

AOGOI

Organo Ufficiale dell'Associazione
Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

8 Legge Gelli

L'Aogoi nell'elenco ministeriale delle società scientifiche accreditate per le linee guida

9 OMS

Le ultime raccomandazioni sulle cure intrapartali

14 Vaccinazioni in gravidanza

La pertosse: un grande problema per i più piccoli che possiamo prevenire

Gyneco Aogoi

NUMERO 5 - 2018 - BIMESTRALE - ANNO XXIX

LA NUOVA
INDAGINE
SIGO
AOGOI
AGUI

Le donne
italiane
e il parto

OLTRE IL

95%

È SODDISFATTA
DELL'ASSISTENZA
RICEVUTA

I disturbi delle vie urinarie rientrano tra quelli più frequentemente riscontrati nell'assistenza sanitaria territoriale e sono tra le più importanti cause di morbidità e di costi sanitari. Tre sono gli aspetti da considerare:

1 Disturbi con causa batterica

Negli adulti la maggior parte dei disturbi alle vie urinarie è causata dal batterio *Escherichia coli*.

Altri batteri riscontrati nelle vie urinarie sono microrganismi che popolano il tratto intestinale quali *Proteus*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Enterococcus faecalis* e *Pseudomonas*. Il trattamento della cistite richiede l'eliminazione del batterio patogeno mediante blocco della proliferazione.

Possibili strategie:

- **Antibiotico:** elimina il batterio infettante, con possibili effetti collaterali e sviluppo di resistenza.
- **Cranberry:** inibisce l'adesione dei batteri alle mucose.

2 Infiammazione

Ogni infezione produce un processo infiammatorio. L'infiammazione è la risposta del sistema immunitario, ma il perdurare delle infezioni e/o lo sviluppo di recidive fa sì che il processo infiammatorio peggiori ulteriormente il quadro clinico; infatti molti dei disturbi legati alla cistite sono in realtà riconducibili maggiormente al processo infiammatorio che non all'infezione stessa.

3 Recidive

Le recidive interessano circa il 20-25% delle donne che almeno una volta hanno sofferto di cistite.

L'utilizzo eccessivo di antibiotici può risultare dannoso per la salute, soprattutto in caso di cistiti ricorrenti. L'impiego di alternative naturali può quindi rappresentare una valida soluzione, efficace e sicura.

I componenti attivi di Cistinam® Forte sono:

Cranberry

Infezione

L'attività del Cranberry, nell'inibire l'adesione dei batteri alle mucose e mantenere la funzionalità delle vie urinarie prevenendo l'insorgenza di infezioni, è ben nota e documentata. **Per ottenere risultati significativi è fondamentale utilizzare un estratto di Cranberry della migliore qualità.** Le Proantocianidine, presenti negli estratti di Cranberry, sono in grado di inibire l'adesione dei batteri alle mucose e prevenire l'insorgenza di infezioni. **Solo le Proantocianidine di tipo A₂ sono attive nell'inibire l'adesione dei batteri alle mucose.**

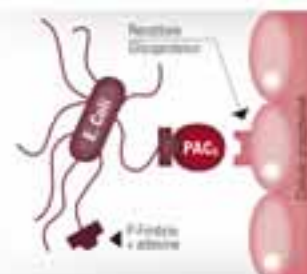
Proantocianidine
Tipo A₂



Proantocianidine
Tipo B



Le Proantocianidine di tipo A₂ differiscono da quelle di tipo B per un doppio legame, fondamentale per l'affinità di legame con le fimbrie del batterio da neutralizzare.



Meccanismo antiadesivo del Cranberry per legame delle PAC₂ (Proantocianidine) alle fimbrie con adesine dei batteri uropatogeni.

Cistinam® Forte contiene CranCan NC, estratto di Cranberry prodotto da Nutracanada, contiene Proantocianidine di tipo A₂ e l'estratto risulta **30 volte più concentrato rispetto ai comuni estratti di Cranberry.**

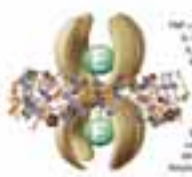
Bromelina

Infiammazione

La **Bromelina**, attivando le α -2-macroglobuline, permette il riequilibrio del pattern delle citochine di tipo Th1 e Th2 e di conseguenza la diminuzione del processo infiammatorio.



Eccesso di citochine proinfiammatorie

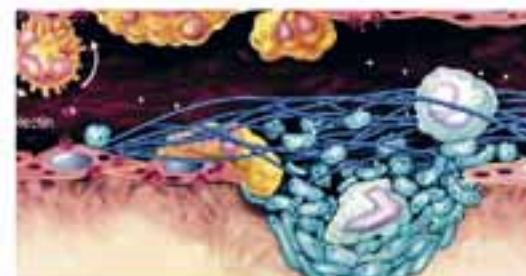


Attivazione attraverso la Bromelina delle α -2-macroglobuline; attivazione legame citochine in eccesso



Riequilibrio delle citochine e inibizione del processo infiammatorio

La significativa attività proteolitica e fibrinolitica della **Bromelina** provoca la lisi di essudati fibrinosi e substrati proteici alterati, facilita il riassorbimento dell'edema, migliora la circolazione nel focolaio infiammatorio, favorisce la penetrazione di antibiotici nel sito infettato.



Cistinam® Forte

Per il benessere delle vie urinarie

Cistinam® Forte a base di Bromelina e Cranberry per mantenere la funzionalità delle vie urinarie. Le compresse gastroresistenti di **Cistinam® Forte** permettono la piena funzionalità della **Bromelina** e il massimo livello di assorbimento dell'estratto di **Cranberry**.



COMPRESSE GASTRORESISTENTI

Estratto di Cranberry
prodotto da:

Nutra Canada
HIGH-QUALITY EXTRACTS



IN FARMACIA E
PARAFARMACIA

named.it

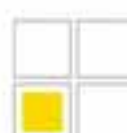


Per maggiori informazioni

Numero Verde
800-203678

da Lunedì a Venerdì
ore 14.00 - 17.00
info@named.it

30
1988-2018



NAMED®
NATURAL MEDICINE



Buona lettura!

I risultati preliminari della nostra indagine nazionale sulla soddisfazione delle donne in sala parto ci hanno offerto lo spunto per la copertina di questo numero. Sono ben consapevole che è difficile, forse impossibile, tradurre in numeri i sentimenti, le emozioni ma l’alta percentuale di donne soddisfatte per la qualità dell’assistenza ricevuta nel reparto di Ostetricia premia il nostro impegno e ci sprona a fare sempre meglio! Sono convinta che questa indagine, condotta con rigore scientifico, possa essere di stimolo a tutte/i noi a lavorare sempre meglio. Noi vorremmo, ovviamente, che tutte le donne avessero una “esperienza positiva” della gravidanza, e non solo perché raccomandato anche dall’Oms, ma perché ci fa piacere aver contribuito a rendere migliore la vita e la salute delle donne, di ogni donna che abbiamo incontrato nel nostro percorso lavorativo. Lo so che è un obiettivo molto ambizioso ma ci proviamo ogni giorno.

Un grande ringraziamento a tutti voi per l’ottima riuscita del nostro Congresso nazionale. Anche quest’anno possiamo dire di essere tornati a casa con ‘qualcosa’ in più nel nostro bagaglio culturale. **L’approvazione del nuovo statuto**, che prevede una Federazione Sigo formata da tre società federate: Aogoi, Agui e Agite, ha segnato un momento importante del nostro ultimo appuntamento annuale, a coronamento di un lungo percorso in cui il nostro Segretario nazionale **Antonio Chiàntera** ha svolto un ruolo essenziale.

Un’altra ottima notizia: l’Aogoi è nell’elenco delle società scientifiche pubblicato dal Ministero della Salute il 7 novembre scorso. Si tratta di un risultato importante per tutti noi e posso dire con orgoglio che ad oggi siamo l’unica Società scientifica di ostetricia e ginecologia ‘generalista’ a essere nell’elenco. Vi ricordo che l’elenco sarà aggiornato ogni due anni ed è perciò indispensabile che continuiamo a lavorare tutti insieme!

Gli approfondimenti di questo numero sono dedicati a due argomenti molto interessanti. **La pertosse: un grande problema per i più piccoli che possiamo prevenire in gravidanza**, curato da **Maurizio Silvestri** e i colleghi di Spoleto, ci invita a riflettere sull’importanza delle vaccinazioni raccomandate in gravidanza, argomento che apre a nuove sfide nel campo della prevenzione per la mamma e il neonato. **L’imprinting ambientale alla nascita**, la corposa review curata da **Antonio Ragusa** e i colleghi di Massa Carrara, ci proietta nel meraviglioso e, tutto da esplorare, campo dell’epigenetica. Il messaggio che ci lascia è importante: “non solo i genitori possono ‘modellare’ la salute dei neonati ma anche le modalità, i luoghi della nascita e lo stile assistenziale possono svolgere un ruolo molto importante nel determinare la salute futura della diade madre-feto”.



ELSA VIORA
Presidente Aogoi

INDICE

SEI

Chiantera: Fiducia delle donne nei ginecologi italiani.
I risultati dell’indagine nazionale Sigo-Aogoi-Agui sulla soddisfazione delle donne in sala parto

SETTE

Allarme mamma ‘suicide’.
Il suicidio è al secondo posto tra le cause tardive di mortalità materna. Maggiore la percentuale dei suicidi dopo il parto tra le over 40

TREDICI

L’intervista. Romano Forleo
insignito della Medaglia d’oro della World Association for Sexual Health

DICIOTTO

La fecondazione in vitro compie 40 anni. Dalla nascita di Louise Brown, oltre 8 milioni i bimbi nati da Pma nel mondo

VENTIDUE

Review/Epigenetica.
Le modalità, i luoghi della nascita e lo stile assistenziale: la loro influenza sulla salute futura della diade materno-fetale

Gyneco Aogoi

Organo Ufficiale
dell’Associazione Ostetrici
Ginecologi Ospedalieri Italiani



Numero 5 - 2018
Anno XXIX

Presidente
Elsa Viora

Comitato Scientifico
Claudio Crescini
Giovanni Monni
Pasquale Pirillo
Carlo Sbiroli
Vito Trojano
Sandro Viglino

Direttore Responsabile
Cesare Fassari
Coordinamento Editoriale
Arianna Alberti
email: a.alberti@hcom.it

Editore
Edizioni Health
Communication
Pubblicità
Edizioni Health
Communication
via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma

Stampa
STRpress
Pomezia - Roma
Abbonamenti
Annuo: Euro 26.
Singola copia: Euro 4
Reg. Trib. di Milano
del 22.01.1991 n. 33
Poste Italiane Spa -
Spedizione in abbonamento
postale 70% - Dcb - Roma
Finito di stampare:
novembre 2018
Tiratura 8.000 copie.

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

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

Testata associata

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

L'Aogoi siamo tutti noi!



ELSA VIORA
Presidente Aogoi

“Ringrazio tutte e tutti voi per aver contribuito alla ottima riuscita del nostro Congresso nazionale, in particolare i Presidenti Pier Luigi Benedetti Panici, Valeria Dubini e Giovanna Salerno”.

VI È STATA una partecipazione attiva e le relazioni sono state di elevato livello: siamo tornati a casa con “qualcosa” in più nel nostro bagaglio culturale.

Si è svolta l'Assemblea ordinaria annuale della nostra Società e l'Assemblea straordinaria della Sigo durante la quale **è stato approvato il nuovo statuto** che prevede una Federazione Sigo formata da tre società federate: Aogoi, Agui e Agite.

È stato un lungo percorso in cui il nostro Segretario nazionale **Antonio Chiàntera**, sempre presente, ha svolto un ruolo essenziale. Il fatto che anche i ginecologi territoriali siano rappresentati in modo formale è un grande passo avanti nella concezione del nostro lavoro che si compone, come ben sappiamo, delle tre diverse componenti della rete ospedaliera, universitaria e territoriale. La rete territorio-ospedale-territorio è e deve es-

sere sempre di più un circolo virtuoso al cui centro sta la donna.

Mi auguro che una ostetricia-ginecologia italiana sempre più compatta, pur nei diversi ruoli e competenze, possa davvero essere utile a tutti noi operatori, nel dialogo con le istituzioni e nella collaborazione scientifica, ma soprattutto alle donne.

La collaborazione fra i nostri Ospedali e le Università non potrà che essere sempre più intensa nella formazione dei giovani medici, anche in base a quanto previsto dal decreto interministeriale 402 del giugno 2017. Gli ospedali di insegnamento, di cui tanto si è parlato nell'ultimo decennio, diventeranno una realtà alla quale tutti dobbiamo contribuire per rendere sempre più efficace il percorso formativo dei nostri colleghi più giovani. Le unità operative ospedaliere devono rispondere a precisi requisiti e l'Aogoi si è già fatta parte attiva inviando a tutti i Direttori un questionario in modo da avere un quadro chiaro della situazione.

A metà ottobre c'è stato il Congresso mondiale della Figo, la International Federation of Gynecology and Obstetrics, una Federazione che raggruppa le Società nazionali di Gineco-

logia e Ostetricia. È stata fondata a Ginevra nel 1954, ora la sua sede è a Londra e vi aderiscono oltre 132 Paesi.

Il congresso mondiale si tiene ogni 3 anni e quest'anno è stato a Rio de Janeiro.

Aogoi era presente con una delegazione che ha partecipato attiva-

mente non solo al Congresso (vi è stata anche una sessione italiana molto frequentata) ma anche alle elezioni, sostenendo in modo compatto la candidatura italiana. Avere un italiano nell'Executive Board è un successo importante e significa che l'intera ostetricia - ginecologia mondiale ri-

ELSA VIORA PREMIATA AL CONGRESSO MONDIALE DELLA FIGO

La Presidente dell'Aogoi ha ricevuto il prestigioso riconoscimento in occasione del recente Congresso mondiale dei ginecologi a Rio De Janeiro.

La Presidente Aogoi **Elsa Viora**, Direttore del servizio Ecografia ostetrica ginecologica e diagnosi prenatale dell'ospedale Sant'Anna della Città della Salute di Torino, è stata insignita del **Premio mondiale “Award in recognition of Women Obstetrician/Gynecologists”** dalla





PERCENTUALE DI DONNE CHE SI DICHIARA SODDISFATTA DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI RICEVUTI NEL REPARTO DI OSTETRICIA

97%

PERCENTUALE DI DONNE CHE CONSIGLIEREBBE AD UNA AMICA DI PARTORIRE NELLO STESSO PUNTO NASCITA

92%

PERCENTUALE DI SODDISFAZIONE PER I SERVIZI OFFERTI DAL GINECOLOGO

96%

PERCENTUALE DI DONNE SODDISFATTE DEL CONTROLLO DEL DOLORE

92%

“

Da questa nuova indagine Sigo-Agoi-Agui, effettuata su 11.500 partorienti spalmate su 106 punti nascita, emergono risultati ben diversi dalla rilevazione Doxa presentata nel 2017

INDAGINE SIGO-AOGOI-AGUI

Parto: oltre il 95% delle donne soddisfatte per l'assistenza ricevuta

Il 97% circa delle donne si dichiara soddisfatta della qualità dei servizi che ha ricevuto nel reparto di Ostetricia e il 96% dei servizi del ginecologo.

È quanto emerge in sintesi dalla nuova indagine delle nostre società scientifiche effettuata su 11.500 partorienti spalmate su 106 punti nascita, i cui dati preliminari sono stati presentati al recente congresso nazionale. Risultati ben diversi dalla rilevazione Doxa, commissionata dall'Osservatorio sulla Violenza Ostetrica in Italia, in cui si evidenziava come il 21% delle mamme avesse subito un maltrattamento fisico o verbale durante il parto!

FECE MOLTO SCALPORE l'anno scorso un'indagine della Doxa commissionata dall'Osservatorio sulla Violenza Ostetrica in Italia in cui si evidenziava come il 21% delle mamme avesse subito un maltrattamento fisico o verbale durante il parto.

L'indagine suscitò una ferma presa di posizione di Sigo, Agoi e Agui che, a distanza di un anno da quella dubbia rilevazione, hanno presentato nuovi dati durante il loro ultimo congresso nazionale svoltosi a Roma a fine ottobre.

Dalla nuova indagine, di cui sono presentati i risultati preliminari, effettuata su 11.500 partorienti spalmate su 106 punti nascita, emergono risultati ben diversi dalla rilevazione Doxa. Oltre il 95% delle donne intervistate si è infatti dichiarata soddisfatta delle informazioni ricevute durante il parto e il 92% del-

le donne consiglierebbe ad una amica di partorire nello stesso punto nascita. L'indagine ha analizzato la qualità dei servizi offerti prima, durante e dopo il parto dal personale e in generale si nota come le percentuali di soddisfazione siano molto elevate con una leggera prevalenza per i servizi offerti nel Centro-Nord. L'Area dove i numeri sono lievemente più bassi è quella del dolore. Dove in ogni caso è il 92% delle donne a dichiararsi soddisfatta del controllo del dolore. Un valore che scende all'87% nelle donne che hanno partorito con ventosa ostetrica.

Per quanto riguarda il personale, risulta elevato il livello di soddisfazione (97%) per la qualità dei servizi ricevuti nel reparto di Ostetricia. Una percentuale di soddisfazione, infine, praticamente analoga (96%) per i servizi offerti dal ginecologo.

conosce i nostri meriti professionali ed il nostro impegno, tutto il grande lavoro fatto in precedenza, e questo non può che renderci orgogliosi.

Continuiamo a lavorare insieme, solo così potremo davvero fare qualcosa per la salute delle donne. L'Agoi siamo tutti noi!

Figo, la Federazione Internazionale dei Ginecologi ed Ostetrici, in occasione del recente XXII Congresso mondiale Figo a Rio de Janeiro. Il Premio è stato assegnato alle migliori ginecologhe donne a livello mondiale. Una ventina di donne sono insignite di questo riconoscimento onorifico che si chiama "FIGO Award in Recognition of Women obstetricians/gynecologists". Ogni Società nazionale può proporre una candidata e il curriculum, scritto in modo molto dettagliato e secondo uno schema preciso, viene valutato da una Commissione internazionale. Il Premio viene assegnato alla ginecologa donna che ha contribuito, attraverso la sua carriera, al miglioramento della salute per le donne, le madri e i loro figli, e al ruolo delle donne nella ginecologia ed ostetricia nel suo Paese.



Fiducia delle donne nei ginecologi italiani

Oggi abbiamo i risultati dell'indagine e come Aogoi possiamo dichiararci oltremodo soddisfatti dell'elevato indice di gradimento riscontrato nell'ambito degli ospedali italiani per l'area della maternità

ANTONIO CHIANTERA
Segretario Nazionale Aogoi



GRAZIE AL QUESTIONARIO SOTTOPOSTO

ad un rilevante campione di donne negli ospedali di tutta Italia, Aogoi è in grado di testimoniare la qualità dell'operato dei nostri ginecologi e l'elevato grado di soddisfazione che esse manifestano per le cure ricevute nei reparti di maternità: con ciò si sconfigge in maniera plateale la pseudo indagine pubblicata qualche tempo fa con indegno clamore da una sedicente associazione di difesa delle donne dalle cosiddette violenze che perpetrerebbero i ginecologi italiani in sala parto. Dalle episiotomie "a tradimento" a visite psicologicamente devastanti, a manovre e trattamenti non necessari e naturalmente "violenti". Il tutto verosimilmente per giustificare l'esistenza di proprie associazioni e della propria attività nell'assistenza ai parti al di fuori delle strutture sanitarie con conseguenti possibili rischi per la salute delle donne e dei nascituri. Aogoi ha prontamente dato mandato ai propri legali di tutelare adeguatamente l'immagine e la professionalità dei ginecologi italiani e al tempo stesso ha promosso un'indagine conoscitiva ampia, seria e scientificamente basata su un campione di 112 mila donne per conoscere il loro grado di soddisfazione immediatamente dopo il parto nelle strutture sanitarie del Paese.

La pseudo indagine, vergognosamente calunniosa verso professionisti che quotidianamente offrono la loro opera anche con sacrificio nelle sale parto, era basata su 424 (quattrocentoventiquattro!) questionari dichiaratamente sottoposti a donne che avevano partorito anche dieci anni prima (!) su un riferimento di 7 milioni 600 mila parti (!!) avvenuti in oltre un decennio mediante domande capziose e deliberatamente volte a dimostrare l'assunto secondo cui il personale sanitario delle maternità italiane era praticamente costituito da una banda di violenti e di sadici contro le partorienti.

A parte l'esiguità del campione intervistato – a nostro avviso assai poco rappresentativo rispetto all'enorme campione preso in esame – le irrituali modalità di somministrazione del questionario (anche a distanza di anni dal parto e quindi non correttamente legato alla effettiva e recente percezione) e la discutibile modalità della raccolta dei dati documentano il carattere strumentale dell'iniziativa, sostanzialmente volta a screditare i ginecologi al fine di valorizzare altre figure non professionali e francamente pericolose per la salute delle gestanti e delle partorienti. Oggi abbiamo i risultati dell'indagine e come Aogoi possiamo dichiararci oltremodo soddisfatti dell'elevato indice di gradimento riscontrato nell'ambito degli ospedali italiani per l'area della maternità. Va sottolineato che l'indagine è stata condotta nell'arco di 3 mesi e nell'immediatezza delle dimissioni dopo il parto; in sostanza su un totale annuo di 450 mila parti, nell'arco di un trimestre (112 mila parti) il numero effettivo delle intervistate (oltre 13 mila 200!) è pari a quasi al 12 per cento del campione: questo sì è un campione adeguato e basato sulla percezione immediata del servizio ricevuto e non invece affidato ai ricordi!

Aogoi continuerà, come sempre, a tutelare dinanzi alla Magistratura e al Ministero della Salute l'immagine e la professionalità dei ginecologi italiani e a contrastare con forza ogni perverso tentativo di infangare il buon nome dei nostri specialisti.

I RISULTATI PRELIMINARI DELL'INDAGINE PROMOSSA DA AOGOI CONDOTTA IN OLTRE 100 PUNTI NASCITA ITALIANI NEL PERIODO MARZO-SETTEMBRE 2018

Indagine nazionale sulla soddisfazione delle donne in sala parto

Il momento del parto rappresenta una esperienza emozionale unica nella vita della donna. Accanto alla sicurezza medica, una componente fondamentale dell'assistenza ostetrica è senza dubbio la capacità di accoglienza del Punto Nascita e del personale sanitario. Le opinioni delle donne sono importanti per valutare tale aspetto

a cura di
FABIO PARAZZINI

LA SODDISFAZIONE DELLE PAZIENTI è complessa da misurare perché condizionata dalle attese personali, con forte soggettività. Le indagini di soddisfazione in Ostetricia sono ancora più difficili perché la fisiologia e la naturalezza dell'evento nascita possono improvvisamente virare a condizioni patologiche.

Tutto il personale sanitario di sala parto è quotidianamente impegnato affinché la donna abbia, in un quadro di sicurezza assistenziale, una esperienza positiva della sua permanenza in sala parto.

In questa prospettiva è utile che tutti i punti nascita utilizzino metodiche di valutazione di soddisfazione della donna routinarie, al fine di avere

re un quadro aggiornato della qualità percepita dell'assistenza, migliorare questo aspetto dell'assistenza, non solo medica, e poter controllare con dati eventuali notizie denigratorie di stampa.

In questa prospettiva è stato proposto alle sale parto italiane l'utilizzo di un questionario comune al fine di ottenere un quadro nazionale dell'adeguatezza della assistenza alla donna in Sala Parto.

In questa breve nota vengono presentati i risultati preliminari di questa indagine condotta in più di 100 punti nascita italiani nel periodo marzo-settembre 2018.

METODI

L'indagine ha utilizzato come questionario quello sviluppato dalla Regione Emilia nella parte riferita alla assistenza al parto. Nello specifico il

TABELLA 1

Domanda	% risposte Molto inadeguato/a o inadeguato/a
Se ha frequentato un corso di preparazione al parto, come valuta le informazioni che Le sono state fornite circa l'organizzazione del reparto di ostetricia?	5,2
Come valuta le modalità di controllo del dolore a cui è stata sottoposta?	7,8
Totale	
Come valuta il sostegno ricevuto dall'ostetrica durante il parto?	3,5
Come valuta l'assistenza ricevuta dal ginecologo durante il parto?	4,1
Come valuta l'utilità durante il travaglio e il parto delle informazioni ricevute? (anche, se effettuati, con riferimento all'episiotomia e un taglio cesareo d'urgenza)	4,4
- in caso di parto con ventosa	6,9
- in caso di Tc d'urgenza	6,4
Complessivamente come valuta la qualità dei servizi che ha ricevuto nel reparto di Ostetricia?	2,9

^o Non sono incluse le donne che hanno partorito con taglio cesareo programmato

^{oo} Non sono inclusi i TC programmati e chi ha risposto di essere stata assistita dalla sola ostetrica



TABELLA 2 CONSIGLIEREBBE A UNA SUA CONOSCENTE DI PARTORIRE PRESSO LA NOSTRA STRUTTURA?

	% risposte
No/Assolutamente no	1.2
Né no né sì	5.0
Sì/Assolutamente sì	91.6
Risposta mancante	2.1

questionario ha indagato quattro aspetti:

- le informazioni pre parto
- il ricovero e il parto
- la soddisfazione in reparto
- il giudizio complessivo.

Tale questionario utilizza una valutazione a quattro punti (molto inadeguato, inadeguato, adeguato, molto adeguato). Inoltre è stata aggiunta una ulteriore domanda: “Consiglierebbe a una Sua conoscente di partorire presso la nostra struttura?” con risposte chiuse “No/Assolutamente no”, “Né no né sì”, “Sì/Assolutamente sì”. Al momento delle dimissioni post partum tutte le donne che hanno partorito presso i centri partecipanti nel periodo di reclutamento sono state invitate a compilare in forma anonima ed a inserire in una cassetta il questionario compilato.

Il questionario non includeva alcuna modalità di identificazione, se si esclude la modalità del parto e le modalità di controllo del dolore.

Il periodo di reclutamento è stato scelto indipendentemente dalla singola struttura partecipante nella finestra temporale compresa tra il marzo e il settembre 2018. Questa analisi preliminare considera 11.590 questionari raccolti in 106 centri (situati 40 al Nord, 22 al Centro e 44 al Sud Italia).

RISULTATI

La tabella 1 mostra la distribuzione delle donne che hanno partecipato alla indagine in accordo alle risposte al questionario.

Come si può osservare la percentuale di donne che hanno risposto inadeguato/a o molto inadeguato/a è estremamente limitata per molte delle domande.

In particolare la percentuale di donne che ha risposto inadeguato/a o molto inadeguato/a alla domanda “Come valuta l'utilità durante il travaglio e il parto delle informazioni ricevute?” (anche, se effettuati, con riferimento all'episiotomia e un taglio cesareo d'urgenza) è pari al 4,4%.

Una percentuale maggior di risposte inadeguato/a o molto inadeguato/a (7,8%) si è osservata alla domanda “Come valuta le modalità di controllo del dolore a cui è stata sottoposta?”.

Il 2,9% delle donne ha risposto alla domanda “Complessivamente come valuta la qualità dei servizi che ha ricevuto nel reparto di Ostetricia?” inadeguata o molto inadeguata ed il 6,2% delle donne ha risposto alla domanda “Consiglierebbe a una Sua conoscente di partorire presso la nostra struttura?” “assolutamente no” (1,2%) o “né no né sì” (5,0%).

CONCLUSIONI

In conclusione questa vasta indagine che ha incluso in questa analisi preliminare più di 10.000 donne – ossia più del 10% delle donne che hanno partorito in Italia nel periodo di reclutamento e che ha visto la partecipazione di più del 50% delle donne che hanno partorito nei punti nascita partecipanti – documenta come la larga maggioranza delle donne ritenga adeguata o molto adeguata l'assistenza ricevuta. Il 92% delle donne consiglierebbe ad una amica di partorire nello stesso punto nascita. Il controllo del dolore è stato ritenuto non adeguata da circa l'8% delle donne: tale aspetto andrà meglio valutato nella analisi finale della indagine.

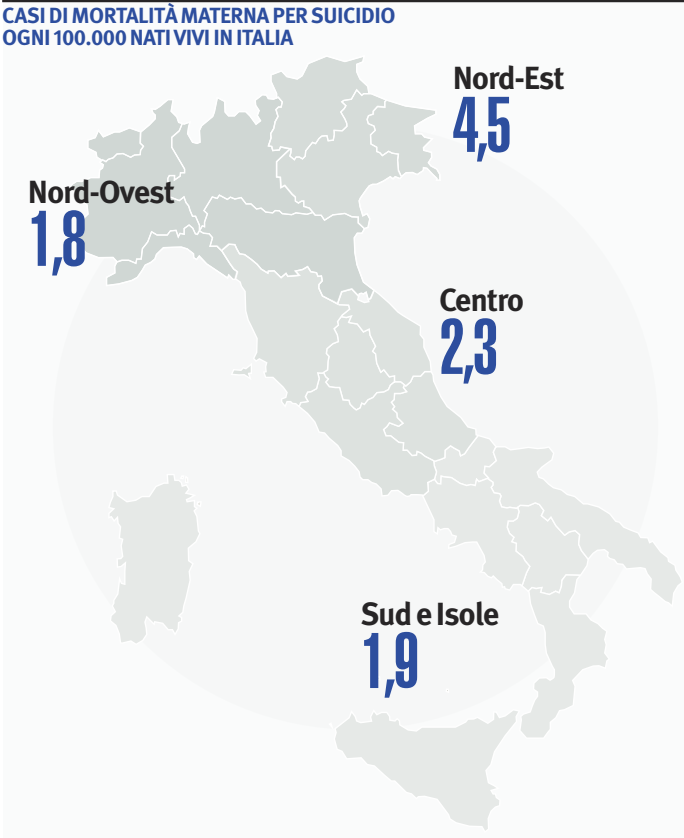


È allarme per le mamme “suicide”: sono il 9% di tutte le morti materne

Secondo i dati resi noti durante il Congresso nazionale Roma, **il suicidio è al secondo posto tra le cause tardive di mortalità, ovvero entro un anno dall'esito della gravidanza. Maggiore la percentuale dei suicidi dopo il parto tra le donne over 40**

PRENDERSI CURA DELLA SALUTE DELLA DONNA significa mettere al centro anche il suo benessere psicofisico e sociale, avendo come punto di riferimento le evidenze cliniche e le linee guida nazionali e internazionali ma anche alla luce dei cambiamenti della società: il progressivo innalzamento dell'età in cui si desidera una gravidanza, l'aumento dei comportamenti a rischio tra le giovani generazioni, la deresponsabilizzazione rispetto alla pratica contraccettiva, la violenza di genere e le sue ricadute sulla salute femminile. È questo il messaggio lanciato dal nostro ultimo Congresso Nazionale “Donna, salute e benessere: medicina dell'evidenza e sfide future”. **Uno dei principali fenomeni che interessa la salute della donna, con ricadute sulla società nel suo complesso, è senz'altro il numero crescente di primipare ultraquarantenni:** oggi, infatti, il 10% di tutte le gravidanze si registra tra le over 40, un dato riconducibile alla tendenza a ritardare il concepimento per ragioni economiche o professionali, ma anche ad una maggiore possibilità di ricorrere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita. Tuttavia, dal punto di vista clinico, la maternità in età avanzata si associa ad un maggior rischio per la donna di sviluppare patologie in gravidanza come diabete, iper-

segue a pagina 30 ►



Un grande risultato per un grande impegno

L'Agoi è nell'elenco delle società scientifiche pubblicato dal Ministero della Salute il 7 novembre scorso. Siamo l'unica Società scientifica di ostetricia e ginecologia 'generalista' a essere nell'elenco

ELSA VIORA
Presidente Agoi

IL 7 NOVEMBRE IL MINISTERO DELLA SALUTE ha pubblicato l'elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie, in attuazione dell'articolo 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24 e del Dm 2 agosto 2017. Con grande piacere e orgoglio vi comunico che Agoi è tra queste.

Ogni presente ha un passato alle spalle che conta e il passato in questo caso è stato fondamentale. È proprio grazie al lavoro svolto nei trent'anni precedenti dal nostro mitico segretario nazionale **Antonio Chiàntera**, dai Presidenti che mi hanno preceduto, da tutti i Soci se oggi la nostra Associazione ha ora tutte le 'carte in regola' per poter entrare nell'elenco del-

le società scientifiche accreditate dal Ministero.

Devo precisare che siamo l'unica Società scientifica di ostetricia e ginecologia "generalista", permettetemi il termine, a essere nell'elenco. Vi sono altre società di settore che si occupano di ostetricia oppure di ginecologia ma in ambiti specifici.

Il nuovo Statuto della Federazione Sigo, approvato nell'assemblea straordinaria del 30 ottobre, assume oggi ancora maggiore rilevanza in quanto Agoi costituisce la stragrande maggioranza di Sigo e ad essa conferisce indirettamente il riconoscimento comune della rappresentatività. È davvero fondamentale essere uniti perché una ostetricia e ginecologia italiana unita e compatta può aiutarci a migliorare la qualità della assistenza alle donne, intesa sia come prevenzione sia come cure.

Sono certa di poter affermare a nome di tutti i Soci che siamo grati a chi ci ha preceduto non solo per il patrimonio di esperienza e conoscenza che ci hanno trasmesso ma anche per la lungimiranza di molte scelte, la capacità di innovare e di sapere interpretare e molte volte anticipare i cambiamenti, nella società e nel mondo medico-scientifico.

Un sentito "grazie" dunque a chi lavora ogni giorno, siano i "grandi" Maestri o i "semplici" soci che sono e devono continuare a essere sempre di più l'elemento essenziale: senza di loro nulla si può fare.

L'elenco sarà aggiornato ogni due anni e perciò è indispensabile che continuiamo a lavorare tutti insieme, ricordando che il nostro obiettivo primario è migliorare la salute delle donne e questo può essere raggiunto anche garantendo alle ginecologhe e ai ginecologi italiani un adeguato supporto scientifico e un fattivo sostegno nell'ambito di una così impegnativa professione.

“

Un sentito "grazie" a chi lavora ogni giorno, siano i "grandi" Maestri o i "semplici" soci che sono e devono continuare a essere sempre di più l'elemento essenziale: senza di loro nulla si può fare!

Trasformare le cure alle donne e ai neonati per migliorare la loro salute e il loro benessere

LA MAGGIORANZA DELLE GRAVIDANZE non presenta fattori di rischio per la mamma e il bambino, cioè nonostante in alcune circostanze al momento del parto possono insorgere complicanze che mettono a rischio la vita e la salute di entrambi.

Negli ultimi anni l'intervento medico e le pratiche interventiste durante il travaglio e il parto sono notevolmente aumentate con induzioni, accelerazioni e controllo stretto di un evento fisiologico con la finalità di migliorare i risultati.

Questa medicalizzazione ha sottratto alle donne la capacità di gestire questo evento con completa realizzazione personale, ha prodotto effetti negativi sul vissuto di questa esperienza e, in alcuni casi, ha causato deviazioni dalla fisiologia e complicanze iatrogene.

Queste 56 raccomandazioni (26 nuove e 30 già presenti in altri documenti dell'Oms) sono rivolte a tutti coloro che hanno un qualsiasi ruolo nell'assistenza alla nascita, sono basate sulle evidenze scientifiche di cui oggi disponiamo e sono applicabili in tutti i Paesi del mondo.

Sono raccomandazioni che si applicano a tutte le donne in buona salute con una gravidanza e un travaglio fisiologici.

La finalità è vivere il parto come una esperienza positiva, in un ambiente sicuro da un punto di vista professionale e psicologico, con un sostegno pratico ed emozionale continuo da parte di persone scelte dalla donna e sotto l'attenta e amorevole sorveglianza clinica di personale competente. Possiamo osservare che molte di queste raccomandazioni in numerosi punti nascita italiani sono pratica corrente, qualcuna è in via di applicazione e altre sono oggetto di valutazione in merito alla loro reale conformità ai bisogni e al-



“

Queste 56 raccomandazioni, di cui 26 nuove e 30 già presenti in altri documenti dell'Oms, sono rivolte a tutti coloro che hanno un qualsiasi ruolo nell'assistenza alla nascita. Sono basate sulle evidenze scientifiche di cui oggi disponiamo e sono applicabili in tutti i Paesi del mondo

OMS: Le ultime raccomandazioni sulle cure intrapartali per un'esperienza positiva del parto

le richieste della popolazione ostetrica italiana. È necessario inoltre tenere sempre in considerazione che le raccomandazioni e le linee guida emanate dall'Organizzazione mondiale della sanità sono indirizzate a tutte le nazioni del mondo ed in particolare ai Paesi a basso e bassissimo reddito dove la mortalità materna e neonatale è altissima, le risorse economiche ridottissime e l'assistenza sanitaria spesso assente o minimale. **Questa attenzione alle aree più svantaggiate del mondo** può indirizzare verso proposte che talvolta possono entrare in conflitto con le pratiche consolidate della medicina dei Paesi ricchi.

ASSISTENZA DURANTE IL TRAVAGLIO E IL PARTO

1 CURE MATERNE RISPETTOSE
Cure materne rispettose: ci si riferisce a cure organizzate e assicurate a tutte le donne per garantire la loro dignità, la loro intimità e riservatezza, per proteggerle dal dolore e dalle procedure scorrette, per consentire scelte chiare e un sostegno continuo durante il travaglio e il parto. **Sono raccomandate.**

2 COMUNICAZIONE EFFICACE
La comunicazione efficace tra il personale di assistenza e le donne che partoriscono utilizzando metodi semplici e culturalmente comprensibili. **È raccomandata.**

3 ACCOMPAGNAMENTO DURANTE IL TRAVAGLIO E IL PARTO
La presenza di una persona scelta dalla donna è **raccomandata** per tutte le donne durante il travaglio e il parto.

4 CONTINUITÀ DELLE CURE
Modelli di continuità delle cure sotto la direzione delle ostetriche, tra queste una ostetrica o un piccolo gruppo di ostetriche conosciute dalla donna in un percorso continuativo dal periodo prenatale al postnatale **sono raccomandati** per tutte le gravide.

PRIMO STADIO DEL TRAVAGLIO

5 DEFINIZIONE DELLE FASI DI LATENZA E DI TRAVAGLIO ATTIVO
L'adozione delle seguenti definizioni per fase di latenza e fase attiva del travaglio **sono raccomandate** nella pratica clinica.
a) La fase di latenza è un periodo caratterizzato da contrazioni uterine dolorose e modificazioni variabili del collo uterino che includono un certo grado di appianamento ed una lenta progressione della dilatazione fino ai 5 centimetri, sia per la primigravida che per la pluripara.
b) La fase attiva del travaglio è caratterizzata da contrazioni uterine dolorose e regolari, da un significativo appianamento cervicale e da una dilatazione del collo dell'utero più rapida e che va dai 5 centimetri alla dilatazione completa, sia per la primigravida che per la pluripara.

CLAUDIO CRESCINI
Vicepresidente Fondazione Confalonieri Ragonese

“

Negli ultimi anni l'intervento medico e le pratiche interventiste durante il travaglio e il parto sono **notevolmente aumentate con induzioni, accelerazioni e controllo stretto di un evento fisiologico con la finalità di migliorare i risultati**

6 DURATA DELLA PRIMA FASE DEL TRAVAGLIO
Le donne dovrebbero essere informate che la durata standard della fase di latenza non è definita e può notevolmente variare da una donna all'altra. Tuttavia la durata della fase attiva (dai 5 centimetri fino alla dilatazione completa) non supera generalmente le 12 ore nella primigravida e le 10 ore nella pluripara.

7 PROGRESSIONE DELLA PRIMA FASE DEL TRAVAGLIO
Per le gravide con inizio del travaglio spontaneo la progressione della dilatazione di 1 centimetro all'ora durante la fase attiva (linea di allerta del partogramma) non identifica correttamente le donne a rischio di esito negativo del parto e quindi **non è raccomandata** per questa finalità.

8 Una velocità della dilatazione di almeno 1 cm/ ora durante la fase attiva del travaglio è poco realistica e per certe donne troppo rapida e quindi **non è raccomandata** per definire la normalità di progressione del travaglio. La sola dilatazione cervicale ad una velocità inferiore a 1 cm/ ora non dovrebbe essere indicazione di routine per un intervento ostetrico.

9 Il travaglio può non accelerare spontaneamente prima che la dilatazione sia arrivata a 5 centimetri. Quindi gli interventi medici per accelerare il travaglio e il parto (ossitocina o taglio cesareo) prima dei 5 cm **non sono raccomandati** se le condizioni materne e fetali sono rassicuranti.

10 **RICOVERO IN SERVIZIO OSTETRICO**
Per le gravide in buona salute con insorgenza spontanea del travaglio una politica di attesa fino all'inizio della fase attiva prima del ricovero (ammissione in sala travaglio/parto) è **raccomandata solo** in un contesto di ricerca clinica.

11 **ESAME CLINICO DEL BACINO AL MOMENTO DEL RICOVERO**
Lo studio clinico della morfologia del bacino mediante esplorazione vaginale nelle donne in buona salute **non è raccomandato**.

12 **ESAME DI ROUTINE DELLE CONDIZIONI FETALI AL MOMENTO DEL RICOVERO**
La cardiocografia di routine **non è raccomandata** per valutare il benessere fetale nelle donne in buona salute con travaglio spontaneo.

13 L'auscultazione con un apparecchio ad ultrasuoni Doppler o con uno stetoscopio fetale di Pinard è **raccomandata** al momento del ricovero per la valutazione del benessere fetale.

14 **DEPILAZIONE**
La depilazione della vulva e del pube **non è raccomandata** per un parto vaginale.

15 **CLISTERE**
L'uso del clistere per ridurre il ricorso all'accelerazione del travaglio **non è raccomandato**.

16 **ESPLORAZIONE VAGINALE**
Una visita vaginale è **raccomandata** ogni 4 ore per valutare la fase attiva del primo stadio del travaglio nelle donne a basso rischio ostetrico.

17 **CARDIOTOCOGRAFIA IN CONTINUO DURANTE IL TRAVAGLIO**
La cardiocografia in continuo **non è raccomandata** per la valutazione del benessere fetale nelle donne gravide in buona salute durante un travaglio spontaneo.

18 **AUSCULTAZIONE INTERMITTENTE DELLA FREQUENZA CARDIACA FETALE IN TRAVAGLIO**
L'auscultazione intermittente della frequenza cardiaca del feto con un apparecchio ad ultrasuoni Doppler o uno stetoscopio di Pinard è **raccomandata** per le gravide in buona salute durante il travaglio.

19 **ANALGESIA PERIDURALE PER IL SOLLIEVO DAL DOLORE**
L'analgesia peridurale è **raccomandata** per le gravide in buona salute che chiedono un sollievo dal dolore durante il travaglio, in base alle richieste della donna.



20 **OPPIACEI PER IL SOLLIEVO DAL DOLORE**
Gli oppiacei parenterali come il Fentanyl, la diamorfina e la petidina sono opzioni **raccomandate** per le gravide in buona salute che richiedono un sollievo dal dolore durante il travaglio, in base alle richieste della donna.

21 **TECNICHE DI RILASSAMENTO PER IL CONTROLLO DEL DOLORE**
Le tecniche di rilassamento, incluso il rilassamento muscolare progressivo, la respirazione, la musica, gli esercizi di meditazione e altre tecniche **sono raccomandate** per le gravide in buona salute che chiedono un sollievo al dolore durante il travaglio, in base alle richieste della donna.

22 **TECNICHE MANUALI PER LA GESTIONE DEL DOLORE**
Le tecniche manuali come il massaggio o l'applicazione di compresse tiepide sono opzioni **raccomandate** per le gravide in buona salute che chiedono un sollievo al dolore durante il travaglio, in base alle richieste della donna.

23 **SOLLIEVO DAL DOLORE PER PREVENIRE IL TRAVAGLIO PROLUNGATO**
Il sollievo dal dolore per prevenire il travaglio prolungato e ridurre il ricorso all'accelerazione del travaglio **non è raccomandato**.

24 **ASSUNZIONE DI LIQUIDI E ALIMENTI PER VIA ORALE**
Nelle donne a basso rischio ostetrico l'assunzione di liquidi e alimenti durante il travaglio è **raccomandata**.

25 **MOBILITÀ MATERNA E POSIZIONI DURANTE IL TRAVAGLIO**
È **raccomandato** incoraggiare la mobilità e una posizione verticale durante il travaglio nelle donne a basso rischio ostetrico.

26 **LAVANDE VAGINALI**
Le lavande vaginali di routine con clorexidina in travaglio di parto per ridurre la morbidità infettiva **non sono raccomandate**.

27 **GESTIONE ATTIVA DEL TRAVAGLIO**
L'insieme di interventi per la gestione attiva del travaglio per impedire un suo prolungamento nel tempo **non è raccomandato**.

28 **AMNIOREXI DI ROUTINE**
Il ricorso all'amniorexi precoce per prevenire il prolungamento del travaglio **non è raccomandato**.

29 **AMNIOREXI E OSSITOCINA PRECOCI**
Il ricorso all'amniorexi precoce con una accelerazione precoce del travaglio con ossitocina per prevenire un prolungamento del travaglio **non è raccomandato**.

30 **OSSITOCINA NELLE DONNE CON ANALGESIA PERIDURALE**
La somministrazione di ossitocina per prevenire il prolungamento del travaglio nelle donne con analgesia peridurale **non è raccomandato**.

31 **ANTISPASTICI**
L'uso di antispastici per prevenire un allungamento del travaglio **non è raccomandato**.

32 **INFUSIONE ENDOVENOSA DI LIQUIDI PER PREVENIRE UN ALLUNGAMENTO DEI TEMPI DEL TRAVAGLIO**
L'uso di liquidi e.v. per accorciare la durata del travaglio **non è raccomandato**.

SECONDO STADIO DEL TRAVAGLIO

33 **DEFINIZIONE E DURATA DELLA SECONDA FASE DEL TRAVAGLIO**
L'adozione della definizione seguente e della durata della seconda fase del travaglio è **raccomandata** nella pratica clinica.
a) la seconda fase del travaglio è il periodo compreso tra la dilatazione completa del collo e la nascita del bambino, durante la quale la donna sente il bisogno involontario di spingere seguito dalle contrazioni espulsive
b) le donne dovrebbero essere informate che la durata della seconda fase varia da una donna all'altra. Durante il primo parto la durata del secondo stadio è generalmente inferiore a 3 ore mentre nei parti successivi è generalmente inferiore a 2 ore.

34 **POSIZIONE ALLA NASCITA (per le donne senza analgesia epidurale)**
Per le donne senza analgesia epidurale è **raccomandato** di incoraggiare ad assumere posizioni per il parto scelte dalla donna, comprese le posizioni verticali.

35 **POSIZIONE PER LE DONNE CON ANALGESIA PERIDURALE**
Per le donne con analgesia peridurale è **raccomandato** di incoraggiare ad assumere posizioni per il parto scelte dalla donna, comprese le posizioni verticali

36 **METODO DI SPINTA**
Le donne durante la fase espulsiva a termine della seconda fase del travaglio dovrebbero essere incoraggiate e sostenute a seguire il proprio impulso a spingere.

37 **METODO DI SPINTA (per le donne in analgesia peridurale)**
Per le donne in analgesia peridurale nella seconda fase del travaglio è **raccomandato** di ritardare le spinte per una o due ore dopo la dilatazione completa fino a quando la donna avverte di nuovo il bisogno di spingere in un ambiente in cui sono disponibili le risorse per gestire una durata prolungata del secondo stadio e l'ipossia fetale può essere correttamente riconosciuta e gestita.

38 **METODICHE DI PREVENZIONE DEL TRAUMA PERINEALE**
Per le donne nella seconda fase del travaglio le tecniche finalizzate a ridurre il trauma perineale e a facilitare la nascita spontanea (compresi il massaggio perineale, le compresse calde e la sorveglianza "manuale" - hands-on - del perineo) **sono raccomandate** in base alle richieste della donna e alle opzioni disponibili.

39 **INDICAZIONE ALL'EPISIOTOMIA**
L'episiotomia di routine o il suo largo utilizzo **non sono raccomandati** per le donne che hanno un parto spontaneo.

40 **MANOVRE DI KRISTELLER**
Le manovre di compressione addominale sul fondo uterino per facilitare il parto nella seconda fase del travaglio **non sono raccomandate**.

TERZO STADIO DEL TRAVAGLIO

41 La somministrazione di uterotonici per prevenire l'emorragia del post partum nella terza fase del travaglio è **raccomandata** in tutti i parti.

42 L'ossitocina (10 unità intramuscolo o endovena) è il farmaco **raccomandato** per la prevenzione dell'emorragia post partum

43 Nei luoghi in cui l'ossitocina non è disponibile è **raccomandato** l'impiego di altri uterotonici iniettabili (ergometrina, metilergometrina) o di misoprostolo per bocca (600 mg).

44 **CLAMPAGGIO TARDIVO DEL CORDONE OMBELICALE**
Il clampaggio tardivo del cordone ombelicale (non prima di un minuto dalla nascita) è **raccomandato** per il benessere della mamma e del neonato

45 **TRAZIONE CONTROLLATA DEL CORDONE OMBELICALE**
Nei luoghi dove è presente personale di assistenza qualificato la trazione controllata del cordone è **raccomandata** nei parti in cui si ritiene importante una riduzione anche se lieve della perdita ematica e della durata del terzo stadio.

46 **MASSAGGIO UTERINO**
Il massaggio uterino energico **non è raccomandato** come procedura finalizzata a prevenire una emorragia post partum nelle donne che hanno ricevuto una profilassi con ossitocina.

CURE AL NEONATO

47 **ASPIRAZIONE NASALE O ORALE DI ROUTINE DEL NEONATO**
Per il neonato che respira spontaneamente ed in presenza di liquido amniotico chiaro l'aspirazione della bocca o del naso **non deve** essere eseguita.

48 **CONTATTO PELLE A PELLE**
I neonati senza complicanze dovrebbero essere tenuti con un contatto pelle a pelle con la mamma durante le prime ore dalla nascita per prevenire l'ipotermia e promuovere l'allattamento.

49 **ALLATTAMENTO**
Tutti i neonati, compresi quelli di basso peso che sono in grado di essere allattati, devono essere attaccati al seno il più presto possibile dopo la nascita quando sono clinicamente stabili e quando la mamma e il bambino sono pronti.

“ Molte di queste raccomandazioni in numerosi punti nascita italiani sono pratica corrente, qualcuna è in via di applicazione altre sono oggetto di valutazione in merito alla loro reale conformità ai bisogni e alle richieste della popolazione ostetrica italiana **”**

50 **PROFILASSI DELLA MALATTIA EMORRAGICA CON VITAMINA K**
Tutti i neonati dovrebbero ricevere 1 milligrammo di vitamina K per via intramuscolare alla nascita (dopo la prima ora durante la quale il neonato dovrebbe essere in contatto pelle a pelle con la mamma e l'allattamento dovrebbe essere iniziato).

51 **BAGNO E ALTRE CURE IMMEDIATE AL NEONATO**
Il bagno dovrebbe essere rinviato di almeno 24 ore dopo la nascita. Se questo non è possibile per motivi culturali si dovrebbe attendere almeno 6 ore. Si raccomanda di coprire il neonato in modo adeguato in funzione della temperatura ambientale. Questo significa uno o due strati di abiti più dell'adulto e anche un berretto. Madre e bambino non dovrebbero essere separati e dovrebbero rimanere nello stesso ambiente 24 ore su 24.

CURE ALLA DONNA DOPO IL PARTO

52 **SORVEGLIANZA DELLA CONTRATTURA UTERINA**
La sorveglianza del tono o contrattura uterina nel post partum per riconoscere precocemente una atonia uterina è **raccomandata** per tutte le donne.

53 **ANTIBIOTICI NEL PARTO SENZA COMPLICANZE**
La somministrazione profilattica di routine di antibiotici nel parto vaginale senza complicanze **non è raccomandata**.

54 **ANTIBIOTICI PROFILLATICI DI ROUTINE PER L'EPISIOTOMIA**
L'antibioticoterapia profilattica di routine in tutte le donne che hanno avuto una episiotomia **non è raccomandata**.

55 **SORVEGLIANZA MATERNA NEL POST PARTUM**
Tutte le donne nel post partum dovrebbero avere un controllo di routine periodico della perdita ematica vaginale, della contrattura uterina, dell'altezza del fondo uterino, della temperatura corporea e della frequenza cardiaca nelle prime 24 ore dal parto. La pressione arteriosa dovrebbe essere misurata poco dopo il parto e se è normale andrebbe ricontrollata nelle successive sei ore. Si dovrebbe controllare il residuo post minzionale entro sei ore dal parto.

56 **DIMISSIONE DALL'OSPEDALE DOPO UN PARTO SPONTANEO**
Dopo un parto senza complicanze in una struttura sanitaria la madre in buona salute e il neonato dovrebbero essere assistiti nella struttura per almeno 24 ore dopo il parto.



Ginecologia e ostetricia umanizzata al Veneziale di Isernia

Favorire la capacità di resilienza: il punto nascita viene salvato dal personale sanitario in sinergia con le donne del territorio

È DA CIRCA UN ANNO E MEZZO che il nostro reparto, con l'impegno costante di medici, ostetriche e di tutti gli operatori sanitari, sta cercando di attuare innovazioni al fine di assicurare un servizio efficiente e di qualità. Utilizzare le risorse a disposizione convogliandole nelle aree di reale necessità, facendo fronte al progressivo depauperamento del personale sanitario, in parte dovuto a turnover per sopraggiunta anzianità di servizio e in parte per cambi di mansioni e/o mobilità. Essere sempre attenti all'appropriatezza dei ricoveri, mettere a punto procedure e protocolli assistenziali, previa ricerca e studio delle linee guida, definire modalità e timing più accurato del parto in rapporto alle condizioni di patologia, una buona gestione delle induzioni al travaglio di parto con un corretto ricorso al taglio cesareo, hanno posto in essere modalità assistenziali che hanno ridotto notevolmente l'approccio medicalizzato non necessario del percorso nascita, implementando sempre di più l'informazione, l'accoglienza e l'umanizzazione del reparto. È stata posta particolare attenzione a promuovere interventi volti alla protezione della gravidanza garantendo un'assistenza di base qualificata basata sulla promozione della fisiologia, mantenendo uno stato di attenzione e vigilanza per prevenire il rischio o individuarlo precocemente. Ciò si traduce, molto spesso, in un rapporto assistenziale di 1:1. Un percorso che valorizzi la naturalità dovrà sempre garantire i requisiti di sicurezza nel rispetto delle evidenze scientifiche esistenti in materia.

Altro punto di forza della nostra Unità Operativa, nelle sue varie espressioni, è l'aver individuato, rafforzato e assecondato il desiderio della donna di voler essere sostenuta a vivere liberamente

l'esperienza della propria gravidanza, dell'evento nascita e della genitorialità in stretto legame con il territorio di residenza e con la sua cultura, ciò in un contesto generale locale in cui la sanità pubblica ogni giorno viene mutilata di presidi e servizi necessari e molto spesso quando sono in piena efficienza.

Aumentare la capacità di resilienza delle neo mamme, garantendo a tutte le donne la continuità dell'assistenza con l'integrazione tra ospedale e territorio, rafforzando la collaborazione del Reparto di Ostetricia e Ginecologia del Veneziale con le sedi istituzionali di cura territoriali, ha aumentato il livello di fiducia delle donne verso il nostro punto nascita. Ciò di fatto si traduce in un'attiva collaborazione con i consultori familiari pubblici e con le associazioni di volontariato e, a tal proposito, va menzionato che sul nostro territorio opera da circa undici anni il Consultorio Familiare "Il Girasole" della Confederazione Nazionale dei Consultori Familiari di Ispirazione Cristiana, a valenza diocesana, un vero e proprio centro di supporto alla persona singola e alla famiglia, ad im-



ANGELA SCUNGIO
Dirigente Medico UOS
Ost/Gin "F. Veneziale"
Isernia
Segretaria Provinciale
Aogoi

“Abbiamo individuato, rafforzato e assecondato il desiderio della donna di voler essere sostenuta a vivere liberamente l'esperienza della propria gravidanza, dell'evento nascita e della genitorialità in stretto legame con il territorio di residenza e con la sua cultura

stazione multidisciplinare, in cui vengono erogate consulenze professionali totalmente gratuite (di tipo sanitario, psicologico, legale, consulenza etica, consulenza alla coppia, mediazione familiare, consulenza finanziaria) e che si completa con un'azione educativa svolta sul territorio diocesano mediante iniziative culturali di prevenzione, informazione e formazione, in ordine alla salute globale, al benessere della persona, della coppia e della famiglia, a dilemmi etici e morali (scuole, associazioni, parrocchie).

Il punto nascita di Isernia collabora, se necessario, con i servizi della salute mentale per la diagnosi, cura ed assistenza della sindrome depressiva post-partum, inoltre attua dimissione protetta nei casi di neomamme sole, straniere e donne che versano in particolari condizioni di povertà e abbandono. A tutt'oggi si può affermare che il punto nascita di Isernia nel 2018 ha superato i punti di debolezza, rafforzando i punti di forza, raggiungendo livelli di performance significativi in termini di:

- **Raggiungimento e superamento del numero di 500 parti.**
- **Contenimento del tasso dei Tagli cesarei**, come previsto dall'Accordo Stato-Regioni "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", in cui si definisce un Programma nazionale, articolato in 10 linee di azione, 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 (16/12/2010). A tal proposito va sottolineato il notevole risultato raggiunto nell'anno 2018 con il **10% dei tagli cesarei al 1° figlio e il 20% sui pregressi**, presentazioni anomale e quelli praticati in emergenza /urgenza.
- **Umanizzazione del percorso nascita** ("comforts" e posizioni libere per travaglio e parto, "skin to skin", clampaggio ritardato del cordone, effettuato per lo più dal papà presente in sala parto; donazione del sangue cordonale, "rooming in", protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno con divieto assoluto di latte artificiale, se non in casi selezionati dal pediatra).
- **Facilitazione di accesso delle pazienti ai servizi ambulatoriali** (ambulatorio autogestito, servizio autogestito di ecografia ostetrica di I e II livello, cardiocografia e valutazione ecografica del liquido amniotico (AFI), possibilità di supporto del personale dopo la dimissione della puerpera).
- **Implementazione del rapporto con il territorio della provincia di Isernia e aree di confine delle altre regioni.**
- **A questo va aggiunta l'intensa attività ginecologica sia come diagnostica ecografica ed endoscopica che come attività chirurgica, con liste di attesa trasparenti.**

La *resilienza*, termine mutuato dall'ingegneria meccanica e applicato anche in psicologia, è la caratteristica che ognuno di noi ha, grazie alla quale siamo in grado di vivere situazioni di difficoltà, affrontarle, superarle riuscendo a crescere sempre di più, attingendo a nuove risorse, facendo dei punti di debolezza dei punti di forza. La resilienza è la strategia con cui il personale sanitario e le donne del territorio hanno salvato il punto nascita di Isernia, trasformando elementi di debolezza e criticità stabilizzandosi negli anni in slanci culturali ed emotivi volti all'empowerment.

I dirigenti medici del punto nascita di Isernia sono tutti soci Aogoi e ringraziano l'associazione, grande comunità scientifica, per l'affiancamento che è stato sempre loro manifestato nella persona della Presidente **Elsa Viora** e del Segretario Nazionale **Antonio Chiantera**.

MEDAGLIA D'ORO DELLA WAS A ROMANO FORLEO

di Carlo Sbiroli

L'INTERVISTA

IL LUOGO E L'ORA DELL'INCONTRO li ha scelti lui: un bar all'angolo di piazza dell'Immacolata nel quartiere San Lorenzo a Roma, vicino alla facoltà di Psicologia. La scelta è stata più che condivisa perché mi ha permesso, anticipando di un'ora l'appuntamento, di assistere alla consegna della medaglia d'oro al professore Romano Forleo. La cerimonia è avvenuta nell'aula magna dell'Istituto di Psicologia dell'Università "La Sapienza" di Roma dove si stava svolgendo il 3° Congresso Internazionale di Sessuologia Medica, organizzato dalla professoressa Chiara Simonelli. Nel corso della mattinata un'intera sessione della manifestazione è stata dedicata alla celebrazione del quarantennale della Associazione Mondiale per la Salute Sessuale, la World Association for Sexual Health (WAS), fondata a Roma nel 1978 durante il 3° Congresso Mondiale di Sessuologia e il cui primo presidente fu appunto Forleo.

La medaglia gli è stata consegnata dall'attuale presidente della Was, Pedro Nobre, con la seguente motivazione: "per il suo impegno nello sviluppo della sessuologia e per aver sottolineato l'aspetto interdisciplinare di questa scienza". Erano presenti anche Fernando Blanco, past-president della WAS e Alain Giami, coordinatore della commissione scientifica.

Professore Forleo, alcuni giorni fa ha compiuto 85 anni. Solo un mese fa è diventato bisnonno. Questa mattina ha ricevuto la prestigiosa medaglia d'oro dalla WAS. Quali pensieri affollano la sua mente?

Alla mia età la mente si nutre soprattutto di ricordi. Questa mattina l'indirizzo di saluto del prof. Nobre e le motivazioni dell'assegnazione della medaglia d'oro alla mia persona mi hanno fatto tornare alla memoria gli sforzi compiuti negli anni per mantenere la sessuologia nel solco della interdisciplinarietà e per affermare che questa scienza non doveva essere limitata agli aspetti meramente clinici o al solo insegnamento accademico. Ho ripensato anche al grande impegno speso, soprattutto alla fine degli anni '70 (quando ero presidente), per accelerare l'internazionalizzazione della WAS. È affiorato anche un po' di rammarico perché l'età e il mio impegno con mia moglie Giulia e il suo Alzheimer limitano la mia partecipazione a congressi e quindi allo scambio di idee e alla discussione sulle varie tematiche di questa scienza che quasi ogni giorno presenta tematiche nuove e accattivanti.

Quanto ha influito lo studio della sessuologia sulla sua professione di ginecologo?

Se non si prestasse a facili battute, direi che la sessuologia ha così profondamente impregnato la mia professione da contribuire in modo rilevante al mio concreto impegno di "umanizzare" la ginecologia. La sessuologia è stata per me argomento di ricerca, di riflessione bioetica, di insegnamento universitario, di pedagogia dell'età evolutiva e forse anche di ispirazione dei miei romanzi, a iniziare da "L'altro amore".

Nonostante questo suo interessamento per la sessuologia, nella realtà non si è mai interessato di terapie dei disturbi sessuali. Perché?

Come dicevo prima, la "sessuologia" è una scienza

interdisciplinare che esige competenze specifiche. Non esiste il "sessuologo". Esiste chi coglie l'importanza di approfondire gli aspetti della pulsione sessuale come strumento per vivere meglio nei suoi aspetti non solo ludici, ma anche in quelli unitivi e creativi. D'altra parte già i greci con i termini "eros, filia, agape", racchiusi poi nella parola latina *amor*, precisavano che il fine della sessualità non è solo la "riproduzione" e le sue manipolazioni tecniche, ma soprattutto la spinta dal "desiderio" verso una concreta fusione: il filosofo Vito Mancuso sostiene che il desiderio è la "molla della vita".

Ritiene che lo studio della sessuologia nelle scuole di specializzazione in ostetricia e ginecologia possa contribuire a una crescita culturale della specializzazione?

La medicina, pur avendo in parte superato la divisione illuminista fra scienze umane e scienze sperimentali, corre ancora il rischio di trasformare il "medicus et philosophus" in tecnico. Infatti spesso nella prassi si continua a distinguere le neuroscienze in biologia e psicologia, considerandole due ambiti diversi di studio che necessitano di un differente impegno scientifico e professionale, rendendo ad oggi ancor difficile quello storico passaggio tra medicina di organo e medicina della persona, che include gli aspetti intrapsichici e relazionali.

Il "pensiero positivo" (ossia l'ottimismo, la fiducia in sé stessi e la propensione ad essere felici) non sempre è presente nella professione medica. La famosa domanda: "hai chiesto alla tua paziente se è felice?", che anni fa ci ricordava la più importante rivista americana di ostetricia, sembra non essere ancora entrata nella prassi medica. Non basta infatti curare solo la malattia o assistere in maniera asettica al parto. È importante anche aiutare i nostri pazienti a essere felici. Questo esige cultura e competenza. Ed è un paradosso che la parola "felicità" sia comparsa in economia, ma non è ancora presente nell'attuale politica sanitaria. Credo che la sessuologia possa aiutare a farla diventare prassi anche in medicina.

Voglio rispondere però in modo più preciso alla domanda che mi ha posto. Sono convinto che lo studio della sessuologia possa senz'altro aiutare noi ginecologi nella nostra professione. Siamo i più titolati, perché siamo medici di genere al servizio della donna dalla nascita alla vecchiaia, per cui dobbiamo essere sapienti consiglieri nelle varie fasi della sua vita.

Lei ha dedicato una gran parte della sua vita al servizio educativo nello scoutismo, in particolare nella branca cattolica di questo movimento mondiale. Si è mai trovato in difficoltà con le severe concezioni della tradizione della Chiesa nel settore della sessualità?

Il discorso da fare sarebbe lungo ma sintetizzando si potrebbe dire che purtroppo pesano sull'etica cattolica due elementi importanti. Da una parte, la rigidità della filosofia greco-romana (basti pensare che Augusto mandò in esilio Ovidio per aver scritto l'*Ars Amatoria* e ai tempi dei romani le donne infedeli venivano lapidate), dall'altra, la visione negativa del peccato originale e l'idea che il male sia

Lo studio della sessuologia può aiutare i ginecologi nella loro professione. È una scienza interdisciplinare che esige però competenze specifiche

connaturato con l'umanità e che venga trasmesso attraverso l'atto sessuale: questo portò a considerare meno perfetto il matrimonio rispetto allo stato monacale. Oggi la Chiesa vede nel matrimonio l'impegno a trasformare la pulsione sessuale, Eros (io ti voglio per me), in Agape (io vivo per te per sempre). L'amore coniugale diventa strumento dell'amore del prossimo, inteso come concreto voler bene agli altri. Lo scoutismo è una scuola di libertà, alimentata dall'avventura (ad-ventura) e dal giuoco. Aiuta a prendere in mano la propria vita con gli altri e per gli altri. Non contraddice la valorizzazione degli aspetti sessuali della vita.

Da tempo ha abbandonato la professione. È socio onorario dell'Aogoi e della Sigo. Mostra ancora interesse per la biologia e soprattutto per gli aspetti psicologici della persona umana. Lei crede che la quarta età possa svolgere un ruolo nella medicina e nella società?

Dico scherzando che il mio interesse scientifico è più nella storia che nel sesso. La curiosità di vedere come il mondo evolve e quale ruolo va assumendo la ginecologia è tale che mi fa ancora esplorare il mondo della coppia. Lotto in favore dei diritti e doveri nel campo della sessualità, come spettatore più che come "capo che detta nuove strade". Sono convinto che "i vecchi" non devono comandare, cercare presidenze o dispensare consigli. Devono mantenere la capacità di meravigliarsi. Vedere con concreto ottimismo ciò che c'è di buono nel mondo. Accettare il diverso da sé conservando, forse ancora con un po' d'illusione, la capacità di "profezia". E come sostiene il grande psicologo Hillman "il tramonto fa vedere cose che il mattino neppure immagina...".

“

La sessuologia ha così profondamente impregnato la mia professione da contribuire in modo rilevante al mio concreto impegno di 'umanizzare' la ginecologia



a cura di SONIA GALLO *, ALESSIO SGRELLI ** e MAURIZIO SILVESTRI ***°

*Dirigente medico Responsabile servizio vaccinazioni Spoleto

**Dirigente medico Uoc Medicina Ospedale San Matteo degli Infermi di Spoleto

***Dirigente medico Uoc ostetricia e ginecologia Ospedale San Matteo degli Infermi di Spoleto

° Consiglio Direttivo Aogoi



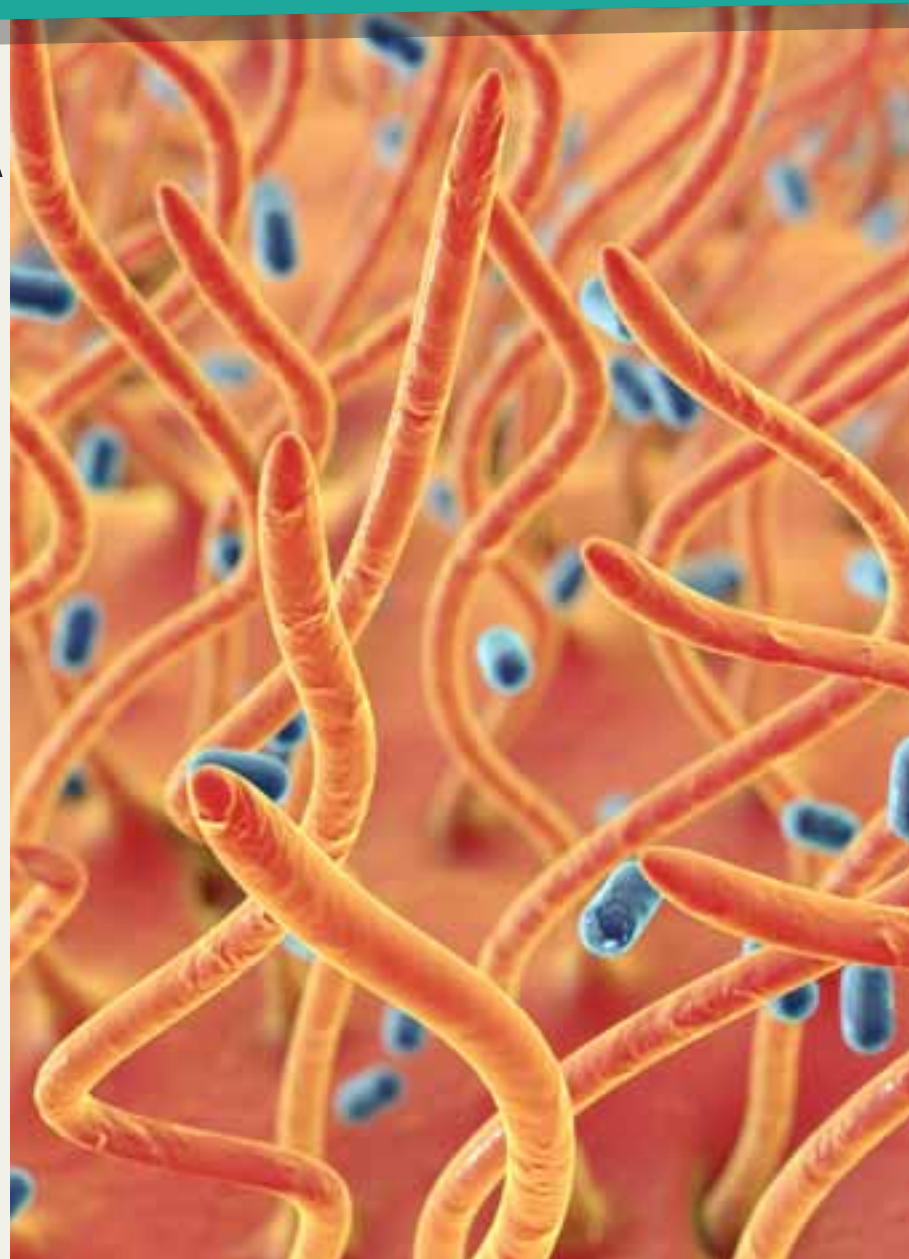
LA PERTOSSE

UN GRANDE PROBLEMA PER I PIÙ PICCOLI CHE POSSIAMO PREVENIRE IN GRAVIDANZA

In Italia la pertosse costituisce un rilevante problema di sanità pubblica, trattandosi di una malattia contagiosa e molto grave nel bambino piccolo.

Oltre il 95% dei neonati che contrae la pertosse richiede l'ospedalizzazione!

Per questo è importante che il ginecologo cominci ad informare le gestanti di questa opportunità di salute per il nascituro e le invii ai Centri Vaccinali dove potranno ricevere tutte le informazioni aggiuntive e sciogliere gli eventuali dubbi in merito alla vaccinazione in gravidanza.



Introduzione

La pertosse è una malattia infettiva altamente contagiosa, causata dal batterio *Bordetella pertussis*, che si verifica soprattutto nei bambini e negli adolescenti. Grazie alle pratiche vaccinali e assistenziali si è ridotto notevolmente il suo livello di letalità ma rimane una patologia pericolosa e spesso letale soprattutto durante il primo anno di vita. In Italia più della metà dei ricoveri per pertosse si verifica sotto l'anno di vita, soprattutto nel primo semestre.

Per questo anche nel nostro Paese viene raccomandata dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-19 (PNPV) emanato dal Ministero della Salute la vaccinazione delle donne nell'ultimo trimestre di gravidanza affinché attraverso il passaggio di anticorpi venga protetto il lattante ancora non vaccinato. Le strategie per proteggere i neonati e ridurre il rischio di pertosse nel primo anno di vita sono rappresentate da: immunizzazione materna con vaccino somministrato durante la gravidanza, immunizzazione pediatrica con vaccinazione secondo Calendario e la strategia complementare di vaccinazione dei principali contatti del neonato fino alla sua vaccinazione, ovvero il "Cocooning".

Epidemiologia

La pertosse costituisce un rilevante problema di sanità pubblica per la mancata persistenza della protezione immunitaria nel lungo termine e la severità del quadro clinico nei neonati non vaccinati o vaccinati in modo incompleto.

Dati statunitensi riportano un progressivo aumento dell'incidenza della Pertosse negli anni successivi al 2005, in particolare nei bambini al di sotto dei 10 anni. Preoccupanti sono i picchi di incidenza nei lattanti che si attestano attorno a 130/100.000 nel 2015. Anche in Europa è stato osservato un analogo incremento, con l'incidenza che nella popolazione generale è passata da 4.4/100.000 nel 2010 a 9.3/100.000 nel 2014, con picchi di 50/100.000 nei bambini di età inferiore a 1 anno.

Le cause del fenomeno potrebbero essere dovute a: disponibilità di test diagnostici più sensibili e maggior consapevolezza della malattia da parte dei professionisti; inadeguatezza dei piani vaccinali; scarsa adesione della popolazione; ridotta risposta immunitaria indotta dal vaccino acellulare rispetto al vaccino intero ed evoluzione di ceppi circolanti in grado di evadere l'immunità indotta dal vaccino.

In Italia mancano dati epidemiologici precisi, a causa di una non ottimale sorveglianza da parte degli operatori sanitari e frequenti sotto-diagnosi e/o sotto-notifica. Questo contribuisce alla scarsa percezione della diffusione della pertosse nel nostro paese da parte degli operatori sanitari, dei pediatri di famiglia e dei medici di medicina generale.

I dati disponibili indicano che tra i ricoveri per pertosse la maggior parte è rappresentata da bambini sotto l'anno di vita. In un lavoro italiano, sono stati analizzati 7.102 ricoveri per pertosse (diagnosi principale) nel periodo 2001-2014 per tutte le fasce d'età; tra questi, il 63,6% dei ricoveri si è riscontrato in pazienti <1 anno (tasso ospedalizzazione = 59/100.000).

Inoltre le rilevazioni recentemente condotte dall'Istituto Superiore di Sanità (Iss) hanno confermato come la pertosse sia molto diffusa anche nella popolazione adulta. Uno studio di sieroprevalenza ha confrontato le percentuali di soggetti adulti con infezione recente rilevate negli anni 1996-97 con quelle degli anni 2012-13. La maggiore prevalenza di soggetti con "pertosse recente" si è riscontrata nella fascia di età 20-29 anni, tuttavia risulta di particolare interesse l'incremento di soggetti recentemente esposti alla malattia nella fascia di età > 60 anni, dove si è passati dal 18,6% degli anni precedenti al 38,8% ($p < 0,0001$) del periodo 2012-13. **La conclusione degli Autori dell'Iss è che *B. pertussis* circola ampiamente nella popolazione italiana e gli stessi raccomandano di aumentare le coperture vaccinali anche nell'adulto, in linea con quanto già indicato dal PNPV.**

Una delle principali cause di tale diffusione è da ricercarsi con molta probabilità nelle non ottimali coperture vaccinali. Infatti, se pure dal 2002 al 2013 ci si è attestati su coperture vaccinali per pertosse superiori al 95% a 24 mesi di vita (dati sito web Ministero Salute), lo stesso non può dirsi per le coperture in età prescolare e nell'adolescente, per le quali manca oltretutto un osservatorio nazionale.

La riduzione progressiva delle coperture vaccinali al crescere dell'età della popolazione non può che favorire la circolazione di *B. pertussis* e l'incremento dei casi di pertosse.

Clinica della pertosse

Nel tempo questa malattia ha avuto diverse definizioni: tosse convulsa per le convulsioni che possono aversi a seguito delle complicanze neurologiche (encefalopatia pertossica), tosse canina per l'inspirazione profonda rumorosa, sibilante che segue i 5-10 colpi di tosse (paragonata anche al canto del gallo), tosse dei 100 giorni poiché la tosse può persistere per 10 settimane o più.

La pertosse è un'infezione ubiquitaria con riacutizzazioni epidemiche prevalentemente in inverno e primavera che hanno una ciclicità di 3-5 anni. Si verifica solo negli esseri umani e i serbatoi sono prevalentemente persone asintomatiche. È causata da un batterio denominato *Bordetella pertussis*, un coccobacillo gram-negativo immobile ed asporigeno.

Il contagio avviene per via di goccioline di saliva da soggetto infetto (spesso adulto con sintomatologia paucisintomatica) e, vista la scarsa resistenza del batterio all'ambiente esterno, solo per via diretta. La contagiosità va dalla fine dell'incubazione alla III-IV settimana di malattia. L'incubazione dura fino a 3 settimane ma in genere è di circa 10 giorni.

All'inizio i **sintomi** sono quelli di un'infezione non specifica delle alte vie respiratorie che poi progrediscono in tosse parossistica spasmodica che terminano in una inspirazione prolungata. **Clinicamente ci sono 3 fasi della malattia** della durata ognuna di 2 settimane circa: stadio catarrale, parossistico e di convalescenza. Lo stadio catarrale è clinicamente simile ad una forma influenzale (febbre e tosse) ma molto contagioso. La fase successiva, quella parossistica, è caratterizzata da accessi di tosse spasmodica inizialmente catarrale e poi secca con inspirazione rumorosa a glottide

“

La riduzione progressiva delle coperture vaccinali al crescere dell'età della popolazione non può che favorire la circolazione di *B. pertussis* e l'incremento dei casi di pertosse.

Il batterio
Bordetella pertussis

chiusa e forte sofferenza del paziente. Tali episodi si possono presentare fino a 40 volte\die. Il periodo di convalescenza è caratterizzato dalla progressiva scomparsa della sintomatologia che può necessitare anche di mesi. La tosse parossistica può essere grave e protratta ed è la causa principale della morbidità associata a tale infezione ed è probabilmente dovuta ad un danno citopatico a carico delle cellule ciliate delle vie respiratorie. La sua risoluzione richiede la spontanea riepitelizzazione dell'endotelio, che può richiedere molte settimane.

Nelle donne in gravidanza, a differenza dei bambini e adolescenti, i sintomi della pertosse si presentano più sfumati e nelle prime settimane dopo il contagio viene scambiata per una semplice bronchite. Particolare è l'astenia che l'accompagna.

Se la gestante contrae l'infezione in prossimità del parto, trasmetterà con le goccioline di saliva *B. pertussis* al neonato con un elevato rischio che questo si ammali e vada incontro alle complicanze. **Oltre il 95% dei neonati che contrae la pertosse richiede l'ospedalizzazione.** Le complicanze più gravi sono: otiti, polmoniti, bronchiti, emorragie congiuntivali, del naso e sub-durali, con conseguenti danni neurologici (crisi convulsive, encefaliti).

L'infezione è particolarmente grave nel primo anno (le forme del lattante presentano una letalità pari al 25%) *e nel secondo anno di vita* (con una letalità del 10%). La causa principale di morte è la polmonite o la sofferenza cerebrale causata dall'ipossia.

Trattamento della pertosse

Al momento in letteratura ci siano dati limitati sulla reale efficacia della terapia per la pertosse. Sembra che la maggior parte delle persone guarisca spontaneamente senza trattamento antibiotico entro sei settimane. Una terapia antibiotica durante la fase catarrale, ovvero quella precoce, può tuttavia ridurre la durata e la gravità della tosse. Una terapia tardiva probabilmente non influisce sul decorso dei sintomi ma può essere utile per ridurre la diffusione dell'infezione.

La terapia antibiotica è probabilmente da ritenersi giustificata se intrapresa entro tre settimane dall'insorgenza della tosse mentre, in coloro che presentano tosse persistente da tre a sei settimane, il trattamento antibiotico non riduce la durata o la gravità della sintomatologia ma potrebbe ridurre la probabilità di trasmissione dell'infezione. I macrolidi, specialmente l'azitromicina e la claritromicina, concorrono all'eradicazione del batterio dal nasofaringe. Non esiste una terapia efficace comprovata per il trattamento sintomatico della tosse grave. Gli antistaminici, gli agonisti del recettore beta2 o le immunoglobuline della pertosse possono essere utilizzati per la gestione di tale complicanza benché la letteratura non provi la loro efficacia. Non ci sono particolari rischi materni e fetali. **È bene attuare la terapia antibiotica come sopra riportato ed assumere sedativi della tosse poiché i forti attacchi tussigeni potrebbero provocare distacchi placentari.**

Contesto della vaccinazione in Italia

Il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-19 (PNPV), che comprende il Calendario nazionale delle vaccinazioni ormai in vigore da un anno, ha introdotto diverse novità tra cui il richiamo difterite-tetano-pertosse (dTpa) per le gestanti da eseguire ad ogni gravidanza, confermando sempre nelle gestanti la vaccinazione anti-influenzale.

Allo scopo di favorire la più ampia offerta vaccinale prevista dal nuovo Calendario, sul territorio nazionale, a garanzia di omogeneità, equità e sostenibilità nel tempo, tutte le vaccinazioni incluse nel Calendario nazionale sono state inserite tra i nuovi Lea e la legge 11 dicembre 2016, n. 232, ha definito un finanziamento ad hoc per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei vaccini ricompresi nel PNPV. Come stabilito dal Ministero della Salute, i medici hanno l'obbligo di attenersi al codice deontologico e, per quelli dipendenti da pubbliche amministrazioni, di rispettare i termini del contratto stipulato con le strutture del servizio sanitario. **Ne consegue che hanno l'obbligo di promuovere attivamente le vaccinazioni inserite nel Calendario vaccinale nazionale approvato dal Ministero della Salute.** Hanno, altresì, l'obbligo di informare correttamente i genitori su rischi e benefici della vaccinazione e della mancata vaccinazione, sulla base delle evidenze scientifiche e attenendosi alle indicazioni emanate a livello nazionale, promuovendo la cultura vaccinale nelle famiglie e nei soggetti candidati alla vaccinazione.

Recentemente, **la Circolare ministeriale del 7 agosto 2018 ha richiamato alcuni punti sulle vaccinazioni della donna in età fertile.** In particolare la Circolare ribadisce che: "Di grande rilievo è la vaccinazione dTpa durante ogni gravidanza, anche se la donna in gravidanza sia già stata vaccinata o sia in regola con i richiami decennali o abbia contratto la pertosse".



“

La Circolare ministeriale del 7 agosto 2018, che ha richiamato alcuni punti sulle vaccinazioni della donna in età fertile, ribadisce in particolare che la vaccinazione dTpa durante ogni gravidanza è “di grande rilievo”. Trattandosi di Raccomandazioni ministeriali potremmo un domani essere chiamati a spiegare, soprattutto in caso di pertosse nel neonato, perchè abbiamo omesso tale informazione

La vaccinazione contro la per

Come riportano il PNPV e la Circolare ministeriale, la pertosse contratta nei primi mesi di vita può essere molto grave o persino mortale, la fonte di infezione è frequentemente la madre, e la protezione conferita passivamente da madri infettate dal bacillo della pertosse o vaccinate molti anni prima è labile e incostante.

Per tali motivi, **vaccinare la madre nelle ultime settimane di gravidanza consente il trasferimento passivo di anticorpi in grado di proteggere il neonato fino allo sviluppo di una protezione attiva attraverso la vaccinazione del bambino.**

Il periodo raccomandato per effettuare la vaccinazione **è il terzo trimestre di gravidanza**, idealmente intorno alla 28a settimana, al fine di consentire alla gestante la produzione di anticorpi sufficienti e il conseguente passaggio transplacentare. In considerazione del fatto che gli anticorpi anti-pertosse si riducono progressivamente con il trascorrere del tempo, è raccomandato effettuare la vaccinazione dTpa ad ogni gravidanza: questo potrà garantire il passaggio di un alto livello di IgG ad ogni nascituro. Il vaccino dTpa si è dimostrato sicuro sia per la donna in gravidanza sia per il feto. Il razionale su cui si basa la scelta di tale periodo è basato sul presupposto che la concentrazione degli anticorpi specifici inizia ad aumentare circa 2 settimane dopo l'immunizzazione materna, così da rendere ottimale la quota di IgG specifiche che passano la placenta e saranno presenti alla nascita dei nati a termine. Tale quota

non sarà sempre raggiunta nei nati pretermine. La prima dose del vaccino è somministrata all'età di tre mesi quindi i neonati saranno privi di protezione almeno fino a quel momento. Vaccinarli alla nascita non è da considerare una opzione applicabile e valida poiché il sistema immunitario, per almeno i primi 2 mesi, non è in grado di produrre adeguate quantità di anticorpi. È proprio nel primo trimestre di vita del lattante che si concentrano la maggior parte dei ricoveri ospedalieri per complicanze da pertosse che risultano particolarmente pericolose ed il maggiore tasso di mortalità. **La vaccinazione antipertosse dovrà essere effettuata ad ogni gravidanza** poiché gli anticorpi così prodotti vanno incontro ad un rapido declino quindi l'immunità diminuisce nel tempo e non risulta proteggente dopo circa 5-10 anni. Di conseguenza sia le donne vaccinate prima della gravidanza che quelle vaccinate in una precedente gravidanza (anche se molto ravvicinata) non garantiscono alti ed adeguati livelli anticorpali efficaci per la protezione passiva nel neonato. Nei casi in cui l'immunizzazione materna per pertosse non sia

Diagnosi di laboratorio

Un dato diagnostico aspecifico è la presenza di una leucocitosi con linfocitosi assoluta, la diagnosi eziologica richiede indagini diverse in base al tempo trascorso dall'insorgenza della tosse. Nelle prime 2 settimane si basa sulla ricerca e isolamento di *B. pertussis* su campioni nasofaringei; fino a 4 settimane si può effettuare la ricerca molecolare mediante PCR; nei periodi successivi è indicata la ricerca sierologica di anticorpi contro la tossina pertussica.



tosse in gravidanza

avvenuta in gravidanza, la puerpera potrà essere vaccinata subito dopo il parto.

Nel 1906 Jules Bordet e Octave Gengou, che scoprirono l'agente etiologico, svilupparono anche il primo vaccino. Inizialmente costituito da vaccino cellulare intero (wP) che negli anni '40 venne combinato al vaccino di tetano e difterite (dTWP) e successivamente sostituito con vaccino acellulare (aP) mantenendolo combinato con quello anti-tetanica e anti-difterica (dTAP). Per la vaccinazione dell'adulto e della gestante si usano vaccini difterite-tetano-pertosse a contenuto antigenico ridotto (rispetto a quello pediatrico) indicati con la sigla dTpa.

La sicurezza del vaccino in gravidanza è stata valutata in numerosi studi. Non è stato registrato un aumento statisticamente significativo di morti endouterine, prematurità, basso peso alla nascita o altre complicanze materno-fetali. La Autorità regolatorie richiedono che l'efficacia e la sicurezza dei vaccini somministrati in gravidanza siano ampiamente documentate prima di inserire dati ed informazioni specifiche nelle Schede tecniche. **Ad oggi in Italia soltanto la scheda tecnica del vaccino dTpa Boostrix riporta nella sezione Posologia la possibilità di impiego in gravidanza e nella sezione Sicurezza i dati ottenuti nelle gestanti e stabilisce che "i dati di sicurezza emersi da uno studio prospettico osservazionale come anche dati derivanti dalla sorveglianza passiva, non hanno dimostrato il verificarsi di effetti indesiderati correlati al vaccino sulla gravidanza o sulla salute del feto o del**

neonato." Oltre al materiale informativo istituzionale, disponibile sul web, anche le schede tecniche dei vaccini dovrebbero costituire un riferimento nel corso del dialogo sulla gestante, facendo presente che i dati e le informazioni in esse disponibili sono stati autorizzati a livello europeo dall'European Medicine Agency (EMA). Come strategia alternativa (per le gestanti che non aderiscono alla vaccinazione) o complementare (per aumentare ulteriormente l'efficacia protettiva) alla vaccinazione della donna nell'ultimo trimestre di gravidanza è consigliato il **cocooning** (strategia del bozzolo) che prevede la vaccinazione dei contatti e quindi delle potenziali sorgenti di infezione del lattante (genitori, fratelli, ecc.). Poiché la letteratura indica che la trasmissione da parte dei genitori e fratelli rappresenta, complessivamente, oltre il 60% del rischio per il neonato è a tali soggetti che il *Cocoon* dovrebbe essere indirizzato per ottenere risultati concreti in termini di adesione. Anche se esistono oggettive difficoltà di raggiungere elevate coperture vaccinali, tale strategia si è dimostrata efficace nel ridurre le morti neonatali, nonché la necessità di ricovero e la minor gravità dell'infezione nei lattanti di età inferiore a 3 mesi. **Tutti gli operatori sanitari che a vario titolo si prendono cura della mamma e del bambino dovrebbero essere vaccinati**, se non recentemente sottoposti a vaccinazione. La Carta di Pisa per le vaccinazioni negli operatori sanitari, con lo slogan **"io TI PROTEGGO io MI VACCINO"**, cerca di sensibilizzare chi lavora negli ospedali.

Approfondimenti

Position Paper della SIGO del 5 ottobre 2018 consultabile sul sito SIGO

"Nuove sfide nella prevenzione per mamma e neonato. Investire nelle vaccinazioni raccomandate in gravidanza. La pertosse"

Controindicazioni alla vaccinazione

Le seguenti condizioni, molto raramente riscontrate nella popolazione, rappresentano controindicazioni temporanee o precauzioni all'esecuzione della vaccinazione con dTpa, delle quali discutere con il medico responsabile della vaccinazione:

Controindicazioni:

- reazione allergica grave (anafilassi) dopo la somministrazione di una precedente dose
- reazione allergica grave (anafilassi) a un componente del vaccino.

Controindicazioni temporanee:

- encefalopatia entro sette giorni dalla somministrazione di una precedente dose non attribuibile ad altra causa (controindicazione valida per il vaccino contro difterite e pertosse).

Precauzioni:

- malattia acuta grave o moderata, con o senza febbre
- reazione allergica grave al lattice (per i prodotti che contengono lattice nella siringa)
- sindrome di Guillain-Barré e sindromi correlate entro 6 settimane dalla somministrazione di una precedente dose di vaccino
- orticaria generalizzata immediata dopo somministrazione di una precedente dose estrema
- nevrite/neuropatia periferica entro le 6 settimane dalla somministrazione di una precedente dose
- reazione da immunocomplessi (es. Arthus) dopo somministrazione di precedente dose
- encefalopatie ed encefalopatie epilettiche fino a quando l'eziologia non è stata definita o il quadro clinico non può essere considerato stabilizzato.

Nel caso di comparsa di effetti secondari è opportuno consultare il medico di famiglia e il medico del Servizio che ha effettuato la vaccinazione.

La maggior parte delle persone che si vaccina non presenta reazioni avverse. Tuttavia, i vaccini, come tutti i farmaci, non sono esenti da rischi potenziali, e, seppur raramente, possono verificarsi reazioni avverse a seguito della vaccinazione. Generalmente queste sono reazioni locali di lieve entità e si risolvono spontaneamente in pochi giorni. Raramente possono verificarsi reazioni più gravi; tuttavia, fare la vaccinazione è molto più sicuro che contrarre la malattia.

Conclusioni

La gravidanza rappresenta uno dei momenti più critici nella vita di una donna, durante la quale le preoccupazioni e le responsabilità legate alla salute della vita in grembo aumentano, così come i timori di assumere farmaci con potenziali effetti indesiderati sul feto. Tuttavia, proprio la somministrazione del vaccino dTpa in gravidanza è legato alla protezione della donna ma soprattutto del nascituro.

Non esistono evidenze che dimostrino un rischio fetale legato alla vaccinazione della gestante con vaccini a microrganismi inattivati o con tossoide. Al contrario, la presenza di anticorpi (trans-placentari) nel neonato riduce il rischio di malattie prevenibili da vaccino nelle prime settimane-mesi di vita, quando il sistema immunitario del neonato è ancora immaturo.

Cosa siamo chiamati a fare allora noi ginecologi?

Dobbiamo impadronirci delle conoscenze di base relativamente alla vaccinazione dtp in gravidanza, che questo articolo ha cercato di sintetizzare, e cominciare a informare le gestanti di questa opportunità di salute per il nascituro. **Trattandosi di Raccomandazioni ministeriali potremmo un domani essere chiamati a spiegare, soprattutto in caso di pertosse nel neonato, perchè abbiamo omesso tale informazione.**

L'importante quindi è inviare le gestanti ai Centri Vaccinali, dove potranno ricevere tutte le informazioni aggiuntive eventualmente richieste e sciogliere gli ultimi dubbi in merito alla vaccinazione in gravidanza. Se prima di fare questo avremo anche contattato il Centro Vaccinale e ottenuto indicazioni specifiche su dove riferire la paziente, con ogni probabilità il cerchio si chiuderà ed avremo aggiunto una ulteriore successo nel nostro lavoro quotidiano di professionisti della salute.

Per saperne di più

Saadatian-Elahi M, et al. Pertussis: Biology, epidemiology and prevention. Vaccine. 2016;34:5819-26. [Medline]

Ministero della Salute. Piano nazionale di prevenzione vaccinale 2017-2019. Roma: Repubblica Italiana, 2017. p. 52-4 [Testo integrale]

Epicentro: Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica. Copertura vaccinale in Italia, Pertosse. [Pagina web]

Centers for Disease Control and Prevention. Pertussis: Surveillance and Reporting. [Pagina web]

European Centre for Disease Prevention and Control. Annual Epidemiological Report 2016 - Pertussis. [Testo integrale]

Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Updated recommendations for use of tetanus toxoid, reduced diphtheria toxoid and acellular pertussis vaccine (Tdap) in pregnant women and persons who have or anticipate having close contact with an infant aged <12 months. 2011. [Pagina web]

Leuridan E et al. Pertussis vaccination in pregnancy: State of the art. Vaccine. 2017;35:4453-6. [Medline]

Amirthalingam G, et al. Sustained effectiveness of the maternal pertussis immunization program in England 3 years following introduction. Clin Infect Dis 2016;63(suppl 4):S236-S243. [Medline]

Winter K et al. Effectiveness of prenatal versus postpartum tetanus, diphtheria, and acellular pertussis vaccination in preventing infant pertussis. Clin Infect Dis 2017;64:3-8. [Medline]

Vizzotti C, et al. Impact of a maternal immunization program against pertussis in a developing country. Vaccine 2016;34:6223-8. [Medline]

Furuta M et al. Efficacy and safety of pertussis vaccination for pregnant women - a systematic review of randomised controlled trials and observational studies. BMC Pregnancy Childbirth 2017;17:390. [Medline]

Hoang HT et al. Pertussis vaccination during pregnancy in Vietnam: results of a randomized controlled trial Pertussis vaccination during pregnancy. Vaccine 2016;34:151-9

Munoz FM et al. Safety and immunogenicity of tetanus diphtheria and acellular pertussis (Tdap) immunization during pregnancy in mothers and infants: a randomized clinical trial. JAMA 2014;311:1760-9 Erratum in: JAMA 2017;317:441-2

Keller-Stanislawski B. Safety of immunization during pregnancy: a review of the evidence of selected inactivated and live attenuated vaccines. Vaccine 2014;32:7057-64. [Medline]

"Pertussis: A Review of Disease Epidemiology Worldwide and in Italy", pubblicato sull'*International Journal of Environmental Research and Public Health* nel 2012

"Hospitalizations for pertussis in Italy, 1999-2009: analysis of the hospital discharge" database pubblicato sull'*European Journal of Pediatrics* nel 2012

Ministero della Salute, Lettera circolare: Aspetti operativi per la piena e uniforme implementazione del nuovo PNPV 2017-2019 e del relativo Calendario Vaccinale

Gonfiantini MV et al, Euro Surveill. 2014 Oct 9;19(40):20921

Palazzo R et al, J Med Microbiol. 2016 Apr 13

La fecondazione in vitro compie 40 anni!

Il 25 luglio 1978 nasceva Louise Brown, la prima bimba nata da una provetta grazie alla fecondazione assistita. Da quel giorno l'Eshre stima siano oltre 8 milioni i bimbi nati da procreazione medicalmente assistita nel mondo e l'utilizzo di queste tecniche è in crescita contro l'infertilità, un problema che solo in Italia riguarda una coppia su cinque

GIUSEPPE D'AMATO
Direttore Clinico, Responsabile della U.O.S.V.D. di Fisiopatologia della Riproduzione Umana e P.M.A. della ASL/BA

IN QUESTO LUNGO PERIODO LA PROGRESSIVA DIFFUSIONE DI QUESTA TECNICA, PRESSO MIGLIAIA DI UNITÀ DI CURA DIFFUSE IN TUTTI I CONTINENTI, ha contribuito imprescindibilmente al costituirsi della moderna Medicina della Riproduzione, intesa quale Scienza autonoma capace di condurre a fattore comune una immensa mole di conoscenze e pratiche di rango interdisciplinare.

Sono infatti sopraggiunti nel tempo, mettendosi a disposizione dell'ambiente procreatico, gli effetti concludenti di molteplici studi di rango vuoi genomico che epigenomico, rivelatisi illuminanti riguardo sia i principi della ontogenesi embrionaria sia il determinismo del cross-talk fra il prodotto del concepimento e l'endometrio.

Di provenienza dallo stesso dominio di approfondimento muovono a noi acquisizioni di sempre maggior impatto, utili a meglio definire il ruolo adempiuto dal pronucleo maschile nella costituzione e sviluppo di un nuovo essere.

È vivace il dibattito sul plafond a noi offerto dalle recentissime acquisizioni sui noncoding RNAs in uno alle sempre più evidenti inferenze del pattern biochimico "di milieu" sui meccanismi fini inerenti i meccanismi di maturazione delle cellule della granulosa.

Da queste conoscenze è discesa a noi la presa d'atto dell'importanza, costantemente avvisata in Scienza, di differenti molecole intese a "primers"

(metformina, inositolo, resveratrolo, letrozole) rispetto ai meccanismi di modulazione metabolica capaci di sottendere alla più felice maturazione ovocitaria, non più da assumersi esclusivamente "gonadotropino dipendente".

Sta guadagnando rilievo in Letteratura il ruolo giocato da sostanze metil-donors, utili sussidi alla prevenzione dei difetti dell'imprinting, dai quali non sarebbero esclusi i gameti oggetto delle procedure di donazione. Ma anche nell'ambito della induzione dell'ovulazione occorrerà impegnarsi a riconoscere il ruolo delle gonadotropine biosimilari, intese a molecole dotate di "vita propria". Mentre rimane da approfondire il profilo di efficacia della alfacorifollitropina, unica gonadotropina *long acting* a nostra disposizione. E molto ancora ci si attende dalla introduzione della prima molecola ricombinante umana ad attività FSH: la follitropina delta.

Si va facendo sempre più viva dunque la necessità di trasferire sia nella pratica clinica sia in quella delle procedure di laboratorio la costante attitudine ad un sostanziale *tayloring*, imprescindibilmente *science based*. Nel controverso setting dell'impianto embrionario, rivisitati i criteri dello screening genetico precedente il trasferimento in utero del prodotto del concepimento, si sta profilando il ruolo conseguito dalle modificazioni del microbiota endo-

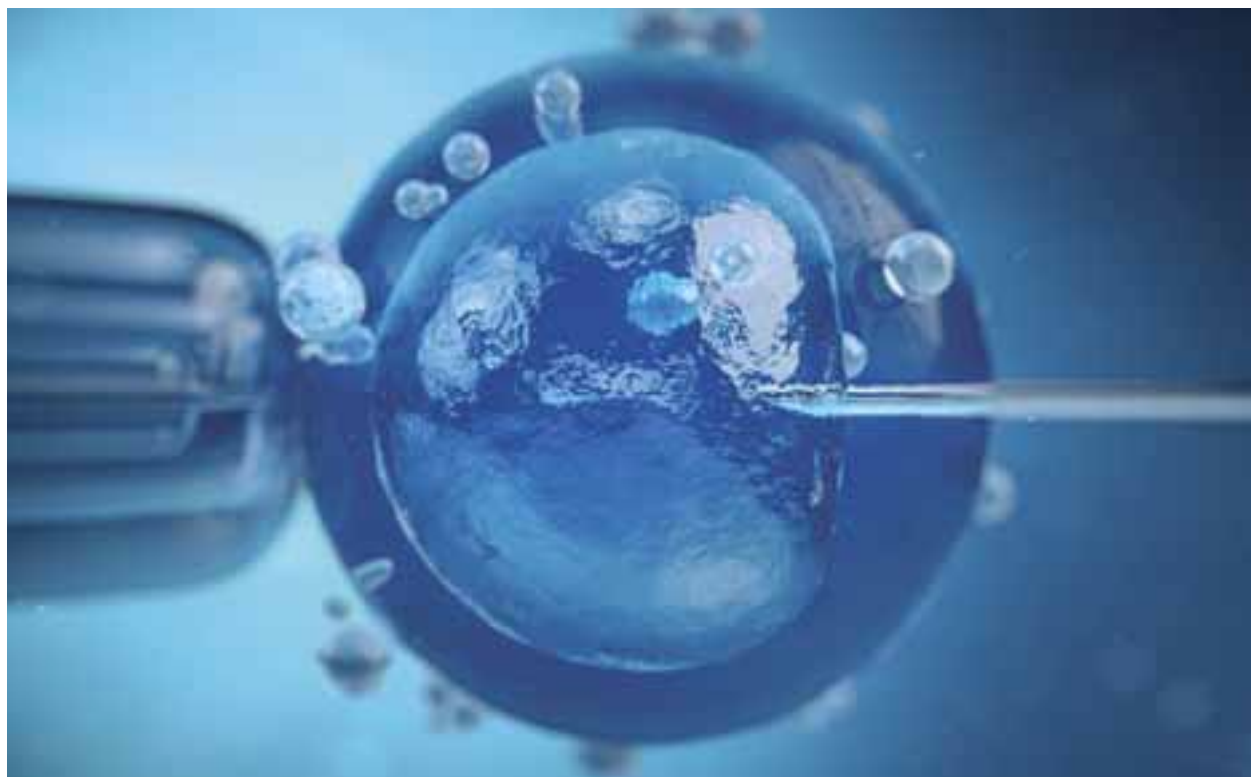
metriale sui meccanismi dell'annidamento.

Dalle procedure di personalizzazione dei nostri trattamenti non è da interdersi escluso l'embryo transfer, circa la cui prognosi-efficacia utili suggerimenti possono a noi derivare dalla esplorazione dello stato del tratto cervicale dell'utero grazie al contributo della elastografia.

Al cospetto del considerevole deficit demografico universalmente registrato, grande rilievo sta guadagnando il ruolo dei Ginecologi operanti sul Territorio, la cui attività meritoria sempre più e sempre meglio andrebbe indirizzata verso le procedure di depistage e screening della popolazione in età fertile.

Della crescente mole di informazioni che gli provengono costantemente dalla Letteratura fruisce il Ginecologo esperto nel novero, costituendosi quale **Fertologo**, qualità propria di chi si disponga esclusivamente a culture della Scienza Procreatica.

Un tale processo necessita di un aggiornamento indispensabile riguardo l'iter formativo che questa nuova figura debba indispensabilmente ricevere. Ruolo adempiuto costantemente dalle nostre Società Scientifiche, il cui sforzo responsabile si è mosso tenendo al centro la tutela della Salute Riproduttiva, intesa ad esercizio del diritto di cittadinanza.



25 NOVEMBRE GIORNATA INTERNAZIONALE CONTRO LA VIOLENZA SULLE DONNE

Noi 'sentinelle' delle situazioni a rischio



Il 25 novembre si è celebrata la Giornata internazionale contro la violenza sulle donne ed è l'occasione per fare insieme alcune riflessioni

“

La violenza contro le donne, molto spesso violenza domestica, è anche conseguenza di atteggiamenti culturali, talvolta considerati 'normali' quasi scontati, che non sono affatto facili da eradicare



COME BEN SAPPIAMO questo tema purtroppo continua ad essere di drammatica attualità. Anche nel 2018 è continuato il lungo elenco dei femminicidi in tutta Italia, da Nord a Sud, senza distinzione.

Ne sentiamo parlare alla radio e alla televisione, ne leggiamo sui giornali, in rete, sui social network... parlarne per ricordare a tutti noi che il problema esiste è importante ma fare qualcosa affinché la situazione possa migliorare è ancor più importante.

La violenza contro le donne, molto spesso violenza domestica, è anche conseguenza di atteggiamenti culturali, talvolta considerati 'normali' quasi scontati, che non sono affatto facili da eradicare. Il rispetto dell'altro, sia esso donna o uomo, uguale o diverso da noi, deve essere alla base della nostra vita quotidiana; il principio della dignità umana in quanto tale va trasmesso fin da piccoli a tutti, non solo con le parole ma soprattutto con l'esempio.

È vero che Governi, Associazioni non governative, varie altre figure istituzionali e non si occupano con modalità diverse di affrontare la problematica ma noi non dobbiamo dimenticare il ruolo che come medici, soprattutto ginecologi, possiamo e dobbiamo avere nell'identificare le situazioni a rischio.

L'Organizzazione mondiale della Sanità e la Figo hanno redatto documenti, ed anche le Linee guida italiane sulla gravidanza fisiologica rammentano a tutti gli operatori sanitari, medici e ostetriche, coinvolti nell'assistenza alla gravidanza e al parto,

l'importanza di porre attenzione nella pratica clinica, nell'anamnesi, nel colloquio con la donna anche a possibili segni indiretti di violenza.

La violenza domestica è un fattore di rischio per molte patologie ostetriche e ginecologiche e proprio per questo il contatto con l'operatore sanitario, in particolare ginecologi e ostetriche, può e deve rappresentare un momento importante che consente alla donna di prendere coscienza e chiedere aiuto.

Da molti anni Aogoi si è fatta carico del problema della violenza sulle donne e tale impegno si è concretizzato anche nella pubblicazione di un volume sull'argomento che è stato distribuito gratuitamente a tutti i ginecologi italiani ed è stato presentato all'allora Ministro della salute, in un corso FaD (Formazione a Distanza) che è stato reso accessibile a tutti i ginecologi italiani gratuitamente ed in sessioni dedicate all'argomento durante i Congressi regionali e nazionali. **A settembre 2017 è stato costituito un Gruppo di Studio Sigo sulla "Violenza di genere"** per poter riprendere il lavoro in modo più organizzato e sistematico.

Mi rendo conto che non è facile fare qualcosa di concreto come Società scientifiche ma ci siamo sforzati e ci sforziamo di portare il nostro contributo, seppure piccolo.

Abbiamo progetti ambiziosi per il 2019: innanzitutto vorremmo uscire la **nuova edizione del libro** ed è praticamente pronto **un nuovo Corso FAD**.

Ringrazio di cuore Valeria Dubini e tutte le

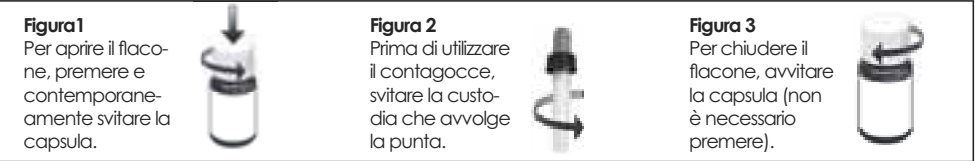
ELSA VIORA
Presidente Aogoi

componenti del gruppo che hanno lavorato in modo compatto e produttivo. Anche questo fa parte del contributo concreto che Aogoi ha dato e intende continuare a dare per contrastare la violenza sulle donne in ogni momento, in ogni luogo e soprattutto ogni giorno.



DIBASE

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE DIBASE 10.000 U.I./ml gocce orali, soluzione; DIBASE 25.000 U.I./2,5 ml soluzione orale; DIBASE 50.000 U.I./2,5 ml soluzione orale; DIBASE 100.000 U.I./ml soluzione iniettabile; DIBASE 300.000 U.I./ml soluzione iniettabile **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** DIBASE 10.000 U.I./ml gocce orali, soluzione 10 ml contengono: colecalciferolo (vitamina D₃) 2,5 mg pari a 100.000 U.I. 1 goccia contiene: 250 U.I. di vitamina D₃. DIBASE 25.000 U.I./2,5 ml soluzione orale Un contenitore monodose contiene: colecalciferolo (vitamina D₃) 0,625 mg pari a 25.000 U.I. DIBASE 50.000 U.I./2,5 ml soluzione orale Un contenitore monodose contiene: colecalciferolo (vitamina D₃) 1,25 mg pari a 50.000 U.I. DIBASE 100.000 U.I./ml soluzione iniettabile Una fiala contiene: colecalciferolo (vitamina D₃) 2,5 mg pari a 100.000 U.I. DIBASE 300.000 U.I./ml soluzione iniettabile Una fiala contiene: colecalciferolo (vitamina D₃) 7,5 mg pari a 300.000 U.I. Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere paragrafo 6.1. **3. FORMA FARMACEUTICA** soluzione iniettabile; soluzione orale; gocce orali, soluzione. **4. INFORMAZIONI CLINICHE** **4.1 Indicazioni terapeutiche** Prevenzione e trattamento della carenza di vitamina D. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** DIBASE può essere somministrato a cadenza giornaliera, settimanale, mensile o annuale (vedere paragrafo 5.2). In caso di terapia per via orale, si raccomanda di somministrare DIBASE durante i pasti (vedere paragrafo 5.2). La terapia per via intramuscolare è indicata solo in caso di sindromi da malassorbimento. **Prevenzione della carenza di vitamina D:** la somministrazione preventiva di DIBASE è consigliata in tutte le condizioni caratterizzate da maggior rischio di carenza o da aumentato fabbisogno. È generalmente riconosciuto che la prevenzione della carenza di vitamina D deve essere effettuata: in maniera sistematica nel neonato (in particolare nel prematuro), nel lattante, nella donna in gravidanza (ultimo trimestre) e nella donna che allatta alla fine dell'inverno e in primavera, nel soggetto anziano, eventualmente nel bambino e nell'adolescente se l'esposizione solare è insufficiente; nelle seguenti condizioni: scarsa esposizione solare o intensa pigmentazione cutanea, regime alimentare squilibrato (povero di calcio, vegetariano, ecc.), patologie dermatologiche estese o malattie granulomatose (tubercolosi, lebbra, ecc.); soggetti in trattamento con anticonvulsivanti (barbiturici, fenitoina, primidone); soggetti in trattamento con terapie corticosteroidi a lungo termine; patologie digestive (malassorbimento intestinale, mucoviscidosi o fibrosi cistica); insufficienza epatica. **Trattamento della carenza di vitamina D:** la carenza di vitamina D deve essere accertata clinicamente e/o con indagini di laboratorio. Il trattamento è teso a ripristinare i depositi di vitamina D e sarà seguito da una terapia di mantenimento se persiste il rischio di carenza, ad un dosaggio di vitamina D idoneo alla prevenzione (vedi sopra "Prevenzione della carenza di vitamina D"). Nella maggior parte dei casi è consigliabile non superare, in fase di trattamento, una dose cumulativa di 600.000 U.I. all'anno, salvo diverso parere del medico. A titolo indicativo si fornisce il seguente schema posologico, da adattare a giudizio del medico sulla base della natura e gravità dello stato carenziale (vedere anche paragrafo 4.4). **DIBASE 10.000 U.I./ml gocce orali, soluzione** Le posologie giornaliere sotto indicate possono essere assunte anche una volta alla settimana moltiplicando per sette la dose giornaliera indicata. **Neonati, Bambini e Adolescenti (<18 anni)** *Prevenzione:* 2-4 gocce al giorno (pari a 500-1.000 U.I. di vitamina D₃). *Trattamento:* 8-16 gocce al giorno (pari a 2.000-4.000 U.I. di vitamina D₃) per 4-5 mesi. **Donne in gravidanza** 3-4 gocce al giorno (pari a 750-1.000 U.I. di vitamina D₃) nell'ultimo trimestre. **Adulti e Anziani** *Prevenzione:* 3-4 gocce al giorno (pari a 750-1.000 U.I. di vitamina D₃). In soggetti ad alto rischio di carenza può essere necessario aumentare il dosaggio fino a 8 gocce al giorno (pari a 2.000 U.I. di vitamina D₃). *Trattamento:* 20-40 gocce al giorno (pari a 5.000-10.000 U.I. di vitamina D₃) per 1-2 mesi. *Istruzioni per l'uso* La confezione contiene 1 flacone ed un contagocce. Il flacone è dotato di una capsula a prova di bambino. Il contagocce è dotato di una custodia. Per l'impiego seguire le istruzioni sotto riportate: a. aprire il flacone rimuovendo la capsula nel modo seguente: premere e contemporaneamente svitare (vedi Figura 1); b. svitare la custodia in plastica che avvolge la punta del contagocce (vedi Figura 2); c. inserire il contagocce nel flacone per prelevare il contenuto. Dosare le gocce in un cucchiaino e somministrare (vedasi "Posologia e modo di somministrazione"); d. chiudere il flacone (vedi Figura 3). Riavvitare la custodia sulla punta del contagocce; e. riportare il flacone ed il contagocce nella confezione.



DIBASE 25.000 U.I./2,5 ml soluzione orale Neonati, Bambini e Adolescenti (<18 anni) *Prevenzione:* 1 contenitore monodose (pari a 25.000 U.I. di vitamina D₃) ogni 1-2 mesi. *Trattamento:* 1 contenitore monodose (pari a 25.000 U.I. di vitamina D₃) una volta a settimana per 16-24 settimane. **Donne in gravidanza** 1 contenitore monodose (pari a 25.000 U.I. di vitamina D₃) una volta al mese nell'ultimo trimestre. **Adulti e Anziani** *Prevenzione:* 1 contenitore monodose (pari a 25.000 U.I. di vitamina D₃) una volta al mese. In soggetti ad alto rischio di carenza può essere necessario aumentare il dosaggio a 2 contenitori monodose (pari a 50.000 U.I. di vitamina D₃) una volta al mese. *Trattamento:* 2 contenitori monodose (pari a 50.000 U.I. di vitamina D₃) una volta alla settimana per 8-12 settimane. **DIBASE 50.000 U.I./2,5 ml soluzione orale Neonati, Bambini e Adolescenti (<18 anni)** *Prevenzione:* 1 contenitore monodose (pari a 50.000 U.I. di vitamina D₃) ogni 2-4 mesi. *Trattamento:* 1 contenitore monodose (pari a 50.000 U.I. di vitamina D₃) una volta a settimana per 8-12 settimane. **Donne in gravidanza** 2 contenitori monodose (pari a 100.000 U.I. di vitamina D₃) all'inizio dell'ultimo trimestre. **Adulti e Anziani** *Prevenzione:* 1 contenitore monodose (pari a 50.000 U.I. di vitamina D₃) ogni 2 mesi. In soggetti ad alto rischio di carenza può essere necessario aumentare il dosaggio a 1 contenitore monodose (pari a 50.000 U.I. di vitamina D₃) una volta al mese. *Trattamento:* 1 contenitore monodose (pari a 50.000 U.I. di vitamina D₃) una volta alla settimana per 8-12 settimane. **DIBASE 100.000 U.I./ml soluzione iniettabile Neonati fino a 24 mesi** *Prevenzione:* Si consiglia di somministrare le dosi con DIBASE 10.000 U.I./ml gocce orali, soluzione oppure con DIBASE 25.000 U.I./2,5 ml soluzione orale o con DIBASE 50.000 U.I./2,5 ml soluzione orale. *Trattamento:* 1 fiala (pari a 100.000 U.I. di vitamina D₃) una volta al mese per 4-6 mesi. **Bambini e Adolescenti (2-18 anni)** *Prevenzione:* 1 fiala (pari a 100.000 U.I. di vitamina D₃) ogni 4-8 mesi. *Trattamento:* 1 fiala (pari a 100.000 U.I. di vitamina D₃) una volta al mese per 4-6 mesi. **Donne in gravidanza** 1 fiala (pari a 100.000 U.I. di vitamina D₃) all'inizio dell'ultimo trimestre. **Adulti e Anziani** *Prevenzione:* 1 fiala (pari a 100.000 U.I. di vitamina D₃) ogni 4 mesi. In soggetti ad alto rischio di carenza può essere necessario aumentare il dosaggio a 1 fiala (pari a 100.000 U.I. di vitamina D₃) ogni 2 mesi. *Trattamento:* 2 fiale (pari a 200.000 U.I. di vitamina D₃) una volta al mese per 3 mesi. *Istruzioni per l'uso* Le dosi possono essere somministrate per via orale o intramuscolare. Le fiale sono dotate di anello di prerottura e devono essere aperte nel modo seguente: tenere con una mano la parte inferiore della fiala; porre l'altra mano sulla parte superiore posizionando il pollice al di sopra dell'anello bianco ed esercitare una pressione. **DIBASE 300.000 U.I./ml soluzione iniettabile Neonati fino a 24 mesi** Si consiglia di somministrare le dosi con DIBASE 10.000 U.I./ml gocce orali, soluzione oppure con DIBASE 25.000 U.I./2,5 ml soluzione orale o con DIBASE 50.000 U.I./2,5 ml soluzione orale. **Bambini e Adolescenti (2-18 anni)** *Prevenzione:* 1 fiala (pari a 300.000 U.I. di vitamina D₃) una volta all'anno. *Trattamento:* 1 fiala (pari a 300.000 U.I. di vitamina D₃) da ripetere dopo 3 mesi. **Adulti e Anziani** *Prevenzione:* 1 fiala (pari a 300.000 U.I. di vitamina D₃) una volta all'anno. In soggetti ad alto rischio di carenza può essere necessario aumentare il dosaggio a 1 fiala (pari a 300.000 U.I. di vitamina D₃) ogni 6 mesi. *Trattamento:* 1 fiala (pari a 300.000 U.I. di vitamina D₃) da ripetere dopo 6 settimane. *Istruzioni per l'uso* Le dosi possono essere somministrate per via orale o intramuscolare. Le fiale sono dotate di anello di prerottura e devono essere aperte nel modo seguente: tenere con una mano la parte inferiore della fiala; porre l'altra mano sulla parte superiore posizionando il pollice al di sopra dell'anello bianco ed esercitare una pressione. **4.3 Controindicazioni** Ipersensibilità al colecalciferolo o a uno qualsiasi degli eccipienti elencati al paragrafo 6.1. Ipercalcemia, ipercalcemia, Calcolosi renale (nefrolitiasi, nefrocalcolosi). Insufficienza renale (vedere paragrafo 4.4). **4.4 Avvertenze speciali e precauzioni di impiego** In caso di somministrazioni prolungate con alti dosaggi, si consiglia di monitorare il livello sierico di 25-idrossi-colecalciferolo. Interrompere l'assunzione di DIBASE quando il livello sierico di 25-idrossi-colecalciferolo supera i 100 ng/ml (pari a 250 nmol/l). Nei pazienti anziani già in trattamento con glicosidi cardiaci o diuretici è importante monitorare la calcemia e la calciuria. In caso di ipercalcemia o di insufficienza renale, ridurre la dose o interrompere il trattamento. Per evitare un sovradosaggio, tenere conto della dose totale di vitamina D in caso di associazione con trattamenti contenenti già vitamina D, cibi addizionati con vitamina D o in caso di utilizzo di latte arricchito con vitamina D. Nei seguenti casi può essere necessario un aumento dei dosaggi rispetto a quelli indicati: soggetti in trattamen-

to con anticonvulsivanti o barbiturici (vedere paragrafo 4.5); soggetti in trattamento con terapie corticosteroidi (vedere paragrafo 4.5); soggetti in trattamento con ipolipidemizzanti quali colestipolo, colestiramina e orlistat (vedere paragrafo 4.5); soggetti in trattamento con antiacidi contenenti alluminio (vedere paragrafo 4.5); soggetti obesi (vedere paragrafo 5.2); patologie digestive (malassorbimento intestinale, mucoviscidosi o fibrosi cistica); insufficienza epatica. Il prodotto deve essere prescritto con cautela a pazienti affetti da sarcoidosi, a causa del possibile incremento del metabolismo della vitamina D nella sua forma attiva. In questi pazienti occorre monitorare il livello del calcio nel siero e nelle urine. Pazienti affetti da insufficienza renale presentano un alterato metabolismo della vitamina D; perciò, se devono essere trattati con colecalciferolo, è necessario monitorare gli effetti sull'omeostasi di calcio e fosfato. **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione** L'uso concomitante di anticonvulsivanti o barbiturici può ridurre l'effetto della vitamina D₃ per inattivazione metabolica. In caso di trattamento con diuretici tiazidici, che riducono l'eliminazione urinaria del calcio, è raccomandato il controllo delle concentrazioni sieriche di calcio. L'uso concomitante di glucocorticosteroidi può ridurre l'effetto della vitamina D₃. In caso di trattamento con farmaci contenenti la digitale, la somministrazione orale di calcio combinato con la vitamina D aumenta il rischio di tossicità della digitale (aritmia). È pertanto richiesto lo stretto controllo del medico e, se necessario, il monitoraggio elettrocardiografico e delle concentrazioni sieriche di calcio. Un concomitante uso di antiacidi contenenti alluminio può interferire con l'efficacia del farmaco, diminuendo l'assorbimento della vitamina D, mentre preparati contenenti magnesio possono esporre al rischio di ipermagnesemia. Studi sugli animali hanno suggerito un possibile potenziamento dell'azione del warfarin quando somministrato con calciferolo. Sebbene non vi siano simili evidenze con l'impiego di colecalciferolo è opportuno usare cautela quando i due farmaci vengono usati contemporaneamente. La colestiramina, il colestipolo e l'orlistat riducono l'assorbimento della vitamina D, mentre l'alcolismo cronico diminuisce le riserve di vitamina D nel fegato. **4.6 Fertilità, gravidanza e allattamento** **Gravidanza** Nei primi 6 mesi di gravidanza la vitamina D deve essere assunta con cautela per il rischio di effetti teratogeni (vedere paragrafo 4.9). **Allattamento** Quando necessario, la vitamina D può essere prescritta durante l'allattamento. Tale supplementazione non sostituisce la somministrazione di vitamina D nel neonato. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari** Non sono disponibili dati sugli effetti del prodotto sulla capacità di guidare. Tuttavia, un effetto su tale capacità è improbabile. **4.8 Effetti indesiderati** Se la posologia è conforme alle effettive esigenze individuali, DIBASE è ben tollerato, grazie anche alla capacità dell'organismo di accumulare il colecalciferolo nei tessuti adiposi e muscolari (vedere paragrafo 5.2). Gli effetti indesiderati segnalati con l'uso della vitamina D sono i seguenti: *Disturbi del sistema immunitario:* reazioni di ipersensibilità. *Disturbi del metabolismo e della nutrizione:* debolezza, anoressia, sete. *Disturbi psichiatrici:* sonnolenza, stato confusionale. *Patologie del sistema nervoso:* cefalea. *Patologie gastrointestinali:* costipazione, flatulenza, dolore addominale, nausea, vomito, diarrea, gusto metallico, secchezza delle fauci. *Patologie della cute e del tessuto sottocutaneo:* rash, prurito. *Patologie renali e urinarie:* nefrocalcolosi, poliuria, polidipsia, insufficienza renale. *Esami diagnostici:* ipercalcemia, ipercalcemia. **Segnalazione delle reazioni avverse sospette:** La segnalazione delle reazioni avverse sospette che si verificano dopo l'autorizzazione del medicinale è importante, in quanto permette un monitoraggio continuo del rapporto benefico/rischio del medicinale. Agli operatori sanitari è richiesto di segnalare qualsiasi reazione avversa sospetta tramite il sistema nazionale di segnalazione all'indirizzo <http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/responsabili>. **4.9 Sovradosaggio** Interrompere l'assunzione di DIBASE quando la calcemia supera i 10,6 mg/dl (2,65 mmol/l) o se la calciuria supera 300 mg/24 h negli adulti o 4-6 mg/kg/die nei bambini. Il sovradosaggio si manifesta come ipercalcemia e ipercalcemia, i cui sintomi sono i seguenti: nausea, vomito, sete, polidipsia, poliuria, costipazione e disidratazione. Sovradosaggi cronici possono portare a calcificazione vascolare e degli organi, come risultato dell'ipercalcemia. Il sovradosaggio durante i primi 6 mesi di gravidanza può avere effetti tossici nel feto: esiste una correlazione tra eccesso di assunzione o estrema sensibilità materna alla vitamina D durante la gravidanza e ritardo dello sviluppo fisico e mentale del bambino, stenosi aortica sopravvalvolare e retinopatia. L'ipercalcemia materna può anche portare alla soppressione della funzione paratiroidea nei neonati con conseguente ipocalcemia, tetania e convulsioni. **Trattamento in caso di sovradosaggio** Interrompere la somministrazione di DIBASE e procedere alla reidratazione. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE** **5.1 Proprietà farmacodinamiche** Categoria farmacoterapeutica: Vitamina D e analoghi, colecalciferolo. Codice ATC: A11CC05. La vitamina D corregge una situazione carenziale della stessa e aumenta l'assorbimento intestinale di calcio. **5.2 Proprietà farmacocinetiche** Come per le altre vitamine liposolubili, l'assorbimento del colecalciferolo a livello intestinale è favorito dalla concomitante assunzione di alimenti contenenti grassi. Il colecalciferolo è presente nel circolo ematico in associazione a specifiche a-globuline che lo trasportano al fegato, dove viene idrossilato a 25-idrossi-colecalciferolo. Una seconda idrossilazione avviene nei reni, dove il 25-idrossi-colecalciferolo viene trasformato in 1,25-diidrossi-colecalciferolo, che rappresenta il metabolita attivo della vitamina D responsabile degli effetti sul metabolismo fosforocalcico. Il colecalciferolo non metabolizzato viene accumulato nei tessuti adiposi e muscolari per essere reso disponibile in funzione del fabbisogno dell'organismo: per questo motivo DIBASE può essere somministrato anche a cadenza settimanale, mensile o annuale. Nei soggetti obesi si riduce la biodisponibilità della vitamina D a causa dell'eccesso di tessuto adiposo. La vitamina D viene eliminata attraverso le feci e le urine. **5.3 Dati preclinici di sicurezza** Gli studi preclinici condotti in varie specie animali dimostrano che gli effetti tossici si verificano nell'animale a dosi nettamente superiori a quelle previste per l'uso terapeutico nell'uomo. Negli studi di tossicità a dosi ripetute, gli effetti più comunemente riscontrati sono stati: aumento della calciuria, diminuzione della fosfatemia e della proteinuria. A dosi elevate, è stata osservata ipercalcemia. In una condizione prolungata di ipercalcemia le alterazioni istologiche (calcificazione) più frequenti sono state a carico dei reni, cuore, aorta, testicoli, timo e mucosa intestinale. Gli studi di tossicità riproduttiva hanno dimostrato che il colecalciferolo non ha effetti nocivi sulla fertilità e riproduzione. A dosi che sono equivalenti a quelle terapeutiche, il colecalciferolo non ha attività teratogena. Il colecalciferolo non ha potenziale attività mutagena e carcinogena. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE** **6.1 Elenco degli eccipienti** DIBASE 10.000 U.I./ml gocce orali, soluzione: olio di oliva raffinato. DIBASE 25.000 U.I./2,5 ml soluzione orale: olio di oliva raffinato. DIBASE 50.000 U.I./2,5 ml soluzione orale: olio di oliva raffinato. DIBASE 100.000 U.I./ml soluzione iniettabile: olio di oliva raffinato per uso iniettabile. DIBASE 300.000 U.I./ml soluzione iniettabile: olio di oliva raffinato per uso iniettabile. **6.2 Incompatibilità** Non sono note eventuali incompatibilità con altri farmaci. **6.3 Periodo di validità** DIBASE 10.000 U.I./ml gocce orali, soluzione: 3 anni a confezionamento integro. Dopo prima apertura del flacone: 5 mesi. DIBASE 25.000 U.I./2,5 ml soluzione orale: 2 anni. DIBASE 50.000 U.I./2,5 ml soluzione orale: 2 anni. DIBASE 100.000 U.I./ml soluzione iniettabile: 3 anni. DIBASE 300.000 U.I./ml soluzione iniettabile: 3 anni. **6.4 Precauzioni particolari per la conservazione** Conservare a temperatura non superiore ai 30° C, nella confezione originale per tenere il medicinale al riparo dalla luce. Non congelare. **6.5 Natura e contenuto del contenitore** DIBASE 10.000 U.I./ml gocce orali, soluzione Flacone in vetro ambrato contenente 10 ml, chiuso con una capsula a prova di bambino in polipropilene. La confezione contiene 1 flacone ed 1 contagocce. DIBASE 25.000 U.I./2,5 ml soluzione orale Contenitore in vetro ambrato contenente 2,5 ml, chiuso con una capsula in polipropilene. Confezioni da 1, da 2 o da 4 contenitori monodose. DIBASE 50.000 U.I./2,5 ml soluzione orale Contenitore in vetro ambrato contenente 2,5 ml, chiuso con una capsula in polipropilene. Confezioni da 1, da 2 o da 4 contenitori monodose. DIBASE 100.000 U.I./ml soluzione iniettabile Fiala in vetro ambrato. Confezioni da 1 fiala, 3 fiale o 6 fiale. DIBASE 300.000 U.I./ml soluzione iniettabile Fiala in vetro ambrato. Confezione da 1 fiala o 2 fiale. È possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate. **6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento e la manipolazione** Nessuna istruzione particolare. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** ABIOTEN PHARMA S.p.A. via Meucci 36 Ospedaletto - PISA **8. NUMERI DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** DIBASE 10.000 U.I./ml gocce orali, soluzione - flacone 10 ml 036635011 DIBASE 25.000 U.I./2,5 ml soluzione orale - 1 contenitore monodose 2,5 ml 036635047 DIBASE 25.000 U.I./2,5 ml soluzione orale - 2 contenitori monodose 2,5 ml 036635098 DIBASE 25.000 U.I./2,5 ml soluzione orale - 4 contenitori monodose 2,5 ml 036635050 DIBASE 50.000 U.I./2,5 ml soluzione orale - 1 contenitore monodose 2,5 ml 036635062 DIBASE 50.000 U.I./2,5 ml soluzione orale - 2 contenitori monodose 2,5 ml 036635086 DIBASE 50.000 U.I./2,5 ml soluzione orale - 4 contenitori monodose 2,5 ml 036635074 DIBASE 100.000 U.I./ml soluzione iniettabile - 1 fiala 1 ml 036635100 DIBASE 100.000 U.I./ml soluzione iniettabile - 3 fiale 1 ml 036635112 DIBASE 100.000 U.I./ml soluzione iniettabile - 6 fiale 1 ml 036635023 DIBASE 300.000 U.I./ml soluzione iniettabile - 1 fiala 1 ml 036635124 DIBASE 300.000 U.I./ml soluzione iniettabile - 2 fiale 1 ml 036635035 **9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/ RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE** Data della prima autorizzazione: Ottobre 2005. Data del rinnovo più recente: Ottobre 2010 **10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO** 05/2017 25.000 U.I./2,5 ml 1 flaconcino monodose 5,42 €; 25.000 U.I./2,5 ml 2 flaconcini monodose 8,10 €; 50.000 U.I./2,5 ml 1 flaconcino monodose 8,50 €; 50.000 U.I./2,5 ml 2 flaconcini monodose 15,34 €; 100.000 U.I./ml gocce orali 5,42 €; 100.000 U.I. 6 fiale 4,00 €; 300.000 U.I. 2 fiale 3,50 € - Classe A - RR 25.000 U.I./2,5 ml 4 flaconcini monodose 16,00 € - Classe C - RR



GIULIA GRILLO
Ministro della Salute



ARMANDO BARTOLAZZI
Sottosegretario alla Salute

LE SOCIETÀ SCIENTIFICHE DEL “PATTO” INCONTRANO GRILLO E BARTOLAZZI

“Urgente la piena attuazione della legge Gelli”

L'incontro ha visto protagoniste le società e associazioni che hanno dato vita nel luglio scorso al “Patto delle società scientifiche”. Tra le richieste la piena attuazione della legge 24/2017 sulla sicurezza delle cure e la responsabilità professionale, che passa innanzitutto dall'accREDITAMENTO delle società scientifiche, dalla produzione delle Linee guida e buone pratiche cliniche e dall'emanazione dei decreti attuativi relativi agli aspetti assicurativi

LE SOCIETÀ SCIENTIFICHE che hanno dato vita nel luglio scorso al Patto di intenti per iniziative comuni hanno incontrato recentemente il ministro della Salute **Giulia Grillo** e il sottosegretario **Armando Bartolazzi**.

Tra gli obiettivi prioritari del Patto illustrati ai due rappresentanti del Governo c'è la **piena attuazione della legge 24/2017 (legge Gelli) sulla sicurezza delle cure e la responsabilità professionale**, che passa innanzitutto dall'**accREDITAMENTO delle società scientifiche**, dalla **produzione delle Linee guida e buone pratiche cliniche** e dall'**emanazione dei decreti attuativi relativi agli aspetti assicurativi**.

“Il rispetto delle Linee guida e delle buone pratiche, basate su prove di evidenza scientifica, rappresenta un principio fondamentale per migliorare e rendere sicuro il processo di cura”, ha affermato il Prof. **Giuseppe Ettore**, delegato Sigo e della Consulta del “Patto”. “Abbiamo chiesto al Ministro della Salute di perfezionare in tempi celeri la procedura di iscrizione nell'apposito elenco delle Società Scientifiche che aspirano ad essere erogatori ufficiali delle Linee guida, affinché queste possano svolgere al più presto e diligentemente i propri compiti. Ciò rende necessaria anche una rapida definizione, da parte dell'Istituto Superiore di Sanità, degli standard per l'elaborazione delle raccomandazioni che devono essere integrate nel Sistema Nazio-



La legge Gelli, infatti, prevede in capo ad ogni azienda sanitaria e sociosanitaria di dotarsi di un'adeguata copertura per danni derivanti da responsabilità civile, ma demanda a specifici provvedimenti, non ancora emanati, la definizione dei caratteri essenziali delle possibili forme di copertura

nale delle Linee Guida in capo all'Istituto”.

Altro punto sollecitato dalle Società aderenti al “Patto” è l'emanazione dei decreti attuativi in materia di assicurazione: la legge Gelli, infatti, prevede in capo ad ogni azienda sanitaria e sociosanitaria di dotarsi di un'adeguata copertura per danni derivanti da responsabilità civile, ma demanda a specifici provvedimenti, non ancora emanati, la definizione dei caratteri essenziali delle possibili forme di copertura.

“Anche la tempestiva regolamentazione di questi profili risulta di fondamentale importanza, sia ai fini della serenità dei professionisti sanitari, sia per permettere un maggior controllo del rischio e una più effettiva tutela della persona danneggiata”, precisa il Prof. **Pierluigi Marini**, presidente Acoi e delegato della Consulta del “Patto”.

In aggiunta all'attuazione dei diversi punti normativi della legge 24/2017, il “Patto delle Società Scientifiche” ha individuato altre questioni meritevoli di attenzione, per le quali si auspica la costituzione di tavoli di lavoro mono e multidisciplinari sotto l'egida del Dicastero della Salute:

- **l'analisi dell'evoluzione epidemiologica nazionale** orientata agli alert sollevati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nello European Health Report 2018;
- **la definizione dei criteri per il calcolo dei fabbisogni di personale specialistico e di integrazione dei medici in formazione;**

Queste le società e le associazioni attualmente aderenti al Patto

ACOI (Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani), **ADOI** (Associazione Dermatologi Venereologi Ospedalieri Italiani e della Sanità Pubblica), **AIOM** (Associazione Italiana di Oncologia Medica), **ANMCO** (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri), **AOGOI** (Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani), **SIAARTI** (Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva), **SIGO** (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia), **SIMIT** (Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali), **SIN** (Società italiana di neonatologia), **SIOT** (Società italiana di ortopedia e traumatologia), **SIRM** (Società Italiana di Radiologia Medica e Interventistica), **SIP** (Società Italiana di Pediatria), **SIU** (Società Italiana di Urologia) e **SIUD** (Società Italiana di Urodinamica).

- **la programmazione, l'organizzazione e l'accREDITAMENTO delle reti formative post-laurea** che adegui, di concerto con il Miur, i percorsi professionalizzanti alle normative europee;
- **l'analisi dei bisogni di informatizzazione e innovazione tecnologica;**
- **la definizione degli standard strutturali, tecnologici, quantitativi e organizzativi multidisciplinari** appropriati a sostenere la prevenzione, le cure materno-infantili, le cure oncologiche, le terapie chirurgiche e interventistiche, le cure intensive.

Su questi temi emergenti e critici per il servizio sanitario pubblico, i rappresentanti delle Società Scientifiche hanno espresso al Ministro Grillo la piena disponibilità a collaborare.



Antonio Ragusa
Alessandro Svelato
Sara D'Avino

Dipartimento Materno
Infantile; Nuovo Ospedale
delle Apuane, Massa
Carrara

REVIEW / EPIGENETICA

Per un buon inizio: imprinting ambientale alla nascita

Il nostro organismo e l'espressione del nostro bagaglio genetico sono condizionati dall'ambiente circostante. In questa revisione vengono forniti esempi su come i meccanismi epigenetici possano influenzare la salute futura della diade materno neonatale durante il parto

Meccanismi biologici alla base dell'imprinting e della memoria cellulare

LE MALATTIE CHE SI MANIFESTANO nella vita adulta sono determinate non solo da fattori genetici, ma da numerosi fattori epigenetici che entrano in gioco già durante la vita fetale, al momento del parto e dopo la nascita [3].

I principali meccanismi epigenetici sono i seguenti:

1. impronta e silenziamento genomico dell'insieme paterno dei cromosomi [4];
2. modelli di espressione "on" o "off" imprevedibili dei geni wild-type (es. variazione di effetti di posizione, transgeni, ecc.);
3. paramutazioni (le interazioni alleliche dirette portano a cambiamenti ereditabili nello stato di un allele) [5];
4. stati alternativi di ripiegamento proteico, che possono essere propagati da una molecola proteica a un'altra.

Tutti questi fenomeni hanno una memoria cellulare in comune [6]. L'espressione di un gene può essere completamente cambiata dopo che è stato attivato da diversi agenti come stress, nutrizione materna, farmaci, modalità del parto, presenza o assenza di travaglio, ambiente, diversi comportamenti assistenziali o la eventuale colonizzazione dei microrganismi. Ad esempio il clampaggio precoce o tardivo del cordone ombelicale o il tipo di allattamento al seno determinano un cambiamento nell'espressione genica. La teoria dell'imprinting può essere considerata una buona base scientifica per spiegare la permanenza di alcuni effetti biologici a considerevole distanza dalla nascita. Come scrive György Csaba: *"La nascita è una pietra miliare nella vita di una persona. Prima della nascita, il corpo della madre protegge il feto e gli ormoni della madre, che attraversano la placenta, influenzano il sistema endocrino fetale. Dopo la nascita, il bambino*

Parole chiave:

Epigenetica
Periodo della nascita
Imprinting
Assistenza intrapartum
Travaglio
Ambiente

“La teoria dell'imprinting è una buona base scientifica per spiegare la permanenza di alcuni effetti biologici a considerevole distanza di tempo dalla nascita. L'imprinting è un importante meccanismo di controllo dell'espressione futura del DNA

Definizioni

Ambiente

L'ambiente è tutto ciò che ci circonda; può essere vivente o non vivente ed include forze fisiche, chimiche e di altra natura. Gli esseri viventi vivono nel loro ambiente, interagiscono costantemente con esso e si adattano alle sue condizioni. Più precisamente l'ambiente può essere definito come: “I dintorni o le condizioni in cui una persona, un animale o una pianta vive o opera” [1]. Per analogia, in questo articolo definiremo il luogo del parto come “l'ambiente e le condizioni in cui una donna partorisce”.

Periodo della nascita

Si definisce periodo della nascita il periodo immediatamente prima e dopo la nascita stessa. Precisamente, questo periodo comincia all'inizio del travaglio (fase latente) e termina il primo giorno dopo il parto. Durante questo periodo, coloro che assistono il parto, ed il luogo in cui quest'ultimo avviene, rappresentano l'ambiente del parto.

Imprinting

L'imprinting è l'“apprendimento rapido che si verifica durante un breve periodo di ricettività che caratterizza il momento subito dopo la nascita o la schiusa. L'imprinting stabilisce una risposta comportamentale duratura verso un individuo o un oggetto specifico come l'attaccamento al genitore o alla prole” [2]. In questo articolo analizzeremo le conseguenze dell'Imprinting biologico nel periodo della nascita.

Epigenetica

L'epigenetica si occupa dello studio delle modificazioni ereditabili che portano a variazioni nell'espressione genica, senza alterare la sequenza del DNA e senza causare cambiamenti nella sequenza dei nucleotidi che compongono il DNA. L'epigenetica studia i meccanismi che sono in grado di variare il fenotipo, senza modificare il genotipo. Le istruzioni epigenetiche, quando coinvolgono le cellule germinali, possono essere trasmesse alla prole.

Riassunto

IL NOSTRO ORGANISMO e l'espressione del nostro bagaglio genetico sono condizionati dall'ambiente circostante. Questo assunto si è sviluppato da modelli sperimentali sugli animali, ma sempre maggiori evidenze dimostrano analogie di comportamento anche negli esseri umani. Diversi studi supportano il fatto che la salute neonatale e la salute materna dipendano anche dalle interazioni tra l'ambiente e il DNA stesso. Anche se la sequenza del DNA rimane la stessa nel corso degli anni, alcuni tratti genetici dell'essere umano possono essere influenzati dal silenziamento o dall'attivazione di alcune sequenze nucleotidiche, ad esempio mediante la metilazione del DNA. Oggi l'epigenetica è molto più importante di quanto si pensasse nel 1942 quando Waddington usò per la prima volta la parola “epigenetica”. L'ambiente può effettivamente modificare l'espressione della sequenza del DNA, influenzando la produzione di proteine e il fenotipo.

In questa revisione vengono forniti esempi su come i meccanismi epigenetici possano influenzare la salute futura della diade materno neonatale durante il parto. **Sono presentati quattro meccanismi epigenetici.** Alcuni geni sono attivati/disattivati dallo stress, dalla nutrizione materna, dai farmaci (quali ad esempio ossitocina ed antibiotici), dal travaglio, dalle modalità di parto, dai comportamenti ambientali e dalla colonizzazione dei microrganismi. La teoria dell'imprinting è una buona base scientifica per spiegare la permanenza di alcuni effetti biologici a considerevole distanza di tempo dalla nascita. L'imprinting è un importante meccanismo di controllo dell'espressione futura del DNA, **l'imprinting alla nascita, causato sia da fattori ormonali che non ormonali, sarà discusso in questa revisione.** Discuteremo anche delle conseguenze dell'uso di antibiotici nel periodo del parto e dell'importanza della consapevolezza nell'uso della profilassi antibiotica. Gli antibiotici prenatali e il taglio cesareo influenzano molto il microbioma neonatale e possono essere cause di disturbi infiammatori intestinali, dell'asma, del diabete e dell'obesità. Il travaglio, la modalità del parto, l'allattamento al seno e la pratica del *pelle a pelle*, sono strettamente attinenti alla salute futura neonatale. Uno dei fattori più importanti per spiegare le suddette malattie è probabilmente la mancanza di “contaminazione batterica” attraverso il canale del parto. Ma questo meccanismo non è l'unico ad agire. Infine, la cultura e l'educazione degli operatori e lo stile di assistenza degli attori del parto possono modificare la salute a lungo termine della diade.

inizia la sua vita e il sistema endocrino controllato dal cervello dirige chimicamente le azioni dell'organismo. Ciò richiede l'impostazione della nuova relazione tra il recettore e il sistema ormonale” [7]. La transizione da feto a neonato è uno dei processi più complessi nell'esistenza biologica. Il passaggio del feto da un ambiente ipossico in utero ad un ambiente ricco di ossigeno ha diverse conseguenze. Nei primati, nei primi tre giorni di vita, Beckstrom ha osservato un aumento delle sostanze correlate alle vie di riduzione-ossidazione della catena di trasporto degli elettroni [8]. In particolare, il mioinositolo e l'acido glutammico, essenziali per l'omeostasi intracellulare [9], per l'espressione genica [10] e per il metabolismo dei grassi [11], subiscono importanti cambiamenti in questa fase di transizione. I cambiamenti di tali sostanze, determinati al momento della nascita permangono nell'età adulta, grazie al meccanismo epigenetico di memoria cellulare. Quest'ultimo è mediato soprattutto, ma non solo, dalla modellizzazione del sistema immunitario del neonato, che subisce un enorme cambiamento dal momento della rottura delle membrane (PROM) [12]. Al momento non sappiamo se il feto durante la gestazione si trovi in un ambiente sterile [13] oppure se, come sostengono altri autori, sia in un ambiente colonizzato da procari di vario tipo [14]. Tuttavia, di fatto, prima che le membrane amniocoriali si rompano, il feto può essere a contatto solamente con una piccola quantità di procari. Quando avviene la rottura prematura delle membrane avviene il contatto primordiale tra una grande quantità di procari ed il feto: “... Questo continua una catena di eredità materna che si estende attraverso l'ascendenza femminile da migliaia di generazioni; tutti siamo

nati e siamo stati allattati al seno, trilioni di microrganismi ci sono stati trasmessi in questo modo, attraverso questi complessi meccanismi, per fare in modo che il nostro microbioma assomigliasse al microbioma di nostra madre, nostra nonna, bisnonna e così via ...” [15]. Nella vita intrauterina il basso rapporto citochine Th1/Th2 difende il feto dal rigetto da parte del sistema immunitario materno [16]. Dopo la PROM, durante il travaglio e nella vita extrauterina, a causa dell'esposizione ai microrganismi, è necessaria una maggiore produzione di citochine Th1; di conseguenza l'elevato rapporto Th1/Th2 mantiene una risposta immunitaria efficiente [17]. Inoltre, dopo la nascita, gli ormoni materni quali estrogeni, progesterone, testosterone e le prostaglandine antinfiammatorie cessano rapidamente di essere presenti nella circolazione neonatale. Il passaggio da un basso ad un elevato rapporto Th1/Th2 è determinato da una complessa rete cellulare e umorale; se interveniamo in maniera inopportuna e inconsapevole, alterando artificialmente questo delicato passaggio, che avviene nel momento in cui il feto passa dalla circolazione fetale a quella neonatale, sono inevitabili conseguenze complesse, imprevedibili e a lungo termine.

Il termine imprinting ormonale è stato coniato da Csaba negli anni 80 [7]. Quando un ormone si lega con il suo recettore per la prima volta stabilisce una relazione che durerà per tutta la vita dell'individuo, ma il sistema è ridondante e il tipo di relazione che il recettore instaura con il suo ormone di riferimento può cambiare in un modo plastico, per favorire un progressivo adattamento all'ambiente del nuovo essere vivente. Questo delicato meccanismo è mutevole e si mo-



“

La diade materno-fetale rappresenta un sistema complesso. I sistemi complessi sono caratterizzati dall'enorme quantità di interdipendenze e da reazioni non lineari, spesso difficili da individuare

difica continuamente nel corso della vita, ma è particolarmente sensibile nel periodo della nascita. I recettori sono programmabili solo per un breve periodo di sviluppo, dopo di che il tessuto e l'organo diventano permanentemente non reattivi all'imprinting [18].

Il termine imprinting è stato utilizzato in numerosi e differenti contesti, ma **in questa revisione questo termine è utilizzato con il significato di imprinting alla nascita**, causato sia da fattori ormonali che non ormonali. L'imprinting alla nascita è il fenomeno biologico che è alla base delle relazioni tra farmaci, ormoni, nutrizione, interferenti endocrini, inquinanti ambientali, esperienze di vita precoce e lo sviluppo futuro di malattie successive. L'imprinting è quindi parte integrante della memoria e dell'apprendimento cellulare; può avvenire in utero, durante la nascita o dopo la nascita.

Naturalmente l'esito delle perturbazioni dell'ambiente perinatale dipende anche dal background genetico dell'individuo [19]. L'imprinting è patologico quando sono somministrati analoghi ormonali, droghe e contaminanti ambientali, come interferenti endocrini o sostanze inquinanti [3] o anche per alterazioni quantitative degli ormoni stessi. Questi diversi meccanismi assumono il nome di *faulty hormonal imprinting* [7]. Inoltre la casualità gioca un ruolo fondamentale nella vita di ciascuno di noi: l'epigenoma può modulare gli effetti del rumore stocastico per facilitare le transizioni di fase nello sviluppo delle eventuali malattie, ma noi possiamo mutare le direzioni scelte dal caso, intervenendo durante il parto (utilizzando ad esempio ossitocina sintetica, antibiotici o tramite l'effettuazione del taglio cesareo) [20].

Il quadro che emerge da studi recenti è che i sistemi molto disordinati offrono il vantaggio significativo di generare una variabilità non genetica tra cellula e cellula, ovvero, possono deter-

minare comportamenti cellulari differenti e cellule che si comportano in modo non univoco, pur essendo geneticamente identiche l'una all'altra [21]. La stocasticità, riferendosi alla natura non deterministica di certi sistemi dinamici, deriva in ultima analisi dal fatto che i processi biologici sono fondamentalmente guidati da collisioni casuali tra un piccolo numero di macromolecole, dotate di molteplici stati conformazionali potenziali [20-21].

Un buon esempio della stretta relazione tra ambiente, genotipo e fenotipo sono i feti SGA (Small for Gestational Ages) o IUGR (Intra Uterine Growth Restriction). Questi bambini hanno un basso peso alla nascita a causa di un ambiente uterino inadatto, che non fornisce sufficiente energia. Tra questi feti, solo quelli che si adattano a questo ambiente ostile possono sopravvivere. Dopo la nascita, se questi neonati crescono in un ambiente ricco di energia, sviluppano malattie cardiovascolari in una percentuale maggiore rispetto ai neonati con peso alla nascita appropriato [24]. La diade materno-fetale rappresenta un sistema complesso. I sistemi complessi sono caratterizzati dall'enorme quantità di interdipendenze e da reazioni non lineari, spesso difficili da individuare [25]. **Le reazioni non lineari si distinguono dalle reazioni lineari:** se raddoppiamo la dose di un farmaco o di una dose di radiazioni non raddoppiamo semplicemente l'effetto, ma abbiamo un effetto maggiore del doppio o minore; se superiamo la dose letale, o il soggetto è particolarmente sensibile, possiamo determinare anche la sua morte, queste sono reazioni non lineari. Se tracciamo queste reazioni su un grafico, esse formano una linea curva e non una linea retta [26]. Non dobbiamo pensare solo a semplici associazioni causali, es. somministrare l'antibiotico e analizzare le reazioni avverse e il successo contro la malattia. Dobbiamo pensare ad un sistema complesso, es. somministrare l'antibiotico, contare le reazioni avverse e il successo contro la malattia, ma anche azioni a lungo termine e quelli sugli altri distretti dell'organismo, non solo sulla malattia.

DATI EPIDEMIOLOGICI

Nutrizione durante il travaglio e il parto

LE EVIDENZE NON MOSTRANO alcun beneficio riguardo alla restrizione di liquidi e di cibo durante il travaglio di parto nelle donne a basso rischio di complicanze. Al contrario, nessuno studio ha esaminato donne ad aumentato rischio di complicanze, ma, dato che non esistono prove a sostegno delle restrizioni di liquidi ed alimenti tra queste, sembra ragionevole non limitarne l'assunzione [27]. L'assunzione di cibo e liquidi deve

“

L'ossitocina endogena predice la sopravvivenza delle relazioni nelle coppie a lunga distanza di tempo dal parto



essere attentamente bilanciata con il rischio di polmonite *ab ingestis* e con il rischio di taglio cesareo urgente. Sebbene qualcuno continui a condurre studi sull'argomento, né l'aumento dell'idratazione per via endovenosa né l'idratazione orale o la somministrazione di destrosio nei liquidi per via endovenosa durante il travaglio migliorano gli esiti del travaglio di parto.

Piuttosto che essere disidratate – questo è quello che succede se non permettiamo di bere alle donne in travaglio – è meglio essere attaccati a una flebo, ma la soluzione migliore è permettere alle donne di bere durante il travaglio [28-30].

È interessante evidenziare che la distocia talvolta consegue a un travaglio prolungato e sfiibrante. È noto che nella medicina sportiva l'acido lattico può influire sulle prestazioni muscolari e può essere ridotto dal bicarbonato somministrato per via orale prima dell'attività fisica. Un recente studio ha valutato se un'assunzione orale di bicarbonato migliori l'esito dei travagli distocici; i primi risultati sono stati promettenti [31]. Invece non abbiamo a tutt'oggi evidenze circa l'effetto che l'assunzione di determinati alimenti/nutrienti nel travaglio, o immediatamente dopo la nascita potrebbero avere sulla salute del neonato, ma riteniamo che questo sia un argomento interessante da approfondire in studi futuri.

Farmaci durante il travaglio e il parto

IN QUESTA REVISIONE focalizzeremo la nostra attenzione sulla somministrazione di ossitocina sintetica e sulla profilassi antibiotica per lo streptococco. È dimostrato che la somministrazione di **ossitocina sintetica** durante il travaglio riduca la capacità di suzione neonatale e le possibilità di successo della pratica del *pelle a pelle* [32]. Un interessante studio condotto su topi ha dimostrato che somministrando ossitocina sintetica in singola dose subito dopo la nascita si determina un fenomeno di **“imprinting ormonale”** che modificherà il loro comportamento sociale e sessuale e quindi l'intera futura vita adulta del topo [33]. Ciò accade perché l'ossitocina sintetica, somministrata alla nascita, influenza il metabolismo della dopamina e della serotonina nell'ipotalamo dei cuccioli.

Essa infatti provoca una diminuzione del turnover nell'ipotalamo di questi due neurotrasmettitori che può agire sullo sviluppo di future malattie quali l'autismo e la schizofrenia. Bisogna però precisare che non si può sostenere che la somministrazione di ossitocina al parto determini da sola l'insorgere di malattie, poiché lo sviluppo di patologie così complesse, come l'autismo o la schizofrenia, è multifattoriale e richiede l'interazione di diversi fattori che agiscono sinergicamente. Una malattia genetica multifattoriale, non ancora pie-

“

Esistono evidenze che i macrolidi prescritti in gravidanza possano aumentare il rischio di paralisi cerebrale o di epilessia. L'uso di antibiotici in gravidanza è stato associato anche all'asma nel neonato



namente compresa, è la **sindrome di Prader-Willi**: questo disturbo neurogenetico è causato dall'alterazione di diversi geni contigui, incluso il gene MAGEL2. La sindrome di Prader-Willi presenta varie manifestazioni cliniche, tra cui scarsa capacità di suggerire e problemi di alimentazione. Usando un topo carente di MAGEL2 con mortalità neonatale del 50%, alterata insorgenza dell'attività di suzione e successiva alimentazione alterata, i ricercatori sono stati in grado di dimostrare che una singola iniezione di ossitocina sintetica, 3-5 ore dopo la nascita, è in grado di salvare i cuccioli mutanti con fenotipo MAGEL2, permettendo loro di sopravvivere. Inoltre, l'iniezione di uno specifico antagonista del recettore per l'ossitocina, nei cuccioli di tipo nativo, ha ricapitolato la carenza di alimentazione osservata nei mutanti di MAGEL2.

La somministrazione di un farmaco (in questo caso l'ossitocina sintetica) in un tempo così ricco di cambiamenti per il corpo umano, come il periodo del parto, può quindi avere effetti inattesi a breve ed a lungo termine. In soggetti predisposti e in particolari ambienti, la somministrazione di farmaci durante il travaglio e il parto può avere effetti non ancora del tutto chiariti. Alcuni studi affermano che l'ossitocina sintetica somministrata durante il travaglio potrebbe avere conseguenze negative sulla madre, ad esempio aumentando l'incidenza di emorragia materna [34].

Ciò accade perché l'ossitocina sintetica, usata per indurre o accelerare il travaglio, può desensibilizzare i recettori dell'ossitocina, compromettendo così la contrattilità uterina [35]. Inoltre è dimostrato che la somministrazione di ossitocina sintetica durante il travaglio può aumentare la prevalenza di depressione postpartum [36] e ridurre la capacità di allattamento delle donne [37]. Sono interessanti alcuni studi che dimostrano che gli effetti negativi di questo farmaco utilizzato durante il travaglio di parto sono evidenti ancora due mesi dopo il parto, portando a conseguenze impreviste, come allattamento non esclusivo al seno, sintomi depressivi, ansiosi e somatizzazioni [38].

Un recente studio ha evidenziato che l'ossitocina materna **modifica la relazione genitore-partner** durante il periodo di transizione perinatale [39]. Gli autori hanno analizzato i dati di uno studio longitudinale su 269 donne in cui l'ossitocina endogena è stata misurata nel plasma sanguigno durante il 1° e il 3° trimestre di gravidanza e a 7-9 settimane dopo il parto; la qualità delle relazioni tra genitori è stata valutata subito dopo il parto e due anni e mezzo dopo il parto. Dosaggi di ossitocina materna inferiori erano associati a un maggior rischio di dissoluzione della relazione con il partner durante l'infanzia del bambino. Per ogni aumento di unità standard nel livello medio di ossitocina endogena delle madri le probabilità che la relazione sopravvivesse erano 5,9 volte maggiori.

In pratica gli autori hanno dimostrato che **l'ossitocina endogena predice la sopravvivenza delle relazioni nelle coppie a lunga distanza di tempo dal parto**. Inoltre, un altro interessante studio afferma che l'analgesia epidurale, in associazione con l'infusione di ossitocina sintetica, può influenzare negativamente la produzione di ossitocina endogena [40]. Ciò che si può dedurre sarebbe semplice: più ossitocina sintetica è somministrata in travaglio, meno la puerpera è in grado di produrne nel post partum e meno ossitocina è prodotta nel post partum più è probabile che la coppia abbia problemi affettivi nel futuro. Naturalmente questo parallelismo sarebbe una riduzione semplicistica e a tutt'oggi non può essere confermato, poiché l'ossitocina è un ormone posto al centro di un complesso network ormonale che è evolutivamente arcaico [41].

Il suo effetto sul sistema relazionale e affettivo dei mammiferi dipende anche da molti altri fattori (genetici, ambientali, relazionali) e non esclusivamente dalla somministrazione di ossitocina sintetica, tuttavia questi risultati preliminari sono molto interessanti ed impongono un'ulteriore cauzione nella somministrazione di ossitocina sintetica. In uno studio recente sono stati misurati i livelli salivari di ossitocina in quaranta madri a basso reddito a 34-48 mesi dopo il parto. Le diadi madre-figlio sono state osservate nella loro casa, registrando e codificando videofilmati per analizzare i comportamenti genitoriali [42]. Lo stress iniziale delle madri è stato misurato usando una opportuna scala di valutazione.

I risultati hanno mostrato che **nelle madri con una esperienza positiva del parto si registrava una maggiore secrezione di ossitocina** e questa era associata ad una "genitorialità" più positiva. Al contrario nelle madri con esperienze negative al parto, la maggiore secrezione di ossitocina era associata a livelli più bassi di "genitorialità" positiva. Questo è un risultato straordinario poiché dimostra che l'ossitocina agisce con effetti diversi a seconda dei contesti e pone quindi in discussione molti risultati di studi longitudinali, seppur con campioni numerosi, che non abbiano tenuto conto del substrato differente di popolazione.

Per quanto riguarda invece l'utilizzo della terapia antibiotica in gravidanza, si può assumere che tra il 19 e il 44% delle donne ne facciano uso [43]. È dimostrato che l'uso di alcuni antibiotici durante la gravidanza aumenti il rischio di aborto spontaneo [44].

Esistono evidenze che i macrolidi prescritti in gravidanza possano aumentare il rischio di paralisi cerebrale o di epilessia [43]. L'uso di antibiotici in gravidanza è stato associato anche all'asma nel neonato [45]. Tutte queste evidenze suggeriscono quindi massima cautela prima di prescrivere un antibiotico durante la gestazione; la prescrizione di un antibiotico in gravidanza non può prescin-

dere da una attenta valutazione del rapporto costi-benefici. Un interessante studio ha dimostrato che il taglio cesareo e l'esposizione agli antibiotici nel secondo o terzo trimestre di gravidanza sono indipendentemente associati al rischio più alto di obesità infantile [46]. I risultati di questo studio sono molto interessanti, anche se non si può escludere che siano dovuti ad un'altra possibilità, ovvero che l'obesità infantile possa essere correlata non all'uso di antibiotici ma piuttosto a infezioni materne sottostanti che richiedevano l'uso di antibiotici. Sfortunatamente, la maggior parte degli studi nel campo dell'ostetricia si è concentrata sui benefici degli antibiotici e sulle complicanze materne e neonatali a breve termine e sono pochissimi gli studi che hanno preso in esame le conseguenze a lungo termine. Tuttavia l'associazione tra esposizione agli antibiotici in gravidanza e l'obesità in età infantile è stata dimostrata anche da un recente studio multicentrico [47]. È inoltre noto che l'utilizzo di antibiotici durante il periodo perinatale sia associato ad una maggiore resistenza agli antibiotici durante le infezioni batteriche gravi ad insorgenza tardiva infantile [48]. Attualmente la resistenza agli antibiotici è diventata un problema molto importante: in Italia si stima che la percentuale di E. Coli con resistenze a cefalosporine di terza generazione abbia superato il 50% [49]. Le analisi di specifici geni di resistenza agli antibiotici hanno mostrato una maggiore presenza di alcuni geni codificanti la beta-lattamasi in neonati le cui madri hanno ricevuto profilassi antibiotica intrapartum [50]. Tuttavia il vero problema non consiste nell'uso di antibiotici per la terapia di una reale malattia, perché i medici fanno scelte accurate, utilizzando un bilanciamento attento del rapporto costi/benefici. Il problema è l'uso dilagante ed eccessivo di antibiotici per la profilassi, una condizione in cui la malattia non esiste, ma lo scopo è prevenire una malattia che potrebbe apparire. Prendiamo l'esempio della profilassi dello streptococco di gruppo B. Il primo problema è lo screening e l'accuratezza del test per lo GBS. Un importante studio prospettico condotto su 559 pazienti ha dimostrato che tra le donne gravide che sono risultate negative per GBS a 35-36 settimane il 91% era ancora negativo al GBS quando il test è stato eseguito durante il travaglio. L'altro 9% è diventato GBS positivo. Questo 9% quindi non riceveva antibiotici.

Tra le donne gravide che sono risultate positive allo studio GBS a 35-36 settimane, l'84% era ancora GBS positivo quando il test è stato eseguito durante il travaglio. Tuttavia, il 16% delle persone positive al GBS è diventato GBS negativo nel momento in cui è entrato in travaglio. Questo 16% quindi ha ricevuto antibiotici non necessari [51]. Inoltre uno studio ha rilevato che un ceppo di Enterococcus faecalis beta-emolitico che agglutina gli antisieri del gruppo A, B, C, D, F e G di Lance-

“

Le diadi madre-figlio sono state osservate nella loro casa, registrando e codificando videofilmati per analizzare i comportamenti genitoriali. Lo stress iniziale delle madri è stato misurato usando una opportuna scala di valutazione. I risultati hanno mostrato che nelle madri con una esperienza positiva del parto si registrava una maggiore secrezione di ossitocina e questa era associata ad una "genitorialità" più positiva



“

Le convinzioni, la cultura e l'educazione degli operatori possono modificare i risultati relativi al parto, con conseguenti effetti importanti sulla salute a lungo termine del neonato e della madre

field è stato isolato da un tampone rettovaginale, nel contesto dello screening prenatale per GBS. Questo ha sollevato particolare preoccupazione, in quanto potrebbe simulare il GBS portando a false segnalazioni e a somministrazione inutile di antibiotici intrapartum [52].

Oggi sarebbe possibile migliorare l'adeguatezza dello screening utilizzando tecnologie già disponibili a basso costo come il **test Xpert GBS**, che è un test rapido a reazione a catena della polimerasi (PCR) per rilevare la colonizzazione di GBS in donne che stanno per partorire [53]. Il test di Xpert GBS potrebbe essere anche utilizzato per identificare la colonizzazione di GBS all'inizio del travaglio e potrebbe potenzialmente ridurre l'uso non necessario della profilassi antibiotica intrapartum. Il test rileva il GBS da campioni di tampone vaginale e rettale combinati e i risultati sono pronti in 50 minuti o meno, rispetto a 24-48 ore per le tecniche di coltura batterica convenzionale. Le singole cartucce del test costano 38,80 sterline [54]. Si può affermare che nel caso della profilassi antibiotica intrapartum la comunità professionale e scientifica ha valutato solo i costi e i benefici a breve termine, ma sono pochi gli studi sui costi benefici a lungo termine [55].

Stanno iniziando a emergere dati importanti circa gli effetti a lungo termine della profilassi antibiotica intrapartum; in uno studio prospettico longitudinale di una coorte di 198 bambini canadesi nati nel 2010-2012, gli autori hanno valutato il microbiota intestinale infantile ed hanno scoperto che a 3 mesi il microbiota differiva significativamente a seconda delle esposizioni di profilassi antibiotica intrapartum, e le differenze persistevano a 12 mesi per i bambini nati da taglio cesareo di emergenza [56]. Le differenze di microbiota erano particolarmente evidenti in seguito alla profilassi antibiotica intrapartum nel taglio cesareo d'urgenza, con alcuni cambiamenti: aumento dei Clostridiales e diminuzione delle Bacteroidaceae, persistenti 12 mesi dopo la nascita, in particolare tra i bambini non allattati al seno. Esiste una complessa interazione tra profilassi antibiotica intrapartum, modalità di parto e successivo allattamento al seno [57].

Lo sviluppo del microbiota intestinale del bambino è un processo sequenziale, che inizia in utero e continua durante i primi 3 anni di vita. Sappiamo che il microbiota è alterato nei bambini che nascono da taglio cesareo, che sono alimentati artificialmente o che sono trattati con antibiotici, rispetto a quei bambini che sono nati per via vaginale, che sono allattati al seno o non sono stati esposti agli antibiotici.

Non conosciamo ancora il perché questi atteggiamenti possano influenzare la salute futura dei bambini. L'ecosistema dell'intestino umano consiste in trilioni di batteri che formano un bioreattore alimentato da macronutrienti alimentari per produrre composti bioattivi; stanno emergendo

prove che, attraverso il sistema di comunicazione bidirezionale tra il sistema nervoso centrale e il tratto gastrointestinale, il microbioma intestinale possa anche influenzare lo sviluppo neurale, la cognizione e il comportamento [58]. Inoltre, l'uso intrapartum di antibiotici è associato alla esofagite eosinofila pediatrica [59], ed è considerato anche un potenziale fattore di rischio per lo sviluppo della malattia infiammatoria intestinale [60]. Diversi modelli animali hanno dimostrato che l'ambiente della prima infanzia influisce sullo sviluppo del tratto gastrointestinale [61]. Non esistono prove convincenti di benefici per madri o neonati derivanti dall'uso routinario di antibiotici per la PROM. La Cochrane recita: *“Dati i potenziali effetti collaterali non misurabili dell'uso di antibiotici, il potenziale per lo sviluppo di organismi resistenti e il basso rischio di infezione materna nel gruppo di controllo, l'uso routinario di antibiotici per la PROM, in assenza di infezione materna, deve essere evitato”* [62]. Solo nelle donne con latenza più lunga di 12 ore, gli antibiotici, somministrati profilatticamente, sono associati a tassi significativamente più bassi di corioamniosite del 51% e di endometrite dell'88% [63].

Le attuali evidenze non consentono di trarre conclusioni definitive sulla profilassi antibiotica per GBS; una review del 2017 riporta che *“nonostante un'ampia serie di eventi avversi riportati in 17 studi osservazionali e 13 studi randomizzati controllati, l'evidenza era incoerente e ad alto rischio di bias”* [64]. Tuttavia, i numerosi effetti collaterali osservati a breve termine, e soprattutto l'associazione con un microbioma neonatale alterato e il conseguente probabile sviluppo di malattie in futuro, dovrebbero suggerire l'adozione del principio di precauzione: è opportuno somministrare la profilassi antibiotica solo in caso di positività per il GBS, ovviamente avendo usato un metodo efficace per il suo rilevamento, o in caso di PROM superiore alle 12 ore [65].

Allattamento al seno

L'ALLATTAMENTO AL SENO è associato a benefici per la salute non solo nell'infanzia ma anche nell'età adulta. Nei bambini allattati al seno vi è una riduzione dell'incidenza di infezioni del tratto gastrointestinale, del tratto respiratorio e sono descritti anche effetti protettivi contro le malattie croniche come la celiachia, il diabete, l'obesità e le malattie infiammatorie croniche dell'intestino. **L'allattamento al seno comporta benefici anche nell'età adulta** perché è associato ad un minor rischio di sviluppare diabete di tipo 2, ipertensione, ipercolesterolemia, osteoporosi ed alcuni tipi di cancro [66-69]. L'allattamento al seno comporta effetti positivi sul neurosviluppo e sulle abilità cognitive in quanto i nutrienti nel latte materno non hanno una funzione esclusivamen-

“

Lo sviluppo del microbiota intestinale del bambino è un processo sequenziale, che inizia in utero e continua durante i primi 3 anni di vita. Sappiamo che il microbiota è alterato nei bambini che nascono da taglio cesareo, che sono alimentati artificialmente o che sono trattati con antibiotici, rispetto a quei bambini che sono nati per via vaginale, che sono allattati al seno e non sono stati esposti agli antibiotici

te nutritiva. Gli studi di biologia molecolare hanno dimostrato che i nutrienti possono modificare, direttamente o indirettamente, attraverso gli ormoni, l'espressione di molti geni [70]. In definitiva, **il latte materno è uno dei più importanti fattori epigenetici dopo la nascita**, essendo in grado di influenzare l'espressione genica e quindi anche il fenotipo. Il latte materno è in grado di modulare diverse funzioni fisiologiche e la protezione del neonato contro varie malattie. Ad esempio, per quanto riguarda l'obesità, uno studio ha valutato come l'allattamento al seno è in grado di contrastare gli effetti dannosi del polimorfismo del gene PPARG2 sugli adolescenti [71]. L'allattamento al seno è un fattore protettivo anche nei confronti dell'otite media [72]. Infine l'allattamento al seno è un fattore protettivo per lo sviluppo di molte malattie anche nella madre [73].

Modalità del parto

IL TAGLIO CESAREO può ridurre efficacemente la mortalità e la morbidità materna e perinatale se viene eseguito a causa di precise indicazioni mediche, ma non ci sono prove scientifiche che dimostrino i benefici del cesareo per madri e neonati quando non c'è giustificazione clinica [74]. Al contrario, è stato dimostrato che il taglio cesareo aumenta le morti materne, la morbidità materna, l'isterectomia peripartum, i ricoveri ospedalieri durante il puerperio, l'embolia del liquido amniotico e la malposizione placentare durante le successive gravidanze [75, 76]. Se consideriamo la salute neonatale, il taglio cesareo aumenta le lacerazioni iatrogene perinatali, i disturbi respiratori, rende più difficile l'adattamento cardiovascolare neonatale, riduce la probabilità di allattamento al seno, aumenta la probabilità di anemia, asma, laringite, gastroenterite, colite ulcerosa, celiachia, infezioni del tratto respiratorio inferiore, artrite giovanile idiopatica, morte, obesità, diabete di tipo 1, sindrome metabolica, cancro e leucemia [77-81].

Uno dei fattori più importanti per spiegare le suddette malattie è probabilmente la mancanza di “contaminazione batterica” attraverso il canale del parto [82].

Un numero sempre maggiore di evidenze ha dimostrato che la colonizzazione del primo microbiota esercita una forte influenza sullo stato di salute dell'individuo [83], ma sicuramente questo non è l'unico meccanismo che agisce. Infatti, nei parti cesarei di neonati che sono stati esposti al travaglio molti degli effetti negativi a lungo termine precedentemente descritti sono molto meno pronunciati o addirittura assenti [84]. Il fatto che una donna possa aver o meno travagliato, prima di eseguire un taglio cesareo, può cambiare l'atteggiamento e la risposta agli agenti esterni del sistema immunitario del neonato.



“

L'allattamento al seno comporta effetti positivi sul neurosviluppo e sulle abilità cognitive in quanto i nutrienti nel latte materno non hanno una funzione esclusivamente nutritiva

Il travaglio, soprattutto dopo la PROM, può determinare un'esposizione diversa a specifici microorganismi e questo porta nel neonato ad un aumento del numero di neutrofili e di cellule natural-killer, ad un aumento dei livelli di IL-13 e INF-gamma e IL-20. La diminuzione di questi fattori, come nel taglio cesareo elettivo, può alterare il rapporto Th1/ Th2, con conseguente maggiore rischio di sviluppare malattie immunologiche [85]. I cuccioli di ratto nati da taglio cesareo dimostrano cambiamenti a lungo termine nei livelli di dopamina, nel metabolismo nel nucleo accumbens e nella corteccia prefrontale [86]. La somministrazione di adrenalina ai ratti nati da cesareo, impedisce questi cambiamenti neurologici a lungo termine [87].

Il travaglio e il parto non sono semplici eventi meccanici, al contrario essi rappresentano un meccanismo altamente raffinato, che si è evoluto in milioni di anni di competizione attraverso mutazioni selettive per assicurare la salute futura di coloro che riescono ad attraversare il canale del parto, che rappresenta sicuramente l'evento a maggior rischio di tutta la nostra esistenza. I principali meccanismi attraverso i quali tutto ciò avviene sono: picchi ormonali o risposta allo stress associata al parto vaginale, trasferimento del microbioma materno al bambino durante il parto e trasmissione transgenerazionale dei tratti della malattia/salute attraverso l'epigenetica [88]. Tutti gli interventi al parto devono essere valutati secondo un principio ben preciso: *“primum non nocere”*. Semplicemente perché il taglio cesareo è una procedura relativamente sicura, le potenziali conseguenze a lungo termine non possono essere ignorate. **Le interazioni che si verificano al momento della nascita sono molto complesse e solo di recente i ricercatori hanno iniziato a chiarirle.** Ad esempio, l'alimentazione interagisce in modo strutturato con la modalità del parto. Elevati livelli di Streptococco sono presenti nelle feci di bambini le cui madri consumano elevate quantità di pesce e frutti di mare, se nati da parto spontaneo, viceversa si trovavano bassi livelli di Clostridium neonatale, se nati da taglio cesareo. L'elevato consumo di frutta nelle madri è associato a bassi livelli di Bifidobacterium nel caso di parto vaginale e a livelli elevati di quest'ultimo se la madre consuma grandi quantità di carne rossa e la nascita avviene tramite taglio cesareo [89]. Alcuni recenti studi hanno associato la modalità del parto anche in relazione con le capacità scolastiche degli adolescenti [90]. Questi autori, analizzando una corte di 1,489,925 nati, estratti dallo Swedish Medical Birth Register and National School Register, sono stati capaci di dimostrare, utilizzando la regressione logistica, una lieve associazione tra la nascita con taglio cesareo e la performance scolastica. Il taglio cesareo elettivo è stato associato ad una diminuzione del punteggio di 1-3 punti, laddove il



taglio cesareo d'emergenza è stato associato ad una diminuzione di punteggio di 2-5 punti. Naturalmente questi risultati, nonostante l'elevato numero di individui coinvolti, sono da considerarsi assolutamente preliminari e necessitano di ulteriori conferme. Gli stessi autori sono consapevoli che: *“the effect was quite small and given the complex nature of the relationship, should be interpreted with caution”*.

Stili di assistenza

È DIMOSTRATO che le madri di topi che ricevono più cure parentali (buone capacità genitoriali) danno alla luce una prole capace di una maggiore cura genitoriale, viceversa le madri che si occupano poco (scarse abilità genitoriali) dei loro cuccioli daranno origine ad una prole a sua volta anaffettiva. Si tratta della trasmissione di un comportamento; questa trasmissione può essere completamente capovolta se il cucciolo nato da una madre poco premurosa è affidato a una madre molto premurosa, il comportamento del cucciolo sarà quello della madre cui è stato affidato, dimostrando quindi che l'acquisizione di questo tratto comportamentale è acquisita e non genetica [91]. I cuccioli di topo, infatti, se esposti a “buone cure” ridurranno i processi di metilazione del DNA in una particolare posizione del loro codice genetico. Questa modifica viene attivata immediatamente dopo la nascita e persiste per tutta la vita [92].

I topi che vengono curati dalla madre reagiscono bene allo stress: sono in grado di attivare l'asse ipotalamico-ipofisi-surrene (HPA) e la successiva produzione di corticosteroidi. Il bilanciamento dell'asse HPA fa sì che i corticosteroidi inibiscano gli ormoni ipotalamici e impediscano che un eccesso di questi possa influenzare il sistema im-

munitario. Ciò che determina questo equilibrio è il numero di recettori per i glucocorticoidi nell'ipotalamo, determinato da fattori genetici ed epigenetici, da cui dipenderà la salute futura del topo per tutta la sua vita [93]. Per analogia, è opportuno che le madri e i bambini stiano in contatto diretto almeno per le prime 1-2 ore dopo la nascita. Nel cosiddetto *pelle a pelle*, il bambino è nudo e viene posto sul petto nudo della madre, tra i suoi seni. I benefici di tale cura possono persistere per anni [94]. Questi pochi esempi mostrano quali opportunità hanno le ostetriche quando assistono un parto, essi vanno ben oltre il singolo momento. Infatti, durante i primi momenti della vita molte sequenze nucleotidiche sono attivate e disattivate, le modalità con cui questo processo ha luogo determineranno conseguenze a lungo termine. **Un esempio affascinante è quello che si verifica variando il tempo di clampaggio del cordone ombelicale alla nascita** (CC). Randomizzando i neonati da gravidanza normale in due gruppi: clampaggio ritardato (≥ 180 secondi dopo il parto) o clampaggio precoce (≤ 10 secondi dopo il parto), i ricercatori svedesi hanno scoperto che a 4 anni di età, i bambini che avevano goduto di un clampaggio ritardato, specialmente i maschi, avevano abilità motorie e sociali migliori degli altri, indicando che l'ottimizzazione del tempo di CC può influenzare il neurosviluppo a lungo termine in una popolazione a basso rischio di bambini nati in una nazione ad alto reddito [95].

La moda (modalità di assistenza) del reparto in cui avviene la nascita

COSA DESIDERANO le donne? Un'esperienza positiva, che ha soddisfatto o superato le loro precedenti convinzioni personali e socioculturali e

“

Cosa desiderano le donne? Un'esperienza positiva, che ha soddisfatto o superato le loro precedenti convinzioni personali e socioculturali e le loro aspettative



le loro aspettative. Ciò include la nascita di un bambino in un ambiente clinicamente e psicologicamente sicuro, con supporto pratico ed emotivo da parte di chi le accompagna in questo particolare momento e da parte del personale clinico competente [96]. Tuttavia, non dovremmo pensare che tutto ciò sia “solo” il desiderio delle donne e dei loro compagni; viceversa, partorire in un luogo in cui gli operatori cercano di soddisfare tali desideri ha effetti significativi sull'esito del parto e, in definitiva, sul futuro della salute neonatale e materna. L'atteggiamento di predisposizione nei confronti del taglio cesareo [97] e dell'episiotomia [98] per esempio, conduce a differenze altamente significative in termini di tassi di tagli cesarei ed episiotomie: è ampiamente dimostrato che tali differenze non siano dovute solo a popolazioni diverse, ma, soprattutto, alla diversa cultura degli operatori [99-100].

L'atteggiamento nei confronti del parto operativo vaginale si presta bene ad esemplificare l'importanza dei fattori culturali degli operatori nel determinare differenti approcci al parto. Le percentuali di parto vaginale operativo mostrano un'ampia variazione geografica. I tassi medi attualmente riportati sono del 10-15% negli Stati Uniti [101]. Nel Regno Unito, le percentuali oscillano tra il 10% e il 13% negli ultimi anni [102]. Negli Stati Uniti si osserva una relazione lineare inversa tra l'uso del parto operativo vaginale e il taglio cesareo [101]. L'uso di tecniche operative vaginali è storicamente molto meno frequente in Italia, sebbene con percentuali che variano notevolmente a seconda degli ospedali. In Italia, al contrario di ciò che avviene negli USA, i luoghi di parto che hanno un approccio meno interventistico hanno, in genere, una percentuale minore di tagli cesarei e anche minori tassi di parto operativo vaginale (103).

È una cultura diffusa in alcuni dipartimenti ospedalieri, che presuppone la capacità delle donne di partorire spontaneamente nella maggior parte dei casi, se assistite con arte e con empatia dal personale. Come abbiamo visto in questa breve rassegna, le convinzioni, la cultura e l'educazione degli operatori possono modificare i risultati relativi al parto, con conseguenti effetti importanti sulla salute a lungo termine del neonato e della madre. Ciò che è stato detto apre grandi opportunità educative, da mettere in atto nelle equipe che assistono al parto. Sfortunatamente, a nostra conoscenza, non ci sono stati studi randomizzati controllati o trial randomizzati a cluster che hanno valutato gli esiti perinatali a lungo termine in relazione allo stile di cura degli operatori durante il parto. Non ci sono prove sufficienti per valutare l'efficacia delle strutture di maternità e l'attitudine degli operatori nel migliorare gli esiti materni e neonatali nel lungo termine, tuttavia anche questo potrebbe essere un campo di studi molto promettente.

CONCLUSIONI

Studi recenti suggeriscono che non solo i genitori possono modellare la salute dei neonati, ma anche le modalità, i luoghi della nascita e lo stile assistenziale possono svolgere un ruolo molto importante nel determinare la salute futura della diade materna e fetale.

IL MECCANISMO attraverso cui i cambiamenti nell'assistenza durante il periodo della nascita determinano cambiamenti a lungo termine nella salute del nascituro potrebbe essere mediato dalla risposta alle perturbazioni stocastiche, che possono essere mutate, incentivate o ridotte dagli interventi durante il parto. Elisabet Pujadas e Andrew P. Feinberg [20] hanno descritto un interessante modello partendo dall'originale e primigenio modello di Waddington. Tuttavia Waddington leggeva il paesaggio epigenetico in modo deterministico; nel suo modello i cambiamenti erano sempre determinati dai geni. Il modello proposto da Elisabet Pujadas e Andrew P. Feinberg è interessante poiché gli autori sostengono che: *“the stochastic part of the function it is regulated by the developmental state of the cell, and it also depends on the cell's microenvironment when it is in that particular developmental state. This means that the epigenome can developmentally regulate the degree to which external (environmental) noise can influence its own landscape and can explain in a theoretical way the high frequency of transitions arising normally during development and disease...”*.

In questo modo l'eterogeneità fenotipica non genetica, che accade per caso, potrebbe evolversi, per selezione artificiale indotta, verso una differente distribuzione di fenotipi. Qualora confermato, questo modello si presterebbe perfettamente a spiegare perché le modificazioni indotte dall'assistenza durante il parto possono condurre a modificazioni della vita dell'individuo, nel lungo termine. I mal adattamenti subiti durante la nascita possono stabilire punti di regolazione, per una traiettoria di sviluppo che condurrà alle future patologie. Diventa di fondamentale importanza che le equipe che assistono il parto tengano conto di questo concetto e di

conseguenza si preoccupino non solo della salute a breve termine, ma anche di come i gesti essenziali, eseguiti durante l'assistenza al parto, influenzino la vita futura del bambino e della madre e la loro salute a lungo termine.

È intuitivo che un organismo sia fortemente influenzato dai messaggi che riceve nella vita intrauterina. Questi messaggi ambientali sono gli strumenti che permettono al nuovo organismo di affrontare l'ambiente esterno, soprattutto nel momento di “rivoluzione” che è la nascita, ovvero l'istante in cui smettiamo di vivere in ambiente acquatico per passare alla vita esterna, dove l'ossigeno va guadagnato respirando.

«Ogni giorno nel mondo nascono 400 mila bambini. Nessuno di loro sceglie il genere, l'appartenenza etnica, il luogo in cui si è venuti al mondo. Né le condizioni economiche e sociali della famiglia. Il punto di partenza della vita è una lotteria» [104].

Così scrive la Banca mondiale nel rapporto che descrive la mobilità tra generazioni nel mondo. Alla nascita cambia tutto: la circolazione ematica, la luce, la gravità, l'alimentazione, etc. La modalità della nascita è fortemente condizionata dalla cultura e dalla pratica del luogo in cui si nasce. Nella lotteria della nascita noi abbiamo un potere. La consapevolezza di questo potere e delle possibili implicazioni nella vita futura degli organismi, dovrebbe guidare tutte le nostre scelte. Anche perché, maggior salute per i singoli organismi adulti significa maggior salute del sistema, riduzione dei costi per l'assistenza medica e la possibilità di estendere le cure utili ad una porzione sempre maggiore della popolazione mondiale.

La conoscenza, la condivisione delle evidenze, il rispetto e l'empatia, sono gli strumenti che ci possono guidare per fare il meglio possibile in sala parto.

BIBLIOGRAFIA

- [1] «<https://en.oxforddictionaries.com/definition/environment>».
- [2] «<https://www.dictionary.com/browse/imprinting>».
- [3] J. M. Rice, «Perinatal Period and Pregnancy: Intervals of High Risk for Chemical Carcinogens», *Environmental Health Perspectives*, vol. 29, pagg. 23-27, 1979.
- [4] D. P. Barlow e M. S. Bartolomei, «Genomic imprinting in mammals.», *Cold Spring Harb. Perspect. Biol.*, vol. 6, n. 2, feb. 2014.
- [5] N. M. Springer e K. M. McGinnis, «Paramutation in evolution, population genetics and breeding.», *Semin. Cell Dev. Biol.*, vol. 44, pagg. 33-38, ago. 2015.
- [6] P. A. Steffen e L. Ringrose, «What are memories made of? How Polycomb and Trithorax proteins mediate epigenetic memory.», *Nat. Rev. Mol. Cell Biol.*, vol. 15, n. 5, pagg. 340-356, mag. 2014.
- [7] G. Csaba, «The Present and Future of Human Sexuality: Impact of Faulty Perinatal Hormonal Imprinting.», *Sex. Med. Rev.*, vol. 5, n. 2, pagg. 163-169, apr. 2017.
- [8] A. C. Beckstrom, P. Tanya, E. M. Humston, L. R. Snyder, R. E. Synovec, e S. E. Juul, «The perinatal transition of the circulating metabolome in a nonhuman primate.», *Pediatr. Res.*, vol. 71, n. 4 Pt 1, pagg. 338-344, apr. 2012.
- [9] R. E. Mohler, B. P. Tu, K. M. Dombek, J. C. Hoggard, E. T. Young, e R. E. Synovec, «Identification and evaluation of cycling yeast metabolites in two-dimensional comprehensive gas chromatography-time-of-flight-mass spectrometry data.», *J. Chromatogr. A*, vol. 1186, n. 1-2, pagg. 401-411, apr. 2008.
- [10] E. M. Humston, K. M. Dombek, J. C. Hoggard, E. T. Young, e R. E. Synovec, «Time-Dependent Profiling of Metabolites from Snf1 Mutant and Wild Type Yeast Cells.», *Anal. Chem.*, vol. 80, n. 21, pagg. 8002-8011, nov. 2008.
- [11] C. P. Downes e A. N. Carter, «Inositol lipids and phosphates.», *Curr. Opin. Cell Biol.*, vol. 2, n. 2, pagg. 185-191, apr. 1990.
- [12] Meloni A. et al., «PROM and Labour Effects on Urinary Metabolome: A Pilot Study», *Dis. Markers*, vol. 2018, pag. 9.
- [13] E. M. Rehbinder et al., «Is amniotic fluid of women with uncomplicated term pregnancies free of bacteria?», *Am. J. Obstet. Gynecol.*, vol. 219, n. 3, pagg. 289.e1-289.e12, set. 2018.
- [14] K. Aagaard, J. Ma, K. M. Antony, R. Ganu, J. Petrosino, e J. Versalovic, «The Placenta Harbors a Unique Microbiome», *Sci. Transl. Med.*, vol. 6, n. 237, pagg. 237ra65-237ra65, mag. 2014.

- [15] Toni Harman, «Shortchanging a Baby's Microbiome C-sections and formula feeding could be interfering with a critical biological process», *Scientific American*, 14-feb-2017.
- [16] A. Schumacher, S.-D. Costa, e A. C. Zenclussen, «Endocrine factors modulating immune responses in pregnancy.», *Front. Immunol.*, vol. 5, pag. 196, 2014.
- [17] B. Vasarhelyi e T. Tulassay, «Endocrine Factors Determining Immune Polarization during Perinatal Transition.», *Klin. Padiatr.*, vol. 229, n. 5, pagg. 261–266, set. 2017.
- [18] Goldman A. S., «Animal models of inborn errors of steroidogenesis and steroid action. Hoppe Seylers Z. Physiol. Chem.», *Hoppe Seylers Z. Physiol. Chem.*, vol. 351, pagg. 426–436, 1970.
- [19] J. P. Curley e F. A. Champagne, «Influence of maternal care on the developing brain: Mechanisms, temporal dynamics and sensitive periods.», *Front. Neuroendocrinol.*, vol. 40, pagg. 52–66, gen. 2016.
- [20] E. Pujadas e A. P. Feinberg, «Regulated noise in the epigenetic landscape of development and disease.», *Cell*, vol. 148, n. 6, pagg. 1123–1131, mar. 2012.
- [21] S. F. Gilbert, T. C. G. Bosch, e C. Ledón-Rettig, «Eco-Evo-Devo: developmental symbiosis and developmental plasticity as evolutionary agents», *Nat. Rev. Genet.*, vol. 16, pag. 611, set. 2015.
- [22] Fedoroff N e Fontana W, «Genetic networks. Small numbers of big molecules.», *Science*, vol. 297, pagg. 1129–1131, 2002.
- [23] Delbrück M, «Statistical fluctuations in autocatalytic reactions», *Journal of Chemical Physics.*, vol. 8, pag. 5, 1940.
- [24] D. J. Barker, «Fetal origins of coronary heart disease.», *BMJ*, vol. 311, n. 6998, pagg. 171–174, lug. 1995.
- [25] Paul Cilliers, «Complexity and postmodernism», http://www.academia.edu/1948103/Complexity_and_Postmodernism.
- [26] D. Rickles, P. Hawe, e A. Shiell, «A simple guide to chaos and complexity.», *J. Epidemiol. Community Health*, vol. 61, n. 11, pagg. 933–937, nov. 2007.
- [27] M. Singata, J. Tranmer, e G. M. Gyte, «Restricting oral fluid and food intake during labour.», *Cochrane Database Syst. Rev.*, n. 1, pag. CD003930, gen. 2010.
- [28] R. K. Edwards, C. A. Reed, K. S. Villano, J. L. Holmes, S. Tong, e J. K. Davies, «Effect of hydration on spontaneous labor outcomes in nulliparous pregnant women: a multicenter randomized controlled trial comparing three methods.», *Am. J. Perinatol.*, vol. 31, n. 6, pagg. 455–462, giu. 2014.
- [29] G. Garmi, S. Suarez-Easton, N. Zafran, I. Ohel, I. Berkovich, e R. Salim, «The effect of type and volume of fluid hydration on labor duration of nulliparous women: a randomized controlled trial.», *Arch. Gynecol. Obstet.*, vol. 295, n. 6, pagg. 1407–1412, giu. 2017.
- [30] A. Fong, A. E. Serra, D. Caballero, T. J. Garite, e V. K. Shrivastava, «A randomized, double-blinded, controlled trial of the effects of fluid rate and/or presence of dextrose in intravenous fluids on the labor course of nulliparas.», *Am. J. Obstet. Gynecol.*, vol. 217, n. 2, pagg. 208.e1-208.e7, ago. 2017.
- [31] E. Wiberg-Itzel, S. Wray, e H. Akerud, «A randomized controlled trial of a new treatment for labor dystocia.», *J. Matern.-Fetal Neonatal Med. Off. J. Eur. Assoc. Perinat. Med. Fed. Asia Ocean. Perinat. Soc. Int. Soc. Perinat. Obstet.*, vol. 31, n. 17, pagg. 2237–2244, set. 2018.
- [32] K. Brimdyr *et al.*, «The Association Between Common Labor Drugs and Suckling When Skin-to-Skin During the First Hour After Birth.», *Birth Berkeley Calif*, vol. 42, n. 4, pagg. 319–328, dic. 2015.
- [33] F. Hashemi, K. Tekes, R. Laufer, P. Szegi, L. Tothfalusi, e G. Csaba, «Effect of a single neonatal oxytocin treatment (hormonal imprinting) on the biogenic amine level of the adult rat brain: could oxytocin-induced labor cause pervasive developmental diseases?», *Reprod. Sci. Thousand Oaks Calif*, vol. 20, n. 10, pagg. 1255–1263, ott. 2013.
- [34] J. Belghiti, G. Kayem, C. Dupont, R.-C. Rudigoz, M.-H. Bouvier-Colle, e C. Deneux-Tharaux, «Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: a population-based, cohort-nested case–control study», *BMJ Open*, vol. 1, n. 2, gen. 2011.
- [35] S. Phaneuf, B. Rodríguez Linares, R. L. TambyRaja, I. Z. MacKenzie, e A. Lopez Bernal, «Loss of myometrial oxytocin receptors during oxytocin-induced and oxytocin-augmented labour.», *J. Reprod. Fertil.*, vol. 120, n. 1, pagg. 91–97, set. 2000.
- [36] C. Cardaillac, C. Rua, E. G. Simon, e W. El-Hage, «[Oxytocin and postpartum depression].», *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris)*, vol. 45, n. 8, pagg. 786–795, ott. 2016.
- [37] A. Ragusa, A. Svelato, R. Silberstein, e D. Rinaldo, *Does the use of Oxytocin in the Third Stage of Labour have an Impact on Breastfed Babies Health? Looking for a Viable Alternative*, vol. 5, 2017.
- [38] V. Gu *et al.*, «Intrapartum Synthetic Oxytocin and Its Effects on Maternal Well-Being at 2 Months Postpartum.», *Birth Berkeley Calif*, vol. 43, n. 1, pagg. 28–35, mar. 2016.
- [39] C. S. Sunahara *et al.*, «Maternal oxytocin predicts relationship survival during the perinatal transition period: Preliminary evidence.», *Int. J. Psychophysiol. Off. J. Int. Organ. Psychophysiol.*, apr. 2018.
- [40] K. Jonas, L. M. Johansson, E. Nissen, M. Ejdeback, A. B. Ransjö-Arvidson, e K. Uvnäs-Moberg, «Effects of intrapartum oxytocin administration and epidural analgesia on the concentration of plasma oxytocin and prolactin, in response to suckling during the second day postpartum.», *Breastfeed. Med. Off. J. Acad. Breastfeed. Med.*, vol. 4, n. 2, pagg. 71–82, giu. 2009.
- [41] H. Shen, *Neuroscience: The hard science of oxytocin*, vol. 522. 2015.
- [42] M. M. Julian *et al.*, «Oxytocin and parenting behavior among impoverished mothers with low vs. high early life stress.», *Arch. Womens Ment. Health*, vol. 21, n. 3, pagg. 375–382, giu. 2018.
- [43] W. H. Meeraus, I. Petersen, e R. Gilbert, «Association between antibiotic prescribing in pregnancy and cerebral palsy or epilepsy in children born at term: a cohort study using the health improvement network.», *PLoS One*, vol. 10, n. 3, pag. e0122034, 2015.
- [44] F. T. Muanda, O. Sheehy, e A. Berard, «Use of antibiotics during pregnancy and risk of spontaneous abortion.», *CMAJ Can. Med. Assoc. J. J. Assoc. Medicales Can.*, vol. 189, n. 17, pagg. E625–E633, mag. 2017.
- [45] K. Loewen, B. Monchka, S. M. Mahmud, G. 't Jong, e M. B. Azad, «Prenatal antibiotic exposure and childhood asthma: a population-based study.», *Eur. Respir. J.*, vol. 52, n. 1, lug. 2018.
- [46] N. T. Mueller *et al.*, «Prenatal exposure to antibiotics, cesarean section and risk of childhood obesity.», *Int. J. Obes. 2005*, vol. 39, n. 4, pagg. 665–670, apr. 2015.
- [47] B. Wang *et al.*, «Prenatal Exposure to Antibiotics and Risk of Childhood Obesity in a Multi-Center Cohort Study.», *Am. J. Epidemiol.*, giu. 2018.
- [48] L. Ashkenazi-Hoffnung, N. Melamed, A. Ben-Haroush, G. Livni, J. Amir, e E. Bilavsky, «The association of intrapartum antibiotic exposure with the incidence and antibiotic resistance of infantile late-onset serious bacterial infections.», *Clin. Pediatr. (Phila.)*, vol. 50, n. 9, pagg. 827–833, set. 2011.
- [49] «<https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/antimicrobial-resistance-europe-2015.pdf>».
- [50] A. Nogacka *et al.*, «Impact of intrapartum antimicrobial prophylaxis upon the intestinal microbiota and the prevalence of antibiotic resistance genes in vaginally delivered full-term neonates.», *Microbiome*, vol. 5, n. 1, pag. 93, ago. 2017.
- [51] B. C. Young, L. E. Dodge, M. Gupta, J. S. Rhee, e M. R. Hacker, «Evaluation of a rapid, real-time intrapartum group B streptococcus assay.», *Am. J. Obstet. Gynecol.*, vol. 205, n. 4, pagg. 372.e1–6, ott. 2011.
- [52] V. Savini *et al.*, «Could beta-hemolytic, group B Enterococcus faecalis be mistaken for Streptococcus agalactiae?», *Diagn. Microbiol. Infect. Dis.*, vol. 82, n. 1, pagg. 32–33, mag. 2015.
- [53] «www.cephheid.com/us/cephheid-solutions/clinical-ivd-tests/sexual-health/xpert-gbs».
- [54] NICE, «Xpert GBS test for the intrapartum detection of group B streptococcus». 21-apr-2015.
- [55] A. Ragusa e A. Svelato, «Adjunctive Azithromycin Prophylaxis for Cesarean Delivery.», *N. Engl. J. Med.*, vol. 376, n. 2, pagg. 181–182, gen. 2017.
- [56] M. B. Azad *et al.*, «Impact of maternal intrapartum antibiotics, method of birth and breastfeeding on gut microbiota during the first year of life: a prospective cohort study.», *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.*, vol. 123, n. 6, pagg. 983–993, mag. 2016.
- [57] N. A. Bokulich *et al.*, «Antibiotics, birth mode, and diet shape microbiome maturation during early life», *Sci. Transl. Med.*, vol. 8, n. 343, pagg. 343ra82-343ra82, giu. 2016.
- [58] G. B. Rogers, D. J. Keating, R. L. Young, M.-L. Wong, J. Licinio, e S. Wesselingh, «From gut dysbiosis to altered brain function and mental illness: mechanisms and pathways.», *Mol. Psychiatry*, vol. 21, n. 6, pagg. 738–748, giu. 2016.
- [59] E. T. Jensen, J. T. Kuhl, L. J. Martin, M. E. Rothenberg, e E. S. Dellon, «Prenatal, intrapartum, and postnatal factors are associated with pediatric eosinophilic esophagitis.», *J. Allergy Clin. Immunol.*, vol. 141, n. 1, pagg. 214–222, gen. 2018.
- [60] A. N. Ananthakrishnan *et al.*, «Environmental triggers in IBD: a review of progress and evidence.», *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol.*, vol. 15, n. 1, pagg. 39–49, gen. 2018.
- [61] D. Ley, J.-L. Desseyn, M. Mischke, J. Knol, D. Turck, e F. Gottrand, «Early-life origin of intestinal inflammatory disorders.», *Nutr. Rev.*, vol. 75, n. 3, pagg. 175–187, mar. 2017.
- [62] Wojcieszek AM, Stock OM, e Flenady V, «Antibiotics for prelabour rupture of membranes at or nearer term (Review)». Cochrane Database of Systematic Reviews, 2014.
- [63] «<https://www.2minutemedicine.com/no-benefit-antibiotics-term-rupture-membranes>».
- [64] F. Seedat *et al.*, «Adverse events in women and children who have received intrapartum antibiotic prophylaxis treatment: a systematic review», *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 17, pag. 247, 2017.
- [65] «<http://www.precautionaryprinciple.eu>».
- [66] V. Moran *et al.*, *Nutritional requirements during lactation. Towards European alignment of reference values: The EURRECA network*, vol. 6 Suppl 2. 2010.
- [67] J. E. Williams *et al.*, «Human Milk Microbial Community Structure Is Relatively Stable and Related to Variations in Macronutrient and Micronutrient Intakes in Healthy Lactating Women.», *J. Nutr.*, vol. 147, n. 9, pagg. 1739–1748, set. 2017.
- [68] World Health Organization e UNICEF, «Global strategy for infant and young child feeding». 2003.
- [69] F. Marangoni *et al.*, «Maternal Diet and Nutrient Requirements in Pregnancy and Breastfeeding. An Italian Consensus Document.», *Nutrients*, vol. 8, n. 10, ott. 2016.
- [70] E. Verduci *et al.*, «Epigenetic effects of human breast milk.», *Nutrients*, vol. 6, n. 4, pagg. 1711–1724, apr. 2014.
- [71] C. Verier *et al.*, «Breast-feeding modulates the influence of the peroxisome proliferator-activated receptor-gamma (PPARG2) Pro12Ala polymorphism on adiposity in adolescents: The Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence (HELENA) cross-sectional study.», *Diabetes Care*, vol. 33, n. 1, pagg. 190–196, gen. 2010.
- [72] O. Miljanovic, B. Cikota-Aleksic, D. Likic, D. Vojvodic, O. Jovicevic, e Z. Magic, «Association of cytokine gene polymorphisms and risk factors with otitis media proneness in children.», *Eur. J. Pediatr.*, vol. 175, n. 6, pagg. 809–815, giu. 2016.
- [73] S. Ip *et al.*, «Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries.», *Evid. Reporttechnology Assess.*, n. 153, pagg. 1–186, apr. 2007.
- [74] A. P. Betran, M. R. Torloni, J. J. Zhang, e A. M. Gulmezoglu, «WHO Statement on Caesarean Section Rates.», *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.*, vol. 123, n. 5, pagg. 667–670, apr. 2016.
- [75] I. Mylonas e K. Friese, «Indications for and Risks of Elective Cesarean Section», *Dtsch. Ärztebl. Int.*, vol. 112, n. 29–30, pagg. 489–495, lug. 2015.
- [76] T. Lavender, G. J. Hofmeyr, J. P. Neilson, C. Kingdon, e G. M. L. Gyte, «Caesarean section for non-medical reasons at term.», *Cochrane Database Syst. Rev.*, n. 3, pag. CD004660, mar. 2012.
- [77] P. Bager, J. Wohlfahrt, e T. Westergaard, «Caesarean delivery and risk of atopy and allergic disease: meta-analyses.», *Clin. Exp. Allergy J. Br. Soc. Allergy Clin. Immunol.*, vol. 38, n. 4, pagg. 634–642, apr. 2008.
- [78] S. Thavagnanam, J. Fleming, A. Bromley, M. D. Shields, e C. R. Cardwell, «A meta-analysis of the association between Caesarean section and childhood asthma.», *Clin. Exp. Allergy J. Br. Soc. Allergy Clin. Immunol.*, vol. 38, n. 4, pagg. 629–633, apr. 2008.
- [79] N. T. Mueller *et al.*, «Does vaginal delivery mitigate or strengthen the intergenerational association of overweight and obesity? Findings from the Boston Birth Cohort.», *Int. J. Obes. 2005*, vol. 41, n. 4, pagg. 497–501, apr. 2017.
- [80] C. R. Cardwell *et al.*, «Caesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type 1 diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies.», *Diabetologia*, vol. 51, n. 5, pagg. 726–735, mag. 2008.
- [81] Z. Pei *et al.*, «Cesarean delivery and risk of childhood obesity.», *J. Pediatr.*, vol. 164, n. 5, pagg. 1068-1073.e2, mag. 2014.
- [82] M. G. Dominguez-Bello *et al.*, «Delivery mode shapes the acquisition and structure of the initial microbiota across multiple body habitats in newborns.», *Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A.*, vol. 107, n. 26, pagg. 11971–11975, giu. 2010.
- [83] J. L. Kaplan, H. N. Shi, e W. A. Walker, «The role of microbes in developmental immunologic programming.», *Pediatr. Res.*, vol. 69, n. 6, pagg. 465–472, giu. 2011.
- [84] A. H. Thysen *et al.*, «Prelabor cesarean section bypasses natural immune cell maturation.», *J. Allergy Clin. Immunol.*, vol. 136, n. 4, pagg. 1123-1125.e6, ott. 2015.
- [85] B. Thilaganathan, N. Meher-Homji, e K. H. Nicolaides, «Labor: an immunologically beneficial process for the neonate.», *Am. J. Obstet. Gynecol.*, vol. 171, n. 5, pagg. 1271–1272, nov. 1994.
- [86] B. F. El-Khodori e P. Boksa, «Long-term reciprocal changes in prefrontal dopamine levels in prefrontal cortex versus nucleus accumbens in rats born by Caesarean section compared to vaginal birth.», *Exp. Neurol.*, vol. 145, n. 1, pagg. 118–129, mag. 1997.
- [87] P. Boksa e Y. Zhang, «Epinephrine administration at birth prevents long-term changes in dopaminergic parameters caused by Cesarean section birth in the rat.», *Psychopharmacology (Berl.)*, vol. 200, n. 3, pagg. 381–391, ott. 2008.
- [88] R. M. Tribe, P. D. Taylor, N. M. Kelly, D. Rees, J. Sandall, e H. P. Kennedy, «Parturition and the perinatal period: can mode of delivery impact on the future health of the neonate?», *J. Physiol.*, mar. 2018.
- [89] S. N. Lundgren *et al.*, «Maternal diet during pregnancy is related with the infant stool microbiome in a delivery mode-dependent manner», *Microbiome*, vol. 6, n. 1, pag. 109, lug. 2018.
- [90] E. A. Curran *et al.*, «Birth by caesarean section and school performance in Swedish adolescents- a population-based study», *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 17, n. 1, pag. 121, apr. 2017.
- [91] F. A. Champagne, «Maternal imprints and the origins of variation», *Horm. Behav.*, vol. 60, n. 1, pagg. 4–11, giu. 2011.
- [92] J. Chen, A. N. Evans, Y. Liu, M. Honda, J. M. Saavedra, e G. Aguilera, «Maternal deprivation in rats is associated with corticotrophin-releasing hormone (CRH) promoter hypomethylation and enhances CRH transcriptional responses to stress in adulthood.», *J. Neuroendocrinol.*, vol. 24, n. 7, pagg. 1055–1064, lug. 2012.
- [93] K. M. Radtke *et al.*, «Epigenetic modifications of the glucocorticoid receptor gene are associated with the vulnerability to psychopathology in childhood maltreatment.», *Transl. Psychiatry*, vol. 5, pag. e571, mag. 2015.
- [94] E. R. Moore, G. C. Anderson, N. Bergman, e T. Dowswell, «Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants», *Cochrane Database Syst. Rev.*, vol. 5, pagg. CD003519–CD003519, mag. 2012.
- [95] O. Andersson, B. Lindquist, M. Lindgren, K. Stjernqvist, M. Domellof, e L. Hellstrom-Westas, «Effect of Delayed Cord Clamping on Neurodevelopment at 4 Years of Age: A Randomized Clinical Trial.», *JAMA Pediatr.*, vol. 169, n. 7, pagg. 631–638, lug. 2015.
- [96] S. Downe, K. Finlayson, O. Oladapo, M. Bonet, e A. M. Gulmezoglu, «What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review.», *PLoS One*, vol. 13, n. 4, pag. e0194906, 2018.
- [97] F. Monari, S. Di Mario, F. Facchinetti, e V. Basevi, «Obstetricians' and midwives' attitudes toward cesarean section.», *Birth Berkeley Calif*, vol. 35, n. 2, pagg. 129–135, giu. 2008.
- [98] A. T. Trinh, C. L. Roberts, e A. J. Ampt, «Knowledge, attitude and experience of episiotomy use among obstetricians and midwives in Viet Nam.», *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 15, pag. 101, apr. 2015.
- [99] F. Monari, S. Di Mario, F. Facchinetti, e V. Basevi, «Obstetricians' and Midwives' Attitudes toward Cesarean Section», *Birth*, vol. 35, n. 2, pagg. 129–135, mag. 2008.
- [100] M. Macleod e D. J. Murphy, «Operative vaginal delivery and the use of episiotomy—a survey of practice in the United Kingdom and Ireland.», *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, vol. 136, n. 2, pagg. 178–183, feb. 2008.
- [101] A. F. Gei, «Prevention of the first cesarean delivery: the role of operative vaginal delivery.», *Semin. Perinatol.*, vol. 36, n. 5, pagg. 365–373, ott. 2012.
- [102] «Operative Vaginal Delivery». Green–top Guideline No. 26. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, gen-2011.
- [103] Antonio Ragusa e Sara D'Avino; IL PARTO OPERATIVO CON VENTOSA OMNICUP; in: "Periodo espulsivo e dintorni"; di Luana Danti. Ed. Piccin, 2017.
- [104] "Narayan, Ambar; Van der Weide, Roy; Cojocar, Alexandru; Lakner, Christoph; Redaelli, Silvia; Mahler, Daniel Gerszon; Ramasubbaiah, Rakesh Gupta N.; Thewissen, Stefan. 2018. Fair Progress?: Economic Mobility Across Generations Around the World. Equity and Development. Washington, DC: World Bank. © World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/28428> License: CC BY 3.0 IGO."

SEGUE DA PAGINA 7

È allarme per le mamme “suicide”: sono il 9% di tutte le morti materne

“All’aumento del desiderio di avere un figlio dopo i quarant’anni, fa eco un incremento del ricorso all’interruzione volontaria di gravidanza (Ivg) da parte delle donne più giovani, in particolare nella fascia d’età 18-25 anni

tensione arteriosa, gestosi, ma anche ad una più alta probabilità di parti pretermine e basso peso alla nascita nonché a una maggiore incidenza di morte materna e perinatale. Si tratta di eventi che hanno ripercussioni non soltanto sulla salute della donna e del bambino, ma anche sul percorso di presa in carico e assistenza delle future mamme da parte dei professionisti sanitari.

“All’aumento del desiderio di avere un figlio dopo i quarant’anni fa eco un incremento del ricorso all’interruzione volontaria di gravidanza (Ivg) da parte delle donne più giovani, in particolare nella fascia d’età 18-25 anni – ha sottolineato **Valera Dubini**, Direttore Unità Funzionale Complessa Attività Territoriali, Azienda Sanitaria di Firenze e co-presidente del Congresso –. Dai dati raccolti dalla regione Toscana, riferiti all’anno 2017, emerge che le donne under 25 che scelgono di interrompere la gravidanza rappresentano un quarto di tutti i casi. Questo ci deve far riflettere sulla necessità di lavorare di più e in maniera sinergica – professionisti, istituzioni sanitarie e scolastiche, media – per la promozione di una maggiore cultura all’autoprotezione della salute sessuale e generale, che passa anche dall’educazione alla corretta contraccezione, alla prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse e alla tutela della salute riproduttiva, soprattutto all’interno del percorso scolastico”.

Un fenomeno, spesso sottovalutato, è l’aumento, dopo i 35 anni, del rapporto di mortalità materna. Il Sistema di Sorveglianza della mortalità materna coordinato dall’Istituto Superiore di Sanità, stima 9 casi di morte materna ogni 100.000 mila nati vivi entro 42 giorni dall’esito



della gravidanza, in linea con altri Paesi europei come il Regno Unito e la Francia.

Ciò che colpisce, secondo i dati resi noti durante il Congresso, è che al secondo posto tra le cause tardive di mortalità, ovvero entro un anno dall’esito della gravidanza, si colloca il suicidio che è responsabile del 9% di tutte le morti materne. Si registrano oltre 2 casi ogni 100.000 nati vivi, con un’incidenza maggiore nel Nord-Est (4,5 casi ogni 100.000 nati vivi), rispetto al Nord-Ovest (1,8 casi), al Centro (2,3 casi) e al Sud e Isole (1,9 casi). Differenze significative si osservano anche in base all’età: una maggiore percentuale di suicidi dopo il parto si riscontra tra le donne over 40, fenomeno che si associa forse ad un maggior stress emotivo nell’affrontare la maternità, e dopo Ivig tra le donne più giovani.

“La salute femminile rappresenta uno degli elementi cardine del buon funzionamento di una

società. Come ‘medici delle donne’ abbiamo in questo una grande responsabilità: le accompagniamo infatti nei vari passaggi della vita, assistendo ai cambiamenti che l’età comporta, sia in termini di salute riproduttiva, sia in termini di benessere complessivo – ha dichiarato **Pier Luigi Benedetti Panici**, Direttore della scuola di specializzazione di Ginecologia ed Ostetricia del Policlinico Umberto I di Roma, e co-presidente del Congresso –. Noi ginecologi siamo consapevoli dell’importanza di promuovere comportamenti responsabili in materia di prevenzione contraccezione e sessualità, perché la tutela della salute riproduttiva non è solo una scelta individuale ma costituisce un valore per l’intera società”.

“Da questo congresso è emerso come stia cambiando il modo di fare medicina, sempre più basato sul dialogo e lo scambio di informazioni tra il ginecologo e la donna. Ciò consente ai medici di comprendere appieno non soltanto gli aspetti clinici ma anche quelli psicologici e sociali, e quindi di personalizzare le terapie sulla base delle specifiche esigenze delle pazienti – ha affermato **Maria Giovanna Salerno**, Primario del Reparto di Ostetricia e Ginecologia dell’A.O. San Camillo Forlanini di Roma e co-presidente del Congresso –. Va inoltre ricordato che il nostro intervento non si limita alle condizioni di malattia, ma abbiamo anche la funzione di informare le donne alla prevenzione e all’adozione di corretti stili di vita contro l’insorgenza di numerose malattie, consapevoli che dall’educazione e dalla sensibilizzazione delle donne passa il benessere della famiglia e dell’intera collettività”.

RUBRICHE/LIBRI

LE STELLE DI LAMPEDUSA

“L’orrore, anzi l’Orrore, quello che Conrad ha descritto, io l’ho visto, l’ho toccato, ci ho camminato sopra, l’ho dissezionato, ho sentito il suo respiro e ascoltato la sua voce. Lampedusa negli ultimi anni è stata la sentina del mondo. E io sono stato la sentina di Lampedusa

“MI PIACE PENSARE CHE le stelle di Lampedusa siano lì per proteggere le migliaia di bambini che ogni giorno devono affrontare viaggi disperati come quello di Anila”. Sono parole che solo una storia intensa può dettare. E ci sono storie che si attaccano addosso fino a conquistarsi una preminenza su tutto il resto. Storie che fanno bene a chi le racconta, soprattutto se ha toccato con mano le atrocità subite da persone disperate, come i migranti. “L’orrore, anzi l’Orrore, quello che Conrad ha descritto, io l’ho visto, l’ho toccato, ci ho camminato sopra, l’ho dissezionato, ho sentito il suo respiro e ascoltato la sua voce. Lampedusa negli ultimi anni è stata la sentina del mondo. E io sono stato la sentina di Lampedusa”. Così scrive Pietro Bartolo nella sua seconda opera *“Le stelle di Lampedusa”*. È un vero e proprio grido di aiuto. “Sì, penso proprio di aver bisogno di aiuto. Ma chi può darmene davvero? Chi può aiutarmi a fare i conti con le immagini che si affollano nella mia memoria, si annodano ai fatti nuovi, mi inseguono ovunque?”. A tirar fuori l’autore da questo stato di frustrazione, dal burnout che lo ha sopraffatto, è Anila. Scrivere la storia di questa bambina nigeriana di 11 anni, approdata da sola al molo Favalaro di Lampedusa, diventa

PIETRO BARTOLO
Le stelle di Lampedusa
Mondadori (2018)
Pagine 160



fondamentale e salutare per il medico scrittore: “ricordare Anila, parlare di lei, raccontare la sua incredibile storia, è una delle poche cose che mi fanno stare meglio”. Se il lettore crede di trovarsi di fronte a una storia deamicisiana si sbaglia. Il viaggio di Anila dalla Nigeria in Italia non è stato facile: “è durato più di un anno durante il quale è stata abusata, sevizata e ha subito ogni violenza”. Lampedusa è solo una tappa intermedia. Un nuovo punto di partenza verso il suo vero obiettivo: trovare la mamma da qualche parte in Europa. Anche questa volta, come nel precedente libro, *Lacrime di sale* (Mondadori, 2016), la storia personale di Pietro Bartolo s’intreccia con quella dei migranti. In questa seconda opera (per scriverla si è fatto aiutare dal fi-

glio Giacomo che studia lettere) l’autore riesce a coinvolgere appieno il lettore. Crea una storia positiva, a lieto fine. Gli scenari sono gli stessi del primo libro: il fenomeno migratorio e Lampedusa. La storia di Anila inizia quando i fatti negativi sono già avvenuti: la traversata del deserto, le carceri libiche e le acque gelide del Mediterraneo. Sono episodi lasciati alle spalle e solo accennati. Anche se hanno lasciato segni evidenti a livello psicologico, l’importante ora è superare i vari ostacoli (per lo più di natura burocratica) che si oppongono al raggiungimento dell’obiettivo, che è quello di incontrare la madre. Questo finale positivo, che lascia intravedere un futuro migliore, in fondo serve da contrappasso all’autore per sperare in una definitiva soluzione positiva del fenomeno migratorio. Ma purtroppo, per ora, la storia non sembra andare in quel senso.

C.S.



LINEA CLOGIN: Clorexidina + Acido ialuronico

Clogín[®]elle

ovuli vaginali

Vaginosi batteriche

Clorexidina, Acido ialuronico, Bromelina



10 ovuli vaginali da 2 g

CE 0546
Dispositivo medico



5 flc. da 100 ml + 5 cannule

CE
Dispositivo medico

Clogín[®]

Lavanda vaginale pH 4,5

Prurito e bruciore

Acido borico, Tea Tree oil, Aloe vera gel

Clogín[®]

schiuma detergente pH 4,5

Igiene intima quotidiana

Clorexidina, Camomilla, Calendula, Acido lattico



Flacone da 150 ml

CE
Dispositivo medico

Sakura
Salute al naturale

Azienda con sistema di gestione
per la qualità certificato
UNI EN ISO 9001, GMP
UNI CEI EN ISO 13485
www.sakuraitalia.it

Quando il sole fatica a raggiungerla°

50.000 U.I./2,5 ml
2 flaconcini
monodose
Euro 15,34

50.000 U.I./2,5 ml
1 flaconcino
monodose
Euro 8,50

25.000 U.I./2,5 ml
2 flaconcini
monodose
Euro 8,10

25.000 U.I./2,5 ml
1 flaconcino
monodose
Euro 5,42

10.000 U.I./ml
gocce orali
Euro 5,42



CLASSE A - RR

PER PREVENIRE E TRATTARE LA CARENZA DI VITAMINA D*


ABIOGEN
PHARMA

WWW.ABIOGEN.IT

L'ECCELLENZA, PER TUTTI.