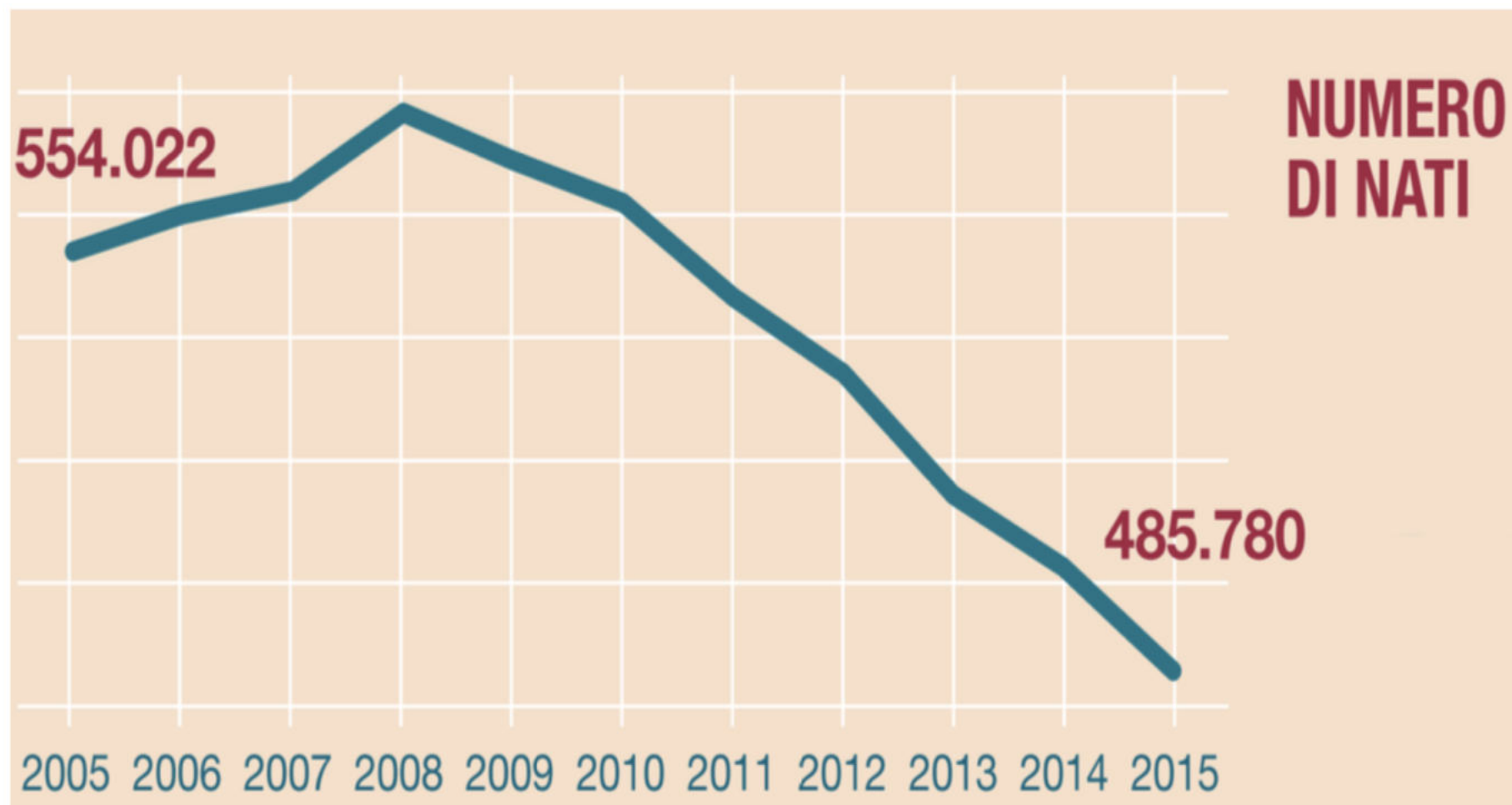




25 anni di Pediatria On Line 5 ° Congresso Nazionale SIPEC 14/16 ottobre 2021

- Ginecologia e Ostetricia

Dott.ssa MR Giolito Specialista in Ginecologia ed Ostetricia
Responsabile Coordinamento Consultori Regione Piemonte



NATALITÀ E FECONDITÀ DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE

Anno 2017



NATI 458.151 -21%

Iscritti in anagrafe per nascita nel 2017

PRIMI FIGLI 214.267 -25%



Tutti i confronti sono con l'anno **2008**

DA GENITORI

CONIUGATI 316.543 -32%

NON CONIUGATI 141.608 +25%

ENTRAMBI ITALIANI 358.940 -25%

ENTRAMBI STRANIERI 67.933 -6%

DONNE IN ETÀ FECONDA 12,8 milioni -7%

FIGLI PER DONNA 1,32 1,45
numero medio

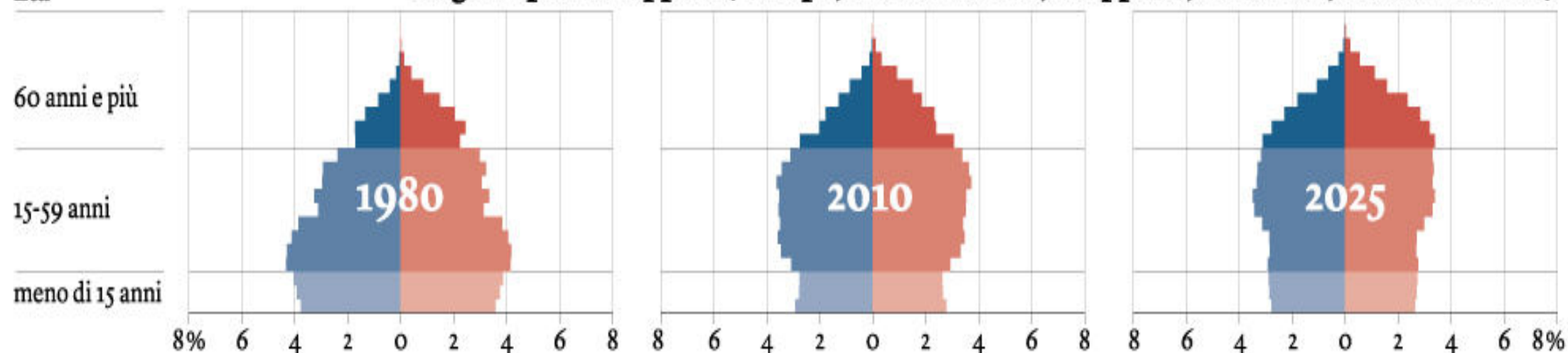
ETÀ MEDIA AL PRIMO FIGLIO 30,1 31,1 anni

SENZA FIGLI 22,0% ad oggi 1977
11,1% 1950

Composizione della popolazione in percentuale sul totale Uomini Donne

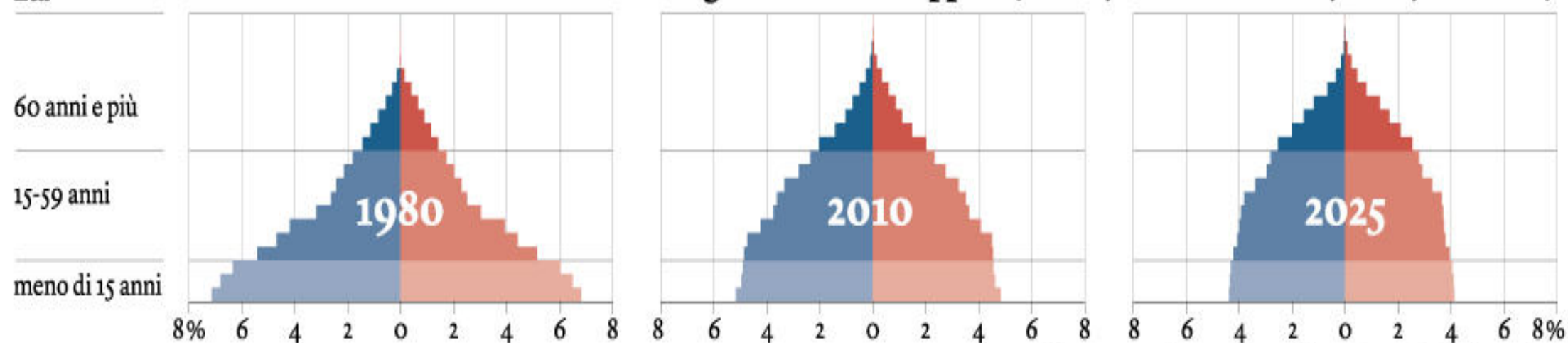
Regioni più sviluppate (Europa, Nord America, Giappone, Australia, Nuova Zelanda)

Età



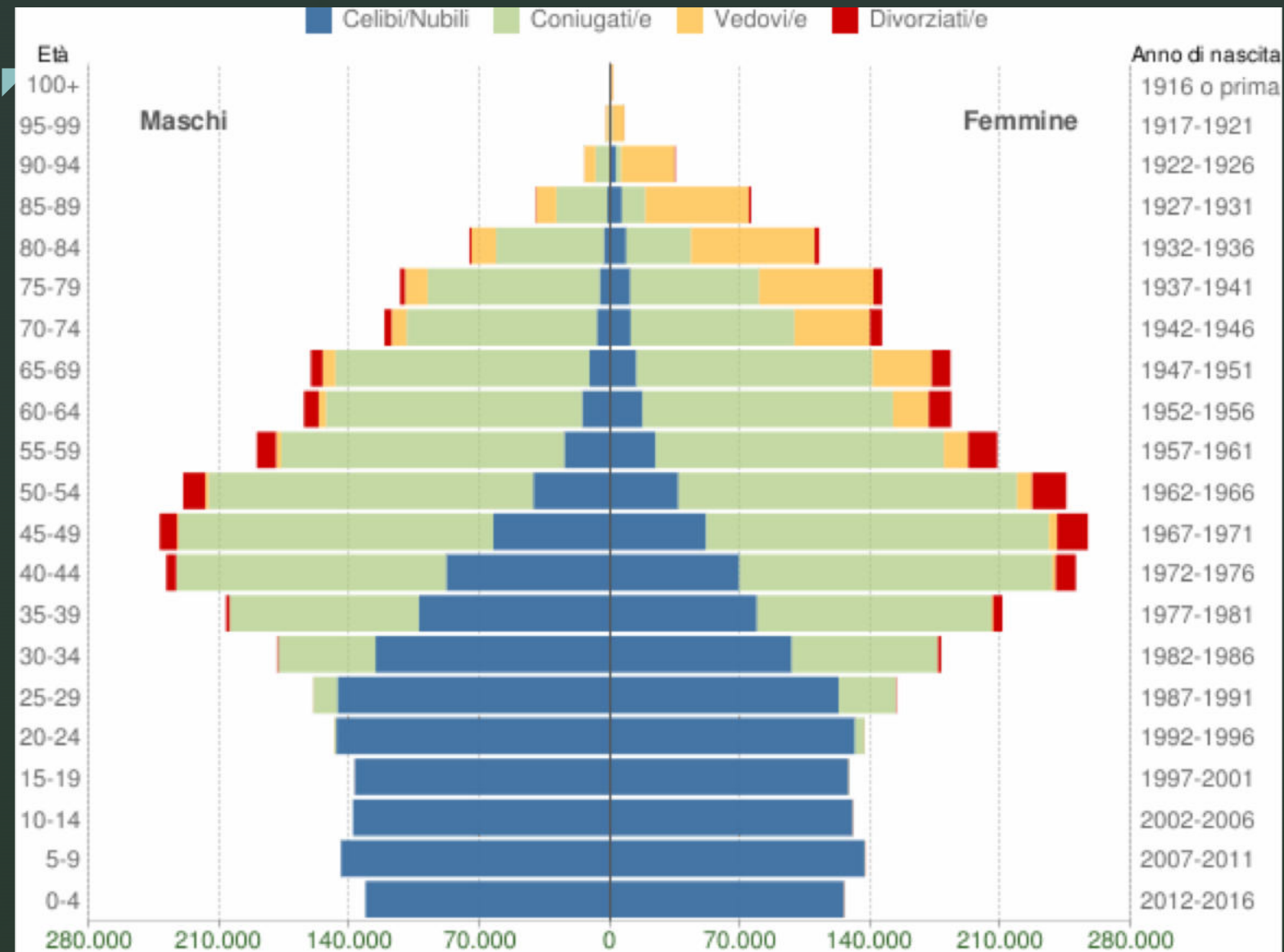
Età

Regioni meno sviluppate (Africa, America Latina, Asia¹, Oceania²)



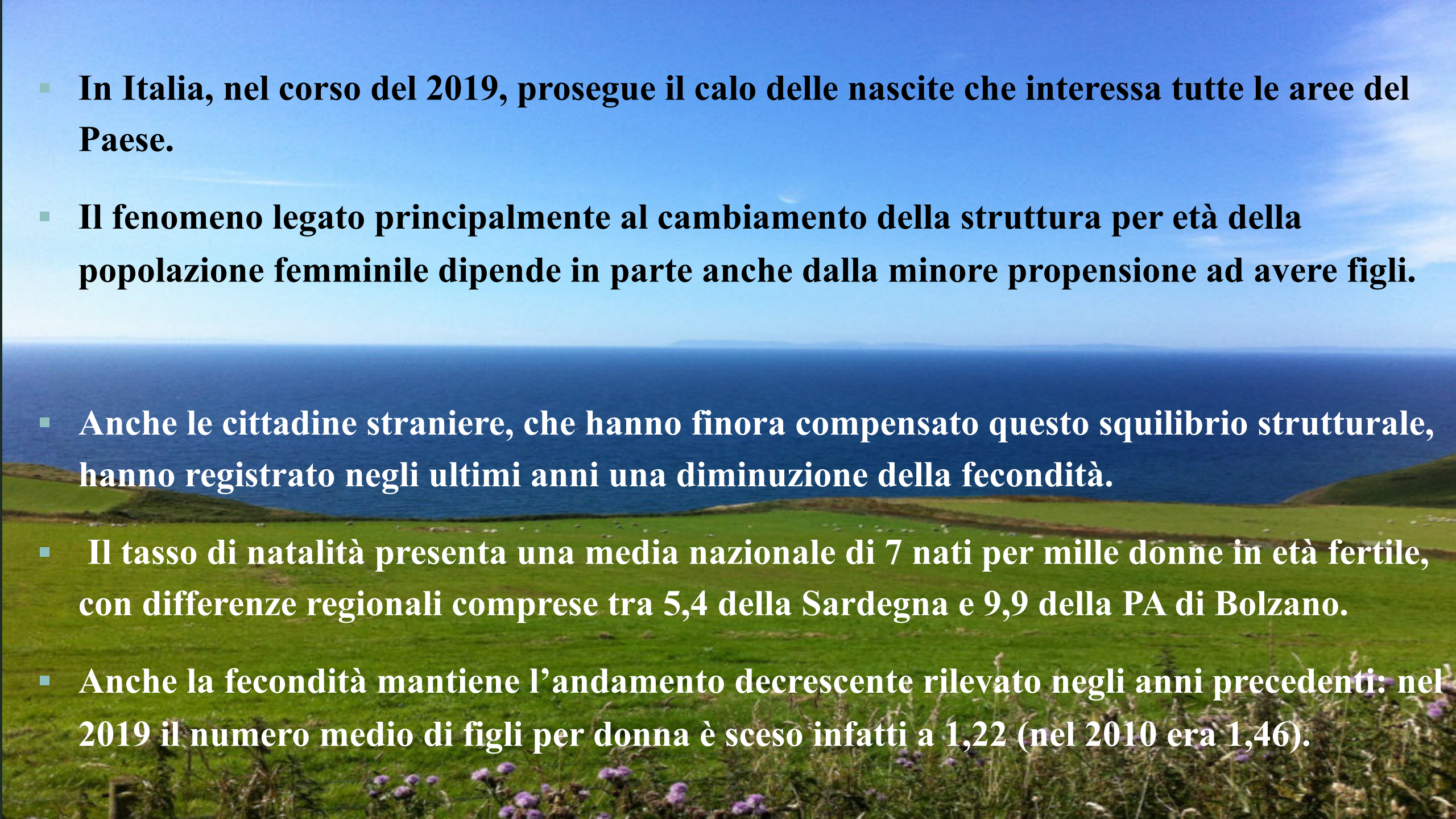
1. Giappone escluso ; 2. Australia e Nuova Zelanda escluse

Fonte : Nazioni Unite, *World Urbanization Prospects: The 2010 Revision* e *The 2011 Revision* , New York, 2011 e 2012.



Popolazione per età, sesso e stato civile - 2016

LAZIO - Dati ISTAT 1° gennaio 2016 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

- 
- **In Italia, nel corso del 2019, prosegue il calo delle nascite che interessa tutte le aree del Paese.**
 - **Il fenomeno legato principalmente al cambiamento della struttura per età della popolazione femminile dipende in parte anche dalla minore propensione ad avere figli.**
 - **Anche le cittadine straniere, che hanno finora compensato questo squilibrio strutturale, hanno registrato negli ultimi anni una diminuzione della fecondità.**
 - **Il tasso di natalità presenta una media nazionale di 7 nati per mille donne in età fertile, con differenze regionali comprese tra 5,4 della Sardegna e 9,9 della PA di Bolzano.**
 - **Anche la fecondità mantiene l'andamento decrescente rilevato negli anni precedenti: nel 2019 il numero medio di figli per donna è sceso infatti a 1,22 (nel 2010 era 1,46).**

- **"Studio Nazionale Fertilità", promosso dal Ministero della Salute e concluso a fine 2018, che per la prima volta in maniera completa scatta una fotografia delle conoscenze, dei comportamenti e degli atteggiamenti in ambito sessuale e riproduttivo delle diverse fasce della popolazione, a partire dai giovanissimi, e fornisce un focus sulle conoscenze e comportamenti dei professionisti sanitari.**
- **Il coordinamento del Progetto "Studio Nazionale Fertilità" è stato affidato all'Istituto Superiore di Sanità e hanno partecipato come unità operative l'Università degli Studi di Roma "Sapienza", l'Ospedale Evangelico Internazionale di Genova e l'Università degli Studi di Bologna.**
- **Nel suo ambito sono state realizzate indagini rivolte sia alla popolazione potenzialmente fertile (adolescenti, studenti universitari e adulti in età fertile), sia ai professionisti sanitari (pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, ginecologi, andrologi, endocrinologi, urologi, ostetriche).**

INDAGINE SUGLI ADOLESCENTI

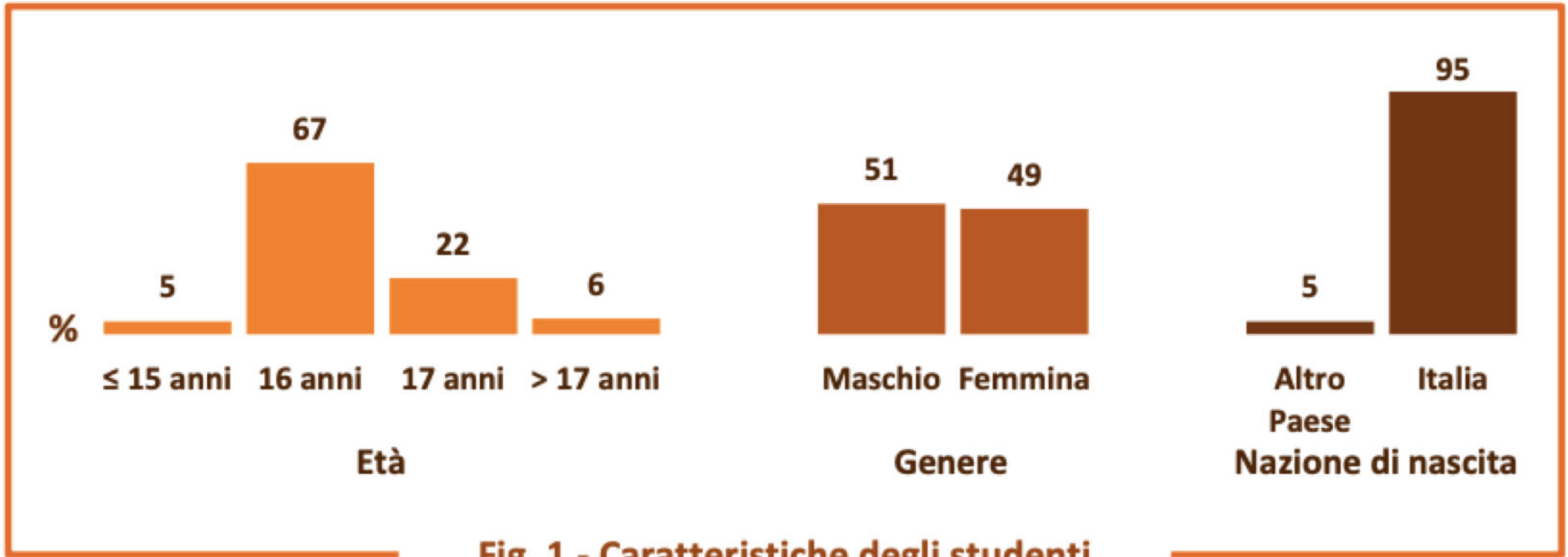


Fig. 1 - Caratteristiche degli studenti

INDAGINE SUGLI ADOLESCENTI



Fig. 15 - Nel tuo futuro, pensi di avere figli?

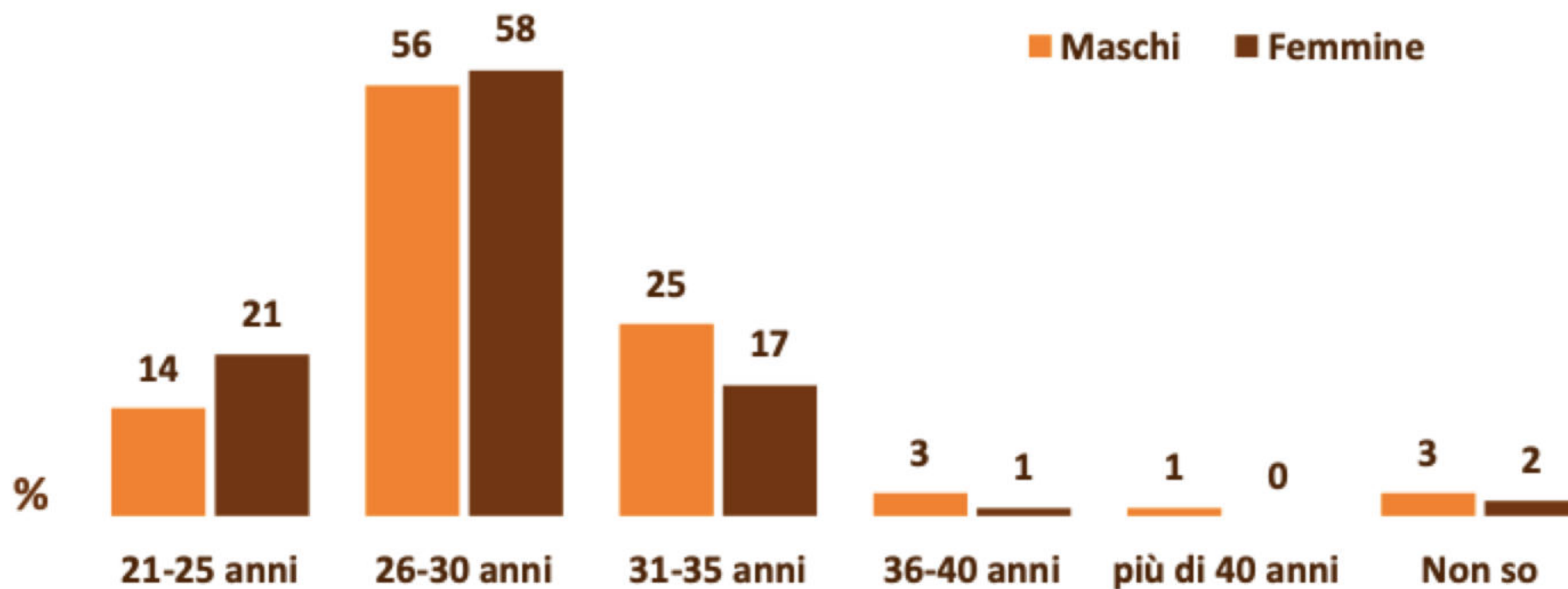


Fig. 16 - Secondo te, qual è l'età giusta per diventare genitori?



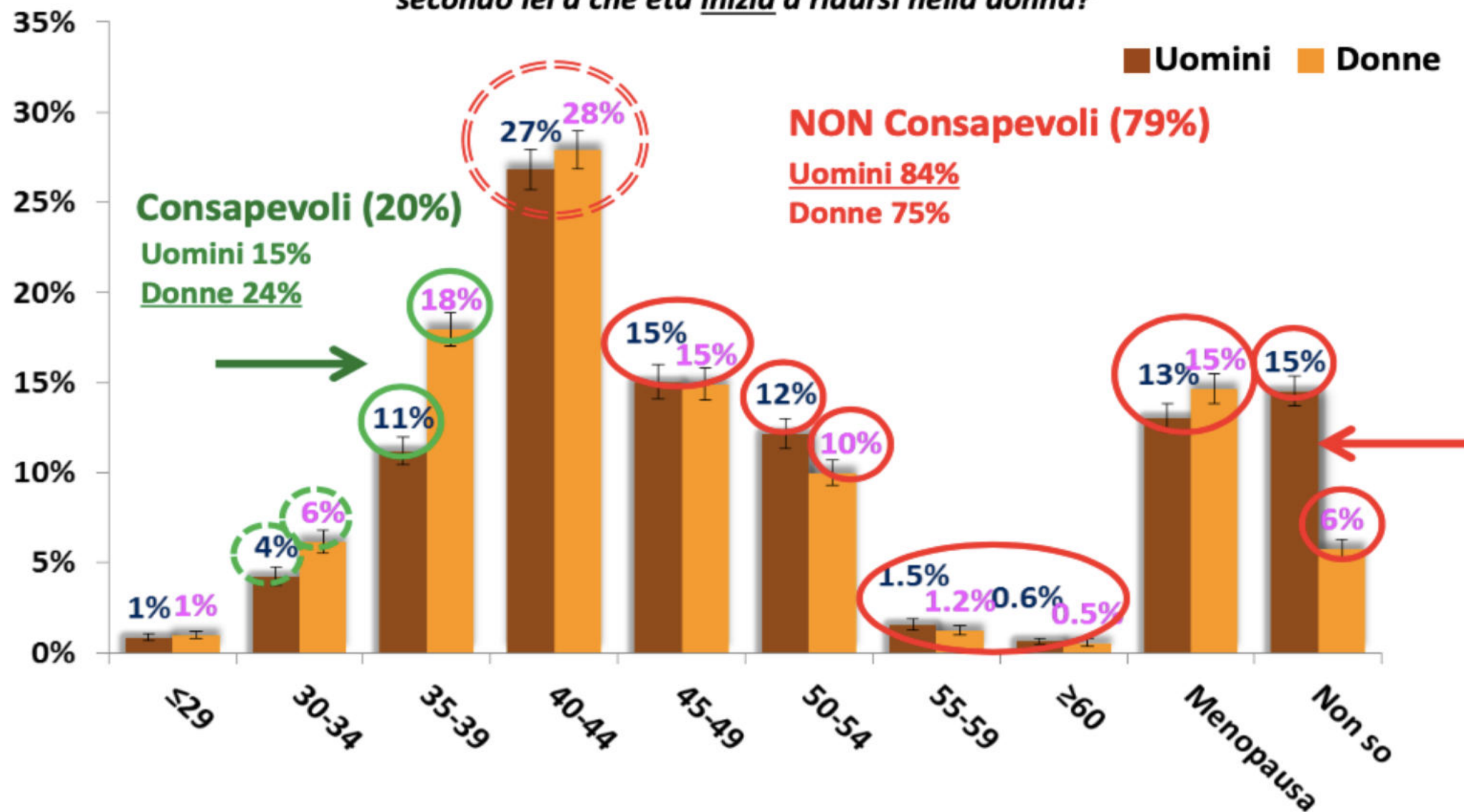
PASSI è il sistema di sorveglianza nazionale dedicato alla popolazione adulta di 18-69 anni che, dal 2007, raccoglie in continuo informazioni sullo stato di salute e sui fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili (es. fumo, alcol, inattività fisica, alimentazione, ecc.) e sul grado di conoscenza e adesione dei cittadini ai programmi di prevenzione attivi nel Paese (es. screening oncologici, vaccinazioni)

Nel 2016, il questionario PASSI si arricchisce di un 'modulo fertilità' rivolto a uomini e donne di 18-49 anni al fine di raccogliere informazioni su:

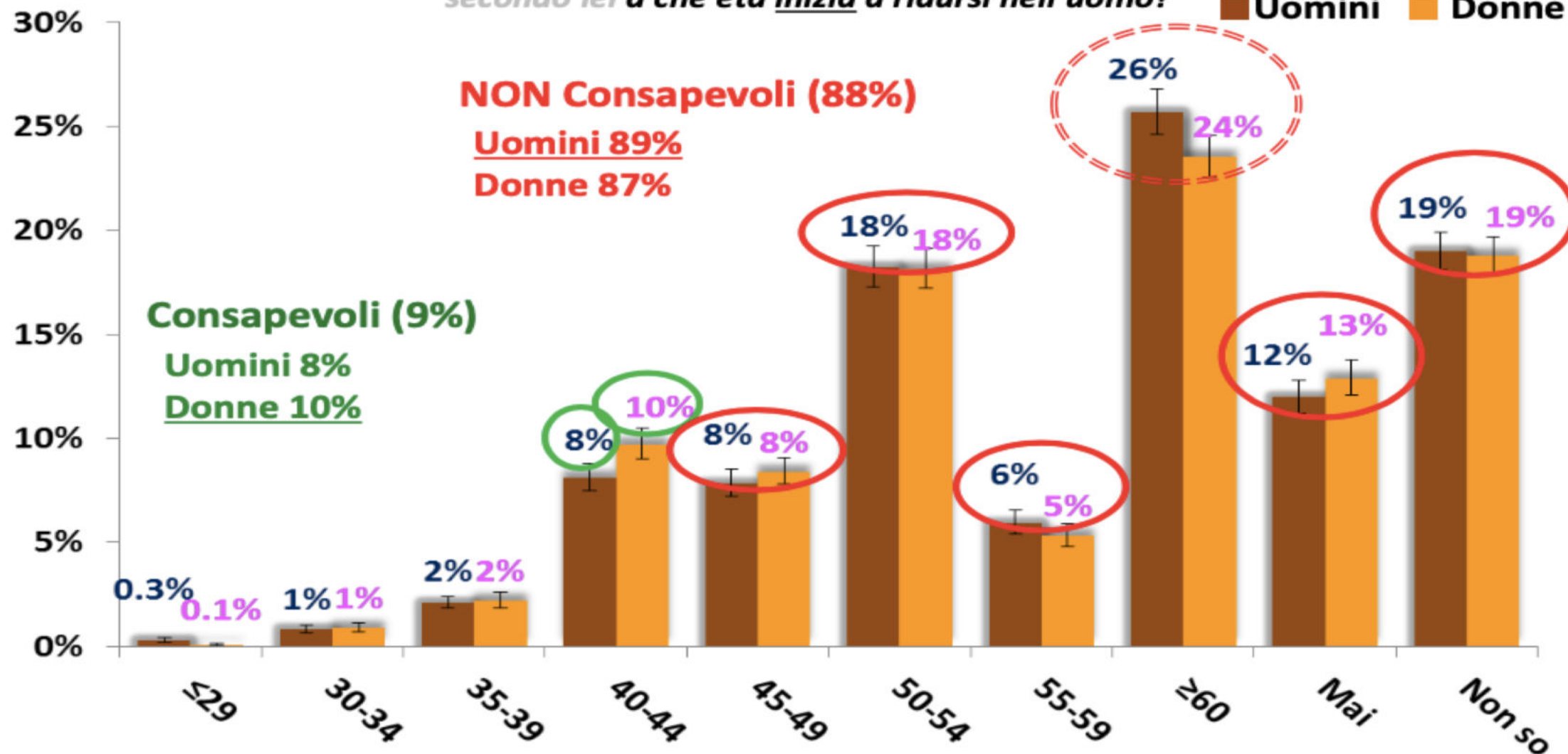
- la consapevolezza da parte della popolazione del ruolo dell'età come determinante della fertilità biologica femminile e della fertilità biologica maschile
- la propensione alla riproduzione, ovvero le intenzioni o i desideri di avere figli
- le motivazioni sociali dell'eventuale rinuncia o rinvio della maternità/paternità
- il ricorso ai centri specialistici per la fertilità

L'età e la Fertilità biologica Femminile

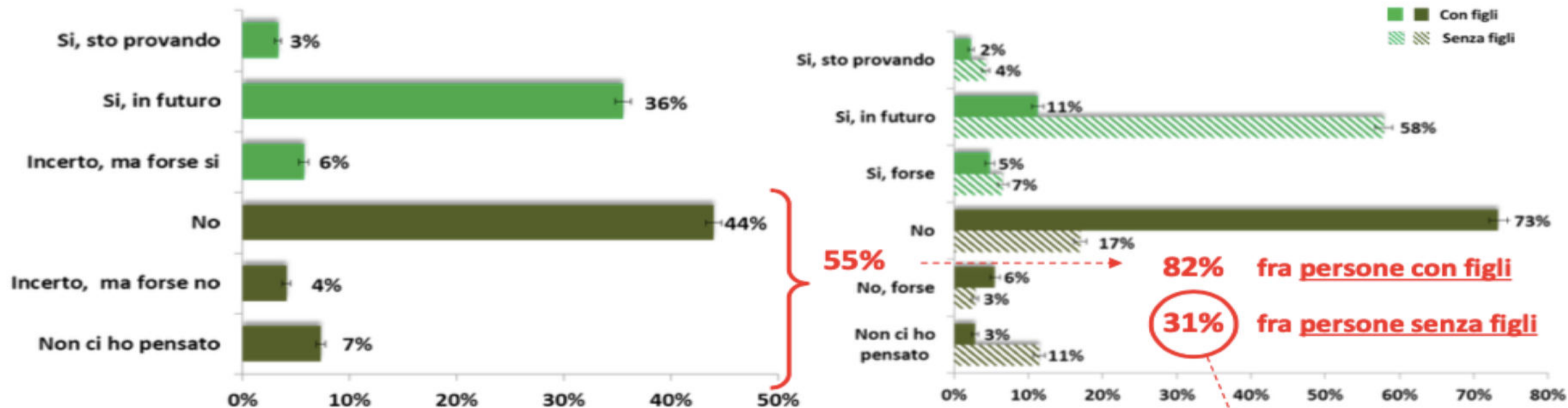
La possibilità biologica, ossia la capacità di avere figli, si riduce con l'età, secondo lei a che età inizia a ridursi nella donna?



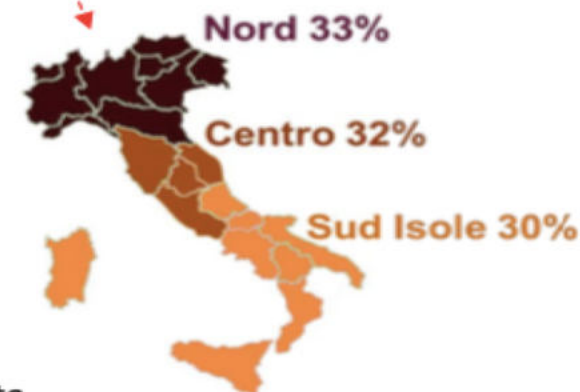
La possibilità biologica, ossia la capacità di avere figli, si riduce con l'età,
secondo lei a che età inizia a ridursi nell'uomo?



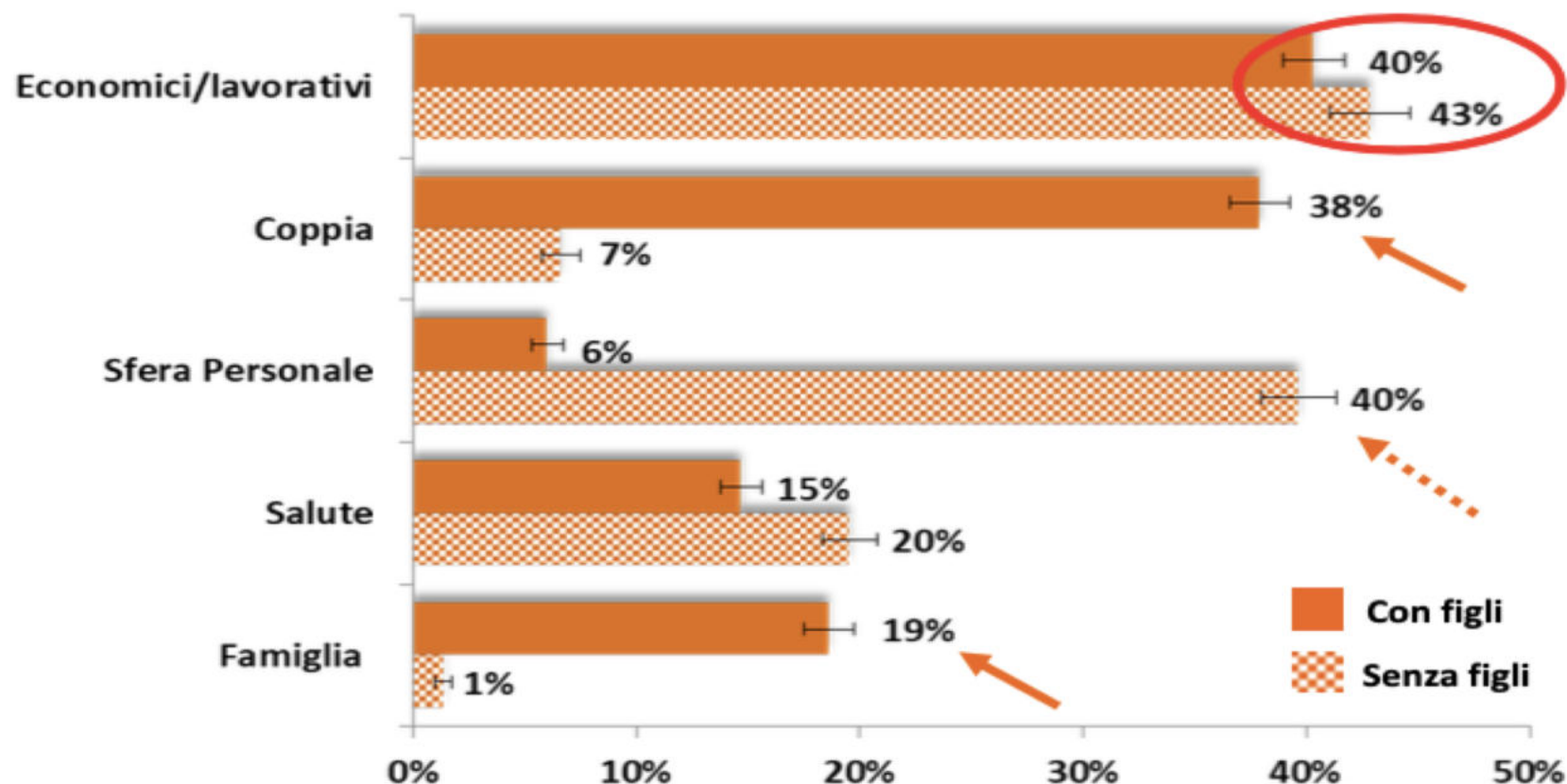
Ha intenzione di avere (altri) figli?



Non trascurabile la quota di chi, pur non avendo figli, non ha intenzione di averne (**31%**)



Potrebbe indicarmi le principali motivazioni che la inducono a non pensare di volere (altri) figli ora ?



FATTORI ECONOMICI-LAVORATIVI E ORGANIZZATIVI

- Difficoltà economiche / costo dei figli
- Paura di perdere il lavoro o avere conseguenze negative
- Carenza di servizi alle famiglie con figli
- Mancanza di aiuto da parte della famiglia

COPPIA

Mancanza del partner

- Difficoltà nella relazione di coppia
- Il/la partner non vuole avere (altri) figli
- Ho già raggiunto il numero di figli desiderato

SFERA PERSONALE

- Non compatibile con studio, carriera o altri progetti personali
- Nessun interesse ad avere figli

FERTILITÀ / SALUTE

Problemi di fertilità della coppia

- Problemi di salute della coppia
- Problemi di età (troppo giovane/vecchio io/il mio partner)
- Coppia omosessuale

FAMIGLIA

- Ho figli ancora troppo piccoli
- Gli altri figli danno già troppo lavoro
- Difficoltà a seguire bene gli altri figli con un figlio in più
- Genitori o parenti troppo anziani / malati da seguire

Grafico 6 - Distribuzione dei parti per area geografica di provenienza ed età della madre

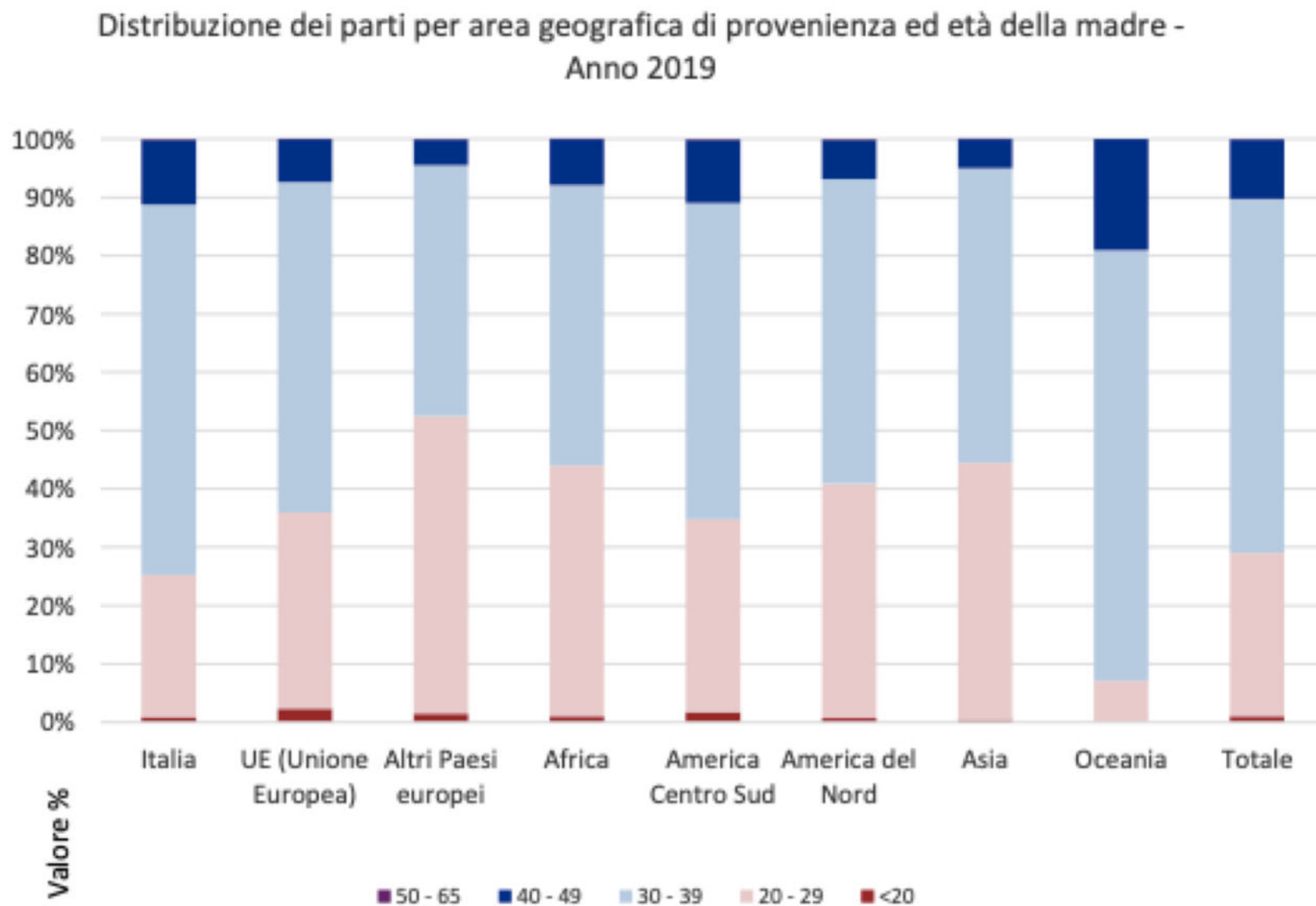


Grafico 7 - Distribuzione regionale dell'età media al primo figlio secondo la cittadinanza della madre

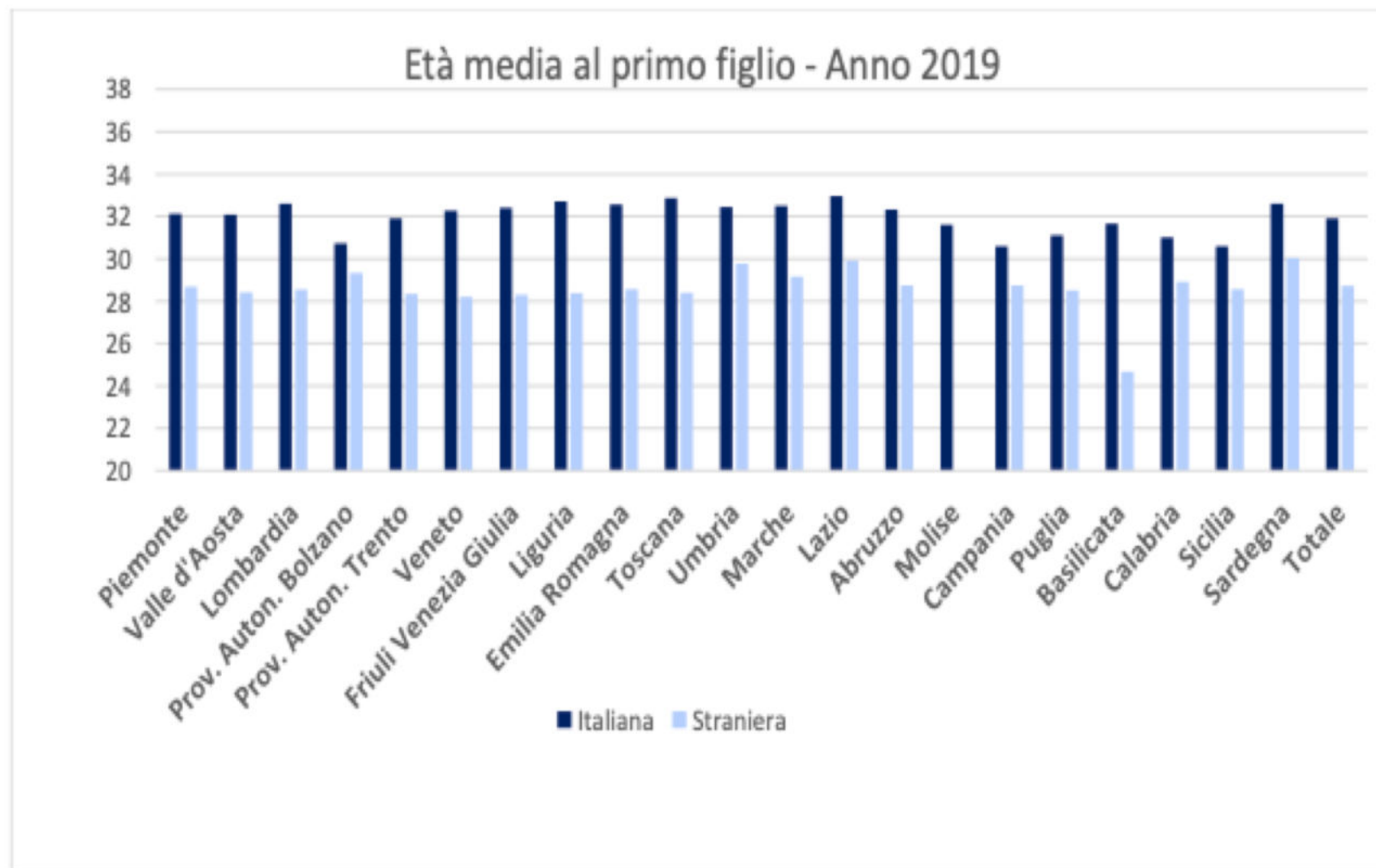


Grafico 8 - Distribuzione dei parti secondo l'età e la cittadinanza della madre

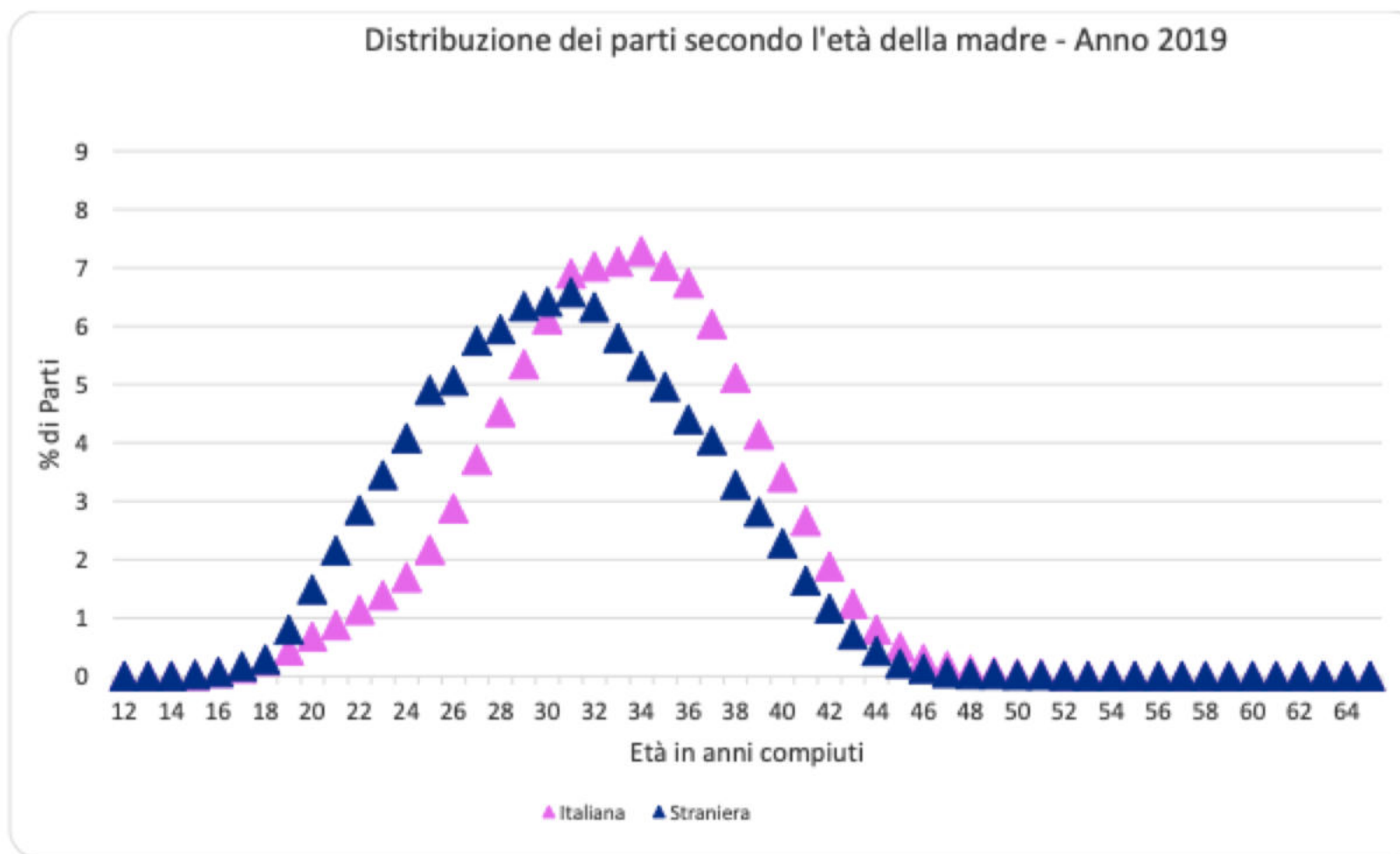


Tabella 27 - Distribuzione regionale dei parti per durata della gestazione

Regione	Età gestazionale (classi)						Totale parti	% Non indicato/errato
	22 - 27	28 - 31	32 - 33	34 - 36	37 - 41	> 41		
Piemonte	0,3	0,7	0,9	5,4	92,5	0,2	27.296	0,0
Valle d'Aosta	0,1	0,5	1,2	5,7	91,7	0,7	810	0
Lombardia	0,3	0,6	0,7	4,8	93,4	0,2	72.702	0,0
Prov. Auton. Bolzano	0,2	0,4	0,7	4,4	93,7	0,6	5.218	0,0
Prov. Auton. Trento	0,2	0,3	0,5	4,6	93,9	0,6	4.004	0
Veneto	0,4	0,5	0,7	4,6	93,3	0,5	32.845	0,0
Friuli Venezia Giulia	0,4	0,4	0,7	4,4	93,5	0,5	7.892	0,0
Liguria	0,4	0,7	0,9	4,7	90,7	2,7	8.375	0,4
Emilia Romagna	0,4	0,6	0,8	4,3	92,7	1,1	31.123	0,1
Toscana	0,3	0,6	0,9	5,0	92,5	0,7	23.626	0,2
Umbria	0,3	0,5	0,7	4,6	93,6	0,2	6.016	0,6
Marche	0,2	0,5	0,7	4,3	94,4	0,0	9.358	0,5
Lazio	0,3	0,7	0,9	5,7	91,2	1,2	38.388	0,1
Abruzzo	0,2	0,6	0,6	4,1	94,5	0,1	8.272	1,2
Molise	0,2	0,4	0,8	4,9	93,3	0,4	1.672	0,0
Campania	0,3	0,5	0,7	5,7	92,3	0,6	46.833	0,0
Puglia	0,3	0,6	0,8	5,2	92,8	0,2	27.539	0,0
Basilicata	0,3	0,2	0,3	4,1	94,9	0,1	3.824	1,4
Calabria	0,3	0,7	0,7	5,6	92,5	0,2	12.674	0,1
Sicilia	0,3	0,6	0,7	5,6	92,3	0,5	38.047	3,2
Sardegna	0,3	0,7	0,9	6,2	91,7	0,1	8.556	0,0
Totale	0,3	0,6	0,8	5,1	92,7	0,5	415.070	0,4

Grafico 15 - Distribuzione dei parti per durata della gestazione e decorso della gravidanza

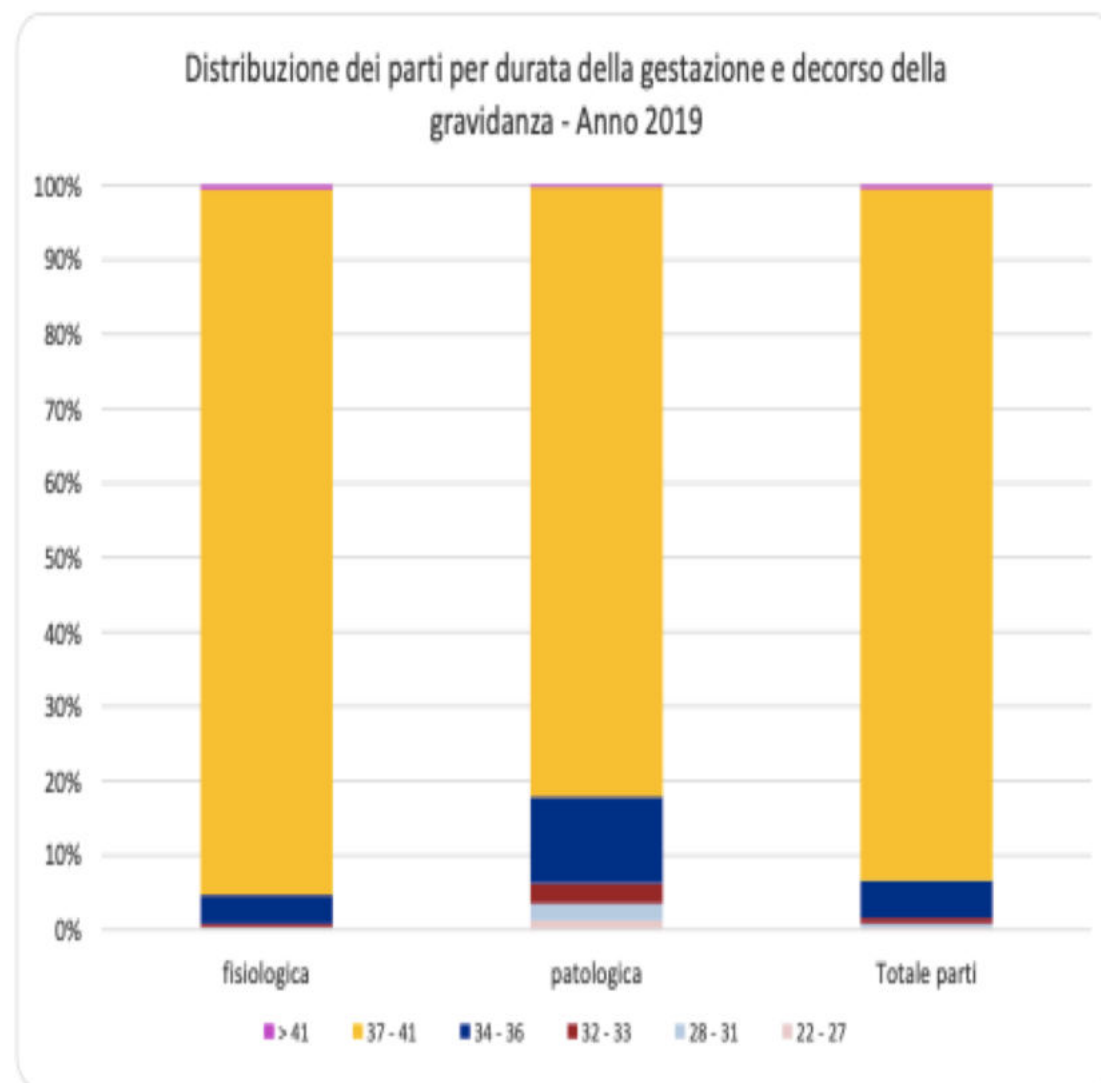


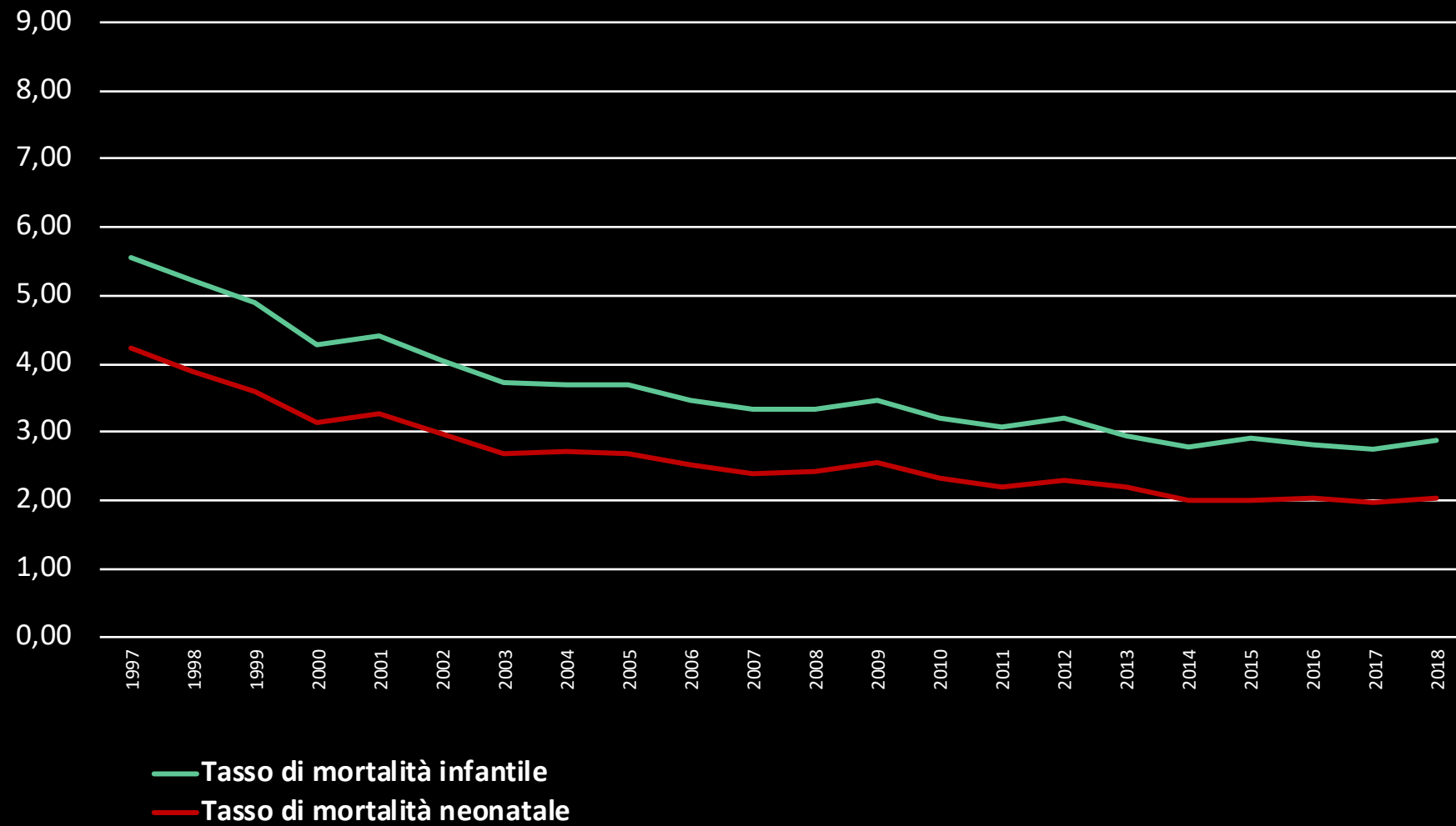
Tabella 47 - Distribuzione dei nati secondo il peso alla nascita ed il punteggio APGAR a 5 minuti dalla nascita

Peso alla nascita	Punteggio Apgar a 5 minuti dalla nascita			<i>Totale nati</i>
	1 - 3	4 - 6	7 - 10	
< 1500	4,7	13,4	81,9	100,0
1500 - 2499	0,2	1,5	98,3	100,0
2500 - 3299	0,1	0,3	99,6	100,0
3300 - 3999	0,1	0,3	99,6	100,0
> 4000	0,1	0,5	99,4	100,0
Totale	0,1	0,5	99,4	100,0

Tabella 50 - Distribuzione delle prime 30 cause di malformazione per frequenza di codifica

Prime 30 malformazioni	Neonati malformati	
	V.A.	%
Anomalie del bulbo cardiaco e anomalie della chiusura del setto cardiaco	995	20,9
Anomalie congenite degli organi genitali	533	11,2
Altre anomalie congenite del tratto alimentare superiore	444	9,3
Altre anomalie congenite del sistema circolatorio	430	9,0
Anomalie congenite del sistema urinario	332	7,0
Alcune malformazioni congenite del sistema muscoloscheletrico	331	6,9
Altre anomalie congenite degli arti	315	6,6
Anomalie cromosomiche	180	3,8
Palatoschisi e labioschisi	173	3,6
Altre anomalie congenite del sistema nervoso	161	3,4
Altre anomalie congenite del cuore	116	2,4
Altre anomalie muscoloscheletriche congenite	102	2,1
Anomalie congenite dell'orecchio, della faccia e del collo	90	1,9
Altre anomalie congenite del sistema digestivo	89	1,9
Anomalie congenite del tegumento	74	1,6
Altre manifestazioni morbose in atto della madre classificate altrove, ma complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio	62	1,3
Altre anomalie congenite non specificate	49	1,0
Anomalie congenite dell'apparato respiratorio	41	0,9
Insufficienza cardiaca (scompenso cardiaco)	34	0,7
Anomalie congenite dell'occhio	25	0,5
Altra ernia della cavità addominale senza menzione di ostruzione o gangrena	13	0,5
Spina bifida	13	0,3
Altre patologie del rene e dell'uretere	10	0,3
Emangioma e linfangioma, ogni sede	7	0,2
Anomalia fetale, conosciuta o sospetta che influenza il trattamento della madre	7	0,1
Anencefalia e anomalie simili	7	0,1
Altre deformazioni acquisite degli arti	6	0,1
Altre condizioni patologiche dell'encefalo	5	0,1
Occlusione intestinale senza menzione di ernia	5	0,1
Idronefrosi	4	0,1
Totale prime 30 malformazioni	4.653	98,0
Non indicata/errata	545	10,3
Totale natimortati	5.290	

Mortalità infantile e neonatale - Anni 1997 - 2018



A livello globale, negli ultimi 25 anni, quasi 11 milioni di donne hanno perso la vita per dare alla luce il loro bambino o per complicanze durante la gravidanza, una cifra pari alla somma degli abitanti di Londra e Berlino.

Ma una buona notizia c'è.

Nel mondo, la mortalità materna si è ridotta di quasi il 44% negli ultimi 25 anni, passando dalle 532 mila vittime del 1990 a 303 mila nel 2015 con un rapporto globale stimato di 216 morti materne ogni 100 mila nascite, in netto calo rispetto al 1990 che quando si attestava a 385.

La riduzione drastica della mortalità materna avvenuta anche in Italia la collocava nella top ten mondiale dei Paesi con i più bassi tassi di mortalità materna, con un numero di 4 morti materne ogni 100mila nascite tra i migliori al mondo ai livelli di Francia, Inghilterra, Germania e Stati Uniti. Anno 2015





2019

Primo Rapporto ItOSS

Sorveglianza della Mortalità Materna

Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS)

SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS



Figura - Sustainable Development Goals (SDGs) 2016-2030

- Il Sistema di sorveglianza del Regno Unito, esteso all'Irlanda dal 2009, è stato avviato nel 1952 quando le morti materne segnalate erano 90 casi ogni 100.000 nati vivi. Attualmente la mortalità materna si è ridotta a 10 casi ogni 100.000 nati vivi.

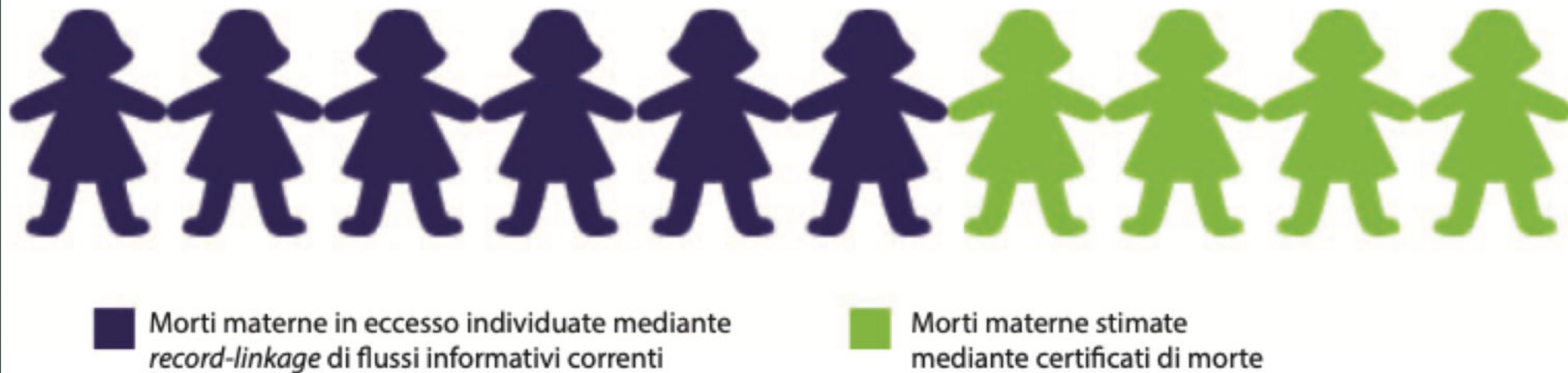


Figura 2 - La sottostima della mortalità materna

Classificazione delle morti materne

- **Diretta:** morte causata da complicazioni ostetriche della gravidanza del parto e del puerperio, da interventi, omissioni, trattamenti non corretti, o da una catena di eventi che possono risultare da ognuna delle cause precedenti
- **Indiretta:** morte causata da malattie preesistenti o insorte durante la gravidanza, non dovute a cause ostetriche dirette, ma aggravate dagli effetti fisiologici della gravidanza
- **Tardiva:** morte di una donna per cause dirette o indirette, oltre i 42 giorni ma entro 365 giorni dalla conclusione della gravidanza (10)

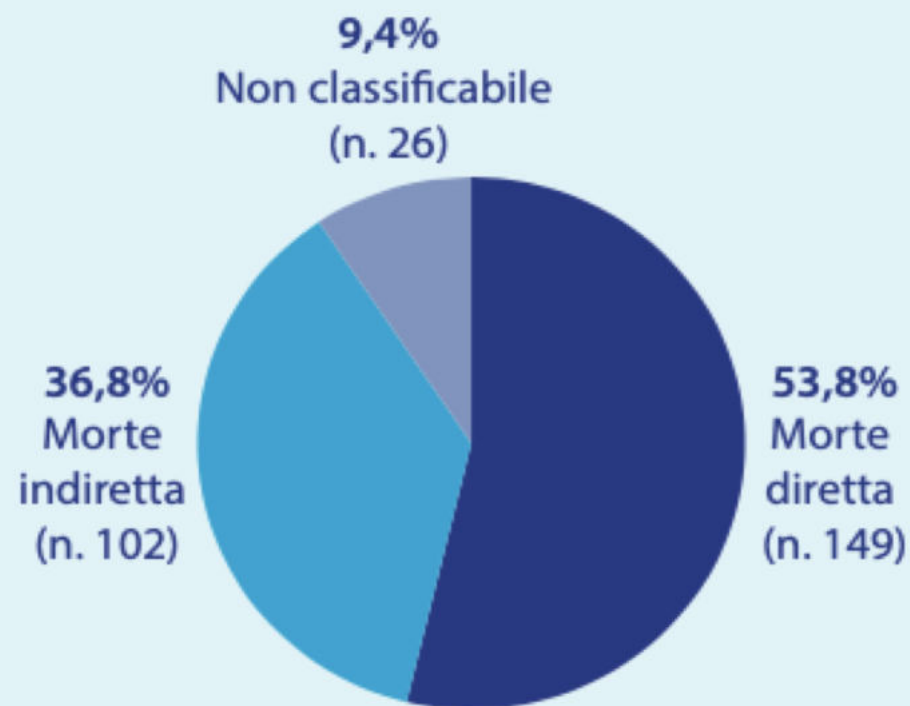


Figura 4 - Classificazione delle morti materne

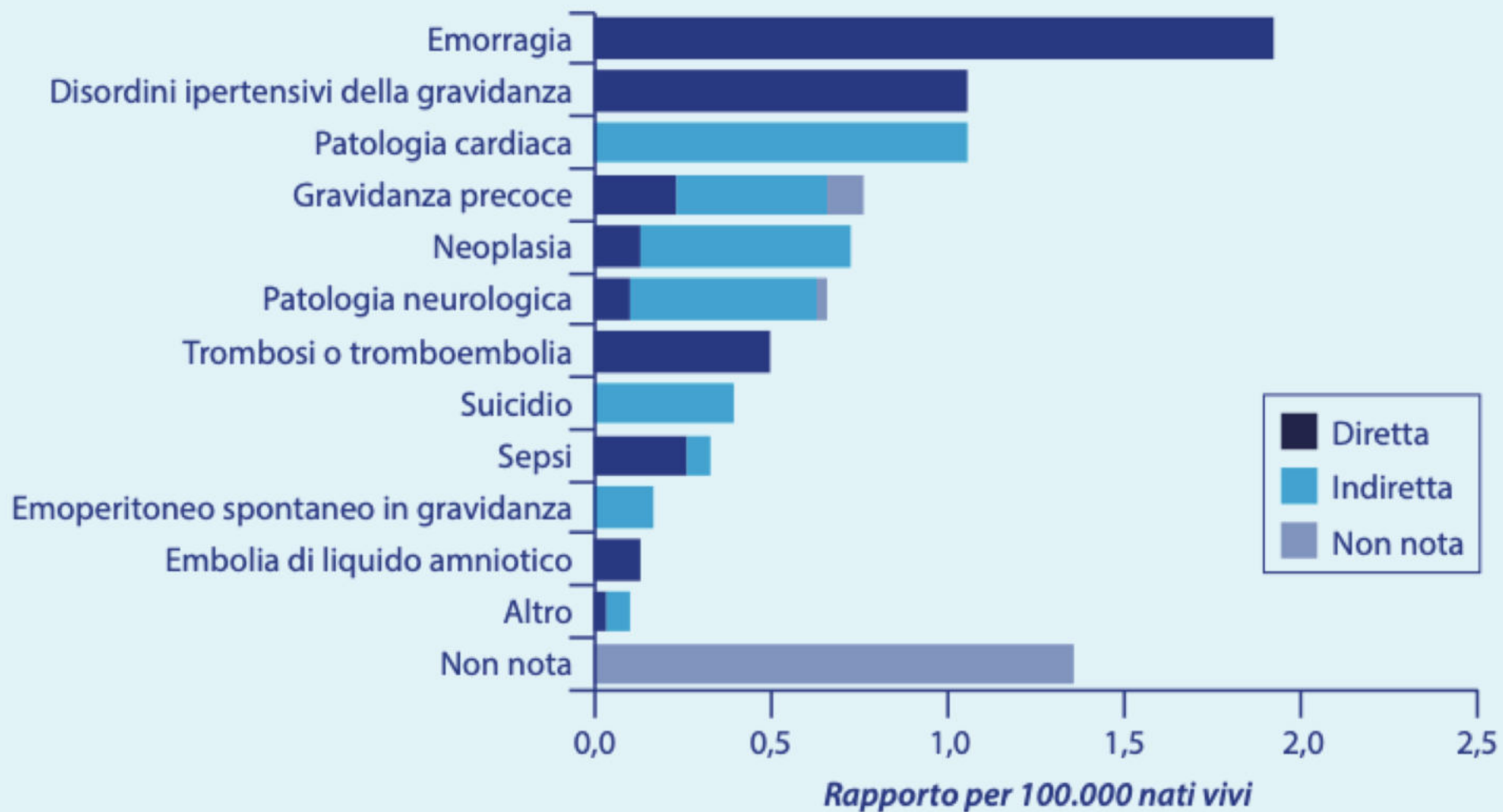


Figura 5 - MMR per causa delle morti materne ≤ 42 giorni

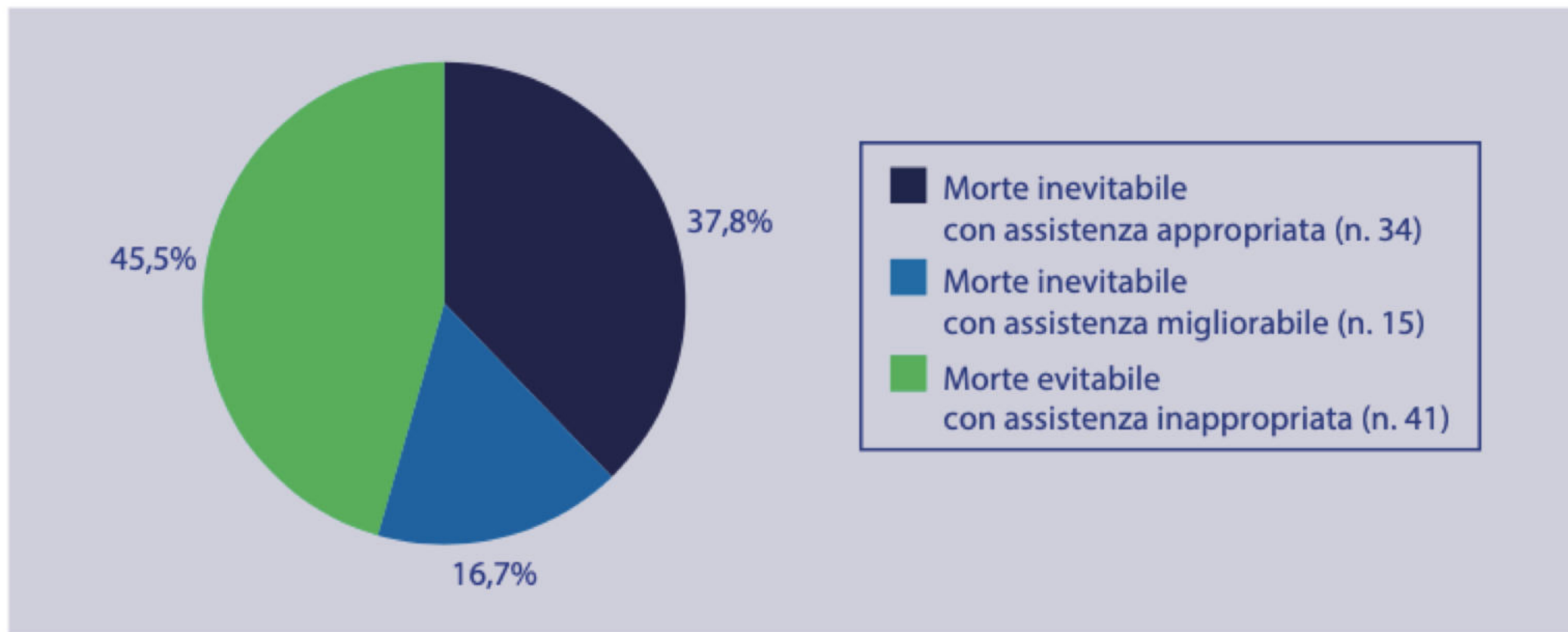


Figura 6 - Evitabilità delle morti materne

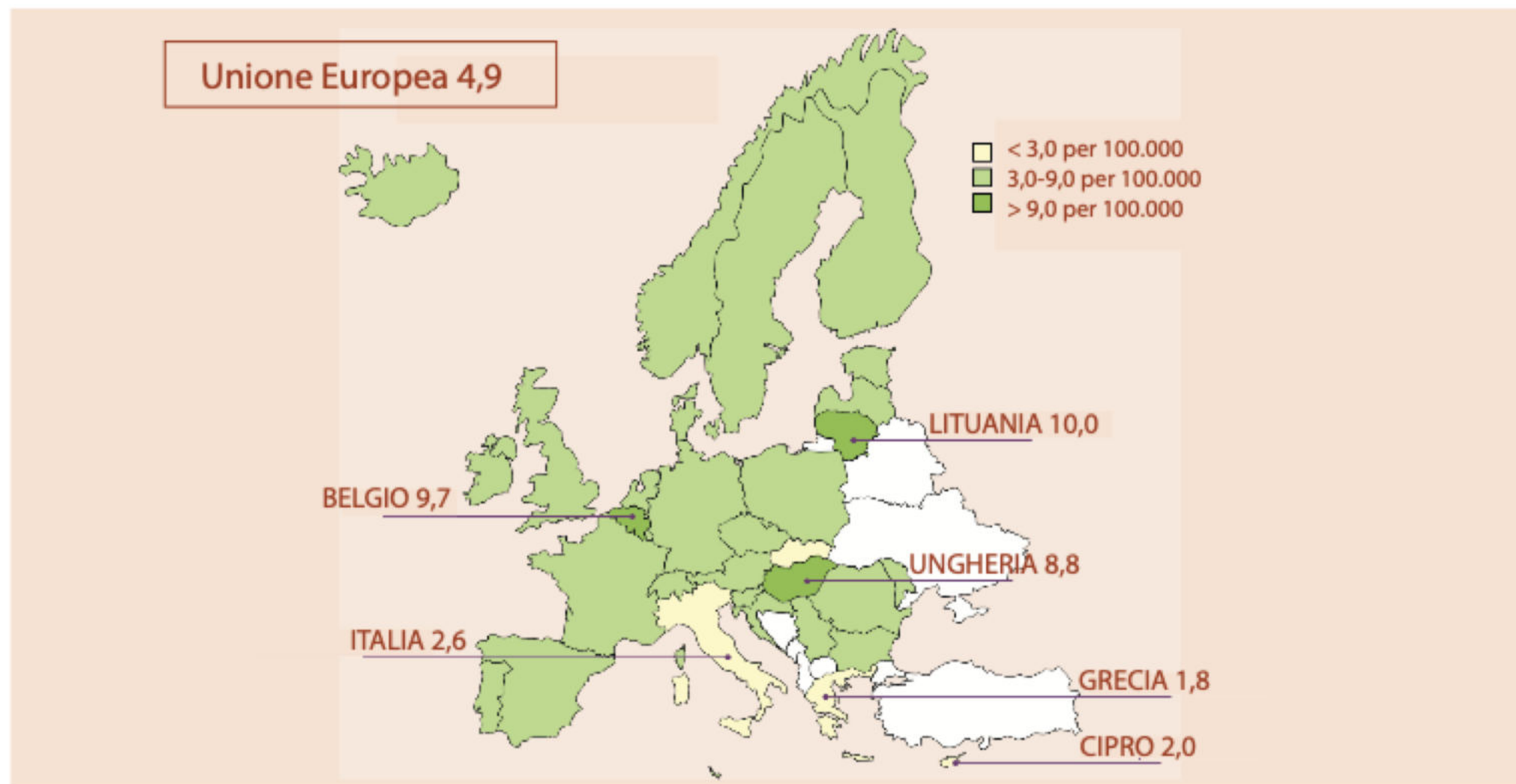
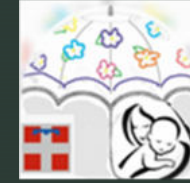


Figura 1 - Tasso di suicidio nelle donne in Europa (20)

**Intercettazione precoce e presa in carico del disagio
psichico perinatale
per prevenire la depressione post partum**



Piu' del 50% delle donne che soffre di disagio psichico in periodo perinatale NON chiede aiuto

Conseguenze di mancato aiuto in presenza di disagio psichico materno:

- compromissione della relazione mamma-bambino con conseguenze importanti sullo sviluppo del bambino
- possibilità di comportamenti autolesivi



La **DEPRESSIONE** è la prima causa di malattia nelle donne in età fertile.
Le donne sono colpite DUE volte più degli uomini.



La **DEPRESSIONE nel POST-PARTO** colpisce il 10-15% delle puerpere.
Il rischio di ricorrenza in gravidanza successiva è del 20-40%
La depressione post parto soddisfa i criteri di depressione maggiore:

- umore depresso
- perdita di interesse e piacere in quasi tutte le attività
- faticabilità
- disturbi del sonno
- autosvalutazione
- agitazione o rallentamento psicomotorio
- difficoltà a concentrarsi e prendere decisioni
- preoccupazione per la salute del bambino
- variazioni di appetito e di peso
- pensieri di morte ricorrente fino a ideazione suicidaria e/o agiti autolesivi





Il **MATERNITY BLUES** è una condizione transitoria di disagio psichico del post partum caratterizzata da:

- tristezza
- facilità al pianto/ irritabilità
- disturbi del sonno
- disturbi dell'appetito



coinvolge il 50-80% delle puerpere
insorge nelle prime due settimane dopo il parto
tende a risolversi spontaneamente in una decina di giorni

Rischio tre volte maggiore di sviluppare DPP

Domande di Whooley

- Durante l'ultimo mese ti sei sentita spesso giù di morale, depressa o senza speranze?

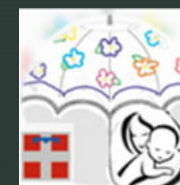
- Durante l'ultimo mese hai provato spesso poco interesse o piacere nel fare le cose?

La modalità di risposta è: **sì / no**

Il test viene definito positivo in caso di risposta affermativa anche a una sola domanda

In tal caso, l'operatore continua il dialogo con la seguente domanda:

- **C'è qualcosa che lei pensa che possa aiutarla?**



Tempi dello screening secondo il profilo assistenziale regionale:



In fase preconcezionale e al primo BdS del primo trimestre è opportuno focalizzare **l'attenzione sugli indicatori di rischio ostetrico, psichico e sociale**

La somministrazione del test di screening va fatta a tutte le donne nelle seguenti fasi:

- all'inizio della gravidanza al primo BDS
- nel secondo trimestre (subito dopo la ecografia di screening)
- nel corso del terzo trimestre: al BdS presso il punto nascita
- al BdS in puerperio (40 giorni dal parto)
- **ai BdS pediatrici dei 15 giorni e 2-3 mesi.**

NB: Lo Screening nelle prime 2 settimane dopo la nascita può presentare un elevato livello di falsi positivi per la sovrapposizione con il "maternity blues" che insorge tra 1 e 5 gg dopo il parto e dura meno di due settimane



Il pediatra durante i BdS del neonato ha l'occasione di valutare lo **stato di salute** del **bambino**, e, prestando attenzione alla **relazione** della mamma con il piccolo, può anche farsi un'idea dello stato di salute dalla **mamma**.

Significativi sono i **segnali** del **bambino**:
sonno, alimentazione, pianto, risposta agli stimoli che gli arrivano (o non gli arrivano) dalla sua mamma

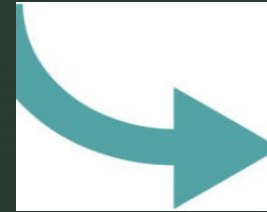
Altrettanto significativi sono quelli relativi **alle modalità** con cui **la mamma** “sta” nella visita medica, pone il **neonato sul fasciatoio**, mantiene o meno un **contatto fisico e oculare** con lui durante la visita, come lo **sveste e lo riveste**, come lo **consola**.

Il pediatra: “E lei Signora come sta?”



In alcune situazioni è importante creare un momento di passaggio dal bambino alla mamma, con una domanda non invasiva:

«...e lei Signora, come sta?»



Spostare la attenzione dalla mamma al bambino significa capire e/o chiedere:

- **come si sente**
- come ha vissuto il momento del **parto** e l'**allattamento**
- come vive i **cambiamenti** che la nascita e la cura di un neonato comportano

Il racconto della mamma di solito permette di avere informazioni che solo raramente richiedono le domande più dirette e specifiche previste nei test di screening che comunque, tenuto conto del fatto che le domande di Whooley sono già state poste alla signora un certo numero di volte in precedenza, potrebbero diventare utili anche nel setting pediatrico.



ALLATTAMENTO

Nelle situazioni di fragilità va posta particolare ed empatica attenzione per quanto riguarda l'allattamento al seno che:

-  **Puo' rassicurare la mamma sulle sue competenze a «nutrire» il suo bambino**
-  **Oppure puo' fare percepire alla mamma il compito come estremamente superiore alle sue capacità**

Solo i colloqui ripetuti con la mamma e la disponibilità a starle accanto, rivedendola con appuntamenti ravvicinati può aiutare a farle prendere la decisione più opportuna per lei e per il suo piccolo

Flusso del Sistema di sorveglianza dell'IVG 1980-2021



Figura 1 – Tassi e rapporti di abortività in Italia – anni 1978-2020

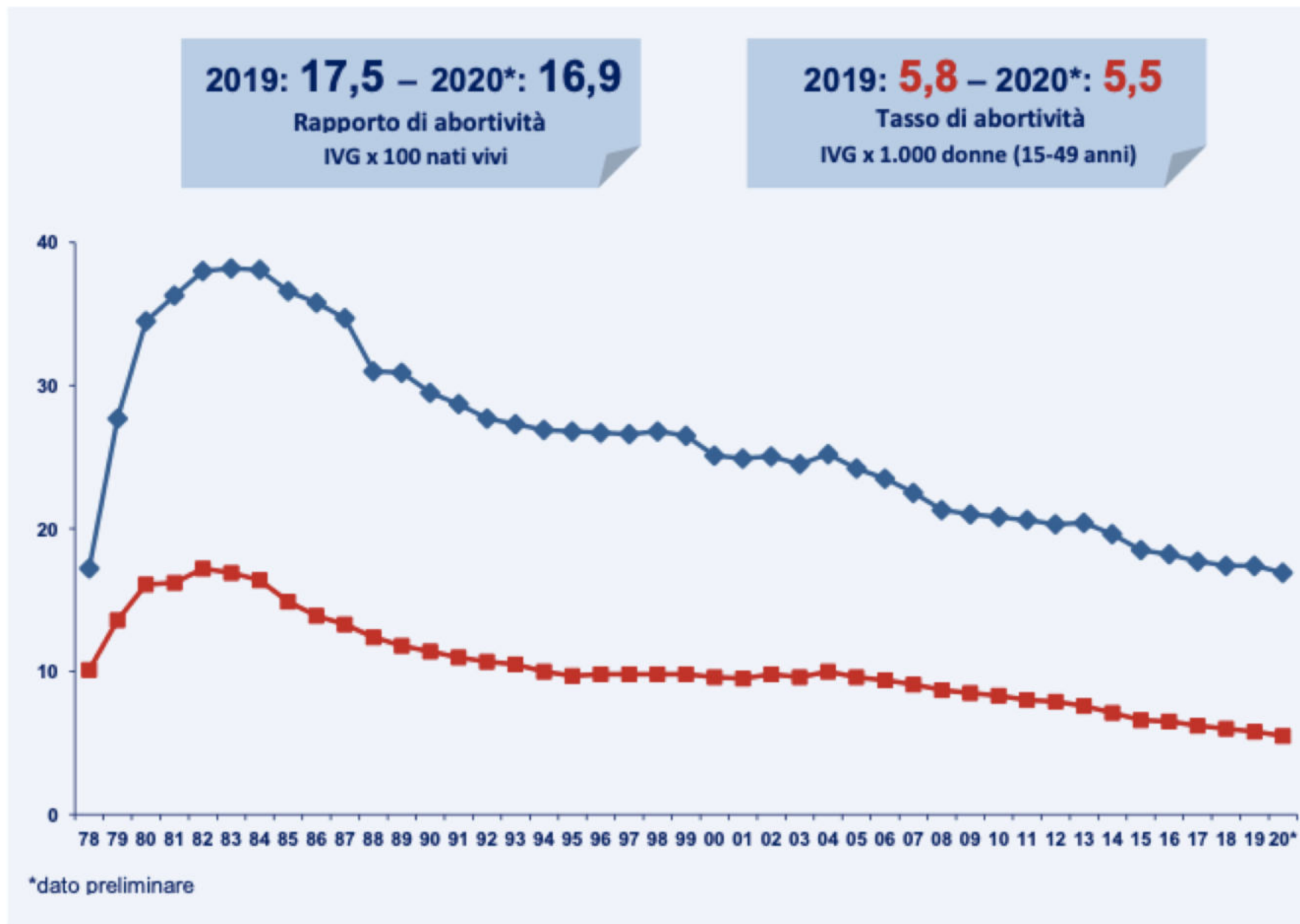


Figura 12 - Tassi di abortività per 1.000 donne di età 15-44 anni in vari Paesi - anni 2015-2019

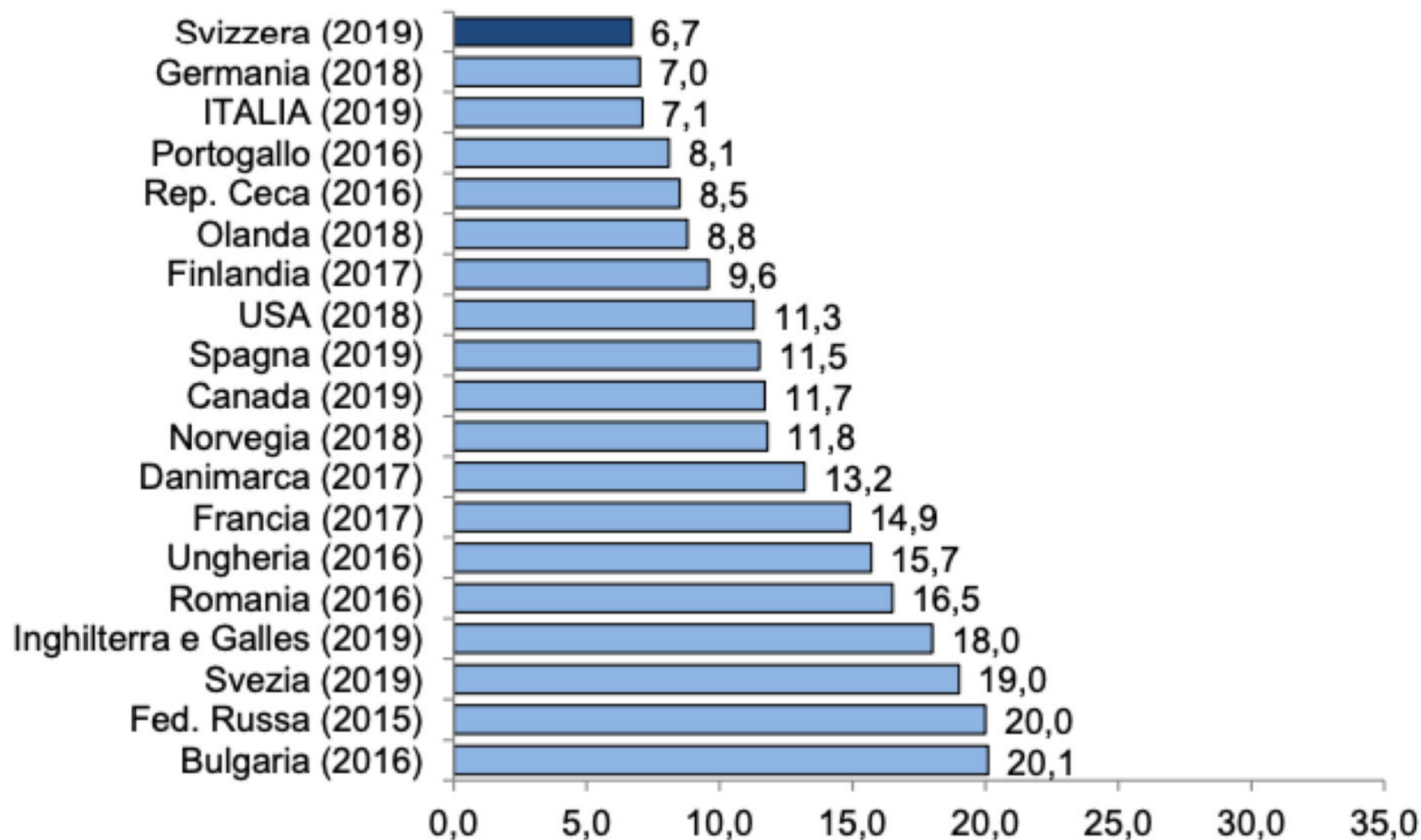


Figura 17 – Numero di IVG per Paese di nascita - anni 1980-2019

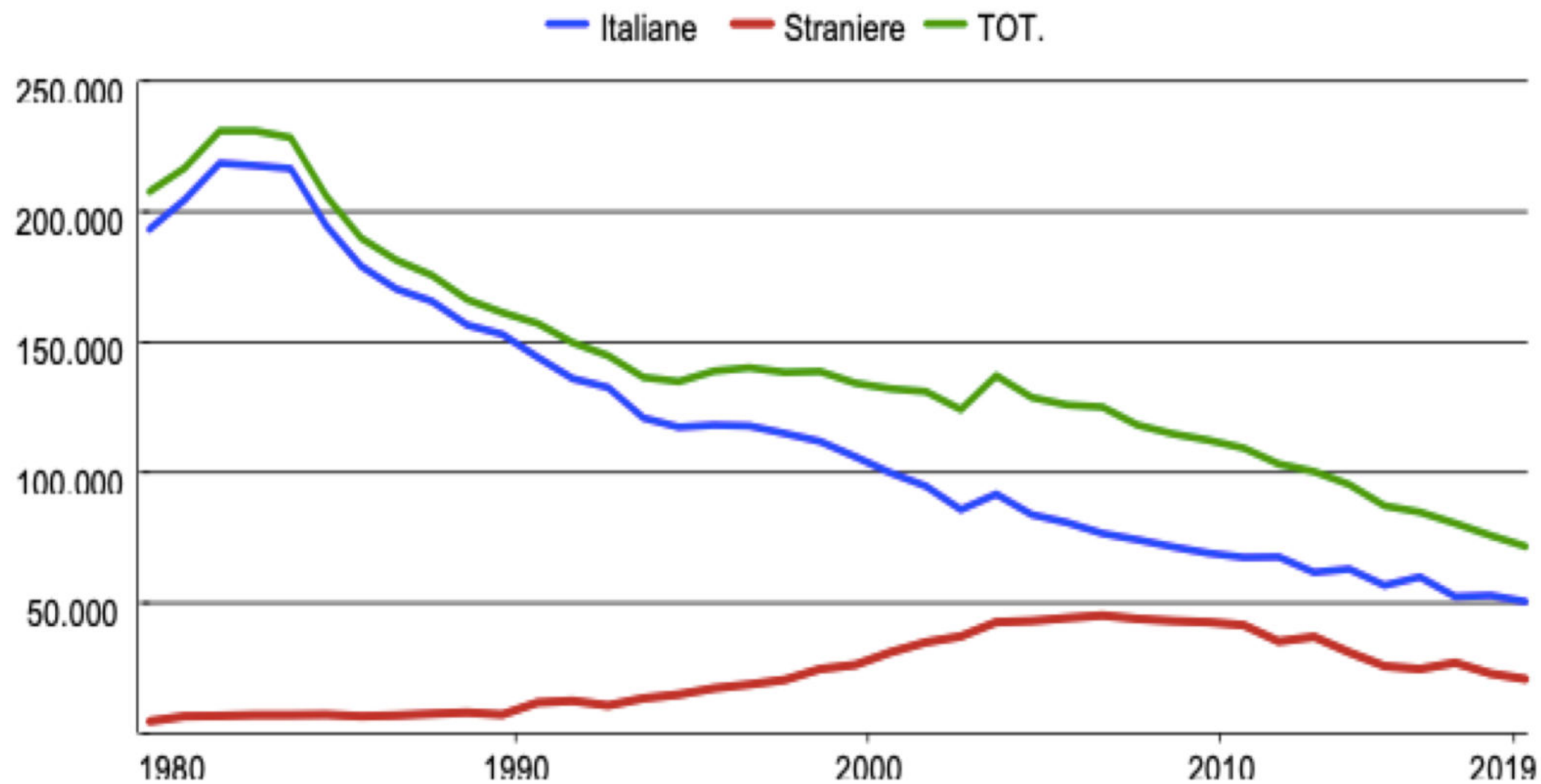


Figura 13 – Distribuzione Ulipristal acetato (EllaOne) - anni 2015-2019

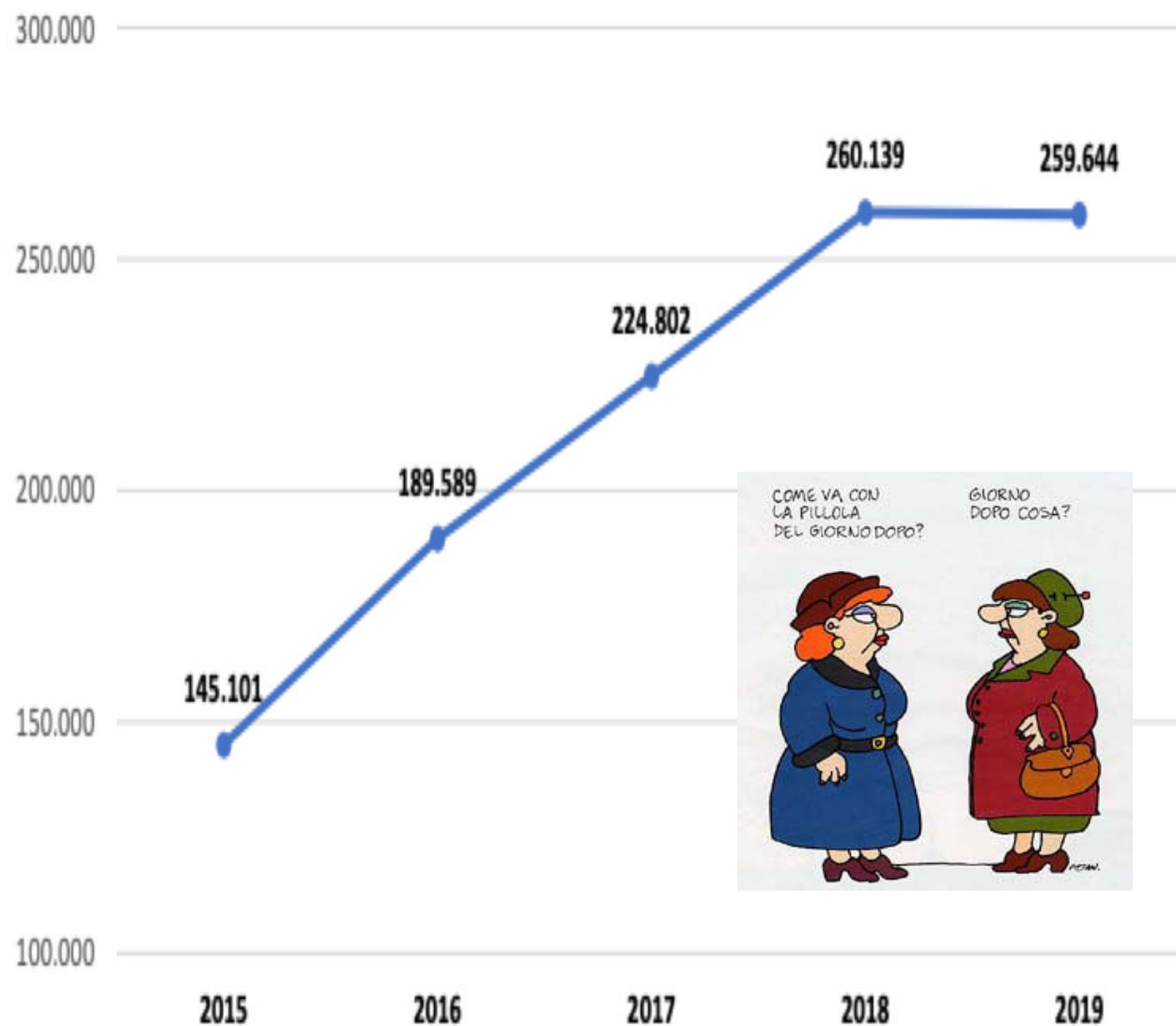
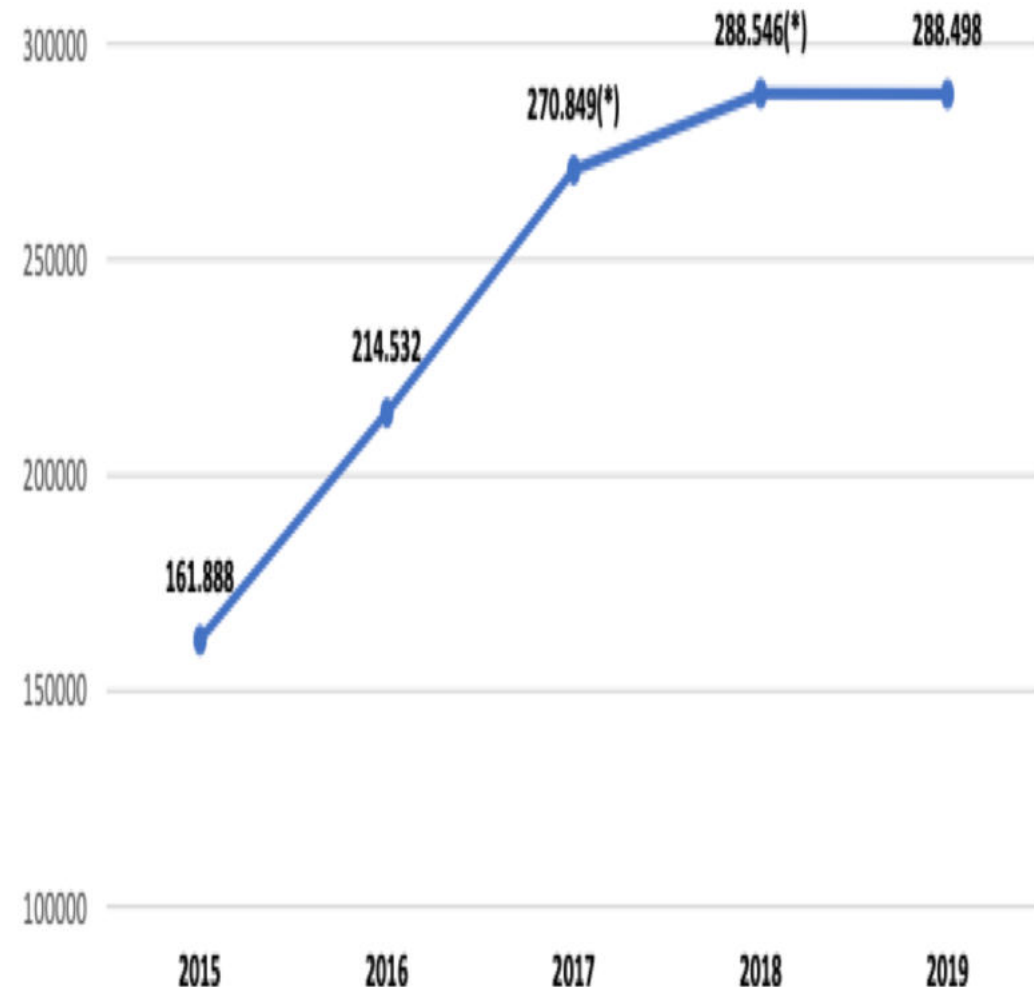


Figura 15 - Distribuzione Levonorgestrel (Norlevo) - anni 2015-2019



PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

Figura C.2: Distribuzione percentuale dei centri secondo il servizio offerto tra gli anni 2010 e 2020

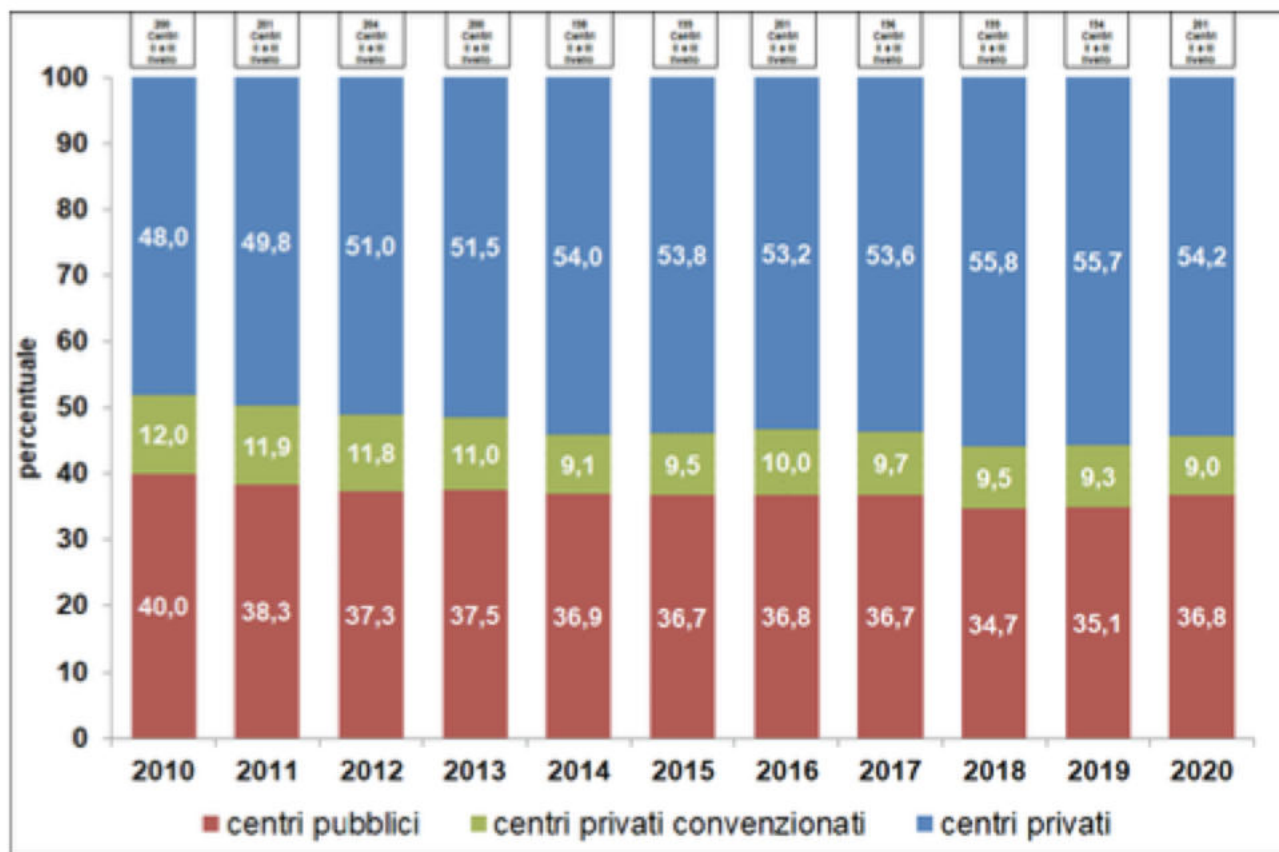


Figura B1: Distribuzione regionale dei centri che hanno svolto attività nel 2018
(Italia 345 centri)

Le tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA) comprendono sia tecniche più semplici come l'inseminazione intrauterina con l'introduzione del liquido seminale all'interno della cavità uterina, sia tecniche più complesse, dove l'incontro dei gameti si verifica all'esterno del corpo della donna e solo dopo l'inseminazione dell'ovocita e l'eventuale fecondazione, l'embrione sviluppato viene trasferito in utero.



Queste tecniche possono essere applicate in cicli “a fresco” se si utilizzano sia ovociti che embrioni non crioconservati, o “da scongelamento”.

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) raccoglie i dati sui centri autorizzati all'applicazione delle tecniche di PMA sulla loro efficacia e sicurezza e outcome.



Figura 3.2.1: Distribuzione delle coppie trattate con Inseminazione Semplice senza donazione di gameti, secondo le cause di infertilità. Anno 2018. (in parentesi è espresso il numero di coppie in valore assoluto). **(10.938 coppie)**

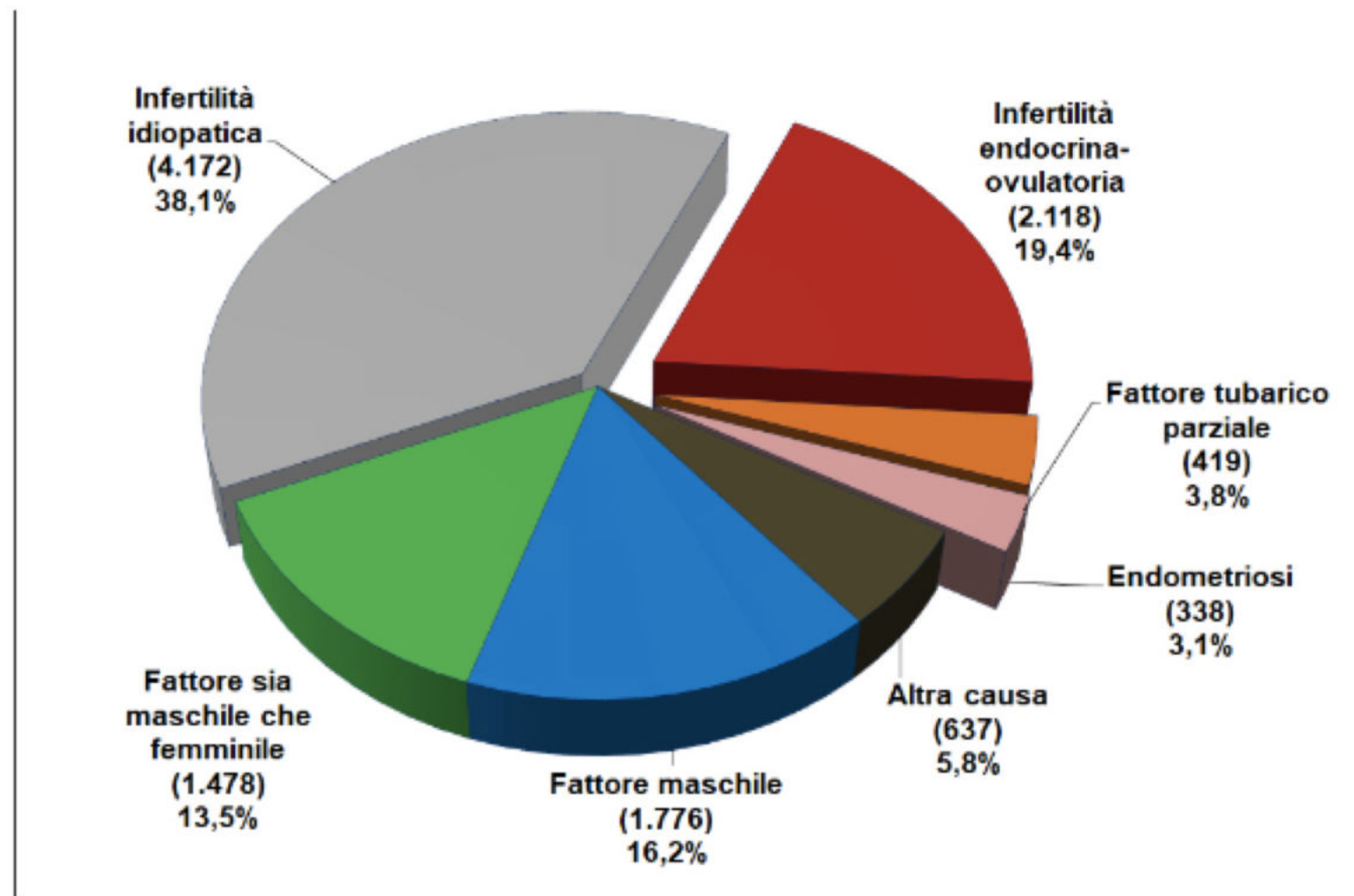


Tabella 3.1.5: Numero di cicli totali di PMA (FIVET, ICSI, FER e FO) e delle tecniche con donazione di ovociti (ED) per milione di abitanti e per milioni di donne di età compresa tra 15 e 45 anni in Italia ed in Europa. (2005 – 2018)

Anni di rilevazione	cicli di PMA per milioni di abitanti		cicli di PMA per milioni di donne (15 - 45 anni)	
	Italia	Europa ^a	Italia	Europa ^a
2005	636	1.115	2.683 ^b	4.008 ^b
2006	692	850	3.328	3.503
2007	736	886	3.569	4.320
2008	800	947	3.905	4.661
2009	865	1.067	4.265	5.455
2010	973	1.221	4.863	6.258
2011	1.063	1.269	5.392	6.556
2012	1.078	1.252	5.562	6.519
2013	1.070	1.175	5.601	6.210
2014	1.102	1.924	5.855	7.608
2015	1.175	1.432	6.341	7.795
2016	1.237	-	6.781	-
2017	1.275	-	7.106	-
2018	1.297	-	7.341	-

a: Il calcolo per l'Europa è effettuato solo per le nazioni che hanno raggiunto il 100% di partecipazione di tutti i centri (fonte European IVF Monitoring)

b: Per l'anno 2005 i cicli sono rapportati al numero di donne di età compresa tra 15 e 49 anni

Figura A: Andamento del numero di cicli iniziati secondo il livello di tecniche applicate. 2005 - 2018

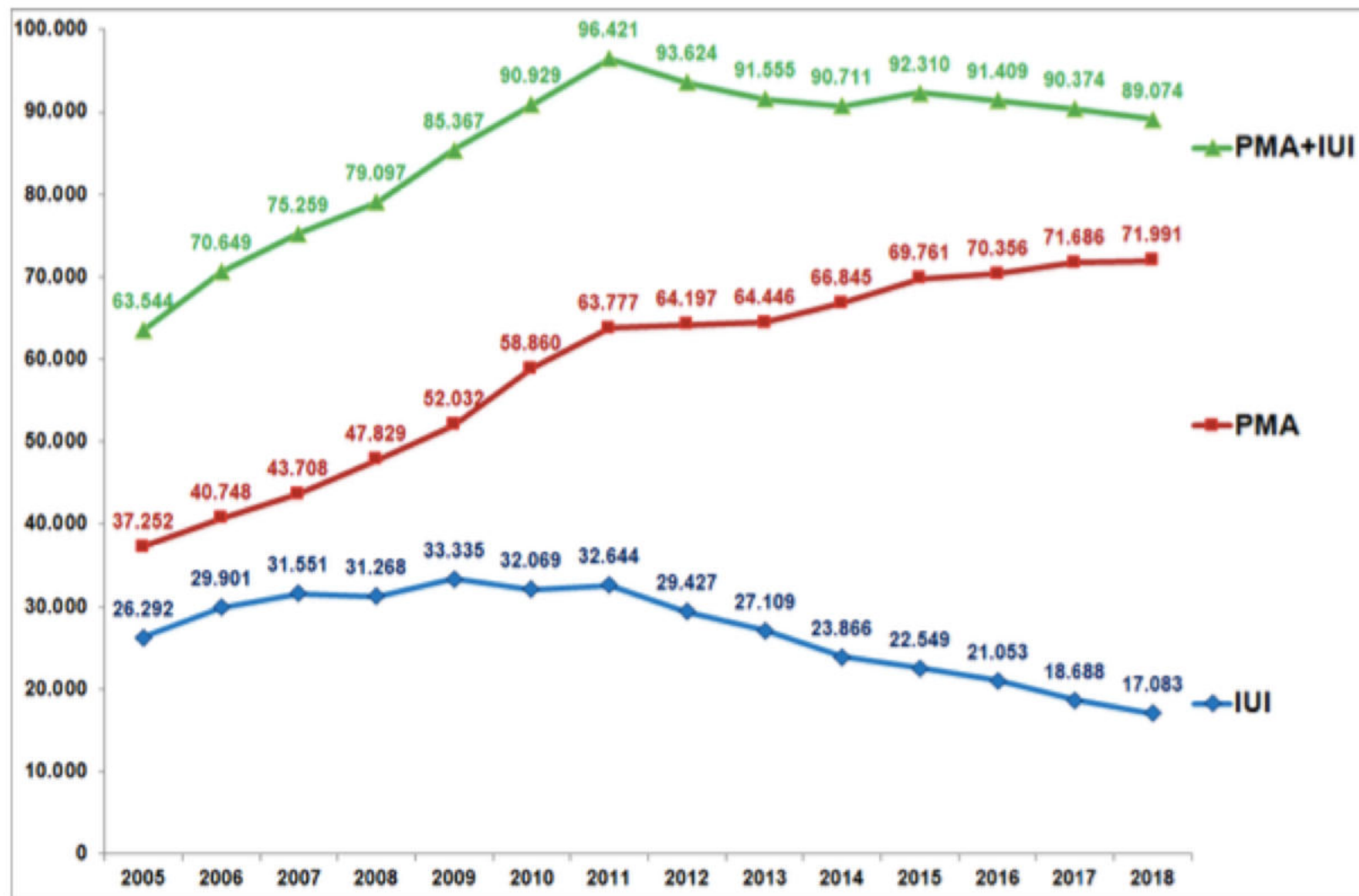


Figura 3.2.21: Distribuzione temporale dei risultati dei cicli iniziati/scongelamenti con tecniche di II e III livello senza donazione di gameti, negli anni 2005-2018

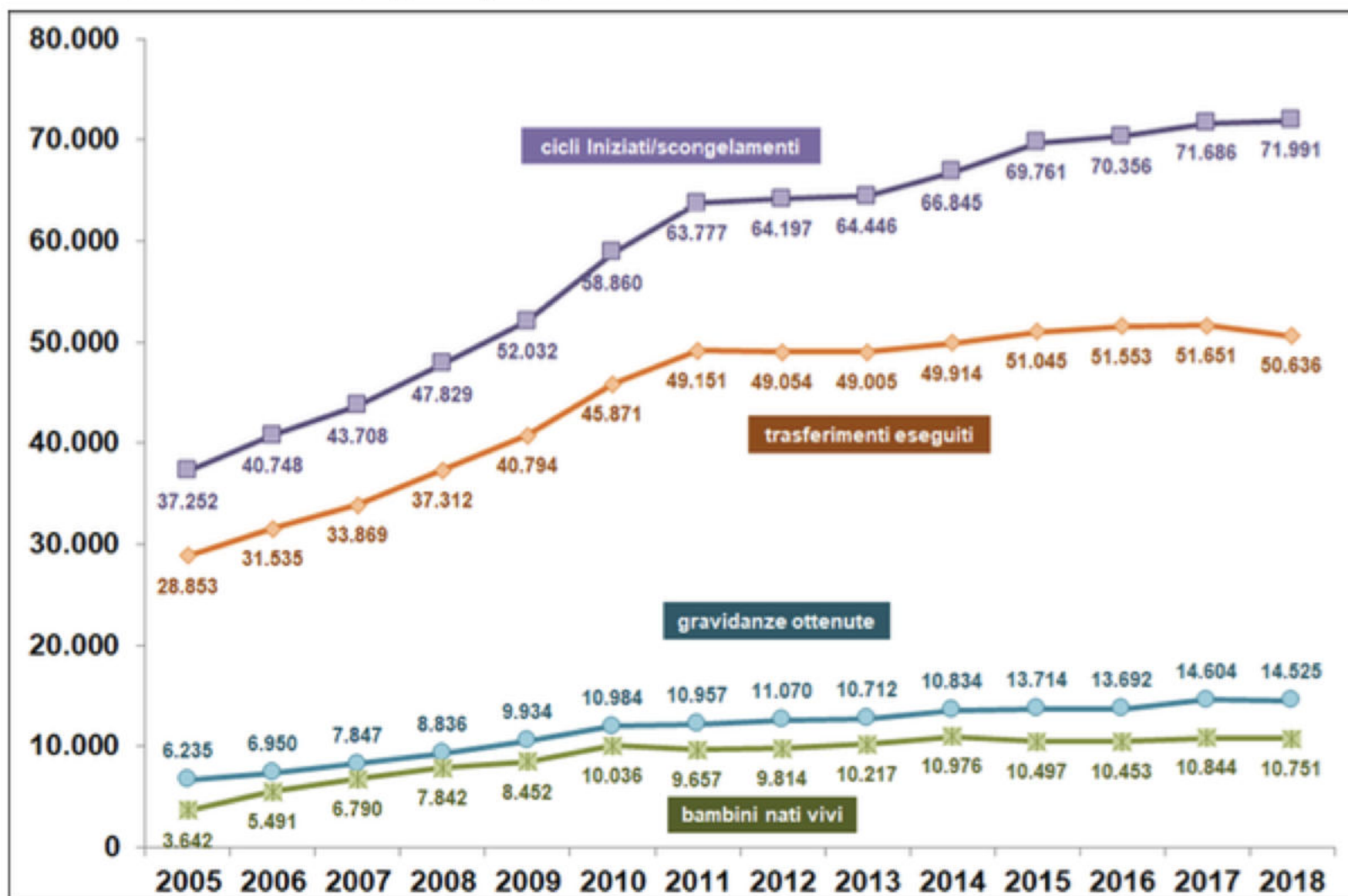
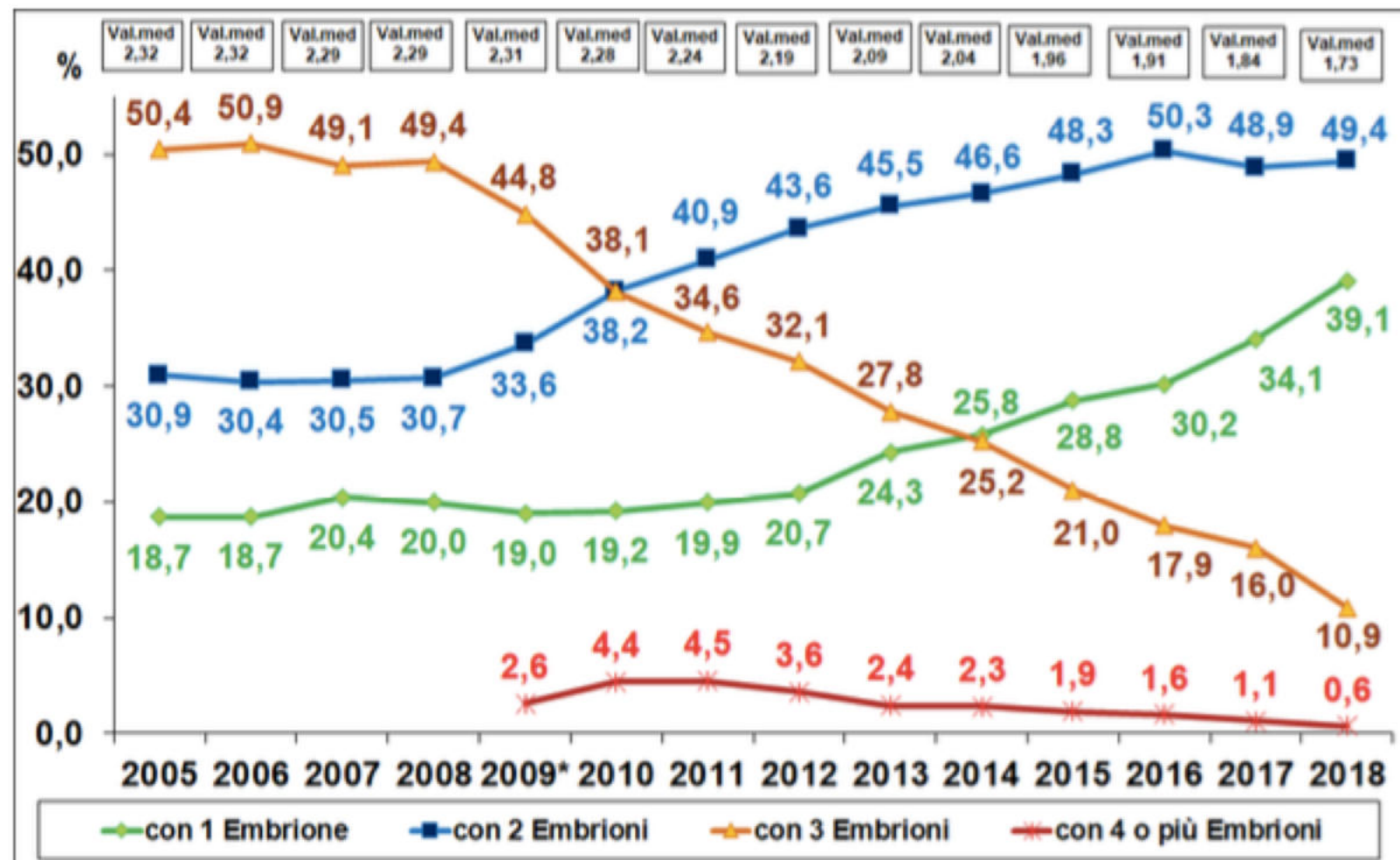


Figura 3.2.27: Distribuzione percentuale dei trasferimenti in cicli a fresco (FIVET e ICSI) senza donazione di gameti secondo il numero di embrioni trasferiti negli anni 2005-2018



* anno della sentenza della Corte Costituzionale 151/2009 depositata l'8 maggio 2009.

Figura 3.2.31: Percentuali di parti gemellari sul totale dei parti ottenuti da tutte le tecniche di II e III livello senza donazione di gameti secondo le classi di età delle pazienti. Anni 2009-2018

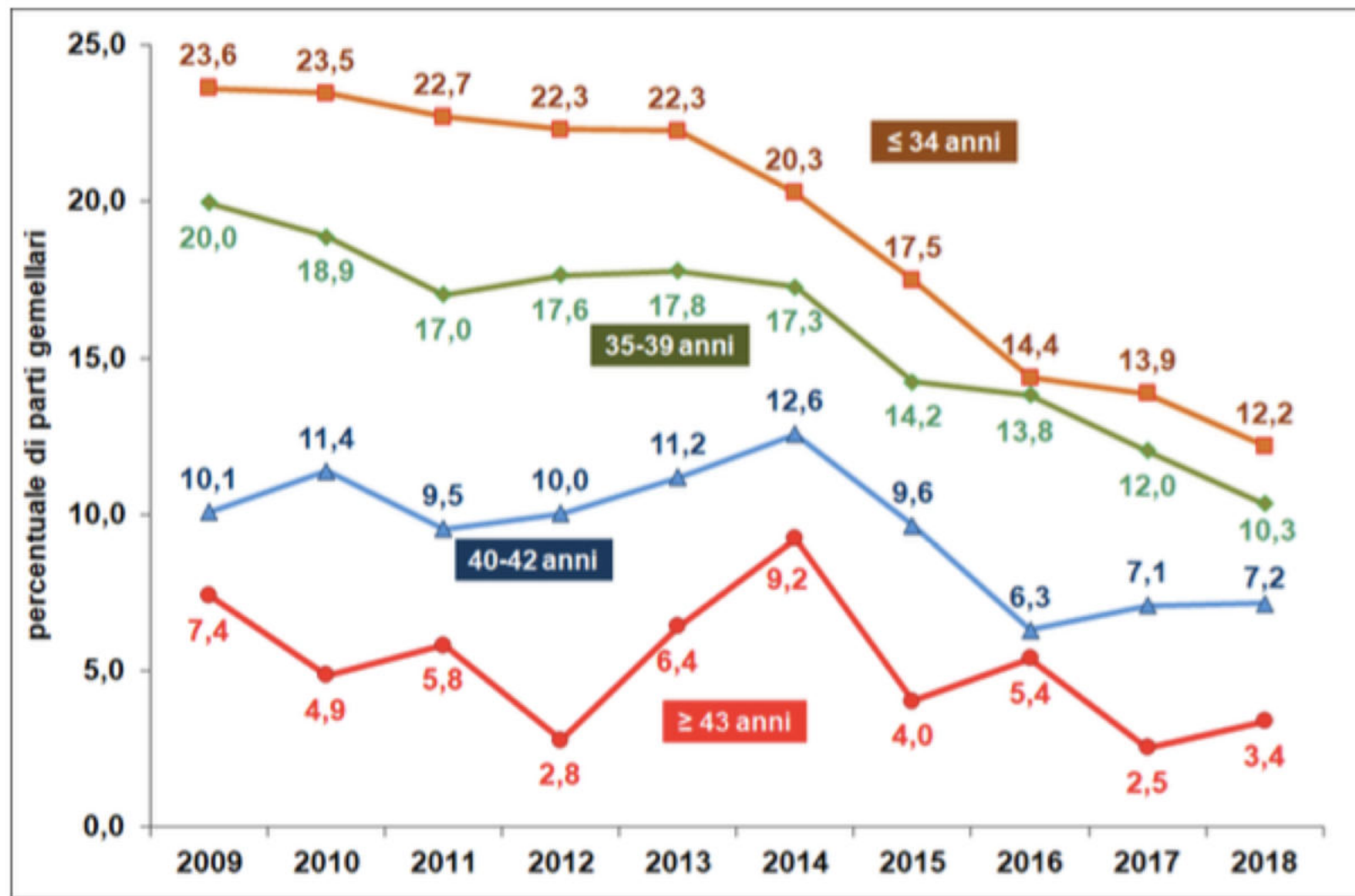
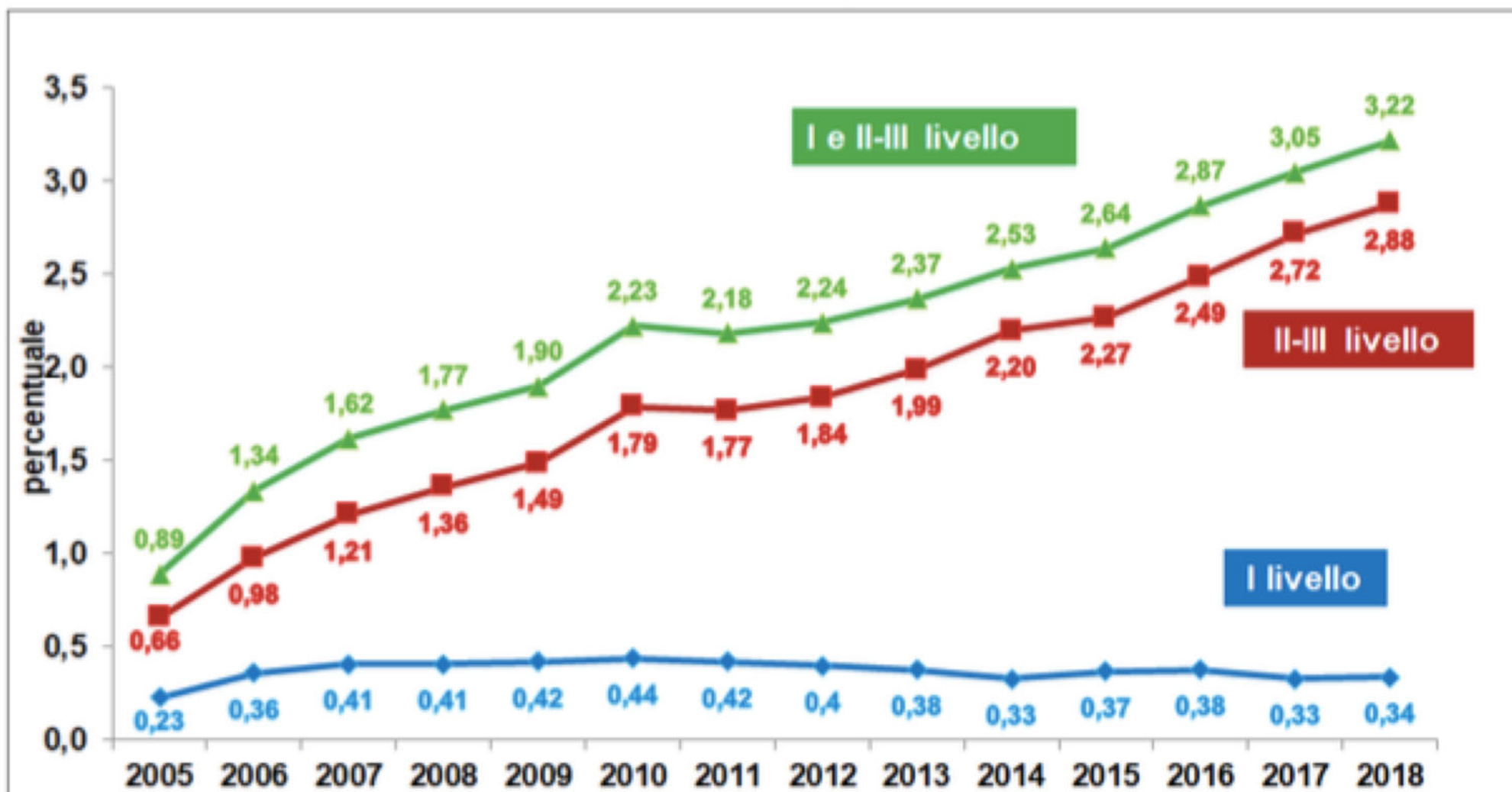
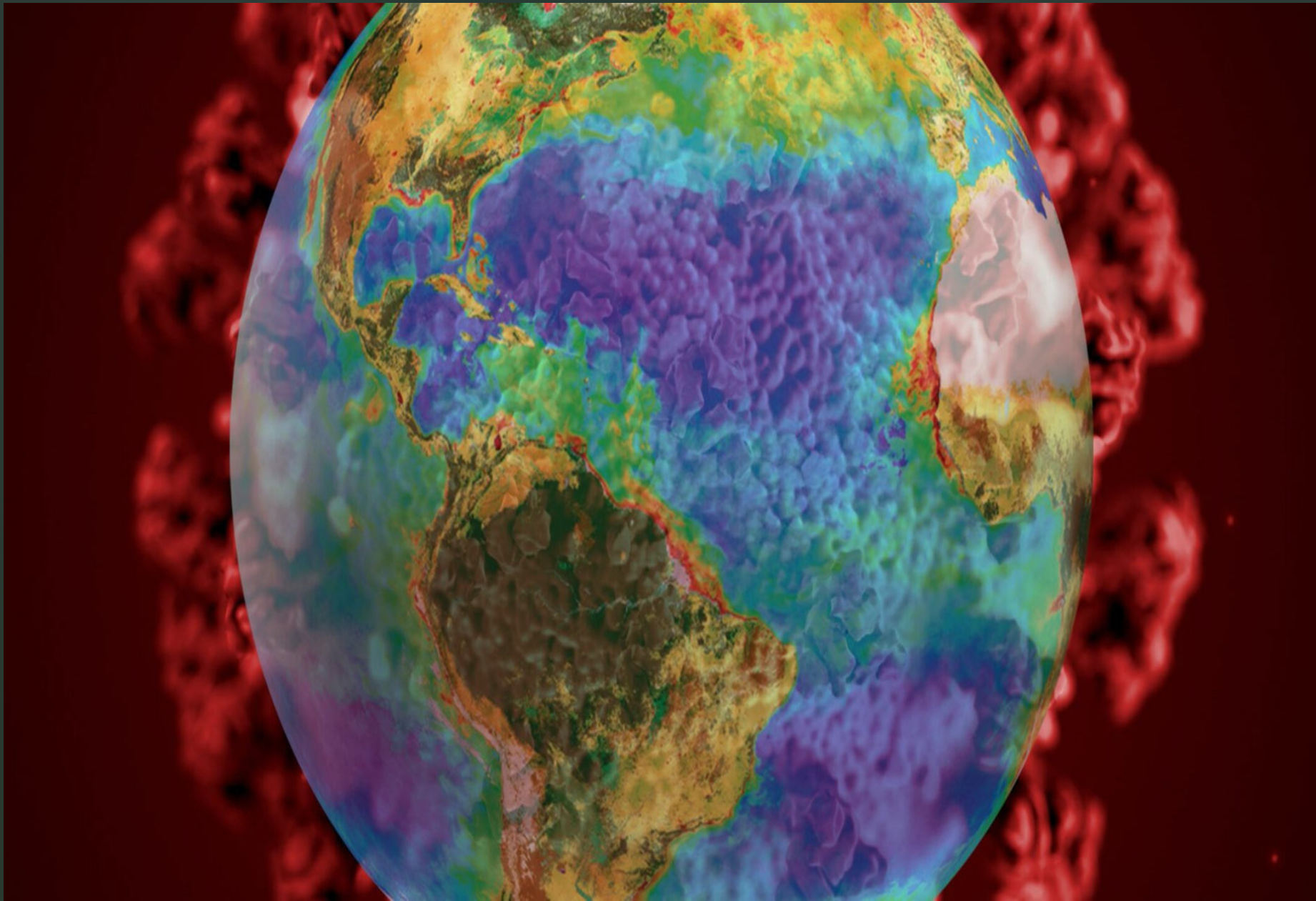


Figura 3.2.32: Percentuali di bambini nati vivi da tecniche di PMA inclusa donazione di gameti rispetto al totale dei bambini nati vivi in Italia nella popolazione generale. Anni 2005-2018



E POI E' ARRIVATO IL COVID....



Buongiorno..
Per me un caffè e un
bicchiere d'acqua, grazie
Di Lourdes,
se possibile..





GRAZIE E BUON LAVORO A TUTTI

