

AOGOI

Organo Ufficiale dell'Associazione
Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

- 4 Rapporto Cedap
Nascite sempre più giù
- 9 Percorso nascita
Le indicazioni di Sigo, Aogoi, Agui e Agite
- 22 Evoluzione
L'enigma evolutivo dell'aborto precoce

Gyneco Aogoi

NUMERO 1 - 2023 - BIMESTRALE - ANNO XXXIV

**SPECIALE
RAPPORTO
ONDA**

**CRITICITÀ
EMERGENTI
NELL'ERA
POST COVID-19**

Fondazione
onda
Osservatorio nazionale sulla salute
della donna e di genere

 FARMINDUSTRIA

**LE RACCOMANDAZIONI
SULLA MORTE**

ENDOUTERINA

Come prendersi cura delle
donne, dalla comunicazione
all'accoglienza della coppia

AOGOI

ASSOCIAZIONE
OSTETRICI GINECOLOGI
OSPEDALIERI ITALIANI

Con il patrocinio di



SIGO
SOCIETÀ ITALIANA
DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA

FAD

ONLINE
dal 28 febbraio 2023
al 27 febbraio 2024

12

CREDITI ECM

La patologia della mammella in allattamento

Responsabili Scientifici

Dott. Giuseppe Canzone
Prof.ssa Irene Cetin
Dott.ssa Elsa Viora

Responsabile della formazione ECM AOGOI

Carlo Maria Stigliano

Faculty

Daniela Anzelmo
Giuseppe Canzone
Irene Cetin
Bianca Masturzo
Martina Mazzocco
Anna Silvia Pertusio
Paola Pileri
Patrizia Proietti
Sara Giordana Rimoldi

Evento n. 2223-370080

8 ore formative

Provider ECM AOGOI ID 2223, Milano

RAZIONALE SCIENTIFICO

L'allattamento materno è un tema di valore globale per la salute della donna, del bambino e una risorsa per la famiglia, la società e per l'ambiente. Il suo ruolo centrale si declina nel condizionare fin dalle prime ore di vita la salute del bambino allattato, arrivando anche, per il suo importante ruolo epigenetico (prevenzione sindrome metabolica), ad influenzare la salute nell'età adulta. Per tali motivi la promozione dell'allattamento al seno viene oggi inquadrata come vera e propria attività di prevenzione ed è entrata di diritto tra gli obiettivi specificamente previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 che mira al raggiungimento degli obiettivi dell'agenda 2030 delle nazioni unite. Il ruolo dei medici ginecologici nel preservare la salute della donna nel percorso perinatale deve poter comprendere la gestione della patologia della mammella. Le donne si riferiscono al medico ginecologo spesso in ambulatorio o in pronto soccorso per la diagnosi e per la terapia di dolore durante la lattazione e questo corso desidera fornire gli strumenti per poter iniziare un percorso diagnostico e terapeutico up to date. Le patologie della mammella in allattamento possono assumere gradazioni di complessità sempre maggiori e possono influenzare la maternità a volte in modo drammatico, per esempio: favorendo la sospensione della lattazione precocemente, aumentando l'insorgenza della depressione post partum e la difficoltà di relazione con il neonato.

ISCRIVITI
SUBITO
ecm.aogoi.it





Ed eccoci con il primo numero di Gyneco 2023. Siamo ripartiti con un po' di ritardo, ma recupereremo.

I temi che affrontiamo in questo numero sono tanti e speriamo tutti molto interessanti.

Apriamo con i dati Cedap relativi al 2021 che confermano la deriva negativa del nostro Paese: il calo delle nascite prosegue inesorabile in tutte le Regioni e il trend di nascite rallenta anche tra le cittadine straniere che finora avevano compensato lo squilibrio strutturale.

Proseguiamo con la Relazione al Parlamento sull'Aids presentata dal ministero della Salute. Su questo tema l'Italia, in termini di incidenza delle nuove diagnosi Hiv, si colloca al di sotto della media dei Paesi dell'Ue, ma la guardia non va abbassata. La maggior parte delle nuove diagnosi è infatti attribuibile a rapporti sessuali non protetti da preservativo, a testimonianza dell'importanza di proseguire con azioni di informazione adeguate, anche perchè il 40,6% dei casi attribuibili a trasmissione eterosessuale sono costituiti da donne.

Pubblichiamo poi un documento firmato dai presidenti Sigo Aogoi, Agui e Agite in cui si sottolinea la necessità di un profondo ripensamento delle tariffe del percorso nascita che tenga conto della sua peculiarità e dell'evoluzione avvenuta negli anni. Nel documento si indicano quindi le prestazioni che devono essere, o inserite nei Lea o tariffate in maniera significativamente differente

Grande spazio è stato dato, come da tradizione, al Libro bianco di Onda. I temi sotto i riflettori in questa edizione sono le criticità emergenti nell'era post Covid-19 e le nuove opportunità che si potranno prospettare, specialmente per le donne, attraverso la riorganizzazione della sanità territoriale.

Abbiamo voluto dedicare una particolare attenzione alle Raccomandazioni sulla morte endouterina realizzate dalla Fondazione Confalonieri Ragonese su mandato Sigo, Aogoi, Agui. Indicazioni molto importanti volute per aiutare tutti i professionisti coinvolti nell'assistenza alle coppie che sperimentano questo tragico avvenimento nel corso della loro vita.

Come sempre Carlo Sbiroli ha preparato un articolo molto interessante sull'enigma evolutivo dell'aborto precoce. Ma il suo lavoro non si ferma qui, perché ha recensito per noi anche due libri scritti rispettivamente da Claudio Crescini e Sandro Viglino.

Altro tema di grandissima attualità è quello della violenza sugli operatori sanitari, un fenomeno sul quale si è soffermato Carlo Maria Stigliano presentandoci le sue riflessioni.

Lust but not least, facciamo luce sulle implicazioni medico legali che comporta l'uso della telemedicina e della televisita e soprattutto quello ormai dilagante delle chat *whatsapp*.

L'avvocato Sabino Laudadio dell'ufficio legale Aogoi ci chiarisce i rischi che inconsapevolmente corriamo.

Buona lettura!

**Gyneco
Aogoi**

Organo Ufficiale
dell'Associazione Ostetrici
Ginecologi Ospedalieri Italiani

AOGOI
ASSOCIAZIONE
OSTETRICI GINECOLOGI
OSPEDALIERI ITALIANI

Numero 1 - 2023
Anno XXXIV

Presidente
Antonio Chiàntera

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

Direttore Responsabile
Ester Maragò

Editore
SICS S.r.l. Società Italiana
di Comunicazione Scientifica
e Sanitaria
Sede legale:
Via Giacomo Peroni, 400
00131 Roma
Sede operativa:
Via della Stelletta, 23
00186 Roma
email: info@sicseditore.it

Stampa
STRpress, Pomezia - Roma

Abbonamenti
Annuo: Euro 26.
Singola copia: Euro 4
Reg. Trib. di Milano
del 22.01.1991 n. 33

Finito di stampare:
marzo 2023
Tiratura 4.000 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

RAPPORTO CEDAP 2021

NASCITE SEMPRE PIÙ GIÙ

Si partorisce in media a 33 anni ed è sempre alto il numero dei cesarei

PROSEGUE INESORABILE il calo delle nascite in tutte le aree del Paese e il trend di nascite rallenta anche tra le cittadine straniere che finora hanno compensato lo squilibrio strutturale. Comunque le donne continuano a privilegiare gli istituti di cura pubblici ed equiparati dove partorisce l'88% delle donne. Il 62,8% dei parti si svolge in strutture con alti volumi di attività (sopra i mille parti annui). L'età media delle mamme italiane è di 33,1 anni e di 31 quella delle straniere e se le donne italiane partoriscono il primo figlio mediamente dopo i 31 anni, in quasi in tutte le Regioni, tra le donne straniere l'età si abbassa, intorno ai 29,2 anni. In 2,9 gravidanze ogni 100, le donne hanno fatto ricorso alla Pma e la tecnica più utilizzata è stata la Fivet.

Si conferma il ricorso eccessivo al parto cesareo anche se ci sono segnali di rallentamento.

Questa la fotografia scattata dal **Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP)**, il Rapporto annuale sull'evento nascita relativo al 2021, pubblicato dal ministero della Salute che ha passato al setaccio 364 punti nascita.

Vediamo i risultati in sintesi

NEL CORSO DEL 2021 prosegue il calo delle nascite, in tutte le aree del Paese. Il fenomeno è in larga misura l'effetto della modificazione della struttura per età della popolazione femminile ed in parte dipende dalla diminuzione della propensione ad avere figli. Le cittadine straniere hanno finora compensato questo squilibrio strutturale; negli ultimi anni si nota, tuttavia, una diminuzione della fecondità delle donne straniere. Il tasso di natalità varia da 5,2 nati per mille donne in età fertile in Sardegna a 9,7 nella Provincia Autonoma di Bolzano rispetto ad una media nazionale del 6,8. Le Regioni del Centro presentano tutte un tasso di natalità con valori inferiori alla media nazionale. Nelle Regioni del Sud, i tassi di natalità più elevati sono quelli di Campania, Calabria e Sicilia che presentano valori superiori alla media nazionale.

La fecondità si mantiene pressoché costante rispetto agli anni precedenti: nel 2021 il numero medio di figli per donna è pari a 1,25 (rispetto a 1,46 del 2010). I livelli più elevati di fecondità sono al Nord nelle Province Autonome di Trento e Bolzano e nel Mezzogiorno in Campania e Sicilia. Le regioni in assoluto meno prolifiche sono invece Sardegna e Molise.

IL TASSO DI MORTALITÀ INFANTILE, che misura la mortalità nel primo anno di vita, è pari nel 2018 a 2,88 bambini ogni mille nati vivi. Negli ultimi 10 anni tale tasso ha continuato a diminuire su tutto il territorio italiano, anche se negli anni più recenti si assiste ad un rallentamento di questo trend. Permangono, inoltre, notevoli differenze territoriali. Il tasso di mortalità neonatale rappresenta la mortalità entro il primo mese di vita e contribuisce per oltre il 70% alla mortalità infantile. I decessi nel primo mese di vita sono dovuti principalmente a cause cosiddette endogene, legate alle condizioni della gravidanza e del parto o a malformazioni congenite del bambino.



L'età media delle mamme italiane è di 33,1 anni, mentre scende a 31 anni per le cittadine straniere. I valori medi sono invece di 33,7 anni per le italiane e 31,5 anni per le straniere. L'età media al primo figlio è per le donne italiane, quasi in tutte le Regioni, superiore a 31 anni

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

Regione	Anno 2021		Anno 2018				
	Tasso natalità	Tasso fecondità totale	Tasso mortalità infantile	Tasso mortalità neonatale			Tasso mortalità infantile 1 mese e oltre
				<1 giorno	1-6gg	1-29gg	
Piemonte	6,2	1,24	19,61	4,47	3,10	6,88	8,26
Valle d'Aosta	6	1,20	22,12	11,06	11,06	11,06	0,00
Lombardia	6,9	1,27	25,63	4,62	5,68	11,49	9,51
Trentino Alto Adige	8,7	1,57	33,21	6,23	13,49	17,64	9,34
Bolzano	9,7	1,71	32,17	9,46	11,36	13,25	9,46
Trento	7,7	1,42	34,46	2,30	16,08	22,97	9,19
Veneto	6,7	1,29	21,19	5,09	3,67	9,32	6,78
Friuli V.G.	6,1	1,25	21,71	5,11	3,83	7,66	8,94
Liguria	5,6	1,20	25,43	2,21	6,63	12,16	11,06
Emilia Romagna	6,7	1,27	23,15	2,47	5,25	13,89	6,79
Toscana	6,1	1,19	21,72	5,23	5,23	8,45	8,04
Umbria	6,1	1,17	31,08	5,18	1,73	12,09	13,81
Marche	6,2	1,19	16,71	1,97	4,92	7,87	6,88
Lazio	6,5	1,17	30,37	9,02	9,96	15,66	5,69
Abruzzo	6,5	1,20	30,21	10,07	6,71	14,55	5,59
Molise	5,8	1,08	21,11	15,83	5,28	5,28	0,00
Campania	7,7	1,28	38,49	8,11	10,40	21,01	9,36
Puglia	6,7	1,20	32,85	6,92	7,26	17,98	7,95
Basilicata	6,1	1,10	40,36	2,69	13,45	21,52	16,14
Calabria	7,1	1,22	39,53	9,88	9,22	23,06	6,59
Sicilia	7,7	1,35	40,35	8,36	11,56	20,91	11,07
Sardegna	5,2	0,99	25,43	10,60	5,30	7,42	7,42
ITALIA	6,8	1,25	28,79	6,23	7,16	14,19	8,37

PARTORISCONO LE DONNE. L'88% È AVVENUTO NEGLI ISTITUTI DI PUBBLICI ED EQUIPARATI, l'11,4% di cura e solo lo 0,2% in altra di assistenza, al domicilio, etc. mente nelle Regioni dove le strutture accreditate fanno la parte del tutto, rispetto alle pubbliche, le percentuali sono sostanzialmente diverse. In tutte le Regioni i parti si svolge in strutture con meno di mille parti annui, ossia in 140 punti nascita che rappresentano il 35,1% dei parti totali. Solo il 7,1% dei parti si svolge invece in strutture con meno di mille parti annui.

Esiste poi una importante variabilità regionale. Nel 2021 in 5 Regioni, Lombardia, Emilia Romagna, Provincia autonoma di Bolzano, Umbria, tutte collocate nel Centro-Nord del Paese, oltre il 90% dei parti si è svolto in punti nascita di grandi dimensioni (almeno mille parti annui) e organizzazione opposta della rete di punti nascita registra nelle Regioni del Sud dove il 38% dei parti si svolge in punti nascita con meno di mille parti annui. In particolare, in tutti i punti nascita hanno effettuato meno di mille parti annui. (Vedi

tabella 2)

Per quanto riguarda le Unità di Terapia Intensiva Neonatale (TIN) sono presenti in 119 dei 399 punti nascita analizzati; 95 Unità TIN sono collocate nell'ambito dei 140 punti nascita dove hanno luogo almeno mille parti annui. Delle restanti 24 UO-TIN, 13 sono collocate in punti nascita con meno di 800 parti annui. Le Unità Operative di Neonatologia sono presenti in 224 punti nascita di cui 113 svolgono più di mille parti annui. Comunque, nell'interpretazione dei dati, avverte il Rapporto, occorre tener presente che anche nel 2021, a causa della pandemia da Covid-19, la rete di offerta ha subito delle rimodulazioni dovute a chiusure o sospensione di attività del punto nascita, accorpamenti o deviazione di servizi.

Per quanto attiene la percentuale dei parti estremamente e molto pre-termine, ogni 100 parti si registrano 6,3 parti pre-termine.

Nei punti nascita con meno di 500 parti all'anno, la frequenza dei parti pre-termine raggiunge il 3,59%, di questi il 2,40% è costituito da parti molto pre-termine e lo 0,90% da parti estremamente

TABELLA 2
Distribuzione regionale dei parti secondo il luogo dove essi avvengono

Regione	Punto nascita			Domicilio	Altro	Totale	% Non indicato errato	Parti
	Pubblico	Accreditato	Privato					
Piemonte	99,8	0,0	0,0	0,19	0,06	100,0	0,00	25.872
Valle d'Aosta	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	730
Lombardia	88,5	11,3	0,0	0,16	0,02	100,0	0,00	68.307
P.A. Bolzano	99,0	0,0	0,0	1,0	0,0	100,0	0,0	5.130
P.A. Trento	98,7	0,0	0,0	1,09	0,25	100,0	0,0	3.945
Veneto	96,6	2,9	0,0	0,46	0,12	100,0	0,0	32.169
Friuli Venezia Giulia	70,8	9,9	0,0	0,25	0,08	100,0	18,9	7.706
Liguria	99,7	0,0	0,0	0,1	0,1	100,0	0,0	8.131
Emilia Romagna	99,4	0,0	0,0	0,36	0,21	100,0	0,0	29.911
Toscana	99,9	0,0	0,0	0,00	0,05	100,0	0,1	22.719
Umbria	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	5.552
Marche	99,9	0,0	0,0	0,11	0,0	100,0	0,0	8.720
Lazio	77,4	22,0	0,6	0,0	0,0	100,0	0,0	36.954
Abruzzo	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	8.190
Molise	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	1.327
Campania	54,7	45,3	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	42.908
Puglia	91,8	8,1	0,0	0,10	0,00	100,0	0,0	26.244
Basilicata	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	3.636
Calabria	91,1	8,9	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	12.433
Sicilia	87,4	12,6	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	36.606
Sardegna	99,9	0,0	0,0	0,0	0,1	100,0	0,0	7.889
Totale	88,0	11,3	0,1	0,15	0,04	100,0	0,38	395.079

SCOLARITÀ DELLE MAMME CHE HANNO PARTORITO NEL 2021

42,4%

MEDIO ALTA

23,4%

MEDIO BASSA

34,2%

LAUREA

pre-termine. Nei punti nascita con meno di 500 parti e senza la presenza di Unità Operativa di Neonatologia e/o Terapia intensiva neonatale le percentuali sono, rispettivamente 2,40%, 1,59% e 0,50%. (Vedi tabella 3)

LE CARATTERISTICHE DELLE MADRI: PROVENIENZA, ETÀ E LIVELLO DI ISTRUZIONE. Nel 2021, circa il 19,9% dei parti è relativo a madri di cittadinanza non italiana, un fenomeno è più diffuso nelle aree del Paese con maggiore presenza straniera, ovvero al Centro-Nord, dove più del 26% dei parti avviene da madri non italiane; in particolare, in Emilia Romagna, Liguria e Marche oltre il 30% delle nascite è riferito a madri straniere. Le aree geografiche di provenienza più rappresentate, sono quella dell'Africa (28,0%) e dell'Unione Europea (21,4%). Le madri di origine Asiatica e Sud

Americana costituiscono rispettivamente il 19,0% ed l'8,7% delle madri straniere.

L'età media delle mamme italiane è di 33,1 anni, mentre scende a 31 anni per le cittadine straniere. I valori medi sono invece di 33,7 anni per le italiane e 31,5 anni per le straniere. L'età media al primo figlio è per le donne italiane, quasi in tutte le Regioni, superiore a 31 anni, con variazioni sensibili tra le regioni del Nord e quelle del Sud. Le donne straniere partoriscono il primo figlio in media a 29,2 anni.

Delle donne che hanno partorito nel 2021, il 42,4% ha una scolarità medio alta, il 23,4% medio bassa ed il 34,2% ha conseguito la laurea. Fra le straniere prevale invece una scolarità medio bassa (42,4%). E ancora, il 57,7% delle madri lavora, il 25,8% sono casalinghe ed il 16,5% sono disoccupate o in cerca di prima occupazione. Il 51,4% delle donne

RAPPORTO CEDAP

NUMERO DI ECOGRAFIE PER GRAVIDANZA NELLE REGIONI

4,1

PIEMONTE

7,7

SARDEGNA



straniere sono casalinghe a fronte del 64,9% delle donne italiane che hanno invece un'occupazione lavorativa.

LA GRAVIDANZA. Nel 91% delle gravidanze il numero di visite ostetriche effettuate è superiore a 4 mentre per quanto concerne le ecografie, nel 2021 a livello nazionale, sono state effettuate in media 5,6 ecografie per ogni parto, con valori re-

gionali variabili tra 4,1 ecografie per parto in Piemonte e 7,7 ecografie per parto in Sardegna. Per il 75,9% delle gravidanze, si registra un numero di ecografie superiore a 3, valore raccomandato dai protocolli di assistenza alla gravidanza del Ministero della Salute. I dati, sottolinea il rapporto evidenziano ancora il fenomeno dell'eccessiva medicalizzazione e del sovra-utilizzo di prestazioni diagnostiche in gravidanza. E il numero di

ecografie effettuate non appare correlato al decorso della gravidanza.

La percentuale di donne italiane che effettuano la prima visita oltre il primo trimestre di gravidanza è dell'1,9% mentre la percentuale sale al 10,2% per le donne straniere.

Le donne con scolarità medio-bassa effettuano la prima visita più tardi: la percentuale di donne con titolo di studio elementare o senza nessun titolo che effettuano la prima visita dopo l'11ª settimana di gestazione è pari al 11,7% mentre per le donne con scolarità alta, la percentuale è del 2,0%. Anche la giovane età della donna, in particolare nelle madri al di sotto dei 20 anni, risulta associata ad un maggior rischio di controlli assenti (2,7%) o tardivi (1ª visita effettuata oltre l'undicesima settimana di gestazione nel 12,0% dei casi). Nell'ambito delle tecniche diagnostiche prenatali invasive, l'amniocentesi è quella più usata, seguita dall'esame dei villi coriali (nell'1,8% delle gravidanze) e dalla funicolocentesi (nello 0,4%). In media ogni 100 parti sono state effettuate 3,4 amniocentesi.

Anche in questo caso si registrano differenze regionali: nelle regioni meridionali si registra una percentuale al di sotto del 5% mentre i valori più alti si hanno in Umbria (7,5%), in Liguria, nel Lazio e in Piemonte (13,5%). A livello nazionale alle madri over40 il prelievo del liquido amniotico è stato effettuato nell'8,68% dei parti denotando un trend decrescente nell'ultimo triennio.

IL PARTO. La donna ha accanto a sé al momento del parto (esclusi i cesarei) nel 95,4% dei casi il padre del bambino, nel 3,4% un familiare e nell'1,2% un'altra persona di fiducia. La presenza di una persona di fiducia piuttosto che di un'altra risulta essere influenzata dall'area geografica.

SI CONFERMA IL RICORSO ECCESSIVO AL PARTO CESAREO. In media, nel 2021 il 31,2% dei parti è avvenuto con taglio cesareo, con notevoli differenze regionali che comunque evidenziano che in Italia vi è un ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica. In ogni caso qualcosa si muove con una tendenza alla diminuzione in linea con le indicazioni delle "Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo".

Nei punti nascita con meno di 800 parti annui, l'incidenza di parti cesarei è significativamente

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

Numero parti per punto nascita	% Pre-termine (<37 sett.)		% Molto pre-termine (28-31 sett.) sul totale pre-termine		% Estremamente pre-termine (22-27 sett.) sul totale pre-termine	
	In punti nascita senza TIN e/o UON		In punti nascita senza TIN e/o UON		In punti nascita senza TIN e/o UON	
0-499	3,59	2,40	2,39	1,59	0,90	0,50
500-799	4,43	2,00	3,29	0,97	1,65	0,65
800-999	4,63	1,23	3,70	0,26	2,07	0,35
1000-2499	7,15	0,54	6,32	0,28	3,75	0,21
2500+	8,29	0,45	7,20	0,40	4,06	0,29
Totale	6,30	1,00	5,74	0,44	3,29	0,31

TABELLA 4
Distribuzione dei parti cesarei secondo la tipologia di struttura ospedaliera dove essi avvengono

Regione	Pubblico	Casa di cura		Totale
		Accreditata	Privata	
Piemonte	26,4			26,4
Valle d'Aosta	20,8			20,8
Lombardia	23,0	24,2		23,1
Prov. Auton. Bolzano	24,6			24,6
Prov. Auton. Trento	20,6			20,6
Veneto	25,1			25,1
Friuli Venezia Giulia	20,8	22,5		21,0
Liguria	29,9			29,9
Emilia Romagna	23,1			23,1
Toscana	19,0		100,0	19,1
Umbria	23,0			23,0
Marche	25,6			25,6
Lazio	35,5	40,3	67,7	36,7
Abruzzo	31,0			31,0
Molise	35,6			35,6
Campania	45,9	55,3		50,2
Puglia	37,3	39,9		37,5
Basilicata	33,3			33,3
Calabria	38,5	37,9		38,5
Sicilia	38,1	52,6		39,9
Sardegna	35,3			35,3
Totale	29,5	44,6	68,7	31,2

TABELLA 5
Distribuzione regionale
dei nati totali,
vivi e nati morti

Regione	Nati totali	Nati vivi	Nati morti per 1000 nati
Piemonte	26.215	26.151	2,44
Valle d'Aosta	740	740	0,00
Lombardia	69.322	69.136	2,68
Prov. Auton. Bolzano	5.192	5.175	3,27
Prov. Auton. Trento	4.000	3.990	2,25
Veneto	32.603	32.529	2,27
Friuli Venezia Giulia	7.800	7.780	2,56
Liguria	8.248	8.224	2,91
Emilia Romagna	30.349	30.269	2,64
Toscana	23.085	23.024	2,64
Umbria	5.627	5.604	3,91
Marche	8.840	8.813	3,05
Lazio	37.534	37.449	2,26
Abruzzo	8.308	8.276	3,85
Molise	1.341	1.337	2,98
Campania	43.605	43.503	2,34
Puglia	26.694	26.596	3,67
Basilicata	3.675	3.666	2,45
Calabria	12.611	12.568	3,41
Sicilia	37.298	37.197	2,65
Sardegna	8.000	7.980	2,50
Totale	401.087	400.007	2,68

TABELLA 6
Distribuzione regionale
dei parti con
procreazione
medicalmente
assistita

Regione	Tecniche di procreazione medicalmente assistita (valore %)						Totale parti con PMA
	Fecondaz. vitro e trasfer. embrioni nell'utero (FIVET)	Fecondaz. vitro tramite iniezione spermatoz. in citoplasma (ICSI)	Solo tratt. farmacolog. per induzione ovulazione	Trasf. gameti nelle tube di Falloppio gen. laparosc. (GIFT)	Trasf. gameti maschili in cavita uterina (IUI)	altre tecniche	
Piemonte	49,9	31,6	2,9	0,6	6,2	8,9	908
Valle d'Aosta	51,9	18,5	7,4	0,0	7,4	14,8	27
Lombardia	43,4	34,7	3,1	0,3	6,0	12,5	2.650
Prov. Auton. Bolzano	38,0	44,2	1,6	0,0	11,6	4,7	129
Prov. Auton. Trento	41,5	39,0	2,4	0,0	15,4	1,6	123
Veneto	52,1	34,5	4,3	0,0	4,7	4,4	885
Friuli Venezia Giulia	38,2	42,1	5,2	1,3	9,4	3,9	233
Liguria	51,3	30,1	3,9	0,0	2,9	11,8	279
Emilia Romagna	54,5	34,2	2,0	0,6	5,7	3,1	717
Toscana	41,2	49,1	3,1	0,2	4,2	2,2	815
Umbria	45,2	43,7	0,0	0,0	3,2	7,9	126
Marche	56,0	35,2	1,6	0,5	4,7	2,1	193
Lazio	31,6	24,6	16,6	0,6	17,5	9,3	1740
Abruzzo	41,8	42,5	0,0	1,4	5,5	8,9	146
Molise	25,0	25,0	37,5	0,0	0,0	12,5	8
Campania	46,3	26,1	7,1	1,1	4,0	15,5	1134
Puglia	50,8	36,7	1,6	0,8	3,5	6,5	368
Basilicata	50,9	28,1	0,0	0,0	7,0	14,0	57
Calabria	63,9	24,4	1,7	0,0	8,4	1,7	119
Sicilia	33,6	46,6	4,7	0,4	2,6	12,1	697
Sardegna	75,0	4,7	4,7	0,0	1,6	14,1	64
Italia	43,9	33,9	5,6	0,5	7,1	9,1	11.418

maggiore di quella che si osserva mediamente a livello nazionale (31,12%): nelle strutture dove si effettuano meno di 500 parti annui si ricorre al taglio cesareo nel 34,48% dei casi; in quelle fra 500 e 800 parti annui nel 31,44% dei casi. Il fenomeno è correlato anche alla maggiore concentrazione di strutture private nelle classi dei punti nascita di dimensioni ridotte.

In particolare il taglio cesareo la fa da padrone nelle case di cura accreditate. I cesarei sono il 44,6% dei parti contro il 29,5% negli ospedali pubblici. Il parto cesareo è più frequente tra le italiane rispetto alle straniere: si ricorre al taglio cesareo nel 27,4% dei parti di madri straniere e nel 32% dei parti di madri italiane.

L'analisi sui professionisti sanitari presenti al momento del parto non esclude i parti cesarei. Oltre all'ostetrica (96,16%) al momento del parto sono presenti: nell'87,51% dei casi il ginecologo, nel 43,70% l'anestesista e nel 69,60% il pediatra/neonatalogo. (Vedi tabella 4)

I NEONATI. Lo 0,8% dei nati ha un peso inferiore a 1.500 grammi ed il 6,0% tra 1.500 e 2.500 grammi. Nei test di valutazione della vitalità del neonato tramite indice di Apgar, il 98,6% dei nati ha

riportato un punteggio a 5 minuti dalla nascita compreso tra 7 e 10.

Sono stati rilevati 1.076 nati morti corrispondenti ad un tasso di natimortalità, pari a 2,68 nati morti ogni mille nati, e registrati 4.486 casi di malformazioni diagnosticate alla nascita. L'indicazione della diagnosi è presente rispettivamente solo nel 36,6% dei casi di natimortalità e nel 99,2% di nati con malformazioni. Nel 2021 solo per il 36,6% dei 1.076 bambini nati morti è stata indicata la causa che ha determinato il decesso, nel 32,8% dei casi il motivo della morte non viene indicato e nel 30,6% dei casi viene indicata una causa errata o incompatibile con sesso e/o età.

Nel 2021 sono state segnalati 4.486 casi di malformazioni riscontrabili al momento della nascita o nei primi 10 giorni di vita e per il 99,2% dei casi è stato indicato il tipo di malformazione.

Tra le prime 10 cause di nati mortalità figurano: problemi fetali e placentari che interferiscono con il trattamento della madre (29,9%); altre e mal definite manifestazioni morbose ad insorgenza perinatale (14,6%); ipossia intrauterina e asfissia alla nascita (14,1%); esito del parto (6,1%); feto o neonato affetto da complicazioni della placenta, del cordone ombelicale e delle membrane (3,7%);

**RAPPORTO
CEDAP**

TAGLIO CESAREO

44,6%

**CASE DI CURA
ACCREDITATE**

29,5%

**OSPEDALI
PUBBLICI**

27,4%

**MADRI
STRANIERE**

32%

MADRI ITALIANE

aritmie cardiache (3,1%); altre cause mal definite e sconosciute di morbosità e mortalità (3,1%); problemi relativi a bassa età gestazionale e basso peso alla nascita (2,8%); complicazioni del cordone ombelicale (2,4%); morte improvvisa da causa sconosciuta (2,1). (Vedi tabella 5)

IL RICORSO AD UNA TECNICA DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA) risulta effettuato in media in 2,9 gravidanze ogni 100. La tecnica più utilizzata è stata la fecondazione in vitro con successivo trasferimento di embrioni nell'utero (FIVET), seguita dal metodo di fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma (ICSI). (Vedi tabella 6)

I PARTI CLASSIFICABILI SECONDO ROBSON sono complessivamente pari a livello nazionale a 325.082 corrispondenti al 98,3% del totale dei parti avvenuti nei punti nascita pubblici, equiparati e privati accreditati. Le classi più rappresentate sono quelle delle madri primipare a termine, con presentazione cefalica (classe 1) e delle madri pluripare a termine, con presentazione cefalica e che non hanno avuto cesarei precedenti (classe 3); queste due classi corrispondono complessivamente al 49,9% dei parti classificati che si sono verificati a livello nazionale nell'anno 2021.

Si evidenzia inoltre che i parti nella classe 5, relativa alle madri con pregresso parto cesareo, rappresentano il 12,0% dei parti totali classificati a livello nazionale. L'analisi del ricorso al taglio cesareo nelle classi di Robson evidenzia un'ampia variabilità regionale nelle classi a minor rischio, che includono in tutte le Regioni una percentuale molto elevata delle nascite, confermando la possibilità di significativi miglioramenti delle prassi organizzative e cliniche adottate nelle diverse realtà.

CAMPAGNE DI PREVENZIONE

La relazione al Parlamento del Ministero della Salute

AIDS

Oltre 88% nuovi casi per rapporti senza preservativo

Aumentano le diagnosi tardive

In Italia nel 2020, sono state segnalate 1.303 nuove diagnosi di infezione da Hiv pari a un'incidenza di 2,2 nuovi casi di infezione ogni 100mila residenti a fronte dei 3,3 casi della media UE. Diversamente dagli anni precedenti, in cui erano preponderanti le diagnosi associate a trasmissione eterosessuale, nel 2020, la quota di nuove diagnosi Hiv attribuibili a maschi che fanno sesso con maschi (45,7%) è maggiore a quella ascrivibile a rapporti eterosessuali (42,4%)



QUESTO IL QUADRO tracciato nella Relazione al Parlamento 2021 del ministero della Salute sullo stato di attuazione delle strategie attivate per fronteggiare l'infezione da Hiv che illustra le attività svolte dal ministero della Salute con riferimento ai settori dell'informazione, prevenzione, diagnosi, terapia, assistenza e attuazione di progetti di ricerca.

Nella Relazione si sottolinea che i dati relativi al 2020 hanno risentito dell'emergenza Covid-19 in "modi e misure che potranno essere correttamente valutate solo verificando i dati dei prossimi anni".

"In Italia - scrive il ministro della Salute Orazio Schillaci nella sua presentazione della Reazione - la pandemia Covid-19 ha comportato un forte impatto sul sistema sanitario in generale e in particolare sul settore delle malattie infettive. Dai dati dell'Iss-Coa, si evince che, nel 2020, si è osservato un calo delle nuove diagnosi Hiv (circa il 56% rispetto ai tre anni precedenti). Le limitazioni dovute al Sars-CoV-2 e la paura delle persone di accedere ai servizi sanitari nel primo periodo dell'emergenza pandemica hanno, probabilmente, comportato un ritardo nella diagnosi dell'infezione da Hiv".

L'Italia, in termini di incidenza delle nuove diagnosi Hiv, nel 2020, si colloca comunque al di sotto della media dei Paesi dell'Unione Europea (3,3

IMPRESSIONE DELLA CAMPAGNA SUI MAGGIORI SOCIAL MEDIA

42%

TikTok

25%

Instagram

17%

Facebook

16%

Facebook

casi per 100mila residenti). Nel 2020, le incidenze più alte sono state registrate in Valle d'Aosta, Liguria, Provincia Autonoma di Trento e Lazio. Le persone che hanno scoperto di essere Hiv positive nel 2020, erano maschi (il 79,9%). L'età media era di 40 anni sia per i maschi che per le femmine. L'incidenza più alta è stata osservata nella fascia di età tra i 25 e i 29 anni (5,5 nuovi casi ogni 100mila residenti) e tra i 30 e i 39 anni (5,2 nuovi casi ogni 100mila residenti); in queste fasce di età l'incidenza nei maschi è circa 4 volte superiore a quelle delle femmine.

Nel 2020, la maggior parte delle nuove diagnosi di infezione da Hiv era attribuita a rapporti sessuali non protetti da preservativo, che costituivano l'88,1% di tutte le segnalazioni. Diversamente dagli anni precedenti, in cui erano preponderanti le diagnosi associate a trasmissione eterosessuale, nel 2020, la quota di nuove diagnosi Hiv attribuibili a maschi che fanno sesso con maschi (Msm) (45,7%) è maggiore a quella ascrivibile a rapporti eterosessuali (42,4%).

I casi attribuibili a trasmissione eterosessuale erano costituiti per il 59,4% da maschi e per il 40,6% da femmine. Tra i maschi, il 57,3% delle nuove diagnosi era rappresentato da Msm.

Il numero di nuove diagnosi di infezione da Hiv in stranieri è in diminuzione dal 2017. Nel 2020, si osserva un lieve aumento della proporzione di

persone con una nuova diagnosi di Hiv con nazionalità straniera, passando dal 27,5% nel 2019 al 32,6% nel 2020.

Dal 2015 aumenta inoltre la quota di persone a cui viene diagnosticata tardivamente l'infezione da Hiv (persone in fase clinicamente avanzata, con bassi CD4 o in Aids).

Nel 2020, il 41% delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV è stato diagnosticato tardivamente con un numero di linfociti CD4 inferiore a 200 cell/μL e il 60,0% con un numero inferiore a 350 cell/μL.

Una diagnosi HIV tardiva (CD4 < 350 cell/μL) è stata riportata in 2/3 degli eterosessuali sia maschi che femmine (67,6%).

Oltre un terzo delle persone con nuova diagnosi Hiv ha eseguito il test per sospetta patologia Hiv o presenza di sintomi correlati (37,1%).

Altri principali motivi di esecuzione del test sono stati: rapporti sessuali senza preservativo (17,2%), comportamento a rischio generico (10,0%), iniziative di screening/campagne informative (6,5%), accertamenti per altra patologia (3,5%).

E proprio per sollecitare i test, nella Relazione si ricorda la campagna realizzata dal ministero della Salute sui maggiori social media "Prima lo fate, meglio è", che ha avuto un discreto riscontro tra i giovani con un totale di 20.382.941 impression su tutti i canali sociali.

PERCORSO NASCITA

Il sistema di rimborso delle prestazioni va cambiato. Ecco come

Le indicazioni dei ginecologi italiani

Per la Sigo, Federazione Sigo, Aogoi, Agui e Agite è necessario un profondo ripensamento delle tariffe che tenga conto della peculiarità del percorso nascita oggi, delle sue caratteristiche e dell'evoluzione avvenuta negli anni. In un documento indicano le prestazioni che devono essere o inserite nei Lea o tariffate in maniera significativamente differente

NICOLA COLACURCI
Presidente Federazione Sigo

ANTONIO CHIÀNTERA
Presidente Aogoi

GIOVANNI SCAMBIA
Presidente Agui

VALERIA DUBINI
Presidente Agite

“IL SISTEMA DI RIMBORSO delle prestazioni, sia ambulatoriali che in regime di ricovero, sono ferme a oltre dieci anni fa, quando le richieste ed il livello di competenze erano profondamente differenti da adesso. È necessario, pertanto, un profondo ripensamento delle tariffe che tenga conto della peculiarità del percorso nascita oggi, delle sue caratteristiche e dell'evoluzione avvenuta negli anni”. È questa in estrema sintesi la richiesta che arriva dai Presidenti della Federazione Sigo Prof. **Nicola Colacurci**, dell'Aogoi, Prof. **Antonio Chiàntera**, dell'Agui Prof. **Giovanni Scambia** e di Agite Prof. **Valeria Dubini**.

In un documento targato **Sigo, Federazione Sigo, Aogoi, Agui e Agite**, i ginecologi indicano le prestazioni che devono essere o inserite nei Lea o tariffate in maniera significativamente differente.

“In un momento storico in cui è massima la diminuzione della natalità – scrivono i presidenti – uno dei punti di contrasto a questa ‘emergenza sociale’ deve essere l’offerta di un percorso di accompagnamento alla nascita che assicuri la massima attenzione alle attuali richieste delle coppie che vogliono umanizzazione e sicurezza del percorso, cioè vogliono essere accompagnati nel loro percorso genitoriale da personale che sappia coniugare la competenza con l’empowerment, che sappia cioè guidare la coppia nell’evoluzione della gravidanza e del parto, anche mediante l’esecuzione delle indagini più opportune ed indicate nel singolo caso, enfatizzando, nello stesso tempo, quel rapporto umano, fondamentale in un momento così complesso e delicato come il travaglio di parto ed i primi gg dopo la nascita. Per realizzare tutto ciò – proseguono – è necessario che la donna possa eseguire in gravidanza le analisi necessarie, a carico del Ssn e che le aziende ospedaliere predispongano servizi che soddisfino queste richieste. Affinché ciò si realizzi è necessario che ci sia un riconoscimento, anche economico, della complessità delle prestazioni fornite”.



LA NOTTE
1529–1530
Correggio,
Gemäldegalerie
di Dresda

IL DOCUMENTO

La Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia – Federazione SIGO, ringrazia il Ministero della Salute per l’opportunità offerta di esprimere il proprio parere su una tematica così preminente, come quella della ottimizzazione del percorso nascita.

In un momento storico in cui è massima la diminuzione della natalità, uno dei punti di contrasto a questa “emergenza sociale” deve essere l’offerta di un percorso di accompagnamento alla nascita che assicuri la massima attenzione alle attuali richieste delle coppie che vogliono umanizzazione e sicurezza del percorso, cioè vogliono essere accompagnati nel loro percorso genitoriale da personale che sappia coniugare la competenza con l’empowerment, che sappia cioè guidare la coppia nell’evoluzione della gravidanza e del parto, anche me-

dante l’esecuzione delle indagini più opportune ed indicate nel singolo caso, enfatizzando, nello stesso tempo, quel rapporto umano, fondamentale in un momento così complesso e delicato come il travaglio di parto ed i primi gg dopo la nascita.

Per realizzare tutto ciò è necessario che la donna possa eseguire in gravidanza le analisi necessarie, a carico del Ssn e che le aziende ospedaliere predispongano servizi che soddisfino queste richieste. Affinché ciò si realizzi è necessario che ci sia un riconoscimento, anche economico, della complessità delle prestazioni fornite.

Allo stato attuale il sistema di rimborso delle prestazioni, sia ambulatoriali che in regime di ricovero, sono ferme a oltre dieci anni fa, quando le richieste ed il livello di competenze erano profondamente differenti da adesso.

PERCORSO NASCITA

Sono qui elencate tutte le prestazioni che la SIGO ritiene debbano essere o inserite nei Lea o tariffate in maniera significativamente differente:

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Prestazioni previste ma che necessitano di revisione economica:

Ecografia del primo trimestre

Nei nuovi Lea (Dpcm 12 gennaio 2017) approvati ma non ancora esecutivi, sono previste 2 ecografie:

1 **Ecografia di screening del I trimestre**, da effettuare entro 13 settimane +6 giorni allo scopo di eseguire la datazione della gravidanza. Tale ecografia ha lo scopo anche di valutare se trattasi di gravidanza singola o gemellare, ed escludere una gravidanza extrauterina. Nel nuovo nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale (Allegato 4al DPCM 12 gennaio 2017) a questa prestazione è stato attribuito il codice 88.78, ed è attribuita una tariffa di 30.99 euro. Concordiamo su tale tariffazione minima

2 **Ecografia ostetrica per studio della translucenza nucale**, inclusa consulenza pre e post test combinato, da eseguirsi esclusivamente tra 11 settimane + 0 gg e 13 settimane +6 gg., alla quale è stato attribuito il codice 88.78.4.

In questa indagine è prevista pertanto sia l'ecografia, sia il counselling post test combinato. Ricordiamo che il test combinato prevede, dopo l'esecuzione dell'ecografia il dosaggio sierico di due ormoni materni (Hcg frazione libera e Papp-A), che può essere eseguito in sede diversa dall'ecografia, a cui è stato attribuito nel nuovo nomenclatore il codice 90.17.6. e per la cui risposta sono necessari alcuni gg. La tariffa fissata per questa prestazione è 23,80 euro.

LA SIGO CHIEDE che le due voci: ecografia per lo studio della translucenza nucale e consulenza post-duo test siano divise ed abbiano due codici diversi in quanto avvengono in due momenti diversi e possono essere svolti da due professionisti o strutture diverse.

SI PROPONE una tariffa minima di 51,65 euro per lo studio ecografico della translucenza nucale (88.78.4) in considerazione di alcuni aspetti:

- tempi di esecuzione dell'esame più lunghi rispetto a quelli richiesti per determinare la sola età gestazionale in quanto tale ecografia non si limita alla misurazione dell'NT ma richiede una valutazione di base dell'anatomia fetale da eseguire secondo un protocollo prestabilito.



AFFRESCO facente parte del ciclo della Cappella degli Scrovegni
Giotto, 1303-1305
Padova

Il counseling post-test può essere effettuato solo dopo aver avuto la risposta del test combinato

Questo studio prolunga ulteriormente i tempi dell'esame e, in alcuni casi, può richiedere anche l'impiego dell'approccio transvaginale. Inoltre, in caso di sospetta anomalia congenita fetale, oltre al tempo aggiuntivo che dovrà essere dedicato alla comunicazione del sospetto alla gestante;

- necessità di utilizzare apparecchio ecografico di fascia tecnologica alta;
- indagine di altissima competenza e responsabilità, anche medico-legale.

IL COUNSELING POST-TEST può essere effettuato solo dopo aver avuto la risposta del test combinato. Può richiedere tempo specialmente nei casi ad alto rischio di aneuploidia in cui la gestante va informata anche delle possibilità e dei rischi delle procedure diagnostiche e chiediamo che abbia un codice ed una tariffazione separata, che non può essere inferiore ai 30 euro.

Ecografia morfologica del secondo trimestre

Questa voce è attualmente prevista nei Lea (Dpcm 12 gennaio 2017) con il codice 88.78.3 come ecografia ostetrica morfologica da eseguire tra 19 settimane + 0 e 21 settimane + 0. La tariffa per questa prestazione sarebbe di 68,95 euro, ma viene frequentemente eseguita tramite un rimborso minimo di 30.99 euro, come per l'ecografia del primo trimestre per la datazione della gravidanza. Chiediamo pertanto la piena applicazione della tariffa minima prevista per questa indagine.

Ecografia ostetrica del terzo trimestre

Nei nuovi Lea (Dpcm 12 gennaio 2017) sono previste 2 ecografie

- 1 "88.78 ecografia ostetrica da 28 settimane + oggi a 32 settimane + 6gg; Solo in caso di patologia fetale e/o annessiale o materna".
- 2 "88.78 ecografia ostetrica da 41 settimane + 0 giorni: per valutazione quantitativa del liquido amniotico.

Queste 2 prestazioni nel nomenclatore nel 2017 (Allegato 4 al Dpcm 12 gennaio 2017) sono indicate con lo stesso codice e retribuite nello stesso modo (30,99 euro).

In realtà queste due ecografie non sono equiparabili da un punto di vista tecnico e di competenza e quindi economico

LA SIGO PERTANTO CHIEDE:

- di prevedere l'ecografia del terzo trimestre non prima delle 32 settimane, in quanto sembra essere;
- di prevederla in tutte le gravidanze;
- di tariffarla almeno 51,65 euro in quanto prevede, non solo la valutazione della quantità del liquido amniotico come quella eseguita oltre 41 settimane, ma anche la valutazione dell'accrescimento fetale e dell'inserzione placentare. Inoltre, non tutte le anomalie fetali sono diagnosticabili all'ecografia del secondo trimestre poiché possono svilupparsi o manifestarsi più tardivamente in gravidanza; pertanto, il protocollo previsto per questa ecografia prevede una rivalutazione dell'anatomia ecografica fetale di specifici distretti anatomici (linee guida S eog riportate dal Snlg).

Per l'ecografia ostetrica ("88.78") da 41 settimane + 0 giorni: per valutazione quantitativa del liquido amniotico la SIGO concorda sulla sua tariffazione.

ALTARE PAUMGARTNER

Albrecht Dürer, 1496-1504
Alte Pinakothek
di Monaco di Baviera



La SIGO chiede la revisione delle tariffe inerenti amniocentesi e villocentesi, prestazioni ad elevata competenza, ad alto rischio medico-legale, che necessitano di un ambulatorio chirurgico, della massima sterilità e di un ecografo di media qualità

PRESTAZIONI ATTUALMENTE NON PREVISTE, MA DI CUI SI CHIEDE L'IMMISSIONE

- **Ferritinemia** indagine fondamentale, da eseguire nel primo trimestre di gravidanza, per definire il rischio di anemizzazione della donna ad inizio gravidanza, al fine di approntare il percorso terapeutico più opportuno;
- **OGTT universale:** indagine da prescrivere a tutte le donne, tra 24 e 28 settimane, indifferentemente dai rischi anamnestici, in rapporto all'alta incidenza di diabete gestazionale, anche in donne non a rischio anamnestico, va prevista al fine di identificare la popolazione da sottoporre a terapia dietetica e a monitoraggio materno intensivo;
- **Anticorpi anticitomegalovirus:** infezione virale ad alta frequenza in gravidanza la cui diagnosi permette di approntare una terapia con farmaci antivirali, attualmente riconosciuta efficace nel ridurre la trasmissione placentare del CMV. L'indagine va eseguita nel I trimestre e ripetuta nei 2 trimestri successivi, qualora negativo.

NIPT

Attualmente è possibile eseguire uno screening delle patologie cromosomiche in gravidanza mediante un semplice prelievo di sangue materno. Il Consiglio Superiore di Sanità ha pubblicato nel 2021 le linee-guida sullo Screening del Dna fetale non invasivo (Nipt) in sanità pubblica in cui: R1. Raccomanda di inserire il test cfDNA/NIPT nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e/o nei percorsi regionali della gravidanza fisiologica come indagine di seconda scelta, per lo screening delle trisomie 13,18,21. R7. Raccomanda di utilizzare il test cfDNA/NIPT come screening contingente dopo il

Test Combinato (eseguito da operatori certificati) che, rispetto all'uso come screening universale, presenta migliori evidenze internazionali di costo-efficacia, ha un impatto minore sulla spesa per l'individuazione delle principali aneuploidie cromosomiche e supera il problema dei casi senza risultato.

LA SIGO CONCORDA con tale principio ma, valutando impossibile uno screening universale su tutte le donne gravide propone che possa essere offerto alle:

- donne con rischio intermedio al test combinato, cioè per rischi tra 1/300 a 1/1000;
- donne con rischio alto al test combinato (>1/300) che non vogliono procedere ad indagine invasiva.

Per tali donne il Ssn dovrebbe prevedere un NIPT base gratuito.

La quantizzazione dell'aspetto economico del NIPT dovrebbe essere concordata con la Sigu (Società Italiana di Genetica Umana).

Amniocentesi e studio del cariotipo fetale mediante coltura cellulare e/Array CGH/SNPsArray

Tale procedura dovrebbe essere offerta nei seguenti casi:

- NIPT con risultato ad alto rischio per Trisomia 21,18 e 13 o cromosomi sessuali;
- Alto rischio (>1/300) al test combinato;
- diagnosi presso un Centro di riferimento di malformazione fetale maggiore potenzialmente correlata ad anomalie genetiche;
- genitori con alterazioni genetiche specifiche.

Ogni punto nascita dotato di un centro di diagnosi prenatale dovrebbe avere organizzato all'interno della sua struttura o tramite convenzione esterna, la possibilità di eseguire:

- amniocentesi prestazione medico-chirurgica, tariffata attualmente rimborsata in 73,90 euro o

villocentesi, prestazione medico-chirurgica, tariffata attualmente rimborsata in 87,85 euro;

- cariotipo fetale tramite coltura cellulare, tariffata previo accordo con la Sigu;
- Array, CGH/SNPs-Array, tariffata previo accordo con la Sigu;
- Consulenza di genetica medica tariffata previo accordo con la Sigu.

LA SIGO CHIEDE la revisione delle tariffe inerenti amniocentesi e villocentesi, prestazioni ad elevata competenza, ad alto rischio medico-legale, che necessitano di un ambulatorio chirurgico, della massima sterilità e di un ecografo di media qualità. Tale tariffa potrebbe essere calcolata nel 40% della tariffazione dell'indagine genetica.

Ecografia di riferimento per alto rischio malformativo e placentare

Con il termine di "ecografia di riferimento" si intende un'ecografia particolarmente approfondita eseguita in "Centri di alta competenza" da medici esperti, dotati di specifiche competenze nello studio della morfologia fetale e della invasività placentare, con apparecchiature ecografiche di fascia alta per valutare quadri ecografici fetali sospetti evidenziati agli esami di screening o per condizioni specifiche di elevato rischio malformativo fetale e/o placentare.

Tale indagine, che ha frequentemente le caratteristiche dell'urgenza, può essere eseguita in qualsiasi epoca di gravidanza sulla base di specifiche indicazioni:

- almeno un significativo fattore di rischio materno o fetale per malformazione congenita fetale;
- alto rischio di invasione placentare, come in donne con pregresso taglio cesareo che all'ecografia di screening presentano una placenta previa anteriore.

PERCORSO NASCITA

PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO

Assistenza al parto spontaneo

L'attività ostetrica e ginecologica è descritta nell'"area salute della donna e materno infantile" del DM 70.

Come Società Scientifica abbiamo già concordato (nelle Note in riferimento al DM 70, attinenti l'attività ostetrico-ginecologica del 22/4/2022) sull'identificazione, per il materno-infantile, ed in particolare per tutte le procedure ostetriche, di un'area differente sia dall'area chirurgica che dall'area medica, in quanto tale area è assolutamente peculiare in rapporto a:

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

Abbiamo già sottolineato che, affinché si realizzi un percorso in piena sicurezza devono pertanto realizzarsi alcune condizioni, da considerare inderogabili:

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

I punti nascita sono classicamente distinti in:

- PN di I livello, definiti come unità operative di Ostetricia che assistono gravidanze e parti, in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico ed assistenziale elevato tipiche del II livello, per la madre e per il feto, in età gestazionale ≥ 34 settimane + 0 giorni;
- PN di II livello, definiti come unità operative di Ostetricia che assistono gravidanze e parti indipendentemente dal livello di rischio per madre e feto, con volumi di attività superiori a 1.000 parti/anno, con unità operative neonatologiche di II livello - Centri TIN (bacino di utenza di almeno 5.000 nati/anno e almeno 50 neonati/anno con peso alla nascita $<1500\text{gr}$; > 1.000 nati/anno nella struttura - Inborn), attivabili esclusivamente in ospedali sede di DEA II livello. I punti nascita con centri TIN devono prevedere sei-otto letti di patologia della gravidanza a media intensità di cura e devono garantire le terapie alle patologie della gravidanza che insorgono prima di 34 settimane, o con patologie fetali con peso previsto inferiore ai 1.500 grammi, o con patologie fetali malformative che richiedono competenze multispecialistiche.

Tale classificazione in PN di I e II livello, così come formulato, non prevede la possibilità che nei PN di primo livello giungano situazioni che necessitano di interventi in urgenza, non trasferibili, di alto livello tecnico come:

- III trimestre: Emorragie post partum, da atonia, da rottura ecc Alterata placentazione non diagnosticata (placenta previa, accreta) situazioni di elevato rischio di emorragia del post partum; condizioni note o sospette di alterata placentazione.
- Patologie della gravidanza oltre le 35 settimane (preeclampsia severa, diabete non compensato, patologie materne severe, malformazioni fetali che richiedano interventi alla nascita).

IL RITRATTO DEI CONIUGI ARNOLFINI

Jan van Eyck, 1434
National Gallery di Londra



“
Allo stato attuale i Drg ostetrici e neonatologici, elaborati oramai oltre un decennio fa, non tengono conto della necessità di avere un adeguato numero di personale sanitario e attrezzature sofisticate

In questi casi, la normativa prevede il trasferimento in un punto nascita di II livello, con trasporto materno quando le condizioni materne e fetali lo consentono (Stam): queste situazioni, invece, si possono manifestare in modo non prevedibile e non prevenibile, senza possibilità di attivare un trasferimento in sicurezza.

Da tale dato ne consegue che un PN di primo livello, se vuole assistere in sicurezza, deve dotarsi di una organizzazione, di una strumentazione e di competenze che non si discostano, per la parte strumentale e organizzativa della Sala Parto, da quelle di un PN di II livello.

Il percorso in sicurezza degli eventi ostetrici non prevedibili e prevenibili si completa con un sistema di trasporto STEN attivabile 24 H che deve collegare Punti Nascita di una rete con una TIN di riferimento.

A questo si deve aggiungere che tutta l'attività di controllo dell'attività del rooming in è svolta presso i reparti di ostetricia e ginecologia, sotto la responsabilità dei primari dell'Uoc di ginecologia ed ostetricia.

Allo stato attuale i Drg ostetrici e neonatologici, elaborati oramai oltre un decennio fa, non tengono conto della necessità di avere un adeguato numero di personale sanitario dedicato a tale attività e di avere attrezzature sofisticate, per la valutazione del benessere fetale e materno.

Segue a pagina 28

Considerazioni

L'ecografia di riferimento non è equiparabile ad una ecografia ostetrica di screening eseguita nei Centri di I livello in considerazione della necessità di:

- specifici requisiti strutturali e organizzativi;
- operatori esperti nella diagnosi e gestione delle anomalie congenite fetali;
- continuo aggiornamento professionale per il mantenimento delle skill minime richieste per una prestazione altamente specializzata;
- ecografi di fascia alta o superiore;
- tempi di esecuzione dell'esame decisamente più lunghi rispetto all'ecografia di screening dovuti alla necessità di giungere ad un adeguato inquadramento diagnostico;
- tempo dedicato al counseling pre-test per spiegare alla gestante caratteristiche, limiti e finalità dell'ecografia di riferimento e recepire il consenso all'esecuzione dell'esame;
- tempo dedicato al counseling post-test per comunicare alla gestante l'esito dell'accertamento, la prognosi e per delineare un percorso pre e post-natale specifico per il caso;
- tempo dedicato all'organizzazione di accertamenti diagnostici aggiuntivi e del counseling multidisciplinare;
- rischio medico-legale che una prestazione di alta specialità comporta.

Su tali presupposti la SIGO propone l'inserimento nei Lea di questa specifica indagine che potrà essere eseguita solo nelle Aziende che hanno comunicato la loro disponibilità, attestando pertanto la presenza nel proprio organico delle skill richiesti per tale prestazione, altamente specializzata. Per tale ecografia si propone una tariffa minima di 82,64 euro.



Fondazione
onda

Osservatorio nazionale sulla salute
della donna e di genere



FARMINDUSTRIA

**SPECIALE
RAPPORTO
ONDA**

Criticità emergenti nell'era post Covid-19

Nuove opportunità della medicina territoriale

L'ATTUALE EDIZIONE DEL LIBRO BIANCO di Fondazione Onda si propone di analizzare in ottica di genere l'impatto della pandemia, per evidenziare le criticità emergenti e riflettere sulle nuove opportunità che si potranno prospettare, specialmente per le donne, attraverso la riorganizzazione della sanità territoriale.

La prima parte del volume presenta i dati di popolazione, analizzati nell'ottica delle conseguenze cliniche, sociali ed economiche della pandemia da Covid-19, rispetto alle quali le donne patiscono ancora uno svantaggio rispetto gli uomini.

La seconda sezione si focalizza sulla medicina territoriale: partendo dalla riorganizzazione dei servizi sul territorio e dal ruolo della telemedicina, vengono poi esaminate le nuove competenze dei principali attori della rete territoriale - medici, infermieri, ostetriche, psicologi e farmacisti.

Su questi temi si sviluppano gli ultimi capitoli del libro che si propongono di dare una nuova lettura della medicina territoriale e di prossimità e che accompagnano verso le riflessioni conclusive sugli scenari futuri che il sistema sanitario italiano dovrà affrontare.

Il libro è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di Farmindustria.





PARTE 1

PANDEMIA IN OTTICA DI GENERE E IMPATTO SULLA POPOLAZIONE FEMMINILE

CAPITOLO 1

La dimensione di genere nella pandemia

NICOLETTA ORTHMANN

Coordinatore medico-scientifico, Fondazione Onda, Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere

LA PANDEMIA DA COVID-19 ha gravato maggiormente sulle donne. Il sesso femminile presenta infatti un rischio circa doppio di sviluppare quadri sindromici a lungo termine e una più elevata probabilità di presentare sintomi persistenti e di maggior intensità: le cause ipotizzate sono un'eccessiva risposta infiammatoria e una reazione autoimmunitaria indotte dal virus stesso.

A livello sociale, la situazione determinata dal Covid-19 relativamente alle restrizioni e al lavoro da casa ha comportato per le donne carichi di cura addizionali, dovuti all'interruzione della scuola, dei servizi per l'infanzia e per gli anziani. Infatti, l'80% dei caregiver è rappresentato da donne, che hanno dovuto bilanciare le esigenze dello smart working con quelle della cura familiare.

Nel tempo il ruolo del caregiver familiare è divenuto più complesso, a causa dell'invecchiamento della popolazione, che porta ad assistere persone sempre più fragili, maggiormente vulnerabili sul piano biologico e psico-emotivo.

Stando ai dati dell'*European Institute for Gender Equality*, dei 49 milioni di persone impiegate nel settore sanitario, uno dei più esposti al virus, il 76% erano donne, le quali risultavano inoltre sovra rappresentate nei servizi essenziali rimasti aperti durante la pandemia.

Secondo i rapporti di oltre 142 Paesi, la violenza contro le donne è cresciuta proprio come conseguenza delle misure governative utilizzate per contrastare la diffusione del virus.

Questo aumento dei casi di violenza di genere è estremamente preoccupante, soprattutto alla luce delle sue conseguenze a lungo termine e non solo psico-fisiche, tra cui isolamento, incapacità di lavorare, limitata capacità di prendersi cura di sé e dei propri figli.



CAPITOLO 2

Analisi dei dati di popolazione

NICOLETTA ORTHMANN

SECONDO I DATI ISTAT, al 1° gennaio 2021, la popolazione residente ammonta a 58 milioni e 983 mila, mentre l'età media è pari a 46,2 anni.

Gli ultra-65enni rappresentano il 23,5% della popolazione residente. Questo segmento di popolazione vede una maggior rappresentanza femminile sul totale che aumenta proporzionalmente con l'età, passando dal 52,8% nella fascia 65-74 anni al 66,5% in quella over-85.

La speranza di vita alla nascita risulta pari a 82,4 anni, 80,1 anni per gli uomini e a 84,7 anni per le donne. Tali stime evidenziano un recupero rispetto al 2020, di circa quattro mesi di vita in più per gli uomini e tre per le donne, anche se il divario resta significativo rispetto al periodo pre-pandemico.

Vengono sinteticamente presentate le cause principali di mortalità per classi di età e genere, evidenziando in particolare che nelle fasce di età più elevata (>60 anni) la principale causa di decesso, pur con delle lievi differenze, appare la stessa per entrambi i generi (tumori per la classe 60-74 anni, malattie del sistema circolatorio per le classi 75-89 e over 90 anni).

Le differenze di genere nella cronicità risultano significative dopo i 65 anni e mostrano una preponderanza maggiore nelle donne, mediamente più anziane e dunque più esposte a patologie correlate all'invecchiamento.

L'impatto dell'emergenza Covid-19 sulle strutture sanitarie ha determinato una riduzione della presa in carico e della continuità assistenziale per i pazienti con patologie acute e croniche: i dati dell'ultimo Rapporto Osservasalute rilevano una diminuzione delle visite specialistiche di circa un terzo nel periodo 2019-2020.

Le conseguenze in termini di salute sono ancora poco note e quantificabili, ma gli effetti si manifesteranno sulla società e sui servizi sanitari nei prossimi anni.

CAPITOLO 3

Determinanti di salute

NICOLETTA ORTHMANN

I DETERMINANTI DI SALUTE sono condizioni fisico-ambientali e socio-economiche che influiscono sulla salute e sul benessere dell'individuo. Possono essere suddivisi in cinque macrocategorie: caratteristiche biologiche, stile di vita, fattori relazionali, fattori riguardanti l'ambiente di vita e di lavoro, contesto politico, sociale, culturale, economico e ambientale. A differenza delle caratteristiche biologiche individuali, questi fattori non sono imputabili unicamente alla responsabilità della singola persona: le stesse disuguaglianze di genere si trasformano in rischio per la salute attraverso valori discriminatori, credenze e pregiudizi.

Da una serie di studi pubblicata su *Lancet*, emerge che non c'è pressoché alcun aspetto della salute e dell'assistenza sanitaria che non sia influenzato dalle norme di genere.

L'equilibrio di genere nei ruoli di vertice in sanità concorre a influenzare il sistema sanitario-assistenziale. Si tratta di un tema che sta assumendo sempre maggiore attenzione a livello globale: infatti, secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, le donne rappresentano il 70% del personale sanitario, eppure solo il 25% di loro detiene una posizione apicale. Nondimeno, secondo i dati pubblicati da FNOMCeO nel 2021, le dottoresse costituiscono il 57% dei medici italiani sotto i 60 anni, il 60% tra gli under 50.

Si illustrano poi i dati relativi ai principali fattori di rischio: fumo di sigaretta, consumo di alcol, sedentarietà, sovrappeso, obesità. Si sottolinea, in particolare, che la condizione di eccesso ponderale presenta un marcato differenziale di genere: risulta in sovrappeso il 43,9% degli uomini versus il 28,8% delle donne e obeso il 12,3% degli uomini rispetto al 10,8% delle donne.

Per quanto riguarda i fattori ambientali, dai dati più recenti della Società Italiana di Medicina Ambientale emerge che l'Italia è il primo paese in Europa per morti attribuibili all'inquinamento atmosferico, con circa 90 mila decessi prematuri/anno.

DONNE IN MEDICINA

70%

DEL PERSONALE SANITARIO

25%

IN POSIZIONI APICALI

57%

DEI MEDICI SOTTO I 60 ANNI

PARTE 2

MEDICINA TERRITORIALE E SALUTE FEMMINILE

CAPITOLO 3

Piano nazionale Ripresa e Resilienza: le sfide in sanità Riorganizzazione dell'assistenza territoriale per una sanità "di prossimità"

STEFANO LORUSSO

Direttore Generale della Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute, già Direttore Generale dell'Unità di missione per l'attuazione del PNRR

LA MISSIONE 6 SALUTE del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) ha il fine di riorganizzare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), per far sì che sia sempre più prossimo alle necessità delle comunità, dei singoli assistiti e dei loro caregiver.

Già il Patto per la Salute 2019-2021 evidenziava le criticità del SSN, a partire dal contesto epidemiologico, sanitario e sociale, caratterizzato dall'allungamento della durata della vita e dal progressivo invecchiamento della popolazione, che causano un costante incremento di situazioni di fragilità sanitaria e sociale, un aumento della cronicità e una maggiore insorgenza di multi-patologie. Su tutto ciò ha inoltre gravato la pandemia da Sars-Cov19.

Gli interventi della Missione 6 Salute del PNRR intendono rispondere a queste esigenze: l'obiettivo è favorire una deistituzionalizzazione, demandando all'ospedale la cura esclusiva delle acuzie e agli altri *setting* (ad esempio Hospice o Ospedale di Comunità) l'assistenza di quei pazienti che non possano essere efficacemente assistiti presso il proprio domicilio.

Particolare attenzione è riservata alla Telemedicina, che attraversa tutte le articolazioni della sanità territoriale e che può migliorare l'assistenza fornita in zone interne e/o disagiate, consentendo l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza.

La strategia della Missione 6 del Pnrr ha come tema centrale l'evoluzione e il potenziamento strutturale, organizzativo e digitale del Servizio Sanitario Nazionale, per garantire una puntuale capacità di risposta assistenziale e una maggiore vicinanza alle esigenze e aspettative del cittadino

e del paziente, con l'obiettivo ultimo di assicurare un'assistenza di qualità e prossimità in ogni area del Paese.

La Missione 6 rappresenta un disegno organico finalizzato ad una riorganizzazione del servizio sanitario secondo le tre direttrici di prossimità, transizione digitale e integrazione (intesa negli ambiti ospedale-territorio, socio-sanitaria e salute-ambiente) e richiede di essere sostenuto attraverso un adeguato finanziamento del fondo sanitario e un incremento del potenziale formativo, specialmente delle professioni sanitarie.

CAPITOLO 4

Telemedicina a servizio della continuità e della personalizzazione delle cure

CHIARA RABBITO¹, MARIA GRAZIA MODENA², ANTONIO V. GADDI³

1. Presidente Comitato Tecnico Scientifico della Società Italiana di Telemedicina.
2. Vicepresidente Nazionale della Società Italiana di Telemedicina.
3. Presidente Nazionale della Società Italiana di Telemedicina.

LA PECULIARITÀ DELLA TELEMEDICINA consiste non soltanto nella possibilità di "annullare le distanze" tramite le tecnologie informatico-telematiche, ma anche nel consentire atti sanitari in cui la collocazione spaziale reciproca del paziente e del medico non sia elemento così determinante come nel mondo fisico.

In Italia la telemedicina è stata recentemente oggetto di attenzione, quale rilevante risorsa per fronteggiare la pandemia da Covid-19, tramite la pubblicazione nell'ottobre del 2020 delle Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina.

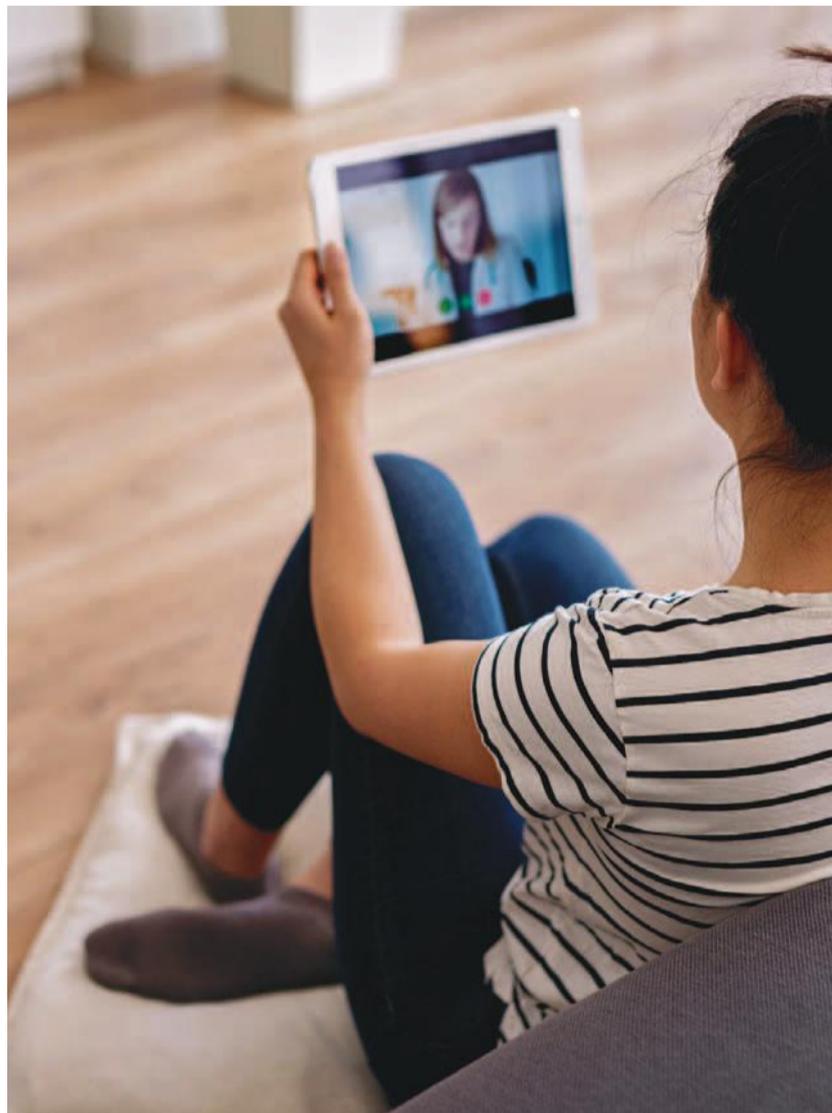
Ma soprattutto è il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza a prevedere e auspicare grande impulso all'impiego delle tecnologie digitali in Sanità, con un piano di investimenti e riforme nell'ambito della Missione 6 - Salute.

Sempre più frequentemente la Sanità mondiale avrà necessità di ricorrere alle tecnologie informatico-telematiche e occorrerà un processo di crescita e di selezione dei sistemi tecnologici più adatti, la cui durata dipenderà molto dalla capacità di formare in parallelo tutti gli attori e i cittadini coinvolti.

Una soluzione è quella di predefinire delle linee di indirizzo univoche e basate sulla letteratura, idealmente proposte dall'Istituto Superiore di Sanità, dalle Agenzie Governative o dai Ministeri interessati.

A questa soluzione vanno affiancate regole rigorose per l'identificazione degli indicatori atti a verificare quanto viene proposto e attuato utilizzando la telemedicina.

Infine, sarà fondamentale, per facilitare, accelerare e migliorare il processo di transizione verso la digitalizzazione territoriale, pubblicare sulla letteratura internazionale sia i protocolli sia i risultati raggiunti, contribuendo così a creare per la Telemedicina quel substrato scientifico "forte" basato sulla ricerca clinica.



CAPITOLO 5

Nuovi ruoli, nuove competenze e sinergie nella rete territoriale

Il punto di vista dei medici

FILIPPO ANELLI

Presidente FNOMCeO - Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

“La sanità deve diventare sempre più vicina al malato, intervenendo laddove vi è maggiore necessità, ovvero a livello territoriale e domiciliare

LA PANDEMIA degli ultimi due anni ha inciso profondamente sul ruolo della sanità e della professione medica all'interno della società e ha messo in evidenza criticità e carenze ormai strutturali. Il ripensamento organizzativo della medicina del territorio deve avvenire tenendo presenti i valori chiave del Sistema Sanitario Nazionale: universalità, equità, uguaglianza, prossimità, fiducia. La sanità deve diventare sempre più vicina al malato, intervenendo laddove vi è maggiore necessità, ovvero a livello territoriale e domiciliare. Il Covid, imponendo il distanziamento sociale, ha infatti dato impulso ai consulti da remoto: li ha offerti il 65% dei medici di medicina generale. Bisogna quindi ripensare i modelli organizzativi anche in tale ambito, affinché facilitino il rapporto medico-paziente ma consentano anche al professionista il giusto bilanciamento tra vita lavorativa e privata.

Inoltre, occorre colmare le disuguaglianze di salute che ancora persistono nel Paese, modificando la governance del Servizio Sanitario Nazionale, rivisitando i Livelli Essenziali di Assistenza e rivedendo le modalità di costituzione e ripartizione del Fondo sanitario nazionale. Serve anche riconoscere e valorizzare l'impegno di tutti i medici, coinvolgendoli nei processi decisionali.

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



Si dovrà procedere a una riforma degli iter formativi, tramite una programmazione efficiente per cui a ogni laurea corrisponda una borsa, in modo che tutti gli studenti che entrino nel percorso ne possano uscire specializzati.

Passa dal potenziamento del territorio una possibile soluzione alle liste d'attesa, alleggerendo gli ospedali tramite il rafforzamento delle cure primarie e la gestione dei pazienti cronici sul territorio.

È perciò indispensabile costituire un team delle cure primarie, con medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali, infermieri, assistenti sanitari, tecnici, che lavorino in sinergia e, per far questo, servano nuove strutture, più ampie e dotate di tutti gli strumenti necessari alla diagnostica di primo livello e alla somministrazione di terapie.



L'assistenza di domani non può essere più progettata per una popolazione di "pazienti acuti", ma sempre più dovrà prestare attenzione alla presa in carico nel territorio di pazienti affetti da patologie croniche

Il punto di vista degli infermieri

BARBARA MANGIACAVALLI¹, MONICA CIRONE²

1. Presidente Fnopi - Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche.
2. Direttore Socio Sanitario Asl2 Liguria.

IL TERRITORIO, nelle sue articolazioni distrettuali, rappresenta il presidio di salute pubblico più vicino alla popolazione e costituisce la porta d'ingresso dei cittadini al servizio socio-sanitario. Affinché lo sviluppo dei servizi territoriali risulti funzionale al bisogno di salute della popolazione, in base a quanto previsto nel Pnrr in termini di standard erogativi, risulta fondamentale riconsiderare l'offerta in un'ottica di sistema. L'assistenza di domani non può essere più progettata per una popolazione di "pazienti acuti", ma sempre più dovrà prestare attenzione alla presa in carico nel territorio di pazienti affetti da patologie croniche.

È in quest'ottica che si sviluppano nuovi ruoli e nuove competenze, ponendo l'infermiere quale figura strategica relativamente sia alla programmazione sia allo sviluppo dei percorsi di cura. L'infermiere ha già un ruolo attivo nella definizione degli Ospedali di Comunità quale struttura intermedia tra il domicilio ed il ricovero ospedaliero. Questi modelli organizzativi, infatti, corrispondono a modelli di gestione infermieristica che vengono integrati con la rete della Medicina Generale e sono inseriti, dal punto di vista organizzativo-gestionale, nelle competenze degli infermieri.

Restano consolidati, nel nuovo sviluppo territoriale sanitario, i ruoli di management delle professioni sanitarie che devono collaborare per garantire lo sviluppo dei nuovi percorsi di cura previsti dal PNRR.

Non è solo l'attività manageriale a contraddistinguere l'infermiere in ambito territoriale ma anche la specializzazione in ambito clinico, alla quale sarà possibile agganciare la progressione di carriera e che consentirà agli infermieri di partecipare alla definizione dei bisogni di salute e all'attuazione dei modelli di presa in carico conseguenti, garantendo la sostenibilità del sistema salute. Ciò comporta un grande cambiamento nella presa in carico del cittadino e uno spostamento dei percorsi di cura domiciliare, inserendoli in una totale revisione della rete assistenziale.

INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ

GINETTO MENARELLO
Presidente AIFeC
Associazione Infermieri di Famiglia e Comunità

Nel box si descrive la figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), un professionista sanitario che prende in carico la popolazione di specifici territori e comunità, sostenendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi, e incentra la propria attività sulla prevenzione, sulla promozione della salute e sullo sviluppo delle competenze del singolo e della comunità attraverso azioni di *empowerment*. Le competenze fondamentali dell'IFeC si articolano dunque nelle seguenti aree:

- valutazione dei bisogni di salute della comunità;
- promozione della salute e della prevenzione primaria, secondaria e terziaria;
- presa in carico delle persone con ma-

Il punto di vista delle ostetriche

SILVIA VACCARI¹, CINZIA DI MATTEO², CATERINA MASÈ³

1. Presidente FNOPO – Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica.
2. Consigliere FNOPO – Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica.
3. Vicepresidente FNOPO – Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica.

L'OSTETRICA RAPPRESENTA per le donne e per le loro famiglie un importante punto di contatto con il Servizio Sanitario Nazionale e un elemento decisivo per la diffusione di una cultura orientata alla specificità di genere.

Ad esempio, secondo i dati Istat, l'8,3% delle donne denuncia un cattivo stato di salute contro il 5,3% degli uomini. Il mondo sanitario deve quindi sviluppare programmi atti a promuovere stili di vita salutari correlati al genere e in questo ambito la figura dell'Ostetrica di Comunità può apportare cambiamenti positivi: attraverso una presenza costante legata al territorio, contribuisce a creare reti che veicolino informazioni e offrano interventi mirati e declinati secondo la sensibilità e la specificità di quel contesto.

L'attività dell'Ostetrica riguarda tutte le fasi del ciclo vitale femminile, tramite interventi di prevenzione, formazione e comunicazione, quali ad esempio: incoraggiare l'adesione di donne e bambini ai programmi vaccinali; favorire negli adolescenti la conoscenza del funzionamento del proprio corpo e l'approccio consapevole alla sessualità e alla scelta dei metodi contraccettivi; implementare l'adesione delle donne ai programmi di screening per la prevenzione oncologica.

Anche in epoca Covid le ostetriche hanno contribuito alla promozione della salute della donna e del suo contesto familiare e comunitario. Nella presa in carico assistenziale sono stati trasformati i modelli preesistenti, differenziando i servizi e aumentando la frequenza degli incontri a distanza. I servizi di supporto a distanza puntano a concretizzare un programma di assistenza orientato al benessere della donna e della sua famiglia, i cui obiettivi principali sono l'assistenza al puerperio e il supporto nell'accudimento del neonato, nonché il sostegno alla genitorialità.

La rete territoriale ha permesso la dimissione precoce protetta dall'ospedale subito dopo il parto, garantendo comunque la presa in carico della diade madre-bambino, l'esecuzione degli screening e i controlli previsti.

lattie croniche in tutte le fasi della vita e delle persone con livelli elevati di rischio di malattia, ad esempio associati all'età;

- relazione d'aiuto ed educazione terapeutica con gli assistiti;
- valutazione personalizzata dei problemi socio-sanitari che influenzano la salute, in collaborazione con gli altri attori delle cure, per la loro risoluzione;
- definizione di programmi di intervento basata su prove scientifiche di efficacia;
- valutazione degli standard qualitativi per l'assistenza infermieristica nelle strutture residenziali;
- definizione di ambiti e problemi di ricerca clinica e sociale.

Servizi di psicologia territoriale: la figura dello psicologo di comunità

DAVID LAZZARI

Presidente Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi

IL CAPITOLO ILLUSTRÀ l'evoluzione della normativa che regola l'attività dello psicologo di comunità e ne descrive le caratteristiche essenziali. Si sottolinea l'importanza del lavoro in rete, con l'inserimento dello psicologo nel team delle cure primarie, insieme al medico di medicina generale e al pediatra di libera scelta.

Le ricerche hanno dimostrato infatti che, accanto a bisogni di salute di carattere fisico, la soddisfazione dei bisogni psicologici risultano altrettanto importanti per la salute psico-fisica degli individui. La maggior parte delle persone chiede inizialmente aiuto al medico di famiglia e il 50% circa di tali richieste esprime un disagio psicologico-relazionale.

In questo scenario lo psicologo di cure primarie affianca il medico di medicina generale nel suo intervento clinico, ad iniziare dalla precoce individuazione del malessere psicologico, al fine di prevenirne la degenerazione in forme croniche e/o patologiche, le quali devono essere prese in carico e gestite presso le strutture specialistiche. La psicologia delle cure primarie ha pertanto lo scopo di garantire il benessere psicologico nella sanità territoriale, fornendo un primo livello di cure psicologiche, accessibile e integrato con gli altri servizi sanitari e sociosanitari.

Per quanto riguarda le competenze proprie dello psicologo, la legge 56 del 1989 definisce le attività di questa figura: "la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità". È bene che la popolazione conosca le sue declinazioni professionali e le differenze tra psicologo, psicologo specialista in un particolare ambito, psicoterapeuta; ne consegue che vi è una sempre maggiore necessità di articolare i percorsi formativi, per venire incontro allo sviluppo di specifici ambiti operativi, come quello dello psicologo di comunità.

Il punto di vista dei farmacisti

ANDREA MANDELLI

Presidente FOFI

Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani

NEL PROGETTO DI RIFORMA della sanità la rete territoriale costituita dai farmacisti e dalle farmacie di comunità assume una nuova centralità. Proprio nella prospettiva della "Farmacia dei servizi", sperimentata con successo durante la pandemia, la Legge 52/2022 e il DM 77/2022 hanno sancito le nuove funzioni del farmacista all'interno della rete di prossimità, che includono la dispensazione del farmaco, la possibilità per i pazienti cronici di usufruire di un servizio di accesso personalizzato ai farmaci, la farmacovigilanza, le vaccinazioni anti-Covid e antinfluenzali, la somministrazione di test diagnostici.

I recenti provvedimenti normativi introducono inoltre il coinvolgimento dei farmacisti nella prevenzione vaccinale, che potrà semplificare l'accesso alle campagne di immunizzazione e concorrere al raggiungimento di più alte coperture vaccinali, anche grazie alla naturale vocazione del professionista all'ascolto e al counseling dei cittadini.

In virtù della relazione di fiducia con i pazienti e della presenza capillare sul territorio, il farmacista rappresenta una risorsa fondamentale per monitorare la corretta assunzione della terapia, aumentare la conoscenza da parte del paziente dei medicinali che sta assumendo, incrementare l'adesione alle indicazioni cliniche e supportare la terapia domiciliare.

La pandemia è stata l'occasione per riflettere, anche, sul tema della dispensazione dei farmaci. Il progressivo aumento dei trattamenti ritirati nelle farmacie territoriali ha confermato che un ricorso più ampio e strutturale al regime della distribuzione per conto per i medicinali che non necessitano di monitoraggio ospedaliero, è sinonimo di maggiore accessibilità e migliori esiti di salute per i pazienti. La farmacia del territorio si candida, dunque, a diventare il presidio sanitario elettivo per una dispensazione controllata anche delle terapie ad alta complessità, per le quali il farmacista è in grado di garantire tutta la sicurezza necessaria.



In virtù della relazione di fiducia con i pazienti e della presenza capillare sul territorio, il farmacista rappresenta una risorsa fondamentale per monitorare la corretta assunzione della terapia

CAPITOLO 6

Medicina del territorio secondo un approccio di genere

L'approccio di genere nella medicina territoriale e nei programmi di prevenzione

LUCA BUSANI, ALESSANDRA CARÈ

Centro di riferimento per la medicina di genere, Istituto Superiore di Sanità

LA MEDICINA DI GENERE opera per promuovere la salute, migliorare le cure e la prevenzione delle malattie attraverso azioni che tengano conto delle differenze di sesso (l'insieme delle caratteristiche biologiche) e genere (il costruito sociale che definisce norme, ruoli e relazioni tra individui), col fine ultimo di raggiungere l'appropriatezza e la personalizzazione degli interventi stessi.

In questo ambito, la personalizzazione degli interventi riveste una notevole importanza, considerando ad esempio che le motivazioni per cui donne e uomini fumano, non praticano attività fisiche, mangiano troppo o bevono alcolici sono diverse.

Per far sì che le azioni di salute siano orientate al genere, efficaci ed eque, nella loro pianificazione ed esecuzione devono essere inclusi gli aspetti legati alla persona (considerando anche le identità di genere non binarie) e alla comunità, le evidenze scientifiche ed i dati disponibili e, infine, gli indicatori di processo e di outcome.

Sebbene negli ultimi decenni siano state sviluppate una serie di politiche di salute pubblica orientate al genere, la ricerca sull'impatto e sull'efficienza di queste politiche e sul controllo e gestione dei fattori di rischio è molto scarsa e manca una discussione critica sulla metodologia degli interventi che considerano il genere.

Questi aspetti richiederanno un grandissimo impegno da parte di tutti i professionisti della salute con l'obiettivo principale di includere in tutte le aree mediche una nuova "dimensione" basata sulle differenze di sesso e/o genere, non solo in termini biologici e clinici, ma anche culturali e socio-psicologici. L'obiettivo è infatti il miglioramento della salute di tutti attraverso una medicina realmente personalizzata, più efficace ed economica.

OSTETRICA DI COMUNITÀ

MARIALISA COLUZZI¹, ASSUNTA LOMBARDI²

1. Consigliere FNOPO – Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica.

2. Vicepresidente Associazione di promozione sociale "Oltre l'orizzonte APS"

Il modello Ostetrica di famiglia e comunità, progettato e applicato in diversi contesti pubblici e privati, grazie alla collaborazione della FNOPO con organizzazioni del terzo settore, precorre nelle sue linee principali la visione di una assistenza sanitaria basata su una proattiva "presa in carico" delle comunità, in quanto nasce come risposta alle criticità emerse nell'ambito della cura del materno-infantile.

Tale figura, nella sua poliedricità, intende dare una efficace risposta sul territorio a tali problematiche attraverso interventi di educazione alla salute, promozione della cultura della vita e sviluppo dell'empowerment personale, genitoriale e sociale e l'attivazione

di reti solidali, in particolare nelle aree a scarsità di risorse.

Con l'introduzione del modello Ostetrica di famiglia e comunità si intende realizzare pienamente le "reti di prossimità" definite nel PNRR, tramite la creazione di una costante interfaccia con le diverse organizzazioni pubbliche e del privato sociale, al fine di sviluppare un empowerment di comunità. L'Ostetrica di comunità costituisce, pertanto, un tassello importante nella creazione di "comunità competenti", in un contesto sanitario realmente collaborativo, orientato all'umanizzazione delle cure e ad un'efficace interazione tra fattori bio-medici, psico-sociali, economici e culturali.

Riforma dell'assistenza sanitaria territoriale e nuova domiciliarità: quali opportunità per le donne

DI ANGELA GENOVA

Sociologa, Ricercatrice presso Dipartimento di Economia Società Politica, Università degli Studi di Urbino Carlo Bo.

IL CAPITOLO SI INTERROGA sulle opportunità che si prospettano per le donne nel nuovo scenario dei servizi sanitari territoriali. Il lavoro si articola in tre parti: la prima presenta una breve premessa teorica e metodologica, evidenziando come tutte le politiche non hanno lo stesso impatto su uomini e su donne. La seconda analizza i principali contenuti del DM 77, soffermandosi sui potenziali impatti in ottica di genere. La terza par-

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



te, invece, propone alcune riflessioni sulle potenzialità e criticità della riforma dell'assistenza sanitaria in una prospettiva sociologica.

L'analisi dei dati relativi alla composizione maschio-femmina del personale sanitario coinvolto nei servizi distrettuali evidenzia che le professioni interessate sono a prevalenza femminile più o meno marcata. Rispetto ai medici si rileva un processo di femminilizzazione della professione, confermato dal numero di laureate nel 2019, superiore a quello dei laureati.

Per quanto riguarda la composizione dell'utenza dei nuovi servizi territoriali, l'unico standard esplicitato riguarda la presa in carico del 10% della popolazione over 65, per le cure domiciliari. L'analisi delle differenze maschi-femmine nella popolazione over 65 rileva, come ben noto, una maggiore rappresentanza femminile sul totale. Anche sul versante dell'utenza si constata che saranno prevalentemente le cittadine a utilizzare i servizi riformati dell'assistenza sanitaria territoriale.

Nonostante la presenza femminile in tutto il sistema sanitario sia cresciuta nel corso degli anni e oggi le donne siano numericamente superiori agli uomini, le posizioni di vertice sono nella maggior parte occupate da uomini: poco meno di 1 donna su 3 ricopre un ruolo di vertice e 1 su 5 il ruolo di direttore generale.

In conclusione, i servizi dell'assistenza sanitaria territoriale saranno prevalentemente offerti da donne e rivolti a donne: si auspica che saranno anche co-progettati nella loro dimensione operativa e procedurale dalle donne stesse, affinché questa trasformazione possa effettivamente ridurre l'onere di cura della popolazione femminile.

Dal punto di vista professionale, la figura che può esemplificare il punto di vista femminile, dati i numeri di prevalenza nel servizio, è quella infermieristica (le donne costituiscono il 76,45% degli iscritti agli ordini professionali), mentre in ambito familiare e sociale numerose indagini mostrano che le donne sono le figure di riferimento nella gestione e di cura dei bambini e/o delle persone anziane.

In quest'ottica, il rafforzamento dei servizi di prossimità e di supporto all'assistenza domiciliare ha un impatto diretto sui divari di genere, da un lato facilitando il ruolo di caregiver e dall'altro incoraggiando un aumento dell'occupazione nel settore dei servizi di cura, a cui contribuiscono maggiormente le donne.

Affinché le donne possano offrire pienamente il loro contributo, è necessario che si individuino nuovi modelli organizzativi che consentano la conciliazione dei tempi di vita e lavoro. La direzione strategica di un'azienda sanitaria può favorire questo processo, ad esempio, tramite l'adozione di orari flessibili e personalizzati e lo sviluppo delle forme diversificate di part time, l'implementazione di lavoro agile nel lavoro a turni e di assistenza diretta e, infine, il sostegno alla condivisione del lavoro familiare e di cura fra donne e uomini.

Sarà infine necessario un monitoraggio continuo della situazione maschile e femminile nelle aziende, per la promozione delle pari opportunità e il contrasto ad ogni genere di discriminazione, attraverso strumenti quali il Bilancio di Genere e il Piano di Equità di Genere.

Il contributo femminile nella riforma dell'assistenza sanitaria territoriale: proposte concrete

MONICA CALAMAI¹, SILVIA FOGGINO²,
LUCA SANTINI², ILARIA PANZINI²

1. Direttrice Generale AUSL di Ferrara e Commissaria straordinaria AOU di Ferrara.
2. U.O. Qualità, Accreditamento, Ricerca Organizzativa AUSL di Ferrara.

L'APPROVAZIONE del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ha dato un nuovo impulso alla riforma dell'assetto organizzativo dell'assistenza territoriale, con la proposta di un sistema organico di misure promosse, in particolare, per l'assistenza agli anziani non autosufficienti. In questo contesto, la prospettiva femminile assume un duplice aspetto, quello della donna professionista inserita in un contesto aziendale e quello della donna fruitrice del servizio.



Necessario un monitoraggio continuo della situazione maschile e femminile nelle aziende, per la promozione delle pari opportunità e il contrasto ad ogni genere di discriminazione, attraverso strumenti quali il Bilancio di Genere e il Piano di Equità di Genere

Conclusioni

SCENARI FUTURI TRA SOSTENIBILITÀ E INNOVAZIONE PER UNA MEDICINA DI PROSSIMITÀ "A MISURA DI DONNA"

PIERPAOLO SILERI
Sottosegretario di
Stato alla Salute,
XVIII Legislatura.

CENTRALITÀ DEL PAZIENTE è il focus del ridisegno del Servizio Sanitario Nazionale che si appresta a diventare realtà, grazie alle risorse del PNRR e all'aumento strutturale del Fondo Sanitario Nazionale.

Nella prospettiva di un'assistenza sanitaria realmente centrata sulla persona e sulle sue esigenze specifiche sarà fondamentale la formazione specialistica dei professionisti che saranno impiegati nei nuovi distretti della salute e in tutti i presidi territoriali. Una formazione che deve comprendere gli aspetti della digitalizzazione, dell'empowerment del paziente e del caregiver, della multidisciplinarietà, dell'approccio *one health*, così come delle specificità di genere. Infatti, dalla formazione del personale sanitario e dalla ricerca scientifica dipendono la prevenzione e la cura dei pazienti.

Tutto ciò deve tradursi anche nei modelli che definiscono le attuali organizzazioni lavorative delle strutture sanitarie, includendo una visione "di genere" capace di valorizzare al meglio il ruolo delle donne nell'accesso alle carriere e nella conciliazione dei tempi di vita privata e lavoro.

Lo stesso PNRR individua nella Parità di genere una delle tre priorità trasversali perseguite in tutte le missioni che compongono il Piano, che dovrà inoltre essere valutato in un'ottica di *gender mainstreaming*.

Gli stereotipi di genere, infatti, non causano solo una disparità nell'accesso al lavoro e all'istruzione, ma alimentano anche la violenza di genere in tutte le sue forme, intersecandosi anche con altre forme di discriminazione.

A questo proposito, la formazione sarà ancora una volta decisiva per superare i pregiudizi e promuovere un'effettiva parità di genere: l'Istituto Europeo per l'Uguaglianza di Genere e l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico affermano infatti che i contesti educativi sono uno spazio ideale per abbattere precocemente gli stereotipi di genere.

MORTALITÀ MATERNA

Ogni due minuti muore una donna durante la gravidanza o il parto

In Europa e nelle Americhe i tassi tornano a salire, in Italia scendono

Ogni giorno nel mondo 800 donne muoiono durante la gravidanza o il parto, il che vuol dire una donna ogni due minuti. Lo denuncia un nuovo Rapporto delle agenzie delle Nazioni Unite che lancia l'allarme: senza interventi per migliorare il percorso gravidanza e nascita si rischia la vita di oltre 1 milione di donne in più entro il 2030

IL RAPPORTO "TENDENZE NELLA MORTALITÀ MATERNA", rivela infatti allarmanti battute d'arresto per il miglioramento delle condizioni di salute delle donne negli ultimi anni, con il risultato che le morti materne sono aumentate o sono rimaste stabili in quasi tutte le regioni del mondo. Al Rapporto ha lavorato il Gruppo inter-agenzie per la stima della mortalità materna delle Nazioni Unite (Mmeig), che comprende l'Oms, il Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia (Unicef), il Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione (Unfpa), il Gruppo della Banca mondiale e il Dipartimento degli affari economici e sociali delle Nazioni Unite, Divisione Popolazione (Undesa/Divisione Popolazione).

"Mentre la gravidanza dovrebbe essere un momento di immensa speranza e un'esperienza positiva per tutte le donne, è tragicamente ancora un'esperienza incredibilmente pericolosa per milioni di persone in tutto il mondo che non hanno accesso a un'assistenza sanitaria di alta qualità e rispettosa" ha affermato il dottor **Tedros Adhanom Ghebreyesus**, Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che ha aggiunto come "queste nuove statistiche rivelino l'urgente necessità di garantire a ogni donna e ragazza l'accesso a servizi sanitari fondamentali prima, durante e dopo il parto e che possano esercitare pienamente i propri diritti riproduttivi".

Il Rapporto, che tiene conto dei decessi materni a livello nazionale, regionale e globale dal 2000 al 2020, mostra che nel 2020 ci sono stati circa 287mila decessi materni in tutto il mondo e sottolinea che, mentre tra il 2000 e il 2015 si sono registrati progressi significativi nella riduzione delle morti materne, dal 2016 in poi i progressi si sono in gran parte bloccati, o in alcuni casi addirittura invertiti. In due delle otto regioni delle Nazioni Unite - Europa e Americhe - il tasso di mortalità materna è aumentato dal 2016 al 2020, rispettivamente del 17% e del 15%. Altrove, il tasso è rimasto stabile. In Italia nel 2020 si sono verificate 5 morti materne su 100mila bambini nati vivi (in numeri assoluti, 19 morti in totale), un tasso in diminuzione rispetto alle 7 morti materne su 100mila bambini nati vivi verificatesi nel 2015 e nel 2010 e alle 10 nel 2000.

LA SCHEDA ITALIA

Comunque, osserva il Rapporto il progresso nel mondo è possibile. Ad esempio, due regioni - Australia e Nuova Zelanda e Asia centrale e meridionale - hanno registrato un calo significativo (rispettivamente del 35% e del 16%) dei tassi di mortalità materna durante lo stesso periodo, così come 31 paesi in tutto il mondo. "Per milioni di fa-



miglie, il miracolo del parto è segnato dalla tragedia della morte materna - ha dichiarato il direttore esecutivo dell'Unicef **Catherine Russell** - nessuna madre dovrebbe temere per la propria vita mentre mette al mondo un bambino, soprattutto quando esistono le conoscenze e gli strumenti per trattare le complicanze comuni. L'equità nell'assistenza sanitaria offre a ogni madre, indipendentemente da chi sia o da dove si trovi, un'equa possibilità di un parto sicuro e un futuro sano con la propria famiglia".

In termini numerici, le morti materne continuano ad essere in gran parte concentrate nelle parti più povere del mondo e nei paesi colpiti da conflitti. Nel 2020, circa il 70% di tutte le morti materne si è verificato nell'Africa subsahariana. In nove paesi che affrontano gravi crisi umanitarie, i tassi di mortalità materna erano più del doppio della media mondiale (551 decessi materni ogni 100mila nati vivi, rispetto ai 223 a livello globale). "Questo Rapporto fornisce un altro duro promemoria dell'urgente necessità di raddoppiare il nostro impegno per la salute delle donne e degli adolescenti - ha affermato **Juan Pablo Uribe**, direttore globale per la salute, la nutrizione e la popolazione presso la Banca mondiale e direttore del Global Financing Facility - con un'azione immediata, maggiori in-

vestimenti nell'assistenza sanitaria di base e sistemi sanitari più forti e resilienti possiamo salvare vite umane, migliorare la salute e il benessere e promuovere i diritti e le opportunità per le donne e gli adolescenti".

LE PRINCIPALI CAUSE DI MORTALITÀ. Emorragie gravi, ipertensione, infezioni legate alla gravidanza, complicazioni da aborto non sicuro e condizioni sottostanti che possono essere aggravate dalla gravidanza (come l'Hiv/Aids e la malaria) sono le principali cause di morte materna. Tutti fattori in gran parte prevenibili e curabili con l'accesso a un'assistenza sanitaria di alta qualità e rispettosa. Il rapporto dell'Onu sottolinea poi che l'assistenza sanitaria di base incentrata sulla comunità può soddisfare i bisogni di donne, bambini e adolescenti e consentire un accesso equo a servizi critici come il parto assistito e l'assistenza pre e postnatale, le vaccinazioni infantili, l'alimentazione e la pianificazione familiare. Tuttavia, il sottofinanziamento dei sistemi di assistenza sanitaria di base, la mancanza di operatori sanitari qualificati e le catene di approvvigionamento deboli per i prodotti medici stanno minacciando il progresso.

Circa un terzo delle donne non ha nemmeno quattro degli otto controlli prenatali raccomandati o riceve cure postnatali essenziali, mentre circa 270 milioni di donne non hanno accesso ai moderni metodi di pianificazione familiare.

Esercitare il controllo sulla loro salute riproduttiva - in particolare le decisioni su se e quando avere figli - è fondamentale per garantire che le donne possano pianificare e distanziare la gravidanza e proteggere la loro salute, evidenzia quindi il Rapporto. Le disuguaglianze relative al reddito, all'istruzione, alla razza o all'etnia aumentano ulteriormente i rischi per le donne incinte emarginate, che hanno un accesso minimo alle cure di maternità essenziali ma hanno maggiori probabilità di avere problemi di salute durante la gravidanza. "È inaccettabile che così tante donne continuino a morire inutilmente durante la gravidanza e il parto. Oltre 280mila vittime in un solo anno sono inconcepibili - ha affermato la direttrice esecutiva dell'Unfpa, la dott.ssa **Natalia Kanem** - possiamo e dobbiamo fare di meglio - investendo urgentemente nella pianificazione familiare e colmare la carenza globale di 900mila ostetriche, in modo che ogni donna possa ricevere le cure salvavita di cui ha bisogno. Abbiamo gli strumenti, le conoscenze e le risorse per porre fine alle morti materne prevenibili; ciò di cui abbiamo bisogno ora è la volontà politica".

La pandemia di Covid-19 potrebbe aver ulteriormente frenato i progressi sulla salute materna. Considerando che l'attuale serie di dati termina nel 2020, saranno necessari più dati per mostrare i veri impatti della pandemia sulle morti materne, tuttavia, le infezioni da Covid-19 possono aumentare i rischi durante la gravidanza, quindi i Paesi dovrebbero agire per garantire che le donne incinte e quelle che pianificano una gravidanza abbiano accesso ai vaccini Covid-19 e a cure prenatali efficaci.

Mortalità materna in Italia dal 2000 al 2020

Year	MMR ^{a*} †	PM ^{b*} †	HIV-related indirect deaths [†]	Live births ^c (Thousands)	Maternal deaths [†]
2000	10 [9, 12]	0.01 [0.01, 0.01]	0	541	54
2005	8 [7, 9]	0.01 [0.01, 0.01]	0	556	43
2010	7 [6, 7]	0.01 [0, 0.01]	0	563	38
2015	7 [6, 7]	0 [0, 0.01]	0	479	31
2020	5 [4, 6]	0 [0, 0]	0	410	19

^a Maternal mortality ratio (MMR) defined as maternal deaths per 100,000 live births for women of reproductive age (15-49 years).

^b Proportion maternal (PM) defined as the proportion of all-cause deaths for women of reproductive age (15-49 years) that are due to maternal causes.

^c UN Population Division, Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects. New York; 2022.

^{*} The uncertainty intervals (UI) for all estimates refer to the 80% uncertainty intervals (10th and 90th percentiles of the posterior distributions). This was chosen as opposed to the more standard 95% intervals because of the substantial uncertainty inherent in maternal mortality outcomes.

[†] Figures presented in the table are estimates based on national data, such as surveys or administrative records, or other sources, produced by the international agency when country data for some year(s) is not available, when multiple sources exist, or when there are data quality issues.

ESITI AVVERSI

Le Raccomandazioni sulla morte endouterina

Come prendersi cura delle donne, dalla comunicazione all'accoglienza della coppia

Il tasso di natimortalità, ovvero il rapporto dei nati morti sul totale dei nati, è uno degli indicatori di salute maggiormente rilevanti di una popolazione; unitamente al tasso di mortalità neonatale precoce (bambini morti entro la prima settimana di vita) costituisce infatti la "mortalità perinatale"



FABIO FACCHINETTI
Direttore della Struttura Complessa di Ostetricia e Ginecologia dell'Aou di Modena

LA MORTE ENDOUTERINA non è solo un indicatore epidemiologico, ma uno degli esiti avversi più comuni della gravidanza (si verifica circa in 1 ogni 200-300 parti nei paesi industrializzati dell'Occidente) ed è associato a un impatto emotivo molto forte nelle coppie, con esiti talora devastanti sull'integrità psicofisica e sociale. Nella serie di *The Lancet The ending preventable stillbirth* (2016) è

"La gestione della morte endouterina fetale. Prendersi cura della natimortalità"

Realizzata dalla Fondazione Confalonieri Ragonese su mandato Sigo, Aogoi, Agui, allo scopo di aiutare tutti i professionisti coinvolti nell'assistenza alle coppie che sperimentano questo tragico avvenimento nel corso della loro vita"

emerso che l'Italia non è in grado di fornire informazioni sulle cause di morte in oltre il 50% dei nati morti tardivi, cioè di quei feti morti dopo le 28 settimane. Non definire una causa, al di là del vulnus statistico, equivale a non trovare una ragione, e non darsi una ragione è per un essere umano - in questo caso per due esseri umani, la donna e il proprio compagno - la cosa peggiore che possa accadere, peggiore anche del lutto e di tutto ciò che a esso consegue. La mente umana è una straordinaria macchina di senso e comprendere il senso e il perché di ciò che ci accade, soprattutto relativamente ad avvenimenti così drammatici come la morte endouterina, è necessario per darsi una ragione e raggiungere un equilibrio interiore. Dal punto di vista strettamente clinico, trovare una causa e/o riconoscere fattori di rischio può essere di grande aiuto per esprimere una prognosi sul futuro riproduttivo della coppia e fornire consigli utili a evitare la ricorrenza.

La sensibilità clinica e statistico-epidemiologica nei confronti di questo tema è cresciuta negli anni, così come vi è stata un'impennata degli studi che considerano i determinanti bio-psico-sociali del fenomeno, in diverse parti del mondo. Come

amenorrea, equivalente a 25 settimane + 5 gg di età gestazionale, un limite che oggi appare obsoleto, alla luce dei progressi dell'assistenza prenatale e di quella neonatologica. Almeno 2 esperienze italiane che si sono sviluppate negli ultimi 10 anni - il Sistema di sorveglianza della mortalità perinatale realizzato dalla Regione Emilia-Romagna (2014) e la Sorveglianza pilota della mortalità perinatale SPItOSS dell'Istituto Superiore di Sanità (2017) - hanno fornito una stima della natimortalità maggiormente precisa di quelle precedentemente disponibili. Possiamo ora affermare con ragionevole certezza che la prevalenza del fenomeno natimortalità si attesta intorno a 3-4/mille, un valore che conferma l'Italia in posizione privilegiata nell'ambito dei paesi europei; vi sono però importanti differenze regionali che indi-

per molti altri aspetti dell'assistenza perinatale, i fattori di rischio identificati devono però essere approfonditi e valutati nel contesto socio-culturale specifico.

Un primo elemento da considerare è la norma: in Italia viene definito nato morto il feto partorito senza segni di vita dopo il 180° giorno di

per molti altri aspetti dell'assistenza perinatale, i fattori di rischio identificati devono però essere approfonditi e valutati nel contesto socio-culturale specifico. Un primo elemento da considerare è la norma: in Italia viene definito nato morto il feto partorito senza segni di vita dopo il 180° giorno di

cano una ineguaglianza di salute. Un'altra osservazione deriva dalla presenza nella nostra popolazione di fattori di rischio non dissimili da quelli presenti in altre realtà occidentali; alcuni di questi fattori sono modificabili, quali obesità e abitudine tabagica, in quanto legati a stili di vita non corretti. Interventi mirati a modificare l'alimentazione, stimolare l'attività fisica e ridurre fumo e alcol in gravidanza si sono dimostrati efficaci nel miglioramento di tutti gli esiti perinatali. Infine, lo studio delle cause specifiche della natimortalità è stato storicamente ostacolato dalla mancanza di protocolli uniformi per valutare e classificare i nati morti e dalle poche indagini eseguite (prima fra tutte l'autopsia e l'esame istologico della placenta) e ciò soprattutto per motivi culturali, oltreché organizzativi.

Per tutti questi motivi nasce "La gestione della morte endouterina fetale. Prendersi cura della natimortalità" realizzato dalla Fondazione Confalonieri Ragonese su mandato Sigo, Aogoi, Agui, allo scopo di aiutare tutti i professionisti coinvolti nell'assistenza alle coppie che sperimentano questo tragico avvenimento nel corso della loro vita. Dotandoli di strumenti tecnici e culturali con i quali offrire alle famiglie in lutto la migliore assistenza possibile, professionale, ma empatica, attraverso tre parole chiave: diagnosi, prognosi e sostegno.



ANTONIO RAGUSA
Presidente Fondazione Confalonieri Ragonese

Le Raccomandazioni in sintesi

DEFINIZIONE

- Ogni neonato di età gestazionale $\geq 22+0$ settimane deve essere considerato come nato morto laddove diagnosticato antepartum o con Apgar 0 al 1° e al 20° minuto se morto intrapartum. In caso l'età gestazionale sia ignota utilizzare il criterio del peso alla nascita ≥ 500 g e/o la lunghezza vertice tallone ≥ 25 cm.
- Tutti i casi di natimortalità così definiti devono essere registrati nel flusso CedAP.

DIAGNOSI E CERTIFICAZIONI

- La diagnosi di nato morto antepartum richiede una valutazione appropriata e urgente che deve essere posta mediante ecografia e si fonda sull'assenza dell'attività cardiaca.
- La motivazione per tale esame deve essere comunicata in modo chiaro ed inequivocabile alla donna/coppia.
- L'esame ecografico deve essere eseguito da un medico specialista in ginecologia ed ostetricia ed è auspicabile la presenza di un collega, in supporto alla diagnosi.
- Per ogni nato morto, è necessario compilare:
 - dichiarazione accertamento di decesso;
 - attestazione ai fini della formazione dell'atto di nascita;
 - modulo di richiesta del riscontro diagnostico e dell'esame della placenta;
 - certificato di assistenza al parto.

FATTORI DI RISCHIO E CONDIZIONI ASSOCIATE

- I fattori di rischio e le condizioni associate alla natimortalità sono molteplici e taluni sono modificabili mediante appropriato counselling pre-concezionale.

LA COMUNICAZIONE DI MORTE DEL FETO

- La comunicazione, elemento essenziale del processo di cura, deve essere individualizzata, ed occorre:
 - utilizzare un linguaggio comprensibile e chiaro;
 - evitare l'eccesso di informazioni selezionando le prioritarie;
 - verificare la comprensione delle informazioni fornite, lasciando il tempo necessario alla loro elaborazione;
 - gestire "il silenzio" senza interpretare, ma comunicando presenza e disponibilità, anche per un ulteriore incontro a breve

distanza di tempo.

- La comunicazione deve essere inserita nella documentazione clinica.
- Le Organizzazioni Sanitarie debbono farsi carico della formazione alla comunicazione.
- La mediazione culturale deve essere adottata per le madri migranti.

ACCOGLIENZA DELLA DONNA E DELLA COPPIA

- La comunicazione della morte fetale deve essere sempre data in un ambiente riservato e tranquillo, se possibile in presenza di una persona scelta dalla donna, offrendo il tempo per comprendere.
- La donna deve essere accolta in una stanza preferibilmente singola, non contigua al reparto di ostetricia/puerperio. Durante la degenza le persone scelte dalla donna devono avere libero accesso.
- Garantire la possibilità di presa in carico psicologica con un'offerta proattiva.
- Garantire sostegno psicologico ai sanitari coinvolti.
- La comunicazione delle indagini diagnostiche va posta all'attenzione della coppia: è fondamentale affrontare il tema dell'autopsia e i medici devono trasmetterne l'utilità.

ASSISTENZA AL PARTO: TRAVAGLIO E INDUZIONE

- Si raccomanda di pianificare il parto per via vaginale ricordando che l'induzione immediata del travaglio è necessaria solo in particolari circostanze.
- Il taglio cesareo va considerato solo per appropriate indicazioni mediche: alle donne che lo richiedono offrire un counselling dedicato e registrandolo nella documentazione clinica.
- Il percorso assistenziale del travaglio/parto deve includere:
 - supporto e accompagnamento (ostetrica dedicata);
 - cura dei luoghi e dei comportamenti (camera protetta ed isolata, rispetto dell'intimità);
 - supporto al dolore fin dalla fase latente.
- L'analgisia farmacologica deve essere garantita coinvolgendo un anestesista e con ricorso precoce alle diverse tecniche con impostazione multimodale. La sedazione farmacologica non è indicata.

- L'inibizione della montata latte o la facilitazione della donazione del latte devono essere prontamente concordate con la donna.
- La coppia deve poter stare con il proprio bambino: tenerlo in braccio e raccogliere i ricordi. Tale momento è fondamentale per il processo di elaborazione del lutto.

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

- Allo scopo di comprendere i fattori causali, occorre svolgere routinariamente apposite indagini. In funzione di ipotesi diagnostiche originate dalla discussione multidisciplinare può rendersi necessario pianificare ulteriori indagini, anche dopo diverso tempo.
- Deve essere istituita una cartella "ad hoc" per il nato morto e allegarla alla cartella materna.
- Per ciascun nato morto effettuare l'esame obiettivo del neonato da parte dal pediatra/neonatologo.
- La placenta, le membrane amniotiche ed il cordone ombelicale, dopo gli accertamenti effettuati alla nascita, devono essere mantenute refrigerate ed inviate al più presto, preferibilmente non fissate, per l'esame istologico; il corpo deve seguire le medesime procedure.
- L'esame istologico degli annessi fetali e l'esame autoptico devono essere eseguiti da un anatomo patologo esperto, nel rispetto delle modalità operative.
- L'autopsia è parte fondamentale delle indagini ed è compito dei clinici farne comprendere l'importanza ai genitori, i quali possono avvalersi di un consulente di fiducia.

LA DIMISSIONE

- La dimissione deve avvenire prima possibile, compatibilmente con la volontà e le condizioni psicofisiche materne.
- La madre deve ricevere le informazioni in presenza di una o più persone di fiducia e, se necessario, garantire la mediazione culturale.
- La lettera di dimissione deve includere:
 - il riferimento telefonico/mail del medico referente dell'équipe (case manager);
 - un appuntamento per la continuità del sostegno psicologico (se accettato);
 - i contatti di gruppi di supporto di auto-mutuo aiuto presenti sul territorio/web;
 - un appuntamento per un

eventuale visita clinica del puerperio.

- Laddove rifiutato, occorre fornire indicazioni scritte delle strutture territoriali a cui la coppia potrà rivolgersi per un successivo sostegno psicologico.
- Consegnare i ricordi del neonato raccolti durante la degenza (assieme alle foto del bambino possibilmente su supporto digitale); nel caso vengano rifiutati, garantirne lo stoccaggio per la pronta consegna alla richiesta.
- Dopo l'esecuzione dell'Audit, pianificare il follow-up con la coppia per la consegna della relazione conclusiva sul caso; potranno essere presenti anche altri specialisti del gruppo multidisciplinare. Alla relazione conclusiva, vanno allegati i referti originali degli accertamenti eseguiti.
- Tale colloquio deve avvenire in un ambulatorio riservato ed in orario dedicato.

PREVENZIONE DELLA RICORRENZA

- La gravidanza successiva, in assenza di fattori di rischio su cui intervenire, deve essere intrapresa in base all'equilibrio psicofisico raggiunto dalla coppia nell'elaborazione del lutto.
- In presenza di comorbidità, un intervallo più lungo tra le gravidanze (> 6 mesi) può essere utile per ridurre i fattori di rischio.
- La gravidanza successiva deve essere considerata "a rischio" e quindi essere presa in carico da un ambulatorio specialistico o/professionista esperto, anche in collaborazione con il curante

AUDIT NELLA NATIMORTALITÀ

- Per ogni caso realizzare un audit multiprofessionale; i punti nascita Spoke possono avvalersi di competenze esterne. Si raccomanda la presenza di un referente del rischio clinico.
- La prima analisi del caso deve essere effettuata nei giorni successivi all'evento e l'audit dovrebbe essere realizzato entro 90 giorni dalla nascita.
- Obiettivi dell'audit sono: a) definire le cause e i fattori associati alla morte; b) fornire gli elementi per condurre la comunicazione con i genitori; c) stimare il rischio di ricorrenza; d) coordinare le attività di sostegno alla famiglia; e) analizzare il processo assistenziale ed i fattori potenziali che possono aver contribuito all'esito.

AGGIORNAMENTO

L'enigma evolutivo dell'aborto precoce

Circa la metà degli embrioni umani viene abortita precocemente. Perché tutti questi aborti? Perché il destino di un ovulo fecondato è spesso infruttuoso, sterile? In altri termini, perché la riproduzione umana molte volte si mostra come un processo inadeguato? Sono interrogativi che in questi ultimi anni si sono posti con insistenza i biologi evuzionisti che, a differenza di noi ginecologi, vedono nell'aborto spontaneo precoce un fatto positivo dal punto di vista evolutivo. Vediamo perché

METTI UN BIOLOGO EVOLUZIONISTA a studiare la riproduzione umana. La prima cosa che ti propone è che si tratta di un processo "inefficiente e straordinariamente dispendioso", perché gravato da alti tassi di aborti spontanei. Ti dimostra però che questa inefficienza è solo apparente. Fa parte di un preciso programma di scelta che la riproduzione umana ha sviluppato in centinaia di migliaia di anni di evoluzione allo scopo di ottenere un prodotto finale perfetto, o almeno il migliore possibile. Ti spiega, in altri termini, che far nascere un essere umano normale è un processo difficile: si ha circa il 50% di probabilità che non vada a buon fine. È un po' come vincere puntando sul rosso alla roulette.

Nel 2018 William Rice, biologo evuzionista dell'Università di California a Santa Barbara, confrontò i dati di studi riferiti ad aborti avvenuti negli Stati Uniti nella seconda metà del secolo scorso, con quelli più recenti degli ultimi quindici anni. Concluse che "l'aborto spontaneo è l'esito più frequente del concepimento. È un evento naturale, inevitabile qualunque sia l'età della donna. Se vuole aver figli, una donna non può rinunciare ad un alto rischio di aborto e se vuole avere una famiglia numerosa è praticamente impossibile che possa evitare aborti multipli".

PERCHÉ NELLA RAZZA UMANA vi è questo alto rischio di aborti spontanei? E soprattutto perché la maggior parte di questa patologia avviene nelle fasi iniziali della gravidanza, alcune volte addirittura prima che la madre abbia la percezione di essere incinta? La risposta la fornisce Laurence Hurst, biologo evuzionista al Milner Centre for Evolution dell'Università di Bath, che nel suo ultimo lavoro, pubblicato nel luglio scorso su *PLoS Biology*, scrive: "Probabilmente più del 70% degli ovociti e circa il 30-60% degli embrioni umani preimpianto hanno un numero errato di cromosomi (aneuploidia). La maggior parte di que-



CARLO SBIROLI
Past president Aogoi

ste gravidanze viene abortita prima che sia identificata. E nei casi in cui la gravidanza è clinicamente riconosciuta, il 10-20% esita in un aborto precoce, di cui più del 35% è dovuto ad aneuploidia". A questa altissima selezione, che si verifica nelle primissime fasi della gestazione umana, sfugge solo lo 0,4% delle gravidanze: sono quelle che mostrano una trisomia autosomica (ad esempio, sindrome di Down). Tutto questo non deve meravigliare perché in un sistema complesso come la gametogenesi non è detto che tutti i processi biologici avvengano sempre con precisione. A dispetto della lunga evoluzione umana, può capitare che qualcosa vada storto e che di conseguenza si possono verificare degli errori che determinano aneuploidia: accade per lo più nell'ovocita (30-70%), mentre nella cellula germinale maschile è solo l'1-4%.

MA QUALI SONO le cause che determinano una variazione del numero dei cromosomi e perché questi errori avvengono soprattutto nell'ovocita? Come si sa, lo scopo principale dell'ovogenesi è la produzione di una cellula che contenga la quantità di citoplasma, di organuli e nutrienti necessari a sostenere lo sviluppo dello zigote e del futuro embrione. Tale processo procede dall'ovogonio (fig.1), che si divide per mitosi dando origine all'ovocita primario che, a sua volta, subisce la prima divisione meiotica (Meiosi I). Tale divisione avviene in modo asimmetrico: l'ovocita primario forma un ovocita secondario più grande che contiene tutto il citoplasma e un piccolo primo globulo polare, in cui viene convogliata l'altra metà del patrimonio genetico. A questo segue la seconda divisione meiotica (Meiosi II) che determina la formazione dell'ovocita secondario e un globulo polare. I globuli polari poco dopo l'ovogenesi degenerano.

A volte questo processo non avviene con precisione. Hurst ha identificato diverse cause che pos-

sono portare ad una alterazione del numero di cromosomi che normalmente caratterizza un uovo fecondato (46 cromosomi, 23 della madre e 23 del padre). Questa anomalia cromosomica si verifica nelle due fasi (MI e MII) della meiosi. La più frequente è la *non-disgiunzione*, ovvero la *non separazione* dei cromosomi omologhi durante la Meiosi I. Fenomeno che determina aneuploidia, e quindi l'aborto. Una situazione analoga si può verificare anche per *asimmetria funzionale* che, come si è detto prima, si crea nella gametogenesi femminile tra ovocita e globulo polare: solo l'ovocita è "funzionale", cioè in grado di assicurare la riproduzione, mentre il globulo polare non è utile a questo scopo perché non ha ruolo di gamete e quindi non può essere fecondato. Infine, anche la diversa dimensione - *asimmetria dimensionale* -, che si stabilisce tra ovocita e globulo polare (fig.1), può costituire un'altra possibile causa di aneuploidia. È evidente che tutto questo non si verifica nella gametogenesi maschile, perché non c'è asimmetria: tutti i prodotti della meiosi (spermatozoi) sono funzionali (fig.1).

La cosa più interessante in tutta questa storia è il ruolo che assumono, ai fini evuzionistici, i *centromeri egoisti*: sono strutture che operano solo nel loro interesse (di qui il termine "egoista") al fine di replicare e perpetuare l'esistenza dei propri cromosomi. Si tratta di un processo che è stato ben studiato nei topi, nelle mosche e nelle zanzare. Ora Hurst crede che possa avvenire anche nella "femmina umana". Vediamo come.

La Meiosi è generalmente un "processo ben equilibrato", che determina un dimezzamento del corredo cromosomico: da doppia copia a singola copia. Una volta separati, ciascun cromosoma ha le stesse probabilità di finire nel gamete funzionale (ovocita) o nel globulo polare dove sarà distrutto. Va detto però che nella Meiosi I la divisione asimmetrica, sia funzionale che dimensionale, può determinare un bias di trasmissione dei cro-



Spero che queste conoscenze possano aiutare le donne che hanno difficoltà a rimanere incinte o subiscono aborti ricorrenti

LAURENCE HURST





FIGURA 1
Gametogenesi
maschile e femminile

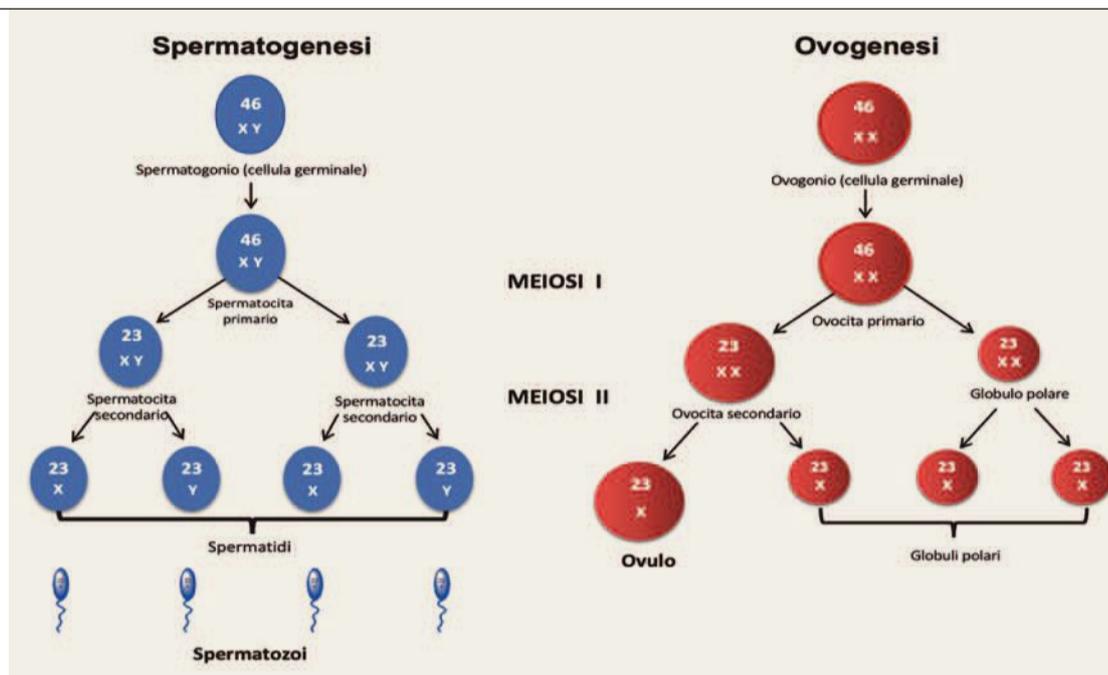
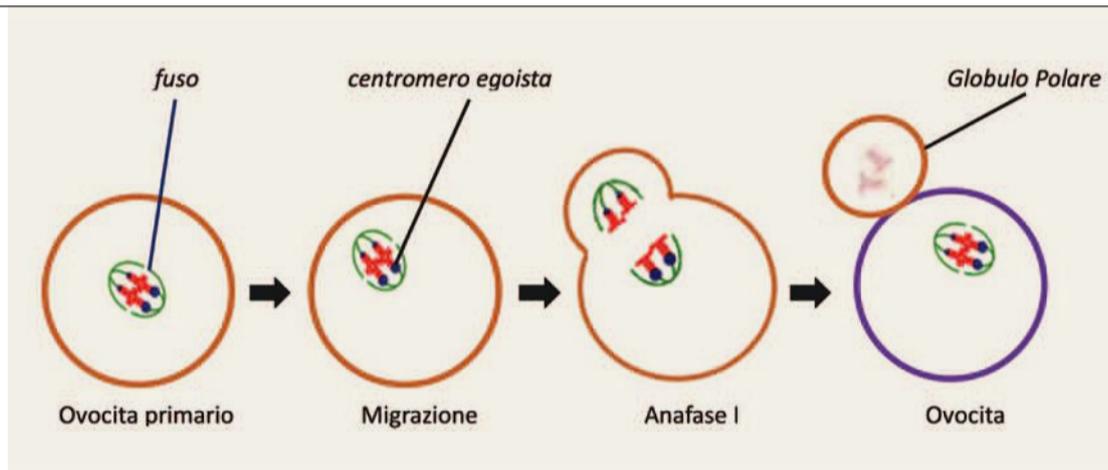


FIGURA 2
Schema della meiosi
femminile.
Il fuso della meiosi I (MI) si
forma inizialmente al centro
dell'ovocita e
successivamente migra
verso la periferia,
orientandosi
perpendicolarmente alla
membrana cellulare. A
questa fase segue la
divisione cellulare (anafase
I), altamente asimmetrica,
con formazione dell'ovocita
e del globulo polare (da
Akerá T. e coll., 2019,
modificato)



mosomi. In particolare, si può creare una pressione selettiva – *spinta centromerica* – che favorisce i centromeri egoisti (con i rispettivi cromosomi) ad essere trasferiti nell'ovocita (vedi fig.2), piuttosto che nel globulo polare. In questi casi i centromeri egoisti cercano di orientarsi verso il polo (vincente) dell'ovocita piuttosto che verso il polo (perdente) del globulo polare.

“La cosa più interessante”, scrive Hurst, “sono gli espedienti che i centromeri impiegano per fare sopravvivere i cromosomi. Se un cromosoma sa che sta per essere incorporato nel globulo polare, non ha nulla da perdere: non importa quello che fa, non può essere peggio che essere distrutto nel globulo polare, per cui cerca in tutti modi di non farsi eliminare”. Recenti prove molecolari hanno dimostrato che i centromeri impiegano diversi “trucchi” per raggiungere questo scopo. Se un cromosoma viene trascinato verso il globulo polare, si rifiuta di farsi eliminare. Si può capovolgere (flipping), cioè si può staccare dai microtubuli orientati verso il globulo polare e cercare di posizionarsi invece verso l'altro polo per essere portato nell'ovocita (fig.2). Altre volte questi cromosomi possono nascondere la propria identità, finendo con alterare il loro numero determinando conseguentemente una aneuploidia.

L'ALTA ABORTIVITÀ è una caratteristica di tutti i mammiferi, ma non degli uccelli, dei rettili, degli anfibi. Sono animali in cui l'embrione si sviluppa all'esterno del grembo materno: cresce nel suo uovo, covato dalla madre. In questa situazione non entrano in gioco i centromeri egoisti, perché non si forma il globulo polare. Dal punto di vista evolutivo, se in una covata con più embrioni, uno muore, i cuccioli sopravvissuti sono favoriti – *vantaggio evolutivo* – perché devono competere meno per assicurarsi le risorse. Negli esseri umani invece vi è generalmente un solo concepimento per gravidanza. Se si verifica

“
Nel genere umano se viene fecondato un uovo aneuploide, la selezione favorisce l'aborto prima possibile e in alcuni casi la donna non si accorge di aver avuto una gravidanza

l'aborto, anche qui si realizza un risparmio di risorse che possono essere trasmesse alla generazione successiva. È in questo contesto che va vista la *precocità dell'aborto* nel genere umano: se viene fecondato un uovo aneuploide, la selezione favorisce l'aborto prima possibile (in alcuni casi la donna non si accorge di aver avuto una gravidanza). Questa precocità permette alla madre di potersi riprodurre rapidamente, ottenendo in questo modo una *compensazione riproduttiva*. In altri termini, nella riproduzione umana lo “spreco dell'aborto” può essere visto come il prezzo che si è costretti a pagare per nutrire la progenie.

ORA MI ACCORGO che mi sono dilungato molto. Lo spazio è finito. Tracerò solo poche note conclusive. La biologia classica ci aveva fatto credere che la riproduzione umana fosse un processo armonico, preciso nel susseguirsi delle sue varie fasi. In questi ultimi anni invece gli studi di biologia molecolare indicano che così non è: in quel processo armonico della gametogenesi femminile si può verificare qualcosa di imprevedibile, casuale, disarmonico che porta all'aborto. È molto probabile che, come avviene ad esempio nei topi, anche negli umani si possono realizzare “strategie”, sia molecolari che evolutive, di imbroglio meiotico da parte di centromeri egoisti. Sono convinto che in un prossimo futuro la soluzione di molti aborti precoci, soprattutto di quelli abituali, si troverà nella comprensione più profonda di ciò che accade tra elementi egoisti e il resto del genoma. E concludo con Hurst: “Spero che queste conoscenze possano aiutare le donne che hanno difficoltà a rimanere incinte o subiscono aborti ricorrenti”.

PER SAPERNE DI PIÙ

Akerá T, Trimm E, Lampson MA: Molecular strategies of meiotic cheating by selfish centromeres. *Cell*, 178(5):1132-1144; 2019

Chmátal L, Schultz RM, Black BE, Lampson MA: Cell biology of cheating-transmission of centromeres and other selfish elements through asymmetric meiosis. *Prog Mol Subcell Biol*, 56:377-396; 2017

Hurst LD: Selfish centromeres and the wastefulness of human reproduction. *PLoS Biol.*, 20(7):e3001671; 2022

Kumon T, Lampson MA: Evolution of eukaryotic by drive and suppression of selfish genetic elements. *Semin Cell Dev Biol*, 128:51-60; 2022

Regan L, Rai R: Epidemiology and the medical causes of miscarriage. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 14(5):839-54; 2000

Schroeder CM, Malik HS: Meiosis: How gambling chromosomes beat the rules. *Curr Biol*, 29(23):R1247-R1248; 2019

Wang LI, Das A, McKim KS: Sister centromere fusion during meiosis I depends on maintaining cohesins and destabilizing microtubule attachments. *PLoS Genet*, 15(5):e1008072; 2019

AGGRESSIONI AGLI OPERATORI SANITARI



La violenza in sanità

Penso che la pandemia da Covid 19 e le angosce e la solitudine del lockdown abbiano giocato un ruolo importante nel produrre tanta inquietudine tra le persone.

Un dato di fatto è certamente lo scatenarsi di azioni violente, soprattutto tra i giovani, che negli ultimi tempi ha prodotto episodi di violenza intollerabile non soltanto nel nostro Paese



CARLO MARIA STIGLIANO

È FREQUENTE NOTARE come la gente appaia insopportabile e incline a reazioni litigiose anche per fatti minimi che di solito non suscitano reazioni così scomposte. Le persone mostrano con facilità un'irritabilità e un'intolleranza incomprensibili, in particolare verso coloro che prestano servizio in attività di contatto con il pubblico ma anche in ambito domestico.

Capita spesso di assistere a vere e proprie aggressioni nei confronti di addetti a servizi che verosimilmente esprimono rancori e insoddisfazioni covate dentro di sé e che tuttavia producono reazioni evidentemente esagerate rispetto all'entità dei fatti.

Diverbi violenti per banali fatti di viabilità stradale, sfuriate incredibili davanti allo sportello di un ufficio, reazioni aggressive a minimi rilievi sul proprio comportamento ritenuto da altri discutibile o non corretto.

Che succede? È forse la reazione al pericolo della pandemia che rende alcuni così irascibili e violenti? E tutto ciò significa che dovremo essere sempre preparati e vigili per il timore di possibili aggressioni?

Un capitolo a parte è l'aumento delle aggressioni

in Sanità. Nel periodo tragico del Covid il personale sanitario ha ricevuto attestazioni di stima, fiducia e riconoscenza da parte della popolazione in virtù dell'abnegazione e dell'impegno ai limiti dell'eroismo dimostrato. I medici sono stati osannati ed esaltati nel loro ruolo anche in considerazione dei 300 colleghi che hanno sacrificato la loro vita per dedizione alla professione.

Purtroppo, dopo l'infelice parentesi pandemica sembra che in alcuni non sia rimasto nulla della considerazione e della riconoscenza verso il personale sanitario, al punto da scatenarsi in incomprensibili scatti d'ira e addirittura aggressioni fisiche con corollario di insulti e minacce.

Il periodo del Covid in effetti sembra aver prodotto un cambiamento sociale involutivo con un forte e diffuso deterioramento sia dal punto di vista culturale che psicologico ed economico.

Le aggressioni verbali e anche fisiche rivolte a medici, infermieri ed operatori sanitari sono all'ordine del giorno. Ormai sembra un bollettino di guerra. Le statistiche rilevano più di 2.500 i casi di aggressione o minaccia accertati ogni anno a danno degli operatori sanitari in Italia. Quelli denunciati all'Inail tra il 2016 e il 2020 risultano più di 12mila.

Teatro di questi inaccettabili episodi sono gli ospedali, soprattutto nei pronto soccorso, dove si registrano i casi più gravi, ma anche nei reparti di degenza, negli ambulatori, nel Servizio di salute mentale, nelle terapie intensive, sulle ambulanze e anche negli ambulatori dei medici del territorio e nelle guardie mediche di tutta Italia. Il personale femminile è quello più esposto al punto che colleghe della guardia medica quando non rinunciano presto all'incarico, sono costrette a farsi accompagnare (scortare) da mariti, padri o fidanzati. E in causa non può esserci soltanto un problema di minore o maggiore efficienza dell'organizzazione sanitaria, tradizionalmente ritenuta meno performante in alcune regioni del Sud: il fenomeno è di portata nazionale.

Nella Città Metropolitana di Milano da gennaio a maggio 2022, si è registrato un aumento di aggressioni del 41%.

Rispetto agli episodi denunciati si stima che i casi siano in effetti molti di più: quelli non resi pubblici potrebbero essere superiori del 70%.

Secondo i dati di un questionario elaborato dalla FNOMCeO su 5.024 medici nell'ultimo anno ben il 50% degli intervistati ha subito aggressioni verbali e il 4% violenza fisica.

CHE SUCCEDA, DUNQUE?

INDUBBIAMENTE QUESTO è un momento critico per la nostra Sanità: esistono gravi carenze di personale e abbandoni della professione soprattutto nelle strutture che sono maggiormente esposte e ciò contribuisce ad allontanare il personale. Gli operatori sanitari sono quelli col più alto tasso di assenza dal lavoro a causa di violenze e così si spiega anche un alto rischio di insoddisfazione



Occorre uno sforzo ed un impegno collettivo che rimuova le criticità strutturali e faciliti d'altro canto un vero cambiamento culturale sia nella società che tra gli operatori sanitari

sul lavoro e conseguentemente di *burnout*.

Ai sanitari dovrebbero essere garantite innanzitutto l'incolumità, e naturalmente serenità e sicurezza per affrontare il proprio lavoro. Andare in servizio non può essere sentito come un'entrata nell'arena dove combattere quotidianamente, oltre che con le difficoltà e le problematiche organizzative delle strutture sanitarie, persino con il rischio di subire insulti, minacce e addirittura aggressioni fisiche.

Nel 2020 è stata approvata una legge che prevede pene severe per chiunque causi lesioni personali gravi o gravissime a chi esercita una professione sanitaria. Una circostanza aggravante a cui si accompagna la perseguibilità d'ufficio, senza quindi necessità della denuncia. Ma ciò evidentemente non sembra essere sufficiente.

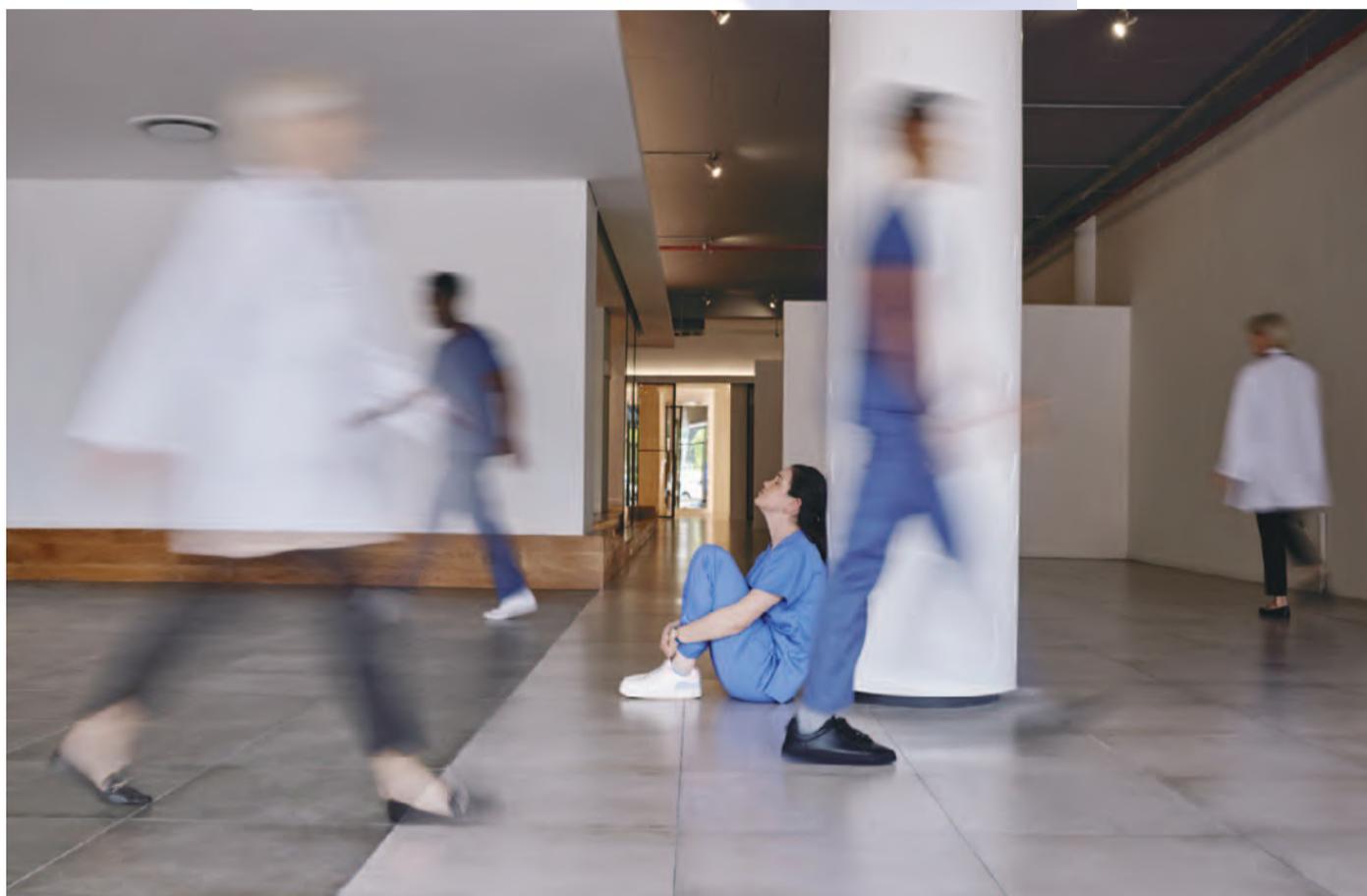
Sono state avanzate varie proposte: la presenza di un maggior numero di presidi delle Forze dell'Ordine e persino dell'esercito negli ospedali e nelle zone a maggior rischio, aumento della videosorveglianza, riorganizzazione delle Guardie Mediche, miglioramento dell'accoglienza e della comunicazione nei presidi sanitari.

Ha ragione il presidente della FNOMCeO, Filippo Anelli: "Occorre prendere atto che il rapporto medico-paziente e lo stesso principio di umanizzazione delle cure si sono smarriti nei meandri di una crisi di sistema fatta di carenze di personale e posti letto, di investimenti e attenzione della politica".

DUNQUE: COME SE NE ESCE?

Come è possibile garantire la ripresa - magari su basi nuove - di un sano e proficuo rapporto tra il medico e i cittadini-utenti?

OCORRE COMPRENDERE quali possono essere le cause profonde del malessere che si è creato in questo rapporto: certamente l'esperienza negativa del Covid e del lockdown ha contribuito notevolmente a rendere le persone meno tolleranti e quindi inclini a comportamenti irragionevoli e aggressivi; in molti casi la violenza è generata da disagio, frustrazione, rabbia, impotenza, estenuanti attese per ricevere le necessarie prestazioni sanitarie. Tuttavia, molto gioca la carenza di informazione, le defatiganti procedure amministrative e assai spesso la mancanza di empatia. Lungi dal mostrare comprensione o voler addirittura giustificare gesti e comportamenti francamente inaccettabili e penalmente rilevanti, va comunque sottolineato lo stato di ansia e di sofferenza del malato: per definizione la malattia è solitudine e genera malessere, scatenando a volte pulsioni negative che possono portare all'aggressività. Inoltre, le persone sono quotidianamente indotte a ritenere che la scienza può "tutto" e quindi l'impossibilità di risolvere favorevolmente una situazione sanitaria magari disperata non viene minimamente accettata. Anche un evento naturale come il parto è gravato da rischi imponderabili e imprevedibili: è nella natura delle cose.



Occorre prendere atto che il rapporto medico-paziente e lo stesso principio di umanizzazione delle cure si sono smarriti nei meandri di una crisi di sistema fatta di carenze di personale e posti letto, di investimenti e attenzione della politica

E tuttavia in caso di evento avverso, forse proprio perché poco frequente, si scatena la rabbia dei congiunti di chi ritiene di aver subito un danno ovviamente "per colpa" dei sanitari di turno con conseguente reazione d'ira verso il presunto colpevole.

C'è da avviare un cambiamento radicale nella nostra società: occorre recuperare quella cultura del rispetto per i professionisti che operano al servizio della comunità, in un sano rapporto di fiducia tra medico e paziente che si è incrinato negli ultimi anni, prendendo atto che i cittadini/pazienti insieme ai medici sono vittime delle inefficienze del Sistema Sanitario. Bisogna capire il disagio del personale, stremato dalle carenze degli organici, da turni massacranti, dalla scarsità di tempo da dedicare al dialogo con i pazienti e con i loro parenti.

Sicuramente occorre un'applicazione più efficace e puntuale delle norme pur presenti per punire gli aggressori e tecnologie per garantire la sicurezza dei presidi sanitari; ma ciò non può essere sufficiente senza un miglioramento dell'efficienza dei servizi in sanità e uno snellimento della burocrazia che sottende alle prestazioni ai cittadini. Serve anche un impegno educativo da parte di tutti, soprattutto dei *media* troppe volte rivolti alla insensibile ricerca dello scoop e del colpevole ad ogni costo; serve una rivoluzione culturale degli operatori sanitari che devono sempre più essere in grado di gestire il rapporto con i cit-

tadini grazie ad un sano ed efficace *counselling*. Viviamo nell'era della comunicazione continua e globale: non è accettabile che questo fondamentale strumento di interazione umana e di coinvolgimento empatico ancora non rientri tra gli insegnamenti fondamentali nella preparazione degli operatori sanitari. La comunicazione è parte integrante della relazione tra il medico e la persona che chiede assistenza. Non esiste più la medicina paternalistica: oggi si pretende un atteggiamento ed un'informazione al paziente chiara e veritiera; e soprattutto un atteggiamento empatico. Certo non è facile che ciò possa avvenire in un contesto difficile con carenza di mezzi e di personale.

Per questa ragione, in conclusione, occorre uno sforzo ed un impegno collettivo che rimuova le criticità strutturali e faciliti d'altro canto un vero cambiamento culturale sia nella società che tra gli operatori sanitari.



Sembra di saper tutto sul cordone ombelicale. Poi ti imbatti nella monografia e ti accorgi che il tuo sapere su questo argomento è limitato...

Il libro di Claudio Crescini

La riscoperta del cordone ombelicale

Recensione di
CARLO SBIROLI

“
In pratica il lettore viene accompagnato alla “riscoperta” del cordone ombelicale e vengono messe alla prova le sue vecchie conoscenze sull’argomento

SEMBRA DI SAPER TUTTO sul cordone ombelicale. In fondo “è una semplice struttura vascolare che collega il feto ad un organo ben più importante e studiato quale la placenta.” Si forma in un momento preciso dell’esistenza di un individuo e per i nove mesi di vita intrauterina permette al feto di nutrirsi e svilupparsi. Successivamente, al momento della nascita, questa struttura viene eliminata insieme alla placenta. Poi ti imbatti nella monografia - Il Cordone Ombelicale (Piccin Ed. 2022) - e ti accorgi che il tuo sapere su questo argomento è limitato, che negli ultimi decenni c’è stato un crescente interesse per quest’organo e sono state acquisite nuove conoscenze. Scopri che è dotato di caratteristiche straordinarie e che la sua embriologia è testimonianza viva della nostra storia evolutiva.

Il libro è stato curato da Gaetano Bulfante, professore di anatomia patologica presso l’Università degli Studi di Milano, e da due ginecologi: Laura Avagliano e Claudio Crescini. Questi esperti professionisti hanno dato all’opera un impianto particolarmente riuscito, scandito in undici capitoli di facile lettura e di grande interesse. In pratica il lettore viene accompagnato alla “riscoperta” del cordone ombelicale e vengono messe alla prova le sue vecchie conoscenze sull’argomento. Ogni capitolo del libro tratta uno specifico argomento di fisiopatologia o di diagnostica del cordone ombelicale. L’opera inizia con un’articolata descrizione dell’embriologia e dell’anatomia funzionale, a cui seguono alcuni capitoli di grande interesse clinico, dedicati all’ampia gamma delle patologie cordonali: spaziano dalle anomalie strutturali e vascolari, alle lesioni ostruttive, emorragiche e infiammatorie.

I capitoli centrali di quest’opera sono un vero e proprio manuale di istruzioni per chi si accosta sia all’area ostetrica che neonatale. Claudio Crescini affronta i problemi legati al prolasso di funicolo, che è una delle cause significative di mortalità perinatale. Claudio realizza una vera e propria guida pratica per la soluzione di questa patologia. E colpisce, in particolare, la sezione sul trattamento, dove i tempi e le moda-

lità dell’intervento ostetrico sono scanditi con estrema precisione.

Un capitolo interessante è quello sul liquido amniotico tinto di meconio. In passato si è molto discusso sul “giusto significato” da dare a questo sintomo. La ostetricia moderna ha ridimensionato questa evenienza ricollocandola al di fuori dei segni clinici di “assoluta sofferenza fetale”. Appare importante poi il capitolo sul cordone ombelicale e il neonatologo. Negli ultimi anni c’è stato un crescente interesse della neonatologia per il funicolo ombelicale. Si è visto che l’emogasanalisi e il timing del clampaggio del funicolo alla nascita è importante per la salute del neonato a termine e pretermine: diminuisce la morbilità perinatale.

Da questa rapida sintesi dei principali argomenti trattati s’intuisce che questo libro finisce con l’essere un po’ guida pratica e un po’ testo di aggiornamento per un’attenta assistenza al parto. È senz’altro il frutto dell’esperienza, maturata in anni di professione, di ostetrici-ginecologi, neonatologi e patologi tra i più esperti in questo campo. Va detto anche che un’opera come questa non è possibile realizzarla senza un lavoro di équipe, dove ognuno porta un po’ della sua esperienza e del suo entusiasmo. Di solito però questo metodo di lavoro nasconde la grande insidia di creare un’opera fatti di tanti tasselli, non in grado di fornire una visione organica dell’argomento. Qui però l’opera di ricucitura, di equilibrata e severa rifinitura della struttura del libro è stata eseguita dai tre curatori del libro. Il risultato finale è senz’altro positivo. E sono convinto che l’obiettivo che si erano posti inizialmente gli autori dell’opera sia stato raggiunto. Vale a dire quello di “scrivere un testo che illustrasse in modo chiaro ed esaustivo tutte le problematiche connesse al cordone ombelicale”.

Infine, un messaggio che arriva forte da questo libro è che oggi la sala parto richiede non solo “saper fare”, “risolvere l’urgenza imprevista”, ma anche la necessità di un continuo aggiornamento. E questo libro fornisce gli elementi necessari per raggiungere tale obiettivo.



GAETANO BULFAMANTE
LAURA AVAGLIANO
CLAUDIO CRESCINI

IL CORDONE OMBELICALE

EDITORE
PICCIN-NUOVA LIBRARIA
2022

PAGINE
208

ISBN
978-88-299-3288-7



Mi è capitato di leggere
La diagnosi oscura. È il libro
che segna l'esordio del nostro
collega Sandro Viglino
nella narrativa poliziesca.
Questo suo esordio sembra
ben riuscito e ci dice molto di sé

Il libro di Sandro Viglino

La Diagnosi Oscura

Gian Costa, medico, indaga a Sarzana

Recensione di
CARLO SBIROLI

“
Il romanzo si tinge
di giallo nella
seconda parte
del libro.
Si smette di leggere
solo quando
il caso è risolto

NON SONO UN APPASSIONATO lettore di libri gialli. Non sono tra i miei romanzi preferiti, non li prediligo. Non mi appassionano i complicati meccanismi e i misteriosi intrecci che di solito rendono avvincenti questo tipo di narrazioni. Mi è capitato però durante le vacanze di Natale di leggere *La diagnosi oscura*, pubblicato da Erga Edizioni. È il libro che segna l'esordio del nostro collega Sandro Viglino nella narrativa poliziesca. Ho iniziato a leggerlo per curiosità e subito la lettura si è fatta interessante perché, a differenza di quanto avviene di solito nei romanzi gialli, dove il lettore sin dall'inizio viene trascinato in una storia insolita e coinvolgente, in questo libro invece la narrazione inizia con calma lentezza. Questo permette all'autore di utilizzare ampiamente la prima parte del libro per caratterizzare con cura i personaggi e arricchire la storia con considerazioni capaci di suscitare interrogativi e riflessioni, spesso piuttosto scomode sulle nostre istituzioni, su problemi civili ed etici. Il romanzo si tinge di giallo solo nella seconda parte del libro, dove la storia diventa più intrigante, più appassionante: si smette di leggere solo quando il caso è risolto. C'è la Liguria a far da sfondo ai luoghi in cui si svolgono i fatti. I personaggi che animano la scena sono simili a quelli che s'incontrano nella vita di ogni giorno: il medico in pensione, il prete, il farmacista, la colf latinoamericana, l'amante, la nobildonna, i piccoli imprenditori di provincia.

Gian Lorenzo Costa, neurologo e neuropsichiatra affermato, dopo un grave e devastante lutto familiare, decide di abbandonare Genova e trasferirsi in una piccola frazione dell'entroterra di Sarzana. Ha 60 anni e la tragedia familiare ha determinato un profondo disagio esistenziale, mettendo in dubbio i fondamenti più importanti della propria vita, come la professione, gli amici e perfino gli affetti più cari (si è separato dalla moglie). Vuole tagliare i ponti con tutto quello che rappresenta la grande città e ritirarsi nel "microcosmo" di un piccolo borgo, dove crede di poter sanare in qualche modo le sue ferite emotive, e rigenerarsi. Questo "buen retiro" finisce col di-

ventare l'inizio di una nuova vita. Il dottor Costa non abbandona la sua professione. Ed è proprio attraverso la sua professione che riesce ad arrivare alla soluzione del caso. In questo romanzo non ci sono uccisioni, né titoli da ereditare, ma un bel gruzzolo di soldi. Non anticipiamo se finiranno in tasca di chi ha ideato la tresca: diciamo soltanto che "i soldi non sono tutto nella vita". La narrazione si svolge al presente per ricordare il passato, per dimostrare che i traumi di ieri possono incidere notevolmente sull'oggi. Nella prima parte del libro l'autore utilizza molto questa tecnica narrativa. Addirittura il ricordo dell'innamoramento del dottor Costa con Miriana o la descrizione dell'incidente stradale della figlia Marta, sono editate in corsivo come a sottolineare che amore e morte incidono profondamente nell'animo, tanto da condizionare la propria vita. E poi ci sono i ricordi del dottor Costa. I ricordi delle vacanze coi genitori, il viaggio in macchina verso la villeggiatura al mare, i primi impegni politici, i compagni di università ed altro: sembra d'incontrare tra queste pagine Sandro, l'autore, con il suo aplomb, il suo savoir-faire.

Esistono due Viglino. C'è il ginecologo, che tutti conosciamo, e c'è ora lo scrittore di gialli. Conosciamo la sua professionalità, la sua signorilità, la sua fattiva e disinteressata collaborazione come dirigente Aogoi e SIGO. Libero adesso dagli impegni societari, ha dato sfogo alla sua voglia di scrivere romanzi. Questo suo esordio sembra ben riuscito e ci dice molto di sé.

SANDRO MASSIMO VIGLINO vive ed opera a Genova, sua città natale. Medico chirurgo, specialista ginecologo, nel corso della sua attività professionale si è perfezionato in sessuologia clinica e fa parte dell'Albo degli psicoterapeuti medici presso il suo Ordine professionale. Ha svolto per molto tempo attività quale dirigente presso Associazioni culturali sia in ambito scientifico che in quello socio-politico occupandosi soprattutto di Sanità, di sociale e di politica della professione



SANDRO MASSIMO VIGLINO

LA DIAGNOSI OSCURA

EDITORE
ERGA

PAGINE
181

ISBN
978-88-329-8370-8

PERCORSO NASCITA



NATIVITÀ MISTICA

1501, particolare
Sandro Botticelli
National Gallery di Londra

Segue da pagina 12

Attualmente un punto nascita, anche di I livello, deve prevedere questa organizzazione:

- personale punti nascita >500-1.000 parti;
- in servizio H24, dedicato nelle relative aree di competenza;
- al triage/ ricovero: un'ostetrica, un Oss, un ginecologo dedicato;
- al blocco travaglio/parto: un'ostetrica per ogni pz in travaglio (almeno 2 ostetriche presenti in Sala Parto 24h, con aumento di una unità di ostetrica ogni 500 parti inoltre i 1.000, e una procedura di pronta reperibilità in caso di "case load" superiore a tre travagli contemporanei), 1 ginecologo 24H (in totale 2, uno in Sala Parto e uno in Pronto Soccorso Ostetrico), un anestesista 24 h di Sala Parto per la parto analgesia e un secondo anestesista per le urgenze, almeno due infermieri/ostetriche nel blocco operatorio per le urgenze chirurgiche, un OSS, un neonatologo, una infermiera pediatrica;
- nel blocco postpartum: un'ostetrica e un infermiere pediatrico;
- in reparto: due unità ostetriche (o infermieristiche, in reparti che non hanno ancora solo personale ostetrico) + 1 ginecologo ogni 14 letti;
- per il rooming in: una unità tra ostetrica e infermiere pediatrica ogni 14 puerpere;

Attrezzature minime:

- Ecografi: almeno 3 di media qualità, uno in accettazione, uno in reparto, uno in sala parto;
- Cardiotocografi: almeno 7, due in accettazione, due in reparto, tre in sala travaglio/parto.

Presidi/competenze presenti in azienda e attive H24:

- Banca del sangue o disponibilità di sangue entro 20 minuti tramite frigoemoteca gestibile da remoto dalla banca del sangue, per eventuale urgenza;
- Laboratorio per indagini biochimiche, infettivologiche per eventuale urgenza materna/fetale;
- Radiologia;
- Consulenze multispecialistiche.

Tutta questa organizzazione è in rapporto esclusivamente all'attività di Pronto Soccorso Ostetrico. Tutte le attività ambulatoriali di controllo dell'evoluzione della gravidanza necessitano di ulteriore personale dedicato.

Il parto non è una prestazione chirurgica, non è una prestazione medica, è ancora considerato un evento naturale che però, per rimanere a basso rischio, necessita di una organizzazione complessa, non ancora sufficientemente riconosciuta e adeguatamente tariffata.

Inoltre oggi l'epidemiologia ostetrica è caratteriz-

zata dalla prevalenza di obesità (25%-30%), età materna media al parto variabile dai 32 ai 36 anni, il 3% dei nati (uno su 35 circa) è concepito con procedure di Procreazione Assistita, una importante quota delle gestanti, variabile da regione a regione (15%-25%), è di nuove cittadine di prima immigrazione, spesso poco monitorate in gravidanza. Questi nuovi "rischi ostetrici", che dieci anni fa erano condizioni marginali, fanno sì che il 30% dei travagli sia indotto (benchmark inglese-UK del 2021 31%), che la richiesta materna di accedere al TC elettivo si attesta sul 4% (benchmark inglese-UK del 2021, 7%), che una gravidanza su 450 dopo cesareo presenti caratteri di accretismo.

Inoltre, nella quasi totalità delle Uoc di ostetricia e ginecologia, l'attività ostetrica si svolge parallelamente e contemporaneamente a quella ginecologica, utilizzando lo stesso organico di reparto, per le attività ambulatoriali e per le attività chirurgiche di elezione, non tenendo conto del sensibile incremento delle attività diagnostiche ginecologiche, delle attività di screening e delle diagnosi precoci in oncologia, con conseguente aumento delle attività chirurgiche ginecologiche. Da tali considerazioni risulta evidente che le attività ostetriche e ginecologiche non possono essere espletate dal medesimo organico dedicato all'ostetricia.

Da tutte queste considerazioni risultano evidenti le motivazioni per cui il percorso nascita non risulta attrattivo per una Azienda sanitaria o non organizzato in maniera ottimale:

- alti costi di organizzazione, con maggiore impegno di personale sanitario;
- normativa attuale che considera il reparto di ostetricia alla stregua di qualsiasi reparto clinico, non contemplandone la sua peculiarità, da una parte la non prevedibilità delle complicanze anche nel basso rischio, dall'altra la necessità della "care" accoglienza e potenziamento della fisiologia, oggi più che mai necessarie per i "nuovi rischi ostetrici" nella assistenza a gestanti che vivono un momento di particolare fragilità e che necessitano, al fianco dell'assistenza clinica, di un accompagnamento continuo ed empatico al suo percorso di genitorialità;
- necessità di tenere separato l'organico ostetrico dall'organico ginecologico;
- scarsa considerazione del travaglio e parto spontaneo. Per comprendere quanto questo sia poco considerato nell'immaginario generale è la frequente esclusione del parto spontaneo dalle procedure di registrazione informatizzata, laddove invece è ormai prassi comune l'informatizzazione delle procedure chirurgiche, e quindi del t.c.

“È necessario, pertanto, un profondo ripensamento delle tariffe che tenga conto della peculiarità del percorso nascita oggi, delle sue caratteristiche e dell'evoluzione avvenuta dall'emissione dell'Accordo nel dicembre 2010.

delle tariffe che tenga conto della peculiarità del percorso nascita oggi, delle sue caratteristiche e dell'evoluzione avvenuta dall'emissione dell'Accordo nel dicembre 2010.

Siamo fiduciosi che l'impegno del nuovo governo nei confronti della denatalità porti anche ad una riconsiderazione globale nei confronti dell'evento nascita.

RICOVERI PER GRAVIDANZA AD ALTO RISCHIO

Un PN di II livello si differenzia dal PN di I livello in quanto, disponendo di una sezione dedicata di medicina materno-fetale e di una TIN, può gestire gravidanze di epoca inferiore alle 34 settimane. La gestione di queste gravidanze costituisce un aggravio considerevole di costi, non riconosciuti, oltre ad una assunzione di responsabilità cliniche che richiedono un'altissima professionalità.

Frequentemente tali gravidanze a rischio necessitano di lunghi ricoveri, con controlli frequenti, seriati, anche per settimane. Queste pazienti impegnano in maniera intensiva il personale e la struttura. Il rimborso nell'attuale sistema a Drg è parametrato esclusivamente sul parto, con un rientro economico assolutamente inappropriato. Le cure prenatali oggi consentono nella grande maggioranza dei casi di portare alla nascita feti ad un'epoca gestazionale significativamente maggiore rispetto al momento della diagnosi, con notevole riduzione dei costi di terapia intensiva neonatale, e ancora di più dei costi che insistono per tutta la vita nei neonati grandi prematuri. Analogamente le tecniche di monitoraggio delle gravi restrizioni di crescita precoci consentono di portare alla nascita feti tra i 500 e i 1.500 grammi in condizioni metaboliche ottimali per la transizione alla vita neonatale assistita. Così il monitoraggio di feti con patologie malformative consente di ridurre significativamente i danni associati alla patologia congenita.

Il rimborso per la gestione di tali gravidanze è realizzato principalmente tramite il Drg del parto in quanto la degenza è rimborsata con valori assolutamente insufficienti che non tengono conto dei costi di personale, tecnologie, presidi e terapie necessarie all'alto rischio ostetrico.

SI CHIEDE, PERTANTO, di rivalutare l'assistenza delle gravidanze ad alto rischio definite dai criteri sopra descritti, al fine di consentire una giusta remunerazione attraverso Drg ad hoc coerenti che tengano conto della precocità (epoca gestazionali inferiori a 34 settimane) gravità (peso fetale inferiore a 1500 gr), complessità (malformazioni fetali), della gravità delle patologie materne (sia indotte dalla gravidanza: preeclampsia severa precoce, diabete di tipo 1, sepsi da corioamniotisi, sia preesistenti alla gravidanza: tumori solidi e non, immunopatie, coagulopatie, cardiopatie congenite). Questi costi prenatali vanno considerati alla luce dei costi ridotti postnatali sia delle terapie intensive neonatali, sia dei costi ridotti "life long" determinati dal miglioramento o assenza delle eventuali disabilità altrimenti conseguenti a cure prenatali inadeguate.

Dottore le scrivo...

Il diffondersi sempre più dell'abitudine di comunicare velocemente attraverso la messaggistica sugli smartphone rischia di generare distorsioni importanti nel rapporto tra noi e le persone che chiedono assistenza. Ormai ciascuno di noi è assediato quotidianamente da whatsapp o da e-mail con richieste di pareri o di prescrizioni di farmaci "a distanza". Ebbene dobbiamo fare molta attenzione perché questi sono veri e propri atti medici con conseguente assunzione di responsabilità in termini medico legali che restano inoppugnabilmente anche a distanza di anni. L'articolo di seguito ci chiarisce mirabilmente i rischi che inconsapevolmente corriamo.

CMS

LA TELEMEDICINA NASCE con la finalità di migliorare l'efficienza del sistema sanitario attraverso una consulenza medica in breve tempo ai pazienti per gestire e filtrare in remoto la domanda di assistenza sanitaria. Essa non intende prendere il posto della medicina tradizionale, anzi la affianca e la integra con l'ausilio di tecnologie innovative. Allo stesso modo, il Telemedico non sostituisce la visita medica tradizionale con una consulenza virtuale, ma si avvale del supporto di strumenti digitali per svolgere agevolmente determinate attività quali, ad esempio, rilevazione o monitoraggio dei parametri vitali e/o di sorveglianza clinica, gestione a distanza di sintomi e/o prescrizione di terapie farmacologiche.

Le Linee Guida del settore sanitario classificano i servizi di telemedicina in telecooperazione sanitaria, televisita e teleconsulto. La telecooperazione sanitaria consiste nel supporto reciproco tra medici e/o operatori nello svolgimento di un atto sanitario. Il teleconsulto è, invece, un'attività di confronto a distanza fra medici in cui gli stessi effettuano una valutazione congiunta del quadro clinico di un paziente. Oltre ad avere ricadute positive per la cura del singolo paziente il teleconsulto è uno strumento per la crescita scientifica e la condivisione di esperienze legate all'esercizio della professione sanitaria.

La normativa sanitaria nazionale e regionale, maggiormente nel periodo 2020/2021, in cui si è fronteggiato il picco della pandemia Covid-19, ha trovato varie forme di espressione della telemedicina e, in particolare, della relazione istituzioni-medico-paziente assolta a distanza, anche a mezzo chat.

LA REGIONE CALABRIA (Decreto Regionale 25/02/2022, n. 12) ha gestito in remoto (anche via whatsapp) la comunicazione esterna regionale nella fase di allerta pandemica dell'evento sanitario. La Regione Umbria (Delibera della Giunta regionale 13/05/2020, n. 374) gestisce ancora oggi e anche con Gruppi "WhatsApp (per comunicazioni agili)" la comunicazione verso le articolazioni organizzative del Sistema Sanitario Regionale.

LA REGIONE VENETO (Delibera della Giunta regionale 27/06/2017, n. 978) ha anch'essa istituzionalizzato whatsapp ritenendo che "i progetti di telemedicina, telemonitoraggio, telesoccorso sviluppati nel corso di questi anni hanno dimostrato come l'uso delle tecnologie dell'informazione e delle telecomunicazioni siano assolutamente vincenti, quando la distanza è un fattore critico, per garantire un'informazione continua agli erogatori di prestazioni sanitarie e supportare la continuità della cura". La realizzazione di questa piattaforma di comunicazione, in grado di garantire continuità assistenziale e la piena cooperazione tra tutti i soggetti coinvolti nella rete sociale (operatori, assistenti sociali, assistiti, famiglie, caregiver), punta sull'utilizzo di servizi molto smart già presenti oggi nella vita quotidiana (chat o sistemi di messaggistica istantanea, sistemi di videochiamata, assistenti virtuali) ma che consentano l'apertura di un canale di-

Una delle prospettive di sviluppo dell'impianto di assistenza sanitaria nazionale, fissate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, è costituito dalla Telemedicina. Si tratta di una modalità di erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie che impiega mezzi di comunicazione digitale in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente non sono nello stesso luogo



Telemedicina, televisita e uso delle chat whatsapp: rischi, benefici e cautele



AVV. SABINO LAUDADIO
Ufficio Legale Aogoi

retto e dedicato per lo scambio di informazioni sensibili e di dati socio sanitari. "Questo al fine di garantire la tutela dei diritti di privacy e sicurezza ed evitare che la user experience dei cittadini stessi nella loro vita quotidiana sposti lo scambio di queste informazioni su canali e sistemi di collaborazione (whatsapp, sms, skype) non sicuri e non istituzionali".

LA REGIONE ABRUZZO (Ordinanza del Presidente della Regione 10/04/2020, n. 34) ha ritenuto che: "Nell'attuale situazione emergenziale, il paziente, confinato a domicilio e impossibilitato ad utilizzare altri mezzi, potrebbe inviare il profilo glicemico utilizzando applicazioni di messaggistica istantanea (es. WhatsApp). Il medico che accetti questa modalità di trasmissione, anche nei casi in cui non vi siano alternative praticabili, lo fa sotto la propria responsabilità. Non può mai essere accettato lo scambio di file attraverso piattaforme social".

Da questo monito del legislatore abruzzese è opportuno avviare la nostra analisi in concreto sul fenomeno delle chat e della assistenza medica.

IL LEGISLATORE REGIONALE, se da un lato ha aperto all'utilizzo di forme di comunicazione alternativa, dall'altro ha riaffermato la responsabilità del professionista che ne fa uso.

Il rapporto medico/paziente nella telemedicina si sviluppa soprattutto attraverso la televisita o il consulto digitale. La televisita è una prestazione con cui il medico presta una vera e propria consulenza digitale all'esito della quale ha facoltà di prescrivere cure o farmaci.

Nel nostro Paese, con la massimizzazione dei social, la telemedicina ha assunto una diffusa richiesta di consulto professionale a distanza, attraverso i sistemi di messaggistica quale sms, whatsapp e/o mail con allegati.

Oggi, molto di frequente, il medico riceve una descrizione della sintomatologia e, talvolta, anche referti di approfondimenti diagnostici. Ciò instaura inesorabilmente tra le parti un vero e proprio rapporto professionale che impone al medico di adottare ogni più attenta competenza e scrupolo nei confronti del paziente che, di fatto, formula una domanda di assistenza.

UFFICIO LEGALE AOGOI

IL CONSULTO VIA WHATSAPP - se letto come prestazione in telemedicina - determina obblighi di natura contrattuale ove il rapporto col paziente sia su base *fiduciaria*.

Ricordiamo che l'art. 7 della L. 24/2017 (Legge Gelli-Bianco) include tra gli atti da cui scaturisce una responsabilità medica anche l'ipotesi della telemedicina in tutte le sue angolature: "1) *La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose.* 2) *La disposizione di cui al comma 1 si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di liberaprofessione intramuraria ovvero nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina*".

Pertanto gli esercenti la professione sanitaria che diano disponibilità ai propri assistiti di confrontarsi in via "telematica" devono essere consapevoli che tale attività non differisce in alcun modo dalla visita "tradizionale".

Il limite di detta peculiare prestazione risiede nella sensibilità del medico che - alla luce di una situazione di maggiore delicatezza - dia indicazione al paziente che il dialogo via whatsapp non è più raccomandabile e, anzi, che la prosecuzione dell'assistenza dovrà avvenire unicamente in presenza. Ciò alla luce degli evidenti limiti dello strumento tecnologico in relazione alle condizioni cliniche del paziente e dell'incapacità dello stesso di esprimersi compiutamente e in via autonoma sul suo stato di salute.

Il Telemedico dovrà pertanto riprogrammare la prestazione *de visu* così da avere un rapporto diretto e immediato con il paziente e valutare di persona le sue condizioni.

Anche le linee guida del Ministero della Salute specificano che "i servizi di Telemedicina vanno assimilati a qualunque servizio sanitario diagnostico/terapeutico".

La letteratura giuridica racconta che - con particolare riferimento alle *e-health apps*, legate alla telemedicina - stanno emergendo problematiche, nei paesi che fungono da apripista (gli Stati Uniti, ma anche l'Europa e altri paesi) in tema di individuazione dei profili di responsabilità, connesse ad esempio ad errate diagnosi o misurazioni non conformi (si pensi agli ipertesi o diabetici).

Bisogna pertanto essere consapevoli che i nuovi strumenti telematici di relazione con i pazienti, obiettivamente più rapidi e funzionali (mail, WhatsApp, sms, video), determinano responsabilità dell'esercente la professione sanitaria in modo assolutamente identico alla prestazione resa in presenza.

Ciò è anche oggetto di regola deontologica: la FNOMCeO ha infatti pubblicato un *vademecum* a beneficio degli iscritti per i casi in cui si decida di avvalersi di tecnologie informatiche per la comunicazione con i pazienti. Il punto 13 dell'art. 78 dello stesso, in particolare, prevede che "in ogni caso, il consulto e le consulenze mediante le tecnologie informatiche della comunicazione 'a distanza' devono rispettare tutte le norme deontologiche che regolano la relazione medico-persona assistita".

Anche se apparentemente informale e decontestualizzato dalla tipica ambientazione medica, il whatsapp genera responsabilità

Cosa fare?

INNANZITUTTO, OCCORRE VALUTARE la congruità dello strumento tecnologico rispetto al caso specifico, in *scienza e coscienza*. In caso di dubbio, di scarsa comprensione del quesito diagnostico, di confusione nell'inquadramento per effetto di una anamnesi non chiara offerta dal paziente attraverso il cellulare, occorrerà sensibilizzare l'assistito e richiedere la visita in presenza.

In caso di rifiuto, è corretto fare presente che - in quelle condizioni - non vi sono più i presupposti per assisterlo in remoto, invitandolo a rivolgersi ad un medico. Tale invito costituisce infatti l'adempimento di obbligo di diligenza e prudenza nei confronti del paziente ma anche una tutela per il medico. Al contrario, assecondare il paziente in *alluvionali "chat"*, oltre a violare un obbligo di prudenza e deontologia, espone il medico a un rischio. La messaggistica WhatsApp, gli SMS e i messaggi di posta elettronica, sono elementi di prova che possono essere allegati in un giudizio e potrebbero formare piena prova della prestazione medica erogata (od omessa) "a distanza".

LA CASSAZIONE È INTERVENUTA in una fattispecie concettualmente simile. I Giudici di legittimità hanno ritenuto inescusabile il comportamento di un medico che a fronte di una denuncia telefonica di una paziente - di una sintomatologia che induceva il sospetto di una neoplasia al seno - abbia trascurato la richiesta di consulenza della stessa. Da qui la condanna al risarcimento danni della paziente per la negligenza professionale del medico derivante anche dall'utilizzo inappropriato del consulto a distanza. (Cass. Civ. Sez. III sentenza 29-11-2010 n. 24143).

Le caratteristiche e le criticità della prestazione medica a distanza devono essere oggetto di *consenso informato*, cioè al fine di esplicitare i limiti di operatività della telemedicina e i rischi ad essa connessi (che potrebbero derivare dalle controindicazioni di un mancato contatto sensoriale diret-



to con il caso clinico, dall'impossibilità di effettuare un atto nell'immediato, eventualmente d'urgenza (ove necessario)). In conclusione, la scelta del medico professionista di integrare le proprie prestazioni sanitarie con gli strumenti della telemedicina deve essere oculata, consapevole e oggetto di consenso per il paziente. Alla luce del proprio interlocutore, il medico dovrà prestare massima attenzione al contenuto delle risposte e alla comprensibilità delle stesse: immaginiamo l'utilizzo di un *vocale* in fase anamnesticamente talvolta incomprensibile per ragioni tecniche o per situazioni ambientali che potrebbero addirittura impedire in alcuni casi il download di dati o la reperibilità del medico. In queste ipotesi è indispensabile che il medico adotti un atteggiamento prudenziale che gli consenta di ricorrere al sistema comunicativo più adeguato alla gestione della richiesta di assistenza medica formulata dal paziente.

UNA TELEVISITA VIA WHATSAPP deve pertanto limitarsi a situazioni in cui non sia necessaria la prestazione sanitaria in presenza.

Sempre nell'ambito della assistenza a distanza, con mezzi telematici, menzionerei l'ipotesi di gestione del reparto ospedaliero. La giurisprudenza si è espressa su casi in cui il Primario abbia talvolta comunicato con il personale "a distanza in via telematica", escludendone l'antigiuridicità "alla luce del ricorso alla Telemedicina" (Corte dei Conti Sardegna, Sez. giurisdiz., Sent., del 30/11/2022, n. 234). Tuttavia, *mutatis mutandis*, per gli stessi motivi è buona prassi prevedere espressamente all'interno dei regolamenti aziendali e degli accordi con il personale medico le modalità e i limiti di dette attività gestorie a distanza affinché sia regolamentato l'uso per ipotesi specifiche.

Se le parole sono "pietre", i whatsapp sono macigni.

"In ogni caso, il consulto e le consulenze mediante le tecnologie informatiche della comunicazione "a distanza" devono rispettare tutte le norme deontologiche che regolano la relazione medico-persona assistita"

AOGOI

ASSOCIAZIONE
OSTETRICI GINECOLOGI
OSPEDALIERI ITALIANI

WEBINAR | 23 maggio 2023

4.5
CREDITI ECM

LIVE
15:00 | 18:00



IL CARCINOMA DELL'ENDOMETRIO: NUOVE PROSPETTIVE

RESPONSABILI SCIENTIFICI

Paola Pomini, Giancarlo Stellin, Stefano Uccella

RESPONSABILE DELLA FORMAZIONE ECM AOGOI

Carlo Maria Stigliano, Segretario Nazionale AOGOI

FACULTY

Anna Festi | Simone Garzon | Andrea Mariani | Paola Pomini | Andrea Puppo |
Marcello Scollo | Giancarlo Stellin | Stefano Uccella

WEBINAR ACCREDITATO PER

Medico chirurgo | Specialisti in Ginecologia e ostetricia, Anatomia patologica,
Oncologia, Radiodiagnostica, Medicina Interna, Radioterapia
Infermiere

Evento n. 2223-373507 | 3 ore formative



ISCRIVITI SUBITO
ecm.aogoi.it

FAD 2023

AOGOI

ASSOCIAZIONE
OSTETRICI GINECOLOGI
OSPEDALIERI ITALIANI

Vaccinazione anti-HPV nella donna adulta

PUBBLICAZIONE

28⁰⁴ 2023

27⁰⁴ 2024



ISCRIVITI SUBITO

ecm.aogoi.it

12

CREDITI ECM

8

ORE FORMATIVE

DIRETTORE SCIENTIFICO

Dott. Carlo Maria Stigliano

FACULTY

Paolo Cattani, Paolo Cristoforoni, Michele Conversano,
Rosa De Vincenzo, Paola Garutti, Alessandro Ghelardi, Filippo Murina,
Sergio Pacetti, Vincenzo Prestia, Massimo Origoni, Eleonora Preti,
Mario Preti, Riccardo Rossi, Carlo Maria Stigliano

DISCIPLINE E PROFESSIONI ACCREDITATE:

Ginecologi, Igienisti, Epidemiologi, Urologi, Pediatri, Pediatri
di libera scelta, Medici di Medicina Generale, Chirurghi generali,
Anatomo-Patologi, Ostetriche, Assistenti Sanitari, Infermieri, Biologi