passaggio così cruciale della nostra storia senza la parola, la coscienza e la responsabilità delle donne che l'hanno vissuta. Affinché la strada intrapresa nel XX secolo, da percorso eccentrico e ostacolato, per certi versi "autodidatta", diventi Maternità e Nascita come esperienza e *lectio*, entri nell'Accademia, parli alle donne che curano affinché *in-segnino* finalmente, a sé e a tutte le altre, l'autorità e la libertà che l'instimabile potenzialità procreativa richiede.

SALUTE MENTALE PERINATALE

Dall'Oms una nuova guida per l'integrazione della salute mentale perinatale nei servizi di salute materna e infantile

La gravidanza, il parto e la prima genitorialità possono essere stressanti perché possono cambiare l'identità e la salute fisica delle donne e dei loro partner e la loro situazione economica. Di conseguenza, le donne possono subire un periodo di cattiva salute mentale o assistere a un peggioramento delle precedenti condizioni di salute mentale.



L'ANSIA PERINATALE e la depressione nel periodo perinatale sono comuni, possono colpire 1 donna su 10 nei paesi ad alto reddito e una su cinque nei paesi a basso e medio reddito. Quasi 1 donna su 5 sperimenterà una condizione di salute mentale durante la gravidanza o nell'anno successivo al parto. Le donne che hanno già problemi di salute mentale possono scoprire che i loro sintomi peggiorano durante il periodo perinatale. Altre potrebbero sperimentare una cattiva salute mentale per la prima volta durante questo periodo. Tra le donne con condizioni di salute mentale perinatale, il 20% sperimenterà pensieri suicidi o intraprenderà atti di autolesionismo.

Ignorare la salute mentale non solo mette a rischio la salute e il benessere generale delle donne, ma ha anche un impatto sullo sviluppo fisico ed emotivo dei bambini.

A partire da queste premesse l'Oms ha lanciato nuove linee guida per l'integrazione della salute mentale perinatale (Pmh) nei servizi di salute materna e infantile (Mch).

L'IMPORTANZA DELLO SCREENING, della diagnosi e della gestione delle condizioni Pmh nei servizi di salute materna e infantile è già stata evidenziata nel *Nurturing Care Framework*, nelle raccomandazioni dell'Oms sull'assistenza materna e neonatale per un'esperienza postnatale positiva e nelle linee guida dell'Oms sul miglioramento dello sviluppo della prima infanzia.

La nuova guida dell'Oms fornisce quindi le migliori informazioni disponibili volte a supportare

i fornitori di servizi di salute materna e infantile nell'identificazione dei sintomi dei problemi di salute mentale e nel rispondere in modo adattato al loro contesto locale e culturale.

I RISCHI. Il peggioramento della salute mentale di una donna durante il periodo perinatale può influire sul suo benessere e su quello del neonato e famiglia, sottolinea l'Oms. Una cattiva

salute mentale è associata a maggiori rischi di complicanze ostetriche (ad es., pre-eclampsia, emorragia, parto prematuro e natimortalità) e suicidio. Inoltre, le donne potrebbero essere meno propense a partecipare a controlli prenatali e postnatali. Non solo, la condizione di salute mentale non curata di una donna può portare a un parto con esiti scadenti, come il basso peso del bambino e maggiori rischi di malattie fisiche e difficoltà emotive e comportamentali nell'infanzia. I neonati possono anche essere maggiormente a rischio di difficoltà nell'alimentazione e nel legame con i genitori.

SINTOMI COMUNI E SPECIFICI

La cattiva salute mentale durante il periodo perinatale può presentarsi in molti modi.

I sintomi possono essere generali: sentirsi triste, piangere facilmente o più del solito non trovando piacere in esperienze o attività che una volta erano state apprezzate, mancanza di energia o tendenza a preoccuparsi o "pensare troppo". Dormire e mangiare troppo o poco. E ancora, ridotta concentrazione, difficoltà nel prendere decisioni, sentimenti di colpa o disperazione, sentirsi inu-



Link alla guida dell'Oms

“La condizione di salute mentale non curata di una donna può portare a un parto con esiti scadenti, come il basso peso del bambino e maggiori rischi di malattie fisiche e difficoltà emotive e comportamentali nell'infanzia

tile, pensando che qualcosa di brutto stia per accadere o che il futuro sia senza speranza, pensieri di autolesionismo o suicidio, oltre a dolori muscolari non specifici e altri sintomi fisici, sentirsi turbati da ricordi o sogni di brutte esperienze.

Alcuni sintomi possono essere più specifici: incapacità a smettere di preoccuparsi per il bambino, sentirsi incapaci o riluttanti a prendersi cura del bambino, avere pensieri negativi sul bambino. Nei casi più gravi, le donne possono sperimentare allucinazioni o psicosi.

Distinguere le preoccupazioni quotidiane da quelle mentali clinicamente significative può essere difficile, in particolare durante il periodo perinatale. A una donna bisognerebbe quindi chiedere quanto siano gravi i sintomi, da quanto tempo sono presenti e fino a che punto influenzano la sua capacità di gestire la propria vita quotidiana. Donne con questi sintomi richiedono interventi più intensi da parte degli operatori.

L'APPROCCIO DA SEGUIRE. La guida dell'Oms fornisce un approccio basato sull'evidenza per pianificare l'integrazione dell'assistenza sanitaria mentale perinatale nei servizi Mch e valutarne l'impatto. Un'integrazione efficace richiede, ad esempio, un nucleo centrale responsabile della supervisione dell'integrazione, un'analisi della situazione e una valutazione dei bisogni per identificare un pacchetto fattibile di interventi che soddisfino i bisogni delle donne durante il periodo perinatale e un'adeguata formazione e supervisione della forza lavoro per fornire servizi.

I servizi Mch durante il periodo perinatale, sottolinea l'Oms, "rappresentano un'opportunità unica per sostenere le donne in un ambiente rispettoso e privo di stigma, portando a una maggiore partecipazione e un migliore coinvolgimento nella cura delle donne e dei loro bambini e a un maggiore benessere e avanzamento della società".



STUDIO TOTEM

Cancro dell'endometrio

Il follow-up intensivo non aumenta la sopravvivenza rispetto alla sorveglianza minimalista. I dati del trial TOTEM

Il carcinoma dell'endometrio è il tumore ginecologico più comune in Europa, con circa 130mila nuovi casi e 30mila decessi in Europa nel 2020. La sopravvivenza relativa a 5 anni è del 76%. La diagnosi precoce e il miglioramento delle terapie oncologiche spiegano questo tasso di sopravvivenza relativamente alto. Secondo le

attuali linee guida, dopo il trattamento le pazienti vengono seguite per 5 anni, con visite ospedaliere ogni 3-4 mesi nei primi due anni e ogni 6-12 mesi fino a 5 anni. Si tratta del cosiddetto "follow up", che si auspica da una parte efficace nel riconoscere e trattare tempestivamente le recidive e dall'altra non troppo gravoso in termini di esami e procedure

IL FOLLOW-UP ONCOLOGICO richiede oggi un investimento considerevole di risorse cliniche anche se vi è una sorprendente scarsità di prove a sostegno della sua efficacia nel migliorare la sopravvivenza o la qualità della vita (QoL) dei pazienti oncologici. Inoltre, l'aderenza alle linee guida è bassa e i regimi di follow-up intensivi, con più visite ed esami programmati, sono ampiamente adottati, almeno nell'Europa meridionale, forse a causa di una presunta utilità e per motivi medico-legali.

Alcuni altri RCT sono stati condotti in questo ambito negli ultimi anni e alcuni di essi sono in corso. Si occupano della riduzione del numero delle visite programmate, come nello studio ENSURE, dell'impostazione del follow-up (ospedaliero vs follow-up telefonico guidato dall'infermiere) (studi ENDCAT-NEMO-TOPCAT-G) e del confronto tra il follow-up programmato e quello avviato dal paziente (studio OPAL). Gli studi pubblicati hanno dimostrato che il follow-up telefonico guidato dall'infermiere può sostituire il follow-up guidato dal medico nella sorveglianza di routine dei pazienti con carcinoma dell'endometrio in stadio I, in termini di soddisfazione delle pazienti, morbilità psicologica e rapporto costo-efficacia. Il follow-up ospedaliero però allevia la paura della recidiva del cancro in modo significativamente maggiore rispetto al follow-up avviato dalla paziente. Questi studi tuttavia non hanno mai indagato il vero impatto delle indagini sierologiche, citologiche o di imaging eseguite di routine sulla sopravvivenza e includevano solo pazienti a basso o intermedio rischio di recidiva.

Alla luce di tali considerazioni, nell'ambito della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta è stato disegnato, nel 2008, un ampio trial randomizzato, pragmatico, multicentrico denominato studio TOTEM, per confrontare in termini di sopravvivenza e QoL due modalità organizzative di follow-up (uno "intensivo" e uno "minimalista") nelle donne trattate per questo tipo di tumore, con diversa frequenza e tipologia di esami da eseguire nel corso dei 5 anni dopo l'intervento.

L'iniziativa è scaturita dalla stretta collaborazione tra l'Unità di Ginecologia Oncologica dell'Università degli Studi di Torino del Prof. Paolo Zola, che ha ideato lo studio, la Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta (allora diretta dal Dott. Oscar Bertetto), che ha fornito il supporto economico, e la Ssd Epidemiologia Clinica - Cpo Piemonte dell'Aou Città della Salute e della Scienza di Torino del Dott. Giovannino Ciccone, che ha contribuito sul piano metodologico e statistico al disegno, alla raccolta dati (sulla piattaforma Epiclin) e all'analisi finale.



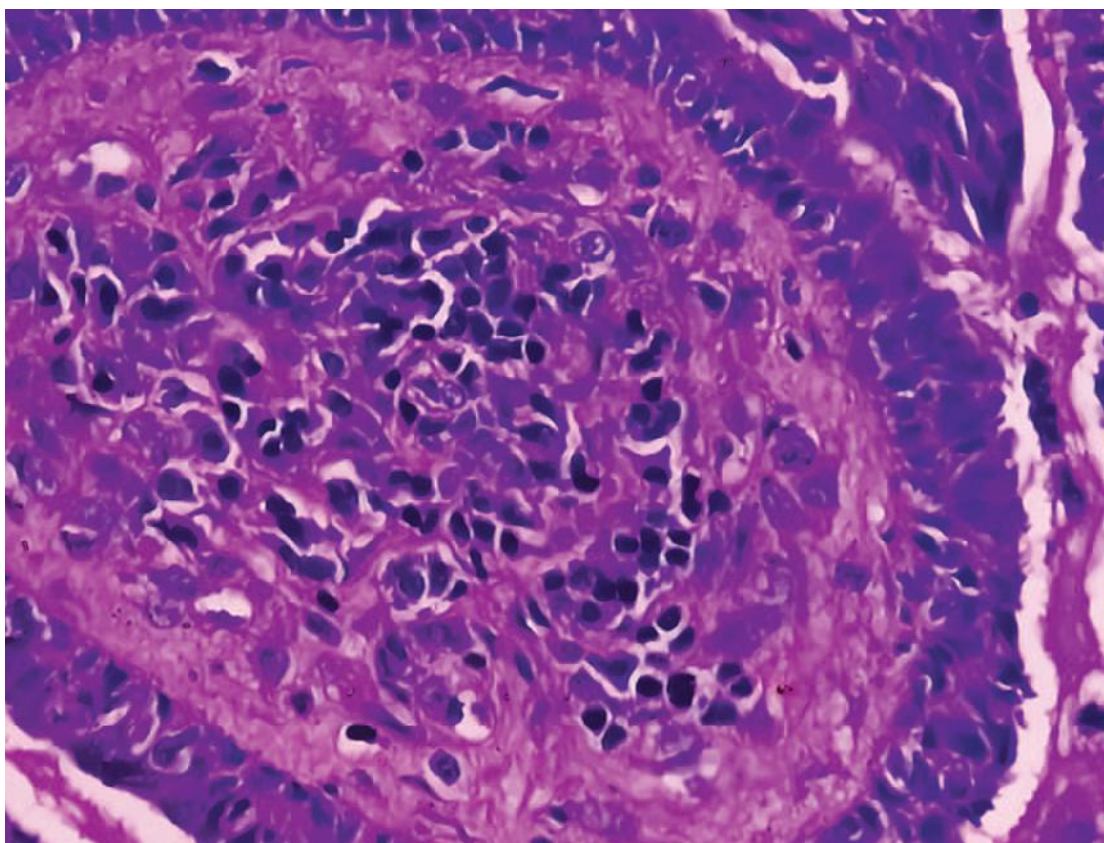
PAOLO ZOLA
Dipartimento Scienze Chirurgiche
Università Torino



GIOVANNINO CICCONE
Responsabile Epidemiologia Clinica e Valutativa
Aou Città della Salute e della Scienza di Torino
e CPO Piemonte di Torino



ELISA PIOVANO
SC Ginecologia e Ostetricia 3
AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Presidio Sant'Anna Torino



Metodi

LO STUDIO HA COINVOLTO 39 Istituzioni italiane e 3 Istituti francesi e ha concluso l'arruolamento delle pazienti nel luglio 2018 con un totale di 1866 donne che hanno accettato di partecipare a questa ricerca, regolarmente approvata dai Comitati Etici dei centri partecipanti.

I criteri per l'arruolamento nello studio prevedevano: donne trattate chirurgicamente per cancro dell'endometrio, in remissione clinica completa confermata dall'imaging al termine del trattamento (compresa l'eventuale terapia adiuvante), di età superiore ai 18 anni, con stadio di malattia I-IV della Federazione Internazionale di Ginecologia e Ostetricia (FIGO).

I criteri di esclusione erano una neoplasia pregressa o concomitante (con l'esclusione del carcinoma in situ della cervice e del basalioma cutaneo), la sindrome di Lynch, l'inclusione in altri studi con potenziale interferenza con i regimi di follow-up proposti e condizioni di vita che rappresentassero una chiara barriera al follow-up proposto, incluse la distanza geografica dall'ospedale curante o altre difficoltà di accesso. Dopo l'arruolamento, i dati di riferimento venivano inseriti in un database web-based (<https://www.epi-clin.it/totem>) e le pazienti venivano stratificate per rischio di ricaduta in un gruppo a basso rischio

(LoR) (FIGO 2009 Stage IA, G1-2) o ad alto rischio (HiR) (FIGO 2009 Stage IA G3, o >= IB). Dopo il completamento del trattamento primario (chirurgico e eventualmente adiuvante), le pazienti venivano poi assegnate in modo casuale in un rapporto 1:1, all'interno di ciascuno strato, a un regime di follow-up intensivo o minimalista. Dopo la randomizzazione, veniva generato automaticamente un programma di follow-up di 5 anni, con date programmate per visite ed esami pianificati in base al rischio e al braccio assegnato. Una copia stampata del programma di follow-up veniva quindi consegnata alle pazienti.

Per le donne LoR il regime di follow-up minimalista (MIN) prevedeva solo 11 visite (con esame clinico generale e ginecologico, di seguito denominato "visita"), senza test sierologici, citologici vaginali o di imaging, mentre il regime di follow-up intensivo (INT) prevedeva 13 visite, l'esame citologico vaginale annuale e, nei primi due anni, la TC torace, addome e bacino annuale.

Per le donne HiR il regime di follow-up minimalista (MIN) includeva 13 visite e una TC annuale nei primi due anni; il follow-up intensivo (INT) 14 visite con dosaggio del Ca125 ad ogni visita, esami ecografici dell'addome e del bacino due volte l'anno per 3 anni e poi annuali, il citologico vaginale annuale e la TC annuale (**figura 1**).

Nella foto a destra: fotomicrografia della biopsia uterina che mostra il cancro dell'endometrio

STUDIO TOTEM

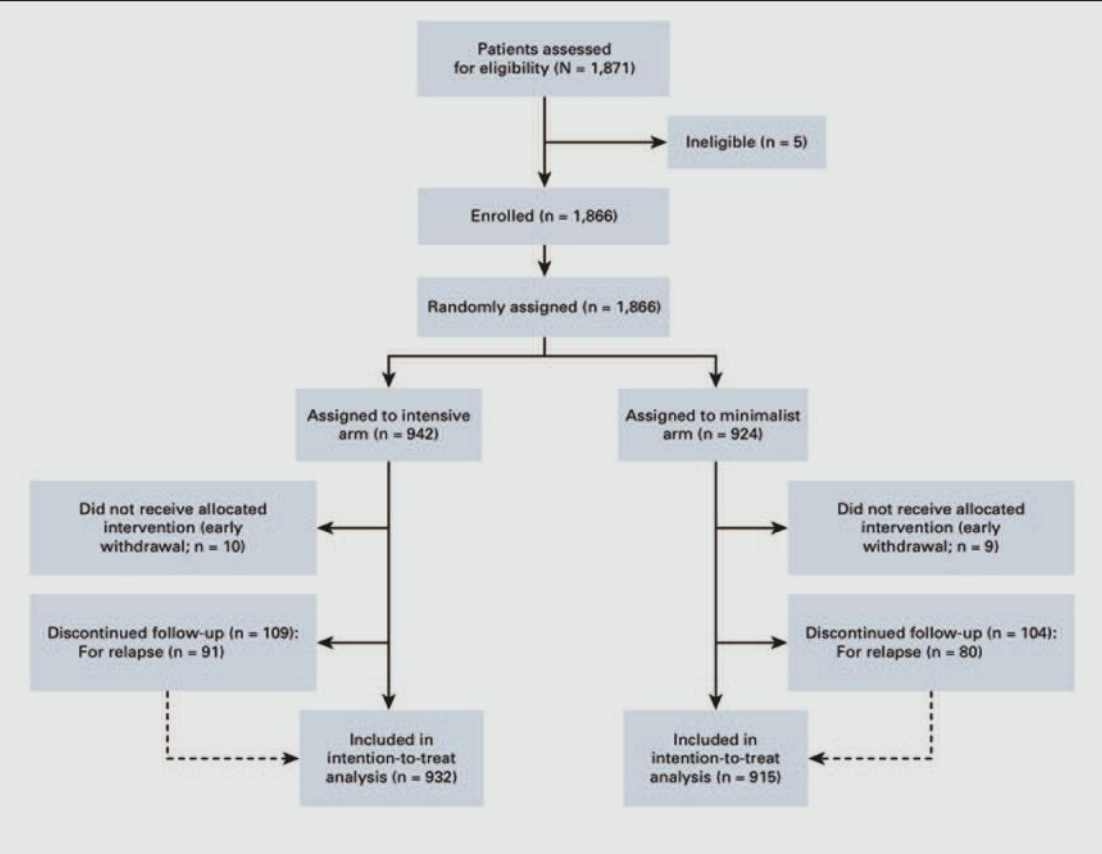
Figura 1
Follow-up visits and examinations by risk of relapse (Low risk, A; high risk, B) and follow-up regimen

A. LOW RISK follow-up regimen and procedures	Months since randomisation															
	0	4	6	8	12	16	18	20	24	30	36	42	48	54	60	
MINIMALIST																
Clinical Examination	X		X		X		X		X	X	X	X	X	X	X	
INTENSIVE																
Clinical Examination	X	X		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	
Vaginal cytology					X				X		X		X		X	
CT chest, abdomen, pelvis					X				X							

B. HIGH RISK follow-up regimen and procedures	Months since randomisation																
	0	4	6	8	12	16	18	20	24	28	30	32	36	42	48	54	60
MINIMALIST																	
Clinical Examination	X	X		X	X	X		X	X		X		X	X	X	X	X
CT chest, abdomen, pelvis					X			X									
INTENSIVE																	
Clinical Examination	X	X		X	X	X		X	X	X		X	X	X	X	X	X
Ca125		X		X	X	X		X	X	X		X	X	X	X	X	X
Abdomen & TV US		X		X		X		X		X		X		X		X	
Vaginal cytology					X				X				X		X		X
CT chest, abdomen, pelvis					X				X				X		X		X

Clinical Examination includes the gynecological examination; CT: computed tomography; Ca125: Cancer Antigen 125; TV: transvaginal; US: ultrasonography

Figura 2
CONSORT diagram



In caso di sospetto clinico o di risultati anomali dei vari test previsti erano ovviamente consentiti ulteriori esami di approfondimento non programmati, indipendentemente dal regime di follow-up assegnato. L'outcome primario era la sopravvivenza globale (OS), definita come il tempo dalla randomizzazione alla morte o all'ultima verifica dello stato in vita. Nel corso dei primi 5 mesi del 2021 è stata infatti eseguita una verifica sistematica dello stato in vita delle donne arruolate nello studio presso le rispettive Anagrafi di residenza, con il 96% di completezza. Gli esiti secondari erano la sopravvivenza libera da recidiva (RFS), definita come il tempo dalla randomizzazione alla recidiva del cancro dell'endometrio o alla morte per qualsiasi causa, la percentuale di pazienti asintomatiche con diagnosi di recidiva, la QoL correlata alla salute (HRQL) valutata al basale, a 6 e 12 mesi e poi an-

nualmente (con la SF-12 Physical and Mental Health-Summary-Scale), la compliance al programma di follow-up e i costi. I risultati relativi agli outcome clinici e alla compliance sono stati presentati nel 2021 all'ASCO Meeting, all'Esgo Meeting e all'Igcs Meeting, e recentemente pubblicati sul Journal of Clinical Oncology, rivista ufficiale dell'Associazione Americana di Oncologia Medica (Zola P, Ciccone G, Piovano E, Fuso L, Di Cuonzo D, Castiglione A, Pagano E, Peirano E, Landoni F, Sartori E, Narducci F, Bertetto O, Ferrero A on behalf of the TOTEM Collaborative Group*. Effectiveness of Intensive Versus Minimalist Follow-Up Regimen on Survival in Patients With Endometrial Cancer (TOTEM Study): A Randomized, Pragmatic, Parallel Group, Multicenter Trial. J Clin Oncol. 2022 Jul 20;JCO2200471. doi: 10.1200/JCO.22.00471. Epub ahead of print. PMID: 35858170). I dati relativi alla HRQL e ai costi saranno oggetto di una futura pubblicazione.

Analisi statistica

La dimensione del campione dello studio era stata calcolata per valutare un aumento dell'OS a 5 anni del 5%, approssimativamente dal 75% all'80%, corrispondente a un HR di 0,78, con una potenza = 0,80 e un errore alfa a 2 code di 0,05. Assumendo un tasso di abbandono del 5%, era stata stimata una dimensione del campione di 2.300 pazienti (1.150 per ciascun braccio). Era poi stata pianificata un'analisi ad interim quando si fossero verificati 1/3 degli eventi (con un valore soglia di "p" del log rank test di 0,0006, calcolato con il design Fleming e O'Brien). Un'altra analisi intermedia non pianificata è stata proposta dal Comitato Indipendente per il Monitoraggio dei Dati (IDCM) nel 2018, dopo 10 anni di arruolamenti. Considerando un accrual più lento del previsto, una OS osservata (circa il 90%) che era molto migliore di quanto ipotizzato nel protocollo (dato basato sui dati di sopravvivenza della popolazione), l'evidenza che il rischio di recidiva era concentrato nei primi 2-3 anni di follow-up e che prolungare gli arruolamenti non avrebbe aggiunto molti altri eventi (decessi), l'IDMC ha raccomandato di chiudere gli arruolamenti con 1871 pazienti randomizzate e che le analisi finali fossero eseguite dopo altri 3 anni di follow-up, garantendo così un'adeguata potenza statistica (>85%) per verificare un eventuale aumento assoluto della sopravvivenza del 5%. Dopo l'esclusione di poche pazienti randomizzate per la revoca precoce del consenso, tutte le altre sono state analizzate secondo i principi dell'intention to treat. Le caratteristiche cliniche e demografiche di base sono state riassunte con il dato di media o di mediana per variabili le continue e con la frequenza per variabili categoriche. Le funzioni di sopravvivenza sono state stimate con il metodo Kaplan-Meier e le differenze tra i bracci di follow-up sono state valutate mediante il log rank test stratificato. Un'analisi secondaria è stata eseguita con il modello di rischio proporzionale di Cox. L'aderenza alle visite e agli esami di follow-up programmati è stata misurata come differenza tra quelli programmati e quelli eseguiti, dopo aver escluso gli esami non programmati eseguiti in pazienti con sospetto di recidiva e considerata la durata effettiva del follow-up di ciascuna paziente. Le pazienti con una differenza assoluta <=2 visite durante l'intero follow-up sono state considerate aderenti. Sono state eseguite analisi di sottogruppi sull'OS con modelli di Cox (stratificato per centro e rischio di ricaduta) per esplorare la potenziale modifica dell'effetto dell'intensità dei programmi di follow-up in base al rischio di recidiva, alla classe di età (<=64, 65-74, 75+), alla tecnica chirurgica (laparoscopica/roboticamente-assistita o open), alla terapia adiuvante (sì/no) e al livello di aderenza del centro secondo la differenza media assoluta tra le visite attese e quelle effettuate (alto <=2; medio 2,01-4; basso > 4). Lo studio è registrato su ClinicalTrials.gov, NCT00916708.

PAOLO ZOLA

Unità di Ginecologia Oncologica
dell'Università degli Studi di Torino

GIOVANNINO CICCONE

Ssd Epidemiologia Clinica – Cpo
Piemonte dell'Aou Città della Salute e
della Scienza di Torino

TOTEM
COLLABORATIVE GROUP

Roberto Angioli (UO di Ginecologia Oncologica, Università Campus Bio-Medico, Roma, Italy), Roberto Berretta (UOC Ginecologia e Ostetricia, Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, Parma, Italy), Gloria Borra (SCDU Oncologia, AOU Maggiore della Carità, Novara, Italy), Alessandro Buda (Clinica Ginecologica UNIMIB, Ospedale San Gerardo, Monza, Italy and SC di Ginecologia Oncologica, Ospedale Michele e Pietro Ferrero, Verduno (CN), Italy), Enrico Busato (UOC Ginecologia e Ostetricia, Ospedale di Treviso, Treviso, Italy), Chiara Cassani (Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo—Dipartimento di Scienze Clinico-Chirurgiche, Diagnostiche e Pediatriche, Università degli Studi Pavia, Pavia, Italy), Francesca Chiudinelli (Ginecologia e Ostetricia, Ospedale di Manerbio ASST del Garda, Manerbio, Italy), Giuseppe Comerci (UOC di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Santa Maria delle Croci, Ravenna, Italy), Vincenzo Distratis (SC Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Martini, ASL “Città di Torino,” Torino, Italy), Andrea Evangelista (Epidemiologia Clinica e Valutativa, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino e CPO Piemonte, Torino, Italy), Massimiliano Fambrini (Unità di Ginecologia e Ostetricia, Università degli Studi di Firenze—AOU Careggi, Firenze, Italy), Giorgio Giorda (SOC Chirurgia Oncologica Ginecologica, Centro di Riferimento Oncologico di Aviano (CRO) IRCCS, Aviano, Italy), Lucia Longo (Oncologia Area Sud AUSL Modena, Ospedale di Sassuolo, Modena, Italy), Vincenzo Dario Mandato (Unità di Ginecologia e Ostetricia, AO Arcispedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia, Italy), Marco Marinaccio (Dipartimento di Ginecologia Ostetricia e Neonatologia (DIGON) AOU Consorziale—Policlinico, Bari, Italy), Francesca Martra (SC Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Civile E. Agnelli di Pinerolo, Pinerolo, Italy), Mario Valenzano Menada (Clinica Ostetrica e Ginecologica, Dipartimento DINOgMI, Università di Genova, Genova, Italy), Anna Myriam Perrone (IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche (DIMEC), Università di Bologna, Bologna, Italy), Francesca Piccione (Unità di Ginecologia Oncologica, Ex Fondazione per la Ricerca e la Cura dei Tumori Tommaso Campanella—Università Magna Graecia di Catanzaro, Catanzaro, Italy), Fabio Saccona (Epidemiologia Clinica e Valutativa, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino e CPO Piemonte, Torino, Italy), Cono Scaffa (Unità di Ginecologia Oncologica, Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori, IRCCS Fondazione G. Pascale, Napoli, Italy), Giovanni Scambia (UOC di Ginecologia Oncologica, Policlinico Universitario Agostino Gemelli—Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italy), Enrico Vizza (UOC Ginecologia Oncologica, IFO—Istituto Nazionale Tumori Regina Elena, Roma, Italy), Eugenio Volpi (SC Ginecologia e Ostetricia, ASO S. Croce e Carle, Cuneo, Italy), Laura Zavallone (UOA Oncologia Medica, Ospedale degli Infermi, Biella, Italy).

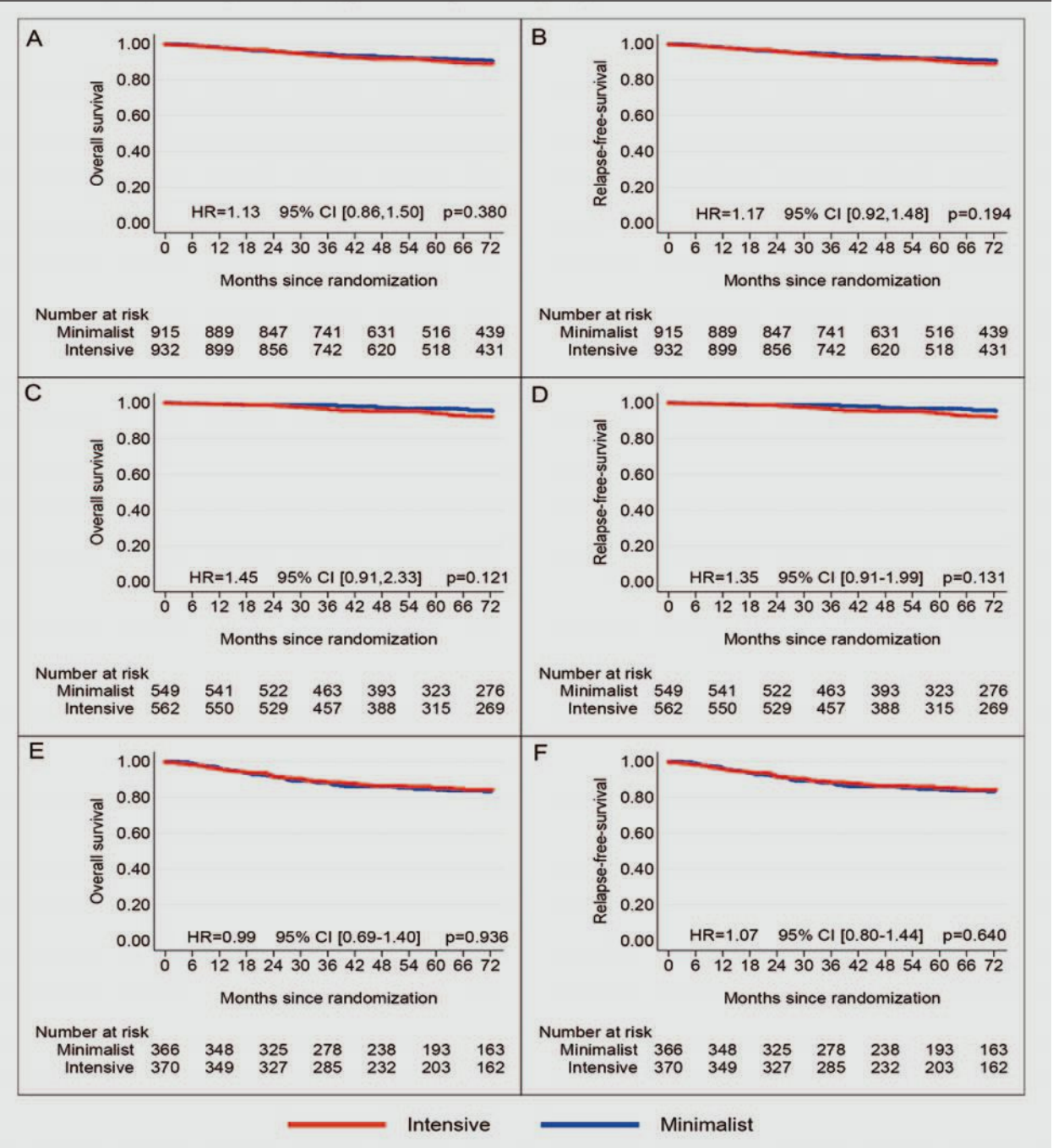
Tabella 1

Baseline characteristics
of the patients

	Intensive (N=932)		Minimalist (N=915)		Total (N=1847)	
	no.	%	no.	%	no.	%
Risk class						
Low Risk	562	60.3	549	60.0	1111	60.2
High Risk	370	39.7	366	40.0	736	39.8
Age						
<55	153	16.4	171	18.7	324	17.5
55-64	334	35.8	324	35.4	658	35.6
65-74	306	32.9	279	30.5	585	31.7
75+	139	14.9	141	15.4	280	15.2
Combination of risk factors						
Endometrioid, Stage IA, G1-G2	553	59.4	543	59.3	1096	59.3
Endometrioid, Stage IA, G3	45	4.9	58	6.4	103	5.6
Endometrioid, IB, any grade	182	19.5	166	18.1	348	18.8
Endometrioid, Stage II	32	3.4	29	3.2	61	3.3
Endometrioid, Stage III-IV	44	4.7	41	4.5	85	4.6
Non endometrioid, any stage	73	7.8	78	8.5	151	8.2
N.A.	3	0.3	-	-	3	0.2
Type of hysterectomy						
Total abdominal hysterectomy	727	78.0	708	77.4	1435	77.7
Total vaginal hysterectomy	57	6.1	63	6.9	120	6.5
Radical Hysterectomy	144	15.5	141	15.4	285	15.4
N.A.	4	0.4	3	0.3	7	0.4
Laparoscopy						
Yes	472	50.7	454	49.6	926	50.1
No	456	48.9	458	50.2	914	49.5
N.A.	4	0.4	3	0.3	7	0.4
Adjuvant therapy						
Surgery alone	621	66.6	609	66.6	1230	66.6
Surgery + Radiotherapy	194	20.8	177	19.3	371	20.1
Surgery + Chemotherapy	43	4.6	43	4.7	86	4.7
Surgery + Chemotherapy + Radiotherapy	46	4.9	62	6.8	108	5.8
Surgery + Adjuvant therapy not specified	28	3.1	24	2.6	52	2.8
N.A. not assessed						

Figura 3

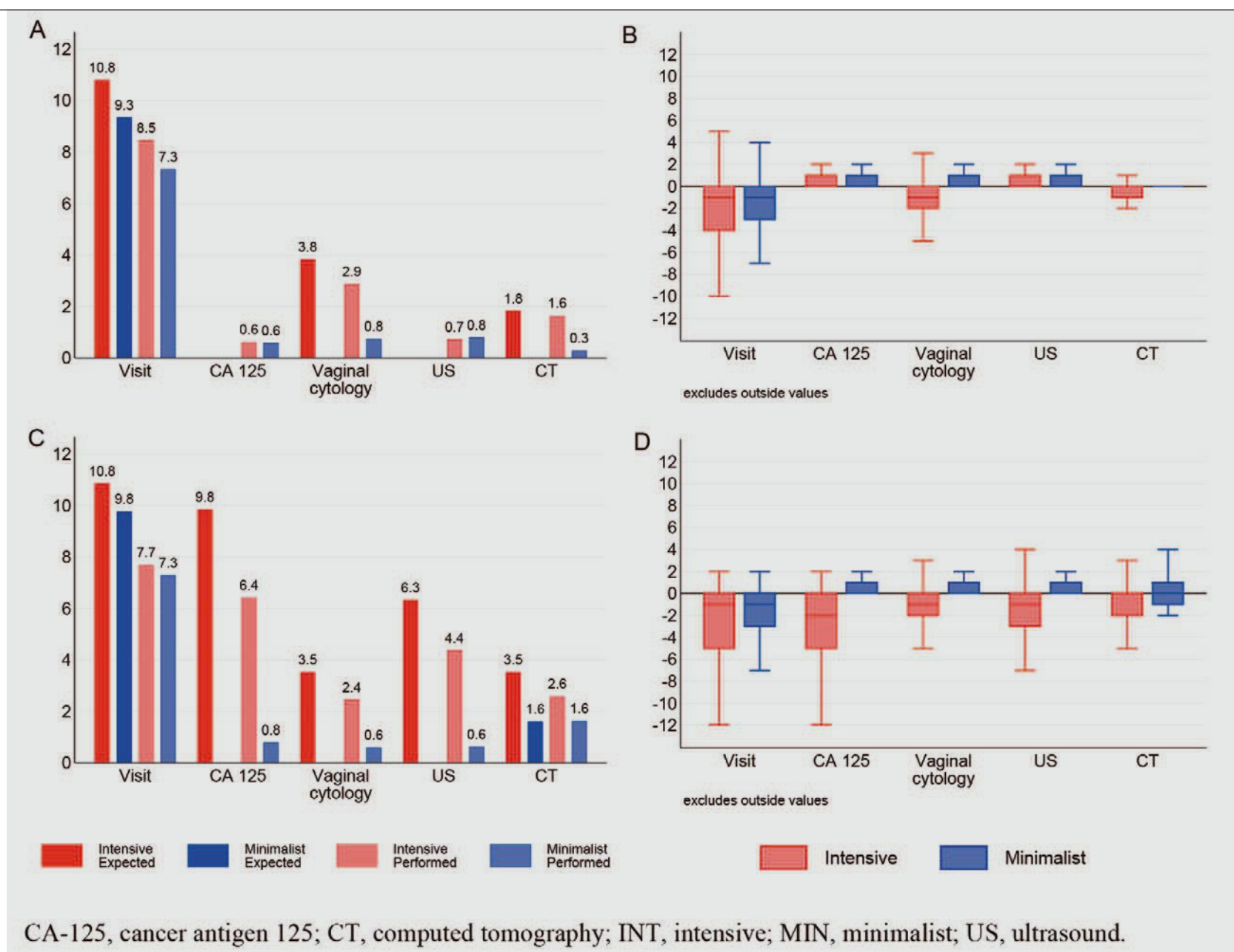
Overall survival (A, C, E)
and relapse free survival
(B, D, F) in the overall
population (A, B) and in
low-risk (C, D) and high
risk (E, F) patients, by
follow-up regimen



STUDIO TOTEM

Figura 4

(A,C) Mean number and (B,D) mean difference of performed minus expected visits and examinations per patient during follow-up, by risk of relapse (A, B: low-risk; C, D: high-risk).



Al momento della diagnosi di recidiva 58/175 pazienti (33%) hanno effettuato una visita di follow-up non programmata: 42 per sintomi e 16 per sospetto di recidiva su una procedura programmata eseguita senza sintomi

Risultati

Sono stati arruolate 1.871 pazienti in 39 centri in Italia (tra il 1 novembre 2008 e il 31 luglio 2018) e in 3 centri in Francia (tra il 1 marzo 2017 e il 31 luglio 2018). Nella **figura 2** sono riassunti nel diagramma CONSORT gli arruolamenti, le esclusioni e le randomizzazioni. Le analisi (intention to treat) sono state eseguite in 1847/1866 pazienti randomizzate (99,0%). Le caratteristiche di base della popolazione analizzata sono riassunte nella **tabella 1**. I due bracci erano ben bilanciati rispetto alle caratteristiche di base, inclusi stadio, grado o sottotipo istologico. L'età media delle pazienti era di 63,7 anni. La maggior parte delle pazienti (59,3%) presentava un carcinoma endometriale endometriode, stadio IA, G1-G2. Il solo trattamento chirurgico è stato eseguito in 1230 pazienti (66,6%), mentre 617 (33,4%) hanno ricevuto un intervento chirurgico e un trattamento adiuvante. L'isterectomia vaginale è stata eseguita in 120 (6,5%) pazienti, mentre 926 (50,1%) sono state sottoposte a chirurgia mininvasiva (LPS o robotica). La chirurgia mininvasiva è stata eseguita nel 56,6% delle pazienti LoR e nel 40,5% delle pazienti HiR. L'isterectomia, l'ovariectomia bilaterale e la linfadenectomia sono state eseguite secondo le linee guida nazionali ed europee, ma non è stata pianificata la raccolta di dati dettagliati sulla linfadenectomia. Tra i 617 pazienti sottoposte a trattamento adiuvante, 371 (60,1%) hanno ricevuto radioterapia (RT), 86 (13,9%) han-

no ricevuto chemioterapia (CT), 108 (17,5%) hanno ricevuto sia RT che CT, secondo le linee guida nazionali ed europee.

Le pazienti hanno avuto una durata mediana del follow-up di 69 mesi.

L'OS a 5 anni è stata rispettivamente del 90,6% (78/932, IC 95%: 88,4-92,4) nel braccio INT e del 91,9% (67/915, IC 95%: 89,9-93,6) nel braccio MIN (HR = 1,13, IC 95%: 0,86-1,50, p = 0,380) (**figura 3A**).

Nel gruppo LoR, la OS stimata a 5 anni del braccio INT vs MIN era 94,1% (28/562) e 96,8% (15/549) (HR = 1,45, 0,91-2,33, p = 0,121) e i dati corrispondenti nel gruppo HiR erano dell'85,3% (50/370) e dell'84,7% (52/366) (HR = 0,99, 0,69-1,40, p = 0,936) (**figura 3C, E**).

La maggior parte delle recidive è stata diagnosticata durante i primi 2 anni di follow-up, con un tempo mediano dalla randomizzazione alla diagnosi della ricaduta di 14 mesi (23 mesi nel LoR e 12 mesi nel HiR).

La RFS a 5 anni era rispettivamente del 90,7% (131/932, IC 95%: 87,7-93,0) nel braccio INT e del 93,7% (108/915, IC 95%: 91,1-95,5) nel braccio MIN (HR= 1,17, IC 95%: 0,92-1,48, p=0,194) (**figura 3B**). Gli HR erano 1,35 (IC 95% 0,91-1,99) e 1,07 (IC 95% 0,80-1,44) rispettivamente nei gruppi LoR e HiR (**figura 3D, F**).

Per quanto riguarda le recidive (n=175), 171 si sono verificate durante i primi 5 anni di follow-up. Circa la metà delle recidive erano asintomatiche (91/171, 53,2%), con una tendenza a percentuali

più elevate nel braccio INT rispetto al braccio MIN, sia nel gruppo LoR (59,3% vs 40,0%, OR 2,18, p=0,195) che in quello HiR (56,3% vs 51,7%, OR 1,17, p = 0,701). Le altre quattro ricadute si sono verificate dopo i primi 5 anni di follow-up.

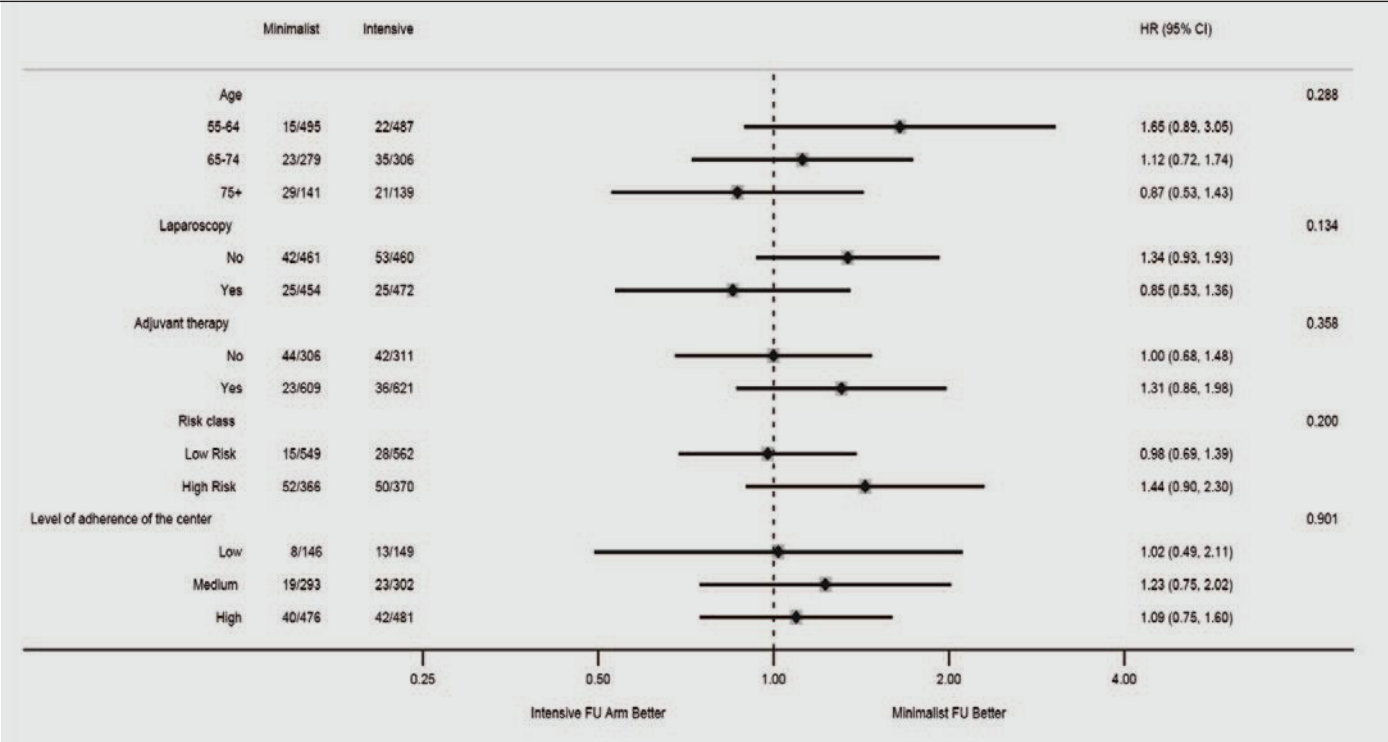
Cinquantotto donne su 175 (33,1%) avevano un'unica sede di recidiva, il 62,3% aveva più sedi contemporanee di recidiva e in 8/175 (4,6%) la sede della recidiva non era disponibile. Solo 19 su 109 recidive multiple erano nelle donne LoR. Più di un terzo delle recidive nel gruppo LoR si è verificato sulla cupola vaginale o in pelvi (19/51, 37,3%), ma 25/51 donne (49%) hanno sviluppato una recidiva in una sede a distanza. Nel gruppo HiR 93/124 (75%) recidive erano in una sede a distanza.

Al momento della diagnosi di recidiva 58/175 pazienti (33%) hanno effettuato una visita di follow-up non programmata: 42 per sintomi e 16 per sospetto di recidiva su una procedura programmata eseguita (es. nuova lesione sulla TC, o un aumento del Ca125), senza sintomi.

La maggior parte delle recidive (129/175, 73,7%) è stata rilevata dalla visita, da sola (10,8%) o dalla visita+TC (50,8%) o dalla visita+altri esami (12%), il 10,9% da altri singoli esami, mentre per il 15,3% non era disponibile il metodo diagnostico.

L'aderenza delle pazienti alle visite programmate di follow-up è stata leggermente inferiore nel braccio INT (65,5%) rispetto al braccio MIN (69,5%) (OR per aderenza, 0,80; IC 95% 0,64-1,00, p=0,048), con differenze simili nei gruppi LoR e

Figura 6
Subgroup analysis of Overall Survival



HiR. Come previsto, il numero medio di esami registrati per paziente (laboratorio o imaging) era nettamente superiore nei bracci INT rispetto ai bracci MIN (9,7 vs 2,9, $p < 0,0001$). Focalizzando la compliance agli esami durante tutto il periodo di follow-up, nel gruppo LoR la differenza media tra gli esami eseguiti e quelli attesi per paziente era minima in entrambi i bracci (**figura 4, A, B**), mentre nel gruppo HiR il braccio INT ha eseguito meno esami del previsto, sebbene la differenza tra i bracci sia rimasta ampia (**figura 4, C, D**). I risultati delle analisi dei sottogruppi per OS sono riepilogati in un forest plot (**figura 5**). In nessuno dei sottogruppi analizzati (per età, tecnica chirurgica, terapia adiuvante, rischio di ricaduta e aderenza del centro) il regime di follow-up ha mostrato un’interazione significativa. È interessante notare che non sono state osservate differenze stratificando i centri in base alla loro aderenza media al follow-up programmato.

Discussione

I RISULTATI dello studio TOTEM non hanno mostrato alcun miglioramento nell’OS per le pazienti trattate per cancro dell’endometrio e seguite con un regime di follow-up INT di 5 anni, indipendentemente dal loro rischio di recidiva. Nelle donne sottoposte a sorveglianza con il regime INT il rilevamento delle recidive, soprattutto di quelle asintomatiche, è stato leggermente superiore, ma questo rilevamento precoce non si è tradotto in miglioramenti della OS. Nessun beneficio del regime INT è stato inoltre rilevato nelle analisi pianificate per sottogruppi. L’aderenza subottimale al protocollo potrebbe aver diluito le possibili differenze negli esiti clinici tra i due regimi. In particolare, le donne nel braccio MIN sono state occasionalmente sottoposte a citologici vaginali, dosaggi Ca125 ed ecografie addomino-pelviche non pianificate, probabilmente considerati esami non invasivi e utili per completare la visita, mentre le donne nel braccio INT hanno omesso alcuni degli esami programmati, suggerendo una limitata accettabilità di questo regime di follow up. Tuttavia, le effettive differenze nel tipo e nella frequenza degli esami eseguiti sono rimaste ampie e le analisi per sotto-

gruppi non hanno mostrato alcun vantaggio del regime INT, anche nel gruppo di centri con il più alto livello di aderenza. I principali punti di forza dello studio TOTEM sono l’ampia dimensione del campione con un lungo follow-up, l’inclusione di diversi centri che hanno arruolato pazienti che rappresentano la popolazione reale e la rigorosa verifica dello stato in vita eseguita sull’intera coorte. La durata molto lunga dello studio potrebbe aver ridotto la qualità della raccolta dei dati durante il follow-up, ma ciò è irrilevante per lo studio della sopravvivenza, che era l’endpoint primario dello studio. Lo studio TOTEM può essere tranquillamente interpretato come vero negativo perché, oltre alla probabilità di OS molto simile, il limite inferiore dell’IC 95% dell’HR per OS (0,85) esclude il beneficio ipotizzato del regime INT (0,78) con un ampio margine. L’aderenza subottimale delle pazienti alle visite programmate e agli esami del braccio INT durante il follow-up di 5 anni è una limitazione dello studio, ma anche un indicatore della scarsa accettabilità e fattibilità di questi regimi intensivi. La mancanza del dato sull’invasione dello spazio linfovaskolare (LVSI) per la stratificazione del rischio di recidiva impedisce la possibilità di esplorare anche questa variabile nelle analisi di sottogruppi, e lo stesso dicasi per POLE, per le proteine del MMR e per p53, ma al momento della messa a punto del TOTEM, il LVSI e le citate analisi molecolari non erano ancora riconosciuti come fattori prognostici rilevanti nel cancro dell’endometrio. Una caratteristica importante in uno studio pragmatico è la sua rappresentatività della popolazione reale. Questo aspetto è stato attentamente considerato durante la progettazione e la conduzione dello studio TOTEM, definendo pochi e semplici criteri di inclusione e favorendo il coinvolgimento di un gran numero di centri (in diverse regioni e con vari carichi di lavoro). Tuttavia, il contributo di tutti i centri non è stato uniforme durante lo studio per diversi motivi (partecipazione ritardata, arruolamento ridotto a causa di protocolli concomitanti) che hanno portato alla necessità di allungare il periodo di arruolamento, con aumento del rischio di selezione delle pazienti.

Conclusione

Lo studio TOTEM ha mostrato chiaramente che un follow-up intensivo nelle pazienti trattate per cancro dell’endometrio non migliora la OS, anche nelle pazienti ad alto rischio. Questi risultati hanno un alto grado di robustezza statistica e trasferibilità alla pratica clinica e aggiungono prove solide per rafforzare la tendenza già esistente nelle attuali linee guida verso un follow-up minimalista, fatto di visite cliniche programmate con l’aggiunta della TC torace-addome completo nei primi due anni nelle pazienti ad alto rischio. **Secondo le evidenze disponibili**, non vi è alcun motivo per aggiungere ulteriori indagini di routine (di citologia vaginale, di laboratorio o di imaging) ai regimi minimalisti utilizzati in questo studio. **Questo studio** è un esempio importante e incoraggiante della capacità di collaborazione tra strutture pubbliche nel condurre studi pragmatici, indipendenti, a basso costo e con rilevanti impatti sulla pratica clinica. **TOTEM infine** rinforza il concetto che “doing more does not (always) mean doing better”, sostenuto a livello internazionale dal movimento Choosing Wisely e in Italia da Slow Medicine.

TOTEM è dedicato alla memoria di Alessandro Liberati (<https://associali.it/>), per il suo incoraggiamento e per il contributo all’ideazione dello studio e per il suo straordinario impegno nel diffondere la cultura della Evidence Based Medicine nel mondo della ricerca e del Ssn.

STUDIO JAMA / COVID

Covid. Il vaccino riduce il rischio di ospedalizzazione per le donne in gravidanza. **Lo studio su Jama**

In uno studio pubblicato su *Jama* è emerso che la vaccinazione contro il Covid delle donne in gravidanza con vaccini a mRNA è associata ad un alto livello di protezione contro il rischio di ospedalizzazione. Le stime di efficacia vaccinale sono risultate più alte durante la circolazione della variante Delta e più basse - pur mantenendosi su elevati livelli di protezione - con la variante Omicron. La protezione è diminuita nel tempo, in particolare durante la predominanza di Omicron.

L'INFEZIONE DA SARS-COV-2 durante la gravidanza è associata a un aumento del rischio di ospedalizzazione, ricovero in terapia intensiva, parto pretermine e morte del feto. Le attuali linee guida dei Centers for Disease Control and Prevention degli Stati Uniti e dell'American College of Obstetricians and Gynecologists raccomandano che tutte le persone in gravidanza ricevano una serie primaria e una dose di richiamo di vaccino contro il Covid, con una preferenza per i vaccini a mRNA. Ciononostante, la copertura tra le donne in gravidanza rimane bassa rispetto alle persone di età simile non in gravidanza.

L'evidenza dei benefici della vaccinazione Covid può aumentare la fiducia nella vaccinazione tra le persone in gravidanza. In questo studio su *Jama* sono stati analizzati i dati delle donne in gravidanza per stimare l'efficacia dei vaccini a mRNA con un ciclo primario e un richiamo booster nell'evitare ospedalizzazioni e ricoveri di emergenza causati dal Covid sia durante i periodi di predominanza delle varianti Delta che durante la circolazione di Omicron.

Tra le 5492 visite mediche, ci sono state 4517 visite accessi al pronto soccorso tra le persone in gravidanza; 885 (19,6%) avevano un risultato positivo al test Sars-CoV-2; l'età mediana tra le partecipanti era di 28 (24-32) anni. Le visite al Pronto Soccorso durante la gravidanza sono state 1218 (27,0%) nel primo trimestre, 1647 (36,5%) nel secondo trimestre e 1652 (36,6%) nel terzo trimestre. Un totale di 2861 visite (63,3%) si è verificato durante la predominanza della variante Delta e 1656 (36,7%) durante la predominanza della variante Omicron. Tra le persone in gravidanza con una visita in pronto soccorso, 3380 (74,8%) non erano vaccinate; tra quelle vaccinate con almeno 1 dose durante la gravidanza, 721 (16,0%) avevano ricevuto 2 dosi di vaccino mRNA, di cui 523 (11,6%) con seconda dose da 14 a 149 giorni prima e 198 (4,4%) con seconda dose 150 o più giorni prima; 416 (9,2%) avevano ricevuto 3 dosi, di cui 351 (7,8%) con terza dose da 7 a 119 giorni prima e 65 (1,4%) con terza dose 120 o più giorni prima. La vaccinazione è avvenuta prima della gravidanza in 589 individui (51,8%); 341 (30,0%), 192 (16,9%) e 15 (1,3%) hanno ricevuto la prima dose di vaccino mRNA rispettivamente durante il primo, secondo e terzo trimestre di gravidanza.

Tra i 975 ricoveri ammissibili tra le persone in gravidanza, 334 (34,3%) avevano un risultato positivo per Sars-CoV-2; l'età mediana tra le partecipanti era di 31 (26-35) anni. Tra i ricoveri associati al parto, la frequenza di parto pretermine (<37 settimane di gestazione) è stata del 38,3% (245 su 638) nel complesso e del 54,9% (90 su 164) tra co-



Link allo studio Jama

loro che erano positivi al SARS-CoV-2. Un totale di 679 ricoveri (69,6%) si è verificato durante la predominanza della variante Delta e 337 (34,6%) durante la predominanza della variante Omicron. Tra le persone in gravidanza con ricovero per patologia simile al Covid, 670 (68,7%) non erano vaccinate; tra quelle vaccinate con almeno 1 dose durante la gravidanza, 199 (20,4%) avevano ricevuto 2 dosi di vaccino mRNA, di cui 121 (12,4%) con seconda dose da 14 a 149 giorni prima e 78 (8,0%) con seconda dose 150 o più giorni prima; 106 (10,9%) avevano ricevuto 3 dosi, di cui 82 (8,4%) con terza dose da 7 a 119 giorni prima e 24 (2,5%) con seconda dose 120 o più giorni prima. La vaccinazione è stata iniziata prima della gravidanza in 118 individui (38,7%) e nel primo, secondo e terzo trimestre di gravidanza rispettivamente in 84 (27,5%), 84 (27,6%) e 19 (6,2%). Durante la predominanza della variante Delta, l'efficacia vaccinale stimata di 2 dosi di prodotto a mRNA somministrate da 14 a 149 giorni prima

contro l'ospedalizzazione associata a Covid era del 99% (95% CI, 96%-100%); per 2 dosi 150 o più giorni prima, era del 96%. L'efficacia stimata per 3 dosi da 7 a 119 giorni prima è stata del 97%; il campione non era sufficiente per stimare l'efficacia per 3 dosi 120 o più giorni prima. Durante la predominanza della variante Omicron, l'efficacia stimata di 2 dosi da 14 a 149 giorni prima era dell'86%; per 2 dosi 150 o più giorni prima era del 64%. L'efficacia stimata di 3 dosi da 7 a 119 e 120 o più giorni prima era rispettivamente dell'86% e del -53%.

Dallo studio emerge quindi come la vaccinazione delle donne in gravidanza contro il Covid, compreso il ricorso ad una dose booster, è associata alla protezione contro il rischio di ospedalizzazione. Le stime di efficacia vaccinale contro il rischio di ospedalizzazione sono risultate più alte durante il periodo di prevalenza della variante Delta, e la protezione diminuiva nel tempo, in particolare durante la predominanza di Omicron.

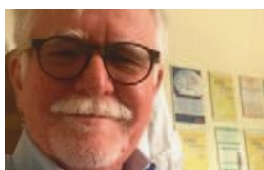
ERITREA/ITALIA



Prendersi cura degli altri

La nostra missione medica all'ospedale Edaga Hamus di Asmara

QUESTO È IL MIO SECONDO VIAGGIO in Eritrea per una missione di due settimane tra agosto e settembre presso l'ospedale Edaga Hamus di Asmara promossa dalla Onlus Assiter (Associazione Italia-Eritrea). L'Eritrea è un Paese che mantiene forti legami con l'Italia risalenti all'epoca coloniale con tutto ciò che ha comportato nel bene e nel male. Fortunatamente è storia passata e l'Eritrea è oggi un Paese indipendente. Naturalmente il lungo conflitto adesso finalmente terminato con la vicina Etiopia e le difficoltà persistenti negli equilibri tra i Paesi e le etnie del Corno d'Africa, eredità purtroppo anche del periodo coloniale, non facilitano lo sviluppo economico dell'area. Questa mancanza di risorse economiche si ripercuote ovviamente nel campo della sanità ed in particolare nel settore materno-infantile ed in generale per quanto riguarda la salute della donna. Ed è proprio in questo ambito che l'Onlus Assiter, organizzazione italiana per prima è intervenuta in sostegno ai bisogni medici ed assistenziali della popolazione delle donne eritree in sintonia con il Ministero della Sanità, sta da mesi intervenendo con fondi raccolti in Italia, con l'invio di professionisti volentieri, di materiale, macchinari e di strutture sanitarie. Assiter è stata fondata ed è gestita e diretta da una grande donna Lidia Corbelli che ha vissuto gran parte della sua vita ad Asmara e che dedica oggi tutte le sue energie nel faticosissimo impegno per migliorare le condizioni di salute delle



CLAUDIO CRESCINI
Vicepresidente Nazionale
Aogoi

eritree. Ed ecco quindi che alla fine di agosto dell'anno 2022 ci troviamo all'aeroporto di Malpensa per un volo della Egyptair che dopo uno scalo al Cairo ci porterà direttamente ad Asmara.

Nella casa di Asmara

Nella casa affittata da Assiter ad Asmara sono presenti le due simpatiche e sempre allegre signore che avevo già conosciuto e che di giorno svolgono tutti i lavori di casa e preparano il pranzo e la cena. La signora Mulu è addetta alla gestione della casa mentre la signora Saba è la cuoca. Parlano solo tigrino ma sono

operose e cordialissime. Al mattino a colazione mi fanno sempre lunghi discorsi in tigrino di cui io ovviamente non comprendo nulla ma rispondo sempre dicendo di sì oppure ok! L'acqua che esce dai rubinetti di casa non è potabile per cui la verdura deve essere lavata con prodotti a base di cloro pena problemi gastroenterici molto fastidiosi.

Nella pur confortevolissima residenza ci sono purtroppo due piccoli ma fastidiosi problemi. Il primo è il razionamento dell'elettricità per cui a volte manca la corrente elettrica nel pomeriggio e alla sera altre volte al mattino sempre in modo imprevedibile. Previdentemente abbiamo con noi torce cinesi efficientissime e ricaricabili con possibilità di illuminazione laterale per la lettura. Il secondo problema è la mancanza di acqua a cui si è sopperito costruendo un grande serbatoio che in ogni caso non garantisce la potabilità quindi per uso alimentare si deve utilizzare acqua in bottiglia proveniente dal Sudan. Tuttavia per ottenere una portata sufficiente di acqua per la doccia e per i servizi igienici si deve attivare una pompa elettrica che ovviamente non funziona in mancanza di elettricità.

Per noi europei abituati da sempre ad avere una disponibilità illimitata di energia elettrica e di acqua in ogni casa la mancanza di questi due elementi rappresenta un grosso disagio ma rapidamente ci si abitua e si elaborano strategie alternative per garantirsi l'igiene personale a cui siamo da sempre abituati. Ciò che si avverte subito e ci verrà poi confermato visitando la città è la tota-



ERITREA/ITALIA

le mancanza di manutenzione di tutto il patrimonio abitativo e infrastrutturale lasciato dalla comunità italiana oramai ridotta a poche famiglie. Tutto il centro cittadino è stato costruito durante l'occupazione coloniale italiana da architetti ed ingegneri di grande valore e da maestranze abili e tale è rimasto vittima del degrado e del logoramento causato dal trascorrere del tempo

L'ospedale Edaga Hamus

Appena arrivati, dopo aver fatto una breve sosta nella residenza dell'associazione, ci rechiamo subito all'ospedale Edaga Hamus situato nel centro cittadino proprio in un grande spiazzo dove ci sono le pensiline della stazione degli autobus. Questo grande spiazzo male asfaltato e disseminato di buche è sempre affollato da viaggiatori con grandi bagagli in attesa di autobus di vecchia fabbricazione e con carrozzerie erose da ruggine e dai danni riparati alla meglio provocati da vecchi incidenti stradali. Si accede all'ospedale direttamente dal piazzale degli autobus e questo è molto comodo per le pazienti che arrivano da altre località con l'autobus. Infatti Edaga Hamus è un ospedale esclusivamente materno infantile dove nascono tremila bambini all'anno e dove la percentuale dei tagli cesarei è inferiore al 10%. Le gravidanze ad alto rischio o con gravi patologie vengono trasferite nell'ospedale centrale di Asmara l'Orotta Hospital. Veniamo accolti subito dal primario dottor Kifleyesus e dalla sua equipe ed è un piacere rivedersi dopo quasi un anno.

L'ambulatorio dove si svolgerà la nostra attività è situato proprio all'ingresso a piano terra ed è stato completamente rimesso a nuovo dal nostro factotum Pietro che oltre ad accompagnarci ovunque ed a provvedere ad ogni necessità della casa (soprattutto riparazione guasti idraulici) ha un passato di imprenditore edile, attività oggi molto ridotta in quanto l'edilizia è gestita esclusivamente dallo Stato ed ai privati rimangono solo lavori di piccola manutenzione o ristrutturazione di interni. L'ambulatorio dispone di acqua corrente ma non con continuità (problema che affligge tutta la città) ma è presente un bidone metallico sostenuto da un treppiede che funge da dispensatore di acqua e che avevamo fatto costruire dagli artigiani locali del famoso Caravanserraglio, un'area parzialmente circondata da mura e con un grande portale di ingresso costruito un secolo fa dagli italiani per accogliere le carovane di cammelli e di tutti coloro che arrivavano in città con animali da soma per il trasporto di merci. Oggi è un'area artigianale dove viene riciclato tutto quanto può essere recuperato. Qui non esiste nessuna misura di sicurezza mentre il lavoro minuzioso è la regola. Le ventole dei vecchi PC vengono recuperate per costruire manufatti per cuocere cibi alimentando la brace. In alcuni ambienti oscuri le donne lavorano ad enormi macchine per preparare le spezie che nella cucina Eritrea sono di larghissimo impiego quotidiano mentre altre gestiscono enormi rumorosissimi motori ricavati da camion russi che producono elettricità diffondendo ovunque i fumi della combustione del gasolio.

“È doveroso ringraziare le persone che hanno partecipato con generose offerte alla sottoscrizione promossa dal giornale online Bergamonews per l'acquisto del colposcopio ed a cui va il nostro ringraziamento



La missione

Trasportiamo sei grandi valigie contenenti di tutto e di più per attrezzare un ambulatorio ginecologico finalizzato soprattutto alla esecuzione dei Pap test e delle colposcopie. Il progetto di Assiter consiste nell'organizzare un servizio di prevenzione, diagnosi e trattamento delle lesioni premaligne e maligne del collo dell'utero. L'Eritrea è uno dei Paesi con la più alta presenza di tumori del collo dell'utero perché non esiste il Pap Test e naturalmente nemmeno il costosissimo vaccino anti HPV che in occidente è ormai offerto da molti anni e gratuitamente a tutte le ragazze al compimento del dodicesimo anno di età. Cominciamo ad aprire le valigie e ad estrarre tutto il materiale sanitario necessario per allestire un ambulatorio ginecologico dove possano essere eseguite oltre alle normali visite ginecologiche anche le ecografie, i Pap test, le biopsie e tutto quanto si può fare ambulatorialmente.

Ma il pezzo forte della strumentazione è rappresentato da due apparecchi del costo ciascuno di circa undicimila euro. Il primo è un colposcopio dotato di telecamera e monitor che permette a tutti di vedere il collo dell'utero a vari ingrandimenti e con reazioni e colorazioni che consentono la diagnosi delle lesioni neoplastiche. Questo strumento è arrivato smontato dall'Italia con la DHL suddiviso in vari scatoloni conservati chiusi fino al nostro arrivo ed attende l'as-

semblaggio. Il colposcopio è uno strumento fondamentale nella filiera diagnostica e terapeutica per la cura della patologia del collo uterino e per la nostra campagna finalizzata a ridurre incidenza e mortalità per cervicocarcinoma.

Il secondo strumento è un modernissimo ecografo portatile di altissima qualità sonde e di una stampante

Questo ecografo è dotato di moltissime funzioni ed è in grado in mani esperte di indagare ogni aspetto dell'apparato genitale femminile oltre ovviamente al controllo delle gravidanze.

Tutti insieme italiani ed eritrei abbiamo aperto le confezioni ed estratto ogni oggetto con grande gioia e curiosità. Mi sembrava di essere ritornato nell'infanzia il 12 di dicembre quando mi svegliai presto al mattino per aprire i regali di Santa Lucia, tradizione bergamasca che per i bimbi è più importante del Natale.

Il montaggio del colposcopio si è rivelato molto complesso anche per via delle istruzioni che ricordavano quelle dei mobili Ikea. Alla fine tra prove e tentativi, montaggi e smontaggi siamo riusciti a completare il lavoro ed a rendere funzionante lo strumento. È rimasto solo un dettaglio relativo alla parte elettrica, ma la mancanza di collegamento internet ci ha impedito di chiedere informazioni al venditore.

La nostra attività con i giovani medici

Siamo sempre stati accompagnati da due bravissimi traduttori, una ragazza Abigail ed un ragazzo Meron che avevano frequentato in passato la scuola italiana di Asmara, oggi purtroppo chiusa per sempre e che avevano una perfetta padronanza della nostra lingua. Siamo partiti con l'attività colposcopica. Le donne che erano state programmate non parlavano inglese ed anche le infermiere non lo comprendevano appieno però i giovani medici presenti alle consultazioni per apprendere la metodica colposcopica avevano una buona conoscenza dell'inglese. In ogni caso abbiamo sempre avuto a disposizione i due bravi giovani traduttori. Durante gli esami colposcopici grazie al grande monitor ci è sempre stato possibile fare anche attività didattica commentando le immagini della cervice, descrivendone tutti gli aspetti ed i significati patologici.





È doveroso ringraziare le persone che hanno partecipato con generose offerte alla sottoscrizione promossa dal giornale online Bergamonews per l'acquisto del colposcopio ed a cui va il nostro ringraziamento. Successivamente è stato attivato l'elettrobisturi, strumento molto sofisticato che fornisce l'energia elettrica agli strumenti che si utilizzano per eseguire le biopsie, per rimuovere lesioni e per coagulare eventuali aree sanguinanti del collo uterino. È uno strumento essenziale per completare la colposcopia. Dopo qualche giorno abbiamo introdotto in ambulatorio ed attivato l'ecografo. Abbiamo quindi iniziato ad ese-

di. Nel pomeriggio libero abbiamo potuto visitare una residenza delle suore comboniane chiamata Mai-Temenai e gestita dalla quarantacinquenne suor Lull di origine eritrea ma con una lunga permanenza in passato a Firenze. Siamo in una piccola struttura con annessa chiesetta, tutto recentemente ristrutturato con grande maestria da Pietro, il nostro accompagnatore fisso, e dai suoi operai ed artigiani. Grande lavoro di recupero del piccolo campanile campanaro pericolante e degli affreschi della chiesa dei primi del 900'. Questo gruppo di suore raccoglie e sostiene donne con il tumore della mammella che non potendo andare all'estero per avere una terapia moderna si affidano a cure tradizionali basate su erbe officinali. Oltre a queste donne vengono accolti bimbi

“È veramente emozionante ed anche commovente ricevere, accompagnato da grandi sorrisi, il ringraziamento delle pazienti che si congedano salutandoci a mani giunte con un piccolo inchino

listico e si esercita la medicina di base. Sostanzialmente si tratta di un servizio sanitario di base territoriale che garantisce le cure di base ad una ampia popolazione della periferia di Asmara. Il complesso è costituito da alcuni edifici ad un piano circondati da terreno incolto dove vediamo alcuni bambini che pascolano un piccolo gregge di pecore. Incontriamo subito un giovane medico Abraham Dawit responsabile della struttura.

È molto appassionato del suo lavoro ed in un ottimo inglese ci racconta tutto quanto viene fatto in questa struttura e quali sono le prospettive future. Ne ricaviamo subito una impressione molto positiva, quella di un giovane medico che nonostante le grandissime difficoltà in cui si trova ad agire non ha perso la speranza e la voglia di migliorare. Veramente una bella persona! Il primo problema da risolvere è quello solito della inconstante fornitura di energia elettrica che i pochi pannelli solari disponibili non riescono a supplire. Ci accompagna nel grande e ben organizzato ambulatorio per il controllo delle gravidanze e in un secondo ambiente dove vengono eseguite le ecografie ostetriche con un ecografo abbastanza moderno. Si respira un'aria molto distesa e serena dove lavora un personale sanitario molto giovane e molto motivato. Sarebbero molto interessati a sviluppare la parte ginecologica oltre a quella ostetrica che già viene realizzata e per fare questo sarebbe molto utile una nostra collaborazione in termini di fornitura di strumentazione e di progetti formativi.

Sarà un tema che affronteremo nel pomeriggio con il viceministro della sanità il dott. Andat.

Infatti dopo una serie di appuntamenti rinviati riusciamo infine ad essere ricevuti dal viceministro al quale riferiamo dell'attività realizzata in queste due settimane ad Asmara e della nostra disponibilità a proseguire in base alle iniziative che il ministero intende promuovere. Anche il nostro interesse ad aprire una collaborazione con la struttura sanitaria di base di Godaif è accolta con entusiasmo dal viceministro che inoltre ci informa che da novembre verrà introdotta in Eritrea la vaccinazione per il papillomavirus per le ragazze dai nove ai quattordici anni.

Speriamo che questa missione sia solo un arrivederci.

Le attività in ambulatorio

Nei giorni successivi ci limitiamo ad assistere i colleghi eritrei ed il primario mentre utilizzano il nuovo colposcopio ed il nuovo ecografo cogliendo l'occasione per approfondire le conoscenze e migliorare la manualità delle prestazioni. Per noi italiani è sempre fonte di grandissimo stupore vedere la pazienza e la tolleranza con la quale le donne si sottopongono ad indagini ginecologiche che ovviamente si prolungano molto nel tempo essendo anche momento didattico. Situazione assolutamente impensabile in un ospedale italiano. Nessun referto viene consegnato alla paziente e tutto rimane in ospedale e quello che dice il medico è Vangelo. Un vero ritorno ad un lontano passato nel rapporto medico-paziente.

È veramente emozionante ed anche commovente ricevere, accompagnato da grandi sorrisi, il ringraziamento delle pazienti che si congedano salutandoci a mani giunte con un piccolo inchino. Una sconfinata fiducia sapendo che, pur con i limiti della medicina, chi si prende cura di loro fa tutto il possibile per curarli nel migliore dei mo-

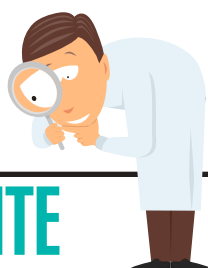
arrivo è presente una donna di 35 anni, di etnia paresi spastica per encefalopatia dalla nascita. La madre è morta poco dopo il parto. Ovviamente non si hanno notizie più precise. Tutta questa assistenza si sostiene grazie alla generosità di donatori italiani, adozioni a distanza ed un poco dalla vendita di tessuti finemente ricamati dalle donne che frequentano la scuola di cucito gestita dalle suore all'interno di un vecchio container. Non posso trattenermi dall'acquisto di una splendida tovaglia ricamata a mano. Suor Lull ha una sorella che vive a Bergamo e di conseguenza potremo sicuramente rincontrarci quando verrà in Italia per farle visita.

L'ospedale di comunità di Godaif

Dedichiamo una mattina della nostra missione ad un piccolo presidio ospedaliero periferico l'ospedale di comunità di Godaif. In realtà è un servizio ambulatoriale dove vengono seguite le donne in gravidanza, è attivo un ambulatorio ocu-

“Nessun referto viene consegnato alla paziente e tutto rimane in ospedale e quello che dice il medico è Vangelo. Un vero ritorno ad un lontano passato nel rapporto medico-paziente





SOTTO LA LENTE

di Carlo Maria Stigliano



Se il Paese si spopola

Dati allarmanti per l'Italia riguardo al trend di crescita della popolazione. **Al 31 dicembre 2021 la popolazione residente risultava inferiore di circa 253 mila unità rispetto all'inizio dell'anno**

NEL 2019 IL NUMERO MEDIO di figli per donna è stato nel nostro Paese di 1,3 vs il 2,1 che costituisce il valore necessario a mantenere per lo meno costante la popolazione e di conseguenza nei primi 9 mesi del 2021 le nascite sono state -12.500 vs lo stesso periodo del 2020 (oltretutto anno del Covid): un calo quasi doppio rispetto al 2019. Nel 2022 l'Istat prevede che i nati siano ben al di sotto dei 400mila. E le previsioni future sono ancora più fosche: sempre secondo l'Istat tra il 2050 e il 2070 la popolazione diminuirebbe di ulteriori 6,4 milioni (-6,3% in media annua).

DI QUESTO PASSO QUINDI, avremo sempre più da un lato una riduzione imponente di nuovi cittadini, dall'altro un enorme percentuale di popolazione anziana. Le conseguenze sono intuitive oltre che drammatiche. Con una popolazione attiva sempre più esigua chi svolgerà i lavori essenziali, chi verserà i contributi per le pensioni di una popolazione sempre più longeva e chi pagherà per le cure sanitarie e per i servizi sociali sempre più rilevanti sia nel numero che nei costi? Ma perché siamo il Paese con il più alto record negativo di nascite?

INNANZITUTTO È INDUBBIO che il progressivo invecchiamento della popolazione e il minor numero di nuovi nati è causa di un ridotto ricambio di abitanti; oltre a ciò dobbiamo rilevare un'indubbia riduzione della fertilità di coppia; tra l'altro vi è meno prevenzione per cui troppo spesso disturbi e patologie di bassa entità che – se trascurati – possono portare a cause di ipofertilità, sono la causa di problematiche che si rendono evidenti soltanto nel momento in cui si decide (tardi) di mettere su famiglia.

NON È ORMAI INFREQUENTE che le cause di infertilità di coppia dipendano dal maschio perché dalla scomparsa del servizio di leva per i giovani maschi non esiste più un momento di controllo neppure sommario del loro apparato genitale e quindi non esiste successivamente di fatto un programma di prevenzione per i giovani maschi. È poi evidente che una popolazione femminile sempre più impegnata professionalmente tende a posticipare la gravidanza. Per di più una serie di difficoltà pesano sul desiderio di avere un figlio: la non facile conciliazione famiglia-lavoro e la mancata effettiva parità di genere,

la carenza (soprattutto al Sud) di strutture di supporto come asili nido e centri di aiuto alla maternità e infine la preoccupazione del rischio di povertà legato al numero dei figli: poi si è aggiunta la pandemia e l'incertezza economica del futuro che hanno plasticamente evidenziato problematiche anche psicologiche che rendono non facile per una coppia pensare di mettere al mondo più figli.

CHE FARE DUNQUE CONCRETAMENTE per evitare lo spopolamento del nostro Paese ovvero la progressiva sostituzione degli abitanti in conseguenza anche dei fenomeni di immigrazione?

Ai politici spetta il compito di creare condizioni più favorevoli per le donne con prole che lavorano, mediante asili in prossimità dei luoghi di lavoro, facilitazioni economiche e normative per le donne in gravidanza e per le famiglie con più figli; serve inoltre la disponibilità di alloggi a prezzi accettabili per le giovani coppie, favorendo altresì l'integrazione sociale e la crescita anche morale delle nuove generazioni.

D'ALTRO CANTO È INDISPENSABILE che attraverso la collaborazione con gli specialisti del settore - *in primis* i ginecologi – si realizzi un piano di interventi che garantisca la prevenzione della sterilità attraverso un rafforzamento delle strutture territoriali e consultoriali anche grazie alle non trascurabili risorse del Pnrr all'uopo destinate. Deve tuttavia essere ben chiaro a tutti che va rafforzato il personale del settore materno infantile, oggi in grave carenza, e va garantita la qualificazione professionale obbligatoria ad opera del Servizio sanitario con il supporto delle società scientifiche: non si può lasciare alla buona volontà (e alle tasche) dei singoli operatori l'onere dell'aggiornamento, soprattutto tenendo presenti le difficoltà derivanti dalla grave carenza di personale.

SOLTANTO PRENDENDO ATTO realmente di queste criticità sarà possibile invertire la tendenza ed evitare il rischio che tra non molto dovremo renderci conto che la Penisola si avvia a diventare un gigantesco pensionato per anziani.

AHIMÈ, DEVO PURTROPPO CONFESSARE che non mi sento di nutrire grandi speranze in tal senso nell'ambito dei decisori politici, piuttosto distratti su questa reale emergenza e... in tutt'altre faccende affaccendati.



CARLO MARIA STIGLIANO

A LIFE OF POSSIBILITIES

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:



www.gedeonrichter.it/sostenibilita/gritness4all



Il nostro impatto positivo
sul mondo



GEDEON RICHTER

Health is our mission

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 DI TRATTAMENTO

