

**AOGOI**

Organo Ufficiale dell'Associazione  
Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

- 10 IL QUESTIONARIO AOGOI**  
Indagine sulla infezione da Clamidia  
e Gonococco in gravidanza
- 20 I NUOVI ORGANIGRAMMI**  
Si rinnovano le cariche Sigo,  
Aogoi, Agui, Agite
- 26 SEMPRE PIÙ DONNE**  
in menopausa

# Gyneco Aogoi

NUMERO 1 - 2026 - BIMESTRALE - ANNO XXXVII

**RapportoCedap**

## IL **90%** DEI PARTI NEGLI **OSPEDALI PUBBLICI.**

**Nascite sempre in caduta  
e cesarei ancora oltre misura**

**LIBRO BIANCO 2025**  
Medicina  
e farmacologia  
di genere

OSSERVATORIO NAZIONALE  
SULLA SALUTE DELLA DONNA  
E DI GENERE

Evoluzione, traguardi, sfide  
FrancoAngeli Editore



FONDAZIONE  
**onda**  
ETS



FARMINDUSTRIA

**SPECIALE  
RAPPORTO  
ONDA**

**CORSO FAD**

18-02-2026 | 17-02-2027

**IL TRAVAGLIO  
DI PARTO NATURALE  
E NOVITÀ SULL'INDUZIONE  
MEDICA DEL TRAVAGLIO**  
Perché è importante una corretta  
e appropriata informazione  
degli operatori sanitari

**RESPONSABILI SCIENTIFICI**

Prof. Antonio Chiàntera, Dr.ssa Elsa Viora

**RESPONSABILE DELLA FORMAZIONE ECM AOGOI**

Dott. Carlo Maria Stigliano



**ISCRIVITI SUBITO**  
[ecm.aogoi.it](http://ecm.aogoi.it)

Con la sponsorizzazione  
non condizionante di



NORGINE e il logo con la vela sono marchi registrati  
delle aziende del gruppo Norgine

**CODICE EVENTO 2223-469464**

## RAZIONALE E OBIETTIVI FORMATIVI

La corretta gestione del travaglio di parto e delle procedure di induzione richiede la conoscenza della fisiologia del travaglio di parto e delle indicazioni cliniche.

Questo corso FAD si propone di fornire agli operatori sanitari un aggiornamento sull'argomento, fornendo conoscenze basate sull'evidenza e pratiche correnti.

Attraverso un'analisi delle nuove indicazioni e direttive, il corso mira a migliorare la capacità degli operatori sanitari di prendere decisioni informate e a promuovere una gestione appropriata e sicura del travaglio di parto. Inoltre, il corso esaminerà l'importanza della comunicazione efficace con le donne e affronterà aspetti legali ed etici rilevanti per la pratica clinica.

L'obiettivo finale è quello di garantire che gli operatori sanitari siano preparati ad affrontare le sfide del travaglio di parto, fornendo cure di qualità e promuovendo risultati il più possibile ottimali per la salute materna e fetale.

**DESTINATARI:**

**Medico chirurgo:** Ginecologia e ostetricia,  
Igiene, epidemiologia e sanità pubblica,  
Medicina Generale, Anestesia e rianimazione

## PROGRAMMA SCIENTIFICO

**Video introduzione** a cura dei Responsabili Scientifici:  
Prof. Antonio Chiàntera, Dott.ssa Elsa Viora

**Modulo introduttivo** Perché è importante una corretta  
e appropriata informazione degli operatori  
sanitari | **Franco Antonio Ragusa**

**Modulo 1** Storia dell'induzione al parto | **Bianca Masturzo**

**Modulo 2** Il travaglio di parto: approcci e pratiche attuali  
per una gestione efficace e quando è necessaria l'induzione  
medica | **Lorenza Driul**

**Modulo 3** Linee Guida ed evidenze scientifiche | **Tullio Ghi**

**Modulo 4** Metodi di induzione, pianificazione  
e gestioni | **Bianca Masturzo**

**Modulo 5** Focus on: Il misoprostolo: quando, come  
e perché | **Tullio Ghi**

**Modulo 6** Comunicazione e counselling / aspetti psicologici |  
**Bianca Masturzo, Mariateresa Orlando, Letizia Francese**

**Modulo 7** Aspetti legali ed etici | **Franco Antonio Ragusa**

**Modulo 8** Take home message | **Elsa Viora**

**RELATORI:**

Elsa Viora, Bianca Masturzo, Franco Antonio Ragusa,  
Lorenza Driul, Tullio Ghi, Letizia Francese, Mariateresa Orlando

## DENATALITÀ, L'APPELLO DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE



### “Serve un nuovo modello organizzativo del percorso gravidanza e nascita”



“

In Italia, come nel resto d'Europa, il calo costante delle nascite impone una riflessione profonda sull'organizzazione del Percorso della Gravidanza e della Nascita, che non può più essere governato con modelli pensati per un contesto ormai superato.

**LA DENATALITÀ NON È PIÙ SOLO UN INDICATORE DEMOGRAFICO**, ma una vera e propria cartina di tornasole della tenuta del sistema sanitario materno-infantile. In Italia, come nel resto d'Europa, il calo costante delle nascite impone una riflessione profonda sull'organizzazione del Percorso della Gravidanza e della Nascita, che non può più essere governato con modelli pensati per un contesto ormai superato.

È l'appello che arriva dalla Federazione Sigo (Sigo-Aogoi-Agui-Agite), dalla Federazione Nazionale degli Ordini delle Ostetriche (Fnopo) e dalla Società Italiana di Neonatologia (Sin), da sempre impegnate al fianco delle donne e dei neonati nella tutela della salute.

“La denatalità, che continua con un trend costante in Italia e in Europa, induce a riflessioni sull'organizzazione del percorso gravidanza e nascita”, sottolineano la presidente Sigo, **Elsa Viora**, il presidente Aogoi, **Antonio Chiantera**, il presidente Agui, **Luigi Nappi**, la presidente Sin, **Valeria Dubini**, il presidente Fnopo, **Massimo Agosti**, e la presidente Sin, **Silvia Vaccari**. Un fronte comune che chiede alle istituzioni di non limitarsi a registrare il calo delle nascite, ma di governarne le conseguenze con scelte organizzative coraggiose e lungimiranti.

Un cambiamento che non riguarda solo i numeri, ma la stessa fisionomia della popolazio-

ne assistita. Negli ultimi decenni si è assistito a un minor numero di gravidanze e parti, ma anche a una trasformazione profonda delle caratteristiche materne: età più avanzata, maggiore presenza di comorbidità, aumento delle gravidanze a rischio e una crescente incidenza di problematiche psicologiche. A questo si aggiunge una criticità strutturale sempre più evidente: la riduzione del numero di operatori sanitari, tra medici ostetrico-ginecologi, neonatologi, ostetriche e infermieri.

“Assicurare una qualità dell'assistenza sempre migliore e la sicurezza delle cure per donne e neonati richiede di tenere conto dei profondi cambiamenti avvenuti nel corso degli ultimi decenni”, evidenziano le Società scientifiche e professionali. Da qui la necessità, ormai non più rinviabile, di un nuovo modello organizzativo che abbracci l'intero percorso nascita, dal pre-concepimento al puerperio, sul modello di quanto già realizzato in altri Paesi europei.

Un approccio integrato e continuativo, capace di rispondere alle mutate condizioni epidemiologiche e di garantire al tempo stesso la tutela della salute della popolazione e la sicurezza professionale degli operatori. “Gli operatori sanitari coinvolti nel percorso ribadiscono l'urgenza di agire in tal senso e si dichiarano disponibili a collaborare per adeguare l'organizzazione e l'offerta assistenziale materno-infantile” concludono gli esperti.

## IL RAPPORTO CEDAP



# Nel 2024 meno figli e sono ancora troppi i cesarei. Il 90% dei parti negli ospedali pubblici.

**Il rapporto Cedap rivela un Paese in cui la natalità continua a calare, con profonde differenze tra regioni per fecondità, controlli in gravidanza ed esiti del parto. I punti nascita registrano ancora un ricorso eccessivo al cesareo e forti disuguaglianze socio-sanitarie tra le madri.**



Link al rapporto

**UN SISTEMA NEL COMPLESSO** solido e caratterizzato da buona qualità dei dati, con differenze territoriali, ricorso ancora eccessivo al taglio cesareo e significative disparità socio-sanitarie tra madri italiane e straniere.

Con 349 punti nascita monitorati è questa la fotografia dell'evento nascita scattata dal rapporto Cedap 2024 che analizza attività, caratteristiche delle madri, percorsi assistenziali e condizioni dei neonati.

### Gli scenari

#### **Nascite in caduta libera: l'Italia fa sempre meno figli e il divario Nord-Sud si allarga**

Nel 2024 il calo delle nascite non accenna a fermarsi. Anzi, continua in modo uniforme in tutte le aree del Paese, confermando una tendenza ormai strutturale. Alla base del fenomeno c'è una popolazione femminile sempre più anziana e meno numerosa nelle fasce fertili, ma anche una progressiva riduzione della propensione ad avere figli. Per anni le cittadine straniere hanno sostenuto l'equilibrio demografico, ma anche la loro fecondità sta diminuendo: un campanello d'allarme che rende ancora più evidente la crisi del ricambio generazionale.

#### **Nascite al minimo storico: Bolzano resiste, Sardegna in crisi**

Nel 2024 il tasso di natalità italiano si ferma a 6,3 nati ogni mille donne in età fertile. Ma la media nasconde enormi differenze territoriali: si va dai soli 4,5 nati per mille della Sardegna - fanalino di coda assoluto - fino agli 8,4 della Provincia autonoma di Bolzano, da sempre la più prolifica del Paese. Le Regioni del Centro risultano tutte sotto la media nazionale, mentre nel Sud emergono le "resistenze" di Campania, Calabria e Sicilia, che mostrano tassi più alti rispetto al resto d'Italia.

#### **Italiane e straniere: fecondità in picchiata per entrambe**

Il numero medio di figli per donna resta bassissimo: 1,18 nel 2024, un valore ben lontano dal 2,1 necessario per garantire il ricambio generazionale e inferiore anche al già ridimensionato 1,42 registrato nel 2012. Le aree con maggiore fecondità sono il Nord - soprattutto le Province autonome di Trento e Bolzano - e due Regioni del Mezzogiorno: Campania e Sicilia. Sardegna e Molise sono invece le terre con la fecondità più bassa d'Italia, confermando un declino ormai radicato.

#### **Mortalità infantile ancora in calo, ma il miglioramento rallenta**

Sul fronte della salute neonatale, i dati più recenti disponibili, relativi al 2022, mostrano un tasso di mortalità infantile pari a 2,5 bambini ogni mille nati vivi. Una cifra che segue la tendenza al ribasso dell'ultimo decennio, sebbene negli anni più recenti si stia registrando un rallentamento del miglioramento.

Anche in questo caso il territorio fa la differenza: la riduzione della mortalità non è omogenea e permangono divari regionali significativi.

#### **Il primo mese di vita resta il più delicato**

La mortalità neonatale - ovvero quella entro il primo mese dalla nascita - rappresenta oltre il 75% di tutta la mortalità infantile. Si tratta di decessi in gran parte legati a cause endogene: complicazioni della gravidanza, problemi insorti durante il parto o malformazioni congenite.

Diverso il quadro del periodo post-neonatale, dove entrano in gioco fattori esogeni: condizioni igieniche, qualità dell'ambiente familiare, contesto socioeconomico in cui madre e bambino vivono.

#### **Distribuzione dei parti e dimensione delle strutture**

Il 90,7% dei parti avviene negli ospedali pubblici o equiparati, il 9,1% nelle case di cura e solo lo 0,12% altrove. Oltre il 60% dei parti si concentra in strutture con almeno mille parti l'anno, mentre l'8,6% avviene in punti nascita con meno di 500 parti annui. Naturalmente nelle Regioni in cui è rilevante la presenza di strutture private accreditate rispetto alle pubbliche, le percentuali sono sostanzialmente diverse.

In ogni caso le distribuzioni regionali per classi dei parti e per classi dei punti nascita evidenziano situazioni diversificate. Nel 2024 in 3 Regioni, tutte collocate al Centro-Nord del Paese, oltre il 70% dei parti si è svolto in punti nascita di grandi dimensioni (almeno 1000 parti annui): Lombardia, Emilia-Romagna e Lazio.

Scenari opposti nelle Regioni del Sud dove oltre il 37% dei parti si svolge in punti nascita con meno di 1000 parti annui. In particolare, in Molise tutti i punti nascita hanno effettuato nel 2024 meno di 1000 parti annui.

Per quanto attiene alle Unità di Terapia Intensiva Neonatale (TIN) e alle Unità Operative di Neonatologia (Uon), le prime sono presenti in 116 dei 385 punti nascita analizzati; 94 Unità TIN sono collocate nell'ambito dei 125 punti nascita dove hanno luogo almeno 1.000 parti annui. Delle restanti 22 Uon, 10 sono collocate in punti nascita che effettuano meno di 800 parti annui. Le Unità Operative di Neonatologia sono presenti in 229 punti nascita di cui 108 svolgono più di 1.000 parti annui.

Ogni 100 parti si registrano 6,11 parti pre-termine. Nei punti nascita con meno di 500 parti all'anno, la frequenza dei parti pre-termine raggiunge il 3,4%, di questi il 2,36% è costituito da parti molto pre-termine e l'1,23% è costituito da parti estremamente 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 1,79%, 1,70% e 0,94%.



Stato della rilevazione CeDAP (Anni 2002-2024)

|      | Regioni e Provincie autonome con flusso attivato | Strutture ospedaliere che hanno inviato i dati CeDAP | Schede CeDAP pervenute | Nati totali |
|------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------|-------------|
| 2002 | 17                                               | 482                                                  | 367.932                | 372.218     |
| 2003 | 18                                               | 541                                                  | 452.984                | 458.748     |
| 2004 | 18                                               | 527                                                  | 474.893                | 480.820     |
| 2005 | 19                                               | 560                                                  | 504.770                | 511.436     |
| 2006 | 20                                               | 554                                                  | 517.135                | 524.290     |
| 2007 | 20                                               | 541                                                  | 520.369                | 526.729     |
| 2008 | 21                                               | 551                                                  | 544.718                | 552.725     |
| 2009 | 21                                               | 549                                                  | 548.570                | 557.300     |
| 2010 | 21                                               | 531                                                  | 545.493                | 554.428     |
| 2011 | 21                                               | 516                                                  | 532.280                | 541.206     |
| 2012 | 21                                               | 498                                                  | 526.567                | 535.428     |
| 2013 | 21                                               | 482                                                  | 503.272                | 512.327     |
| 2014 | 21                                               | 467                                                  | 493.682                | 502.446     |
| 2015 | 21                                               | 457                                                  | 478.165                | 486.451     |
| 2016 | 21                                               | 427                                                  | 466.707                | 474.925     |
| 2017 | 21                                               | 399                                                  | 453.270                | 461.284     |
| 2018 | 21                                               | 397                                                  | 435.113                | 442.676     |
| 2019 | 21                                               | 386                                                  | 415.070                | 421.913     |
| 2020 | 21                                               | 377                                                  | 397.872                | 404.260     |
| 2021 | 21                                               | 364                                                  | 395.079                | 401.087     |
| 2022 | 21                                               | 359                                                  | 387.934                | 393.997     |
| 2023 | 21                                               | 354                                                  | 376.925                | 382.621     |
| 2024 | 21                                               | 349                                                  | 365.238                | 370.577     |

Le caratteristiche delle madri

Nel 2024 il 20,5% dei parti ha riguardato madri di cittadinanza non italiana, con una maggiore concentrazione nelle aree del Centro-Nord, dove la quota supera il 20%. In Emilia Romagna, Liguria e Marche oltre il 31% delle nascite è riferito a madri straniere. Le principali aree di provenienza sono l’Africa (30,9%) e l’Unione Europea (16,6%), seguite dall’Asia (21,7%) e dal Sud America (8,2%)

Nel 2024 il 41,5% delle madri presenta un livello di istruzione medio-alto, il 36,6% è laureato e il 21,9% ha una scolarità medio-bassa; tra le straniere prevale quest’ultima categoria (40,9%). Il livello di istruzione tende ad aumentare con l’età al parto, mentre tra le madri con meno di 20 anni il 78% ha al massimo la licenza media inferiore.

Sul piano dello stato civile, il 55% delle madri risulta coniugato, il 43,3% nubile e l’1,6% separato, divorziato o vedovo. Tra le partorienti sotto i 20 anni l’89,9% è nubile e solo il 9,9% coniugata. In relazione alla condizione professionale, il 62,4% delle madri è occupato, il 26,3% è casalinga e il 15,4% è disoccupata o in cerca di prima occupazione; tra le straniere prevale la condizione di casalinga (50,5%), mentre tra le italiane la maggioranza è occupata (69,8%).

Infine, in media ogni donna che ha partorito nel 2024 ha avuto 0,28 aborti spontanei in gravidanze precedenti: nel 79,04% dei casi non si registrano aborti pregressi, nel 18,48% se ne contano uno o due e nell’1,47% più di due.

La gravidanza

A livello nazionale la grande maggioranza delle gravidanze è seguita da un numero adeguato di controlli: nel 93,7% dei casi vengono effettuate più di quattro visite, mentre solo lo 0,4% delle gravidanze non prevede alcun controllo. Il momento della prima visita, utilizzato come indicatore di accesso alle cure prenatali, mostra tuttavia differenze legate a fattori socio-demografici. Le donne di cittadinanza straniera presentano una maggiore frequenza di assenza di controlli (0,8% contro lo 0,3% delle italiane) e un accesso più tardivo alla prima visita, che avviene dopo l’11ª settimana nel 9,8% dei casi rispetto all’1,7% tra le italiane. Un ritardo analogo si osserva tra le donne con scolarità medio-bassa: la prima visita oltre l’11ª settimana riguarda il 10,0% di quelle con titolo elementare o senza titolo e il 3,0% di quelle con scolarità media. Anche la giovane età materna è associata a maggiori criticità: tra le madri sotto i 20 anni l’1,9% non effettua alcun controllo e il 12,3% accede tardivamente alla prima visita. Non emergono invece differenze significative in relazione allo stato civile, né il decorso della gravidanza risulta influenzare il numero di visite effettuate.

Nel 2024 sono state eseguite in media 5,8 ecografie per parto, con una variabilità regionale che va da 4,0 nella Provincia autonoma di Trento a 7,9 in Sardegna. Nel 77,1% delle gravidanze il numero di ecografie supera le tre raccomandate dai protocolli del Ministero della Salute, senza che tale frequenza risulti correlata al decorso della gravidanza.

Tra le tecniche diagnostiche prenatali invasive, l’amniocentesi è la più utilizzata, con una media di 1,8 esami ogni 100 parti, seguita dall’esame dei villi coriali (1,2% delle gravidanze) e dalla funicolocentesi (0,3%). L’impiego dell’amniocentesi varia sensibilmente a livello territoriale, con i valori più elevati in Umbria (4,4%), Liguria (3,8%) e Piemonte (3,3%). A livello nazionale, nelle madri con più di 40 anni il prelievo di liquido amniotico è stato effettuato nel 4,5% dei parti, con un andamento in diminuzione negli ultimi tre anni.

“Anche la giovane età materna è associata a maggiori criticità: tra le madri sotto i 20 anni l’1,9% non effettua alcun controllo e il 12,3% accede tardivamente alla prima visita.



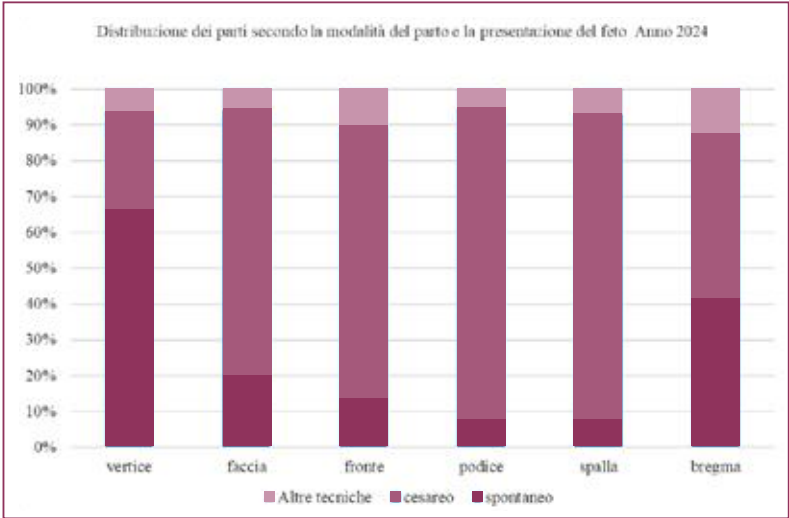
# IL RAPPORTO CEDAP



## Il parto

Nel 2024 la modalità di parto conferma il quadro degli anni precedenti: il 64,02% dei parti avviene in modo spontaneo, mentre il 29,81% è effettuato con taglio cesareo. L'analisi in relazione alla presentazione del feto mostra che il ricorso al cesareo è più frequente nei casi di presentazione non di vertice; tuttavia, anche quando il feto si presenta di vertice, il 26,96% dei parti avviene comunque con taglio cesareo. Emergono differenze rilevanti in base al luogo del parto. Nelle case di cura accreditate la percentuale di parti cesarei raggiunge il 44,9%, a fronte del 28,34% registrato negli ospedali pubblici. Un'incidenza superiore alla media nazionale si osserva anche nei punti nascita con meno di 500 parti annui, dove i cesarei rappresentano il 31,17% dei parti rispetto al 29,81% nazionale; tale dato è associato anche alla maggiore presenza di strutture private tra i punti nascita di dimensioni ridotte. Per quanto riguarda la presenza dei professionisti sanitari al momento del parto, l'analisi evidenzia che questa non esclude il ricorso al taglio cesareo. Oltre all'ostetrica, presente nel 96,27% dei casi, al parto risultano presenti il ginecologo nell'87,30% dei casi, l'anestesista nel 45,42% e il pediatra o neonatologo nel 68,81%. Nel 2024 i parti vaginali sono stati complessivamente 255.382, dei quali il 20,9% ha riguardato

madri di cittadinanza straniera. L'analisi per età e cittadinanza mostra che tra le madri italiane che hanno avuto un parto vaginale il 75,9% ha più di 30 anni, mentre tra le madri straniere la quota scende al 57,1%. Per quanto riguarda il supporto al momento del parto, nel 94,7% dei casi la donna è stata accompagnata dal padre del bambino, nel 4,4% da un familiare e nello 0,9% da un'altra persona di fiducia. La tipologia della persona presente accanto alla partoriente risulta influenzata dall'area geografica di riferimento.



| Percentuale di parti cesarei secondo la tipologia e la dimensione dei punti nascita (Anno 2024) |                            |                     |                         |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------|-------------------------|--------|
| Classe di parti                                                                                 | % Parti con Taglio Cesareo |                     |                         |        |
|                                                                                                 | Pubblica                   | Privata accreditata | Privata non accreditata | Totale |
| 0 - 499                                                                                         | 30,65                      | 48,96               | 53,62                   | 31,17  |
| 500 - 799                                                                                       | 29,27                      | 47,75               |                         | 31,55  |
| 800 - 999                                                                                       | 26,21                      | 50,93               |                         | 29,24  |
| 1000 - 2499                                                                                     | 27,62                      | 44,97               |                         | 28,78  |
| 2500 +                                                                                          | 29,31                      | 35,97               |                         | 30,10  |
| Totale                                                                                          | 28,29                      | 44,93               | 53,62                   | 29,77  |

## Taglio cesareo

Nel 2024 il taglio cesareo ha interessato il 29,8% dei parti, confermando un andamento ormai consolidato nel tempo e caratterizzato da significative differenze regionali. Il dato complessivo continua a evidenziare un ricorso elevato al parto per via chirurgica, anche se negli ultimi anni si osserva una progressiva riduzione, 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”. Questa tendenza al calo risulta confermata anche nel 2024. La frequenza del taglio cesareo varia in modo rilevante in base al luogo del parto: nelle case di cura accreditate la procedura riguarda circa il 44,9% dei parti, mentre negli ospedali pubblici la percentuale scende al 28,3%. Differenze emergono anche in relazione alla cittadinanza della madre, con un ricorso al cesareo nel 30,4% dei parti di donne italiane e nel 27,2% di quelli di donne straniere. Per quanto concerne i parti vaginali dopo un precedente taglio cesareo, nel 2024 la percentuale a livello nazionale si attesta al 17,2%, confermando una diffusione ancora contenuta di questa modalità.

## I neonati

Nel 2024 i nati vivi registrati dalle anagrafi comunali sono circa 370.000, mentre quelli rilevati attraverso il CeDAP ammontano a 369.651. Dalla stessa fonte emerge un tasso di natimortalità pari a 2,46 nati morti ogni 1.000 nati, in lieve aumento rispetto all’anno precedente. La distribuzione dei nati per peso alla nascita, analizzata a livello regionale secondo le classi inferiori a 1.500 grammi, tra 1.500 e 2.499 grammi, tra 2.500 e 3.299 grammi, tra 3.300 e 3.999 grammi e oltre 3.999 grammi, risulta sostanzialmente invariata rispetto all’anno precedente. Nel dettaglio, lo 0,9% dei nati presenta un peso inferiore a 1.500 grammi, il 6,1% un peso compreso tra 1.500 e 2.499 grammi, l’88,2% un peso tra 2.500 e 3.999 grammi e il 4,8% un peso superiore ai 4.000 grammi. Nel 2024 i nati a termine con peso inferiore a 2.500 grammi rappresentano il 3,04% dei casi. A livello nazionale il 98,4% dei neonati ha registrato un punteggio Apgar compreso tra 7 e 10, mentre lo 0,79% è risultato gravemente o moderatamente depresso. L’analisi del punteggio Apgar in relazione al peso alla nascita evidenzia che i valori più sfavorevoli si riscontrano soprattutto tra i neonati con peso inferiore a 1.500 grammi. La rilevazione delle cause di natimortalità presenta criticità, anche perché il referto dell’esame autoptico è spesso disponibile oltre i dieci giorni previsti per la compilazione del CeDAP. Nel 2024, su 913 nati morti, la causa del decesso è stata indicata solo nel 30,5% dei casi; nel 5,6% non è stata riportata alcuna causa, nel 43,1% è stata indicata una causa errata e nel 20,9% una causa incompatibile con il sesso e/o l’età. Sempre nel 2024, sono stati segnalati 4.103 casi di malformazioni riscontrabili alla nascita o nei primi dieci giorni di vita; nell’83,0% dei casi è stato specificato il tipo di malformazione. Le prime 30 malformazioni per frequenza rappresentano complessivamente il 98,3% delle diagnosi effettuate. Al primo posto tra le prime cause di cause di natimortalità ci sono problemi fetali e placentari

| Distribuzione regionale dei parti secondo la modalità del travaglio (Anno 2024) |                        |      |         |      |                                             |                              |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------|---------|------|---------------------------------------------|------------------------------|
| Regione                                                                         | Modalità del travaglio |      |         |      | Totale parti<br>senza cesareo<br>d'elezione | % non<br>indicato/<br>errato |
|                                                                                 | Spontaneo              |      | Indotto |      |                                             |                              |
|                                                                                 | v.a.                   | %    | v.a.    | %    |                                             |                              |
| Piemonte                                                                        | 11.416                 | 58,6 | 8.075   | 41,4 | 21.061                                      | 7,5                          |
| Valle d'Aosta                                                                   | 388                    | 75,8 | 124     | 24,2 | 535                                         | 4,3                          |
| Lombardia                                                                       | 28.429                 | 53,9 | 24.346  | 46,1 | 54.662                                      | 4,6                          |
| Prov. Auton. Bolzano                                                            | 2.916                  | 72,5 | 1108    | 27,5 | 4.024                                       | 0,0                          |
| Prov. Auton. Trento                                                             | 1.925                  | 63,7 | 1099    | 36,3 | 3.025                                       | 0,0                          |
| Veneto                                                                          | 16.048                 | 64,0 | 9.024   | 36,0 | 25.072                                      | 0,0                          |
| Friuli Venezia Giulia                                                           | 3.833                  | 60,7 | 2.482   | 39,3 | 6.714                                       | 5,9                          |
| Liguria                                                                         | 4.190                  | 65,5 | 2.207   | 34,5 | 6.581                                       | 2,8                          |
| Emilia Romagna                                                                  | 15.050                 | 63,4 | 8.673   | 36,6 | 23.723                                      | 0,0                          |
| Toscana                                                                         | 11.658                 | 67,4 | 5.630   | 32,6 | 18.729                                      | 7,7                          |
| Umbria                                                                          | 2.664                  | 67,1 | 1.304   | 32,9 | 4.161                                       | 5,1                          |
| Marche                                                                          | 3.695                  | 61,6 | 2.299   | 38,4 | 6.440                                       | 6,9                          |
| Lazio                                                                           | 16.293                 | 65,9 | 8.427   | 34,1 | 24.720                                      | 34,1                         |
| Abruzzo                                                                         | 3.332                  | 59,5 | 2.272   | 40,5 | 5.701                                       | 1,7                          |
| Molise                                                                          | 566                    | 61,6 | 353     | 38,4 | 919                                         | 0,0                          |
| Campania                                                                        | 23.261                 | 78,7 | 6.279   | 21,3 | 29.540                                      | 0,0                          |
| Puglia                                                                          | 12.199                 | 66,3 | 6.191   | 33,7 | 19.142                                      | 3,9                          |
| Basilicata                                                                      | 1.810                  | 68,6 | 828     | 31,4 | 2.638                                       | 0,0                          |
| Calabria                                                                        | 6.670                  | 72,4 | 2.549   | 27,6 | 9.344                                       | 1,3                          |
| Sicilia                                                                         | 16.507                 | 65,7 | 8.620   | 34,3 | 25.693                                      | 2,2                          |
| Sardegna                                                                        | 2.923                  | 56,5 | 2.248   | 43,5 | 5.171                                       | 0,0                          |
| Totale                                                                          | 185.773                | 64,1 | 104.138 | 35,9 | 297.595                                     | 5,6                          |

che interferiscono con il trattamento della madre (30,2%) seguiti da altre e mal definite manifestazioni morbose ad insorgenza perinatale (14,9%), poi ipossia intrauterina e asfissia alla nascita (13,7%), feto o neonato affetto da complicazioni della placenta, del cordone ombelicale e delle membrane (5,4%), esito del parto (4,8%), problemi relativi a bassa età gestazionale e basso peso alla nascita (4,0%), morte improvvisa da causa sconosciuta (2,4 %). E ancora, altre cause mal definite e sconosciute di morbosità e mortalità (2,4%), Aritmie cardiache (2,0%), complicazioni del cordone ombelicale, manifestazioni morbose del feto o del neonato derivanti da patologia materna anche non correlata alla gravidanza attuale e feto o neonato affetto da complicazioni materne della gravidanza (1,8%).

**Pma, Fivet e Icsi Tecniche di Procreazione medicalmente assistita**

Nel 2024, delle 365.238 schede pervenute, 15.287 riguardano gravidanze ottenute tramite tecniche di procreazione medicalmente assistita pari in media a 4,2 ogni 100 gravidanze. A livello nazionale, circa il 2,1% dei parti con Pma ha previsto un trattamento farmacologico. La fecondazione in vitro con trasferimento di embrioni in utero rappresenta il 48,2% dei casi, mentre la fecondazione in vitro mediante iniezione dello spermatozoo nel citoplasma riguarda il 36,4% dei casi; il trasferimento dei gameti maschili in cavità uterina interessa invece il 4,0%. L'utilizzo delle diverse tecniche varia significativamente tra le regioni.

Nel 2024, tra le gravidanze ottenute con Pma, il ricorso al taglio cesareo si è verificato nel 49,01% dei casi. La percentuale di parti plurimi nelle gravidanze medicalmente assistite (6,6%) risulta nettamente superiore a quella del totale delle gravidanze (1,4%).

Si registra inoltre una maggiore frequenza di parti con Pma tra le donne con scolarità medio-alta (6,06%) e tra quelle oltre i 35 anni. La percentuale cresce progressivamente con l'età, arrivando al 19,7% nelle madri con più di 40 anni.

**La classificazione di Robson e la variabilità regionale**

L'89,5% dei parti (326.113 casi) è stato classificato secondo la metodologia di Robson. Le classi più numerose sono la 1 (primipare a termine con presentazione cefalica) e la 3 (pluripare a termine, presentazione cefalica e nessun precedente cesareo), che insieme rappresentano il 47,4% dei casi.

La classe 5 - donne con un precedente cesareo - incide per l'11,9% dei parti totali. Regioni diverse mostrano livelli molto variabili di ricorso al taglio cesareo nelle classi a minor rischio, segnalando ampi margini di miglioramento organizzativo e clinico.

| Distribuzione dei parti cesarei secondo la tipologia di struttura ospedaliera dove essi avvengono (Anno 2024) |          |              |         |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------|---------|--------|
| Regione                                                                                                       | Pubblico | Casa di cura |         | Totale |
|                                                                                                               |          | Accreditata  | Privata |        |
| Piemonte                                                                                                      | 26,4     |              |         | 26,4   |
| Valle d'Aosta                                                                                                 | 24,8     |              |         | 24,8   |
| Lombardia                                                                                                     | 22,2     | 27,5         |         | 22,6   |
| Prov. Auton. Bolzano                                                                                          | 27,7     |              |         | 27,7   |
| Prov. Auton. Trento                                                                                           | 19,1     |              |         | 19,1   |
| Veneto                                                                                                        | 23,7     |              |         | 23,7   |
| Friuli Venezia Giulia                                                                                         | 22,1     | 23,5         |         | 22,2   |
| Liguria                                                                                                       | 29,4     |              |         | 29,4   |
| Emilia Romagna                                                                                                | 22,3     |              |         | 22,3   |
| Toscana                                                                                                       | 16,5     |              |         | 16,5   |
| Umbria                                                                                                        | 24,0     |              |         | 24,0   |
| Marche                                                                                                        | 24,6     |              |         | 24,6   |
| Lazio                                                                                                         | 34,9     | 42,3         | 51,5    | 36,4   |
| Abruzzo                                                                                                       | 32,8     |              |         | 32,8   |
| Molise                                                                                                        | 31,7     |              |         | 31,7   |
| Campania                                                                                                      | 41,2     | 50,0         |         | 44,6   |
| Puglia                                                                                                        | 33,9     | 41,0         |         | 34,3   |
| Basilicata                                                                                                    | 32,6     |              |         | 32,6   |
| Calabria                                                                                                      | 34,4     | 42,4         |         | 34,9   |
| Sicilia                                                                                                       | 37,6     | 54,8         |         | 39,4   |
| Sardegna                                                                                                      | 36,8     |              |         | 36,8   |
| Totale                                                                                                        | 28,3     | 44,9         | 53,6    | 29,8   |

## MANOVRA 2026



Link al testo



La legge di Bilancio 2026 porta il finanziamento complessivo per la sanità a 142,9 miliardi per il 2026. Si punta a ridurre le liste d'attesa attraverso nuove assunzioni in deroga. Incrementati i tetti per farmaceutica e dispositivi medici.

## Oltre 6 miliardi in più per la sanità. Dalle assunzioni ai nuovi tetti per la farmaceutica, fino alla prevenzione: ecco tutte le novità

**PIÙ RISORSE ALLA SANITÀ E MOLTE NOVITÀ.** Con l'approvazione definitiva della Legge di bilancio 2026, avvenuta il 30 dicembre scorso ed entrata in vigore il 1° gennaio, il Servizio sanitario nazionale si prepara a un significativo rafforzamento finanziario. Per il solo 2026 è previsto un incremento del Fondo sanitario nazionale pari a 2.382,2 milioni di euro, che si somma agli stanziamenti già programmati con la legge di bilancio 2025, portando il finanziamento complessivo a 142,9 miliardi di euro: oltre 6,3 miliardi in più rispetto al 2025. La traiettoria di crescita prosegue anche negli anni successivi, con un aumento di 2.631 milioni di euro nel 2027 e di 2.633,1 milioni di euro annui a partire dal 2028.

Sul versante del personale, al fine di ridurre le liste d'attesa, viene autorizzata l'assunzione, da parte delle aziende e degli enti dei servizi sanitari regionali, di personale a tempo indeterminato in deroga ai vincoli previsti dalla

legislazione vigente in materia, nel limite di spesa complessivo di euro 450.000.000 annui a decorrere dall'anno 2026. Si prorogano inoltre i termini utili a completare le procedure di assunzione del personale chiamato in causa durante il periodo dell'emergenza pandemica. In via sperimentale, le Regioni avranno la possibilità - nel rispetto dei loro bilanci e delle regole nazionali sulla spesa del personale - di aumentare leggermente i fondi destinati ai premi e alle indennità di chi lavora in pronto soccorso. Si incrementano, poi, le indennità di specificità per dirigenza sanitaria, medici, infermieri e operatori sociosanitari.

Cambiano poi i cosiddetti tetti di spesa farmaceutica. Il tetto di spesa per acquisti diretti, cioè i farmaci comprati direttamente dalle strutture sanitarie (ospedali e Asl), viene aumentata dello 0,30%; mentre il tetto per la spesa convenzionata, cioè i medicinali che i cittadini prendono in farmacia con ricetta,



“

Per il 2026, inoltre, si prevedono risorse aggiuntive pari a 247 milioni destinate all'ulteriore potenziamento delle misure di prevenzione.

pagandoli in parte o totalmente tramite il Ssn, crescerà dello 0,05%. La quota per i gas medicinali resta invariata. La spesa stimata è di 350 mln. Conseguentemente, il Fondo per i farmaci innovativi è ridotto a decorrere dall'anno 2026 di 140 milioni di euro annui.

E ancora, a partire dal 2026, lo Stato stabilisce un nuovo limite nazionale di spesa per l'acquisto dei dispositivi medici con uno stanziamento di 280 mln. Finora questo tetto era fissato a una percentuale più bassa (circa il 4,4% del Fondo sanitario nazionale). Con la nuova norma, il limite viene aumentato al 4,6%, riconoscendo che i costi e il fabbisogno di dispositivi medici sono cresciuti negli ultimi anni, anche a causa dell'innovazione tecnologica e del rinnovo delle attrezzature ospedaliere.

Si prevede un finanziamento di 100 milioni per avviare l'adeguamento delle tariffe ambulatoriali, che sia aggiunge a quello già approvato con la legge di bilancio 2025 a valere dal 2026, di 1 miliardo di euro per la revisione delle tariffe di ricovero e di riabilitazione.

Trovano spazio, inoltre, misure che puntano a potenziare la medicina di precisione e la prevenzione; nasce un Fondo per interventi normativi in materia di prevenzione, formazione, informazione e cura della celiachia; e si prevede un intervento finalizzato al potenziamento degli interventi per migliorare i livelli di assistenza legati alla tutela della salute mentale, e del sistema di cure palliative.

Infine, si prevede che le Regioni che non raggiungono la "soglia di garanzia minima" in una o più delle macro-aree di assistenza sanitaria (o per singoli indicatori) previste dal sistema di monitoraggio nazionale, dovranno essere sottoposte a un audit specifico.

**Nello specifico, come riportato dal ministero della Salute, vediamo alcune delle principali misure introdotte:**

## Prevenzione

A partire dal 2026, sono stanziati 238 milioni di euro ogni anno, per rafforzare la rete dei programmi di prevenzione e diagnosi precoce tra cui:

- estensione dello screening per il tumore della mammella alle donne d'età 45 e 49 anni e 70-74 anni
- estensione dello screening per il tumore del colon-retto alla fascia d'età 70-74 anni
- consolidamento del programma di monitoraggio del tumore polmonare
- incremento delle risorse per i vaccini
- vengono estesi i test genomici nei casi di carcinoma mammario avanzato o metastatico
- programmi di screening nutrizionale dei pazienti oncologici
- sviluppo dei test per la diagnosi della sordità e per le malattie rare
- potenziamento degli accertamenti per la diagnosi precoce della leucodistrofia metacromatica neonatale e per la malattia di Parkinson
- prevenzione e la cura delle patologie oculari cronico-degenerative e delle patologie reumatologiche

Per il 2026, inoltre, si prevedono risorse aggiuntive pari a 247 milioni destinate all'ulteriore potenziamento delle misure di prevenzione. Stanziare risorse anche per la prevenzione sanitaria legata alle patologie da inquinamento ambientale; nuovi screening neonatali; prevenzione dell'HIV e prevenzione e cura dell'obesità.

## Personale Ssn

Stanziamento a regime di 450 milioni di euro annui per l'assunzione del personale sanitario da parte delle aziende e degli enti del servizio sanitario nazionale.

Previste, inoltre, le risorse necessarie per l'incremento dell'indennità di specificità sanitaria, medica e non, dell'indennità di specificità infermieristica e dell'indennità di tutela del malato e per la promozione della salute.

Particolare attenzione è dedicata al personale di pronto soccorso: le Regioni possono stabilire, dal 2026 al 2029, un incremento delle risorse destinate al trattamento accessorio del personale, anche in deroga ai limiti di spesa normativamente previsti.

Si estende la tassazione Irpef agevolata al 5% ai compensi per lavoro straordinario per il per-

sonale dipendente delle strutture sanitarie, delle RSA e delle altre strutture residenziali e socio-assistenziali, erogati agli infermieri dipendenti dalle strutture private accreditate.

## Ricerca

Fondi per valorizzare il ruolo strategico degli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione, in particolare degli Irccs e risorse per l'attività ISS del progetto Sentieri (Studio epidemiologico nazionale dei territori e degli insediamenti esposti a rischio da inquinamento).

## Salute mentale

La manovra stanziava 80 milioni di euro per il 2026, 85 milioni per il 2027, 90 milioni per il 2028 e 30 milioni annui a decorrere dal 2029, per l'attuazione del Piano nazionale di salute mentale. Previste anche risorse per l'assunzione di personale sanitario e socio-sanitario dedicato, garantendo una presenza più capillare sul territorio e un sostegno concreto ai servizi di salute mentale.

## Potenziamento erogazione servizi sanitari sul territorio

È previsto, a decorrere dal 2026, un incremento pari a 10 milioni di euro annui delle risorse destinate alle cure palliative (in via prioritaria all'assunzione di personale), e risorse per le spese per l'Alzheimer e le altre patologie di demenza senile.

Per il triennio 2026-2028, aumentano di 2 milioni di euro annui le risorse del Fondo per l'assistenza ai bambini affetti da malattie oncologiche.

Nell'ottica del rafforzamento dei servizi sanitari, si sancisce l'integrazione stabile nel Servizio sanitario nazionale delle farmacie dei servizi.

Vengono stanziati fondi per finanziare interventi normativi per il finanziamento di interventi normativi in materia di celiachia e per il sostegno della mobilità pediatrica.

## Digitalizzazione in sanità

Tra gli interventi normativi previsti dalla manovra:

- dematerializzazione della ricetta per l'erogazione dei prodotti per celiaci e all'implementazione delle infrastrutture di scambio transfrontaliero delle ricette elettroniche
- potenziamento dei servizi di telemedicina con uno stanziamento di 20 milioni di euro annui a decorrere dal 2026



# INDAGINE SULLA APPLICAZIONE DELLE LINEE GUIDA SULLA GRAVIDANZA FISIOLOGICA RELATIVAMENTE ALLA RICERCA DELLA INFEZIONE GONOCOCCICA E DA CLAMIDIA: UNA PROPOSTA DELL'AOGOI

**Nei prossimi giorni la segreteria nazionale invierà a tutti gli associati una e-mail con il seguente questionario che t'invitiamo vivamente a compilare.**

*Ringraziamo per la collaborazione*

**Professor Fabio Parazzini, Presidente Ufficio Legale Aogoi  
e Dottor Maurizio Silvestri, Segretario Nazionale Aogoi**

*Cara/o Collega,*

nell'ultimo aggiornamento delle Linee Guida per la gravidanza fisiologica - prima parte screening delle infezioni in gravidanza - pubblicate nel 2023 (Istituto Superiore di Sanità Gravidanza fisiologica. PRIMA PARTE. Sezione 1 - Informazioni alle donne in gravidanza. Sezione 2 - Screening delle infezioni in gravidanza. 2023, xiii, 248 p. Linea guida 1/2023 Snlg) in presenza dei fattori di rischio per le malattie sessualmente trasmesse (di seguito riportati), viene raccomandata la ricerca della clamidia e del gonococco nel tampone endocervicale oppure in un campione di urine.

## **Fattori di rischio**

- **Età <25 anni**
- **Partner sessuali:**
  - avere avuto un nuovo partner sessuale negli ultimi 3 mesi,
  - avere un partner sessuale che ha più di un partner sessuale,
  - avere un partner sessuale che ha una IST.

**Protezione:** non usare protezioni in modo corretto in una relazione non monogama

**IST:** avere avuto una IST in precedenza

**Rapporti sessuali:** offrire rapporti sessuali in cambio di denaro o droghe.

Tali indicazioni possono tuttavia essere di non facile applicazione in particolare con riferimento alla identificazione delle donne a rischio vista la possibile difficoltà nell'eseguire una accurata anamnesi. Inoltre in numerosi centri il laboratorio testa in casi di tampone vaginale accanto alla presenza di infezione gonococcica o da clamidia anche la presenza di batteri quali l'ureaplasma od il micoplasma. Per tali infezioni le linee guida nazionali indicano in generale "Lo screening della vaginosi batterica non deve essere offerto alle donne in gravidanza asintomatiche e senza fattori di rischio identificati per parto pretermine (raccomandazione forte; qualità delle prove bassa o molto bassa)". Di conseguenza il clinico potrebbe in alcune situazioni trovarsi a dover "gestire" una infezione asintomatica.

**Al fine di analizzare tale problematica ti invitiamo a compilare il presente questionario per indagare l'approccio da Te utilizzato nella ricerca della infezione da clamidia e del gonococco in gravidanza.**

**La compilazione Ti impegnerà per pochi minuti  
basta inquadrare il QRcode**

## **QUESTIONARIO SULLE MODALITÀ DELLA RICERCA DELLA INFEZIONE DA CLAMIDIA E DEL GONOCOCCO IN GRAVIDANZA**

Prima di compilare il questionario Ti chiediamo di indicare alcune Tue caratteristiche personali

Età: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_anni Sesso: M ☐ F ☐

Regione di residenza: \_\_\_\_\_

### **Attività principale**

- ☐ Dipendente ospedaliero pubblico od universitario
- ☐ Dipendente/consulente di struttura privata convenzionata
- ☐ Libero professionista

**Nel vostro centro la ricerca della clamidia e del gonococco avviene prevalentemente su tampone endocervicale oppure su campioni di urine?**

- ☐ Tampone endocervicale
- ☐ Campione urinario
- ☐ Altro (spec. \_\_\_\_\_)

**Riscontri difficoltà nella ricerca anamnestica soprattutto del parametro partner sessuale sopra riportato?**

- ☐ Mai
- ☐ Frequentemente
- ☐ Raramente
- ☐ Sempre

**Nei casi in cui hai difficoltà nella ricerca anamnestica richiedi la ricerca clamidia e gonococco in tutte le gestanti all'inizio della gravidanza?**

- ☐ Sempre
- ☐ Talvolta (spec. \_\_\_\_\_)
- ☐ Mai

**Nell'eventualità che Tu richiedi la ricerca della clamidia e gonococco a tutte le gestanti (ossia senza identificare la popolazione a rischio) il tampone endocervicale, indichi l'esenzione per l'esclusione dalla partecipazione alla spesa sanitaria come previsto dalle citate raccomandazioni in presenza di fattori di rischio per IST nelle donne in gravidanza (Raccomandazioni: Il test di screening, eseguito all'inizio della gravidanza, possibilmente entro 13+6 settimane, in presenza di fattori di rischio riconosciuti, è compreso nelle prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica escluse dalla partecipazione al costo (DPCM 12 gennaio 2017 all.to 10b))?**

- ☐ Sempre
- ☐ Talvolta (spec. \_\_\_\_\_)
- ☐ Mai

**In alcuni laboratori analisi sul tampone endocervicale avviene sempre anche la ricerca dei diversi ceppi di micoplasma e ureaplasma: questo avviene anche nel tuo laboratorio di riferimento?**

- ☐ Sì
- ☐ No

**In caso di positività del tampone endocervicale a ceppi di micoplasma e/o ureaplasma effettui sempre pre-terapia antibiotica?**

- ☐ Sì
- ☐ No

**Se sì, effettui sempre la ripetizione del tampone cervico-vaginale a distanza di qualche settimana?**

- ☐ Sì
- ☐ No

**Se sì, nella Tua esperienza in che percentuale di positività del tampone riesci ad eliminare i ceppi di:**

- Micoplasma (indica percentuale) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_%
- Ureaplasma (indica percentuale) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_%

**Ritieni utile la ricerca in gravidanza dei diversi ceppi di micoplasma e ureaplasma nei tamponi endo-cervicali di screening per prevenire complicanze ostetriche e/o neonatologiche?**

- ☐ Sì
- ☐ No
- ☐ Solo in presenza di un dato clinico (leucorrea, minaccia di parto pretermine,

altro spec: \_\_\_\_\_)

Se desideri lascia un commento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Grazie per la Tua collaborazione

**INQUADRA  
IL QR CODE**





## Libro bianco 2025 Medicina e farmacologia di genere

Evoluzione, traguardi, sfide

FrancoAngeli Editore



L'UNDICESIMA EDIZIONE DEL LIBRO BIANCO è incentrata sul tema della Medicina e Farmacologia di Genere, con l'obiettivo di delinearne l'evoluzione, presentando i traguardi raggiunti e le nuove sfide da affrontare. Come da tradizione, il Libro bianco si apre con gli interventi delle Istituzioni, presentando i contributi a firma della **Sen. Licia Ronzulli**, della **Sen. Maria Cristina Cantù**, della **Sen. Elena Murelli**, dell'**On. Ilenia Malavasi** e del Presidente di Farmindustria **Marcello Cattani**.

La prima parte del volume descrive il percorso evolutivo della Medicina di Genere in ambito scientificoaccademico e legislativo, passando attraverso il ruolo degli organi di riferimento istituiti presso l'Istituto Superiore di Sanità per approdare alla necessità di utilizzare indicatori genere-specifici e presentare le evidenze emergenti nonché i nuovi scenari di cura e ricerca in ottica di genere.

La Farmacologia di genere è protagonista della seconda parte, in cui vengono analizzati i gender bias

ancora presenti nella ricerca preclinica e clinica, evidenziando come un approccio gender sensitive contribuisca a un uso più appropriato dei farmaci; l'ottica di genere viene poi approfondita in ambito regolatorio e di farmacovigilanza.

La terza parte del libro valorizza il ruolo della rete, della ricerca, della formazione e dell'informazione, sottolineando la necessità di un approccio multistakeholder e interdisciplinare che metta a sistema tutte le esperienze e le competenze.

Le considerazioni conclusive, secondo una lettura in chiave bioetica, forniscono spunti di riflessione in termini di prospettive per il futuro prossimo, in cui si preannuncia l'urgente sfida dell'equità.

Si ringraziano Farmindustria e tutti gli autori per avere preso parte a questo progetto editoriale e per la costante vicinanza e la proficua collaborazione, nella consapevolezza che è necessario lavorare insieme per contribuire al cambiamento.



# PREFAZIONE

**FRANCESCA MERZAGORA**

*Presidente di Fondazione Onda ETS*



“Siamo grati a Farmindustria per il costante affiancamento nella pubblicazione annuale del Libro Bianco e siamo oggi ancora più soddisfatti della tematica trattata. Per la Medicina di Genere sono stati fatti grandi progressi negli ultimi anni con una legge dedicata e i relativi piani attuativi, con la fervida attività del Centro all'interno dell'Iss e con le tante iniziative delle Società Scientifiche. Restano però ancora delle criticità: la regionalizzazione della sanità rende l'applicazione della Medicina di Genere disomogenea, le donne non sono ancora sempre rappresentate nei trials, i medici non sono sempre sensibilizzati e formati adeguatamente e non esistono dati disaggregati per sesso e genere. Per questo Fondazione Onda ETS in un punto del recente Manifesto 2.0, presentato in occasione della celebrazione del suo Ventennale, ha sottolineato l'importanza di promuovere l'approccio di genere nella ricerca, nella clinica e nella formazione”

**MARCELLO CATTANI**

*Presidente di Farmindustria*



“La presentazione del Libro Bianco 2025 è un momento importante per ribadire quanto la medicina e la farmacologia di genere siano oggi prioritarie per il presente e il futuro della sanità. Oggi in Italia gli studi clinici sono aperti 9 volte su 10 sia a uomini che donne, perché parlare di medicina di genere significa parlare di equità, di ricerca e di innovazione al servizio delle persone. È una prospettiva che mette al centro le differenze biologiche e sociali, ma soprattutto la necessità di diagnosi e cure tempestive, personalizzate e più efficaci per tutti. Come industria farmaceutica crediamo che la medicina di genere non sia solo un tema scientifico, ma anche culturale e sociale: oggi il 45 per cento della nostra forza lavoro è composto da donne e il 40 per cento del fatturato di settore proviene da imprese con leadership femminile. È importante che le istituzioni continuino con misure a favore della parità, proseguendo il percorso già avviato che emerge anche dalla nuova manovra di bilancio”

“

Per la Medicina di Genere sono stati fatti grandi progressi negli ultimi anni con una legge dedicata e i relativi piani attuativi.

“

Oggi in Italia gli studi clinici sono aperti 9 volte su 10 sia a uomini che donne, perché parlare di medicina di genere significa parlare di equità.

## Prefazione

**MARCELLO GEMMATO**

*Sottosegretario di Stato alla Salute*

Negli ultimi anni l'Italia ha compiuto passi importanti: l'inclusione della variabile di genere nella ricerca, nelle linee guida e nei percorsi di cura; strumenti normativi e istituzionali che permettono di guardare con fiducia a un futuro più inclusivo.

La formazione svolge un ruolo decisivo: solo una cultura condivisa tra i professionisti sanitari permette di produrre effetti duraturi. Formare significa preparare i medici e gli operatori a leggere i bisogni nella loro complessità.

La prospettiva di genere non si limita al piano biologico, ma coinvolge le dimensioni sociali, culturali e ambientali della salute: dalla prevenzione oncologica ai percorsi dedicati, alle malattie che colpiscono prevalentemente il sesso femminile, fino al superamento delle disuguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi.

La vera sfida della sanità del futuro è creare un modello interdisciplinare, predittivo e personalizzato, che sappia integrare ricerca e clinica, prevenzione e cura, innovazione e umanità.

La salute è un bene comune: richiede impegno, visione e responsabilità condivisa. Il Libro Bianco 2025 è un invito a guardare avanti, consolidando quanto è stato fatto e rafforzando il percorso verso una medicina più giusta, inclusiva e capace di rispondere ai bisogni di tutti.



## CAPITOLO 1

## Prima parte. Medicina di genere

1

### Primi passi e cambio di paradigma. Dove siamo oggi

di GIOVANNELLA BAGGIO

*Presidente del Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere; Professore Ordinario, Studioso Senior, Università di Padova.*

**IL CAPITOLO RIPERCORRE** le diverse tappe dello sviluppo della Medicina di Genere in Italia, presentandone le date salienti e i principali enti attivi nel settore. Ne riportiamo di seguito i passaggi fondamentali.

Dal 1999 i Ministeri della Salute e delle Pari Opportunità hanno costituito gruppi di lavoro e prodotto documenti sulla salute delle donne, ma solo dal 2008 si è iniziato a parlare di differenze di genere.

Nel 2009 nove Professionisti padovani e milanesi, insieme all'Azienda Ospedaliera Università di Padova e alla Fondazione Giovanni Lorenzini di Milano, fondarono il Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere e ne identificarono quattro obiettivi fondamentali: informazione, formazione, ricerca e creazione di una rete nazionale.

A Bari, sempre nel 2009, viene costituito il "Gruppo Italiano Salute e Genere" con l'obiettivo di promuovere una cultura della salute e della Medicina di Genere mediante programmi di prevenzione e assistenza, ricerca, formazione, comunicazione e informazione. Il gruppo collabora con alcune Università Italiane (Bari, Firenze, Salerno) per implementare progetti di formazione professionale in ambito di Salute e Medicina di Genere. Nel 2012 viene approvata in Parlamento una mozione sulla Medicina di Genere, a cui è seguita la Legge sulla Medicina di Genere del 2018.

Nel 2015 si creò una stretta alleanza tra il Centro Studi Nazionale sulla Medicina di Genere, l'Istituto Superiore di Sanità e il Gruppo Italiano Salute e Genere. Questa alleanza ha creato collegamenti con numerose società scientifiche italiane, Centri sulla Medicina di Genere, Ordini dei Medici e Odontoiatri, Società Scientifiche, Università e Regioni e prodotto documenti di approfondimento, eventi e collaborazioni tra ricercatori di vari settori.

Nel gennaio 2017 è stato istituito il Centro di riferimento per la Medicina di Genere dello ISS per condurre e coordinare attività di supporto ai bisogni di salute della popolazione in ottica di genere.



## CAPITOLO 2

### Il percorso istituzionale. Evoluzione normativa: dalla proposta di legge del 2016 alla Legge 3/2018

di PAOLA BOLDRINI

*Onorevole 12<sup>a</sup> Commissione Affari sociali, XVII Legislatura e Senatrice 12<sup>a</sup> Commissione igiene e sanità, XVIII Legislatura.*

**NEL CAPITOLO VENGONO** presentati le iniziative e i passaggi istituzionali che hanno portato dalla proposta di legge 3603 del marzo 2016 alla Legge 3 del gennaio 2018 e si traccia una sintetica panoramica delle azioni intraprese e da intraprendere per rendere effettivo quanto indicato nella legge.

Nel dicembre 2016 la Conferenza Nazionale Permanente dei Presidi del Corso di Laurea ha approvato una mozione con raccomandazione per l'inserimento della medicina orientata al genere in tutti gli insegnamenti, con l'obiettivo di sensibilizzare le nuove generazioni di medici. Nel 2017, il testo è stato presentato al Parlamento Europeo di Bruxelles, in un momento di confronto sulle politiche sanitarie degli Stati membri. Da gennaio 2018 la proposta è diventata legge e sono stati promulgati i relativi decreti attuativi, portando all'approvazione del "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere sul territorio nazionale" nel 2019 e all'istituzione dell'Osservatorio sulla Medicina di Genere nel 2020.

In chiusura viene ricordato che la Medicina di Genere è strettamente collegata alla condizione socio-economica del Paese e condizionata dalle politiche sociali, dal contesto ambientale. Per intervenire efficacemente sulle disuguaglianze occorrono dati precisi, che tuttavia non sono sempre recuperabili.

Risulta quindi importante, poste le basi legislative, continuare con la disaggregazione dei dati, un processo che deve andare di pari passo con la digitalizzazione sanitaria, per recuperare le lacune socio-economiche, quindi anche di genere.

SPECIALE  
RAPPORTO  
ONDA

“

**In chiusura viene ricordato che la Medicina di Genere è strettamente collegata alla condizione socio-economica del Paese e condizionata dalle politiche sociali, dal contesto ambientale. Per intervenire efficacemente sulle disuguaglianze occorrono dati precisi, che tuttavia non sono sempre recuperabili.**



## SPECIALE LIBRO BIANCO ONDA OSSERVATORIO NAZIONALE SULLA SALUTE DELLA DONNA E DI GENERE



FARMINDUSTRIA

## CAPITOLO 3

## Centro per la Medicina di Genere, Piano di applicazione e diffusione, Osservatorio dedicato: roadmap dei risultati raggiunti e dei prossimi obiettivi

di ELENA ORTONA, MASSIMO D'ARCHIVIO, ANNA RUGGIERI

Centro di riferimento per la Medicina di Genere, Istituto Superiore di Sanità, Roma Italia.

**LA NASCITA DI UN CENTRO DI RIFERIMENTO** dedicato presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il 1° gennaio 2017, ha rappresentato un punto di svolta per la Medicina di Genere in Italia.

Il Centro promuove progetti volti a migliorare la prevenzione, la diagnosi e le terapie in ambito cardiovascolare, neurologico, autoimmune, metabolico, infettivo e oncologico. Inoltre, svolge attività di sensibilizzazione a livello nazionale e internazionale.

Il Centro è strutturato in due reparti: uno focalizzato sulla prevenzione in ottica di genere e l'altro sulla fisiopatologia di genere.

Il Centro opera per garantire l'accesso ai servizi sanitari per tutte le persone, indipendentemente da sesso, etnia, religione o altre caratteristiche socio-culturali. Promuove inoltre percorsi di sensibilizzazione e formazione per operatori sanitari, studenti e ricercatori.

In collaborazione con il Ministero della Salute, il Centro ha redatto il Piano per l'implementazione e la diffusione della Medicina di Genere che delinea le 4 aree di intervento per l'applicazione della Medicina di Genere (percorsi clinici, ricerca, formazione, comunicazione) e definisce per ciascuna gli obiettivi strategici e gli indicatori per il monitoraggio.

Come previsto dalla Legge 3/2018, è stato creato, sempre presso l'ISS, un Osservatorio dedicato alla Medicina di Genere per garantire l'avvio, la continuità e il monitoraggio delle azioni previste dal Piano.

Nei suoi primi tre anni l'Osservatorio ha pubblicato diversi documenti per supportare il personale sanitario nell'applicare correttamente la Medicina di Genere e, insieme ad AGENAS, ha erogato 188 corsi di formazione continua per i professionisti sanitari.

Il lavoro svolto finora dal Centro di Riferimento per la Medicina di Genere e dall'Osservatorio ha posto le basi per una trasformazione strutturale del sistema sanitario italiano. Ora occorre consolidare questo cambiamento, rendendo la salute di genere una leva strategica per costruire un servizio sanitario più equo, sostenibile, efficace e centrato sulla persona.



3

## CAPITOLO 4

## Genere e salute, una relazione complessa: ruolo degli indicatori di genere

di ANNA MARIA MORETTI

Presidente IGM-Società Internazionale di Medicina di genere; Presidente GISEG-Gruppo Italiano Salute e Genere.

Gli indicatori sesso/genere specifici sono uno strumento fondamentale per orientare la ricerca e guidare la formazione degli operatori sanitari. Sono utilizzati per monitorare, valutare e migliorare la qualità, l'efficienza e l'appropriatezza dei servizi sanitari, dei processi e degli esiti clinici e supportare decisioni gestionali. Il loro impiego evidenzia che, se da un lato i livelli ormonali e le caratteristiche genetiche ed epigenetiche influenzano le manifestazioni cliniche, dall'altro i sistemi economici e le politiche sociali ne condizionano l'esito. Il contesto ambientale, le condizioni socio-economiche, il livello di istruzione, il credo religioso condizionano le possibilità di accesso alle cure e l'aderenza alle terapie.

La valutazione dei dati disaggregati per sesso e genere assume quindi un ruolo fondamentale per valutare i fattori di rischio, i determinanti di salute, i percorsi di accesso alle cure e gli esiti delle malattie e stabilire efficaci strategie di prevenzione.

L'attività di comunicazione e informazione istituzionale ha un ruolo strategico per la conoscenza degli indicatori di sesso/genere e dei determinanti di salute e per costruire nella popolazione consapevolezza e responsabilità in ambito di prevenzione e di cura.

Il rapporto tra "genere" e "salute" è quindi complesso, ma non può più essere ignorato e per affrontarlo, è indispensabile programmare nuovi percorsi che siano sempre più attenti e sensibili a caratteristiche di efficacia, appropriatezza ed equità, capaci di evidenziare le disuguaglianze e supportare le decisioni politiche.

4

SPECIALE  
RAPPORTO  
ONDA

## CAPITOLO 5

## Dalla teoria alla pratica: evidenze emergenti e nuovi scenari di cura e ricerca

### Salute cardiovascolare in ottica di genere

di DANIELA TRABATTONI

Direttrice Unità di Cardiologia interventistica coronarica e Women Heart Center Centro Cardiologico Monzino IRCCS.

Le malattie cardiovascolari (CVD) rappresentano la principale causa di morte tra le donne e sono responsabili del 35% dei decessi. Inoltre, le donne possono presentare una sintomatologia diversa rispetto agli uomini e avere un quadro clinico più atipico quando soffrono di problemi cardiaci.

È fondamentale riconoscere sia i fattori di rischio tradizionali (ipertensione, diabete e fumo, ipercolesterolemia), che quelli sesso-specifici, oltre a fattori meno conosciuti come influenze socioeconomiche, ambientali e livello di cultura sulla salute. Inoltre, fattori specifici come la menopausa precoce e i rischi cardiovascolari legati alla gravidanza non sono sempre considerati nei modelli di valutazione del rischio più comunemente utilizzati. Non vanno inoltre dimenticate le malattie autoimmuni, più frequenti nelle donne e associate a un rischio maggiore di CVD.

L'ipertensione è riconosciuta come il principale fattore di rischio globale per lo sviluppo di malattie cardiovascolari. In particolare, l'ipertensione nella quarta decade di vita raddoppia il rischio di infarto miocardico nelle donne ma non negli uomini.

Le donne, rispetto agli uomini, hanno un rischio maggiore di mortalità e di esiti avversi in caso di emergenze cardiache come sindromi coronariche acute (ACS), insufficienza cardiaca/shock cardiogeno o arresto cardiaco. Ciò è dovuto a meccanismi fisiopatologici specifici, al sotto-utilizzo di strumenti diagnostici, alla mancata applicazione delle linee guida riguardo le terapie mediche, a procedure invasive e impianto di dispositivi, oltre che alla scarsa rappresentazione negli studi clinici.

La prevenzione e la gestione della salute cardiovascolare femminile richiedono quindi un'attenzione particolare durante tutte le fasi della vita. Per questo, la consapevolezza pubblica e specifica dei medici sulle CVD nelle donne è fondamentale per una diagnosi precoce e un intervento tempestivo.

5

## Salute mentale in ottica di genere

di **CLAUDIO MENCACCI**

*Copresidente Società italiana di NeuroPsicoFarmacologia, Direttore emerito Dipartimento Neuroscienze e salute mentale ASST Fatebenefratelli-Sacco, Milano;*

**ROBERTA ANNIVVERNO**

*Responsabile Centro Psiche Donna, Poliambulatori specialistici psichiatrici P.O. Melloni, ASST Fatebenefratelli-Sacco, Milano;*

**ROBERTA DE FILIPPIS, GABRIELLA FANTINI, LUCIA REINA**

*Psicologa psicoterapeuta Centro Psiche Donna, P.O. Melloni, ASST Fatebenefratelli-Sacco, Milano.*

Negli ultimi anni, la ricerca scientifica ha sempre più sottolineato l'importanza di considerare le differenze di genere nello studio e nel trattamento dei disturbi mentali. La "psichiatria di genere" nasce dall'integrazione nella pratica clinica delle distinzioni tra sesso biologico (maschio/femmina) e genere (ruoli sociali e culturali), riconoscendo come entrambi influenzino la vulnerabilità, l'espressione clinica e la risposta terapeutica ai disturbi psichiatrici.

Le differenze di genere in psichiatria non si limitano a variazioni nella prevalenza dei disturbi mentali, ma investono aspetti cruciali come l'esordio, la sintomatologia, il decorso clinico e la risposta terapeutica. Le donne risultano più frequentemente colpite da Depressione, Ansia, Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS), Disturbo Disforico Premestruale (DDP) e psicopatologia legata all'epoca perinatale e alla menopausa. Gli uomini, invece, mostrano una maggiore incidenza di Disturbi legati all'abuso di sostanze, Schizofrenia, e Disturbi Antisociali della personalità.

Fattori biologici come gli ormoni sessuali, le differenze cromosomiche e la neuroanatomia contribuiscono a questa divergenza, ma un ruolo fondamentale è svolto anche da fattori socioculturali e ambientali. Le donne sono più esposte a esperienze di violenza e discriminazione, vivono maggiori pressioni legate ai ruoli sociali e mostrano un'elevata tendenza alla ruminazione e al perfezionismo.

Tutti questi elementi rappresentano importanti fattori di rischio psicosociali, i quali non agiscono però in modo isolato ma si combinano in modo unico in ogni persona, rendendo la valutazione clinica altamente personalizzata. Per migliorare l'efficacia clinica e l'equità nei trattamenti, è quindi necessario integrare l'ottica di genere nella formazione dei professionisti e nella conduzione di ricerche scientifiche mirate. L'approccio bio-psico-sociale di genere deve guidare l'intervento clinico multidisciplinare, con un focus su prevenzione, diagnosi precoce e personalizzazione delle cure.

## Oncologia in ottica di genere

di **ROSSANA BERARDI**

*Professoressa Ordinaria di Oncologia medica, Università Politecnica delle Marche; Direttrice Clinica Oncologica, Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche.*

Negli ultimi decenni l'oncologia ha prestato sempre più attenzione alle differenze di genere.

Il cancro, infatti, non colpisce uomini e donne nello stesso modo: l'incidenza, la progressione della malattia, la risposta ai trattamenti e persino la qualità di vita durante e dopo le cure risentono di fattori biologici, ormonali, genetici e ambientali. A questi si sommano dimensioni sociali e culturali che influenzano la prevenzione, l'aderenza terapeutica e l'impatto complessivo della malattia.

Le evidenze scientifiche dimostrano differenze marcate tra i sessi (ad esempio, nell'incidenza del carcinoma polmonare e nella prognosi del melanoma) e in aggiunta a questo, è documentato che gli uomini aderiscano meno ai programmi di screening e le donne riportino più frequentemente tossicità ai trattamenti, con conseguente impatto sull'aderenza terapeutica.

L'oncologia di genere non deve rimanere un approccio teorico, ma rappresenta una necessità clinica ed etica. Tradurre la teoria in pratica significa integrare le differenze di sesso e genere nella quotidianità clinica, riconoscendo che uomini e donne sono persone con caratteristiche biologiche, sociali e culturali che influenzano profondamente il percorso oncologico.

Occorre dunque raccogliere e interpretare correttamente i dati, elaborare linee guida specifiche e inclusive, comunicare con linguaggi sensibili alle differenze e garantire un accesso equo ai percorsi diagnostici e terapeutici, migliorando globalmente la qualità delle cure. In oncologia, il tempo e la qualità di vita non sono soltanto parametri clinici da monitorare, ma costituiscono le risorse più preziose che medici e pazienti condividono lungo il percorso di cura.

In tale cornice, l'approccio di genere rappresenta una responsabilità imprescindibile per chi si occupa di oncologia, un criterio guida che orienta verso una cura più completa, personalizzata ed efficace.

### CAPITOLO 6

## Seconda parte. Farmacologia di genere

### Gender bias nella ricerca preclinica e clinica: a che punto siamo

di **KATIA VARANI**

*Dipartimento di Medicina Traslazionale e per la Romagna, Università di Ferrara; Facoltà di Medicina, Farmacia e Prevenzione, Università di Ferrara; Centro Strategico Universitario di Studi sulla Medicina di Genere, Università di Ferrara;*

**CHIARA CONTRI**

*Dipartimento di Medicina Traslazionale e per la Romagna, Università di Ferrara.*

Lo studio delle differenze di genere nella ricerca preclinica e clinica in ambito farmacologico costituisce un aspetto rilevante nella definizione delle terapie. Infatti, le donne presentano una maggiore aspettativa di vita rispetto agli uomini, ma al contempo vanno incontro più frequentemente a condizioni patologiche, fanno un uso più intensivo dei servizi sanitari e, per la maggior parte della loro vita, anche un uso maggiore di farmaci. Ancora oggi gran parte degli studi sperimentali viene condotta prevalentemente su soggetti di sesso maschile, trascurando le differenze farmacologiche legate al genere. Tradizionalmente, il soggetto di riferimento nei protocolli sperimentali è rappresentato da un individuo maschile, di razza caucasica e in buono stato di salute. Tale approccio può portare a risultati fuorvianti, causando errori nei dosaggi e un aumento del rischio di effetti avversi nelle donne e compromettendo l'accuratezza dei dati di sicurezza ed efficacia nelle pazienti di sesso femminile.

Per garantire risultati più realistici e applicabili, l'arruolamento femminile dovrebbe essere incentivato in tutte le fasi della sperimentazione clinica, con una raccolta e analisi dei dati stratificata per genere e fascia d'età. Promuovere la ricerca sulle differenze di genere nella fisiopatologia e nella risposta ai trattamenti rappresenta un passo essenziale verso una medicina più equa ed efficace. In tal senso, risulta strategico lo sviluppo di una rete collaborativa tra centri di ricerca, università e industrie farmaceutiche per migliorare la qualità e la gestione della sperimentazione preclinica e clinica dei farmaci. Per la farmacologia di genere, acquisisce particolare rilievo la raccolta sistematica di dati farmacocinetici e farmacodinamici riferiti al sesso femminile, l'analisi delle interazioni tra farmaci e terapie ormonali, nonché lo studio delle risposte farmacologiche nelle diverse fasi della vita riproduttiva. Infine, è fondamentale investire

**SPECIALE  
RAPPORTO  
ONDA**

“  
L'oncologia di genere non deve rimanere un approccio teorico, ma rappresenta una necessità clinica ed etica.



## SPECIALE LIBRO BIANCO ONDA OSSERVATORIO NAZIONALE SULLA SALUTE DELLA DONNA E DI GENERE



nella formazione e nella divulgazione delle conoscenze sulle differenze di genere in ambito sanitario, promuovendo l'insegnamento della medicina e della farmacologia di genere nei corsi universitari e favorendo iniziative per sensibilizzare la popolazione e i professionisti della salute.

La piena considerazione delle differenze di genere consente di migliorare l'appropriatezza terapeutica e di promuovere una cura farmacologica equa, efficace e centrata sulla persona.

mostrato incapace di prevedere e prevenire reazioni avverse ai farmaci specifiche per sesso e genere. È urgente un cambiamento di rotta sia nella ricerca preclinica e clinica, sia nella gestione della pratica clinica.

Il superamento di queste lacune richiede, pertanto, un approccio proattivo e multidisciplinare. Solo studiando, riconoscendo e affrontando le differenze possiamo aspirare a una medicina veramente personalizzata, equa e sicura per tutti i pazienti.



## CAPITOLO 7

## Evidenze sulle classi di farmaci "gender sensitive": la necessità di un cambio di rotta nella ricerca

di **LUIGIA TRABACE**

*Coordinatrice GdL Farmacologia e Tossicologia, Società Italiana di Farmacologia; Professoressa Ordinaria di Farmacologia, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Foggia.*

Negli anni, la ricerca farmacologica ha impiegato il modello biologico maschile come standard di riferimento universale. Ciò ha causato una lacuna di informazioni indispensabili per garantire la salute e il trattamento farmacologico più idoneo del mondo femminile. Tale metodologia sperimentale ha avuto rilevanti conseguenze cliniche, registrando nella popolazione femminile una maggiore incidenza di reazioni avverse ai farmaci, una minore efficacia di alcune terapie e una difficile identificazione di patologie specifiche. Tuttavia, bisogna sottolineare che il bias di genere può colpire anche gli uomini. In alcune patologie a netta prevalenza femminile, come depressione o osteoporosi, l'esclusione questa volta riguarda il mondo maschile, al quale la malattia non viene diagnosticata o diagnosticata in ritardo oppure non viene prescritto un trattamento adeguato.

Le differenze nella risposta ai farmaci tra uomini e donne sono basate su specifici meccanismi molecolari e cellulari. Anche quando la concentrazione plasmatica del farmaco è identica, le differenze di sesso a livello di recettori e meccanismi di trasduzione del segnale possono alterare l'effetto clinico.

Da un punto di vista immunologico, il sesso femminile presenta tipicamente una produzione di anticorpi più robusta, con una migliore risposta alle terapie vaccinali, ma è anche più suscettibile a patologie autoimmuni. Questa maggiore immunoreattività può influenzare la risposta a terapie immunomodulanti e alterare il rischio di reazioni infiammatorie e la comparsa di eventi avversi sesso-specifici.

Le evidenze scientifiche raccolte sulle differenze di sesso e genere nella risposta ai farmaci hanno reso obsoleto l'attuale approccio terapeutico. Il modello finora adottato si è di-

7

8

“

**Le differenze nella risposta ai farmaci tra uomini e donne sono basate su specifici meccanismi molecolari e cellulari.**

## CAPITOLO 8

## La Medicina di Genere: aspetti regolatori

di **PIERLUIGI RUSSO, FILOMENA FORTINGUERRA**

*Agenzia Italiana del Farmaco.*

Il capitolo descrive le attività intraprese dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), in collaborazione con istituzioni nazionali e organismi internazionali, per sviluppare linee di indirizzo, raccomandazioni e politiche sanitarie che considerino la variabile "genere" nella ricerca, nella sperimentazione, nella valutazione e regolamentazione dei farmaci.

Di seguito si riportano i temi a cui l'Agenzia dedica una specifica attenzione:

- Sensibilizzare l'industria farmaceutica all'adozione di modelli sperimentali (preclinici e clinici) volti a indagare le differenze di genere. La mancanza di dati adeguati sull'efficacia e la sicurezza dei farmaci nel genere femminile crea una disparità di trattamento e una potenziale discriminazione, poiché le donne di fatto non possono accedere a cure farmacologiche adeguatamente studiate per loro. L'AIFA promuove azioni di sensibilizzazione dei promotori delle sperimentazioni cliniche, richiedendo una adeguata rappresentatività della componente femminile in tutte le fasi dello sviluppo di un medicinale.
- Incoraggiare la raccolta e l'analisi dei dati generati dagli studi clinici stratificati per sesso. L'AIFA promuove l'adozione di protocolli di sperimentazione che prevedano la raccolta e l'analisi dei dati generati dagli studi clinici disaggregati per genere, coinvolgendo in particolare i Comitati Etici nelle fasi di verifica dell'arruolamento della componente femminile e dei protocolli di analisi dei dati.
- Finanziamento di progetti genere-specifici o con focus sul genere tramite i bandi di Ricerca Indipendente. L'AIFA finanzia bandi per sostenere progetti innovativi focalizzati sulle differenze biologiche, farmacologiche e cliniche tra uomini e donne nella risposta ai farmaci in specifici setting terapeutici, con l'obiettivo di colmare le lacune di conoscenza esistenti nella pratica clinica e migliorare la qualità e l'appropriatezza delle cure.

- Dati di farmaco-utilizzazione nella popolazione italiana stratificati per sesso. Le informazioni raccolte contribuiscono a mettere in evidenza le differenze nel consumo dei farmaci e a considerare in una prospettiva di genere anche eventuali note informative, interventi regolatori, linee guida cliniche e politiche sanitarie per una valutazione sempre più accurata e personalizzata dei trattamenti farmacologici.
- Studio di coorte sull'uso dei farmaci in gravidanza in Italia. Il primo studio condotto ha coinvolto otto regioni italiane, con l'obiettivo di analizzare la tendenza delle prescrizioni dei farmaci erogati a carico del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) nei mesi prima, durante e dopo la gravidanza, mettendo in evidenza i pattern prescrittivi, la variabilità interregionale ed eventuali differenze in specifiche sottopopolazioni. I dati così raccolti possono essere usati per modificare pratiche cliniche inappropriate e promuovere un utilizzo più consapevole delle terapie farmacologiche.

## CAPITOLO 9

## Farmacovigilanza: aspetti di genere

di **ANNALISA CAPUANO**

*Centro Regionale di Farmacovigilanza e Farmacoepidemiologia, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Napoli, 80138 Italia; Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Napoli, 80138 Italia.*

La Farmacovigilanza è una branca della farmacologia che si occupa di rilevare, conoscere e prevenire l'insorgenza di eventi avversi correlati all'utilizzo di un farmaco. Tale attività può essere di notevole rilevanza per evidenziare differenze di genere in termini di insorgenza di reazioni avverse a farmaci in entrambi i sessi/genere durante tutto l'iter di sviluppo di un farmaco.

Come visto nei capitoli precedenti, le donne sono state storicamente escluse o sottorappresentate negli studi clinici, portando, quindi, a una carenza di dati e informazioni sul corretto e appropriato utilizzo di farmaci in questa sottopopolazione.

## SPECIALE LIBRO BIANCO ONDA OSSERVATORIO NAZIONALE SULLA SALUTE DELLA DONNA E DI GENERE

Numerosi studi evidenziano che le donne manifestano reazioni avverse a farmaci (Adverse Drug Reaction, ADR) con maggiore frequenza rispetto agli uomini (con un rischio 1,5-1,7 volte superiore), mentre gli uomini presentano ADR più gravi o fatali. Le ADR non solo causano più frequentemente ospedalizzazioni nelle donne, ma portano anche a un'interruzione più precoce delle terapie, riducendo i benefici del trattamento.

Tuttavia, i sistemi di segnalazione delle ADR non sono ancora standardizzati a livello internazionale e spesso non raccolgono informazioni su sesso e genere, rendendo difficile una valutazione accurata delle differenze tra uomini e donne.

È, pertanto, necessario implementare sistemi che permettano la raccolta di dati specifici e l'analisi disaggregata per sesso e genere. Inoltre, è cruciale considerare l'interazione tra genere e altre variabili (età, comorbidità, fattori sociali), adottando un approccio integrato e multidimensionale.

La farmacovigilanza di genere è ancora agli albori e presenta numerosi gap conoscitivi e metodologici. Tuttavia, la medicina e la farmacologia di genere rappresentano un'evoluzione culturale e scientifica indispensabile per una sanità più equa, efficace e sostenibile. Se è difficile ottenere gli stessi risultati clinici per uomini e donne a causa delle differenze intrinseche, è invece realistico e auspicabile puntare a offrire a ciascun genere la terapia più appropriata, massimizzandone i benefici e riducendone i rischi.

9

SPECIALE  
RAPPORTO  
ONDA

## CAPITOLO 10

## Terza parte. Strumenti per il cambiamento: rete, ricerca, formazione e informazione

### Il ruolo degli IRCCS, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

di MARIALUISA APPETECCHIA

Direttrice UO Endocrinologia Oncologica, Istituto Nazionale Tumori Regina Elena – IFO IRCCS, Roma.

Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) sono Ospedali di eccellenza che svolgono attività di ricerca in campo biomedico e in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari ed effettuano prestazioni di ricovero e cura di alta specialità.

Nel 2018 il Ministero della Salute ha costituito il “Tavolo di lavoro per la redazione del Piano Nazionale per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere”, composto da Referenti per la Medicina di Genere degli

IRCCS, che ha partecipato alla stesura del “Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere”.

La Medicina di Genere si è rivelata centrale nell'ambito della pandemia da SARS-CoV-2, che ha manifestato una ampia suscettibilità alla dimensione del sesso, che ha riguardato, tra gli altri, la prevalenza, la severità e la mortalità.

In questo frangente i Referenti del Tavolo IRC-CS per la Medicina di Genere hanno ritenuto necessario elaborare un documento che potesse raccogliere, analizzare secondo criteri scientifici e organizzare le evidenze emerse sulla correlazione tra l'infezione da SARS-CoV-2 e il sesso.

L'ottica di genere si è confermata la lente attraverso cui osservare la dimensione di salute e di malattia delle persone, per garantire a tutte la piena appropriatezza degli interventi offerti dal SSN, nel rispetto delle differenze di sesso/genere rese note dalla letteratura scientifica.

Gli IRCCS hanno poi partecipato alle attività dei gruppi di lavoro dell'Osservatorio dedicato alla Medicina di Genere, istituito nel 2020. Da allora gli IRCCS, grazie all'impegno continuo dei/delle loro Referenti per la Medicina di Genere, hanno prodotto documenti scientifici e pubblicazioni a livello nazionale e internazionale, hanno realizzato eventi formativi e informativi su vari temi di Medicina di Genere, hanno lavorato per sviluppare una rete dinamica e sinergica, composta da tutti gli IRCCS disseminati nel territorio nazionale, per mantenere alta l'attenzione sulla Medicina di Genere.

## CAPITOLO 11

### Il ruolo delle Società scientifiche

di CECILIA POLITI

Responsabile Area Medicina di Genere FADOI (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti).

Le Società Scientifiche, per la loro autorevolezza, per la capacità di aggregare i professionisti e di influenzare le politiche sanitarie, sono attori fondamentali per rendere incisiva e diffusa la Medicina di Genere. Hanno, quindi, un ruolo cruciale nel promuovere la cultura della differenza di genere in medicina e farmacologia, orientando ricerca, formazione e pratica clinica verso un approccio più equo e personalizzato.

In Italia, numerose Società hanno istituito specifici gruppi di lavoro per la Medicina di Genere, facilitando la discussione di buone pratiche e la produzione di documenti scientifici orientati al superamento di bias diagnostici e terapeutici. Inoltre, hanno prodotto una serie di documenti e attività di formazione volte a rendere uniforme l'inserimento della Medicina di Genere nei percorsi formativi universitari e professionali post-laurea. Tuttavia, affinché queste azioni si traducano in

un cambiamento strutturale, è necessario un impegno coordinato, sostenuto da un approccio sistemico e da investimenti concreti. La Medicina di Genere non può essere considerata una specializzazione, ma un paradigma trasversale che coinvolge tutte le discipline. Le Società Scientifiche, con la loro autorevolezza e competenza, sono chiamate a essere protagoniste di questa evoluzione, volta a garantire una sanità più giusta, efficace e centrata sulla persona.

## CAPITOLO 12

### L'industria farmaceutica in Italia: l'impegno scientifico e gli investimenti per l'approccio genere-specifico

di ENRICA GIORGETTI

Direttore Generale, Farminindustria.

L'approccio genere-specifico è oggi un imperativo etico e scientifico riconosciuto a livello internazionale. Le differenze tra uomini e donne non riguardano solo la sfera riproduttiva ma anche aspetti biologici, clinici, farmacologici e sociali, influenzando la suscettibilità alle patologie e la risposta ai trattamenti. In questo contesto l'industria farmaceutica assume un ruolo centrale, impegnandosi a colmare il divario di genere nella salute, promuovendo la Medicina di Genere, la formazione dei professionisti sanitari, con iniziative di sensibilizzazione e politiche interne di inclusione e parità. L'impegno dell'industria farmaceutica per la salute della donna si manifesta in una pluralità di ambiti che vanno dalla ricerca, alla produzione, alla digitalizzazione dei percorsi di cura, alle politiche di assunzione e sviluppo professionale, fino ai programmi di welfare aziendale, che pongono un'attenzione particolare alla conciliazione vita-lavoro. Investire nella salute delle donne significa ridurre il carico di malattia cronica e disabilità, migliorando la qualità della vita e promuovendo una maggiore partecipazione sociale ed economica. L'approccio genere-specifico alla salute rappresenta una sfida strategica e un'opportunità irrinunciabile per l'intero sistema salute, e l'industria farmaceutica vuole essere protagonista attiva di questa trasformazione.

“

Investire nella salute delle donne significa ridurre il carico di malattia cronica e disabilità.

11



## CAPITOLO 13

## Formazione e aggiornamento dei professionisti: attuazione del Piano Nazionale e modelli di buona pratica

di TERESITA MAZZEI

Professoressa Ordinaria di Farmacologia f.r. Università di Firenze; già Coordinatrice della Commissione di Medicina di Genere FNOMCeO; già membro dell'Osservatorio Nazionale sulla Medicina di Genere presso l'Istituto Superiore di Sanità-Gruppo Formazione.

Il "Piano Formativo Nazionale per la Medicina di Genere" approvato e firmato nel marzo 2023 congiuntamente dal Ministero della Salute e da quello dell'Università e della Ricerca in attuazione dell'articolo 3, comma 4, della Legge 11 gennaio 2018 n. 3, sottolinea la necessità che la Medicina di Genere (MdG) entri a far parte come disciplina trasversale dei percorsi formativi pre e post-laurea dei professionisti sanitari.

Il Piano si articola in tre sezioni: la prima vede un inquadramento generale della MdG e ne illustra le principali tematiche e definizioni insieme ai riferimenti normativi e istituzionali nazionali e internazionali. La seconda sezione costituisce il nucleo fondamentale del Piano stesso: definisce gli obiettivi generali del processo formativo, i suoi ambiti di applicazione, i soggetti coinvolti, le modalità di attuazione e i contenuti.

La terza sezione definisce i tempi e metodi di verifica dell'applicazione del Piano stesso insieme all'elenco degli organi istituzionali che si occuperanno del monitoraggio.

Il capitolo presenta poi sinteticamente i contenuti del Piano, mettendo in evidenza, oltre ai soggetti e alle aree fondamentali del processo formativo, la necessità di combinare la formazione trasversale con approfondimenti specifici: la consapevolezza delle differenze di sesso e genere dovrà integrarsi alle conoscenze specialistiche maggiormente richieste a ciascun professionista in considerazione del proprio ruolo e mansione.

In conclusione, si ricorda che il Piano ha il compito di definire regole e modalità didattiche in una comunità scientifica sanitaria già consapevole e convinta della necessità dell'inserimento delle tematiche di MdG nella formazione e nell'aggiornamento professionale di tutti gli operatori della salute, per migliorare e rendere più equa ed efficace la pratica clinica.

## L'impegno delle reti regionali: risultati raggiunti e nuovi obiettivi. Esperienze a confronto

## CAPITOLO 14

## Lombardia

di FRANCA DI NUOVO

Referente Medicina di Genere regione Lombardia; Componente Osservatorio Nazionale Medicina di Genere, Direttore dipartimento di prevenzione ASST Rhodense, Garbagnate Milanese, Milano;

MONICA ONORATI

Dirigente medico, responsabile di Struttura Semplice, Componente del Centro di ricerca di Medicina di Genere della ASST Rhodense, Garbagnate Milanese, Milano.

Le reti regionali in ambito sanitario giocano un ruolo cruciale nell'implementazione, nella diffusione e nella declinazione operativa della Medicina di Genere (MdG). Fin dal 2014, in Lombardia è stato istituito un Gruppo di Approfondimento Tecnico-Scientifico (GAT), composto da esperti del settore e coordinato da una referente regionale, con l'obiettivo di promuovere l'approccio di genere nelle strutture sociosanitarie territoriali lombarde e la diffusione della cultura sanitaria in ottica di genere. Il gruppo di esperti del GAT si occupa anche di fornire supporto tecnico-scientifico a tutti i componenti della rete regionale della MdG.

La Rete Lombarda della MdG ha potenziato la creazione di percorsi diagnostico-terapeutici (PDTA) differenziati per genere e di linee guida regionali. Inoltre, ha sostenuto azioni di miglioramento, attività formative e informative diffuse rivolte alla cittadinanza. Particolare spazio è stato dedicato alla collaborazione con gli enti del terzo settore, con le università, con gli ordini dei medici di medicina generale e con gli ordini delle professioni non sanitarie, con i giornalisti e con le istituzioni scolastiche. In Lombardia, la MdG è diventata prassi consolidata, integrata nelle dinamiche cliniche, formative e organizzative grazie alla costruzione di una rete regionale forte, articolata e partecipata. L'attivazione di gruppi tecnico-scientifici, la nomina di referenti nelle strutture sanitarie, e l'adozione di delibere mirate illustrano l'impegno della Regione nell'integrare la prospettiva di genere.

L'IA rappresenta una frontiera strategica, che potrà dare impulso a una sanità più personalizzata e inclusiva, a condizione che i dati siano disaggregati con attenzione alla diversità biologica e culturale. Solo così l'IA potrà contribuire a diagnosticare meglio, trattare in modo equo e superare bias storici che penalizzano le donne. Per garantire una promozione continua e costante della cultura della gender medicine sarà poi necessario attivare nuovi strumenti di cooperazione, mediante la sottoscrizione di protocolli di intesa e di collaborazione interregionali finalizzati alla ideazione di obiettivi e metodi di lavoro condivisi.

## Toscana

di MOJGAN AZADEGAN

Responsabile Centro di Coordinamento Regionale Salute Medicina di Genere - Regione Toscana. Referente Medicina di Genere Regione Toscana presso l'Osservatorio Nazionale Medicina di Genere dell'Istituto Superiore di Sanità;

MICHELA MAIELLI

Responsabile di settore assistenza ospedaliera, qualità e reti cliniche Regione Toscana - Direzione Sanità, welfare e coesione sociale.

La Regione Toscana è stata la prima Regione a inserire nel suo Piano socio-sanitario l'elemento di "genere". Da oltre dieci anni, il Centro di coordinamento Regionale Salute e Medicina di Genere (SMdG) rappresenta una eccellenza a livello nazionale con la volontà di diffondere e applicare la Medicina di Genere (MdG) nel Servizio Sanitario Regionale con un modello organizzativo "a rete".

L'obiettivo principale è 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.

Tra gli altri obiettivi del Centro si menzionano l'incremento del numero di PDTA implementati in un'ottica di genere, la promozione dei percorsi assistenziali integrati di cure, l'implementazione della MdG come area prioritaria nell'ambito dei bandi di ricerca, lo sviluppo di soluzioni innovative di accesso ai servizi sulla base del genere.

Il Centro SMdG ha sviluppato la formazione in tema di Medicina di Genere su tre livelli e, attraverso i coordinamenti aziendali di SMdG, ha organizzato (a) corsi di base trasversali rivolti a tutti i profili sanitari, (b) corsi specifici di settore e (c) corsi sulle tematiche emergenti. La collaborazione con altri soggetti a livello regionale e nazionale per la promozione e lo sviluppo della SMdG è uno degli obiettivi del Centro di Coordinamento. In quest'ottica, la realizzazione di una rete a livello aziendale e interaziendale con i referenti regionali ha permesso uno scambio proficuo di esperienze e conoscenze.

In conclusione, le sfide del futuro nell'ambito di Salute e Medicina di Genere dovrebbero prevedere una maggiore collaborazione con i Medici di Medicina Generale (MMG) e le pro-

fessioni sanitarie, attraverso una sensibilizzazione e formazione capillare a livello ordinistico. Si rende necessario implementare le collaborazioni a livello nazionale e inter-regionale per fortificare la rete nazionale dei referenti regionali della Medicina di Genere.

## Abruzzo

di LIA GINALDI

Referente Medicina di Genere Regione Abruzzo; Università L'Aquila, Allergologia e Immunologia ASL Teramo;

ERNESTO AITELLA

Specialista Ambulatoriale, Dip. Medicina Territoriale ASL Teramo; Dip. MeSVA Università L'Aquila;

MASSIMO DE MARTINIS

Componente Tavolo Tecnico Medicina di Genere Regione Abruzzo; Università L'Aquila, Lungodegenza ASL Teramo.

La Regione Abruzzo ha sviluppato un percorso strutturato per integrare i principi della Medicina di Genere (MdG) all'interno del Sistema Sanitario Regionale (SSR), formalizzando questo impegno strategico con l'adozione del Piano Regionale per la MdG (PR-MdG).

Il PR-MdG ha programmato due azioni prioritarie: orientare secondo la MdG le scelte e le direttive regionali in campo sanitario e definire linee di indirizzo e obiettivi strategici gender oriented per le Direzioni Generali delle ASL.

Un traguardo significativo è stato l'inserimento di criteri di valutazione di genere nei percorsi assistenziali integrati per le malattie croniche non trasmissibili a più alta prevalenza. Oltre il 60% dei PDTA è stato aggiornato in ottica di genere e altri sono in via di revisione per includere strategie mirate di follow-up, indicatori di outcome disaggregati, raccomandazioni specifiche su dosaggi e monitoraggio di eventi avversi.

La creazione della Rete per la MdG sul territorio regionale ha permesso di coordinare le azioni tra Assessorato alla Sanità, ASL, Università, Società Scientifiche e Ordini Professionali, favorendo lo scambio di buone pratiche e la definizione di linee guida regionali.

Obiettivo strategico è stato implementare le sinergie tra SSR e Atenei abruzzesi per costruire salute e benessere sociale nel territorio regionale, integrando le funzioni di prevenzione, diagnosi e cura con la formazione e la ricerca. La MdG è stata integrata nelle attività didattiche dei Corsi di Laurea di Medicina e Chirurgia e delle Professioni Sanitarie e nei percorsi formativi delle Scuole di Specializzazione.

In conclusione, promuovere la rete è fondamentale non solo per monitorare le attività regionali ma anche per assicurare omogeneità e continuità nei processi legati alla MdG su scala nazionale, supportare la condivisione delle migliori pratiche, ridurre le disuguaglianze tra le Regioni e stimolare ricerca, formazione e collaborazione interdisciplinare, potenziando la cultura della MdG a tutti i livelli del SSN.

“ Al tema della prevenzione si aggiunge quello della Medicina di Genere, un approccio che considera le specificità biologiche, delle differenze ambientali, socio-culturali ed economiche del singolo soggetto.

SPECIALE  
RAPPORTO  
ONDA

# CONCLUSIONI

CAPITOLO 15

## Comunicazione e informazione oltre gli stereotipi di genere

di CHIARA BIDOLI

Giornalista Scientifica.

15

Il capitolo traccia una panoramica delle modalità e degli obiettivi della comunicazione in ambito di salute, evidenziando gli ambiti dove è maggiormente necessario intervenire affinché questa sia efficace e superi pregiudizi e stereotipi di genere.

Il primo ambito esaminato è quello della prevenzione, in cui occorre agire a livello culturale perché siano adottati quotidianamente stili di vita salutari, siano considerati pratica abituale gli screening e, soprattutto, siano coinvolti efficacemente i giovani. Al tema della prevenzione si aggiunge quello della Medicina di Genere, un approccio che considera le specificità biologiche, delle differenze ambientali, socio-culturali ed economiche del singolo soggetto. Oltre a riconoscere queste specificità è urgente indagarne i meccanismi e le cause, inserendole in un ambito più ampio di dibattito sulla parità di genere. Viene ricordato che per garantire una comunicazione efficace occorre un approccio integrato che coinvolga in modo proattivo tutta la comunità e si basi su reali necessità e concreti bisogni informativi. Solo così, con competenze rafforzate da evidenze, con informazioni che rispondono ai reali bisogni della popolazione, è possibile contrastare le fake news.

Bisogna inoltre modulare modi e strumenti in base al target di riferimento e mantenere un approccio flessibile che permetta di utilizzare più mezzi per veicolare lo stesso messaggio.

A queste indicazioni si aggiungono le linee guida fornite dall'OMS, secondo le quali una comunicazione sanitaria efficace deve rispettare sei principi chiave:

- ampia accessibilità, indipendentemente dal livello di istruzione;
- semplicità del messaggio, che dev'essere possibilmente anche visivo;
- credibilità, sostenuta dall'autorevolezza dei relatori e dal contenuto scientifico;
- rilevanza del messaggio per il target a cui è riferito, i messaggi devono essere percepiti dal destinatario come utili;
- puntualità, il messaggio deve arrivare al “momento giusto”;
- attuabilità, l'informazione deve contenere una “call to action” che favorisca il cambiamento. In conclusione viene brevemente illustrata la “medicina narrativa” e le sue potenzialità di trasmettere, attraverso una storia raccontata in modo autentico, sia informazioni scientifiche valide sia una spinta emotiva che facilita il cambiamento.

## Medicina e Farmacologia di genere, l'urgenza della sfida dell'equità

di ALESSANDRO NANNI COSTA

Comitato Nazionale per la Bioetica.

Nonostante un consenso quasi generale sul piano culturale e di evidenza sul piano scientifico, il cambiamento di prospettiva e l'applicazione ad ogni livello della Medicina di Genere mostrano un percorso lento, faticoso, chiaro nella direzione, ma limitato nella concretezza. Se la Medicina di Genere non viene sufficientemente rappresentata e, in particolare, il genere femminile, pur costituendo la maggioranza dei professionisti sanitari, è sottorappresentato nella ricerca e nei ruoli decisionali, allora le priorità di studio e l'interpretazione dei dati rischiano di ignorare differenze importanti. La carenza di prospettive diverse può a sua volta perpetuare bias diagnostici, terapie non ottimali e linee guida che non contemplano diversità di sesso/genere.

Le possibili soluzioni appaiono complesse, ma è possibile individuare alcuni capisaldi da applicare a livello di ricerca, clinico, istituzionale e organizzativo, normativo e di finanziamento. Ne riportiamo di seguito alcuni:

- richiedere la disaggregazione obbligatoria dei dati per sesso e, quando possibile, per genere;
- rendere obbligatorio l'aggiornamento dei protocolli diagnostici per ridurre i bias;
- realizzare programmi di mentoring e sponsorship per donne e gruppi sottorappresentati;
- condizionare parte dei finanziamenti pubblici alla qualità della proposta in termini di integrazione di sesso/genere.

Non va inoltre dimenticata la misurazione dei progressi attraverso indicatori chiave come la percentuale di donne in ruoli dirigenziali, la disaggregazione dei dati in pubblicazioni, l'equità salariale, la rappresentanza femminile negli studi clinici.

La medicina di genere potrebbe essere una leva strategica per migliorare la qualità, l'equità e l'efficacia delle cure. Servono un approccio integrato tra politiche, formazione, cultura e risorse per rimuovere le barriere e portare la prospettiva di genere in ogni fase della medicina.

Ciò implica un'innovazione quotidiana e di prospettiva di forte cambiamento, che un sistema complesso e variegato come il SSN non accetta spontaneamente, e che va agita e sostenuta concretamente.

## I NUOVI ORGANIGRAMMI

# Si rinnovano le cariche della ginecologia italiana, Elsa Viora alla guida della Sigo

Vito Trojano assume la Presidenza della Federazione Sigo Ricerca e Comunicazione e Rossella Nappi passa il testimone dell'Agui a Luigi Nappi che guiderà anche la Sigo per il biennio 2028–2029. Riconfermati Antonio Chiantera e Valeria Dubini rispettivamente al timone dell'Aogoi e di Agite

### SI APRE UN NUOVO CAPITOLO PER LA GINECOLOGIA

e l'ostetricia italiane. Al termine del Congresso Nazionale della Sigo – Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia a Bari, si è infatti rinnovata la governance della principale società scientifica di riferimento per la salute della donna: Elsa Viora è la nuova presidente della Sigo, chiamata a guidare la Società in una fase cruciale per l'evoluzione clinica, scientifica e organizzativa della disciplina.

Accanto al passaggio di testimone alla Presidenza Sigo, il Congresso ha segnato anche un nuovo riassetto. Il past president Vito Trojano assume infatti la guida della Federazione Sigo Ricerca e Comunicazione, un incarico strategico volto a rafforzare il dialogo scientifico, istituzionale e pubblico della Federazione e a valorizzare la produzione scientifica e la capacità progettuale della Sigo e delle società federate Aogoi, Agui e Agite.

Nel corso dell'assemblea è stato inoltre eletto Luigi Nappi, neo presidente Agui, come presidente Sigo per il biennio 2028–2029 che conferma una “programmazione lungimirante e una chiara continuità di visione, orientata allo sviluppo futuro della disciplina”.

Riconfermati alla Guida dell'Aogoi Antonio Chiantera e dell'Agite Valeria Dubini.



### LE CARICHE SIGO

#### CONSIGLIO DIRETTIVO

PRESIDENTE • Elsa Viora

PAST PRESIDENT • Vito Trojano

PRESIDENTE ELETTO • Luigi Nappi

VICE PRESIDENTE • Sergio Schettini

TESORIERE • Silvia Von Wunster

SEGRETARIO • Enrico Vizza

#### CONSIGLIERI

Mario Vicino

Ciro Sommella

Lorenza Driul

Giampiero Capobianco

#### COLLEGIO DEI PROBIVIRI

Luciano Pino

Mauro Costa

Daniela Surico

Massimo Abbondanza

#### REVISORI DEI CONTI

Sonia Baldi

Antonella Cromi

Pietro Granata (*Supplente*)

#### COMITATO ETICO

PRESIDENTE • Giuseppe Damato

CONSIGLIERI • Roberto Jura, Benedetto Fucci, Emilio Stola, Maria Rosa Giangrande, Roberto Angioli

#### COMITATO SCIENTIFICO

PRESIDENTE • Irene Cetin

CONSIGLIERI • Bianca Maturzio, Francesco Raspagliesi, Anna Fagotti, Bianca Dimaio, Gennaro Cormio

#### COLLEGIO PRESIDENTI EMERITI

Nicola Colacurci

Antonio Chiantera

Paolo Scollo

Nicola Surico



| LE CARICHE AOGOI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | LE CARICHE AGITE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | LE CARICHE AGUI                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>CONSIGLIO DIRETTIVO</p> <p>PRESIDENTE • Prof. Chiantera Antonio</p> <p>PAST PRESIDENTE • Dr.ssa Viora Elsa</p> <p>VICE PRESIDENTE • Dott. Jorizzo Gianfranco</p> <p>VICE PRESIDENTE • Dott. Carlo Maria Stigliano</p> <p>SEGRETARIO NAZIONALE • Dott. Silvestri Maurizio</p> <p>VICE SEGRETARIO NAZIONALE • Dr.ssa Tronci Caterina</p> <p>TESORIERE • Dott. Morgera Riccardo</p> | <p>CONSIGLIO DI PRESIDENZA</p> <p>PRESIDENTE • Valeria Dubini</p> <p>VICE PRESIDENTE (<i>Delega comunicazione</i>)</p> <p>• Daniela Anzelmo</p> <p>SEGRETARIA NAZIONALE (<i>Referente editoriale sito web</i>) • Barbara Del Bravo</p> <p>TESORIERE • Maria Rita Corina</p> <p>CONSULENTE PRESIDENZA (<i>Rapporti istituzionali e politiche societarie</i>) • Vito Trojano</p> <p>CONSIGLIERE (<i>Pari opportunità e politiche di genere</i>) • Maria Gabriella De Silvio</p> <p>CONSIGLIERE (<i>Coordinatore Centro Italia</i>)</p> <p>• Giovanni Fattorini</p> <p>CONSIGLIERE (<i>Coordinatore Nord Italia</i>)</p> <p>• Maurizio Orlandella</p> <p>CONSIGLIERE (<i>Coordinatore Sud e Isole</i>)</p> <p>• Annunziata Marra</p> <p>CONSIGLIERE (<i>Coordinamento scientifico</i>)</p> <p>• Marina Toschi</p> <p>CONSIGLIERE (<i>Coordinamento regionale e crowdfunding</i>) • Mario Passaro</p> <p>CONSIGLIERE (<i>Rapporti Fesmed e percorsi TOT</i>)</p> <p>• Sonia Baldi</p> | <p>CONSIGLIO DIRETTIVO</p> <p>PRESIDENTE • Luigi Nappi</p> <p>PRESIDENTE ELETTO • Stefano Angioni</p> <p>PAST PRESIDENT • Rossella Nappi</p> |
| <p>CONSIGLIERI</p> <p>Dott. Cavallo Giovanni</p> <p>Dr.ssa Coccollone Eleonora</p> <p>Dott. Quintarelli Gianfranco</p> <p>Dott. Trojano Giuseppe</p>                                                                                                                                                                                                                                | <p>COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI</p> <p>Massimo Abbondanza</p> <p>Cristina Conti</p> <p>Paolo Cristiani</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>CONSIGLIERI:</p> <p>Alessandra Andrisani</p> <p>Francesco Fanfani</p> <p>Stefano Luisi</p> <p>Maddalena Morlando</p>                      |
| <p>UFFICIO LEGALE E DELEGATI</p> <p>PRESIDENTE UFFICIO LEGALE • Prof. Parazzini Fabio</p> <p>MEMBRO COOPTATO • Dr.ssa Di Biase Sabina</p> <p>MEMBRO COOPTATO RAPPORTI POLITICI • On. Fucci Benedetto</p> <p>DELEGATO AOGOI IN AGITE • Prof. Trojano Vito</p> <p>DELEGATO AGITE IN AOGOI • Dr.ssa Dubini Valeria</p>                                                                 | <p>COLLEGIO DEI PROBIVIRI</p> <p>Daniela Fantini</p> <p>Salvatore D’Amanti</p> <p>Bianca Maria Di Maio</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>REFERENTE NAZIONALE AGIF (<i>Associazione Ginecologi Italiani in Formazione</i>)</p> <p>• Dario Colacurci</p>                             |
| <p>REVISORI DEI CONTI</p> <p>Dott. Bergamini Ezio</p> <p>Dott. Massacesi Mario</p> <p>Dr.ssa Pandolfo Maria Concetta</p>                                                                                                                                                                                                                                                            | <p>COORDINATORI REGIONALI</p> <p>COORDINATORE NORD • Maurizio Orlandella</p> <p>COORDINATORE CENTRO • Giovanni Fattorini</p> <p>COORDINATORE SUD E ISOLE • Annunziata Marra</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>PRESIDENTE DEL COLLEGIO DEI PROFESSORI ORDINARI DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA</p> <p>• Paolo Scollo</p>                                     |
| <p>PROBIVIRI</p> <p>Dott. Jura Roberto</p> <p>Prof. Maritati Vincenzo</p> <p>Dott. Stellin Giancarlo</p> <p>Dr.ssa Nocera Franca</p>                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                              |
| <p>COMITATO SCIENTIFICO</p> <p>Prof. Parazzini Fabio</p> <p>Dott. Schettini Sergio</p> <p>Prof.ssa Salerno Maria Giovanna</p>                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                              |
| <p>COMITATO ETICO</p> <p>Presidente Comitato Etico • Prof. Ragusa Franco Antonio</p> <p>Prof. Bonito Marco</p> <p>Dr.ssa Giornelli Roberta</p> <p>Avv. Laudadio Sabino</p> <p>Dr.ssa Nappo Lucia</p> <p>Dott. Tarsitano Pietro</p>                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                              |

## ABORTO SPONTANEO

# APOTYCHIAPHOBIA

## all'inizio della gravidanza

Riconoscere e contenere la paura di aborto spontaneo nella pratica ostetrica



CLAUDIO CRESCINI  
Presidente Fondazione  
Confalonieri Ragonese

**NELLA PRATICA CLINICA QUOTIDIANA** sempre più ostetriche e ostetrici incontrano donne che, pur in assenza di fattori di rischio, vivono l'inizio della gravidanza in uno stato di ansia persistente, centrato quasi esclusivamente sul timore di un aborto spontaneo.

Questa condizione, definita recentemente apotychiaphobia (termine proposto da Oshikanlu and Gbolade nel 2024), non rappresenta una categoria diagnostica formale, ma descrive efficacemente un vissuto emotivo ricorrente che merita attenzione.

Il 24° congresso organizzato dal British Journal of Midwifery nel marzo 2026 dedica un ampio spazio a questo tema oggi ritenuto un disturbo distinto dal generico stato d'ansia e quindi meritevole di una definizione specifica ed una particolare considerazione.

La percezione soggettiva del rischio di aborto e in generale di esiti negativi o complicanze da parte della donna gravida risulta spesso nettamente superiore alla probabilità reale. È ben noto che il cervello umano tende a sovrastimare gli eventi

rari ma emotivamente carichi (vedi per esempio la paura di viaggiare in aereo sebbene statisticamente sia il mezzo più sicuro in assoluto).

Questo scollamento tra rischio reale e rischio percepito è attribuibile a diversi fattori:

- la medicalizzazione sempre più precoce della gravidanza, con test e valutazioni ecografiche anticipati
  - l'accesso continuo a informazioni non mediate o non contestualizzate (internet, social network, forum);
  - il contesto demografico e sociale di bassa natalità, in cui la gravidanza è frequentemente tardiva, programmata, unica e fortemente investita sul piano emotivo;
  - una narrazione culturale che tende a interpretare ogni esito negativo non come un normale evento della fisiologia riproduttiva (selezione naturale), ma come un fallimento personale.
- Non si tratta quindi di scarsa informazione clinica: spesso queste donne conoscono i dati, ma faticano a integrarli emotivamente. Il rischio, per l'operatore, è quello di rispondere esclusiva-

mente con ulteriori spiegazioni tecniche o con un eccesso di controlli, rinforzando involontariamente l'ansia.

### Come riconoscere l'apotychiaphobia nella pratica clinica

Alcuni segnali ricorrenti possono orientare il professionista:

- richieste ripetute di ecografie o controlli in assenza di indicazioni cliniche;
- difficoltà a tollerare l'attesa tra un controllo e l'altro;
- iperattenzione ai sintomi corporei (perdite, tensione mammaria, nausea);
- domande reiterate sulla "percentuale di rischio", anche dopo rassicurazioni;
- esitazione emotiva a "sentirsi incinta" o a investire affettivamente nella gravidanza.

Riconoscere precocemente questo pattern consente di intervenire non sul piano diagnostico, ma su quello relazionale e comunicativo.



“Contrastare l’apotychiaphobia significa non negare l’incertezza, non promettere garanzie, ma aiutare le donne a stare nell’incertezza senza esserne dominate.

## Come rapportarsi alla donna

### 1. Distinguere il rischio clinico dal vissuto emotivo

È fondamentale spiegare che la paura non equivale a un aumento del rischio reale ma validare l’emozione (“capisco che questa fase possa generare molta ansia”) senza medicalizzarla aiuta a ridurre il senso di pericolo e lo stato d’ansia.

### 2. Usare i numeri come strumento, non come difesa

- Le percentuali andrebbero riferite in modo prospettico e dinamico, evitando formule vaghe.

Fraasi come: “In questa fase, la probabilità che la gravidanza prosegua è superiore al 90% e aumenta settimana dopo settimana” sono più efficaci di un generico “il rischio esiste ma è basso”. Se sono richiesti dati più precisi è bene ricordare alla donna che considerando tutte le gravidanze concepite, circa il 15–20% termina con un aborto spontaneo con valori proporzionali all’età.

Segnalare che la maggioranza degli aborti avviene prima che la gravidanza venga riconosciuta clinicamente (aborti preclinici) mentre considerando le gravidanze riconosciute (test di gravidanza positivo), il rischio medio, variabile in base all’età materna, è del 10–12% nel primo trimestre ed inferiore all’1% dopo la 12 settimana.

Talvolta potrebbe essere necessario informare la donna che l’aborto spontaneo precoce è un evento frequente nella storia riproduttiva umana, che nella maggioranza dei casi non è prevenibile e non è correlato a comportamenti errati della donna e soprattutto che un aborto spontaneo non compromette il futuro riproduttivo.

**3. Evitare l’ipercontrollo medico rassicurativo** Ecografie o esami ripetuti “per tranquillizzare” possono avere un effetto paradosso: spostano l’attenzione sul controllo strumentale (ultrasuoni) e confermano implicitamente l’idea che la gravidanza sia fragile e costantemente a rischio. Quando è clinicamente appropriato e comprensibile è meglio spiegare che l’attesa è parte integrante della cura.

### 4. Restituire fiducia nella fisiologia

Accompagnare la donna a riconoscere i segnali normali dell’inizio di gravidanza e a tollerare una quota di incertezza è un obiettivo ostetrico, non solo psicologico.

La fiducia nel corpo non nasce dall’assenza di rischio, ma dalla comprensione della fisiologia.

## Quando e come proporre un supporto psicologico

In alcune situazioni l’ansia diventa pervasiva, interferendo con la qualità della vita ed il vissuto della gravidanza. In questi casi, proporre un supporto psicologico non significa patologizzare, ma offrire uno spazio di elaborazione. È utile presentarlo come “un aiuto per distinguere tra rischio reale e rischio percepito, e per vivere questa fase con maggiore serenità”.

## Il ruolo culturale dell’ostetrica e del ginecologo

Oltre alla dimensione clinica, l’ostetrica e il ginecologo e talvolta anche il medico di medicina generale svolgono oggi un ruolo cruciale nel contrastare una narrazione culturale che tende a rappresentare la gravidanza come un percorso da sorvegliare più che da percorrere con gioia e serenità. Contrastare l’apotychiaphobia significa non negare l’incertezza, non promettere garanzie, ma aiutare le donne a stare nell’incertezza senza esserne dominate.

## Messaggio chiave per la pratica

L’aborto spontaneo precoce è una possibilità biologica nota e studiata, la paura di abortire spontaneamente, invece, è sempre più spesso un prodotto del contesto culturale e comunicativo.

Una presa in carico ostetrica competente integra conoscenza scientifica, capacità comunicativa e attenzione al vissuto emotivo, aiutando la donna a trasformare l’inizio della gravidanza “da tempo di minaccia a tempo di fiducia vigilante”.

### Bibliografia

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Early Pregnancy Loss. Practice Bulletin No. 200. Obstetrics & Gynecology, 2018.
2. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) The Management of Early Pregnancy Loss. Green-top Guideline No. 25, 2016 (agg. successivi).
3. Nybo Andersen AM, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J, Melbye M. Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. BMJ, 2000; 320: 1708–1712.
4. Wilcox AJ, Weinberg CR, O’Connor JF et al. Incidence of early loss of pregnancy. New England Journal of Medicine, 1988; 319: 189–194.
5. Côté-Arsenault D, Donato KL. Emotional cushioning in pregnancy after perinatal loss. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 2011.
6. Bayrampour H, Ali E, McNeil DA, Benzie K, MacQueen G, Tough S. mPregnancy-related anxiety: a concept analysis. International Journal of Nursing Studies, 2016; 55: 115–130.
7. Fairbrother N, Janssen P, Antony MM, Tucker E, Young AH. Perinatal anxiety disorder prevalence and incidence. Journal of Affective Disorders, 2016; 200: 148–155.
8. Green JM, Baston HA. Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. Birth, 2003.
9. Gigerenzer G. Risk Savvy: How to Make Good Decisions. Viking, 2014.
10. Han PKJ, Klein WMP, Arora NK. Varieties of uncertainty in health care: a conceptual taxonomy. Medical Decision Making, 2011.
11. Sigo – Aogoi – Agui Raccomandazioni di buona pratica clinica sulla gravidanza fisiologica. Fondazione Confalonieri Ragonese.

## DONNE E ALCOL



# Alcuni aspetti giuridici della fetopatia alcolica



**MAURIZIO SILVESTRI**  
Segretario Aogoi  
Responsabile Ssd  
Consultorio Spoleto  
Valnerina Asl Umbria 2



**EMILIA TORCHETTI**  
Coordinatrice ostetrica,  
psicologa psicoterapeuta  
- Consultorio Spoleto  
Valnerina Asl Umbria 2

**L'ALCOL PASSA FACILMENTE LA PLACENTA** e, dopo un'ora dall'assunzione materna, la sua concentrazione nel sangue fetale risulta simile a quella della madre che riesce ad eliminarlo attraverso il metabolismo epatico.

Il fegato fetale ancora immaturo e con carenza dell'enzima alcol deidrogenasi, ha una capacità limitata di metabolizzarlo e pertanto lo elimina attraverso il rene. Passa quindi nelle urine e viene rilasciato nel liquido amniotico. Il feto, ingerendo il liquido amniotico contenente alcol, lo riporta nella propria circolazione dove sarà presente anche quando non lo sarà più in quella materna.

Il cervello è l'organo più colpito, sia perché nel feto riceve la maggiore quantità di sangue (e di alcol se la gestante ne è consumatrice) sia perché continua il suo sviluppo durante tutta la gestazione. Ci sarà un danno diretto, dovuto alla neurotossicità dell'alcol e ad un danno epigenetico (metilazione Dna, modifiche agli istoni con un impatto esteso sul genoma) che si verifica già nelle prime settimane dal concepimento.

Si desume che lo 0,2% delle future mamme rientra in un profilo di bevitrice cronica, mentre il 6% rientra nelle bevitrice sociali che assumono alcol occasionalmente, (social drinkers - almeno 6 drinks nel fine settimana). Si ritiene che su sessantasette donne che hanno consumato alcol in gravidanza una partorerà neonato con sindrome feto alcolica (FAS). Il Italia ci sono ogni anno circa 2500 casi di FAS (il dato

sembra essere sottostimato), rappresentando la prima causa di disabilità intellettiva non genetica che interessa i bambini nei paesi ad alto tenore economico.

Questa disabilità è totalmente prevenibile, essendo sufficiente smettere di assumere alcol già dal momento che si programma una gravidanza. Si eviteranno così i possibili danni epigenetici che s'instaurano precocemente; prim'ancora che la donna ha effettuato il test di gravidanza.

Le complicanze sono molteplici: aumentata incidenza di aborto, di parto pretermine, di un particolare ritardo di crescita (< al 10° centile con testa piccola e addome quasi normale) e, soprattutto, disturbi dello sviluppo neurologico (ARND). Le conseguenze cliniche di questa **encefalopatia neonatale alcol correlata** sono variabili e in relazione alla: quantità di alcol assunto, durata della sua esposizione e soprattutto al periodo gestazionale nel quale questa esposizione avviene. Includono: anomalie morfologiche cerebrali e cranio facciali con microcefalia caratteristica, malformazioni anche cardiache, disturbi funzionali con crisi convulsive. I disturbi dello sviluppo neurologico potranno comprendere:

- deficit neurocomportamentali: disturbo da deficit di attenzione/iperattività,
- disturbi del neurosviluppo: disabilità intellettiva e ritardo mentale,
- deficit del linguaggio: difficoltà di espressione e di comprensione,
- ritardo dello sviluppo neuromotorio,

- quadri clinici dello spettro autistico.

La diagnosi differenziale con le altre encefalopatie neonatali risulta complicata, soprattutto con l'encefalopatia neonatale ipossico ischemica (EII). Alla noxa ipossico-ischemica un tempo erano attribuite tutte le encefalopatie neonatali.

Fra le tipologie di danno cerebrale da causa ipossico-ischemica si segnala quello neuronale parasagittale, conseguenza di insulti ipossico-ischemici di entità lieve-moderata ma prolungati nel tempo. A seguito della **vulnerabilità selettiva** del danno neuronale nella EII, la lesione inizia dalla corteccia parieto occipito temporale e prefrontale, deputate al controllo dell'astrazione del pensiero e della creatività. Le manifestazioni cliniche si evidenziano di solito in età scolare. Successivamente, al persistere dell'ipossia, il danno si estende al giro paraippocampale dell'ippocampo e del giro del cingolo. Queste sono deputate alle funzioni mnemoniche con manifestazioni cliniche che si manifesteranno a partire dai 3-4 anni. Al perdurare dell'ipossia il danno si estenderà alle aree del Broca e del Wernicke con le anomalie del linguaggio e manifestazioni cliniche evidenti a partire dai 1-2 anni. Infine, saranno interessate le aree corticali che controllano la motricità, dapprima a carico degli arti inferiori, dello sfintere vescicale e anale e successivamente degli arti superiori. L'ultima funzione compromessa nel danno neuronale parasagittale è la funzione opponente del pollice ed i

movimenti lingua. Descritto anche il disturbo dello spettro autistico.

L'encefalopatia neonatale alcol correlata ed il danno neuronale parasagittale dell'EEI presentano aspetti clinici simili. In presenza di disturbi del neurosviluppo con deficit di apprendimento e cognitivi potrebbe esserne ricercata la causa in un lieve ma persistente danno cerebrale ipossico-ischemico intrapartale.

Nel caso di apertura di un contenzioso la cardiocografia intrapartale, presente nella cartella clinica del parto, non sempre ci sarà di aiuto. Questo esame è poco sensibile, quindi gravato da falsi positivi. Inoltre si presta a differenze valutative ed infine l'interpretazione ex post risente della conoscenza dell'esito feto/neonatale e del bambino.

Per quanto sopra non sarà difficile trovare tratti di tracciato che potrebbero stimolare interpretazioni fantasiose su eventuale sofferenza ipossico-ischemica di modesta entità avvenuta in travaglio di parto e che avrebbe causato un danno neuronale parasagittale. I consulenti tecnici di parte potrebbero attribuire le conseguenze cliniche patite dal bambino ad un danno intrapartale, dando così la colpa ai professionisti che hanno assistito il parto. Poiché non esiste profilo neuro-comportamentale specifico oppure test genetici o biochimici che permettano di distinguere gli esiti dell'encefalopatia neonatale alcol correlata da quella di altra origine, la diagnosi differenziale si baserà sostanzialmente sul dato anamnestico dell'esposizione all'alcol in gravidanza, che non sarà facile da ottenere una volta aperto il contenzioso. Anche per il senso di colpa madre.

Sarà quindi importante seguire un counseling mirato all'eventuale consumo di alcol già durante il **primo colloquio** in gravidanza. In caso di positività si potrà avviare la gestante a percorsi di cura e segnalarne l'assunzione al futuro pediatra del bambino.

Sarà al tempo stesso utile lasciare traccia di questa assunzione nella cartella ambulatoriale e ripeterne la ricerca anamnestica durante la compilazione della cartella clinica al momento del ricovero per l'espletamento del parto.

### Counseling mirato alla ricerca del consumo di alcol in gravidanza

Utile che nell'ambulatorio vi siano poster e materiale informativo fornito da ISS su rischi dell'alcol in gravidanza.

#### Metodi e Strumenti per l'Anamnesi

L'indagine anamnestica può avvalersi di diverse modalità:

- **Colloquio Diretto:** L'operatore sanitario pone domande aperte e specifiche sulle abitudini di consumo di alcol della gestante, sia prima che durante la gravidanza. È importante esplorare: **Frequenza:** Quante volte a settimana/mese si consumano bevande alcoliche? **Quantità:** Quanti bicchieri/unità alcoliche si consumano in una settimana? **Tipo di bevanda:** Birra, vino, superalcolici. **Consumo pregravidico:** Si beveva prima di scoprire la gravidanza? (Molti danni possono verificarsi nelle prime settimane, quando la donna non sa ancora di essere in gravidanza). **Capacità di smettere:** Ci sono stati tentativi di ridurre o



smettere di bere durante la gravidanza?

- **Questionari Standardizzati:** Per facilitare e standardizzare lo screening, vengono utilizzati questionari validati che la paziente può compilare autonomamente o con l'aiuto del medico. Tra i più noti vi sono: **AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test):** Un test di autovalutazione rapido che indaga la quantità, la frequenza e i problemi correlati al consumo di alcol.



#### A.U.D.I.T.-C ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST

##### 1) Con quale frequenza consumi bevande alcoliche?

- mai (0 punti)
- meno di 1 volta/ 1 volta al mese (1 punto)
- 2-4 volte al mese (2 punti)
- 2-3 volte a settimana (3 punti)
- 4 o più volte a settimana (4 punti)

##### 2) Nel giorni in cui bevi, quante bevande alcoliche consumi in media?

- 1 o 2 (0 punti)
- 3 o 4 (1 punto)
- 5 o 6 (2 punti)
- 7 o 9 (3 punti)
- 10 o più (4 punti)

##### 3) Con quale frequenza ti è capitato di bere sei o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione?

- mai (0 punti)
- meno di 1 volta al mese (1 punto)
- 1 volta al mese (2 punti)
- 1 volta alla settimana (3 punti)
- ogni giorno o quasi (4 punti)

### Eventualmente fare compilare un diario alimentare

Importante è il cosiddetto **intervento breve**, fatto possibilmente dall'ostetrica, per individuare gestanti bevitrici.

Ha una durata di circa 10-15 minuti ed un modello ampiamente utilizzato è l'acronimo **F.R.A.M.E.S.** (Feedback, Responsibility, Advice, Menu of options, Empathy, Self-efficacy):

**Feedback** (Dare un riscontro): L'operatore sanitario fornisce alla paziente informazioni oggettive e personalizzate sui rischi legati al suo specifico livello di consumo di alcol e ai potenziali danni per il feto.

**Responsibility** (Sottolineare la responsabilità): si enfatizza che la decisione di cambiare comportamento (smettere di bere) spetta unicamente alla paziente. L'operatore offre supporto, ma la responsabilità dell'azione è della gestante.

**Advice** (Dare consigli chiari): si offre un consiglio chiaro, diretto e non ambiguo: "Il modo più sicuro per proteggere la salute del suo bambino è smettere completamente di bere alcolici durante tutta la gravidanza".

**Menu of options** (Proporre alternative/opzioni): l'operatore e la paziente esplorano insieme diverse strategie e opzioni pratiche per raggiungere l'astinenza. Ciò può includere: suggerimenti per evitare situazioni sociali che favoriscono il consumo, identificare bevande analcoliche sostitutive, discutere come gestire lo stress senza ricorrere all'alcol, orientamento verso centri di supporto o gruppi di auto-aiuto, se necessario.

**Empathy** (Usare empatia): l'approccio è empatico, di supporto e rispettoso. È fondamentale evitare giudizi morali o biasimo, che possono portare la paziente a negare o minimizzare il problema e a ritirarsi dalla cura.

**Self-efficacy** (Incrementare l'autoefficacia): si rafforza la fiducia della paziente nella sua capacità di smettere di bere. Si possono lodare i successi passati, anche minimi, e incoraggiarla a credere nel suo potere di fare la scelta giusta per sé e per il bambino.

L'intervento breve ha dimostrato un'efficacia nel ridurre ma anche eliminare il consumo di alcol in gravidanza. Spesso, sono necessari follow-up per monitorare i progressi e offrire supporto continuo

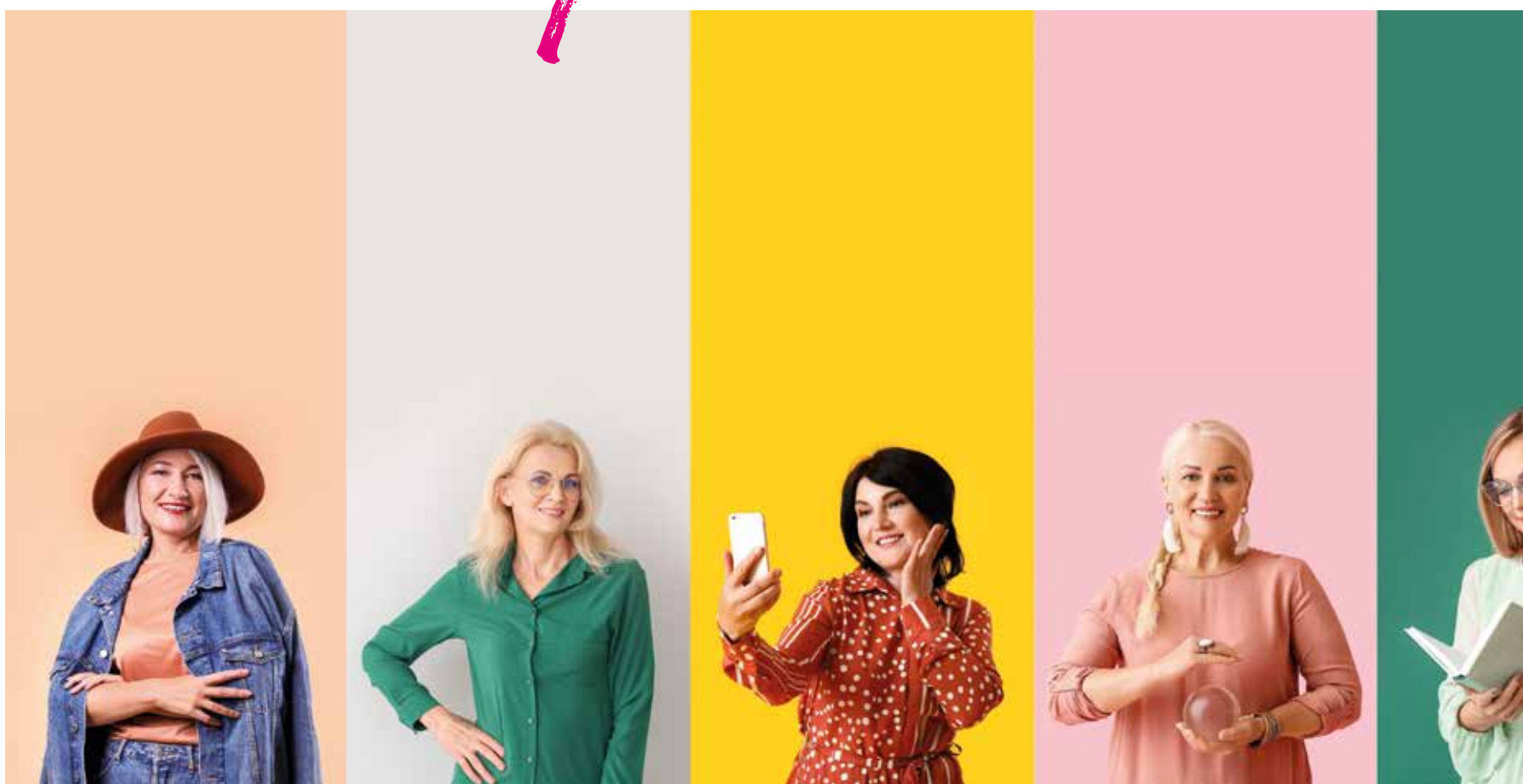
**Alcuni aspetti di diagnostica di laboratorio** per rilevare il consumo di alcol in gravidanza.

- Generici: MCV elevato, enzimi epatici elevati,
- Specifici **Etilglucuronide**. È un metabolita dell'alcol che può essere misurato nelle urine, nel sangue, nei capelli ed anche nel meconio. **Urine** tende a scomparire 4 giorni dopo l'assunzione pertanto dovrebbe essere dosato almeno 2 volte a settimana.

**Capelli** la loro analisi permette di ricostruire i consumi mensili di alcol durante la gravidanza. Poiché i capelli crescono di circa 1 cm al mese, 9 cm di capelli sono i cosiddetti capelli gestazionali che sono cresciuti durante tutta la gravidanza. Possono essere contaminati da shampoo o altre sostanze cosmetiche.

**Meconio** se contiene questo metabolita indica possibile l'esposizione prenatale.

# "SEMPRE PIÙ DONNE IN *menopausa...*"



**DAL RECENTE RAPPORTO ISTAT VIENE DIPINTO** un nuovo scenario demografico, che vede un aumento dell'aspettativa di vita anche per le donne, che quindi sopravvivono più anni dopo la menopausa e di cui la maggior parte vive di più nel periodo del climaterio e della post menopausa. Considerando che in questa fase la qualità della vita delle donne è fortemente condizionata da una serie di sintomi e disturbi conseguenti alla diminuzione progressiva degli estrogeni, diviene fondamentale il ruolo prima del medico di base e poi dello specialista ginecologo, nel fornire maggiori informazioni e supporto utili a migliorarne la qualità di vita.

## **Perché sempre più donne in menopausa?**

Il rapporto Istat del 30 maggio 2025 vede quindi un nuovo record di longevità soprattutto per le donne, che vivono in media 85,5 anni vs 81,4 anni per gli uomini. Ma emerge anche un dato allarmante sulla qualità di vita per le donne, che le vede in buona salute ed in autonomia fino a 56,6 anni, peggio poi se si nasce al Sud, dove si ferma all'età di 54 anni (10 anni in meno rispetto alle donne che vivono al Nord-Est). Quindi significa che la fase del climaterio, che può avere una durata media di 7,4 anni, diviene la fase crucia-

le di supporto non solo per la prevenzione e la diagnosi precoce, ma anche per la messa in atto di tutta una serie di misure e presidi terapeutici che ne migliorano la qualità di vita.

## **Il ruolo del medico di medicina generale**

Il medico di medicina generale gioca un ruolo fondamentale in questa fase, poiché è e resta sempre la prima figura di riferimento per un supporto generale per i vari disturbi legati alla menopausa, ancor più che in una prima fase la donna fatica a comprendere il significato di alcuni cambiamenti (come irregolarità dei cicli, vampate di calore, disturbi articolari, variazione del peso corporeo, disturbi ipertensivi, cambiamenti metabolici del tono dell'umore, insonnia ecc.) che spesso precedono la definitiva scomparsa dei flussi mestruali.

Il compito fondamentale del medico di base è sicuramente quello di discutere dei sintomi e dei disturbi, valutarne l'impatto sulla vita quotidiana, prescrivere esami di routine e di base per monitorare lo stato di salute della donna, per poi fornire consigli sull'alimentazione e sul corretto stile di vita per affrontare al meglio questa fase.

Il compito più importante però inizia già prima

della menopausa, ovvero durante la vita fertile, perché ogni donna va educata ad un corretto stile di vita (attività fisica, fumo di sigaretta, alcol ecc.) ed abitudini alimentari corrette, per prepararla poi a raggiungere questa fase in buono stato di salute. È fondamentale che la donna giunga in menopausa in buona salute per ridurre l'impatto e l'entità dei disturbi e dei sintomi che sopraggiungono al calo degli estrogeni.

In presenza di sintomi e disturbi che compromettono la qualità di vita e lo stato di buona salute sarà poi fondamentale seguirla ed indirizzarla verso gli specialisti più adatti alle varie esigenze, in primis il ginecologo. Il ruolo del medico di medicina generale poi diviene ancora più importante in tutte quelle aree limitrofe e periferiche del Paese, laddove le donne hanno più difficoltà a raggiungere ospedali, consultori e specialisti.

Ed è in questo contesto particolare di "crisi della medicina generale", per la precarietà numerica e per le note difficoltà di ricambio generazionale, che diviene sempre più evidente e tangibile la difficoltà di molte donne a ricevere il giusto supporto, con il conseguente peggioramento dello stato di salute e di autonomia denunciato dal recente rapporto dell'Istat.



**SABINA DI BIASE**  
Ginecologia ed Ostetricia - Aou "Ospedali Riuniti" di Foggia



### Qual è il ruolo del ginecologo

È fondamentale quindi valorizzare e sostenere il ruolo del ginecologo e degli ambulatori consultoriali, che devono e possono farsi carico dell'assistenza alla donna non solo nell'età fertile ma anche in questa delicata fase di cambiamento del climaterio e della menopausa.

Il primo step è sicuramente l'informazione, con la divulgazione di materiale informativo circa l'importanza di non sottovalutare e ridimensionare i cambiamenti dello stato di salute in questa fase della vita. Un counselling adeguato è decisivo per poter comprendere e conoscere non solo il cambiamento dei cicli mestruali, ma anche tutto il corredo sintomatologico che la paziente percepisce in questa fase e l'impatto che ne determina sulla qualità di vita.

Segue poi un adeguato inquadramento clinico-diagnostico della paziente con una corretta anamnesi, valutazione dello stato ormonale, esame fisico completo (peso, pressione, mammografia, esami ormonali) e successivamente un esame ginecologico completo con esame ecografico dettagliato transvaginale ed eventualmente anche transaddominale, per porre diagnosi di

eventuale "patologia d'organo" o anche solo per misurare lo "spessore endometriale".

In una fase successiva di menopausa conclamata diviene poi fondamentale indagare ulteriori sintomi, in primis il sanguinamento, che può celare anche patologie rilevanti, poi l'entità della sintomatologia vasomotoria, che risulta molto influenzata dallo stato sociale e dallo stile di vita e non va assolutamente trascurata, poiché oltre ad incidere fortemente sulla quotidianità e sul ritmo sonno-veglia, pare rappresenti un "campanello d'allarme" per l'insorgenza e l'evoluzione di patologie cardiovascolari.

Fondamentale è poi la valutazione dell'equilibrio psico-neurologico, per evidenziare tutte le condizioni predisponenti a patologie psico-neurologiche che influenzano e compromettono la sfera psico-affettiva, la comparsa di sintomi osteo-articolari e della sfera sessuale ed uro-genitale, compresa la secchezza, il calo del desiderio, l'atrofia e tutti i disturbi delle vie urinarie che influenzano anche la vita relazionale di coppia, ed ancora la comparsa di deficit di entità variabile a carico di tutti gli organi sensoriali.

Nell'ottica di un approccio multidisciplinare diviene fondamentale la distinzione tra donne "non sintomatiche" e donne sintomatiche, che consente al ginecologo di decidere di trattare la paziente sintomatica indirizzandola e canalizzandola successivamente in un ambulatorio per la menopausa multidisciplinare, di cui ormai sono dotati tutti i presidi ospedalieri di II livello.

Oggi abbiamo a disposizione un'ampia scelta terapeutica ormonale e non ormonale, ma la decisione circa la tipologia di trattamento non può prescindere da un'attenta valutazione multidisciplinare che non può basarsi solo sulla valutazione ginecologica, ma che richiede in molti casi un inquadramento completo della paziente con una valutazione del rischio cardiovascolare, del profilo metabolico e del rischio tromboembolico.

Fondamentale è anche la valutazione del quadro densitometrico per il rischio di osteoporosi, che seppur non corredato da una sintomatologia ben definita, è decisivo per la prevenzione ed il rischio di fratture soprattutto in età più avanzata.

Infine, la prevenzione e lo screening oncologico non solo per le pazienti sintomatiche ma anche per le pazienti non sintomatiche, fondamentali non solo per quanto concerne i tumori della sfera ginecologica e mammaria, ma anche per i tumori del colon-retto, che oggi rappresentano la terza causa di morte per tumore nelle donne e per i quali recenti studi configurano un effetto protettivo della terapia ormonale sostitutiva.

Viene da sé la considerazione che oggi, con l'allungamento della vita e l'aumento della durata dell'età media delle donne, diviene ancora più importante consolidare il concetto di qualità e stile di vita, che deve iniziare già durante la vita fertile per poi consolidarsi nel periodo della menopausa. Seppur vero che oggi abbiamo a disposizione un ampio ventaglio terapeutico di farmaci ormonali e non, non si può prescindere dall'importanza dell'adozione di un corretto stile di vita, da intendersi non solo nella cura del corpo ma soprattutto nell'incentivazione dell'attività fisica, nella corretta alimentazione equilibrata, nella riduzione dell'assunzione di alcol e nella cessazione del fumo di sigaretta: tutti cofattori essenziali che pongono le basi non solo del benessere individuale e della riduzione dei rischi di malattia, ma che consentono di poter intraprendere una giusta terapia ormonale sostitutiva con un relativo basso impatto di eventuali effetti collaterali, che al contrario sono più pronunciati nei casi in cui lo stile di vita è da sempre secondario e non considerato.





# “La **DIGITAL HEALTH** come motore di trasformazione del sistema sanitario: opportunità, sfide e prospettive future”



**DOTT. ANTONIO PELLEGRINO**  
Direttore UOC Ostetricia e Ginecologia  
Direttore Dipartimento Innovazioni Tecnologiche e Chirurgia Robotica  
Ospedale A. Manzoni Asst Lecco



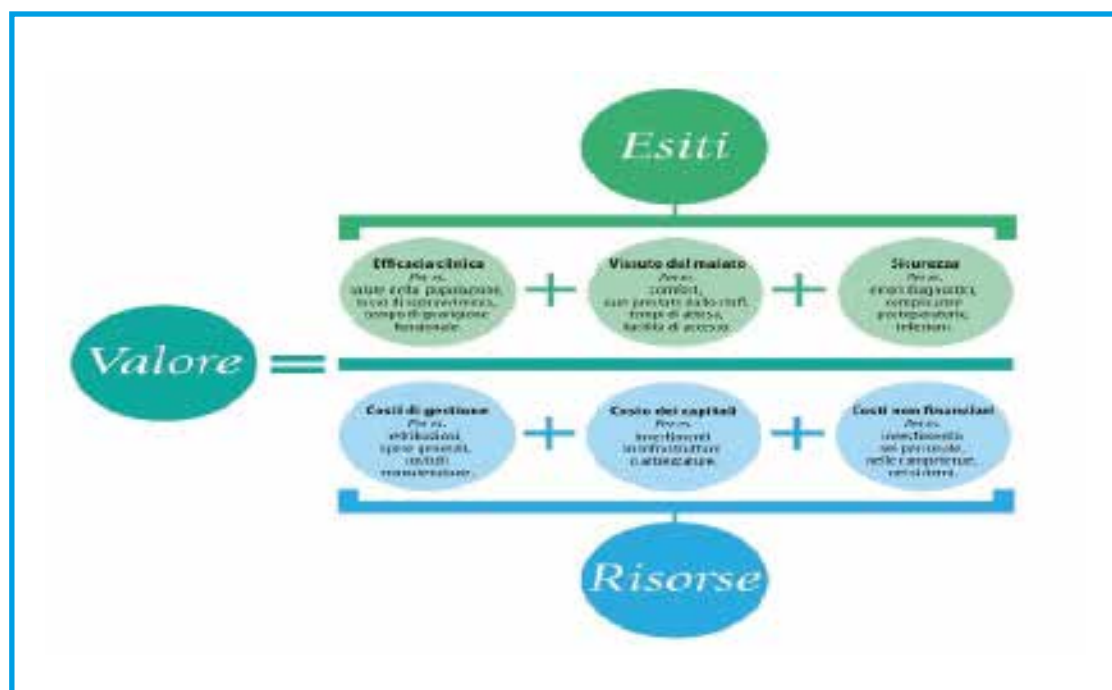
**DOTT. SSA M. CRISTINA CESANA**  
Dirigente Medico  
Ospedale A. Manzoni Asst Lecco

**LA SOSTENIBILITÀ DEL SSN** passa attraverso la valutazione del valore della cura, declinato nelle sue dimensioni di esito, esperienza dei pazienti e del personale sanitario, accessibilità ed ovviamente costo.

Non vi è ormai dubbio che in una sanità basata sul valore, esso non possa essere dedotto esclusivamente dalle quantità e volumi di servizi erogati. Il valore in sanità riunisce infatti tutti gli elementi fondamentali dell'assistenza sanitaria: oltre a qualità, sicurezza, efficacia, anche il valore percepito dai pazienti, senza dimenticare dell'impatto che i percorsi di cura possono avere sull'esperienza percepita anche dagli operatori sanitari, in un memento di grande tensione sul lato della loro disponibilità attuale e prospettica.

Porter sostenne la **value based medicine**, ovvero la medicina basata sul valore, con al numeratore l'esito clinico ed al denominatore il costo totale. Il numeratore è specifico per ogni condizione clinica e strettamente correlato alle conoscenze scientifiche, mentre il costo totale al denominatore viene misurato non sul singolo intervento, bensì sull'intero ciclo di cure. La medicina basata sul valore si fonda sul concetto fondamentale che, per migliorare la qualità delle cure mantenendone la sostenibilità economica, si rende necessario ridefinire

la natura della competizione in sanità, allineandola intorno al concetto di massimizzazione del valore per il paziente. All'aumentare di tale valore si assiste ad un miglioramento della sostenibilità economica in sanità, ed a trarne i benefici sono tutte le parti interessate.





## Le relazioni tra valore, esiti e risorse

Si tratta di valutazioni che devono abbracciare l'intero percorso del paziente a partire dalla sua presa in carico in avanti. In questo contesto, la Sanità Digitale riveste un ruolo fondamentale, sia come nuova modalità operativa di presa in carico e gestione dei pazienti, sia come strumento di raccolta e gestione dei dati.

per patologia o percorso assistenziale (es. qualità di vita, complicanze, soddisfazione del paziente).

**2. Misurazione accurata dei costi** per l'intero ciclo di cura (non solo per singola prestazione).

**3. Riorganizzazione dei servizi sanitari in *Integrated Practice Units*** (team multidisciplinari centrati sul paziente).

**4. Adozione di modelli di rimborso basati sul valore**, non sul volume (es. pagamento per esiti raggiunti, non per numero di prestazioni).

**5. Uso di tecnologie e dati** per monitorare e migliorare continuamente gli esiti.

L'implementazione del concetto di valore in sanità richiede un vero e proprio lavoro di squadra, significa acquisizione dei dati prodotti da diverse figure del sistema di erogazione delle cure e soprattutto significa condivisione di responsabilità sulle prestazioni sanitarie offerte al paziente.

## Digital Health

La digital health è l'insieme di tecnologie, servizi, processi e modelli organizzativi che utilizzano strumenti digitali per migliorare la prevenzione, la diagnosi, il trattamento, il monitoraggio e la gestione della salute; comprende tutto ciò che sfrutta informatica, comunicazione e dati per rendere l'assistenza più efficace, sicura, personalizzata e sostenibile.

La digital health è la base di un ecosistema, ovvero di un ambiente integrato in cui pazienti, professionisti sanitari, istituzioni, infrastrutture tecnologiche e dati interagiscono

suo contesto quotidiano. Quando questi dati vengono analizzati con metodologia scientifica, diventano Real World Evidence, evidenze affidabili e utilizzabili per decisioni cliniche, organizzative o di politica sanitaria.

In sintesi, la digital health svolge una duplice funzione: strumento di cura e strumento di produzione di Real World Data e Real World Evidence.

Uno strumento della digital health è la telemedicina, la quale offre servizi specifici orientati all'erogazione di prestazioni a distanza (teleconsulto, televisita, telemonitoraggio, teleassistenza, telerefertazione). Questi sono strumenti puntuali che permettono un contatto medico-paziente o la gestione remota di parametri clinici.

Una piattaforma di sanità digitale ben progettata deve rispettare una serie di requisiti generali fondamentali per garantire sicurezza, efficacia, affidabilità e accettazione da parte di utenti, operatori sanitari e istituzioni.

Essere certificata come dispositivo medico, garantire protezione dei dati, privacy e conformità normativa, essere interoperabile, supportare diversi moduli\servizi, offrire accesso remoto, garantire continuità di cura, essere modulare e flessibile, prevedere supporto tecnico e clinico h24.

Riprendendo il concetto del valore nella cura, ovvero nella presa in carico del paziente in cui la Sanità Digitale esprime le proprie maggiori potenzialità, nell'attuale contesto della Sanità Pubblica e Privata vi è il bisogno di incontrare esigenze gestionali primarie.

In particolare:

- **Sviluppo tecnologico:** stimolando e abilitando gli enti del Servizio Sanitario a dotarsi di tecnologia per la gestione della salute innovativa e interoperabile;
- **Sviluppo organizzativo:** ottimizzando l'accesso alle cure e la gestione del paziente a domicilio, massimizzandone l'esperienza durante l'intero percorso;
- **Sostenibilità economica:** garantendo che l'accessibilità avvenga in maniera equa e tempestiva, ottimizzando l'utilizzo delle risorse tecniche, umane ed economiche.

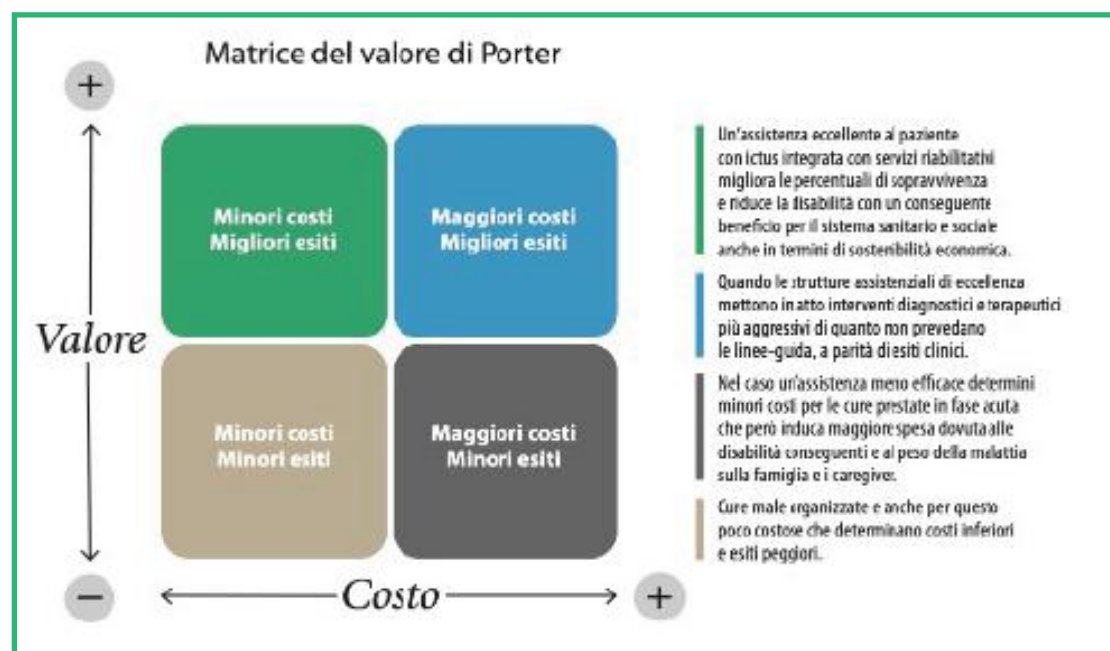
## La telemedicina in ostetricia e ginecologia: quale ruolo

L'utilizzo della telemedicina rappresenta in questo contesto uno dei più promettenti strumenti di gestione di un modello di sanità sempre più inclusivo, che vuole mantenere alti i livelli di qualità e che si pone maggiormente in linea con le necessità dei pazienti.

Il contesto epidemiologico delicato che l'Italia ed il resto del Mondo hanno vissuto negli ultimi anni ha messo in luce alcune lacune del nostro Servizio Sanitario Nazionale, manifestando la necessità di procedere quanto prima ad un profondo rinnovamento, che riguarda sia l'innovazione che la digitalizzazione della Sanità.

La Telemedicina è divenuta il cuore di questo rinnovamento, dimostrando la sua essenzialità nel garantire l'accesso alle cure a tutti i cittadini in piena sicurezza e con la massima efficienza.

Nel percorso di cura della donna, le pratiche cliniche che utilizzano strumenti di telemedicina appaiono ormai ineludibili su molteplici



Il valore della cura (o *care value*) all'interno della matrice di Porter si riferisce alla capacità di un'organizzazione sanitaria di creare valore per il paziente, migliorando gli esiti clinici rispetto ai costi sostenuti per ottenerli.

L'obiettivo è spostarsi nel quadrante in alto a sinistra, dove gli esiti sono ottimali e i costi contenuti, cioè dove la cura genera valore.

Le componenti chiave del valore della cura secondo Porter sono:

**1. Misurazione degli esiti** clinici e funzionali

in modo coordinato tramite soluzioni digitali interoperabili.

In pratica, l'ecosistema permette che tutto il digitale in sanità funzioni insieme, anziché come iniziative isolate.

La digitalizzazione della salute è oggi una delle principali fonti di dati del mondo reale (Real World Data), cioè dati raccolti fuori dai contesti sperimentali tradizionali. Questi dati sono continui, granulari e contestualizzati, quindi estremamente utili per osservare la salute nel

ambiti di applicazione sia pre e post eventi acuti, che nella gestione della cronicità.

Presso l'unità Operativa Complessa di Ostetricia e Ginecologica dell'Ospedale A. Manzoni Asst Lecco è stato avviato un progetto che ha come obiettivo la gestione da remoto delle pazienti ginecologiche e in gravidanza a basso rischio e si basa sull'utilizzo della piattaforma Maia connected care di Telemedicina, accessibile dalle pazienti tramite App dedicate.

Le sue funzionalità sono:

- **Tele-visita**
- **Tele-consulto** offerto a diversi medici specialisti dei centri coinvolti
- **Tele-riabilitazione del pavimento pelvico** sincrona di gruppo e asincrona a domicilio
- **Tele-monitoraggio** con l'ausilio di **device** per monitorare parametri.

Sono state erogate **sessioni formative** sull'utilizzo dello strumento per tutti gli operatori coinvolti e **aggiornamento continuo** data la flessibilità e la continua evoluzione della piattaforma

Riteniamo che Maia connected care rappresenti oggi una soluzione di sanità digitale matura e certificata che consente di estendere la cura fuori dall'ospedale, integrando monitoraggio, visite a distanza, riabilitazione e gestione continua del paziente.

Può essere particolarmente utile per pazienti con malattie croniche, per follow-up post-dimissione, per servizi territoriali (farmacie, comunità), e per strutture interessate a innovare la propria offerta di cura con un approccio digitale. La piattaforma Maia connected care ha tutti i requisiti:

- Conformità regolamentare (dispositivo medico classe IIa, certificazione MDR), che garantisce qualità, sicurezza e affidabilità.
- Modularità e flessibilità: la piattaforma si adatta a diversi modelli organizzativi e contesti (casa, ospedale, farmacia, territorio).
- Molteplicità di servizi: monitoraggio, televisita, teleconsulto, riabilitazione, diagnostica, gestione completa del paziente — utile per cronicità, follow-up, prevenzione.
- Integrazione e interoperabilità con sistemi esistenti, favorendo continuità e coordinamento tra ospedale, territorio e domicilio.
- Supporto tecnico e clinico: presenza di un Centro Servizi attivo 24/7 per assistenza pazienti e operatori.
- Facilita l'accesso alla cura, riduce il carico sul sistema ospedaliero e promuove prevenzione e monitoraggio territoriale — particolarmente utile per patologie croniche o follow-up a lungo termine.

## Risultati



Uno dei principali indicatori di performance della piattaforma è il numero di pazienti che vengono presi in carico e gestiti. Il trend crescente del numero di pazienti indica un maggiore utilizzo della piattaforma ed è accompagnato da una maggiore produzione di dati che transitano in piattaforma.



Il numero di interazioni, gli accessi, l'utilizzo dei servizi, etc. rappresentano la modalità di utilizzo della piattaforma e sono indicatori della qualità dei servizi erogati tramite Maia connected care. L'interfaccia semplice ed intuitiva permette un utilizzo intensivo della piattaforma, che si traduce in una maggiore integrazione delle soluzioni di Telemedicina nelle procedure quotidiane

Perché usare la telemedicina oggi in ginecologia e ostetricia?

Oggi la telemedicina non è più solo un'opzione tecnologica, ma una necessità clinica e organizzativa nella presa in carico della donna. In ginecologia e ostetricia permette di:

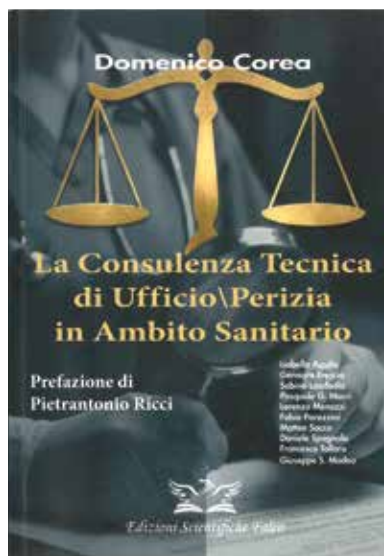
- Garantire continuità assistenziale in ogni fase della vita fertile e della gravidanza, riducendo accessi inutili e ottimizzando il tempo clinico.
- Offrire monitoraggio costante e tempestivo,

soprattutto per gravidanze a rischio, patologie croniche ginecologiche e follow-up post-partum.

- Supportare le donne nel percorso nascita, grazie a strumenti che aumentano sicurezza, empowerment e aderenza ai controlli.
  - Ridurre disuguaglianze e distanze, assicurando accesso alle cure anche a chi vive lontano dall'ospedale o ha difficoltà di mobilità.
  - Semplificare la comunicazione tra donna, ostetrica, ginecologo e territorio, migliorando coordinamento e presa in carico multidisciplinare.
  - Aumentare efficienza e appropriatezza, liberando risorse ospedaliere e favorendo modelli di cura innovativi, personalizzati e sostenibili.
- La telemedicina in ginecologia e ostetricia trasforma l'assistenza in un percorso più vicino, continuo, sicuro e su misura, portando la cura dove serve: accanto alla donna, ogni giorno.



## LA RECENSIONE AL LIBRO di Domenico Corea



# La consulenza tecnica di ufficio\perizia in ambito sanitario

**IL RICORSO ALLA CONSULENZA TECNICA DI UFFICIO (CTU) e alla Perizia (P) in ambito sanitario** costituisce la più frequente evenienza di utilizzazione delle competenze di varie figure professionali da parte del giudice che, quasi sempre, nelle cause aventi ad oggetto la responsabilità professionale, nomina un suo consulente. Il lancio nel panorama editoriale di una nuova Opera sulla CTU\Perizia che tratti le specificità della CTU in ambito sanitario e che viene peraltro allocata in un apposito capitolo, risulta quanto mai opportuno grazie all'impostazione e al taglio specialistico (CTU in ambito sanitario) che gli Autori hanno voluto conferire all'Opera. Vengono infatti trattati temi di sicuro interesse ostetrico e medico-legale, utili per la conoscenza dell'iter clinico e giuridico, cui viene sottoposto un medico citato in tribunale o attinto da avviso di garanzia con i risvolti e le differenze tra il processo penale e il processo civile. Peraltro, il libro è rivolto a figure professionali (avvocati, medici clinici, medici legali, giudici, assicuratori, amministratori di sanità, altro) che possono trovare nella lettura del testo la risposta ad alcuni interrogativi che attengono al loro operare quotidiano. Alcuni dei capitoli che compongono il libro presentano un carattere di

“contorno”, ma non per questo risultano essere meno importanti. Ad esempio, viene trattata la responsabilità civile e penale del CTU/perito, argomento spinoso su cui non si è scritto molto, forse perché il regime di favore di cui spesso gode il Giudice viene esteso al perito\CTU che gode spesso anch'egli della medesima sostanziale impunità. Inoltre, viene affrontato il tema della scelta del CTU/perito che può costituire il primo passo, qualora tale scelta si riveli inadeguata, verso una CTU\perizia di “scarsa qualità” e quindi giungere a conclusioni fuorvianti, erronee, non adeguate o contraddittorie rispetto alle problematiche che presenta il caso analizzato. È evidente che in queste eventualità la CTU/perizia può risultare inutilizzabile, per cui il Giudice può chiedere chiarimenti o rinnovare l'incarico affidandolo ad altri Consulenti. Che la materia relativa ad una scelta ottimale dei Consulenti sia di grande attualità viene testimoniato dal fatto che negli ultimi vent'anni la normativa è stata aggiornata per almeno tre volte (Balduzzi, Cartabia, Bianco-Gelli), senza contare che la giurisprudenza relativa alla responsabilità professionale continua ad essere ondivaga e lontana dalle certezze che la stessa dovrebbe essere in grado di dare.

Un ruolo centrale infine è svolto dal capitolo relativo ai possibili errori sostanziali cui può incorrere il CTU\Perito, articolato in vari punti e trattato con un taglio molto pratico, in modo che possa realmente aiutare il CTU\Perito a sbagliare di meno e a redigere CTU e Perizie di qualità. *Dulcis in fundo* il capitolo degli onorari spettanti al CTU\Perito viene trattato mettendo ordine alla complessità delle leggi che regolano tale aspetto, spesso ignorato dai Consulenti e dagli stessi Giudici e Cancellieri. In conclusione, non resta che congratularsi con i vari professionisti che hanno contribuito alla realizzazione del libro e con il dottore Corea che ha saputo individuare un argomento (la CTU) di sicuro interesse per gli addetti ai lavori e che ha saputo amalgamare i contributi dei vari Autori, sia pure nei limiti di spazio consentiti. Posso affermare infine che la scelta degli argomenti dei relatori risulta ben armonizzata da una sapiente supervisione dei vari capitoli redatti da professionisti in possesso delle specifiche competenze e che hanno tenuto ben presenti i possibili errori del CTU\Perito in quanto la loro conoscenza costituisce il primo passo verso la possibilità di evitare gli stessi come ci ha insegnato la filosofia del risk management.



DOTT. DAVIDE DE VITA  
Responsabile Uoc Ostetricia  
e ginecologia Presidio  
Ospedaliero S. Maria della  
Speranza di Battipaglia

**Gyneco  
Aogoi**

Organo Ufficiale  
dell'Associazione Ostetrici  
Ginecologi Ospedalieri Italiani



**Numero 1 - 2026  
Anno XXXVII**

**Presidente**  
Antonio Chiàntera

**Comitato Scientifico**  
Antonio Chiàntera  
Claudio Crescini  
Giovanni Monni  
Pasquale Pirillo  
Carlo Sbiroli  
Sergio Schettini  
Carlo Maria Stigliano  
Vito Trojano  
Elsa Viora

**Direttore Responsabile**  
Ester Maragò

**Editore**  
Homnya srl  
Sede legale:  
Via della Stelletta, 23  
00186 Roma  
email: info@homnya.com  
Ufficio Commerciale  
info@homnya.com  
Tel. +39 06 45209 715

**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:  
febbraio 2026  
Tiratura 4.000 copie.

**Progetto grafico**  
e impaginazione  
Homnya srl

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

NOVITÀ

# ERITRIL<sup>®</sup> Pro

FERRO **PRO**LIPOSOMIALE PER UN  
SUPPORTO ATTIVO ALL'**ERITRO**POIESI



## FORMULAZIONE COMPLETA

**Ferro proliposomiale e micronutrienti essenziali**  
al processo di eritropoiesi

- ELEVATA BIODISPONIBILITÀ
- OTTIMA TOLLERABILITÀ  
senza disturbi gastrointestinali
- MASSIMA EFFICACIA



**PIZETA<sup>®</sup>**  
P H A R M A S.p.A.

Sede legale: Via Roma, Loc. il Piano - 62039 Visso (MC)  
Sede amministrativa: Via B. Simonucci, 3 - 06135 Perugia (PG)  
Mail: [info@pizetapharma.com](mailto:info@pizetapharma.com) Telefono: 075 9474542



SCANSIONA IL  
QR CODE PER  
PIÙ INFORMAZIONI

in farmacia, parafarmacia  
e su [pizetapharma.com](http://pizetapharma.com)