

AOGOI

Organo Ufficiale dell'Associazione
Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

- 3 In lutto il mondo della ginecologia
In ricordo di Giovanni Scambia
- 13 Medici: i dati FNOMCeO
Donne medico oltre il sorpasso
- 20 Intervista a Maria Paola Martelli, psicologa
La solitudine del ginecologo
di Carlo Sbiroli

Gyneco Aogoi

NUMERO 2 - 2025 - BIMESTRALE - ANNO XXXVI

**RAPPORTO
CEDAP
2023**

90%

**DEI PARTI AVVIENE
NELLE STRUTTURE
PUBBLICHE.**

CESAREI AL 30,3%



100° CONGRESSO SIG



Il tempo delle donne ASPETTI SCIENTIFICI, SOCIALI E CULTURALI

14 Dicembre 2025

17 BARI

congressosigo2025.it



SIGO
SOCIETA' ITALIANA
DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA

100° Congresso Nazionale

AOGOI

ASSOCIAZIONE
OSTETRICI GINECOLOGI
OSPEDALIERI ITALIANI

65° Congresso Nazionale



AGUI
Associazione Ginecologi
Universitari Italiani

32° Congresso Nazionale



8° Congresso Nazionale

IN LUTTO IL MONDO DELLA GINECOLOGIA



In ricordo
di Giovanni Scambia

“È passato un Grande, facciamo in modo che il suo esempio resti sempre vivo in ciascuno di noi”

Vito Trojano

Presidente Nazionale Federazione Sigo
(Aogoi, Agui, Agite)

Caro Giovanni,

sono giornate molto tristi queste che stiamo attraversando ed oggi, più che mai, sentiamo il vuoto lasciato dalla tua assenza. Dicono che il dolore di perdere una persona cara sia difficile da spiegare, ma ancora più difficile è esprimere la gratitudine che proviamo per aver avuto tutti la fortuna di conoscerti e lavorare insieme.

Non eri solo un collega, eri un Amico che ha arricchito le nostre giornate con la sua umanità e professionalità, un eccellente ricercatore internazionale, un uomo di scienza, un grande clinico amato da tutti ed io in particolare ho perso un grande amico uno di quelli rari da incontrare, disponibile e sempre vicino, soprattutto nei momenti difficili come le lunghe chiacchierate con Antonio, Paolo e qualche altro in cui si affrontavano le situazioni percorse e spesso risolte ma durante le quali ci ponevamo sempre ulteriori obiettivi da raggiungere. Ti piaceva guardare lontano, progettando il futuro che sapevi sapientemente far diventare presente.

Con te siamo riusciti a modificare la SIGO trasformandola da Società Scientifica in Federazione Scientifica, casa di tutte le componenti della Ginecologia Italiana Ospedaliera, Universitaria, Territoriale, riunite tra loro pur mantenendo ciascuna la propria dimensione ed individualità. Insieme abbiamo anche raggiunto il traguardo dell'acquisizione della sede romana, obiettivo che si voleva raggiungere da più di cinquanta anni.

In questi giorni mesti, ci conforta il pensiero che, attraverso il lavoro e le relazioni che abbiamo condiviso, il tuo spirito resterà con noi. I tuoi insegnamenti, il tuo esempio, e la tua dedizione non verranno mai dimenticati. Giovanni, la tua presenza era un faro di energia positiva e passione. La tua capacità di affrontare le sfide con il sorriso, di supportare gli altri nei momenti bui e di farci sentire sempre parte di qualcosa di speciale è ciò che più ci manca.

Nel dirti ciao voglio, anche, rivolgere ad Emma e Luisa, con grande affetto un abbraccio forte per il loro immenso dolore ed alla Comunità Scientifica, ai tuoi allievi, tanto amati, ed a noi tutti dico soltanto: “È passato un Grande, facciamo in modo che il suo Esempio resti sempre vivo in ciascuno di noi”.

Addio a Giovanni Scambia “Uomo di scienza e di grande valore”

IN LUTTO IL MONDO DELLA GINECOLOGIA. È morto Giovanni Scambia tra i massimi specialisti mondiali in Ginecologia Oncologica. Scambia si è spento il 20 febbraio scorso, al Policlinico Gemelli di Roma. Aveva 65 anni e solo qualche settimana prima aveva scoperto di avere un tumore al pancreas in stadio avanzato.

“Quando ho iniziato il mio percorso per diventare ginecologo oncologo non avrei mai pensato di poter dire a una donna in età fertile con un tumore che dopo la guarigione avrebbe potuto avere un bambino, o che l'intelligenza artificiale potesse essere di aiuto a fornire modelli predittivi di risposte alle cure. Eppure, oggi è così!”.

Con queste parole il professor Giovanni Scambia, pochi mesi prima della sua scomparsa aveva riassunto la sua vita di medico nel docufilm “Le radici del domani”, racconto dei 60 anni di storia della Ginecologia e Ostetricia dell'Università Cattolica a Roma nonché l'evoluzione della sua disciplina. Un docufilm dedicato in particolare al suo maestro professor Salvatore Mancuso.

Nato a Catanzaro il 25 dicembre 1959, Scambia si era laureato nel 1983 con il massimo dei voti all'Università Cattolica del Sacro Cuore con specializzazione in Ginecologia e ostetricia. Da allora una lunga carriera nel Policlinico universitario Agostino Gemelli Irccs, dove è stato Direttore dell'Uoc di Ginecologia oncologica, quindi Professore ordinario all'Università Cattolica del Sacro Cuore - Policlinico A. Gemelli, Direttore scientifico e Presidente del Comitato esecutivo della Fondazione Policlinico universitario Gemelli, Direttore del Dipartimento Salute della donna e del bambino, Fondazione Policlinico Gemelli.

Unanime il cordoglio del mondo della istituzioni e della scienza

Tantissimi i riconoscimenti e gli attestati di stima giunti dopo la sua morte, “Uomo straordinario, una persona con un'umanità unica” ha affermato il ministro della Difesa **Guido Crosetto**. “La sua dedizione alla scienza e alla cura delle donne rappresenta un esempio di eccellenza e impegno” ha dichiarato il sottosegretario alla Salute **Marcello Gemmato**.

“Una figura di riferimento nella ginecologia oncologica e nella ricerca scientifica; ma anche, nel mio vissuto, Amico e Maestro. La sua perdita rappresenta un duro colpo per la comunità medica e per tutto il sistema sanitario. Un uomo che ha dedicato con passione e competenza il suo impegno alla ricerca e all'innovazione, contribuendo in modo significativo al progresso delle cure per le donne, occupandosi dei suoi pazienti anche durante una malattia che in pochi mesi lo ha portato via. Come direttore scientifico e presidente del Comitato esecutivo della Fondazione Policlinico Universitario Gemelli, ha saputo coniugare rigore scientifico e visione innovativa, lasciando un'eredità preziosa per le future generazioni di medici e ricercatori che hanno avuto il privilegio di conoscerlo e lavorare con lui” ha detto **Maria Rosaria Campitiello** Capo Dipartimento della Prevenzione, della Ricerca e delle Emergenze sanitarie del Ministero della Salute.

“Con la morte di Giovanni Scambia la comunità medica e scientifica perde un uomo e un profes-

IN LUTTO IL MONDO DELLA GINECOLOGIA

sionista di grande valore che abbiamo potuto apprezzare anche, recentemente, come membro del comitato scientifico dell'Iss. Degli anni insieme a lui, di cui tanti trascorsi insieme, resta la sua scienza, le tante vite salvate con la passione di chi della medicina fa molto di più che un mestiere, senza scindere mai sapienza e umanità. Ci resta una generazione di allievi, testimonianza della sua generosità nel trasmettere il suo sapere, nel costruire il futuro" ha ricordato il presidente dell'Iss **Rocco Bellantone**.

"La sua scomparsa lascia un vuoto incolmabile nelle vite di tutti noi e di coloro che hanno avuto l'onore di conoscerlo. Medico, ricercatore visionario, straordinario oncologo, il medico delle donne a cui ha dedicato la vita professionale. Una personalità insostituibile nella sanità italiana, insostituibile per le migliaia di pazienti che ha curato nella sua straordinaria carriera, insostituibile maestro per i tanti allievi che con ammirazione l'hanno seguito negli anni. Ci sentiamo tutti orfani di una guida, di un amico, di un medico straordinario. La sua più grande eredità è la dedizione per le persone, la passione per il suo lavoro, mente e cuore per la medicina che ha servito come pochi" ha detto la senatrice ed ex ministro della Salute **Beatrice Lorenzin**.

"La sua dedizione alla ricerca e alla cura dei tumori ginecologici ha rappresentato un contributo inestimabile per la medicina e per la salute delle donne. Il suo operato e il suo lascito scientifico resteranno un punto di riferimento per le generazioni presenti e future" ha evidenziato l'Onorevole **Ugo Cappellacci**, Presidente della Commissione Affari Sociali della Camera. Per il Presidente della Regione **Lazio Francesco Rocca** "La sanità italiana perde un luminare".

"Scompare un uomo straordinario, un medico esemplare, un grande ricercatore, un docente illuminato" ha detto **Filippo Anelli**, presidente della Fnomceo. Lo ha definito un "gigante della Ginecologia oncologica" il presidente dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) **Franco Perrone**.

Un ricordo particolare è arrivato infine dal suo Policlinico Gemelli: "Grande medico, grande ricercatore, grande maestro. Un medico visionario e al contempo concreto, amato da tutte le sue pazienti malate di tumore cui ha sempre offerto il meglio delle terapie disponibili e una grande umanità. Ha formato generazioni di ginecologhe e ginecologi che hanno raggiunto importanti posizioni nella disciplina e ha creato uno dei centri di assoluta eccellenza nella ginecologia, portandolo al quarto posto al mondo nel ranking 2025 dei World's Best Specialized Hospital. Innovatore nella ricerca, autore di oltre 1.100 pubblicazioni, instancabile e brillante chirurgo".



Riconoscimenti ottenuti da Giovanni Scambia nella sua carriera di accademico e medico

Il 2 giugno 2017 è stato nominato Cavaliere della Repubblica Italiana.

Dal 2019 Presidente Esge. (European Society for Gynaecological Endoscopy) e Vice Presidente I Sezione Consiglio Superiore di Sanità e Componente del Consiglio Superiore di Sanità, l'organo di consulenza tecnico scientifica del Ministro della salute. Nello stesso anno è nominato nel nuovo Consiglio Superiore di Sanità.

Nel 2021 è eletto presidente dei Ginecologi Universitari, nel 2022 membro della Commissione Women's Cancer della Figo

È stato membro del Comitato Direttivo Centro CROME (Regenerative Medicine Research Center) e già Presidente S.I.G.O. Società italiana di Ginecologia e Ostetricia, membro del comitato scientifico Centro di ricerca Health human care and social intercultural assessments (HERA) Università Cattolica.

È fondato inoltre, nello stesso periodo, la "Catholic Laparoscopy Advances Surgery School", la quale ha organizzato oltre 20 corsi di aggiornamento in chirurgia laparoscopia, colposcopia ed isteroscopia.

È stato, inoltre, membro permanente di numerose società scientifiche internazionali e nazionali come: Società Italiana di Ginecologia Oncologica, International Gynecological Cancer Society, Eortc Gynecologic Cancer Coop. Group, European Society of Gynecologic Oncology, Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom), Associazione Ginecologi Universitari Italiani (Agui), Società di Endoscopia Ginecologica (Segi), Multicentre Italian Trials Ovarian Cancer (Mito), Società Italiana di Riabilitazione Oncologica (Sirio).

RAPPORTO CEDAP 2023

Il 90,1% della donne partorisce nelle strutture pubbliche ed equiparate. Cesarei al 30,3%

NON CEDE IL PASSO l'inverno demografico e anche nel 2023 prosegue inesorabile il calo delle nascite, in tutte le aree del Paese. Una stagione che non abbraccia più solo le donne italiane, anche tra le cittadine straniere, che fin ora avevano compensato lo squilibrio strutturale, il tasso di fecondità diminuisce.

Le donne prediligono sempre di più gli Istituti di cura pubblici ed equiparati dove avvengono il 90,1% dei parti e il 61,7% si svolge in strutture con almeno mille parti annui (nel 2022 l'89% dei parti era avvenuto in Istituti di cura pubblici, il 62,2% in strutture con almeno mille parti annui). Appena il 9,8% viene effettuato nelle case di cura e solo lo 0,13% in altre strutture di assistenza o in casa. Si conferma il ricorso eccessivo al parto per via chirurgica. In media, nel 2023, il 30,3% dei parti è avvenuto con taglio cesareo e con notevoli differenze regionali.

L'età media delle mamme italiane è di 33,2 anni mentre scende a 31,2 anni per le cittadine straniere. Il tasso di natalità varia da 4,6 nati per mille donne in età fertile in Sardegna a 7,9 nella Provincia Autonoma di Trento rispetto ad una media nazionale del 6,4. Le Regioni del Centro presentano tutte valori inferiori alla media nazionale. In quelle del Sud, Campania, Calabria e Sicilia sono invece le regioni con valori superiori alla media nazionale.

Nel 2023 il numero medio di figli per donna è di 1,20 (rispetto a 1,42 del 2012). Si fanno più figlie al Nord nelle Province Autonome di Trento e Bolzano e nel Mezzogiorno in Campania e Sicilia. Sardegna e Molise sono invece le regioni in assoluto meno prolifiche.

Questa la fotografia scattata dal Rapporto sull'evento nascita in Italia, realizzato dall'Ufficio di Statistica del Ministero che presenta le analisi dei dati rilevati dal flusso informativo del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP) nel 2023.

DOVE PARTORISCONO

IL 90,1% DEI PARTI è avvenuto negli Istituti di cura pubblici ed equiparati, il 9,8% nelle case di cura e solo lo 0,13% altrove (altra struttura di assistenza, domicilio, etc.). Naturalmente nelle Regioni in cui è rilevante la presenza di strutture private accreditate rispetto alle pubbliche, le percentuali sono sostanzialmente diverse. Il 61,7% dei parti si svolge in strutture dove avvengono almeno mille parti annui, in numeri 134 strutture, il 34,4% dei punti nascita totali. L'8% dei parti avviene invece in strutture con meno di 500 parti annui.

A livello regionale si evidenziano situazioni estreme diversificate. Nel 2023 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 mille parti annui): Lombardia, Emilia Romagna e Lazio.

Un'organizzazione opposta della rete di offerta si registra nelle Regioni del Sud dove oltre il 37% dei parti si svolge in punti nascita con meno di mille parti annui. In particolare in Molise tutti i punti nascita hanno effettuato nel 2023 meno di mille par-

Il 61,7% si svolge in strutture con almeno mille parti l'anno. Costante la fecondità, il numero medio di figli per donna è di 1,20 (1,42 del 2012). Si fanno più figlie al Nord, nelle PA di Trento e Bolzano e nel Mezzogiorno, in Campania e Sicilia. Sardegna e Molise le regioni in assoluto meno prolifiche. L'età media delle mamme italiane è di 33,2 anni di 31,2 anni quella delle cittadine straniere. La fotografia scattata dal Rapporto annuale sull'evento nascita del Ministero della Salute



TABELLA 1
Alcuni indicatori demografici

Regione	Anno 2023		Tasso mortalità infantile	Anno 2021			
	Tasso natalità	Tasso fecondità totale		Tasso mortalità neonatale			Tasso mortalità infantile
				<1 giorno	1-6gg	1-29gg	
Piemonte	5,9	1,17	19,10	3,75	5,24	9,36	5,99
Valle d'Aosta	5,8	1,16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Lombardia	6,6	1,21	23,07	5,51	5,66	10,16	7,40
Trentino Alto Adige	8,8	1,42	18,16	2,14	1,07	9,61	6,41
Bolzano	7,0	1,56	17,40	0,00	1,93	11,60	5,80
Trento	7,9	1,28	19,09	4,77	0,00	7,16	7,16
Veneto	6,3	1,21	21,04	3,35	3,35	10,37	7,32
Friuli V.G.	5,8	1,21	22,01	1,38	8,25	12,38	8,25
Liguria	5,5	1,16	32,73	8,18	4,68	11,69	12,86
Emilia Romagna	6,4	1,22	24,80	4,36	5,36	12,07	8,38
Toscana	5,7	1,12	16,38	5,31	2,21	4,87	6,20
Umbria	5,6	1,10	11,45	1,91	1,91	3,82	5,73
Marche	5,9	1,17	18,43	8,67	4,34	7,59	2,17
Lazio	6,0	1,11	25,51	6,18	5,64	12,62	6,71
Abruzzo	6,0	1,13	22,92	2,41	9,65	13,27	7,24
Molise	5,7	1,10	29,67	5,93	17,80	23,74	0,00
Campania	7,7	1,29	31,10	7,14	6,68	14,52	9,45
Puglia	6,6	1,20	26,91	4,17	7,20	13,65	9,10
Basilicata	5,8	1,08	30,03	15,02	0,00	3,00	12,01
Calabria	7,2	1,28	41,61	8,32	13,62	24,21	9,08
Sicilia	7,4	1,32	38,94	6,98	8,59	20,14	11,82
Sardegna	4,6	0,91	24,30	6,07	3,64	3,64	14,58
ITALIA	6,4	1,20	25,71	5,45	5,85	12,12	8,14

RAPPORTO CEDAP 2023

ti 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 389 punti nascita analizzati; 95 Unità Tin sono collocate nell'ambito dei 134 punti nascita dove hanno luogo almeno mille parti annui. Delle restanti 21 Uotin, 8 sono collocate in punti nascita che effettuano meno di 800 parti annui. Le Unità Operative di Neonatologia sono presenti in 226 punti nascita di cui 110 svolgono più di mille parti annui. L'accesso alla terapia intensiva per i neonati estremamente pre-termine e molto pre-termine è determinante per la sopravvivenza e la futura qualità della vita del bambino, risulta pertanto essenziale analizzare la presenza di Uotin nei punti nascita, in relazione all'età gestazionale.

Il Rapporto Cedap ricorda poi che la percentuale dei parti estremamente e molto pre-termine che hanno luogo in punti nascita privi di Terapia Intensiva Neonatale è tra gli indicatori raccomandati dalla Commissione europea ai fini del monitoraggio della salute perinatale (indicatori Peristat) ed è inoltre inserito, nella cosiddetta Griglia Lea, tra gli indicatori di monitoraggio dell'assistenza ospedaliera nelle Regioni italiane.

I punti nascita sono stati quindi analizzati in relazione alle classi di età gestazionale dei parti, previste dalle definizioni dello European Perinatal Health Report 2013, ossia: parti pre-termine (tra 22 e 36 settimane di gestazione); parti estremamente pre-termine (tra 22 e 27 settimane di gestazione); parti molto pre-termine (tra 28 e 31 settimane di gestazione).

Ogni 100 parti si registrano 6,24 parti pre-termine. Nei punti nascita con meno di 500 parti all'anno, la frequenza dei parti pre-termine raggiunge il 3,7%, di questi il 2,04% è costituito da parti molto pre-termine e l'1,33% 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 tali percentuali sono, rispettivamente 2%, 1,51% e 0,9%.

L'ETÀ

L'ETÀ MEDIA DELLA MADRE è di 33,2 anni per le italiane mentre scende a 31,2 anni per le cittadine straniere. I valori mediani sono invece di 33,8 anni per le italiane e 31,6 anni per le straniere. L'età media al primo figlio è per le donne italiane, quasi in tutte le Regioni, superiore a 31 anni, con lievi variazioni regionali. Le donne straniere partoriscono il primo figlio in media a 29,2 anni.

LE MADRI

CITTADINANZA, GRADO DI ISTRUZIONE E PROFESSIONE. Circa il 20,1% dei parti è relativo a cittadine straniere, e si concentrano soprattutto al Centro-Nord (più del 21% dei parti avviene da madri non italiane): in Emilia Romagna, Liguria e Marche oltre il 30% delle nascite è riferito a madri straniere. Le donne straniere provengono in particolare dall'Africa (29,6%) e dell'Unione Europea (17,9%). Le madri di origine Asiatica e Sud Americana sono rispettivamente il 21% e l'8,3% delle madri straniere. Delle donne che hanno partorito nell'anno 2023 il 42,4% ha una scolarità medio alta, il 22,0% medio bassa ed il 35,6% ha conseguito la laurea. Fra le straniere prevale invece una scolarità medio bassa (41,2%).

Delle donne che hanno partorito nel 2023, il 42,4% ha una scolarità medio alta, il 22,0% medio bassa ed il 35,6% ha conseguito la laurea. Fra le straniere prevale invece una scolarità medio bassa (41,2%). Il 60,1% delle madri lavora, il 23,7% sono casalinghe e il 14,2% sono disoccupate o in cerca di prima occupazione. La condizione professionale delle straniere che hanno partorito nel 2023 è per il 50,1% quella di casalinga a fronte del 67,9% delle donne italiane che hanno invece un'occupazione lavorativa.

invasive, l'amniocentesi è quella più usata, seguita dall'esame dei villi coriali (nell'1,4% delle gravidanze) e dalla funicolocentesi (nello 0,3%). In media sono state effettuate 2 amniocentesi ogni 100 parti.

L'utilizzo di tale indagine prenatale è diversificato a livello regionale, i valori più alti si hanno in Umbria (4,9%), in Liguria (4,4%) e in Piemonte (3,6%). A livello nazionale alle madri con più di 40 anni il prelievo del liquido amniotico è stato effettuato nel 5,17% dei parti denotando un trend decrescente nell'ultimo triennio.

LE VISITE

I DATI RILEVATI evidenziano ancora il fenomeno dell'eccessiva medicalizzazione e del sovra-utilizzo di prestazioni diagnostiche in gravidanza.

Nel 92,9% delle gravidanze il numero di visite ostetriche effettuate è superiore a quattro e nel 76,7% delle gravidanze si effettuano più di 3 ecografie. Le donne con cittadinanza straniera non si sottopongono ad alcun controllo nello 0,9% dei casi, rispetto ad una percentuale dello 0,4% per le donne italiane, e si sottopongono alla prima visita di controllo dopo l'undicesima settimana di gestazione nel 10,6% dei casi, rispetto all'1,8% delle donne italiane.

Anche la giovane età della donna, in particolare nelle madri al di sotto dei 20 anni, risulta associata ad un maggior rischio di assenza di controlli (2,6%) o tardivi (1° visita viene effettuata oltre l'undicesima settimana di gestazione nel 12,7% dei casi). Per quanto concerne le ecografie, nel 2023 a livello nazionale, sono state effettuate in media 5,8 ecografie per ogni parto, con valori regionali variabili tra 4,2 ecografie in Piemonte e 7,8 ecografie per parto in Sardegna.

Nell'ambito delle tecniche diagnostiche prenatali

IL PARTO

La donna ha accanto a sé al momento del parto (esclusi i cesarei) nel 94,84% dei casi il padre del bambino, nel 4,26% un familiare e nello 0,90% un'altra persona di fiducia. La presenza di una persona di fiducia piuttosto che di un'altra risulta essere influenzata dall'area geografica.

Si conferma il ricorso eccessivo al parto per via chirurgica. In media, nel 2023, il 30,3% dei parti è avvenuto con **taglio cesareo**, con notevoli differenze regionali che comunque evidenziano come in Italia vi sia ancora un ricorso eccessivo all'esplicitamento del parto per via chirurgica. Va detto che i dati denotano comunque una tendenza alla diminuzione in linea con le indicazioni delle "Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo".

Distribuzione per classi di parto del numero di parti e del numero di punti nascita secondo la tipologia di struttura (Anno 2023)

CLASSE DI PARTI	Pubblica			Privata accreditata			Privata non accreditata			Totale		
	Punti	Parti		Punti	Parti		Punti	Parti		Punti	Parti	
		v.a.	%		v.a.	%		v.a.	%		v.a.	%
0-499	90	28.735	8,46	2	909	2,48	4	267	100	96	29.911	7,95
500-799	96	60.690	17,88	10	6.267	17,11				106	66.957	17,79
800-999	48	42.771	12,60	5	4.465	12,19				53	47.236	12,55
1000-2499	104	158.138	46,58	14	17.677	48,27				118	175.815	46,71
2500+	14	49.143	14,48	2	7.302	19,94				16	56.445	15,00
Totale	352	339.477	100,00	33	36.620	100,00	4	267	100	389	376.364	100,00

Distribuzione regionale dei parti secondo il luogo dove essi avvengono (Anno 2023)

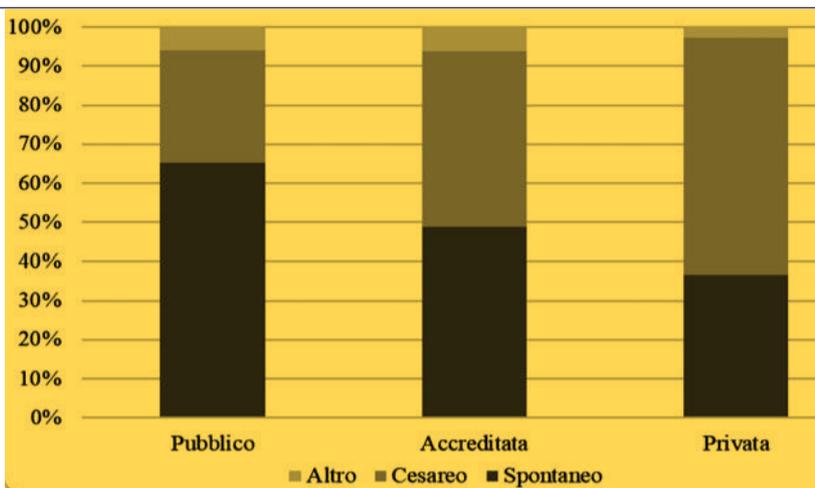
Regione	Punto nascita			Domicilio	Altro	Totale	% Non indicato errato	Parti
	Pubblico	Accreditato	Privato					
Piemonte	99,7	0,0	0,0	0,18	0,07	100,0	0,02	24.422
Valle d'Aosta	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	687
Lombardia	92,3	7,5	0,0	0,11	0,02	100,0	0,04	65.356
P.A. Bolzano	99,0	0,0	0,0	0,9	0,0	100,0	0,0	4.706
P.A. Trento	99,2	0,0	0,0	0,36	0,39	100,0	0,0	3.574
Veneto	99,6	0,0	0,0	0,31	0,13	100,0	0,0	29.936
Friuli Venezia Giulia	90,5	9,5	0,0	0,00	0,00	100,0	0,0	7.449
Liguria	99,8	0,0	0,0	0,0	0,1	100,0	0,0	7.855
Emilia Romagna	99,6	0,0	0,0	0,24	0,15	100,0	0,0	28.709
Toscana	99,8	0,0	0,0	0,00	0,05	100,0	0,1	21.197
Umbria	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	4.907
Marche	100,0	0,0	0,0	0,05	0,0	100,0	0,0	8.393
Lazio	80,0	19,3	0,7	0,0	0,0	100,0	0,0	35.282
Abruzzo	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	7.432
Molise	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	1.171
Campania	58,1	41,9	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	42.391
Puglia	93,1	6,8	0,0	0,03	0,01	100,0	0,0	25.493
Basilicata	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	3.340
Calabria	92,4	7,6	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	12.516
Sicilia	89,3	10,7	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	35.102
Sardegna	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	7.007
Totale	90,1	9,7	0,1	0,09	0,04	100,0	0,02	376.925

L'associazione delle modalità del parto con la presentazione del feto indica, anche per il 2023, che il ricorso al taglio cesareo è maggiore quando il feto non si presenta di vertice e il 27,56% dei parti in cui il feto si presenta di vertice avviene comunque con il taglio cesareo. Rispetto al luogo del parto il taglio cesareo viene effettuato in particolare nelle case di cura accreditate: il 45% dei parti contro il 24,74% negli ospedali pubblici.

Nei punti nascita con meno di 500 parti annui, l'incidenza di parti cesarei è maggiore di quella che si osserva mediamente a livello nazionale (32,63% rispetto a 30,32%).

Il fenomeno, evidenzia il Rapporto, è correlato anche alla maggiore concentrazione di strutture private nelle classi dei punti nascita di dimensioni ridotte. La presenza di professionisti sanitari al momento del parto non esclude i parti cesarei. Oltre all'ostetrica (95,96%) al momento del parto sono presenti: nell' 87,24% dei casi il ginecologo, nel 45,03% l'anestesista e nel 69,51% il pediatra/neonatalogo.

Distribuzione dei parti secondo la modalità del parto e la struttura dove esso avviene (Anno 2023)



PARTI PLURIMI

Sono stati 5.620 i parti plurimi, l'1,5% del totale dei parti. Non si registrano differenze regionali significative: il range di variazione va dallo 0,6% del Molise all'1,8 della Puglia. L'incidenza di parti plurimi è considerevolmente maggiore nelle gravidanze con procreazione medicalmente assistita, con un valore nazionale pari al 6,95%. La frequenza dei parti plurimi è più elevata fra le madri con più di 40 anni

Distribuzione regionale delle ecografie effettuate in gravidanza (Anno 2023)

Regione	Ecografie per parto	Numero di ecografie (valore %)				% Nessuna/non indicato
		1-3	4-6	7 e più	Totale	
Piemonte	4,2	46,4	39,1	13,8	100,0	0,6
Valle d'Aosta	5,9	11,2	48,8	40,0	100,0	0,0
Lombardia	5,5	30,9	32,3	36,3	100,0	0,5
Prov. Auton. Bolzano	4,6	28,5	54,9	15,9	100,0	0,8
Prov. Auton. Trento	3,9	49,1	44,1	5,9	100,0	0,8
Veneto	5,1	33,2	38,5	27,7	100,0	0,6
Friuli Venezia Giulia	5,5	21,0	46,1	32,8	100,0	0,1
Liguria	5,4	12,8	22,3	46,5	100,0	18,4
Emilia Romagna	4,8	39,0	37,3	23,5	100,0	0,2
Toscana	5,1	36,8	33,0	29,5	100,0	0,6
Umbria	6,6	5,6	37,5	56,4	100,0	0,6
Marche	5,7	16,8	42,6	40,4	100,0	0,2
Lazio	4,9	13,4	47,1	26,8	100,0	12,7
Abruzzo	6,9	2,4	34,7	61,1	100,0	1,7
Molise	6,3	6,7	47,4	45,4	100,0	0,4
Campania	7,3	2,5	22,7	74,7	100,0	0,2
Puglia	6,9	1,7	36,6	61,4	100,0	0,3
Basilicata	7,1	2,4	31,7	64,9	100,0	0,9
Calabria	7,0	9,2	23,1	67,5	100,0	0,2
Sicilia	6,3	8,8	30,7	55,0	100,0	5,5
Sardegna	7,8	2,2	14,4	82,8	100,0	0,5
Totale	5,8	20,9	34,3	42,3	100,0	2,4

I NEONATI

I nati vivi totali registrati nel 2023 dalle anagrafi comunali sono 379mila quelli rilevati attraverso il CeDAP sono 381.688. Dalla fonte CeDAP si ha un tasso di natimortalità di 2,40 nati morti ogni mille nati, in linea con l'anno precedente. Sono stati rilevati 919 nati morti corrispondenti ad un tasso di natimortalità, pari a 2,40 nati morti ogni mille nati, e registrati 4.507 casi di malformazioni diagnostiche alla nascita.

La distribuzione dei nati per classi di peso alla nascita è pressoché invariata rispetto a quella registrata nell'anno precedente. Pesi inferiori ai 1500 grammi si osservano nello 0,9% dei nati, il 6,1% ha un peso compreso tra 1500 e 2499 grammi, l'88,1% ha un peso tra 2500 e 3999 ed il 4,8% supera i 4000 grammi di peso alla nascita; per il 2023 i nati a termine con peso inferiore ai 2500 grammi rappresentano il 3,0% dei casi.

Il 98,5% dei nati ha riportato, a livello nazionale, un punteggio Apgar da 7 a 10 e solo lo 0,74% dei neonati è risultato gravemente o moderatamente depresso.

La codifica della causa che ha determinato la natimortalità, evidenzia il Rapporto, sembra essere molto difficoltosa anche perché quasi sempre il referto dell'esame autoptico viene reso noto dopo i 10 giorni previsti per la compilazione del CeDAP. Nel 2023 solo per il 38,6% dei 919 bambini nati morti è stata indicata la causa che ha determinato il decesso, nel 36,3% dei casi il motivo della morte non viene indicato e nel 23,8% dei casi viene indicata una causa errata o incompatibile con sesso e/o età. Per quanto riguarda le malformazioni riscontrabili al momento della nascita o nei primi 10 giorni di vita, è stato indicato il tipo di malformazione nel'82,5% dei casi.

Tra le prime 30 malformazioni per frequenza dei casi, che rappresentano il 98,1% delle malformazioni diagnostiche.

Percentuale di parti cesarei secondo la tipologia e la dimensione dei punti nascita (Anno 2023)

Classe di parti	% Parti con Taglio Cesareo			
	Pubblica	Privata accreditata	Privata non accreditata	Totale
0 - 499	31,60	56,99	60,67	32,63
500 - 799	28,09	44,14		29,59
800 - 999	27,33	47,66		29,25
1000 - 2499	28,36	48,30		30,36
2500 +	30,20	34,42		30,74
Totale	28,72	44,96	60,67	30,32

Distribuzione dei parti per durata della gestazione e decorso della gravidanza (Anno 2023)

Età gestazionale classi	Decorso gravidanza		Totale parti
	fisiologica	patologica	
22 - 27	0,1	1,0	0,3
28 - 31	0,2	1,8	0,5
32 - 33	0,3	2,1	0,7
34 - 36	3,4	9,8	4,6
37 - 41	95,2	84,9	93,2
> 41	0,8	0,3	0,7
Totale	100,0	100,0	100,0

LA RELAZIONE AL PARLAMENTO

I DATI
SULLA

PMA

Più coppie trattate e più bimbi nati

Sono 16.718, pari al 4,3% del totale nel 2022. Cresce l'eterologa

Per quanto riguarda l'applicazione delle tecniche con gameti donati, si osserva un aumento delle coppie trattate (da 12.053 a 13.093), dei cicli (da 14.122 a 15.131) e dei nati (da 3.719 a 3.805, circa il 2,3% in più). Si conferma la disparità nella distribuzione dei centri pubblici e privati convenzionati sul territorio nazionale, più presenti nel Nord del Paese. Rimane elevata l'età media delle donne che si sottopongono alle tecniche a fresco con gameti della coppia: 36,7 anni (valore più elevato rispetto alla media europea pari a 35 anni, European IVF Monitoring, EIM dati 2019)



Link alla Relazione del Ministero della Salute

SONO 87.192 le coppie che sono ricorse alla Procreazione medicalmente assistita nel 2022, (74.099 con gameti propri e 13.093 con gameti donati, in percentuale il 77,2% contro 22,8%) in aumento rispetto alle 86.090 del 2021. I cicli iniziati sono 109.755 (94.624 con gameti della coppia e 15.131 con gameti donati), di cui 36.265 nei centri pubblici, 26.242 nei privati convenzionati, 47.248 nei privati; anche questi in aumento rispetto ai 108.067 del 2021. E poi ci sono i bambini nati grazie all'impiego di queste tecniche: **sono 16.718, pari al 4,3% del totale dei bambini nati nel 2022** (393.333 nati vivi, Fonte: Istat), **in aumento di circa lo 0,5% rispetto ai 16.625 del 2021.**

È quanto emerge dalla Relazione anno 2024 sullo stato di attuazione della Legge 40/2004 in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), relativamente all'attività di centri Pma nel 2022, trasmessa dal ministro della Salute al Parlamento.

La Relazione contiene i dati raccolti dal Registro PMA dell'Istituto superiore di sanità relativi a tutti i centri attivi in Italia: sono in tutto 333 fra 98 pubblici, 20 privati convenzionati, 215 privati; 133 sono di I livello (effettuano cioè solo le tecniche più semplici) e 200 di II e III livello (che mettono a disposizione tecniche più complesse).

Per quanto riguarda i 94.624 cicli effettuati con gameti della coppia, 13.194 sono cicli di I livello (inseminazione semplice) e 81.430 sono cicli di II-III livello (inseminazione extra corporea, cioè formazione di embrioni in vitro). Di questi 50.072 (61,5%) sono cicli a fresco (Fivet-Icsi); 29.890 (36,7%) con tecnica Fer (Frozen Embryo Replace-

ment) e 1.468 (1,8%) con tecnica Fo (Frozen Oocyte). Per quanto riguarda l'applicazione delle **tecniche con gameti donati**, si osserva un aumento delle coppie trattate (da 12.053 a 13.093), dei cicli (da 14.122 a 15.131) e dei nati (**da 3.719 a 3.805, circa il 2,3% in più**). Dei 15.131 cicli con gameti donati, 588 sono cicli di I livello e 14.543 di II-III livello. Tra questi, 11.542 sono quelli iniziati con donazione di ovociti, freschi e congelati (pari al 79,4%); 925 sono i cicli con donazione sia di seme sia di ovociti (pari al 6,4%) e 2.076 con donazione di seme (pari al 14,3%).

I centri di PMA di II e III livello privati sono in numero superiore rispetto all'insieme dei pubblici e dei privati convenzionati (111 vs 71 + 18), ma nel complesso svolgono meno cicli di trattamento con tecniche di II-III livello che utilizzano gameti della coppia: il 34,7% dei centri è pubblico ed effettua il 34,5% dei cicli; l'8,9% è privato convenzionato ed effettua il 28,2% dei cicli; il 56,3% è privato ed effettua il 37,3% dei cicli. Dunque, complessivamente il 62,7% dei cicli di trattamenti di II e III livello con gameti della coppia si effettua nell'ambito del Ssn (in centri pubblici + privati convenzionati). Per quanto riguarda invece i cicli di II-III livello con gameti donati, solo il 27,5% è effettuato in centri pubblici o privati convenzionati, a fronte del restante 72,5% che è eseguito in centri privati. Da notare che un consistente numero di centri Pma di II e III Livello presenti sul territorio nazionale svolge un numero ridotto di procedure nell'arco dell'anno: solo il 32,5% di questi centri ha eseguito più di 500 cicli, contro una media europea del 50,1% (European IVF Monito-

ring, Eim anno 2019). Inoltre, si conferma la disparità nella distribuzione dei centri pubblici e privati convenzionati sul territorio nazionale, più presenti nel Nord del Paese. Il numero di cicli effettuati per milione di donne in età fertile è più alto nelle Regioni del Nord e del Centro, mentre in tutte quelle del Sud l'offerta di cicli è al di sotto della media nazionale.

Rimane **elevata l'età media delle donne** che si sottopongono alle tecniche a fresco con gameti della coppia: **36,7 anni** (valore più elevato rispetto alla media europea pari a 35 anni, European IVF Monitoring, EIM dati 2019). Le donne che si sottopongono alla fecondazione in vitro con ovociti donati hanno in media un'età pari a **41,9 anni**; le donne che si sottopongono alla stessa fecondazione in vitro, ma con seme donato, hanno in media 34,6 anni. La principale indicazione per i cicli effettuati con ovociti donati si conferma essere l'età materna avanzata, indicando come questa tecnica sia utilizzata soprattutto per infertilità fisiologica e non per patologie specifiche.

Le diverse scelte terapeutiche adottate, in particolare il "freeze-all" e il costante incremento dell'età media delle donne trattate, hanno determinato una flessione nelle percentuali di gravidanze ottenute, mentre rimane invariato un trend di miglioramento sulla percentuale di gravidanza cumulativa ormai consolidato dal 2011 in poi. Infine, diminuisce il numero di embrioni trasferiti in utero; di conseguenza diminuiscono sia i parti gemellari sia i trigemini, questi ultimi in linea con la media europea nonostante una persistente variabilità fra i centri. Diminuisce anche la per-



333

CENTRI DI PMA ATTIVI NEL 2022, DI CUI

133

DI PRIMO LIVELLO

200

DI SECONDO E TERZO LIVELLO

87.192

COPPIE TRATTATE CON TECNICHE DI PMA DI PRIMO, SECONDO E TERZO LIVELLO

109.755

CICLI DI TRATTAMENTO INIZIATI

22.501

GRAVIDANZE OTTENUTE

1.730

GRAVIDANZE PERSE AL FOLLOW-UP (7,7%)

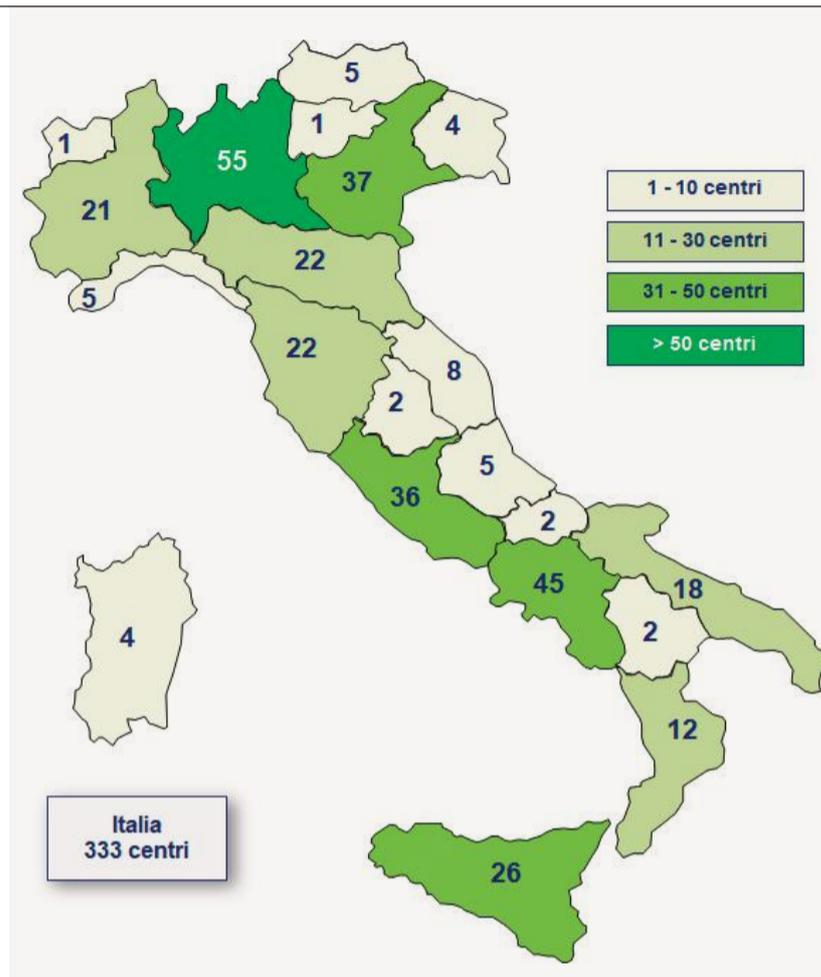
15.903

PARTI DOCUMENTATI

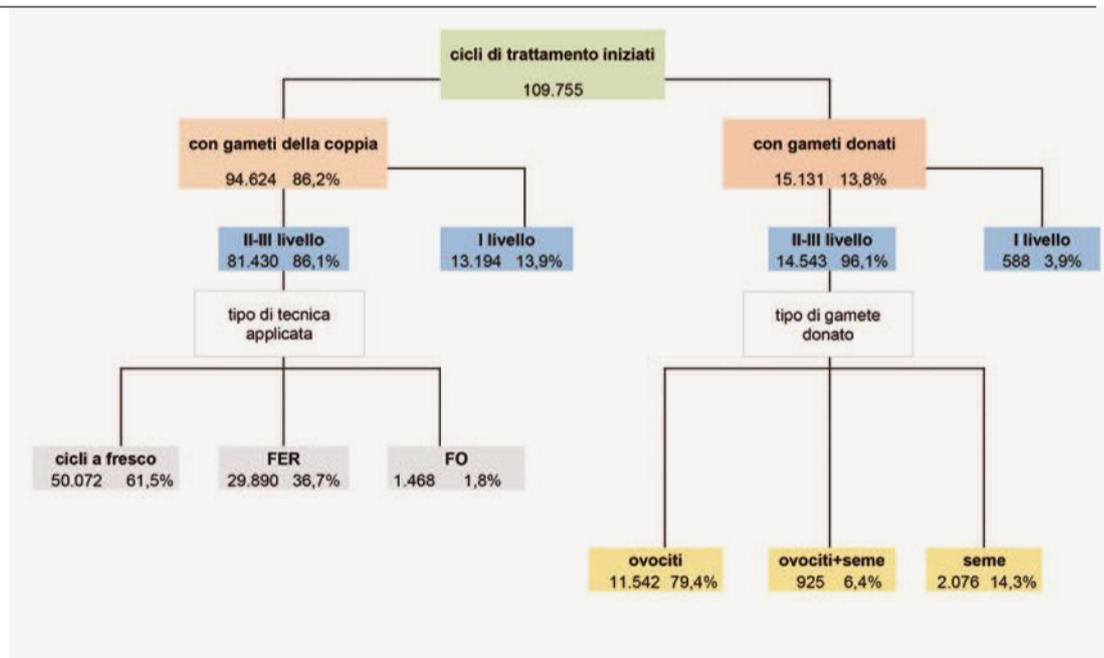
16.718

BAMBINI NATI VIVI IL 4,25% DEL TOTALE DEI NATI NEL 2022 (393.333 NATI VIVI. FONTE: ISTAT)

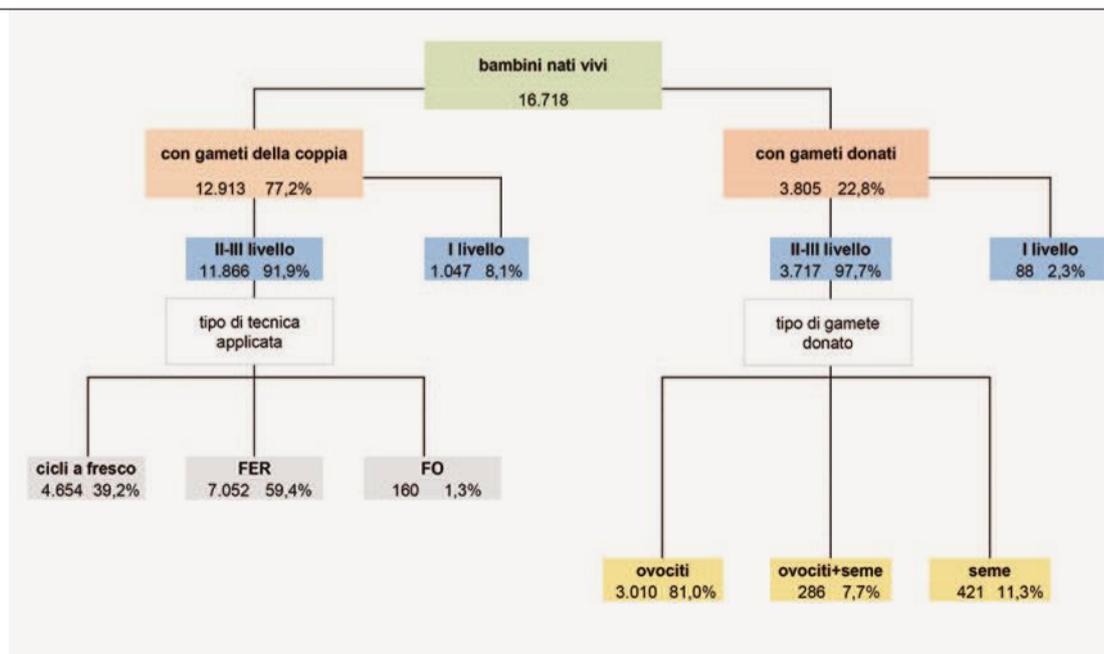
Distribuzione regionale dei centri che hanno svolto attività nel 2022



Cicli totali di pma iniziati nel 2022



Bambini nati vivi dall'applicazione di tutte le tecniche di pma nel 2022



centuale di esiti negativi sulle gravidanze monitorate per la fecondazione in vitro sia da tecniche a fresco sia da tecniche con scongelamento. Nelle conclusioni il ministro Schillaci evidenzia come sia “auspicabile migliorare l’accessibilità alle tecniche di PMA garantendo alle coppie l’offerta dei percorsi nelle strutture pubbliche e private convenzionate, annullando o riducendo le differenze regionali nell’offerta. L’adeguamento della normativa riguardante la PMA alle sentenze della Consulta e l’implementazione delle direttive europee su cellule e tessuti hanno consentito sinora l’accesso a tecniche di PMA rispettose dei livelli di qualità e sicurezza indicati dagli standard europei. Una corretta valutazione dell’appropriatezza dei trattamenti e la garanzia della trasparenza delle informazioni rese disponibili alle istituzioni e ai cittadini richiedono un sistema di raccolta dei dati con specifici requisiti di qualità, applicabili per la sorveglianza epidemiologica in Sanità Pubblica”. Infine, “l’età della coppia, in particolar modo della donna, incide in modo determinante sulla sicurezza della tecnica di PMA. La conoscenza dei rischi connessi all’età avanzata e delle probabilità di successo di ogni trattamento consente di avere elementi decisionali utili ad ogni singola situazione. È di fondamentale importanza sostenere l’attività di ricerca e promuovere le campagne di comunicazione nonché fornire il sostegno finanziario alle Regioni attraverso risorse dedicate alla PMA, così come previsto dalla legge n. 40/2004”.

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA 2023

LEA 2023

Cure non garantite a pieno in 8 regioni

La medicina territoriale resta il punto debole del Ssn



TABELLA 1
Trend macro Lea (2019-2023)

TOP

VENETO

TOSCANA

EMILIA ROMAGNA

TRENTO

FLOP

CALABRIA

VALLE D'AOSTA

SICILIA

Male anche la Lombardia che esce dalla top five. Globalmente il Servizio sanitario nazionale mostra un trend di miglioramento nell'area ospedaliera, mentre è in peggioramento continuo nell'area distrettuale e in quella della prevenzione ancorché con un trend meno "robusto". Particolare attenzione va posta al trend dell'assistenza distrettuale. Infatti nel 2023 si aspettava di osservare i primi effetti dell'adozione degli standard di cui al DM 77/2022, cosa che non si è manifestata, nonostante gli investimenti del Pnrr. Campanello d'allarme per il Ministero

COMPLESSIVAMENTE, nell'anno 2023 le Regioni Piemonte, Lombardia, Provincia Autonoma di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Campania, Puglia e Sardegna registrano un punteggio superiore a 60 (soglia di sufficienza) in tutte le macro-aree della Prevenzione, Distrettuale e Ospedaliera. Nessuna Regione/P.A. presenta punteggi inferiori alla soglia su tutte le tre macro-aree. Ma sono otto le Regioni che raggiungono l'insufficienza in almeno un'area.

Questo, in sintesi, quanto emerge dal rapporto definitivo del Sistema di Garanzia 2023 che rappresenta lo strumento attraverso il quale il Governo assicura a tutti i cittadini italiani che l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (Lea) avvenga in condizioni di qualità, appropriatezza ed uniformità.

LE REGIONI CHE PRESENTANO UN PUNTEGGIO INFERIORE ALLA SOGLIA DELLA SUFFICIENZA IN UNA O PIÙ MACRO-AREE SONO:

IN DUE MACRO-AREE Valle D'Aosta (Distrettuale e Ospedaliera), Abruzzo, Calabria, Sicilia (Prevenzione e Distrettuale);

IN UNA MACRO-AREA P.A. Bolzano, Liguria e Molise (Prevenzione), Basilicata (Distrettuale).

Ricordiamo che è sufficiente non raggiungere il punteggio minimo (60) anche su uno dei tre indicatori (prevenzione, distrettuale, ospedaliera) per non risultare adempiente. Sono invece 13 le Regioni che raggiungono e superano il livello della sufficienza.

Più in generale, risultano promosse le cure ospedaliere su quasi tutto il territorio. Il quadro cambia invece sostanzialmente quando si vanno ad analizzare i dati della prevenzione e dell'assistenza territoriale, con circa un terzo dell'Italia sotto la soglia della sufficienza. Il che si traduce con la necessità di lavorare ancora tanto sul-

La pubblicazione in formato pdf è reperibile al link contenuto nel QR code





REGIONI	PUNTEGGIO COMPLESSIVO 2023
VENETO	288
TOSCANA	286
EMILIA ROMAGNA	278
P.A. TRENTO	278
PIEMONTE	270
LOMBARDIA	257
UMBRIA	257
MARCHE	248
FRIULI VENEZIA GIULIA	235
PUGLIA	228
LIGURIA	219
LAZIO	216
CAMPANIA	205
P.A. BOLZANO	200
MOLISE	193
SARDEGNA	192
BASILICATA	189
ABRUZZO	182
SICILIA	173
VALLE D'AOSTA	162
CALABRIA	150

Fonte: Quotidiano Sanità

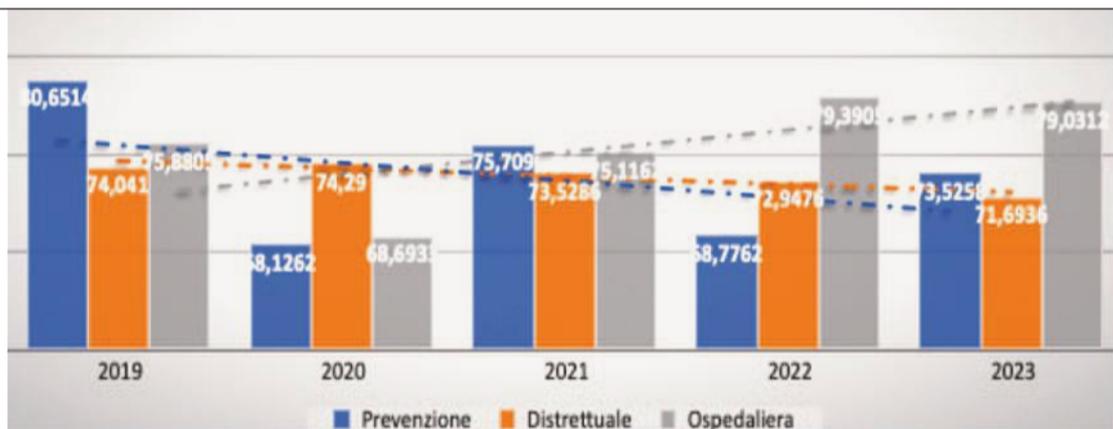


TABELLA 1
NSG anno 2023, punteggi indicatori CORE

Regioni	2023		
	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera
Piemonte	93	90	87
Valle d'Aosta	77	35	53
Lombardia	95	76	86
P.A. Bolzano	58	82	62
P.A. Trento	98	83	97
Veneto	98	96	94
Friuli Venezia Giulia	81	81	73
Liguria	54	85	80
Emilia Romagna	97	89	92
Toscana	95	95	96
Umbria	93	80	84
Marche	74	83	91
Lazio	63	68	85
Abruzzo	54	45	83
Molise	58	73	62
Campania	61	72	72
Puglia	74	69	85
Basilicata	68	52	69
Calabria	41	40	69
Sicilia	49	44	80
Sardegna	65	67	60

la promozione di screening, vaccini, uso corretto di antibiotici, promozione di stili di vita sani ma anche assistenza a domicilio ed alla non autosufficienza.

A livello complessivo, questa la classifica generale delle prestazioni Lea erogate dalle Regioni nel 2023 sommando i punteggi ottenuti nelle tre aree prese in considerazione (in rosso le Regioni con almeno una inadempienza nelle tre aree).

DAI RISULTATI COMPLESSIVI EMERGE L'ENNESIMA 'SPACCATURA' NEL PAESE

I risultati migliori si registrano infatti al Centro-Nord, nonostante la Lombardia esca dalla 'top five': Veneto (288), Toscana (286), Emilia Romagna (278), P.A. Trento (278) e Piemonte (270). Di contro, tra le ultime cinque Regioni ne troviamo ben quattro del Centro-Sud: Basilicata (189), Abruzzo (182), Sicilia (173), Valle d'Aosta (162) e, fanalino di coda, la Calabria (150).

Globalmente il Servizio sanitario nazionale mo-

stra un trend di miglioramento nell'area ospedaliera, mentre è in peggioramento continuo nell'area distrettuale e in quella della prevenzione ancorché con un trend meno "robusto". Particolare attenzione va posta al trend dell'assistenza distrettuale. Infatti nel 2023 si aspettava di osservare i primi effetti dell'adozione degli standard di cui al DM 77/2022, cosa che non si è manifestata. Quel Decreto prevedeva la messa a terra di quanto previsto e finanziato dal Pnrr per il rilancio del territorio, a partire dalle Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Cot e assistenza domiciliare integrata. Questi dati sembrano invece profilarsi come un nuovo campanello d'allarme visto che il problema principale del Ssn sembra sia dunque rimasto proprio quel territorio che aveva rivelato tutte le sue fragilità durante il periodo emergenziale Covid, soprattutto in alcuni territori, nonostante gli interventi e gli investimenti messi in campo negli ultimi anni.

**I DATI
DEL MINISTERO
DELLA SALUTE**

HPV

Prosegue il trend di crescita ma la copertura vaccinale media per HPV nelle ragazze è al di sotto della soglia ottimale prevista dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (95% nel 12° anno di vita). Anche a livello regionale, nessuna Regione/PA raggiunge il 95% in nessuna delle coorti prese in esame

Migliorano nel 2023 le coperture vaccinali

Ma l'obiettivo del 95% è ancora lontanissimo

“I DATI DELLE COPERTURE vaccinali (ciclo completo), sia per le femmine che per i maschi, pur mostrando ancora valori bassi sulle rilevazioni puntuali nei target primari dell'intervento, evidenziano un miglioramento rispetto all'anno precedente; si conferma inoltre il trend in miglioramento osservato anche negli anni precedenti sulle singole coorti di nascita (recuperi vaccinali), tuttavia, la copertura vaccinale media per HPV nelle ragazze è al di sotto della soglia ottimale prevista dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (95% nel 12° anno di vita). Anche a livello regionale, nessuna Regione/PA raggiunge il 95% in nessuna delle coorti prese in esame”.

È quanto evidenzia il Ministero della Salute in merito ai dati nazionali e regionali di copertura, al 31 dicembre 2023, per la vaccinazione anti-HPV nella popolazione femminile e maschile, relativamente alle corti di nascita 1999-2011.

DI SEGUITO I PUNTI PRINCIPALI:

IL VALORE DI COPERTURA vaccinale nazionale per HPV (per ciclo completo) nelle ragazze nella coorte più giovane (2011), che compivano 12 anni nell'anno di rilevazione, è al 45,39%, mentre quello della coorte 2010 (compimento 13 anni nell'anno di rilevazione) è al 60,78%. Rispetto alla rilevazione del 2022, sulle stesse fasce di età, si osserva un incremento, pari al 6,61%, per le ragazze che compivano 12 anni nell'anno di rilevazione, e un aumento del 4,6% per le ragazze che compivano 13 anni nell'anno di rilevazione.

LA COPERTURA PER CICLO completo nella coorte 2008 (ragazze che compivano 15 anni nell'anno di rilevazione, utilizzata dall'Oms come riferimento nelle sue statistiche), è del 69,57%, sovrapponibile al dato sulla stessa fascia di età rilevato l'anno precedente (69,32%).

IL VALORE DI COPERTURA vaccinale nazionale per HPV nei ragazzi della coorte più giovane (2011), che compivano 12 anni nell'anno di rilevazione, è al 39,35%, mentre quello della coorte 2010 (ragazzi che compivano 13 anni nell'anno di rilevazione) è al 51,64%. Rispetto alla rilevazione del 2022, sulle stesse fasce di età, si osserva un incremento del 5,06% per i ragazzi che compivano 12 anni nell'anno di rilevazione, e del 2,84% per i ragazzi che compivano 13 anni nell'anno di rilevazione;

ANCHE PER I RAGAZZI continua il progressivo miglioramento delle coperture delle singole coorti, ma anche in questo caso nessuna coorte raggiunge l'obiettivo di copertura del 95%.



Regione	Popolazione target	% vaccinate con almeno 1 dose	% vaccinate con ciclo completo
Piemonte	17990	68,43	52,06
Valle d'Aosta	576	77,26	58,33
Lombardia	46298	83,39	66,44
Prov. Aut. Bolzano	2735	50,57	26,14
Prv. Aut. Trento	2663	73,64	69,85
Veneto	22201	66,79	47,56
Friuli-Venezia Giulia	4740	35,53	12,28
Liguria	5679	62,44	46,75
Emilia-Romagna	20560	70,49	56,19
Toscana	15656	74,57	65,23
Umbria	3647	83,05	68,66
Marche	6783	52,85	31,23
Lazio	25864	51,64	29,23
Abruzzo	5444	53,66	33,25
Molise	1180	62,20	49,15
Campania	27309	42,42	25,78
Puglia	18382	70,69	53,81
Basilicata	2095	63,68	44,96
Calabria	7449	51,70	33,87
Sicilia	23032	41,18	23,23
Sardegna	6396	52,81	33,52
Italia	266679	62,69	45,39

COORTE DI NASCITA 2011
Copertura vaccinale per HPV per dose e Regione al 31/12/2023 (solo femmine)

MEDICI: I DATI FNOMCEO



ADELASIA COCCO

Nel 1914 divenne la prima donna medico condotto del nostro Paese

“

Appena cento anni fa, le donne medico in Italia erano circa duecento, per diventare 367 nel 1938

DONNE MEDICO OLTRE IL SORPASSO

TRA I MEDICI ITALIANI con meno di 50 anni, sei su dieci sono donne. E, tra i medici con età compresa tra i 40 e i 49 anni, la proporzione sale al 64%: quasi due su tre.

Sono questi alcuni dei dati più eclatanti tra quelli elaborati, come ogni anno, in occasione dell'8 marzo dal Ced della **Fnomceo**, la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli Odontoiatri e aggiornati al 18 febbraio scorso. Dati che mostrano, nelle fasce d'età più giovani, un leggero incremento della forbice, a favore della quota al femminile, rispetto a un anno fa.

I MEDICI. C'è da dire, tuttavia, che i medici under 50 sono solo il 42% dei 422.511 iscritti al loro Albo. Percentuale, questa, sottolinea la Fnomceo, che fa il paio con i dati Eurostat, che indicano l'Italia come il Paese europeo con i medici ancora attivi più anziani per età.

In ogni caso, se consideriamo la platea dei medici con meno di 70 anni, tutti potenzialmente ancora in attività anche all'interno del Servizio sanitario nazionale, il quadro cambia, ma di poco: sono ancora le donne ad essere in vantaggio, anche se con una percentuale più risicata, il 53%. Situazione esattamente opposta, invece, se guardiamo al totale dei medici iscritti agli Albi: più numerosi sono allora gli uomini, con la stessa percentuale del 53%. Questo perché tra gli over 75 che restano iscritti all'albo, circa 35mila, oltre 29mila sono uomini, l'83% (un punto percentuale in meno rispetto allo scorso anno). Percentuale che scende al 76%, rimanendo comunque elevata, se consideriamo tutti i medici con più di 70 anni.

Del resto, quella della femminilizzazione della professione è una tematica moderna: appena cento anni fa, le donne medico in Italia erano circa

Tra i 40 e i 49 anni doppiano gli uomini



Un francobollo per Ernestina Paper.

Prima donna a laurearsi nell'Italia unita

duecento, per diventare 367 nel 1938. Tra di loro, anche Adelasia Cocco, che nel 1914 divenne, con coraggio e determinazione e a dispetto di mille ostacoli, la prima donna medico condotto del nostro Paese, a fronte di 11.554 uomini.

Medico fu però la prima donna a laurearsi nell'Italia unita: Ernestina Paper, originaria di Odessa, che discusse la sua tesi all'Università di Firenze nel 1877; seguita, l'anno dopo a Torino, da Maria Farné Velleda, seconda laureata d'Italia, sempre in Medicina.

Ma torniamo al presente. Analizzando i numeri per fasce di età, vediamo che gli uomini sono in maggioranza in tutte le fasce oltre i 60 anni. Si ha una sostanziale parità, con lieve preponderanza femminile, nella fascia tra i 55 e i 59 anni e poi, scendendo ancora con l'età, la tendenza si inverte. Le fasce d'età in cui la stragrande maggioranza dei medici è donna sono, come detto, quelle tra i 45 e i 49 anni e tra i 40 e 44. Scendendo an-

cora, il gap si restringe, ma resta sempre a favore del genere femminile, in tutte le fasce.

Il fenomeno della femminilizzazione della professione medica è dunque destinato ad accentuarsi nei prossimi cinque - dieci anni, quando via via i medici con un'età più elevata andranno in pensione e saranno sostituiti dalle fasce con percentuali femminili più elevate, per poi tendere, forse a una situazione di maggior parità.

“Nel nostro Servizio sanitario nazionale le colleghe sono ormai, da almeno cinque anni, la maggioranza – commenta il Presidente della Fnomceo **Filippo Anelli** – soprattutto nelle fasce di età dove va costruita la carriera e in cui aumentano le responsabilità professionali e quelle familiari. I modelli organizzativi, gli orari di lavoro devono sempre più tener conto di questa realtà, valorizzando le professioniste e i professionisti, prevedendo modelli organizzativi che permettano a donne e uomini di conciliare i tempi di lavoro con quelli della vita privata e della famiglia e che tengano in debito conto, non facendole pesare sugli organici già ridotti, le possibili assenze per maternità”.

I DATI DELL'EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL (ECDC)



Malattie sessualmente trasmesse

Casi in aumento in tutta Europa, gonorrea +300% dal 2014

Esistono diverse ipotesi sul motivo per cui i casi di Mst sono aumentati. Un maggior numero di test in alcune popolazioni probabilmente spiega parte dell'aumento. Altre possibili motivi, che necessitano di ulteriori studi, includono cambiamenti nei comportamenti sessuali a rischio, come un minor uso del preservativo e un numero maggiore di partner sessuali

NEL 2023, sono stati segnalati 96.969 casi confermati di gonorrea in 28 paesi dell'Unione Europea/Spazio Economico Europeo (UE/SEE), con un tasso di notifica grezzo di 25,0 casi ogni 100.000 abitanti, che rappresenta un aumento del 31% del tasso di notifica grezzo rispetto al 2022. Sono stati osservati aumenti in quasi tutte le fasce d'età e tra gli uomini che hanno rapporti sessuali con uomini (MSM), nonché tra uomini e donne eterosessuali.

I casi di malattie sessualmente trasmesse (Mst) continuano ad aumentare in tutta Europa. Nel 2023, secondo i nuovi dati dell'European Center for Diseases Control and Prevention (Ecdc) sono stati segnalati 96.969 casi confermati di **gonorrea** nei 28 paesi Ue/See, con un aumento del 31% rispetto al 2022 e un sorprendente aumento di oltre il 300% rispetto al 2014. Questa impennata è stata osservata in diverse fasce d'età e dati demografici, inclusi uomini che hanno rapporti sessuali con uomini (Msm) e uomini e donne eterosessuali. I tassi più elevati tra le donne si sono registrati nella fascia d'età compresa tra 20 e 24 anni e questo è anche il gruppo con l'aumento più ingente nel 2023 (46%). Per gli uomini, i tassi più alti sono stati osservati nella fascia di età compresa tra 25 e 34 anni. Se non curata, la gonorrea può portare a gravi problemi di salute, come la malattia infiammatoria pelvica e l'infertilità, sia negli uomini che nelle donne.

Anche i casi di **sifilide** continuano ad aumentare. Nel 2023, sono stati segnalati più di 40.000 casi confermati in 29 paesi Ue/See, con una crescita del 13% rispetto al 2022 e un raddoppio rispetto al 2014. La sifilide è più comune tra gli uomini,

ni, con sette uomini diagnosticati per ogni donna. I tassi più alti sono stati osservati tra gli uomini di età compresa tra 25 e 34 anni. La maggior parte dei casi di sifilide (72%) è stata segnalata tra gli Msm. Tuttavia, rispetto al 2022, i tassi di sifilide sono aumentati tra le donne di tutte le fasce di età. La sifilide non curata può causare complicazioni a lungo termine nel cuore e nel sistema nervoso e se una donna incinta ha la sifilide non curata, il bambino può soffrire di gravi complicazioni.

Nonostante un rallentamento nell'aumento delle notifiche di **clamidia** nel 2023, questa rimane la Mst batterica più frequentemente segnalata in Europa. Nel 2023, sono stati segnalati più di 230milacasi nei paesi Ue/See, con un aumento del 13% rispetto al 2014. L'infezione continua a colpire in modo sproporzionato i giovani, con i tassi più elevati tra le donne di età compresa tra 20 e 24 anni.

RESISTENZA ANTIMICROBICA (AMR) NELLA GONORREA. Oltre all'aumento del numero di casi segnalati di Mst, una preoccupazione particolare è la crescente minaccia della resistenza antimicrobica (Amr) nella gonorrea. L'emergere di ceppi resistenti ai farmaci, sottolinea l'Ecdc, minaccia l'efficacia dei trattamenti attuali. Questo rende quindi fondamentale enfatizzare la prevenzione e promuovere un uso responsabile degli antibiotici. L'Ecdc in ogni caso monitora attivamente le tendenze dell'Amr nella Neisseria gonorrhoea e collabora con i Paesi per rafforzare la sorveglianza e implementare strategie per combattere la resistenza.

Link ai dati del Rapporto



FIGURA 1

Casi confermati di sifilide per 100.000 abitanti per paese, UE/SEE, 2023

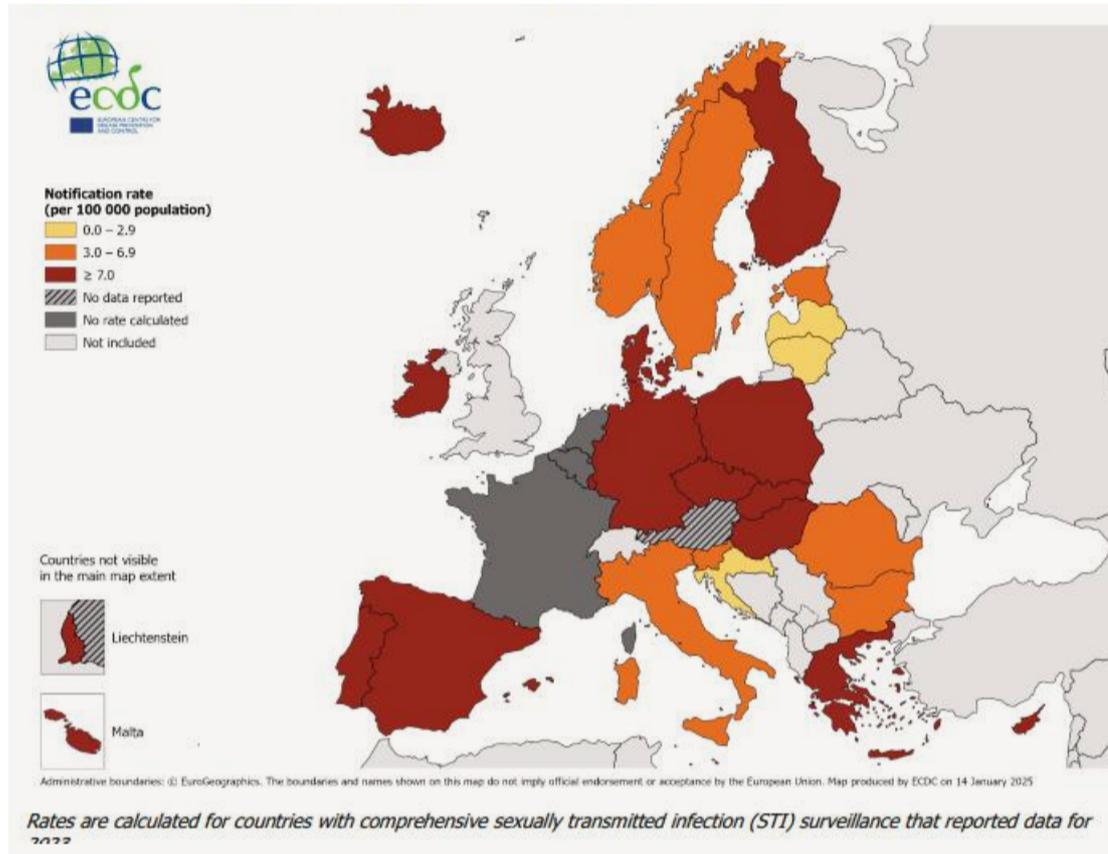


FIGURA 1

Casi confermati di sifilide per 100.000 abitanti e tassi per paese, UE/SEE, 2023

Country	2019		2020		2021		2022		2023	
	Number	Rate								
Austria	NDR	NRC								
Belgium	1 670	NRC	1 407	NRC	2 113	NRC	2 191	NRC	2 545	NRC
Bulgaria	480	7.2	319	4.9	271	4.1	361	5.6	348	5.4
Croatia	28	0.7	22	0.6	35	0.9	48	1.2	36	0.9
Cyprus	31	3.5	43	4.8	92	10.3	72	8.0	95	10.3
Czechia	630	5.9	716	6.7	758	7.2	856	8.1	784	7.2
Denmark	361	6.2	445	7.6	638	10.9	677	11.5	672	11.3
Estonia	37	2.8	33	2.5	31	2.3	39	2.9	50	3.7
Finland	251	4.5	207	3.7	168	3.0	383	6.9	456	8.2
France	1 080	NRC	982	NRC	1 285	NRC	1 761	NRC	2 025	NRC
Germany	7 928	9.5	7 404	8.9	6 755	8.1	8 346	10.0	9 123	10.8
Greece	443	4.1	401	3.7	654	6.1	864	8.3	911	8.7
Hungary	788	8.1	774	7.9	764	7.9	1 062	11.0	1 208	12.6
Iceland	38	10.6	31	8.5	50	13.6	50	13.3	73	18.8
Ireland	745	15.2	582	11.7	717	14.3	879	17.4	864	16.4
Italy	1 826	3.1	843	1.4	1 614	2.7	2 544	4.3	2 538	4.3
Latvia	75	3.9	68	3.6	48	2.5	27	1.4	15	0.8
Liechtenstein	NDR	NRC	4	10.3	1	2.6	6	15.3	4	10.1
Lithuania	117	4.1	54	1.9	117	4.2	86	3.1	75	2.6
Luxembourg	51	8.3	199	31.8	185	29.1	151	23.4	164	24.8
Malta	95	19.2	85	16.5	166	32.2	127	24.4	123	22.7
Netherlands	1 474	NRC	1 526	NRC	1 684	NRC	1 925	NRC	2 097	NRC
Norway	205	3.8	287	5.3	163	3.0	195	3.6	208	3.8
Poland	1 627	4.3	711	1.9	1 127	3.0	1 992	5.4	2 986	8.1
Portugal	480	4.7	870	8.4	1 146	11.1	1 612	15.6	1 153	11.0
Romania	539	2.8	296	1.5	318	1.7	493	2.6	569	3.0
Slovakia	279	5.1	160	2.9	289	5.3	451	8.3	695	12.8
Slovenia	54	2.6	31	1.5	37	1.8	34	1.6	78	3.7
Spain	4 880	10.4	4 531	9.6	5 277	11.1	8 365	17.6	10 591	22.0
Sweden	431	4.2	473	4.6	583	5.6	535	5.1	565	5.4
EU/EEA (30 countries)	26 643	6.5	23 504	5.6	27 086	6.4	36 132	8.8	41 051	9.9
UK	8 738	13.1	NDR	NRC	NA	NA	NA	NA	NA	NA
EU/EEA (31 countries)	35 381	7.5	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE.

AUMENTANO TRA I GIOVANI, NONOSTANTE IL 60% SI CONSIDERI INFORMATO.

SIGO: “GINECOLOGHI IN PRIMA LINEA PER INFORMARE”

PREOCCUPANTE AUMENTO delle infezioni sessuali tra i giovani, contratte anche durante viaggi all'estero o in Italia. Gli ultimi dati registrano un incremento dei casi di gonorrea del +100% rispetto al 2019, +50% per la sifilide e +25% per la clamidia. Alla base di questa crescita di contagi, la scarsa conoscenza dei giovani sulle malattie a trasmissione sessuale. È quanto emerge da un'indagine congiunta nelle



scuole italiane (Sigo, Road to Green 2020 e Consumerismo) su un campione di ragazzi dai 13 ai 18 anni, rivela che quasi il 60% degli studenti si considera molto informato sulle malattie sessuali, e solo il 3% ammette di non saperne nulla. Quasi il 98% afferma di conoscere tutte o alcune malattie trasmissibili durante i rapporti sessuali. Oltre l'82% dice di conoscere il Papilloma Virus.

La realtà, tuttavia, è diversa: informazioni superficiali da web e social network, scarso dialogo con genitori, medici e adulti, e un'eccessiva sicurezza di sé stessi portano i ragazzi ad adottare comportamenti sessuali rischiosi per la salute e potenzialmente causa di gravidanze indesiderate.

La società e il sistema sanitario sono in profonda evoluzione e le società scientifiche devono adeguarsi. Per questo, la Federazione Sigo (Agoi, Agui e Agite) ha avviato un nuovo percorso di corretta informazione e si impegna in un'attività di divulgazione scientifica, di ricerca e associativa, ma anche formativa e informativa rivolta agli operatori sanitari, alla società civile e soprattutto ai giovani.

“Vogliamo far comprendere – dichiara il Prof. Vito Trojano, presidente Sigo – come l'interesse e la cura del proprio corpo, gli stili di vita, la giusta alimentazione e lo sport siano i principali fattori di prevenzione. In questo nuovo percorso, diffonderemo i consigli “salute-donna” anche attraverso una casella di posta elettronica sempre attiva (salutedonna@sigo.it) per rispondere ai quesiti. Vogliamo trasmettere un forte messaggio di dialogo e disponibilità.”

MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE

LE POSSIBILI CAUSE. Esistono diverse ipotesi sul motivo per cui i casi di Mst sono aumentati. Un maggior numero di test in alcune popolazioni probabilmente spiega parte dell'aumento. Altri possibili motivi, che necessitano però di ulteriori studi, includono cambiamenti nei comportamenti sessuali a rischio, come un minor uso del preservativo e un numero maggiore di partner sessuali.

LE INDICAZIONI DELL'ECDC. L'Ecdc sottolinea quindi l'importanza di misure proattive per affrontare i crescenti tassi di Mst: "L'uso costante del preservativo è fondamentale per la prevenzione. Anche una comunicazione aperta e onesta sulla salute sessuale con i partner può aiutare a ridurre

il rischio di trasmissione di Mst. Le persone che manifestano sintomi di infezioni sessualmente trasmissibili, tra cui dolore durante la minzione, secrezioni dal pene, dalla vagina o dall'ano o dolore nella parte inferiore dello stomaco, sono fortemente consigliate di sottoporsi a test. Altri sintomi includono un'ulcera o un'eruzione cutanea intorno all'area genitale, alla bocca o all'ano. Poiché è possibile avere una Mst e non avere alcun sintomo, le persone sessualmente attive sono perciò incoraggiate a sottoporsi al test, in particolare quelle con partner sessuali nuovi, occasionali o multipli. La diagnosi precoce e il trattamento sono essenziali per prevenire un'ulteriore trasmissione e potenziali complicazioni".

FIGURA 1

Casi confermati di gonorrea per 100.000 abitanti per paese, UE/SEE, 2023

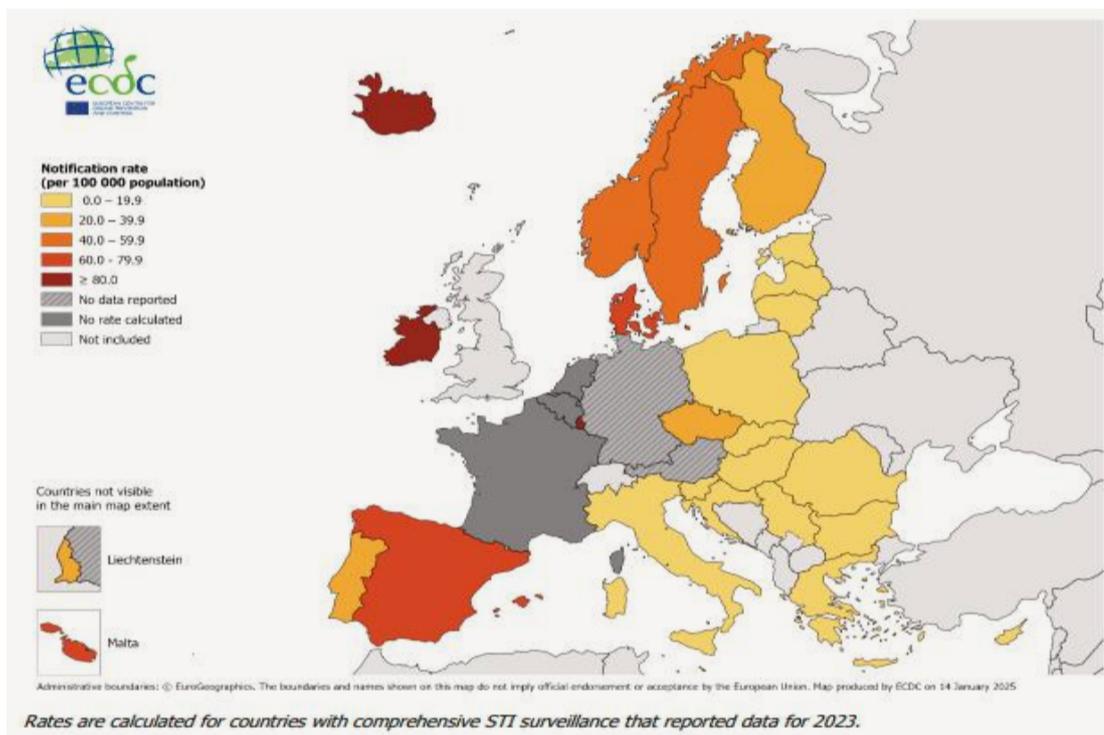


TABELLA 1

Casi confermati di gonorrea e tassi per 100.000 abitanti per paese e anno, UE/SEE, 2019–2023

Country	2019		2020		2021		2022		2023	
	Number	Rate	Number	Rate	Number	Rate	Number	Rate	Number	Rate
Austria	NDR	NRC	NDR	NRC	NDR	NRC	NDR	NRC	NDR	NRC
Belgium	2 635	NRC	1 707	NRC	3 964	NRC	4 523	NRC	6 622	NRC
Bulgaria	22	0.3	17	0.3	3	0.0	23	0.4	56	0.9
Croatia	40	1.0	13	0.3	17	0.4	21	0.5	26	0.7
Cyprus	2	0.2	7	0.8	5	0.6	13	1.4	25	2.7
Czechia	1 642	15.4	1 672	15.6	1 829	17.4	2 058	19.6	2 468	22.8
Denmark	2 210	38.1	2 669	45.8	2 818	48.3	3 928	66.9	4 085	68.9
Estonia	78	5.9	22	1.7	54	4.1	117	8.8	137	10.0
Finland	605	11.0	482	8.7	510	9.2	960	17.3	1 329	23.9
France	3 611	NRC	5 398	NRC	7 077	NRC	8 704	NRC	10 723	NRC
Germany	NDR	NRC	NDR	NRC	NDR	NRC	NDR	NRC	NDR	NRC
Greece	201	1.9	161	1.5	246	2.3	360	3.4	457	4.4
Hungary	1 348	13.8	1 261	12.9	1 309	13.5	1 156	11.9	1 345	14.0
Iceland	122	34.2	93	25.5	105	28.5	158	42.0	333	85.9
Ireland	2 811	57.3	2 061	41.5	2 349	46.9	4 172	82.5	6 440	122.2
Italy	813	1.4	333	0.6	849	1.4	1 953	3.3	2 355	4.0
Latvia	132	6.9	109	5.7	70	3.7	158	8.4	134	7.1
Liechtenstein	NDR	NRC	4	10.3	5	12.8	10	25.4	10	25.2
Lithuania	56	2.0	31	1.1	30	1.1	38	1.4	38	1.3
Luxembourg	24	3.9	311	49.7	417	65.7	475	73.6	606	91.7
Malta	161	32.6	94	18.3	240	46.5	228	43.8	402	74.2
Netherlands	6 917	NRC	6 826	NRC	7 966	NRC	10 601	NRC	13 853	NRC
Norway	1 704	32.0	1 045	19.5	555	10.3	1 858	34.2	2 985	54.4
Poland	281	0.7	246	0.6	287	0.8	556	1.5	1 209	3.3
Portugal	1 128	11.0	1 068	10.4	1 253	12.2	2 402	23.2	2 280	21.7
Romania	33	0.2	10	0.1	22	0.1	23	0.1	30	0.2
Slovakia	369	6.8	319	5.8	414	7.6	394	7.2	458	8.4
Slovenia	223	10.7	213	10.2	292	13.8	333	15.8	276	13.0
Spain	10 226	21.8	10 306	21.8	14 605	30.8	25 157	53.0	34 072	70.9
Sweden	3 245	31.7	2 692	26.1	2 693	25.9	3 355	32.1	4 215	40.1
EU/EEA (30 countries)	40 639	10.4	39 170	9.5	49 984	11.8	73 734	19.0	96 969	25.0
UK	77 346	116.1	NDR	NRC	NA	NA	NA	NA	NA	NA
EU/EEA (31 countries)	117 985	31.7	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA



GONORREA

Tra il 2014 e il 2023, il tasso di notifica è aumentato del 321%.

Il tasso di notifica della gonorrea per l'UE/SEE nel 2023 è il più alto registrato da quando è iniziata la sorveglianza europea delle infezioni sessualmente trasmissibili nel 2009.

I tassi nazionali di infezione da gonorrea segnalata sono variati notevolmente nell'UE/SEE nel 2023, da meno di un caso a più di 122 casi ogni 100.000 abitanti.

I tassi specifici per età per le donne erano più alti tra quelle di età compresa tra 20 e 24 anni (72 casi ogni 100.000 abitanti) e per gli uomini di età compresa tra 25 e 34 anni (131 casi ogni 100.000 abitanti).

Gli MSM rappresentavano più della metà dei casi segnalati (58%) nel 2023.



SIFILIDE

I tassi di sifilide segnalati erano sette volte più alti negli uomini che nelle donne e più alti negli uomini di età compresa tra 25 e 34 anni (43 casi ogni 100.000 abitanti).

La maggior parte (72%) dei casi di sifilide con informazioni sulla categoria di trasmissione è stata segnalata in uomini che hanno rapporti sessuali con uomini (MSM).

Nel 2023, undici paesi hanno segnalato più della metà dei casi come sifilide primaria e/o secondaria, rispetto a dieci paesi nel 2022.

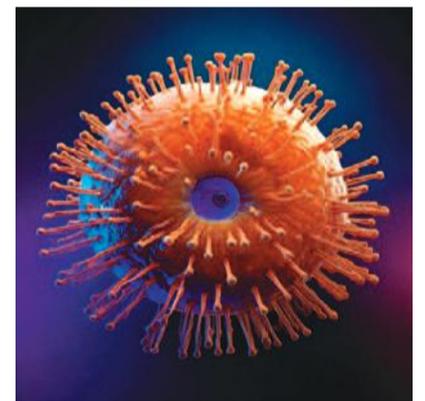
Nel complesso, la tendenza nelle notifiche di sifilide è aumentata tra il 2014 e il 2023, principalmente a causa di un aumento del numero di ca-

si tra gli MSM. Nello stesso periodo, si sono verificate fluttuazioni molto piccole nelle notifiche di sifilide tra gli eterosessuali a livello UE/SEE. Dopo un breve calo durante la pandemia di Covid-19, il numero di notifiche di sifilide ha ricominciato ad aumentare nel 2022 in tutti i gruppi di trasmissione. Questo aumento è continuato nel 2023.

Il numero di casi di sifilide congenita segnalati nel 2023 e nel 2022 rappresenta un aumento complessivo delle notifiche nell'UE/SEE. Ciò segue una diminuzione delle notifiche nel 2020.

Gli aumenti della sifilide congenita sono stati paralleli agli aumenti dei tassi di notifica della sifilide tra donne e uomini eterosessuali in diversi paesi UE/SEE nel 2022 e nel 2023.

I tassi nazionali sono rimasti bassi nella maggior parte dei paesi UE/SEE. Cinque paesi non hanno segnalato eventi di trasmissione verticale durante il periodo di 10 anni



CLAMIDIA

Dopo aver raggiunto tassi di notifica record nel 2022, l'aumento dei tassi di notifica della clamidia ha rallentato nel 2023 sia per le donne che per gli uomini.

I tassi di notifica hanno continuato a essere più elevati tra le donne di età compresa tra 20 e 24 anni nel 2023, sebbene sia stata osservata una diminuzione del 2% nel tasso per questa fascia di popolazione rispetto al 2022.

Nel 2023, la trasmissione tra uomini che hanno rapporti sessuali con uomini (MSM) ha rappresentato il 20% dei casi di clamidia, con un aumento del 4% rispetto al 2022.

I tassi di notifica nazionale per i casi di infezione da clamidia variavano tra 0,1 e 626 casi ogni 100.000 abitanti. Si ritiene che le differenze nelle politiche di test della clamidia, nelle strategie di ricerca dei casi e nella segnalazione abbiano un'influenza maggiore sui numeri di clamidia segnalati rispetto alle effettive differenze nell'epidemiologia.

**LO STUDIO OMS
PUBBLICATO
SU LANCET**

Molte donne nel mondo non hanno ancora accesso a trattamenti salvavita e cure efficaci durante e dopo la gravidanza e il parto

Mortalità materna

Dalle emorragie alla preeclampsia, in primis, ma anche malattie infettive e croniche come Hiv/Aids, malaria, anemie e diabete. Queste le principali cause di mortalità materna a livello globale. A tracciare il quadro uno studio dell'Oms pubblicato su Lancet Global Health. È il primo aggiornamento globale sulle cause di mortalità materna

EMORRAGIA E PREECLAMPSIA sono le principali cause di mortalità materna a livello globale. Condizioni responsabili rispettivamente di circa 80mila e 50mila decessi nel 2020, secondo le ultime stime pubblicate. Uno quadro che evidenzia come molte donne non hanno ancora accesso a trattamenti salvavita e cure efficaci durante e dopo la gravidanza e il parto.

È quanto emerge da un nuovo studio *Global and regional causes of maternal deaths 2009-2020: a WHO systematic analysis* pubblicato dall'Organizzazione mondiale della sanità su Lancet Global Health. È il primo aggiornamento globale dell'Oms sulle cause di mortalità materna da quando sono stati adottati gli Obiettivi di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite nel 2015.

I risultati testimoniano come la mortalità materna non sia sulla buona strada per raggiungere l'obiettivo 3.1 dell'Obiettivo di sviluppo sostenibile (SDG) di un tasso globale di mortalità materna inferiore a 70 ogni 100mila nati vivi entro il 2030.

Lo studio oltre a delineare le principali cause ostetriche dirette, mostra anche che altre condizioni di salute, tra cui malattie infettive e croniche come Hiv/Aids, malaria, anemie e diabete, sono alla base di quasi un quarto (23%) della mortalità correlata alla gravidanza e al parto. Queste condizioni, che spesso non vengono rilevate o curate fino a quando non si verificano gravi complicazioni, esacerbano il rischio e complicano le gravidanze per milioni di donne in tutto il mondo.

“Capire perché le donne incinte e le madri stanno morendo è fondamentale per affrontare la persistente crisi mondiale della mortalità materna e garantire alle donne le migliori possibilità possibili di sopravvivere al parto – ha affermato la dottoressa **Pascale Allotey**, direttrice della salute sessuale e riproduttiva e della ricerca presso l'Oms e il Programma speciale delle Nazioni Unite sulla riproduzione umana (HRP) – questo è anche un enorme problema di equità a livello globale: le donne ovunque hanno bisogno di un'assistenza sanitaria di alta qualità basata sulle prove prima, durante e dopo il parto, nonché di sforzi per prevenire e curare altre condizioni di base che mettono a repentaglio la loro salute”.

I dati. I dati sono stati identificati tramite: il database sulla mortalità dell'Oms; i report pubblicati dagli Stati membri dell'Oms; e gli articoli di



MORTE NELLA STANZA DELLA MALATA

Edward Munch, 1837
The Munch Museum,
Oslo

riviste identificati tramite database bibliografici. Le cause di morte materne sono raggruppate in categorie allineate alla codifica della Classificazione internazionale delle malattie-mortalità materna (ICD-MM): aborto (relativo ad aborto spontaneo, gravidanza ectopica e aborto indotto), embolia, emorragia, disturbi ipertensivi, sepsi correlata alla gravidanza, altre cause dirette e cause indirette.

Nel 2020, si stima che ci siano stati 287mila decessi materni in totale, equivalenti a un decesso ogni due minuti. Dallo studio dell'Oms emerge come l'emorragia, che si verifica principalmente

durante o dopo il parto, sia responsabile di quasi un terzo (27%) della mortalità materna, con preeclampsia e altri disturbi ipertensivi che contribuiscono a un ulteriore 16%.

Altre cause dirette includono: sepsi e infezioni; embolia polmonare; complicazioni derivanti da aborti spontanei e indotti, tra cui aborto spontaneo, gravidanze ectopiche e problemi relativi ad aborti non sicuri, nonché complicazioni anestetiche e lesioni che si verificano durante il parto. “I risultati – sottolinea l'Oms – evidenziano la necessità di rafforzare gli aspetti chiave dell'assistenza alla maternità, tra cui servizi prenatali che

MORTALITÀ MATERNA

rilevano i rischi all'inizio della gravidanza e preven- gono gravi complicazioni; ostetricia salvavita in grado di gestire emergenze critiche legate al parto come emorragia o embolia e assistenza postnatale”.

La maggior parte dei decessi materni si verifica durante o subito dopo il parto, rendendo questa una finestra critica per salvare vite. Tuttavia, circa un terzo delle donne, principalmente nei paesi a basso reddito, non riceve ancora controlli postnatali essenziali nei primi giorni dopo il parto. A livello di popolazione, suggerisce lo studio, interventi preventivi più ampi potrebbero aiutare a ridurre la prevalenza di condizioni di salute sottostanti, come malattie non trasmissibili e malnutrizione, che aumentano i rischi per le donne. “Spesso non solo uno, ma molti fattori interconnessi contribuiscono alla morte di una donna durante o dopo la gravidanza: la preeclampsia, ad esempio, può aumentare significativamente la probabilità di emorragia e di altre complicazioni che possono verificarsi anche molto tempo dopo il parto – ha affermato la dott. ssa **Jenny Creswell**, scienziata presso l'Oms e autrice del documento – è stato dimostrato che un approccio più olistico alla salute materna offre alle donne le migliori possibilità di una gravidanza e di un parto sano e di godere di una qualità di vita duratura dopo il parto: i sistemi sanitari devono essere in grado di supportarle nelle diverse fasi della vita”.

Lo studio si basa su dati nazionali segnalati all'Oms, nonché su studi sottoposti a revisione paritaria. Ma va detto che per alcune cause, i dati rimangono limitati. In particolare, gli autori auspicano più dati sul suicidio materno, attualmente disponibili solo per 12 paesi. Inoltre, la maggior parte dei paesi non segnala i decessi materni tardivi (quelli che si verificano nell'anno successivo al parto), sebbene diverse condizioni possano comportare rischi che durano ben oltre il parto stesso. Dopo il parto, molte donne hanno difficoltà ad accedere alle cure di follow-up, incluso il supporto per la salute mentale.

L'Oms sta quindi lavorando per rafforzare l'accesso a servizi di alta qualità e rispettosi lungo tutto il continuum di gravidanza, parto e assistenza postnatale, attraverso ricerche e linee guida basate sulle prove. Nel 2024, l'Oms e i partner hanno inoltre lanciato una Roadmap globale per l'emorragia postpartum, che delinea le principali priorità per affrontare questa importante causa di morte materna. Nello stesso anno, i 194 paesi dell'Assemblea mondiale della sanità hanno approvato una risoluzione impegnandosi a rafforzare la qualità dell'assistenza prima, durante e dopo il parto.

Per galvanizzare l'azione, la Giornata mondiale della salute 2025, che segna cinque anni dalla scadenza degli Obiettivi di sviluppo sostenibile, si concentrerà sulla salute materna e neonatale.



GIORNATA MONDIALE DELLA SALUTE

NEL 2025 RIFLETTORI SULLA SOPRAVVIVENZA DELLE DONNE E DEI BAMBINI

Miglioramento della salute e della sopravvivenza delle madri e dei neonati. Questo il tema, annunciato ufficialmente dall'Oms, sul quale si concentrerà la Giornata mondiale della salute 2025 che si celebra in tutto il mondo il 7 aprile, anniversario della fondazione dell'Oms nel 1948



LA GIORNATA MONDIALE della salute darà il via a una campagna di un anno sulla salute materna e neonatale intitolata *Healthy beginnings, hopeful futures* (“Un inizio sano, un futuro pieno di speranza”). Gli obiettivi sono esortare i governi e la comunità sanitaria a intensificare gli sforzi per porre fine alle morti prevenibili di madri e neonati e a dare priorità alla salute e al benessere a lungo termine delle donne.

“L'attenzione di questa campagna arriva in un momento cruciale, mirando ad aiutare i paesi a recuperare i progressi perduti, e nel contempo a presentare nuove ricerche e prove che miglioreranno la salute delle donne e dei bambini a livello globale – ha affermato Anshu Banerjee, direttore della salute materna, neonatale, infantile e adolescenziale e dell'invecchiamento presso l'Oms – mentre le carenze dell'assistenza umanitaria mettono a repentaglio un'ancora di salvezza fondamentale per milioni di persone, sarà anche un'opportunità per intensificare il supporto e la collaborazione per la salute globale e dare speranza a coloro che hanno urgente bisogno di cure salvavita”.

Aiutare ogni donna e bambino a sopravvivere e prosperare Secondo le stime più recenti, circa 300mila donne perdono la vita ogni anno a causa della gravidanza o del parto; oltre 2 milioni di bambini muoiono nel loro primo mese di vita e circa altri 2 milioni nascono morti. Si tratta di circa 1 morte prevenibile ogni 7 secondi, perdite che portano un'enorme tristezza e dolore a milioni di famiglie in tutto il mondo. Sebbene le morti materne e neonatali si verifichino in tutte le regioni, sottolinea l'Oms, la stragrande maggioranza si verifica nei

paesi più poveri e in quelli che affrontano conflitti e altre crisi. Quando le strutture sanitarie chiudono, le strutture vengono attaccate, le vie di accesso negate o le forniture interrotte, le donne incinte e i neonati, che hanno bisogno di un accesso regolare ai servizi sanitari, affrontano gravi rischi, spesso mortali. Sulla base delle tendenze attuali, ben 4 paesi su 5 sono fuori strada per raggiungere gli obiettivi globali delle Nazioni Unite per migliorare la sopravvivenza materna entro il 2030; 1 su 3 non riuscirà a raggiungere gli obiettivi per ridurre la mortalità neonatale. Gli attuali limiti di finanziamento, sottolinea l'Oms, potrebbero ulteriormente compromettere i progressi, poiché molti programmi che forniscono servizi sanitari essenziali sono in stallo insieme a importanti ricerche mediche incentrate su donne incinte e che allattano e bambini.

La campagna di quest'anno, che durerà fino al 2026, solleciterà quindi governi, donatori e la comunità sanitaria a investire in interventi comprovati e ad alto impatto, come parte degli sforzi per migliorare la qualità complessiva dell'assistenza. Questi includono servizi correlati alla gravidanza per rilevare complicazioni e ostetricia d'urgenza salvavita, notando che la stragrande maggioranza dei decessi materni e neonatali avviene durante o subito dopo la nascita, nonché cure speciali per neonati piccoli e prematuri. Le complicazioni relative alla prematurità sono ora la principale causa di morte dei bambini sotto i 5 anni in tutto il mondo. L'Oms sottolineerà anche la necessità in continua evoluzione dei sistemi sanitari di affrontare i numerosi problemi sanitari di base che hanno un impatto sulla salute materna e neonatale. Questi includono non solo complicazioni ostetriche dirette, ma anche condizioni di salute mentale, malnutrizione (inclusa la denutrizione e la sovranutrizione, nonché carenze nutrizionali) e un crescente carico di malattie non trasmissibili.

Ascoltare le donne e sostenere le famiglie Andando oltre le azioni per salvare vite, la campagna solleciterà una maggiore attenzione globale alla salute e al benessere a lungo termine delle donne. Ciò include la promozione di leggi e politiche che salvaguardino la loro salute e i loro diritti, come il congedo di maternità retribuito e altre protezioni fondamentali per l'occupazione, e l'accesso a servizi essenziali di pianificazione familiare.

“Non è sufficiente che le donne sopravvivano al parto, devono anche essere in grado di godersi la vita in buona salute – ha affermato **Pascale Allotey**, direttrice per la salute sessuale e riproduttiva e la ricerca presso l'Oms – donne e ragazze ovunque hanno bisogno di accedere a operatori sanitari che ascoltino le loro preoccupazioni e soddisfino le loro esigenze, assicurando al contempo che possano pianificare la loro fertilità, prendersi cura del loro futuro e proteggere la loro salute”.

Sono necessari sforzi anche per affrontare i rischi specifici del cambiamento climatico per le donne incinte e i neonati, poiché le prove dimostrano un'associazione tra temperature più elevate e nascite premature, nati morti, ipertensione e diabete gestazionale, nonché mortalità infantile.

I DATI ISTAT 2024



MATERNITÀ

IN TRENTINO-ALTO ADIGE LA FECONDITÀ PIÙ ELEVATA

Il primato della fecondità più elevata continua a essere detenuto dal Trentino-Alto Adige, con un numero medio di figli per donna pari a 1,39 nel 2024, comunque in diminuzione rispetto al 2023 (1,43). Come lo scorso anno seguono Sicilia e Campania. Per la prima, il numero medio di figli per donna scende a 1,27 (contro 1,32 del 2023), mentre in Campania la fecondità passa da 1,29 a 1,26. In queste regioni le madri sono mediamente più giovani: l'età media al parto è pari a 31,7 anni in Sicilia e a 32,3 in Trentino-Alto Adige e Campania. La Sardegna si conferma la regione con la fecondità più bassa: nel 2024, il numero medio di figli per donna è pari a 0,91, stabile rispetto al 2023. Tra le regioni con i valori più bassi di fecondità figurano il Molise (1,04), la Valle d'Aosta che sperimenta la flessione maggiore, da 1,17 a 1,05) e la Basilicata (1,09, stabile sul 2023). Basilicata, Sardegna e Molise sono anche le regioni con il calendario riproduttivo più posticipato, dopo il Lazio (33,3 anni): nelle prime due l'età media al parto è pari a 33,2 anni, per il Molise è uguale a 33,1. Nel quadro di una fecondità bassa e tardiva, diffusa in tutto il Paese, si evidenziano ancora condizioni di eterogeneità. Solo le regioni del Mezzogiorno, con l'eccezione della Calabria, raggiungono il proprio minimo storico nel 2024. Nelle regioni del Centro-Nord, livelli più bassi di fecondità di quelli attuali si erano già registrati tra la fine degli anni Ottanta e la prima metà degli anni Novanta. In particolare, in Liguria, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna e Toscana si erano già avuti in tali anni livelli di fecondità inferiori all'unità.

Differenze tra territori persistono poi anche all'interno di una stessa ripartizione geografica. Nel Mezzogiorno, ad esempio, coesistono regioni che registrano la più alta fecondità nel contesto nazionale (Sicilia, Campania e Calabria) e regioni caratterizzate da livelli minimi (Sardegna, Molise e Basilicata).

Tra le province, quella in cui si registra il più alto numero medio di figli per donna è la Provincia Autonoma di Bolzano/Bozen (1,51 contro 1,57 del 2023). Seguono le province calabresi di Crotona (1,36) e Reggio Calabria (1,34) e quelle siciliane di Ragusa, Agrigento (entrambe 1,34) e Catania (1,33). Le province sarde sono quelle in cui si osserva la fecondità più bassa, per tutte inferiori all'unità, da Cagliari, che registra un valore pari a 0,84 fino a Nuoro, con un tasso dello 0,98. A queste seguono le province di Viterbo (1,00) e Prato (1,01), nel Centro, e due province collocate rispettivamente nel Mezzogiorno e nel Nord: Isernia e Biella, entrambe con una fecondità pari a 1,04.

Prosegue il declino demografico: nel 2024 fecondità al minimo storico

IL 2024 SI CONFERMA un anno di trasformazione per la demografia italiana. I segnali di allarme sono molteplici: una natalità ai minimi, una popolazione sempre più anziana, un tessuto familiare che cambia e una mobilità che accentua le disuguaglianze territoriali. Boom di emigrazioni italiane: raggiunta quota 191mila (+20,5%) soprattutto verso Germania, Spagna e Regno Unito. Segnale positivo sul fronte della salute: la speranza di vita torna a crescere, raggiungendo gli 83,4 anni, con un guadagno di 5 mesi rispetto al 2023. Questo in sintesi il quadro demografico italiano tracciato dall'Istat nel report Indicatori demografici 2024.



Link al Rapporto Istat

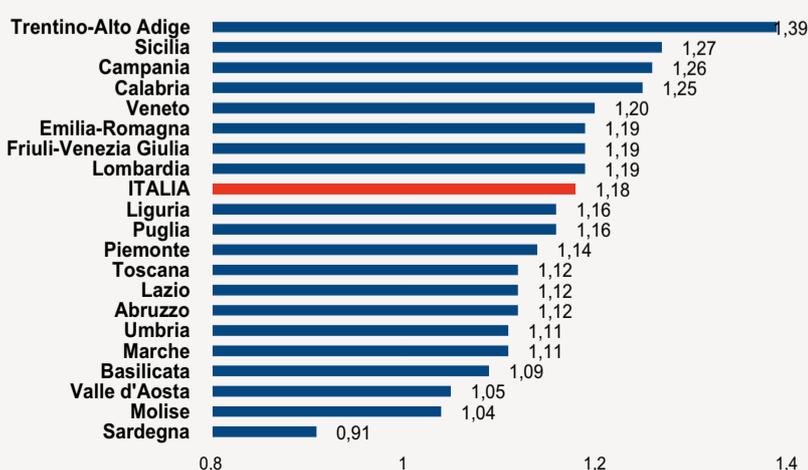
to al 2023 (-2,6%) e ben 156mila in meno rispetto al 1995. La contrazione della fecondità riguarda in particolar modo il Nord e il Mezzogiorno. Infatti, mentre nel Centro il numero medio di figli per donna si mantiene stabile (pari a 1,12), nel Nord scende a 1,19 (da 1,21 del 2023) e nel Mezzogiorno a 1,20 (da 1,24). Ma se le Regioni del Sud sono quelle con una fecondità relativamente più elevata, viceversa sperimentano la flessione maggiore.

Il calo delle nascite, oltre ad essere determinato dall'ulteriore calo della fecondità, è causato dalla riduzione nel numero dei potenziali genitori, a sua volta risultato del calo del numero medio di figli per donna registrato nei loro anni di nascita. Accanto alla riduzione della fecondità, nel 2024 continua poi a crescere l'età media al parto, che si attesta a 32,6 anni (+0,1 in decimi di anno sul 2023). L'aumento dell'età media al parto si registra in tutto il territorio nazionale, con il Nord e il Centro che continuano a registrare il valore più elevato: rispettivamente 32,7 e 33anni.

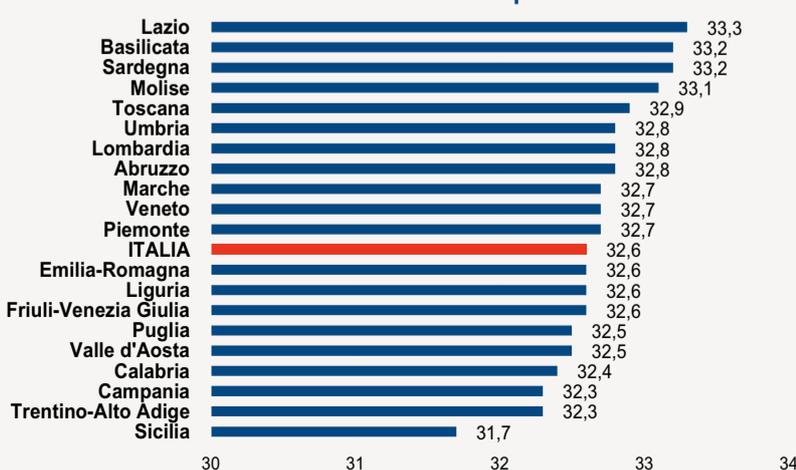
FECONDITÀ MAI COSÌ BASSA: SOLO 1,18 FIGLI PER DONNA

Nel 2024 la fecondità ha toccato il minimo storico: 1,18 figli per donna, superando al ribasso il precedente record negativo del 1995 (1,19). I nuovi nati sono stati solo 370mila, 10mila in meno rispet-

Tasso di fecondità totale



Età media al parto



Numero medio di figli per donna ed età media al parto (in anni e decimi di anno) per regione. Anno 2024

Fonte: Istat, Stime anticipatorie degli indicatori demografici e sociali (2024)

Quando l'evento avverso diventa una condanna emotiva e il senso di colpa porta al punto di rottura

La solitudine del ginecologo: il prezzo emotivo della responsabilità



QUESTI I FATTI: una neonata muore poco dopo il parto. Settantadue ore dopo, uno dei ginecologi che ha assistito alla nascita si toglie la vita. Tutto accade nell'arco di tre giorni tra la fine di gennaio e i primi di febbraio.

Un evento drammatico che ha scosso profondamente la comunità medica, in particolare i ginecologi che conoscono meglio di chiunque altro il sottile confine tra la vita e la morte in sala parto: basta un minimo margine d'errore o un imprevisto perché l'esito può trasformarsi in tragedia.

Perdere un paziente è sempre una prova dolorosa. Ma quando a morire è un neonato, il peso diventa insanabile. È una realtà che l'opinione pubblica fa fatica ad accettare: la nascita è vita, speranza, gioia. La morte in questo contesto è un'injustizia insopportabile.

In questi casi il medico non affronta solo il lutto della famiglia, ma porta anche su di sé il peso di un fallimento che non lascia scampo. Quello che doveva essere un intervento per garantire una nascita sicura si trasforma in tragedia: *quel neonato non ha avuto il tempo di esistere.*

Ma qual è la portata di questo problema? Il suicidio tra i medici è una realtà allarmante. Hanno un rischio più alto rispetto ad altre categorie professionali, soprattutto nelle specialità chirurgiche. Negli Stati Uniti si registra un suicidio al giorno, nel Regno Unito uno ogni dieci giorni.

E in Italia? Il fenomeno è poco studiato e le stime sono discordanti. Secondo una ricerca pubblicata sulla *Rivista di Psichiatria* (2020), tra il 2009 e il 2019 si sono verificati 60 suicidi tra i medici italiani, con una media di sei casi all'anno. Un'altra indagine coordinata da Foad Aodi (AMSI) amplia il quadro: nel personale sanitario il tasso di suicidi è di 21 ogni 100.000 abitanti, ben al di sopra della media nazionale di 12,6 per 100mila abitanti. Gli infermieri e gli operatori socio-sanitari risultano i più colpiti (16,2 suicidi ogni 100mila abitanti), seguiti dai medici (13 suicidi ogni 100mila abitanti, pari a circa 50 casi l'anno). Numeri che confermano un'emergenza silenziosa, ma anche la necessità di dati più precisi e aggiornati.

Il rischio suicidario tra i medici è più alto per le donne. Uno studio dell'Università di Vienna, pub-



CARLO SBIROLI
Già direttore Uoc di Ginecologica Oncologia Istituto Nazionale dei Tumori "Regina Elena IFO", Roma
Past president Aogoi

L'INTERVISTA

blicato sul *British Medical Journal* (2024), ha analizzato 39 studi in 20 Paesi, rivelando che le dottoresse hanno un rischio del 76% superiore rispetto alla popolazione generale. Tra le cause principali: discriminazione, molestie e difficoltà nel conciliare vita professionale e personale.

E i ginecologi? Non esistono dati specifici. Ma il rischio appare elevato. Tra le specialità chirurgiche l'ostetricia è tra le più esposte. Turni massacranti, aggressioni dai parenti delle pazienti, responsabilità schiaccianti, il timore perenne di un errore fatale. Stress, burnout, mobbing e problemi giudiziari legati alla professione sono il prezzo da pagare. Dietro questi numeri ci sono storie di solitudine e disperazione. Storie di cui bisogna parlare, su *Gyneco Aogoi* e ovunque sia necessario. Perché nessun medico dovrebbe affrontare da solo il peso di un esito avverso. Perché servono strategie di supporto per chi vive un carico emotivo insostenibile. E perché garantire un ambiente di lavoro più sicuro e umano è una responsabilità collettiva, non individuale.

Da anni l'Aogoi denuncia il declino della professione, la fuga dai reparti pubblici e la crescente difficoltà nel garantire un'assistenza sicura. E mentre si discute di riforme, il prezzo più alto lo pagano coloro che restano. Da tempo si chiede che il lavoro in sala parto sia riconosciuto come usurante. Un riconoscimento che potrebbe fare la differenza, ma che resta impantanato tra burocrazia e inerzia politica.

Il suicidio del ginecologo è l'aspetto più devastante di questa storia. Non è solo un dramma professionale, è una tragedia umana. Un collega che si toglie la vita è il segnale di un malessere che spesso resta invisibile fino a quando è troppo tardi. Una ferita profonda, che segna chi resta.

Questo è un terreno complesso, dove la mia esperienza di medico non basta più. Il dolore di chi cura, il trauma di un errore, la disperazione che può condurre al gesto estremo sono dimensioni che vanno oltre la pratica clinica e toccano le profondità della psiche. Per approfondire questi meccanismi, ho chiesto l'aiuto della dottoressa Maria Paola Martelli, esperta di interventi condotti con strumenti della psicoanalisi applicati ai contesti

ospedalieri. Con lei cercheremo di capire le reazioni emotive di un medico dopo un evento avverso, le dinamiche che possono spingerlo al limite e soprattutto come prevenire queste tragedie.

DOTTORESSA MARTELLI, COSA SUCCEDDE NELLA MENTE DI UN MEDICO QUANDO SI TROVA DI FRONTE A UN EVENTO AVVERSO? QUALI POSSONO ESSERE LE CONSEGUENZE EMOTIVE?

Per anni ho lavorato nei gruppi di sostegno psicodinamico negli ospedali, aiutando gli operatori sanitari a elaborare il peso emotivo del loro lavoro. Da questa esperienza ho imparato una cosa fondamentale: l'errore non pesa solo sul paziente, ma anche su chi lo ha commesso. Il medico diventa una *seconda vittima* - come l'ha definita Albert Wu, psichiatra della Johns Hopkins University - e il primo impatto è spesso uno shock, seguito da incredulità: *com'è potuto accadere?*

Spesso scatta un processo mentale inevitabile: il medico ripercorre mentalmente ogni passaggio, rivede le proprie scelte, s'interroga ripetutamente in che modo avrebbe potuto gestire meglio il caso. Nei soggetti più vulnerabili però questo meccanismo può anche trasformarsi in un disagio profondo: la mente si blocca sull'errore, il senso di colpa cresce, l'autostima crolla fino ad arrivare all'autocondanna.

A volte il medico si convince di essere l'unico responsabile. Inizia a tormentarsi con domande che diventano un macigno: *"E se avessi agito prima? Ho davvero fatto tutto il possibile? Sono io la causa di questa morte?"* Questo peso può diventare insostenibile, alimentando ansia, insonnia e un senso crescente di impotenza.

Ma la conseguenza più pericolosa è la crisi della propria identità professionale. Il medico non si riconosce più nel suo ruolo, il fallimento prende il sopravvento. Nei casi più gravi, compaiono sintomi tipici del *Disturbo da Stress Post-Traumatico* (PTSD): isolamento, depressione profonda, una sofferenza che diventa ingestibile. Se il trauma non viene affrontato, può lasciare segni duraturi, minando sicurezza e autostima. E se si accumula nel tempo, il passo verso il burnout è breve.

“

Uno dei primi passi da fare è di abbattere il pregiudizio secondo cui i medici non possano avere fragilità emotive. Chiedere aiuto non è una debolezza, ma un passo necessario per elaborare il peso psicologico della professione

HA PARLATO DI UN PESO CHE PUÒ DIVENTARE INSOSTENIBILE. MA SE QUESTA SOFFERENZA PSICHICA RESTA SOMMERSA, SE NON TROVA UNO SPAZIO PER ESSERE ELABORATA, COSA SUCCEDEREBBE? COME SI ARRIVA AL BURNOUT?

Non abbiamo dati precisi sull'incidenza del burnout tra i ginecologi, ma sappiamo che è un problema diffuso in tutta la classe medica. E in una specialità ad alta tensione come l'ostetricia, il rischio è ancora più elevato.

I segnali? Sono tanti, ma alcuni sono inequivocabili. Il primo è la stanchezza cronica: il medico arriva a fine giornata svuotato, senza più energie, e nemmeno il riposo basta a recuperarle. Poi c'è il distacco emotivo, quella sorta di anestesia affettiva che porta a vedere i pazienti solo come "casi clinici" e non più come persone. L'empatia si spegne, il coinvolgimento si riduce. A questo si aggiungono irritabilità, difficoltà di concentrazione e un calo della performance lavorativa.

Il corpo, intanto, manda segnali d'allarme. Quando la mente non riesce più a elaborare il carico emotivo, compaiono sintomi psicosomatici: mal di testa, tachicardia, disturbi gastrointestinali. Tutti segnali di un sovraccarico che non si può ignorare.

Il burnout non esplode all'improvviso. S'insinua lentamente, logora giorno dopo giorno, fino a compromettere la salute del medico e la qualità delle cure. Ecco perché riconoscerlo in tempo è fondamentale: solo così si può evitare che diventi una condizione irreversibile.

MI SEMBRA DI CAPIRE CHE IL PASSO DAL BURNOUT AL SUICIDIO SIA PIUTTOSTO BREVE. COSA PUÒ PORTARE UN MEDICO A UN GESTO COSÌ ESTREMO?

Il burnout non è solo stanchezza o stress lavorativo. È un'erosione lenta e profonda, che svuota il medico di energie e motivazioni fino a farlo sentire impotente e senza via d'uscita. Se in questa fase critica riceve un supporto adeguato, può rielaborare il trauma e ritrovare un equilibrio. Ma se rimane solo con il suo dolore, il rischio è che la sofferenza diventi ingestibile.

Va anche detto che il suicidio non è mai il risultato di un singolo evento, ma il punto d'arrivo di un accumulo di fattori. Alcuni medici finiscono per identificarsi completamente con l'errore, come se tutta la loro identità professionale e personale si riducesse a quell'unico fallimento. Il senso di colpa diventa totalizzante, soffocando qualsiasi possibilità di riparazione o di rielaborazione del proprio ruolo.

A questo si aggiungono le pressioni del contesto professionale: turni massacranti, carenza di personale, paura costante di contenziosi legali. Poi c'è l'isolamento emotivo, il timore del giudizio, la cultura dell'infalibilità che pesa come un macigno sulla professione medica. E quando tutto questo si stratifica e il medico perde la capacità di chiedere aiuto, il rischio è che si convinca di non avere più alternative.

Il suicidio diventa, nella sua percezione distorta, l'unico modo per fermare la sofferenza. Ecco perché il supporto psicologico non può essere un'eccezione o un lusso, ma deve essere parte integrante della professione. Nessuno dovrebbe affrontare un peso simile da solo.

SIAMO ALLA DOMANDA CONCLUSIVA. DOTTORESSA MARTELLI, ABBIAMO PARLATO DELLE DIFFICOLTÀ, DEL PESO DELLA RESPONSABILITÀ, DEL BURNOUT E DEL SUICIDIO TRA I MEDICI. MA COSA SI PUÒ FARE, CONCRETAMENTE, PER PREVENIRE QUESTI DRAMMI?

La prevenzione deve diventare una priorità condivisa. Non può ricadere solo sul singolo medico, ma deve coinvolgere la dirigenza sanitaria, le istituzioni e l'intera comunità professionale. Il problema non è solo il medico in difficoltà, ma un sistema che lo isola, negandogli un supporto strutturato proprio nel momento in cui ne avrebbe più bisogno.

Uno dei primi passi da fare è di abbattere il pregiudizio secondo cui i medici non possano avere fragilità emotive. Chiedere aiuto non è una debolezza, ma un passo necessario per elaborare il peso psicologico della professione. Eppure, nella percezione collettiva il medico è visto come una figura "infalibile": *deve guarire, non può sbagliare*. Questa mentalità genera una pressione insostenibile, spingendo il medico a interiorizzare un modello di perfezione irrealistico. Il rischio è che ogni evento avverso venga vissuto come un fallimento personale, alimentando un senso di colpa paralizzante.

Molti professionisti, per paura del giudizio, evitano di affrontare il peso emotivo del loro lavoro. Questo atteggiamento va cambiato. La formazione universitaria e specialistica deve preparare i medici non solo alla gestione clinica degli eventi critici, ma anche alle conseguenze psicologiche. Un evento avverso non è solo un problema medico. È anche un trauma emotivo che, se non elaborato, può lasciare cicatrici profonde e compromettere l'equilibrio professionale e personale.

Nella mia carriera ho incontrato troppi medici lasciati soli davanti a decisioni insostenibili. Servono reti di supporto stabili, non iniziative sporadiche: incontri di rielaborazione dopo eventi critici condotti da professionisti esterni, e percorsi di supporto psicologico accessibili e riservati. Il burnout è un rischio reale e il lavoro nei reparti critici, come l'ostetricia, dovrebbe essere formalmente riconosciuto come usurante. Non è un privilegio, ma una tutela necessaria.

Ma la prevenzione non si esaurisce in misure concrete, richiede un cambiamento culturale. In altri Paesi la salute mentale dei medici è una priorità, con programmi di supporto obbligatori. In Italia, invece, la responsabilità viene ancora lasciata al singolo, con l'aspettativa che sia lui a chiedere aiuto. Ma spesso è proprio chi ne ha più bisogno a non riuscire a farlo. Questa logica va ribaltata: il benessere dei medici deve essere una priorità collettiva. Concludendo, prevenire questi drammi significa ripensare il modo in cui concepiamo la professione medica. I medici devono avere il diritto – e il dovere – di prendersi cura della propria salute mentale, senza timore di essere stigmatizzati. Ma questo non può dipendere solo dalla volontà individuale: servono strutture adeguate, percorsi di supporto accessibili e un cambiamento culturale che metta al centro il benessere di chi cura. Spesso la mancanza di risorse viene usata come pretesto per non affrontare il problema, ma ignorarlo ha costi ben più alti, economici, umani e professionali. La responsabilità non può essere un peso da portare in solitudine. Creare un sistema più umano, che tuteli i medici e ne riconosca la vulnerabilità, significa garantire non solo il loro equilibrio psicologico, ma anche la sicurezza dei pazienti. Solo un ambiente di lavoro più sostenibile potrà davvero tutelare chi cura, impedendo che il peso della professione diventi insopportabile.

CHI È

MARIA PAOLA MARTELLI è psicologa, psicoterapeuta psicoanalitica modello Tavistock. È socia fondatrice dell'AMHPPIA e socia sostenitrice del Centro Studi Martha Harris. Ha maturato una vasta esperienza nell'ambito dell'insegnamento, della progettazione e del lavoro istituzionale. Ha presentato lavori a convegni nazionali e internazionali ed ha pubblicato numerosi articoli su riviste specialistiche, tra cui *Emotional development and regression* ("Melanie Klein and Object Relation Journal"), *The stream of life: from frozen babies to the birth of psychic life* ("Psychoanalysis and Psychotherapy in China"). Tra i suoi contributi figura anche il saggio *Quando il dolore è intollerabile: la sofferenza mentale e le interferenze nella conduzione della malattia (Il Pupazzo di Garza, Firenze 2003)*. Nel 2023 per la Edizione Mimesis (Milano) ha pubblicato il volume *La rivoluzione di Martha Harris, il pensiero psicoanalitico e le sue applicazioni nelle istituzioni*, dedicato all'influenza della psicoanalisi nei contesti istituzionali.



“

Il burnout non esplode all'improvviso. S'insinua lentamente, logora giorno dopo giorno, fino a compromettere la salute del medico e la qualità delle cure

LA CONSULENZA PRECONCEZIONALE



ELSA VIORA

OGNI MEDICO, ogni professionista della salute dovrebbe affrontare l'argomento del preconcezionale ad ogni visita ginecologica in donne in età fertile e questo per diversi motivi:

CIRCA IL 50% delle gravidanze non sono pianificate

L'INFORMAZIONE è essenziale per fare scelte consapevoli

CIRCA 25% delle donne fa la prima visita in gravidanza dopo la 14° settimana, quando l'organogenesi è terminata.

Se consideriamo la prevenzione delle anomalie congenite, l'intervento preconcezionale (come l'integrazione di acido folico, l'astensione dall'alcol e l'interruzione di eventuali farmaci teratogeni) è ben più efficace dell'intervento prenatale.

Inoltre alcuni interventi possono richiedere mesi per ottenere il risultato desiderato come avere un peso adeguato, ottimizzare le condizioni mediche in caso di patologia cronica materna. È noto che le gravidanze indesiderate sono associate a esiti materni e neonatali più avversi rispetto alle gravidanze ricercate, quindi non perdiamo questa opportunità!

UN ARGOMENTO OGGETTO DI INTERESSE IN TUTTO IL MONDO Molte organizzazioni e Società scientifiche hanno prodotto documenti e realizzato campagne informative ad hoc.

Nel 2010 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha riconosciuto ufficialmente che gli interventi di promozione della salute materno-infantile ini-

ziano prima della gravidanza, sottolineando quindi l'importanza del periodo preconcezionale nella prevenzione dei difetti congeniti e degli esiti avversi degli eventi riproduttivi.

Nel 2013 Eurocat (*European surveillance of congenital anomalies*) ha redatto un documento sull'importanza della prevenzione primaria delle anomalie congenite nei Paesi europei e della promozione dell'informazione proprio sulla consulenza pre-concezionale mirata ovviamente all'aspetto della prevenzione di difetti congeniti, ribadendo l'importanza dell'assunzione dell'acido folico in epoca preconcezionale per ridurre il rischio non solo dei difetti aperti del tubo neurale, ma anche di altre anomalie come le cardiopatie e la labiopalatoschisi.

Dal 2015 l'Oms ha istituito il *World Birth Defect Day* (WBDD) - (Giornata mondiale dei difetti congeniti) per sensibilizzare tutta la popolazione su questo tema e dal 2018 anche Aogoi ha aderito a questo progetto.

La CDC realizza campagne di informazione sul periodo pre-concezionale e ha focalizzato il suo intervento proprio su due aspetti: uno è quello della salute materna e l'altro sull'assunzione dell'acido folico. Nel 2019 infine l'American College of Obstetricians and Gynecologists (Acog) e l'American Society for Reproductive Medicine (Asrm) hanno redatto un interessante documento (Committee Opinion n.762) sulla consulenza pre-concezionale.

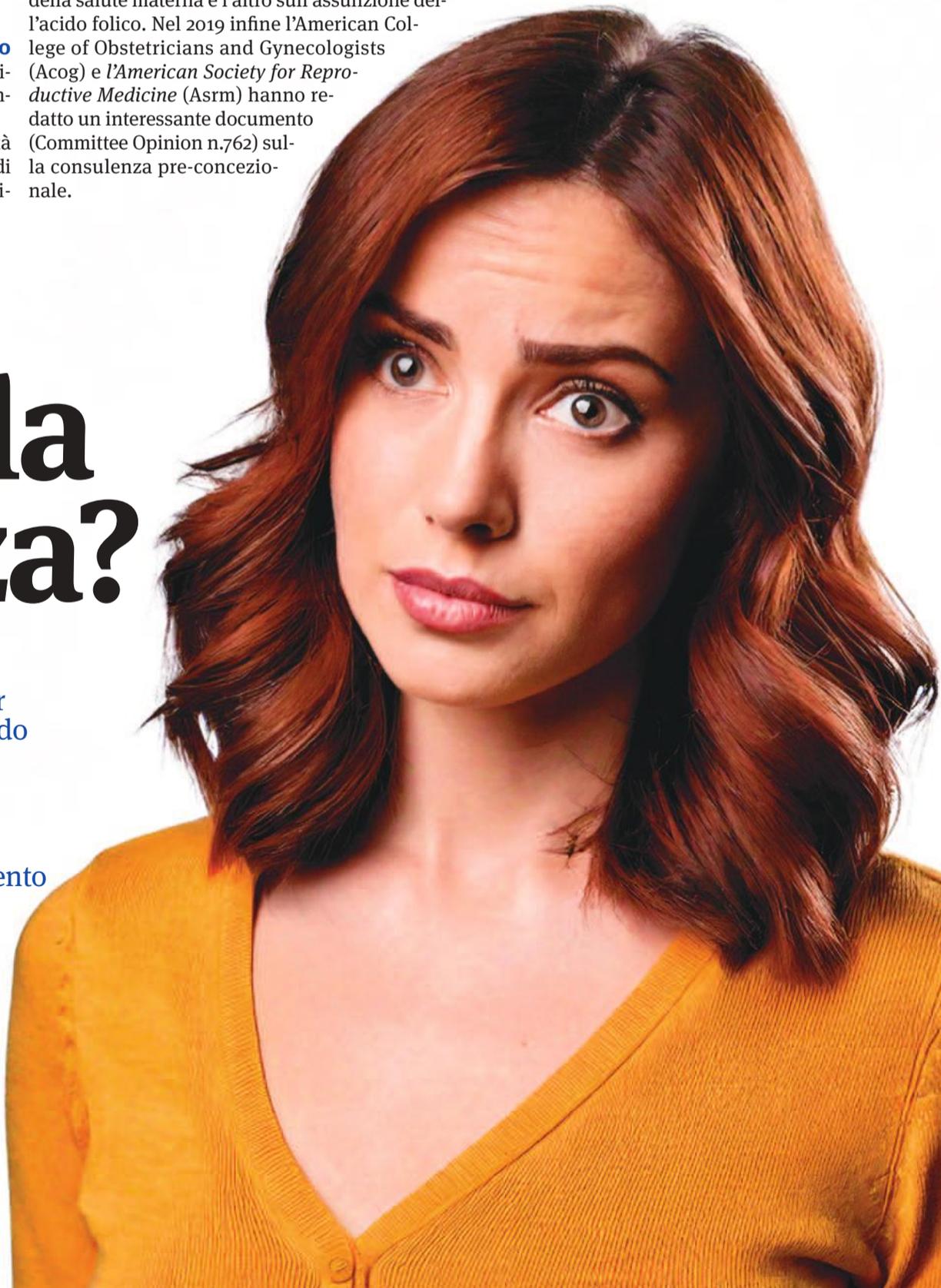
IL BILANCIO DI SALUTE PRECONCEZIONALE DEVE ESSERE INTESO COME INTERVENTO PROGRAMMATO DAI SERVIZI MATERNO-INFANTILI PER INFORMARE E SENSIBILIZZARE VERSO LE AZIONI DI PREVENZIONE PRIMARIA E SECONDARIA RELATIVE A UNA MATERNITÀ E PATERNITÀ RESPONSABILE.

La consulenza pre-concezionale deve essere quindi l'occasione, sulla base di quanto sopra esposto, per discutere con la donna/coppia gli aspetti fondamentali: gli stili di vita salutari (alimentazione, attività fisica, effetti del fumo, dell'alcool, dell'utilizzo di farmaci sulla fertilità femminile e maschile e sulla salute in gravidanza), la supplementazione con acido folico, le vaccinazioni indicate in fase preconcezionale (vaccinazione anti rosolia, varicella, epatite B), la gestione e il monitoraggio di malattie croniche come il diabete, l'ipertensione, l'ipotiroidismo, l'epilessia, l'asma; l'identificazione di eventuali rischi di natura genetica, l'informazione alla coppia e il supporto a prendere decisioni libere e responsabili; l'identificazione e la presa in carico delle situazioni di: fragilità socio-economica, stress, depressione, ansia, violenza domestica.

Che fare prima della gravidanza?

Il periodo preconcezionale è un momento fondamentale per poter pianificare una gravidanza in modo consapevole e ridurre i rischi di salute sia per la donna che per il nascituro.

Con questo termine si intende il tempo che precede il concepimento ed è quindi molto ampio, ma è essenziale per adottare strategie che possano migliorare la salute generale e riproduttiva



PER QUANTO RIGUARDA LA COPPIA, è fondamentale che l'anamnesi prenda in considerazione vari aspetti:

- albero genealogico: permette di evidenziare la presenza di consanguineità. La frequenza delle unioni consanguinee è rara nelle popolazioni di origine europea e nord-americana, mentre è frequente specialmente in quelle medio-orientali, di certe aree dell'Asia e dell'Africa
- screening malattie genetiche comuni (es.: talassemia che rientra nei Lea 2017 – esenzione Moo).

In presenza di anamnesi personale o familiare di patologie potenzialmente eredo-familiari è appropriato inviare la coppia alla consulenza genetica.

PER QUANTO RIGUARDA IL PESO, è bene incoraggiare il raggiungimento o il mantenimento di un indice di massa corporea (BMI – Body Mass Index) nei limiti della norma. Tutte le gravide sovrappeso o obese dovrebbero avere una valutazione complessiva (alimentazione e attività fisica) e raggiungere un BMI almeno inferiore a 30 e idealmente non superiore a 25.

È dimostrato da numerosi studi che sovrappeso e obesità sono associati a problemi della salute riproduttiva e del futuro bambino.

PER QUANTO RIGUARDA LA SUPPLEMENTAZIONE, le Linee Guida nazionali e internazionali consigliano l'assunzione di 400 µg/die di acido folico almeno trenta giorni prima del concepimento e fino ad almeno tre mesi di gestazione.

Per le donne che:

- hanno partorito feti con difetti del tubo neurale
- soffrono di sindromi da malassorbimento e/o celiachia
- assumono farmaci antiepilettici
- hanno familiarità per patologie/malformazioni neurologiche
- sono affette da diabete pre-gestazionale o obesità è raccomandata supplementazione con acido folico alla dose di 4-5 mg/die.

In Italia esiste dal 2004 un Network Italiano Promozione Acido Folico per la Prevenzione Primaria di Difetti Congeniti il cui obiettivo principale è “promuovere, armonizzare e rendere più visibili azioni in favore di un maggior apporto di Acido Folico nel periodo peri-concezionale, come strategia necessaria per attuare programmi di prevenzione primaria di alcuni difetti congeniti”. Sulla base di prove di efficacia ottenute in Paesi diversi dall'Italia si può affermare che la regolare supplementazione di acido folico iniziata prima del concepimento riduce il rischio di difetti del tubo neurale (DTN) del 50-70%.

Tale supplementazione riduce il rischio di altri difetti congeniti nel loro insieme (riduzione stimabile intorno al 10-20%) tra cui alcuni relativamente comuni come le cardiopatie congenite e labiopalatoschisi.

Ricordiamoci che il folato naturale (vitamina B9) è una molecola idrosolubile, esiste fisiologicamente come tetraidrofolato (THF, la forma attiva) e metiltetraidrofolato (MTHF, la forma primaria presente nel sangue). È presente nelle verdure a foglia verde, agrumi, legumi e cereali integrali. L'acido folico è una molecola sintetica prodotta che viene utilizzata come integratore alimentare e nella fortificazione degli alimenti; è completamente ossida-



“Ogni investimento, culturale, economico, sociale, nel pre-concepimento, nella gravidanza, nei primi anni di vita è un investimento per le generazioni future e ogni incontro con la donna può essere un'occasione per affrontare, con adeguata sensibilità, anche questo argomento”

to e non è presente nel sangue a meno che non venga ingerito con cibo o integratori. La sua attività biologica dipende dall'azione dell'enzima diidrofolato reductasi (DHFR) nel fegato, quindi per svolgere una funzione fisiologica entrando nei cicli del folato, l'acido folico deve prima essere ridotto da DHFR a diidrofolato (DHF) e poi a tetraidrofolato (THF), prima di essere convertito nel 5-MTHF biologicamente attivo. È possibile l'assunzione di folato in forma attiva che permette di eliminare eventuali problemi di riduzione della attività biologica legati a problemi materni, come il deficit di MTHFR.

Le ultime linee-guida del Nice pubblicate nel 2025 ribadiscono l'importanza dell'assunzione di folati ad alto dosaggio alle donne che stanno pianificando una gravidanza, se è presente un rischio aumentato di avere un bambino con un difetto del tubo neurale o un'altra malformazione congenita. Ad esempio, se le donne:

- hanno un partner affetto da un difetto del tubo neurale o un'altra malformazione congenita (cardiopatia, labiopalatoschisi), oppure se vi è una storia familiare;
- hanno avuto una gravidanza precedente con un feto/neonato affetto da difetto del tubo neurale o un'altra malformazione congenita;
- hanno diabete di tipo 1 o di tipo 2;
- hanno una condizione ematologica che richiede un'integrazione di acido folico, come l'anemia falciforme o la talassemia;
- assumono farmaci che possono influenzare l'assorbimento o il metabolismo dell'acido folico (ad esempio, farmaci antiepilettici o terapie per HIV).

È quindi davvero importante diffondere l'informazione su questa possibilità di prevenzione primaria a tutte le donne, alla popolazione generale. In sintesi, è ormai noto che la valutazione preconcezionale e gli opportuni provvedimenti riducono l'incidenza di malformazioni congenite e di complicanze ostetriche legate a patologie croniche materne (epilessia, diabete malattie autoimmuni ecc) o a patologie che insorgono durante la gravidanza come la preeclampsia e l'ipertensione.

Conclusioni

IL PERCORSO gravidanza-nascita-puerperio inizia ben prima del concepimento ed è essenziale non solo per la salute della donna e del bambino, ma pone le basi per la salute della persona adulta e delle generazioni future: pensiamo a quanto abbiamo imparato e continuiamo ad imparare dall'epigenetica. Ogni investimento, culturale, economico, sociale, nel pre-concepimento, nella gravidanza, nei primi anni di vita è un investimento per le generazioni future e ogni incontro con la donna può essere un'occasione per affrontare, con adeguata sensibilità, anche questo argomento.

NOI OPERATORI SANITARI possiamo avere un grande ruolo e non possiamo assolutamente perdere questa opportunità di salute non solo per la mamma ed il bambino, ma anche per le prossime generazioni.

I consigli per una valutazione preconcezionale possono essere focalizzati in cinque punti:

1 Visita preconcezionale

Una consulenza preconcezionale è fondamentale per valutare la storia clinica della donna, le condizioni mediche preesistenti (come diabete, ipertensione) o altre patologie croniche e i fattori genetici. Questo incontro consente di valutare l'eventuale presenza di rischio aumentato per patologie genetiche, di pianificare eventuali esami diagnostici e accertamenti specifici, modificare terapie farmacologiche non adeguate in gravidanza e discutere sulla tempistica ideale per il concepimento.

2 Supplementazione di folati

L'assunzione di folati almeno un mese prima del concepimento è raccomandata per prevenire i difetti del tubo neurale ed altre malattie congenite come cardiopatie e labiopalatoschisi. Va valutata la presenza di situazioni che richiedono un dosaggio maggiore e/o l'assunzione di folati in forma attiva.

3 Stile di vita e alimentazione

Una dieta equilibrata, ricca di frutta, verdura, proteine magre e acidi grassi omega-3, favorisce una buona salute riproduttiva. È importante smettere di fumare, evitare l'alcol e limitare il consumo di caffeina. L'attività fisica regolare contribuisce a mantenere un peso corporeo ideale che è un fattore determinante per la fertilità e il benessere della gravidanza, ma è altrettanto noto che le donne che svolgono attività fisica in modo regolare fin da giovani continuano durante la gravidanza.

4 Vaccinazioni

Verificare e aggiornare le vaccinazioni, in particolare contro rosolia, varicella ed epatite B, è cruciale per prevenire infezioni che potrebbero essere pericolose durante la gravidanza.

5 Salute mentale

La gestione dello stress e l'attenzione alla salute mentale, riconoscere elementi sospetti di violenza domestica sono fattori importanti che noi non dobbiamo sottovalutare. Disturbi d'ansia o depressione non trattati possono avere ripercussioni sia sulla fertilità che sulla gravidanza ed aumentano il rischio di depressione in puerperio.



Gestione territoriale della gravidanza: quale ruolo per il consultorio?

Sempre di più le donne si rivolgono ai servizi territoriali e consultoriali per seguire la loro gravidanza. Un fenomeno che prima riguardava prevalentemente le donne straniere, ma che ora riguarda anche le nostre connazionali

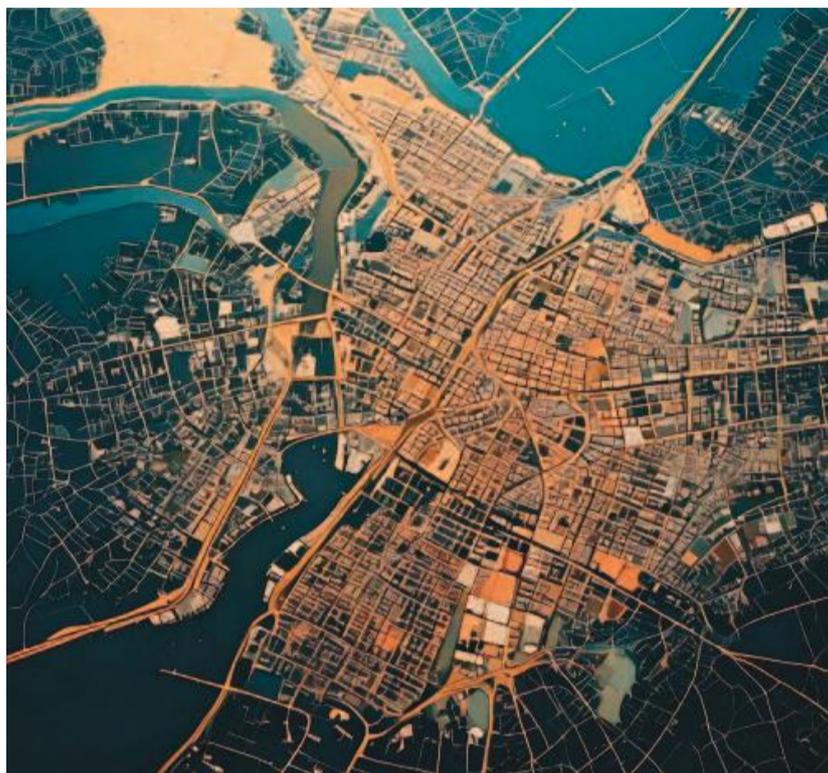
NELLE REGIONI in cui i servizi territoriali e consultoriali in particolare sono stati implementati negli anni, la prestazione più richiesta riguarda il percorso nascita: sono infatti sempre di più le donne che si rivolgono a questi servizi per seguire la loro gravidanza e se prima questo dato riguardava prevalentemente le donne straniere ora sono anche le nostre connazionali a rivolgersi al servizio pubblico, dove disponibile e attrezzato. Per fare un esempio nella regione Emilia-Romagna siamo intorno al 70% le gravidanze seguite in consultorio, e in Toscana circa 60%.

Una quota di queste gravidanze, secondo le indicazioni più recenti, sono gravidanze fisiologiche seguite dall'ostetrica (38,5% il dato dell'Emilia Romagna, circa 20% il dato toscano).

Sulla gestione del Basso Rischio Ostetrico molto è stato fatto nel nostro Paese: nel 2024 vengono emanate da parte del Ministero della Salute le "Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (bro)" a cura del Comitato Percorso Nascita Nazionale.

In queste linee di indirizzo si riconosce nella figura dell'ostetrica la figura professionale più adeguata nella promozione della fisiologia indicando nell'eccesso di medicalizzazione il rischio di interventi inappropriati e di effetto ansiogeno nei confronti delle donne assistite.

Del resto la letteratura è da tempo ricordava che "Le gravidanze a basso rischio dovrebbero essere prese in carico dall'ostetrica perché il coinvolgimento routinario dei medici specialisti in ostetricia non migliora gli esiti perinatali" (Nice 2011). Il consultorio rappresenta senza dubbio il servizio dove meglio può essere seguita una gravidanza



Il consultorio rappresenta il luogo ideale per la selezione e la gestione di gravidanze, disponendo delle competenze necessarie ma mantenendo un criterio di prossimità e semplificazione certamente rassicurante per la donna

a basso rischio, grazie alla sua equipe multidisciplinare che consente, quando necessario, un confronto con il/la ginecolog*, nonché una valutazione di aspetti sociali e psicologici che possono influire sulla gravidanza.

MA A QUESTO PUNTO DOBBIAMO CHIEDERCI QUALI ORGANIZZAZIONE PENSARE PER QUEL 40% DI GRAVIDANZE PATOLOGICHE O CON ELEMENTI CHE NE DETERMINO L'USCITA DAL PERCORSO DELLA FISIOLOGIA.

Sebbene in letteratura si parli di basso rischio ostetrico per distinguerlo dall'alto rischio è del tutto evidente che da un punto di vista clinico ed organizzativo dobbiamo essere in grado di riconoscere un rischio intermedio, ovvero quelle condizioni in cui è necessaria la figura del medico senza richiedere un setting assistenziale ospedaliero. Potremmo dire che se le competenze professionali per il basso rischio sono rappresentate dall'ostetrica, il/la professionista per il medio rischio è senz'altro rappresentato dal ginecologo/a consultoriale.

Anche per questo il consultorio rappresenta il luogo ideale per la selezione e la gestione di queste gravidanze, disponendo delle competenze necessarie ma mantenendo un criterio di prossimità e semplificazione certamente rassicurante per la donna.

Il consultorio, magari inserito nelle Case di Comunità come raccomandato dal DM 77, deve certo avere la possibilità di avvalersi di una rete di professionisti di supporto, ulteriore garanzia per interventi rapidi, appropriati e qualificati.

MA QUALI SONO LE GRAVIDANZE DA DEFINIRE A MEDIO RISCHIO?

Diciamo subito che la stratificazione del rischio rappresenta un elemento essenziale nel seguire le gravidanze nel modo più appropriato evitando eccessi di medicalizzazione dove magari non occorre, o dall'altra parte, sottovalutazione dei rischi realmente presenti.

Si tratta di un parametro dinamico che deve essere rivalutato ad ogni incontro e di nuovo anche al momento del travaglio e del parto: è infatti possibile che gravidanze classificate a rischio possano andare incontro a un travaglio del tutto fisiologico e viceversa gravidanze a basso rischio si possano invece rivelare problematiche nel corso del travaglio.

Fatta questa premessa potremmo considerare a medio rischio ad esempio un diabete gestazionale in buon compenso, o un ipotiroidismo in equilibrio. Ma anche precedenti cicatrici sull'utero (pregresso Taglio Cesareo o asportazione mioma), o età materna > di 40 anni.

Ci sono poi condizioni come abuso di sostanze e patologia psichiatrica, che richiedono interventi socio/assistenziali e possono quindi avvalersi nel territorio dell'integrazione con gli altri presenti come servizi sociali, Serd e salute mentale, che spesso hanno già in carico le persone che vanno poi incontro alla gravidanza.

In effetti il consultorio rappresenta il luogo ideale per una presa in carico "a tutto tondo", anche perché spesso la donna è già conosciuta con la sua storia familiare, clinica e riproduttiva, ed è possibile effettuare una valutazione che tenga conto anche degli aspetti sociali, economici, psicologici e relazionali.

Creare una atmosfera confidenziale di ascolto rassicurante permette di porre domande anche difficili. Si pensi il tema della depressione postparto: con poche semplici domande si può offrire una effettiva prevenzione individuando fattori di rischio (pregressa depressione, violenza domestica...) ed indirizzando a percorsi specifici di accompagnamento.

Anche domande sulla serenità della relazione possono portare ad individuare condizioni di violenza psicologica o fisica, purtroppo frequenti nel nostro Paese anche in gravidanza (11.8% secondo

Istat) che devono essere considerate come un fattore di rischio con rilevanti conseguenze sulla salute della donna e del bambino.

SONO MOLTE DUNQUE LE CHE GRAVIDANZE CHE POTREMMO CONSIDERARE A MEDIO RISCHIO ED ESSERE SEGUITE IN CONSULTORIO SENZA SOVRACCARICARE L'ATTIVITÀ OSPEDALIERA:

serve certo uno sforzo organizzativo che garantisca una rete di supporto con la collaborazione di vari professionisti (ecografisti dedicati, internisti, infettivologi, cardiologi e endocrinologi...) e individui gli snodi e le modalità di accesso quando si renda necessaria una presa in carico da parte del punto nascita di riferimento.

Serve inoltre una formazione che veda coinvolti tutti i protagonisti (medici consultoriali, ospedalieri e ostetriche), dunque non autoreferenziale, che metta in condizione i professionisti di stabilire insieme i percorsi e le situazioni che possono essere gestite o che necessitano di approfondimenti maggiori.

Servono dei referenti per le singole attività professionali per potere condividere e discutere i casi dubbi e che abbiano la capacità di valutare periodicamente la qualità dei servizi offerti.

Serve infine un lavoro di approfondimento, insieme alle nostre società scientifiche, per individuare ed elencare quali gravidanze si possono definire a medio rischio: poco infatti esiste in letteratura su questo argomento, e certo non è pensabile che la definizione di questa fascia di rischio possa essere fatta semplicemente per esclusione. Noi crediamo che sia questa la nuova sfida da che abbiamo davanti, individuando "il professionista giusto, nel luogo giusto per il/la paziente giusto*", evitando inappropriately e intralcio per le attività che devono occuparsi di urgenza e complessità e favorendo nell'insieme la soddisfazione delle nostre assistite e la sostenibilità del nostro sistema nazionale.

Se ognuno farà la sua parte senza sovrapposizioni o prevaricazioni è una sfida che può rivelarsi vincente.



VALERIA DUBINI
Presidente Agite



GIANFRANCO JORIZZO
Vice Presidente Aogoi

L'ESPERIENZA ALL'OSPEDALE
NUOVO DI LEGNANO

ANALGESIA EPIDURALE

in travaglio di parto

L'organizzazione di un servizio di partoanalgesia portato a pieno regime in un solo anno

**MIGLIORARE
IL COMFORT
DELLA PAZIENTE**

**SODDISFAZIONE
NELLA GESTIONE
DEL DOLORE**

**RIDUZIONE GLI EVENTI
MATERNI AVVERSI
GRAVI**

L'ANALGESIA EPIDURALE rappresenta un elemento cruciale nella gestione del dolore, particolarmente durante il travaglio di parto. Miglioramenti continui nelle formulazioni farmacologiche e nella strumentazione ne hanno nel tempo potenziato la sicurezza e l'efficacia. Oggi, rappresenta un metodo consolidato e ampiamente utilizzato per fornire sollievo mirato dal dolore, contribuendo in modo significativo al comfort della paziente. Un recente studio pubblicato sul BMJ (aprile 2024) rivela come il ricorso all'analgesia epidurale riduca gli eventi materni avversi gravi come eclampsia, infarto miocardico e isterectomia postpartum. La metodica prevede la somministrazione di farmaci anestetici attraverso un catetere posizionato nello spazio epidurale. La letteratura esistente sull'analgesia epidurale enfatizza i suoi notevoli benefici nell'attenuazione del dolore, il profilo di sicurezza e l'impatto sulla soddisfazione del paziente. È inoltre sempre più consigliata nelle pazienti considerate a maggior rischio di SMM (morbilità materna severa), a causa dei suoi effetti fisiologici vantaggiosi e della rapida fruibilità in caso di emergenza. La capacità di bloccare selettivamente le vie nervose coinvolte nella trasmissione del dolore consente un controllo preciso e immediato della sensazione dolorosa. Ciò ha portato ad un aumento della tolleranza del dolore da parte delle pazienti, migliorando significativamente l'esperienza del parto. L'analgesia epidurale, inoltre, consente alle pazienti di riposare e conservare le energie durante il travaglio, fattore particolarmente vantaggioso nei travagli prolungati, permettendo alla donna di recuperare le for-

SABRINA GATTI¹
ROSA LUCIA PINCIROLI²
MAURA ALBICINI²
GUIDO STEVENAZZI¹
VERONICA VILLA¹

¹ *Struttura Complessa di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Nuovo di Legnano*

² *Struttura Complessa di Anestesia e Rianimazione, Ospedale Nuovo di Legnano*



ze per il periodo espulsivo. Per quanto riguarda il profilo di sicurezza, gli studi indicano un basso tasso di complicanze gravi quando la procedura è eseguita da personale qualificato. La gestione attenta e il monitoraggio continuo sono fattori chiave per garantire un profilo di sicurezza accettabile. Pazienti sottoposte ad analgesia epidurale riportano livelli più elevati di soddisfazione ed un migliore ricordo del travaglio e del parto. La possibilità di partecipare attivamente al processo decisionale riguardo al controllo del proprio dolore contribuisce ad una maggiore serenità complessiva, creando un ambiente di cura più personalizzato e centrato sulla paziente. L'analgesia epidurale, inoltre, aumenta la compliance nel caso in cui si debba ricorrere ad un parto operativo mediante ventosa ostetrica, garantendo una migliore gestione del dolore e quindi una maggiore collaborazione da parte della paziente durante la procedura.

Sebbene l'analgesia epidurale sia considerata sicura e ampiamente utilizzata, come tutte le procedure mediche non è scevra da rischi. I principali includono la puntura della dura madre, che si verifica quando l'ago perfora la dura madre causando fuoriuscita di liquor. Tale complicanza causa in genere cefalea posizionale (si riduce in clinostatismo), che compare entro cinque giorni dalla puntura lombare ma è temporanea e si autolimita nel tempo. Solitamente è accompagnata da rigidità nucale e/o sintomi uditivi; regredisce spontaneamente entro due settimane o grazie ad adeguata somministrazione di liquidi ed antidolorifici o, in alternativa, dopo l'esecuzione di un patch



epidurale lombare con sangue autologo. Questa complicanza si verifica in letteratura nell'1.5%-2% dei casi.

L'infezione del sito di iniezione è un'altra complicanza ma molto più rara (attualmente inferiore all'1%), legata all'ingresso del catetere nello spazio epidurale. Tecniche sterili adeguate durante la procedura aiutano a minimizzare questo rischio. L'ipotensione, che può essere legata all'utilizzo di alcuni farmaci analgesici a dosi elevate, è prevenibile e facilmente correggibile. In una percentuale <0.1%, nel caso di iniezione intravascolare dell'anestetico locale, si possono verificare sensazioni di vertigini o lievi capogiri, ronzii e intorpidimento. Danni neurologici acuti o persistenti che si possono verificare durante il posizionamento dell'ago o del catetere epidurale, dovuti alle conseguenze di ematomi epidurali, lesioni delle radici nervose o di infezioni, si verificano tra lo 0.005% e 0.01% dei casi e una formazione e una tecnica adeguate da parte dell'anestesista riducono al minimo tale rischio. Per quanto riguarda la progressione ritardata del travaglio, l'analgesia epidurale potrebbe rallentare la fase di spinta ma è stato dimostrato che, se eseguita con le tempistiche corrette, ciò raramente si verifica. Le reazioni allergiche agli anestetici locali sono un evento raro (<0.1% dei casi) e spesso non grave. Tali rischi vengono discussi in sede di visita anestesologica, in cui viene attentamente valutata la storia clinica della paziente e viene fornito un consenso informato. Il monitoraggio continuo durante e dopo l'analgesia epidurale aiuta nella rilevazione precoce e nella gestione di even-



Mediante una serie di incontri tra il personale ostetrico-ginecologico e anestesologico è stato codificato e protocollato un chiaro percorso clinico per l'erogazione del servizio

tuali eventi avversi. Per quanto riguarda la realtà ospedaliera di Legnano, il 2023 è stato l'anno di istituzione ex novo del servizio H24 gratuito di partoanalgesia, disponibile 7 giorni su 7, compresi i festivi. In precedenza, la partoanalgesia veniva eseguita solo occasionalmente. Mediante una serie di incontri tra il personale ostetrico-ginecologico e anestesologico è stato codificato e protocollato un chiaro percorso clinico per l'erogazione del servizio. È stato istituito un anestesista dedicato al punto nascita durante il giorno, mentre di notte e nei festivi al numero dedicato alla partoanalgesia risponde l'anestesista di guardia presente in ospedale, supportato da un altro anestesista reperibile in caso di necessità. Successivi incontri sono stati programmati in itinere per discutere l'andamento del servizio e i risultati ottenuti. Da gennaio a dicembre 2023, i parti sono stati 935. Su un totale di 816 pazienti (esclusi i tagli cesarei elettivi), 615 (75,4%) hanno effettuato la visita anestesologica per poter accedere alla partoanalgesia. Di queste, 333 hanno poi effettivamente richiesto l'analgesia epidurale durante il travaglio di parto (40,8% del totale) e 303 procedure sono state effettuate (37,1%): 29 pazienti non hanno ricevuto la partoanalgesia per ragioni cliniche (ostetrico-ginecologiche o anestesologiche) e solo una per impegno degli anestesisti in altre procedure urgenti. Le procedure effettuate sul totale delle richieste sono state il 90,9%. Per quanto riguarda gli esiti, delle 303 pazienti sottoposte ad analgesia epidurale, 267 hanno partorito spontaneamente con parto eutocico senza complicanze (88,1%), 8 pazienti hanno necessitato

dell'applicazione di ventosa ostetrica (2,6%), 2 pazienti sono state sottoposte a secondamento manuale (0,7%) e 26 pazienti sono andate incontro a taglio cesareo in travaglio (8,6%). Riguardo le complicanze, si sono verificate 5 punture della dura madre (1,6%) ma nessuna infezione del sito di iniezione, ipotensione grave, lesione nervosa e reazione allergica. Una progressione ritardata del travaglio, relativamente al periodo espulsivo, non si è verificata in nessuna paziente, considerando che in letteratura è riportata una tempistica massima con epidurale di 4 ore per le primipare (3 senza epidurale) e di 3 ore per le pluripare (2 senza epidurale). La curva cervicometrica nelle gestanti con analgesia epidurale è stata sovrapponibile a quella delle gestanti non sottoposte e tale procedura. Non abbiamo rilevato significative variazioni cardiocografiche nei due gruppi. La multidisciplinarietà organizzativa, la condivisione dei percorsi clinici e la buona informazione hanno consentito in un solo anno di approntare un servizio consono ai migliori dati clinici di letteratura:

- **PARTECIPAZIONE** alla visita anestesologica: il fatto che il 75,4% delle pazienti abbia effettuato la visita anestesologica suggerisce una buona consapevolezza e partecipazione delle gestanti all'offerta del servizio di partoanalgesia;
- **RICHIESTA** ed esecuzione della procedura: il 40,8% delle pazienti che hanno effettuato la visita anestesologica ha richiesto l'analgesia epidurale, e il 37,1% delle procedure è stato effettivamente eseguito. Questo indica un utilizzo

ANALGESIA EPIDURALE

L'ESPERIENZA ALL'OSPEDALE
NUOVO DI LEGNANO

significativo dell'analgia epidurale tra le pazienti che ne avevano inizialmente espresso l'interesse;

- **PERCENTUALE** di successo delle procedure: il 90,9% di procedure effettuate sul totale delle richieste indica una buona efficienza nell'erogazione dell'analgia epidurale;
- **ESITI** del parto con analgesia epidurale: l'88,1% delle pazienti che hanno ricevuto l'analgia epidurale ha avuto un parto spontaneo senza complicanze.

Punti chiave del nostro protocollo di partoanalgesia:

- l'informazione sulla procedura di analgesia peridurale per il travaglio di parto viene fornita attraverso una brochure, incontri informativi mensili e all'atto della visita anestesologica e ginecologica;
- tutte le donne gravide che desiderano richiedere la partoanalgesia al momento del travaglio devono essere sottoposte a visita anestesologica in ambulatorio a partire dalla 32^a settimana di gravidanza;
- la visita, effettuata nell'ambulatorio di anestesia, prevede la compilazione della cartella dedicata di partoanalgesia e la raccolta del consenso informato alla procedura. Nella documentazione viene registrata l'idoneità o meno alla procedura ed eventuali indicazioni terapeutiche. Al momento del ricovero, la cartella di partoanalgesia viene allegata alla cartella clinica della donna dall'ostetrica, che prende visione del referto e delle prescrizioni in esso contenute;
- è possibile richiedere la partoanalgesia 24 ore su 24, 7 giorni su 7, compresi i festivi. Il personale sanitario, all'ingresso in reparto della partoriente, si accerta se la stessa vuole beneficiare della procedura e se è stata valutata idonea dall'anestesista;
- in assenza di una controindicazione medica, la richiesta della madre è di per sé un'indicazione sufficiente per alleviare il dolore du-

rante il travaglio;

- è auspicabile iniziare un'analgia locoregionale il più precocemente possibile al fine di ottenere il miglior risultato per la madre e per il nascituro;
- il ginecologo, informata l'ostetrica, annota in cartella la non controindicazione alla partoanalgesia dopo aver eseguito un monitoraggio CTG di almeno 20 minuti;
- l'anestesista responsabile della procedura controlla che sia stata effettuata la valutazione anestesologica e verifica la completezza della documentazione clinica e del consenso. Ricevuta la richiesta di partoanalgesia, l'anestesista inizierà la procedura entro 45 minuti massimo dalla chiamata, procedendo con la valutazione ed il posizionamento del catetere peridurale;
- lo schema di somministrazione dei farmaci varia in base alla dilatazione cervicale e alla stazione della parte presentata e si avvale di sufentanyl e di ropivacaina oppure levobupivacaina;
- dopo la procedura viene effettuato un monitoraggio cardiocografico in continuo di 30 minuti;
- nell'infusione a boli è utile contenere l'intervallo di tempo tra la ricomparsa del dolore e l'esecuzione della successiva somministrazione in peridurale, al fine di limitare la dose analgesica di richiamo.

In conclusione, i dati relativi all'utilizzo della partoanalgesia presso il nostro ospedale nel 2023 mostrano un trend positivo, che consente un'esperienza parto migliore, con un maggior comfort ed un aumento della soddisfazione materna, oltre che una migliore gestione dei parti vaginali, una riduzione degli esiti materni avversi gravi ed un supporto durante i parti operativi. Resta fondamentale la condivisione delle decisioni tra operatori sanitari e paziente per garantire un approccio personalizzato alla gestione del dolore durante il travaglio.

PER SAPERNE DI PIÙ:

Kearns RJ, Kyzayeva A, Halliday L, Lawlor D, Shaw M, Nelson SM. Epidural analgesia during labour and severe maternal morbidity: population based study. *BMJ* 2024;385:e077190.

Halliday L, Nelson SM, Kearns RJ. Epidural analgesia in labor: A narrative review. *Int J Gynaecol Obstet*. 2022 Nov;159(2):356-364. doi: 10.1002/ijgo.14175. Epub 2022 Mar 21. PMID: 35277971.

Hawkins JL. Epidural analgesia for labor and delivery. *N Engl J Med*. 2010 Apr 22;362(16):1503-10. doi: 10.1056/NEJMc0909254. PMID: 20410515.

Favilli A, Tiburzi C, Gargaglia E, Cerotto V, Bagaphou TC, Checchaglini A, Bini V, Gori F, Torrioli D, Gerli S. Does epidural analgesia influence labor progress in women aged 35 or more? *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2022 Apr;35(7):1219-1223. doi: 10.1080/14767058.2020.1743672. Epub 2020 Mar 31. PMID: 32233707.

Bautista L, George RB. Epidural analgesia in labour. *CMAJ*. 2020 May 11;192(19):E509. doi: 10.1503/cmaj.191372. PMID: 32575042; PMCID: PMC7234272.

Gude P, Kaci CSB, Sieker M, Vogelsang H, Bellgardt M, Herzog-Niescery J, Weber TP, Weber J, Teubner S, Kern P. The influence of labor epidural analgesia on maternal, uteroplacental and fetoplacental hemodynamics in normotensive parturients: a prospective observational study. *Int J Obstet Anesth*. 2021 Feb;45:83-89. doi: 10.1016/j.ijoa.2020.10.011. Epub 2020 Nov 4. PMID: 33298344.

Fernandes S, Galacho J, Borrego A, Pereira D, Lança F, Ormonde L. Impact of Labor Epidural Analgesia on Maternal Satisfaction and Childbirth Expectations in a Tertiary Care Center in Portugal: A Prospective Study. *Acta Med Port*. 2021 Mar 31;34(4):272-277. doi: 10.20344/amp.13599. Epub 2021 Apr 1. PMID: 34214419.

Buddeberg BS, Bandschapp O, Girard T. Post-dural puncture headache. *Minerva Anesthesiol*. 2019 May;85(5):543-553. doi: 10.23736/S0375-9393.18.13331-1. Epub 2019 Jan 4. PMID: 30621376.

Bos EME, Hollmann MW, Lirk P. Safety and efficacy of epidural analgesia. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2017 Dec;30(6):736-742. doi: 10.1097/ACO.0000000000000516. PMID: 28938298.

Lourens GB. Complications associated with epidural catheter analgesia. *Nurse Pract*. 2016 Oct 20;41(10):12-6. doi: 10.1097/01.NPR.0000480587.01667.bc. PMID: 27285963.

Guglielminotti J, Landau R, Li G. Major Neurologic Complications Associated With Postdural Puncture Headache in Obstetrics: A Retrospective Cohort Study. *Anesth Analg*. 2019 Nov;129(5):1328-1336.

Russell R, Laxton C, Lucas DN, Niewiarowski J, Scrutton M, Stocks G. Treatment of obstetric post-dural puncture headache. Part 1: conservative and pharmacological management. *Int J Obstet Anesth*. 2019 May;38:93-103.

Russell R, Laxton C, Lucas DN, Niewiarowski J, Scrutton M, Stocks G. Treatment of obstetric post-dural puncture headache. Part 2: epidural blood patch. *Int J Obstet Anesth*. 2019 May;38:104-118.

Gupta A, von Heymann C, Magnuson A, Alahuhta S, Fernando R, Van de Velde M, Mercier FJ, Schyns-van den Berg AMJV, EPIMAP collaborators. Management practices for postdural puncture headache in obstetrics: a prospective, international, cohort study. *Br J Anaesth*. 2020 Dec;125(6):1045-1055.

Gupta A, Van de Velde M, Magnuson A, von Heymann C, Guasch E, Alahuhta S, Mercier FJ, Schyns-van den Berg AMJV, European Practices in the Management of Accidental Dural Puncture in Obstetrics Investigators. Factors associated with failed epidural blood patch after accidental dural puncture in obstetrics: a prospective, multicentre, international cohort study. *Br J Anaesth*. 2022 Nov;129(5):758-766.

Cohen S, Daitch JS, Goldiner PL. An alternative method for management of accidental dural puncture for labor and delivery. *Anesthesiology*. 1989 Jan;70(1):164-5.

Heesen M, Hilber N, Rijs K, van der Marel C, Rossaint R, Schäffer L, Klimek M. Intrathecal catheterisation after observed accidental dural puncture in labouring women: update of a meta-analysis and a trial-sequential analysis. *Int J Obstet Anesth*. 2020 Feb;41:71-82

Orbach-Zinger S, Jadon A, Lucas DN, Sia AT, Tsen LC, Van de Velde M, Heesen M. Intrathecal catheter use after accidental dural puncture in obstetric patients: literature review and clinical management recommendations. *Anaesthesia*. 2021 Aug;76(8):1111-1121.

Tatiana Sidiropoulou, Kalliopi Christodoulaki, Charalampos Siristatidis, "Pre-Procedural Lumbar Neuraxial Ultrasound-A Systematic Review of Randomized Controlled Trials and Meta-Analysis" *Healthcare* 2021 Apr 17;9(4):479

Finucane B., "Complications of Regional Anesthesia", Springer 2017

Capogna G., "Epidural Labor Analgesia", Springer 2015

NYSORA (New York School of Regional Anesthesia) 2019, "Obstetric Regional Anesthesia"

NHS (National Health Service) UK, "Epidural for Childbirth" 2011

OAA (Obstetric Anaesthesists' Association), "Pain Relief in Labour", 2012

Jones L., "Pain Management for women in labour: an overview of systematic reviews". *Cochrane* 2012, Issue 3

Moen V., "Neurological complications following central neuraxial blockades in obstetrics". *Curr Opin in Anaesth*. 2008, 21:275-280



STORIA DELL'OSTETRICIA

Storia IV: infiammazione erisipelatoide dell'utero

Nella raccolta "Cento storie o osservazioni e casi medici" di Epifanio Ferdinando sono riportati racconti riguardanti i più svariati campi della medicina. Tra questi, numerosi sono anche i casi clinici di Ginecologia ed Ostetricia: da giovani donne a termine di gravidanza decedute per emorragia, febbre o convulsioni ad anziane signore con incontenibili prolassi uterini o fastidiose infezioni

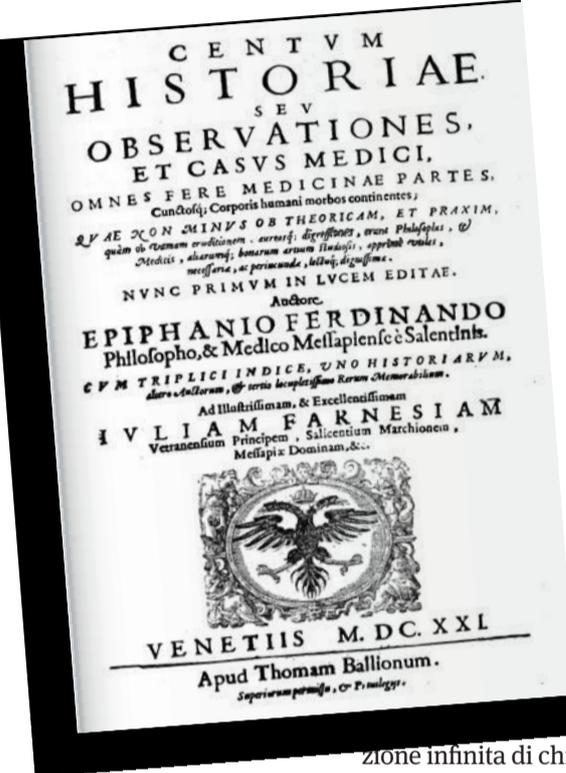
La prefazione della raccolta "Cento storie o osservazioni e casi medici" inizia con un'interessante riflessione riguardo la conoscenza e la ricerca scientifica: Epifanio Ferdinando sostiene infatti che tutti gli uomini desiderano, per loro natura, sapere, affinché possano rendersi immortali, ma proprio nel momento in cui si applicano per imparare, si rendono conto dell'infinità degli argomenti indagabili e di quanto sia impossibile conoscerli tutti. Per questo, la vera saggezza consiste nel riconoscere che nessuno di noi sa in realtà nulla. "So di non saper", sosteneva Socrate, già nel V secolo avanti Cristo. Ma questa consapevolezza non è motivo di angoscia e di rifiuto della ricerca per lo scrittore di Mesagne; egli è piuttosto convinto che la nostra Anima non possa restare a lungo digiuna del cibo del sapere, pena la sua morte a causa di quelle che lui denomina "tenebre dell'ignoranza". Proprio per impedire questa degenerazione dello spirito ed evitare il degrado intellettuale, risulta essenziale ricercare, sperimentare, sbagliare, capire e trasmettere agli altri la propria esperienza così che essa si possa ampliare ed ottimizzare sempre di più. Solo grazie a questa instancabile e continua catena umana di indagine possiamo ambire ad approfondire e migliorare le nostre, seppur fragili, conoscenze. A questo nobile fine Epifanio ha scritto la sua raccolta medica e grazie all'esperienza passata possiamo noi oggi trattare con semplicità malattie che un tempo risultavano mortali.

La storia quarta è un esempio importante di quanto sopra detto: Elisabetta Roma, mesagnese, soffriva da mesi di ininterrotto e continuo dolore a carattere di "morso" a livello addominale. Il primo giorno del mese di agosto comparvero inoltre febbre elevata e continua, nausea, vomito, emicrania, insonnia e svenimenti. Epifanio diagnosticò quindi un'infiammazione dell'utero: erano infatti allora evidenti gonfiore, tensione e dolore pulsante al bas-

so ventre; al nono giorno dalla comparsa della febbre, la donna era quasi prossima alla morte. All'undicesimo giorno però "si liberò di un'urina purulenta e abbondante, mentre il dolore e la febbre si attenuavano verso il quattordicesimo giorno". La causa della malattia e della sintomatologia fu così spiegata da Epifanio: "il fegato le si era scaldato più del giusto a causa di una lunga esposizione al sole e dell'essere stata vicino al fuoco per i pranzi che erano stati preparati in occasione della venuta del fratello".

Non è semplice per noi oggi capire quale problema abbia avuto effettivamente la donna del racconto di Epifanio; quello che possiamo dedurre è che possa essersi verificata una grave infezione che, da localizzata inizialmente ad un organo addominale (potrebbe trattarsi dell'utero quanto della vescica o dei reni) si è poi diffusa a tutto l'organismo mettendo in serio pericolo la vita della giovane. Un'altra ipotesi potrebbe essere invece quella di un disturbo cronico con una sintomatologia persistente (il dolore addominale presente da mesi) complicatosi poi con una sovrainfezione e un rapido peggioramento del quadro clinico. Quello che è importante però notare è quanto sia cambiato, nel corso dei secoli, l'approccio alla diagnosi, all'eziologia e alla terapia di situazioni come quella riportata. Epifanio, infatti, ha dovuto affrontare un caso complesso, cercando di risolverlo senza nessun mezzo a sua disposizione. Come in altre situazioni da lui raccontate, si è servito di prodotti naturali ed erboristici, che utilizzava per trattare le più svariate patologie; spesso racconta di come l'erba sassifraga giovi alla digestione aiutando il metabolismo epatico e renale, di come il melograno rafforzi il cuore o di come l'acqua di rose valorizzi la giovinezza rallentando i segni della vecchiaia. Oggi, invece, saremmo probabilmente

in



"Centum historiae" di Epifanio Ferdinando (1569-1638)



ANTONIO PELLEGRINO
Direttore U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia
Dipartimento Materno-Infantile- Dipartimento innovazione tecnologiche e chirurgia robotica
Ospedale "A. Manzoni" ASST Lecco

EPIFANIO FERDINANDO

Medico, storico, filosofo
(Mesagne 1569-1638)
Ritratto in china realizzato da C. Biondi.

grado di diagnosticare cosa affliggesse realmente la donna; potremmo effettuare esami del sangue ed esami strumentali accurati, iniziare una terapia mirata con antibiotici od altri farmaci a nostra disposizione e, in molti casi, essere anche in grado di riconoscere e trattare la causa sottostante una sintomatologia così grave, non attribuendola alle troppe ore dedicate alla cucina in prospettiva del pranzo dedicato al fratello. Grazie agli avanzati mezzi a nostra disposizione, potremmo probabilmente evitare il rapido declino delle condizioni cliniche della donna, impedendo che rischi la vita per quella che sembrerebbe essere una banale infezione. Ciò che in passato era complicato e pericoloso, oggi risulta invece semplice e risolvibile. Per raggiungere questi traguardi, sono risultati essenziali negli anni proprio la dedizione e l'atten-

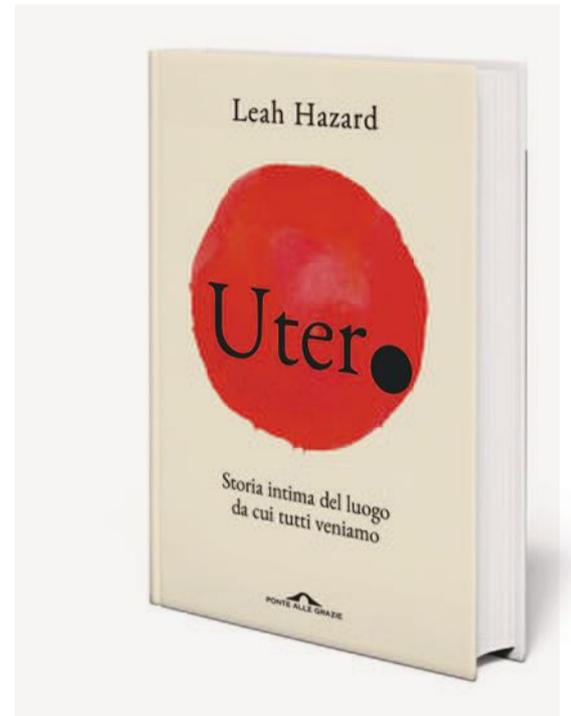
zione infinita di chi, pur conscio di "non sapere" non si è mai arreso né fermato di fronte a questa inflessibile consapevolezza ma ha continuato a ricercare e ad apprendere. Effettivamente, senza la passione e la sete infinita di conoscenza che ci caratterizzano, non saremmo mai arrivati oggi ai traguardi che invece la ricerca continua ha permesso di raggiungere; è vero che l'unica certezza è quella di non sapere e che più si scopre più resta da scoprire, ma è anche vero che, passo dopo passo ed insieme, è possibile raggiungere grandi obiettivi, continuando ad arricchire l'umanità e migliorando la vita di chi ci circonda, naturalmente nel limite del possibile delle nostre capacità. Come ci insegnano personaggi come Epifanio Ferdinando, dunque, non ha senso fermarsi di fronte alle tenebre della nostra ignoranza, quanto piuttosto cercare instancabilmente la luce che possa chiarire almeno alcuni dei nostri dubbi. Sicuramente resteranno ancora infinite verità che mai riusciremo a raggiungere. Ma non è forse questa la meraviglia della vita? Che senso avrebbe, infatti, la nostra esistenza senza l'insaziabile fame di conoscenza che ci caratterizza? Per riflettere fino a che a punto siamo stati in grado di arrivare, basti pensare che la vita media del medioevo era di 45 anni, circa la metà di quella attuale. E chissà quante altre scoperte interessanti e rivoluzionarie ci restano ancora da fare!



LIBRI E LETTURE

RECENSIONI DI CARLO SBIROLI

Hazard critica l'ignoranza di molti politici per quanto riguarda la loro conoscenza sulla biologia del concepimento e della gravidanza, sottolineando il paradosso di chi legifera su questioni che non comprende appieno, con conseguenze spesso devastanti



Il libro di Leah Hazard

L'utero è una questione politica e sociale

Recensione di
CARLO SBIROLI

“Leah Hazard svela le dinamiche di potere e i pregiudizi che ruotano intorno al corpo femminile. Un viaggio tra controllo sociale e diritti riproduttivi

Utero: storia intima del luogo da cui tutti veniamo, non è solo un libro; è una provocazione, un atto di accusa. Con quest'opera, Leah Hazard non si limita a descrivere una parte dell'anatomia femminile, ma trasforma quest'organo in un potente simbolo di resistenza e consapevolezza, riportandoci alle lotte femministe degli anni '70 del secolo scorso, quando nelle piazze si gridava "l'utero è mio e me lo gestisco io". Oggi, in un momento storico in cui la medicina è chiamata a ripensare il modo in cui tratta il corpo femminile, Hazard ci costringe a riconsiderare con occhi nuovi un organo che, più di ogni altro, è stato oggetto di incomprensioni e pregiudizi. Leah Hazard, laureata in letteratura anglo-americana ad Harvard, ha iniziato la sua carriera come giornalista alla BBC. Dopo la nascita della sua prima figlia, ha deciso di diventare ostetrica. Nel suo saggio precedente, *Hard Pushed: A Midwife's Story*, aveva già analizzato i problemi e le contraddizioni dell'ostetricia moderna. Ora, con *Utero*, offre un'analisi ancora più incisiva, trattando l'utero non solo come un organo biologico, ma come simbolo culturale e politico. Ciò che emerge è un quadro complesso in cui "l'utero non è solo il centro della vita riproduttiva, ma anche un campo di battaglia dove si scontrano forze economiche, politiche e sociali".

HAZARD NAVIGA tra questi diversi piani con notevole maestria, offrendo ai lettori una comprensione approfondita di come la percezione e il trattamento dell'utero si siano evoluti nel tempo. Dalle pratiche ginecologiche storiche, spesso brutta

li e sessiste, alla moderna medicina basata sull'evidenza, *Utero* offre una panoramica storica che arricchisce la nostra comprensione attuale. Uno degli aspetti più rilevanti del libro è la critica alla medicalizzazione eccessiva del corpo femminile. Hazard evidenzia come l'utero sia stato spesso oggetto di interventi medici invasivi, a volte non necessari, che riflettono una visione paternalistica della medicina. Per noi ginecologi, questa critica rappresenta un'importante chiamata all'attenzione. Nel nostro lavoro quotidiano, "è fondamentale che queste decisioni siano basate non solo su dati scientifici, ma anche su una comprensione empatica e olistica della paziente". Il libro ci ricorda l'importanza di ascoltare le donne, di prendere in considerazione il loro vissuto e di evitare di cadere in quella che potrebbe essere definita una "trappola medica". Tuttavia l'analisi di Hazard non si ferma qui. Va oltre. Esplora l'utero anche dal punto di vista sociale e come simbolo politico. Sottolinea come "il corpo delle donne sia stato storicamente percepito come problematico, sporco e pericoloso", e aggiunge che "queste visioni distorte, alimentate da un sistema medico patriarcale, hanno lasciato tracce di misoginia che persistono ancora oggi".

HAZARD CRITICA l'ignoranza di molti politici per quanto riguarda la loro conoscenza sulla biologia del concepimento e della gravidanza, sottolineando il paradosso di chi legifera su questioni che non comprende appieno, con conseguenze spesso devastanti. Secondo l'autrice, "la poli-

tica riproduttiva può essere usata come strumento di controllo e di oppressione delle minoranze o di gruppi non graditi a chi detiene il potere. La società patriarcale stabilisce cos'è la gravidanza e quando inizia la vita, e poi legifera su cosa le donne possono o non possono fare". In questo scenario l'utero diventa inevitabilmente un terreno di conflitti tra poteri economici, politici e sociali.

IN DEFINITIVA, *Utero* di Leah Hazard è un libro che tutti i ginecologi dovrebbero leggere. Non solo perché offre una panoramica esaustiva dell'utero come organo biologico, ma anche perché ci costringe a confrontarci con le implicazioni più ampie del nostro lavoro. È un invito a riconsiderare il nostro approccio, mettendo al centro l'esperienza delle pazienti e riconoscendo le influenze sociali e politiche che modellano la nostra pratica.

LEA HAZARD

IL CORDONE OMBELICALE

EDITORE
PONTE ALLE GRAZIE

PAGINE
400

PREZZO
19.80 €

ISBN
9788833317496

**Gyneco
Aogoi**

Organo Ufficiale
dell'Associazione Ostetrici
Ginecologi Ospedalieri Italiani

AOGOI
ASSOCIAZIONE
OSTETRICI GINECOLOGI
OSPEDALIERI ITALIANI

Numero 2 - 2025
Anno XXXVI

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:
marzo 2025
Tiratura 4.000 copie.

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

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

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



LA VERA RIVOLUZIONE È INIZIATA. NOI SIAMO PRONTI, E TU?

VERA Revolution®

VERA Revolution® è l'ultimo prodotto realizzato dagli esperti del team multidisciplinare di ricerca e sviluppo del Centro AMES.

VERA Revolution®, primo ed unico nel suo genere, vanta il più alto numero di anomalie genetiche ad oggi rilevabili in epoca prenatale ed in modo non invasivo mediante un unico test. Le condizioni indagate, tra tutte quelle che sarebbe possibile riscontrare tramite sequenziamento dell'intero esoma o dell'intero genoma (Whole Exome Sequencing, WES o Whole Genome Sequencing, WGS), sono state accuratamente selezionate per incidenza elevata e concrete possibilità di intervento. Ciò restringe il campo solo ed esclusivamente a quelle patologie rispetto alle quali un'azione tempestiva ed un piano decisionale adeguato arrechino un vantaggio effettivo al successo riproduttivo della coppia e alla qualità della vita del nascituro, limitando i test invasivi ai casi strettamente necessari.

A chi è rivolto?

A tutte le coppie della popolazione generale in attesa e con età gestazionale superiore alla decima settimana di gravidanza, in gravidanze singole e gemellari, da concepimento spontaneo e PMA.

Gran parte delle patologie genetiche identificabili dal VERA REVOLUTION, sono indipendenti dall'età materna e quindi il test può essere richiesto anche da donne con un'età al di sotto dei 35 anni.

Cosa comprende il test?

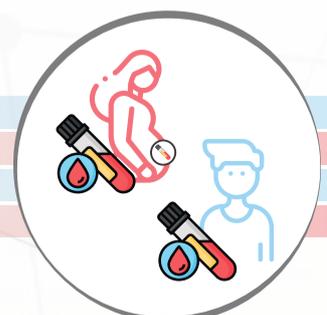


- **Vera plus:** è il test che si avvicina di più al risultato ottenibile con l'amniocentesi, in quanto permette di rilevare le aneuploidie a carico di tutti i cromosomi (cariotipo fetale) e le duplicazioni e/o delezioni segmentali o traslocazioni sbilanciate su tutto l'assetto cromosomico fetale, di dimensioni superiori alle 7 Mb
- **100 CNV:** una versione migliorata del Pannello Microdelezioni per la *detection* di circa 100 sindromi da microdelezione e microduplicazione (CNVs) con potere risolutivo ≤ 1 Mb
- **1000 Monogeniche:** una versione estesa del Vera OMNIA Metabolic® per la ricerca di mutazioni puntiformi (SNVs) in un pannello di 1069 geni, correlati a circa 1000 malattie monogeniche, a trasmissione autosomica recessiva, ad alta e bassa incidenza, patologie a trasmissione autosomica dominante, *de novo*, e patologie ad ereditarietà legata all'X, recessive o dominanti con sensibilità $\geq 99\%$.
- **Carrier Test:** analisi sulla mamma di patologie a trasmissione autosomica recessiva ad elevata incidenza, quali Sindrome dell'X-fragile, Atrofia muscolare spinale e Distrofia muscolare Duchenne-becker.

Cosa serve per i test e tempi di refertazione (TAT)

	MATERIALE BIOLOGICO	TAT
Vera plus	provetta Streck	3-4 giorni lavorativi*
100 CNV	provetta Streck	15-20 giorni lavorativi*
1000 Monogeniche	provetta Streck/provetta EDTA madre e padre	15-20 giorni lavorativi*
Carrier Test	provetta EDTA madre	10-15 giorni lavorativi*

*dall'arrivo del prelievo in laboratorio



AOGOIASSOCIAZIONE
OSTETRICI GINECOLOGI
OSPEDALIERI ITALIANI**CORSO FAD**
1 MARZO 2025 /
31 DICEMBRE 2025**SCREENING E
VACCINAZIONE
ANTI-HPV:
STRATEGIE
INTEGRATE
PER L'EQUITÀ
DI GENERE NELLA
PREVENZIONE****9**
**CREDITI
ECM****RESPONSABILE SCIENTIFICO****Carlo Maria Stigliano****RELATORI**Paola Garutti | **Ferrara**Karin Andersson | **Firenze**Alessandro Ghelardi | **Massa**Caterina Rizzo | **Pisa**Paolo Cristoforoni | **Genova**Rosa De Vincenzo | **Roma**Andrea Ciavattini | **Ancona**Carlo Maria Stigliano | **Cosenza****RAZIONALE E OBIETTIVI FORMATIVI**

Questo corso FAD, tratto dal Webinar AOGOI del 15 novembre 2024, rappresenta un'importante occasione di aggiornamento scientifico per i professionisti sanitari che vogliono aggiornarsi sui progressi più rilevanti nella prevenzione e gestione dell'infezione da HPV. Grazie al contributo di autorevoli esperti italiani, vengono analizzati i più recenti sviluppi in ambito clinico, con un focus sulle strategie di vaccinazione e sugli approcci innovativi allo screening. Il programma affronta i cambiamenti nei protocolli di screening per le donne vaccinate, le evidenze sull'efficacia della vaccinazione nella donna adulta e l'importanza dell'estensione della prevenzione anche alla popolazione maschile. Ampio spazio viene dedicato alla gestione integrata delle campagne vaccinali, con un'attenzione particolare alla personalizzazione degli interventi per migliorarne l'efficacia. Il corso si conclude con un confronto tra esperti che risponde ai principali interrogativi della pratica clinica, offrendo strumenti utili per una prevenzione sempre più efficace e mirata.

**ISCRIVITI SUBITO**
ecm.aogoi.it