

**AOGOI**

Organo Ufficiale dell'Associazione  
Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

**8 Il Certificato di Assistenza al Parto**  
Dalla burocrazia all'eccellenza clinica

**12 Gravidanza e emergenza Covid**  
I consigli di ginecologi, ostetriche  
e neonatologi

**26 Ecm.Aogoi.it**  
Le iniziative Aogoi  
per tenersi sempre aggiornati

# Gyneco Aogoi

NUMERO 3 - 2020 - BIMESTRALE - ANNO XXXI

**FINE DEL LOCKDOWN**

# PRONTI ALLA RIPARTENZA *in sicurezza*

**Dal Decreto Rilancio  
oltre 3 miliardi di euro per la sanità**

**Cnt e Iss danno il via libera  
alla ripresa dei trattamenti Pma**





**Dopo la parentesi del numero monografico dedicato al Covid-19, questo numero di *Gyneco Aogoi* torna con la solita impostazione, anche se con qualche ulteriore novità, manteniamo le due rubriche “Dall'estero” e “Sotto la lente” ma ne aggiungiamo un'altra: “Lettera a Gyneco”, un'iniziativa che speriamo possa essere un modo per dialogare con le nostre lettrici, i nostri lettori.**

**MA ORA ABBIAMO UNA PRIORITÀ:** è necessario che la nostra attività assistenziale riprenda a pieno ritmo facendo però tesoro di ciò che abbiamo imparato in questi mesi che hanno stravolto il mondo. Questo numero affronta quindi varie tematiche del post-emergenza Covid, dagli aspetti normativi- burocratici a quelli clinici. Iniziamo con il decreto Rilancio e quanto in esso previsto per la sanità, seguiamo con le stime dell'Istat sulla denatalità a cui la pandemia potrebbe avere dato una ulteriore spinta verso il basso. Ad oggi non ci sono ancora dati concreti sullo stato dell'arte dal momento che l'ultimo rapporto del Cedap, vero ed unico strumento sui parti in Italia, è stato pubblicato a settembre 2019 ed è relativo all'anno 2016. Proprio su questa discrepanza temporale fra la raccolta dei dati e la restituzione dei medesimi, pubblichiamo la proposta di Crescini e Meloni, che Aogoi ha fatto propria, ed è quella di dare la possibilità ai singoli Punti Nascita di utilizzare i numeri raccolti: in questo modo i tempi si potrebbero ridurre notevolmente, chi ha immesso i dati potrebbe elaborarli ed usarli per capire la qualità del proprio operato diventando così parte attiva di un processo virtuoso. Tutto ciò sarebbe particolarmente utile in questo periodo per valutare, in tempi rapidi, se e come è cambiata l'assistenza al parto durante la fase di emergenza. Anche perché sono tante le domande, non suffragate da risposte concrete, che ci si pone: vi è stata una diversa distribuzione nei Punti Nascita? Sono aumentati i tagli cesarei?

**E PROPRIO PER APPROFONDIRE** il tema del parto al tempo dell'emergenza Coronavirus, pubblichiamo il documento, sintetico e conciso, redatto dalle Società di ginecologia (Federazione Sigo con Aogoi, Agui,

Agite), la Federazione nazionale degli Ordini delle ostetriche (Fnopo) e dalla Società di Neonatologia (Sin) con lo scopo di fornire un aiuto pratico alla assistenza alla gravidanza ed al parto: so che molti operatori lo hanno utilizzato nelle varie realtà aziendali per suffragare scelte anziché altre. Anche la Pma riparte con regole nuove ed il lavoro fondamentale svolto dal Giss, coordinato da Nicola Colacurci, è descritto in modo puntuale da Mauro Costa di cui riporto una frase che credo valga non solo per la Pma, ma per molti altri ambiti della nostra professione “La spinta alla innovazione data dalla pandemia accelererà quei cambiamenti che l'inerzia del sistema rendeva lenti, anticipando nel tempo prassi che molti degli operatori già stavano immaginando e preparando. Per gli ospedali la sfida sarà di essere capaci di riorganizzare l'attività senza farsi ingabbiare nelle pastoie, sempre difficilmente rimovibili, di una organizzazione che talvolta non è ancora efficiente”. Spero vivamente che il Servizio sanitario accolga questa sfida e colga l'occasione per rinnovarsi ed adeguarsi ai tempi che cambiano sempre più rapidamente.

**DOPO IL MOMENTO** “di gloria” in cui gli operatori sanitari erano definiti “eroi” facciamo ora i conti con le conseguenze psicologiche di una esperienza così devastante e il bisogno per gli assistiti (o dei loro familiari, nel caso delle persone decedute) di trovare un colpevole. Ritrovare un equilibrio, sia psicologico per gli operatori sanitari sia nei rapporti fra gli operatori e l'utenza, non sarà facile. Come spesso succede dopo l'evento traumatico bisogna ricucire e ricostruire una nuova sanità che sappia fare tesoro di ciò che è avvenuto. I colleghi dell'Ospedale di Civitanova Marche in questo numero di *Gyneco* descrivono in modo chiaro ed esaustivo il carico emozionale, soprattutto in termini di ricaduta sul loro vissuto e performance individuale, degli operatori direttamente coinvolti nei reparti Covid. Abbiamo poi dedicato spazio a due argomenti tornati alla ribalta durante la pandemia: i vaccini e la vitamina D. Tra le varie conseguenze di questo periodo vi è anche quella di un ritardo sul calendario vaccinale le cui ricadute saranno valutabili solo a distanza e nel

prossimo autunno si porrà il problema della vaccinazione anti-influenzale. Abbiamo chiesto all'avvocato Sabino Laudadio di dare il suo parere sugli aspetti legali e le eventuali conseguenze di una mancata vaccinazione.

**COME BEN SAPPIAMO**, tutti i congressi Aogoi, regionali ed inter-regionali, sono stati sospesi e molto probabilmente riusciremo a riprendere la attività di corsi e congressi residenziali solo nel 2021. La attività formativa di Aogoi non si è fermata, anzi è più che mai fiorente, semplicemente abbiamo cambiato le modalità di organizzazione e di frequenza: i corsi Fad erano già attivi da decenni, nuovi sistemi sono stati utilizzati ed altri sono in corso di valutazione. Abbiamo dedicato due pagine per fornire uno sguardo di insieme sulle varie attività, ma tutti i dettagli e gli aggiornamenti sono reperibili sul sito [www.aogoi.it](http://www.aogoi.it).

**ANCHE PER QUESTO ASPETTO** dobbiamo prendere atto che la pandemia ed il conseguente *lockdown* ci hanno indotto a scoprire nuove modalità di comunicazione e di informazione con una trasformazione impensabile appena pochi mesi fa. L'aggiornamento a distanza ha coinvolto moltissime persone e i collegamenti via internet ci hanno permesso di parlarci, di tenere riunioni, di aggiornarci. Anche di queste dovremo fare tesoro, forse molte riunioni, molti congressi potranno essere organizzati in altro modo con risparmio economico (in tempi di crisi è indispensabile ridurre le spese), di tempo e di energie. Fare una riunione da casa o da dovunque si sia consente di utilizzare solo il tempo strettamente necessario, in genere qualche ora, talvolta molto meno, e non l'intera giornata. Infine la nuova rubrica “Lettera a Gyneco”. La prima lettera è nata dalla chiacchierata telefonica con una collega a cui abbiamo chiesto di mettere per iscritto le sue perplessità. Invito quindi tutte/i ad inviare lettere in modo da rendere viva questa rubrica.

**Aogoi siamo tutte/i noi: partecipiamo alla vita della associazione con idee, suggerimenti, critiche**



**ELSA VIORA**  
Presidente Aogoi

# Buona lettura!

**Gyneco Aogoi**

Organo Ufficiale dell'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

Numero 3 - 2020  
Anno XXXI

**Presidente**  
Elsa Viora

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

**Direttore Responsabile**  
Ester Maragò  
[e.marago@hcom.it](mailto:e.marago@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: maggio 2020  
Tiratura 5.000 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

## DECRETO RILANCIO



# Per la sanità arrivano oltre 3 miliardi. Ecco tutte le misure articolo per articolo

**Via libera definitivo, con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale, al "Decreto rilancio" che contiene misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19.**

**Sul piatto, dopo gli 1,4 miliardi stanziati da Decreto Cura Italia, arrivano ora ulteriori risorse per il comparto pari a 3,2 miliardi. Il pacchetto sanità è diviso sostanzialmente in quattro parti: 1,256 miliardi per l'assistenza territoriale, altri 1,467 miliardi per gli ospedali, 430,9 milioni per diversi interventi sul personale sanitario e infine 95 milioni per finanziare 4.200 contratti di specializzazione medica in più.**

Vediamo una sintesi dettagliata di alcuni dei principali interventi previsti per la sanità.

## **ART. 1 (DISPOSIZIONI URGENTI IN MATERIA DI ASSISTENZA TERRITORIALE)**

### **PIANI DI ASSISTENZA TERRITORIALE**

Al fine di rafforzare l'offerta sanitaria e socio-sanitaria territoriale, necessaria a fronteggiare l'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus Sars-Cov-2, per l'anno 2020, le regioni sono chiamate ad adottare piani di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale. Questi piani devono contenere, tra l'altro, specifiche misure di identificazione e gestione dei contatti, di organizzazione dell'attività di sorveglianza attiva effettuata a cura dei Dipartimenti di Prevenzione in collaborazione con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale nonché con le Unità speciali di continuità assistenziale, indirizzate a un monitoraggio costante e a un tracciamento precoce dei casi e dei contatti, al fine della relativa identificazione, dell'isolamento e del trattamento. I piani saranno monitorati congiuntamente dal Ministero della salute e dal Ministero dell'econo-

mia e delle finanze in sede di monitoraggio dei citati programmi operativi.

### **STRUTTURE TERRITORIALI**

Nei casi in cui occorra disporre temporaneamente di beni immobili per far fronte ad improrogabili esigenze connesse con l'emergenza (oltre alle procedure già previste dal Decreto Cura Italia) si potranno rendere disponibili all'uso strutture alberghiere, o strutture con analoghe caratteristiche di idoneità, per ospitarvi le persone in sorveglianza sanitaria e isolamento fiduciario o in permanenza domiciliare, laddove queste misure non possano essere attuate presso il domicilio della persona interessata.

### **POTENZIAMENTO DELL'ATTIVITÀ DI ASSISTENZA DOMICILIARE**

Le misure di distanziamento sociale e di isolamento domiciliare determinano la necessità di implementare e indirizzare le azioni terapeutiche e assistenziali sempre più a livello domiciliare, per decongestionare le strutture ospedaliere e favorire un deflusso monitorato.

### **CENTRALI OPERATIVE REGIONALI E KIT DI MONITORAGGIO**

Per la gestione delle attività di sorveglianza attiva, si propone la messa a disposizione a domicilio, dei pazienti di apparecchiature per il monitoraggio della saturimetria, anche attraverso le App di telefonia mobile in modo da garantire un costante monitoraggio della saturazione di ossigeno dell'emoglobina, parametro fondamentale per definire il setting terapeutico assistenziale più adeguato, nel modo più tempestivo possibile. Il percorso dovrebbe, quindi, consistere nel monitoraggio continuativo domiciliare, anche in strutture alberghiere laddove si individuino convivenze a rischio, precoce riconoscimento del peggioramento clinico e quindi tempestiva ospedalizzazione.

Per garantire il coordinamento delle attività sanitarie e socio sanitarie territoriali, le Regioni dovranno attivare centrali operative regionali che svolgono funzioni di raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza urgenza, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina. Le Regioni, in relazione alla propria organizzazione, attivano, quindi, questa funzione di coordinamento e comunicazione unitaria, anche telefonica, a servizio dei Mmg, Pls, Mca e loro aggregazioni, il Sisp e servizi territoriali, per individuare il percorso più appropriato dei pazienti fra ospedale e territorio.

### **PERSONALE INFERMIERISTICO**

Le aziende e gli enti del Ssn potranno conferire, dal 15 maggio 2020, incarichi di lavoro autonomo, anche di co.co.co, in numero non superiore a 8 unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti (in tutto 9.600 infermieri), ad infermieri che non si trovino in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate. Per le attività assistenziali svolte è riconosciuto agli infermieri un compenso lordo di 30 euro ad ora per un monte ore settimanale massimo di 35 ore. Potranno far parte delle Unità speciali di continuità assistenziale anche medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni.



Le regioni dovranno garantire l'incremento di attività in regime di ricovero in Terapia Intensiva, tramite apposito Piano di riorganizzazione

#### UNITÀ SPECIALI DI CONTINUITÀ TERRITORIALE

Al fine di garantire una più ampia funzionalità delle Unità speciali di continuità assistenziale viene autorizzata per l'anno 2020 l'ulteriore spesa di 61 milioni di euro a valere sul finanziamento sanitario corrente stabilito per l'anno 2020. Possono far parte delle Unità speciali di continuità assistenziale anche ai medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni.

#### ASSISTENTI SOCIALI

Le aziende e gli enti del Ssn potranno conferire incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, a professionisti del profilo di assistente sociale, regolarmente iscritti all'albo professionale, in numero non superiore ad un assistente sociale ogni due Unità speciali di continuità assistenziale per un monte ore settimanale massimo di 24 ore (in tutto 600 assistenti sociali). Per le attività svolte viene riconosciuto agli assistenti sociali un compenso lordo orario di 30 euro, inclusivo degli oneri riflessi

#### CENTRALI OPERATIVE REGIONALI

Per garantire il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali previste nei piani regionali, le regioni provvedono all'attivazione di centrali operative regionali, che svolgano le proprie funzioni in raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza-urgenza, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina.

#### INDENNITÀ PERSONALE INFERMIERISTICO

Per la presa in carico precoce dei pazienti affetti da Covid-19 e per garantire il massimo livello di assistenza ai pazienti fragili, nell'anno 2020 è incrementata la spesa per la retribuzione dell'indennità di personale infermieristico impegnato in queste attività. A tal fine è autorizzata l'ulteriore spesa di 10 milioni di euro a valere sul finanziamento sanitario corrente stabilito per l'anno 2020.

#### DISTRIBUZIONE DELLE RISORSE E COPERTURA FINANZIARIA

Per finanziare l'insieme di questi interventi viene previsto un incremento del Fondo sanitario nazionale 2020 di 1.256.633.983.

#### ART. 2 (RIORDINO DELLA RETE OSPEDALIERA IN EMERGENZA COVID-19)

Le regioni dovranno garantire l'incremento di attività in regime di ricovero in Terapia Intensiva, tramite apposito Piano di riorganizzazione. Verrà resa strutturale la dotazione di almeno 3.500 posti letto di Terapia Intensiva (corrispondente ad un incremento di circa 70% del numero di posti letto preesistenti la pandemia) e dovrà essere programmato un incremento di 4.225 posti letto di area semi-intensiva. In relazione all'andamento della curva pandemica, per almeno il 50% di questi posti letto, si prevede la possibilità di immediata conversione in posti letti di terapia intensiva, mediante integrazione delle singole postazioni con la necessaria strumentazione di ventilazione e monitoraggio. Sarà, inoltre, resa disponibile - per un periodo massimo di 4 mesi dalla data di attivazione - una dotazione di 300 posti letto suddivisa in 4 strutture movimentabili. Per ciascuna struttura è prevista una dotazione di 75 posti letto.

Dovrà essere consolidata la separazione dei per-



Il periodo di attività svolto dai medici specializzandi esclusivamente durante lo stato di emergenza verrà riconosciuto ai fini del ciclo di studi che conduce al conseguimento del diploma di specializzazione

corsi rendendola strutturale e assicurata la ristrutturazione dei Pronto Soccorso con l'individuazione di distinte aree di permanenza per i pazienti sospetti Covid-19 o potenzialmente contagiosi, in attesa di diagnosi. Vengono incrementate le risorse da destinare alla remunerazione delle prestazioni correlate all'emergenza, e le Regioni potranno raddoppiare la remunerazione con loro risorse. Per l'insieme di questi interventi è previsto uno stanziamento di 1,467 miliardi per il 2020. A tal fine viene istituito un apposito capitolo nello stato di previsione del Ministero della salute per l'importo di 1.467.491.667 euro.

Le Regioni vengono poi autorizzate a implementare i mezzi di trasporto dedicati ai trasferimenti secondari per i pazienti Covid-19, per le dimissioni protette e per i trasporti interospedalieri per pazienti non affetti da Covid-19. Per l'operatività di tali mezzi di trasporto, potranno assumere personale dipendente medico, infermieristico e operatore tecnico, con decorrenza 15 maggio 2020.

Per questi ultimi interventi e per sostenere una serie di misure a sostegno della spesa per il personale sanitario sono stanziati 430.975.000 euro per il 2020. A seguito dell'approvazione da parte del Ministero della salute di ciascun piano di riorganizzazione, considerata l'urgenza, gli importi relativi all'anno 2020, pari a complessivi 1.467.491.667 euro, verranno trasferiti alla contabilità speciale intestata al Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e il contrasto dell'emergenza epidemiologica Covid-19.

#### ART. 3 (MODIFICA ALL'ARTICOLO 2-TER DEL DECRETO LEGGE 17 MARZO 2020 N. 18, CONVERTITO, CON MODIFICAZIONI, DALLA LEGGE 24 APRILE 2020 N. 27)

Gli incarichi di lavoro per gli specializzandi dell'ultimo e penultimo anno - previsti dal Decreto

Cura Italia - avranno una durata di 6 mesi, prorogabile in ragione dello stato di emergenza fino a 31 dicembre 2020. Il periodo di attività svolto dai medici specializzandi esclusivamente durante lo stato di emergenza verrà riconosciuto ai fini del ciclo di studi che conduce al conseguimento del diploma di specializzazione. I medici specializzandi restano iscritti alla scuola di specializzazione universitaria e continuano a percepire il trattamento economico previsto dal contratto di formazione specialistica, integrato dagli emolumenti corrisposti in proporzione all'attività lavorativa svolta.

#### ART. 4 (MISURE URGENTI PER L'AVVIO DI SPECIFICHE FUNZIONI ASSISTENZIALI PER L'EMERGENZA COVID-19)

Le regioni, comprese quelle in piano di rientro, potranno riconoscere alle strutture la remunerazione di una specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza Covid-19 e un incremento tariffario per le attività rese a pazienti Covid. Le modalità di determinazione della specifica funzione assistenziale e l'incremento tariffario verranno stabilite con Decreto del Ministero della Salute, di concerto con il Mef, previo parere della Stato Regioni.

#### ART. 5 (INCREMENTO DELLE BORSE DI STUDIO DEGLI SPECIALIZZANDI)

Viene autorizzata una spesa di 105 milioni di euro per ciascuno degli anni 2020 e 2021 e di 109,2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2022, 2023 e 2024, per finanziare 4.200 ulteriori contratti di formazione specialistica.

#### ART. 6 (DEROGHE ALLE RIDUZIONI DI SPESA PER LA GESTIONE DEL SETTORE INFORMATICO IN RAGIONE DELL'EMERGENZA DA COVID-19)

Si esclude l'applicazione dei commi 610 e 611 del-

## DECRETO RILANCIO



la legge di bilancio per il 2020, che prevedono per le amministrazioni pubbliche, per il triennio 2020-2022 un risparmio di spesa annuale (pari al 10 % della spesa annuale media per la gestione corrente del settore informatico sostenuta nel biennio 2016-2017) per la gestione del settore informatico, da attuare anche tramite il ricorso al riuso dei sistemi e degli strumenti ICT.

### ART. 7 (METODOLOGIE PREDITTIVE DELL'EVOLUZIONE DEL FABBISOGNO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE)

Il Ministero della salute potrà trattare dati personali, anche relativi alla salute degli assistiti, raccolti nei sistemi informativi del Ssn, nonché dati reddituali riferiti all'interessato e al suo nucleo familiare per lo sviluppo di metodologie predittive dell'evoluzione del fabbisogno di salute della popolazione.

### ART. 8 (PROROGA VALIDITÀ DELLE RICETTE LIMITATIVE DEI FARMACI CLASSIFICATI IN FASCIA A)

Limitatamente al periodo emergenziale, si prolunga il periodo di validità della prescrizione medica dei medicinali classificati in fascia A per una durata massima di ulteriori 30 giorni. Per i pazienti già in trattamento con i medicinali con ricetta scaduta e non utilizzata, la validità è prorogata per una durata di 60 giorni dalla data di scadenza.

Per le nuove prescrizioni da parte del Centro o dello specialista dei medicinali, a partire dalla data di entrata in vigore del presente decreto, la validità della ricetta è estesa a una durata massima di 60 giorni per un numero massimo di 6 pezzi per ricetta, necessari a coprire l'intervallo temporale di 60 giorni e tenuto conto del fabbisogno individuale, fatte salve le disposizioni più favorevoli già previste, tra cui quelle per le patologie croniche e per le malattie rare. Nei casi in cui il paziente presenti un peggioramento della patologia di base o un'intolleranza, o nel caso in cui il trattamento preveda il monitoraggio di parametri che ne com-



**Incremento del Fondo per le non autosufficienze di ulteriori 90 milioni, per l'anno 2020, di cui 20 milioni destinati alla realizzazione di progetti per la vita indipendente**

porti la sospensione o l'aggiustamento della posologia, l'estensione di validità non potrà essere automatica, ma dovrà essere contattato il centro o lo specialista di riferimento con modalità che saranno definite dalle singole regioni.

### ART. 9 (PROROGA PIANI TERAPEUTICI)

In considerazione delle maggiori difficoltà di rinnovo connesse alla fase di emergenza in atto, si mira a prorogare nel periodo di dichiarazione dello stato di emergenza da rischio epidemiologico i diversi piani terapeutici per persone con disabilità, che includono la fornitura di ausili e protesi per l'incontinenza, stomie, laringectomizzati e per la prevenzione e trattamento delle lesioni cutanee e altri prodotti correlati a qualsivoglia ospedalizzazione a domicilio.

### ART.10 (MODIFICHE AL DECRETO-LEGGE 17 MARZO 2020, N. 18, CONVERTITO, CON MODIFICAZIONI, DALLA LEGGE 24 APRILE 2020 N. 27)

Il Fondo di solidarietà per i famigliari di vittime del Covid-19 viene esteso a tutti gli esercenti le professioni sanitarie.

### ART. 11 (MISURE URGENTI IN MATERIA DI FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO)

Si punta al potenziamento e al rafforzamento delle disposizioni concernenti la realizzazione del Fascicolo sanitario elettronico (Fse), finalizzato alla raccolta dei dati e dei documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito.

### ART. 12 (ACCELERAZIONE DELL'ACQUISIZIONE DELLE INFORMAZIONI RELATIVE ALLE NASCITE E AI DECESSI)

Per accelerare l'acquisizione delle informazioni relative alle nascite e ai decessi le strutture sanitarie, i medici, i medici necroscopi o altri sanitari delegati, dovranno inviare al Sistema Tessera Sanitaria del Ministero dell'economia e delle finanze i dati: dell'avviso di decesso, del certificato necroscopico, della denuncia della causa di morte, dell'attestazione di nascita, della dichiarazione di nascita.

Il Sistema Tessera Sanitaria dovrà quindi rendere immediatamente disponibili, senza registrarli, quei dati all'Anagrafe Nazionale della Popolazione Residente (Anpr), tramite Posta elettronica certificata (Pec) ai Comuni non ancora collegati alla Anpr, e all'Istat.

### ART. 13 (RILEVAZIONI STATISTICHE DELL'ISTAT CONNESSE ALL'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID-19)

Vista la situazione di emergenza, l'Istat viene autorizzato, fino al termine dello stato di emergenza dichiarato con delibera del CdM del 31 gennaio 2020 e per i 12 mesi successivi, a trattare dati personali, anche inerenti alle particolari categorie di dati e relativi a condanne penali e reati, per effettuare rilevazioni, anche longitudinali, elaborazioni e analisi statistiche anche presso gli interessati sul territorio nazionale, volte alla comprensione della situazione economica, sociale ed epidemiologica italiana.

### ART. 18 (UTILIZZO DELLE DONAZIONI)

Si punta a consentire, superando ogni eventuale incertezza interpretativa, l'utilizzo da parte del Dipartimento della protezione civile delle risorse finanziarie disponibili sui conti correnti, previsti dal citato articolo 99 e intestati appunto al Dipartimento della protezione civile "dedicati in via esclusiva alla raccolta ed utilizzo delle donazioni liberali di somme finalizzate a far fronte all'emergenza epidemiologica del virus Covid-19", al fine

di far fronte alle spese sostenute dal Commissario straordinario.

### ART. 72 (MODIFICHE AGLI ARTICOLI 23 E 25 IN MATERIA DI SPECIFICI CONGEDI PER I DIPENDENTI)

Si modifica quanto previsto dal Decreto Cura Italia in materia di specifici congedi, per i dipendenti del settore privato, portando a trenta giorni il periodo di cui possono fruire i genitori lavoratori dipendenti per i figli di età non superiore ai 12 anni (per il quale è riconosciuta una indennità pari al 50 per cento della retribuzione) ed estendendo il relativo arco temporale di fruizione sino al 31 luglio 2020. I suddetti periodi sono coperti da contribuzione figurativa.

Viene aumentato il limite massimo complessivo per l'acquisto di servizi di baby sitting (da 600 euro a 1200 euro) e tale bonus, in alternativa, può essere utilizzato direttamente dal richiedente per l'iscrizione ai servizi socio-educativi territoriali, ai centri con funzione educativa e ricreativa e ai servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia. La fruizione di detto bonus è incompatibile con la fruizione del bonus asilo nido. Aumentato da 1000 euro a 2000 euro il limite massimo complessivo per l'acquisto di servizi di baby sitting per il settore sanitario pubblico e privato accreditato, per il comparto sicurezza, difesa e soccorso pubblico.

### ART 104 (ASSISTENZA E SERVIZI PER LA DISABILITÀ)

Incremento del Fondo per le non autosufficienze di ulteriori 90 milioni, per l'anno 2020, di cui 20 milioni destinati alla realizzazione di progetti per la vita indipendente. Si prevede inoltre un incremento di 20 milioni per il 2020 del Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare.

### ART. 124 (RIDUZIONE ALIQUOTA IVA PER LE CESSIONI DI BENI NECESSARI PER IL CONTENIMENTO E LA GESTIONE DELL'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID-19)

Si prevede che per ventilatori polmonari per terapia intensiva e subintensiva; monitor multiparametrico anche da trasporto; pompe infusionali per farmaci e pompe peristaltiche per nutrizione enterale; tubi endotracheali; caschi per ventilazione a pressione positiva continua; maschere per la ventilazione non invasiva; sistemi di aspirazione; umidificatori; laringoscopi; strumentazione per accesso vascolare; aspiratore elettrico; centrale di monitoraggio per terapia intensiva; ecotomografo portatile; elettrocardiografo; tomografo computerizzato; mascherine chirurgiche; mascherine Ffp2 e Ffp3; articoli di abbigliamento protettivo per finalità sanitarie quali guanti in lattice, in vinile e in nitrile, visiere e occhiali protettivi, tuta di protezione, calzari e soprascarpe, cuffia copricapo, camici impermeabili, camici chirurgici; termometri; detergenti disinfettanti per mani; dispenser a muro per disinfettanti; soluzione idroalcolica in litri; perossido al 3% in litri; carrelli per emergenza; estrattori Rna; strumentazione per diagnostica per Covid-19; tamponi per analisi cliniche; provette sterili; attrezzature per la realizzazione di ospedali da campo; si applichi l'aliquota Iva del 5%. Per il contenimento dell'emergenza epidemiologica da Covid-19, le cessioni di tutti questi beni effettuate entro il 31 dicembre 2020, sono esenti dall'imposta sul valore aggiunto, con diritto alla detrazione dell'imposta.

NASCITE. LE PREVISIONI DELL'ISTAT

# Culle sempre più vuote. Con il Coronavirus le nascite potrebbero scendere sotto le 400 mila unità nel 2021

**CALO NASCITE:** nel 2021 potrebbero scendere sotto le 400 mila. “Un aspetto su cui potrebbe incidere – segnala l’Istat – l’attuale emergenza e la conseguente crisi economica è il comportamento riproduttivo della popolazione italiana. Le simulazioni realizzate consegnano scenari che, pur senza sottoporci trasformazioni radicali, sottolineano l’accelerazione di quel processo che i media da tempo descrivono con l’immagine di un Paese “dalle culle sempre più vuote”. I 435 mila nati in Italia nel 2019 e i 428 mila che si erano ipotizzati per il 2020 alle condizioni pre-Covid-19, dovrebbero scendere a circa 426 mila nel bilancio finale del corrente anno, per poi però ridursi a 396 mila, nel caso più sfavorevole, in quello del 2021”.

**“I 435 mila nati in Italia nel 2019 e i 428 mila che si erano ipotizzati per il 2020 alle condizioni pre-Covid-19, dovrebbero scendere a circa 426 mila nel bilancio finale del corrente anno, per poi però ridursi a 396 mila, nel caso più sfavorevole, in quello del 2021”.**

**È quanto ha sottolineato il Direttore del Dipartimento per la produzione statistica dell’Istat Roberto Monducci alla fine del mese di aprile in audizione davanti alle commissioni Bilancio di Camera e Senato sul Def**

In generale, il “superamento al ribasso del confine simbolico dei 400 mila nati annui, che originariamente nelle previsioni Istat del 2019 sarebbe avvenuto solo nel 2032 nell’ipotesi più pessimistica - senza per altro essere mai contemplato fino al limite delle previsioni (2065) nell’ipotesi etichettata come ‘mediana’ - alla luce delle nuove simulazioni sembra invece possibile qualora si realizzasse un rapido raddoppio del tasso di disoccupazione, quand’anche seguito da un ritorno ai valori precedenti il marzo 2020 secondo un percorso di rientro spalmato nell’arco di circa un biennio”.

“Una eventuale accelerazione post Covid-19 del declino strutturale della natalità, fenomeno del resto in corso da tempo nel nostro Paese, – rileva ancora l’Istituto – rappresenterebbe un’aggravante della cui entità è certamente utile avere un ordine di grandezza; quanto meno per poterle assegnare un adeguato grado di priorità, nelle azioni che dovranno portare, una volta fuori dall’emergenza, a un ritorno alla normalità”.

## **SPERANZA DI VITA: CON LO SCENARIO PEGGIORE IN CALO QUASI DI 1 ANNO.**

“A partire dai dati a disposizione – si legge nel testo dell’audizione - dell’Istituto è possibile prefigurare alcuni scenari demografici, in termini di mortalità e aspettativa di vita, in grado di fornire un primo quadro di quelli che potrebbero verosimilmente essere gli effetti sul piano demografico dell’emergenza sanitaria in atto”.

A tal fine “si rende necessario prospettare valide stime sia del bilancio finale circa il numero aggiuntivo di decessi prodotto dalla pandemia che stiamo vivendo, sia della loro diversa incidenza rispetto al genere e soprattutto alla classe di età. In tal senso, l’esercizio di simulazione che verrà ora introdotto si propone, per l’appunto, di delineare alcuni ipotetici (e ragionevoli) scenari su cui riflettere. Ad esempio, se ipotizzassimo che l’effetto Covid-19 possa determinare costantemente per tre mesi un incremento della probabilità di morte in corrispondenza delle età più anziane - qui convenientemente definite dal 60° comple-



anno in poi - partendo dal 44% osservato nel mese di marzo (per gli ultra 65enni) e immaginando una sua progressiva attenuazione nel tempo sino al rientro nei valori di norma”.

Ad esempio, “sempre con riferimento alla popolazione in età 60 e più, si potrebbero valutare gli effetti di un +44% nel rischio di morte per un mese, +22% per il mese successivo e ancora +11% per quello seguente. Uno sviluppo di questo tipo porterebbe ad un aumento del numero di decessi annui pari a 38 mila unità, mentre le speranze di vita alla nascita e a 65 anni si ridurrebbero rispettivamente di 5,56 e 5,51 mesi. Come variante del precedente scenario si potrebbe ipotizzare una progressione più lenta nella attenuazione del rialzo del rischio di morte. In altri termini, si potrebbe pensare a un +44% persistente per un bimestre (marzo-aprile), seguito dal 22% per uno stesso periodo (maggio-giugno) ed infine un +11% per il trimestre che va da luglio a settembre. In questo scenario l’aumento del numero di decessi annui sarebbe pari a 81 mila unità e le speranze di vita alla nascita e a 65 anni si ridurrebbero rispettivamente di 11,46 e 11,36 mesi”.

## CEDAP



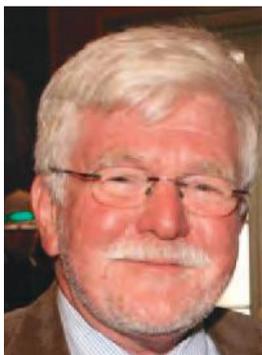
**Il Certificato di Assistenza al Parto (Cedap) è stato convertito nella sua versione attuale con il DM 394/2001, recante: «Modificazioni al certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla nati-mortalità ed ai nati affetti da malformazioni».**

**Rendere utilizzabili come database i dati inseriti dai singoli punti nascita per audit e report locali.**

## **Il Certificato di Assistenza al Parto: dalla burocrazia all'eccellenza clinica**



**ALESSANDRA MELONI,**  
Azienda Ospedaliero-  
Universitaria di Cagliari



**CLAUDIO CRESCINI**  
Vicepresidente Aogoi

**FINO AD OGGI L'INSERIMENTO** dei dati nel Cedap viene vissuto da molti come l'ennesima incombenza burocratica che grava sul personale di assistenza dei punti nascita già oberato di lavoro ed in ristrettezze di organico. Infatti i dati finiranno anonimi in un database unico e generale che produrrà un documento nazionale pubblicato con un ritardo di tre anni e di scarsa o nessuna utilità per coloro che pazientemente giorno dopo giorno li hanno inseriti. In realtà i dati di ogni punto nascita sarebbero preziosissimi se potessero essere utilizzati in proprio e autonomamente per misurare la propria attività ostetrica, verificarne gli esiti e le procedure assistenziali e modificare di conseguenza quanto non efficace o erroneo al fine di migliorare la performance.

Il Certificato di Assistenza al Parto (Cedap) è stato convertito nella sua versione attuale con il DM 394/2001, recante: «Modificazioni al certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di

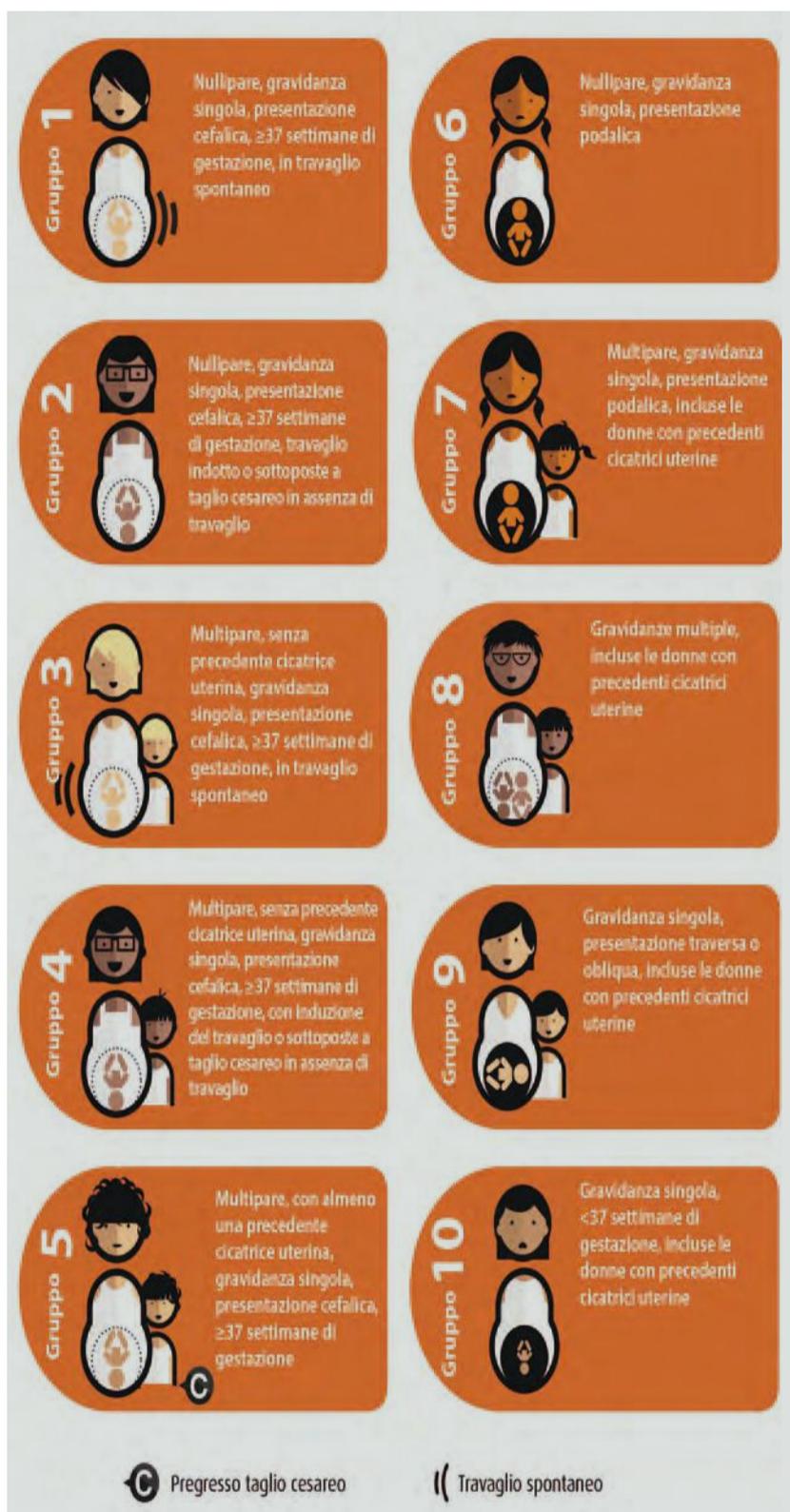
sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla nati-mortalità ed ai nati affetti da malformazioni».

Seppur in tempi diversi tutte le Regioni, e ogni punto nascita di ogni regione, trasmettono i relativi flussi digitalizzati al Ministero della salute. Questo a sua volta elabora i dati per la stesura del "Rapporto annuale sull'evento nascita in Italia", di cui l'ultimo pubblicato nel settembre 2019 fa riferimento ai dati Cedap 2016: la latenza temporale è funzionale all'acquisizione del flusso ed alle successive analisi su esso condotte.

Il Cedap costituisce a livello nazionale la più ricca fonte di informazioni sanitarie, epidemiologiche e socio-demografiche relative all'evento nascita, rappresentando uno strumento essenziale per la programmazione sanitaria nazionale e regionale in area materno-infantile (1).

La rilevazione dei dati in circostanza di parto è in capo prevalentemente all'ostetrica che raccoglie

**FIGURA 1.**  
Classificazione di Robson



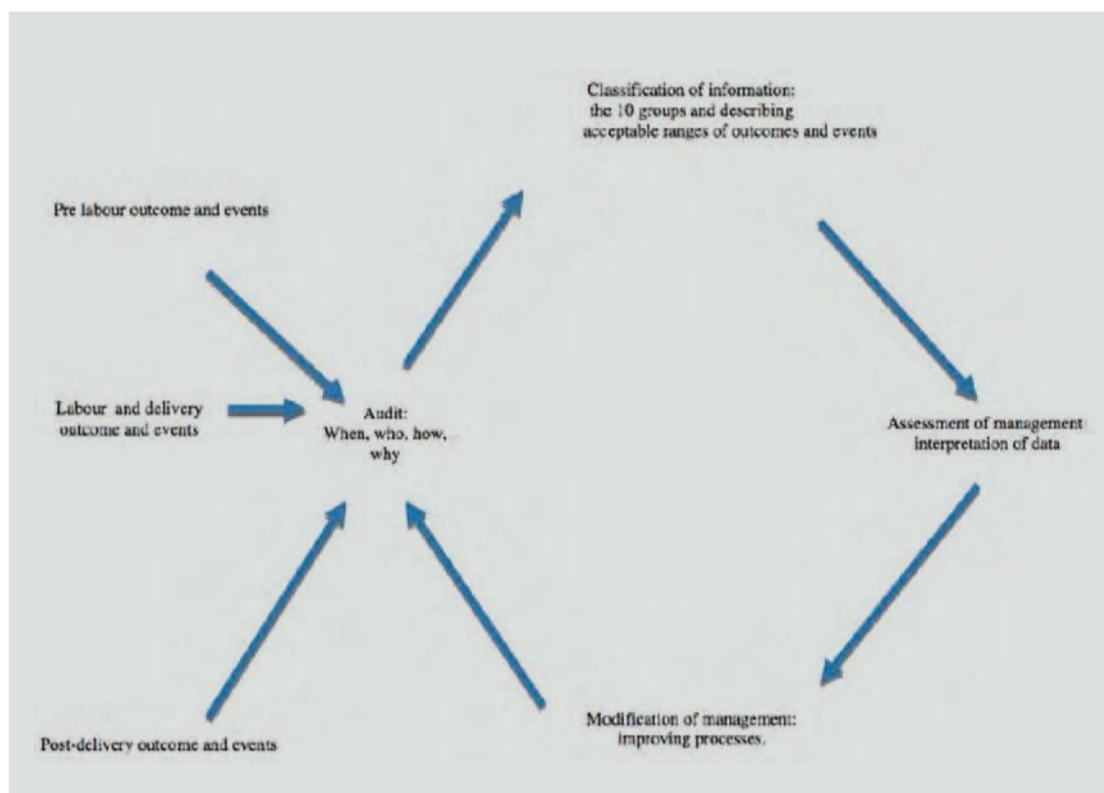
e registra informazioni di tipo:

- socio-demografico sul/sui genitore/i, dalla residenza al titolo di studio;
- sulle precedenti gravidanze, dal numero all'esito;
- sull'attuale gravidanza, dal concepimento al numero di visite e ecografie, al riferimento clinico assistenziale (consultorio, ospedale, ambulatori territoriali pubblici o privati);
- sul luogo e la modalità del parto, sul personale sanitario e persona di fiducia presenti, ricorso all'analgisia, etc.;
- sul neonato, dal peso all'Apgar, sulla necessità di manovre rianimatorie;
- sulla natimortalità;
- sulla presenza di malformazioni congenite;

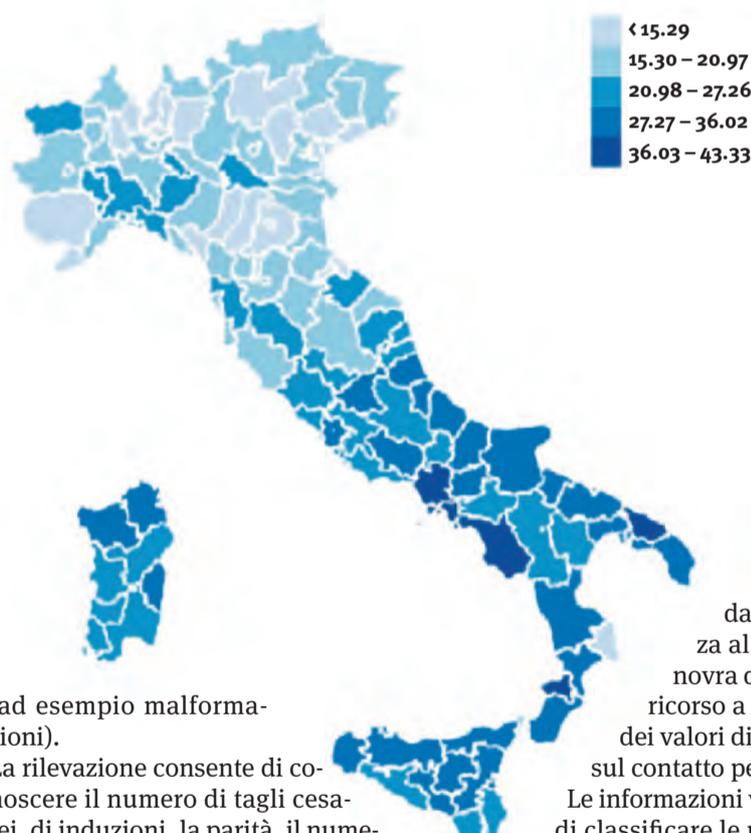
Il Cedap è sottoscritto dal medico che ha assistito al parto o dal responsabile della Uo di riferimento. Inoltre, può essere integrato da informazioni rilevate successivamente l'evento nascita

“ La classificazione di Robson rappresenta il punto di partenza di un modello assistenziale basato sull'analisi dei processi in essere nella pratica clinica

**FIGURA 2.** Circolo virtuoso processi esiti-assistenza-esiti in ambito perinatale (per cortesia M. Robson)



**FIGURA 3.**  
Tagli cesarei primari Italia 2017 (PNE 2019)



(ad esempio malformazioni). La rilevazione consente di conoscere il numero di tagli cesarei, di induzioni, la parità, il numero di pregressi tagli cesarei, la presentazione e posizione fetale, la modalità di insorgenza del travaglio, il tipo di parto e l'epoca gestazionale in cui avviene, tutti elementi correlabili internamente al certificato stesso con una misura dell'esito neonatale deducibile dal punteggio di Apgar a 5' e/o dal ricorso di manovre rianimatorie in esso riportati. All'interno della rilevazione che soddisfa il debito informativo ministeriale, ogni Regione può integrare la stessa con la raccolta di informazioni aggiuntive o la declinazione più puntuale di alcune variabili. Infatti, seppure a macchia di leopardo e in modi differenti da regione a regione, si rilevano altre variabili quali, ad esempio, l'obesità materna, informazioni aggiuntive sulle mo-

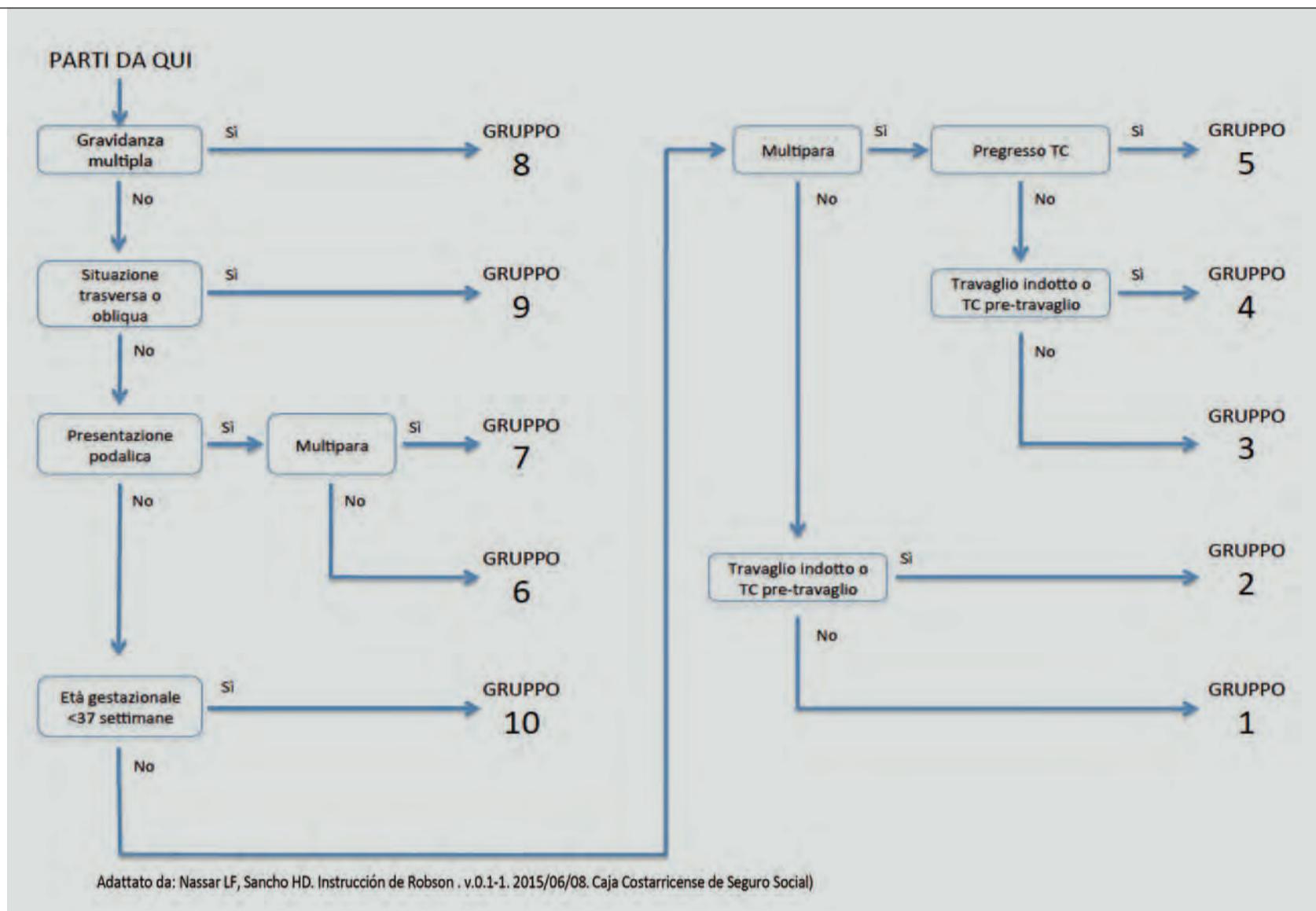
dalità di induzione, sull'assistenza al parto (quali il ricorso alla manovra di Kristeller e l'episiotomia), sul ricorso a trasfusioni, sulla registrazione dei valori di pH e BE sul sangue cordonale, sul contatto pelle-a-pelle e altro.

Le informazioni veicolate col Cedap consentono di classificare le partorienti secondo la Classificazione di Robson, come raccomandato nello Statement dell'Oms del 2015 (2) (Fig.1). In tal modo è possibile analizzare e descrivere in maniera clinicamente rilevante, standardizzata, analitica e riproducibile nel tempo, la frequenza dei tagli cesarei come strumento di base di audit perinatale a livello locale e nazionale.

La classificazione di Robson rappresenta, infatti, il punto di partenza di un modello assistenziale basato sull'analisi dei processi in essere nella pratica clinica e i relativi esiti materni e neonatali che ne derivano, tanto a livello locale che nazionale. Citando lo stesso Robson la classificazione rappresenta un fondamentale supporto all'audit perinatale: "a common starting point for a different way of thinking" (3,4,5).

## CEDAP

FIGURA 4. Algoritmo per la Classificazione in 10 gruppi di Robson



Il confronto nel tempo in una stessa struttura e il confronto tra strutture diverse offre l'opportunità di ragionare su differenze epidemiologiche e sui diversi processi assistenziali anche, semplicemente, osservando la composizione delle differenti classi di Robson

Come qualunque fonte informativa, in ambito sanitario e non, per la rilevazione del Cedap è fondamentale l'omogenea raccolta su tutto il territorio nazionale in modo accurato e completo per permettere una valutazione precisa, puntuale e comparabile sia della stessa realtà nel tempo, sia nel confronto tra realtà differenti (PN, Asl, Regione, Nazione).

Il Cedap è molto di più di un semplice contenitore di dati.

È un database formidabile per la capillarità con cui è alimentato in ogni punto nascita, come obbligo istituzionale. I dati sono inoltre incrociabili con le Schede di Dimissione Ospedaliera (Sdo) relative all'evento parto ed all'evento nascita e a eventuali ricoveri successivi della mamma e/o del neonato sulla base del medesimo codice identificativo. In tal modo si può ampliare il ventaglio delle informazioni recuperabili e le analisi effettuabili.

L'impegno e l'impiego di risorse per soddisfare il debito ministeriale imposto dalla raccolta dati dei Cedap, sarebbe ulteriormente valorizzabile in termini di qualità e accuratezza se i dati inseriti dall'ostetrica che assiste al parto fossero resi fruibili in tempo reale autonomamente a livello di ogni PN.

Tra gli innegabili vantaggi possiamo elencare:

- database disponibile in ogni sala parto,
- utilizzo dello stesso dato, quindi minore rischio di incoerenza dei dati raccolti da sistemi differenti riducendosi la necessità al ricorso ad altri database dedicati alla sala parto,
- possibilità di utilizzo immediato dei dati per gli audit clinici a livello locale, e quindi analisi e verifica locale della qualità dei dati,
- possibilità di monitoraggio locale delle attività svolte,
- possibilità di utilizzo degli stessi indicatori, con

uguale modalità di raccolta, sull'intero territorio nazionale,

- possibilità di confronto della qualità dell'analisi locale al momento della restituzione dei dati analizzati a livello centrale con il rapporto Cedap ministeriale,
- risparmio di tempo necessario per l'immissione dei dati in diversi sistemi di rilevazione, ovvero risparmio di risorse umane, tecnologiche e quindi economiche.

La qualità dei dati inseriti è, come detto, elemento essenziale ma il suo perseguimento necessita un monitoraggio continuo a partire da chi, operativamente, imputa il dato che, pertanto, deve poter verificare in tempo reale le informazioni raccolte.

Attualmente i dati trasmessi sono elaborati a livello centrale e restituiti agli operatori dopo anni dal momento dell'immissione, relegandone l'uso ad adempimento burocratico obbligatorio e portando all'adozione nei centri più virtuosi di software alternativi dedicati alla raccolta dati della sala parto. Questo implica un aggravio di lavoro per chi inserisce gli stessi dati più di una volta, aumentando il margine di errore e di conseguenza possibili diverse interpretazioni nell'analisi rispetto al dato ufficiale, soprattutto alimentando il disinteresse verso i dati deducibili dal Cedap squalificandolo come strumento per gli audit locali.

L'utilizzo dei dati del flusso Cedap in ogni punto nascita consentirebbe un feed-back immediato e conseguente valutazione della loro qualità assieme alla possibilità di innescare quel circolo virtuoso secondo cui la sicurezza e la qualità dell'assistenza in Sala Parto condizionino gli esiti e gli esiti stessi siano i drivers per un miglioramento continuo (Fig. 2)

In qualsiasi contesto conoscere i risultati della

propria attività rappresenta la condizione essenziale per migliorare qualità e sicurezza.

Il tasso di tagli cesarei in Italia rappresenta un ottimo modello esemplificativo.

L'Italia conferma secondo il recente report Eurostat il suo tasso di tagli cesarei tra i più alti in Europa e decisamente al di sopra della media europea (6).

È noto da anni, parimenti, che esiste un gradiente Nord-Sud nel tasso di tagli cesarei (dati Programma Nazionale Esiti (Pne) 2019) (Fig.3), e questo gradiente è tristemente confermato anche per quanto riguarda la mortalità materna e perinatale (7,8).

La modalità del parto è strettamente correlata al posto in cui si partorisce.

Da ciò la necessità per ogni punto nascita di poter disporre di dati la cui qualità sia sotto stretto monitoraggio per poter classificare le donne secondo Robson secondo un unico algoritmo (9) (Fig.4) e comprendere i determinanti epidemiologici, sociali, organizzativi e clinici che influenzano il ricorso al taglio cesareo, non semplicemente correlabili alla latitudine in cui avviene il parto.

Il confronto nel tempo in una stessa struttura e il confronto tra strutture diverse offre l'opportunità di ragionare su differenze epidemiologiche e sui diversi processi assistenziali anche, semplicemente, osservando la composizione delle differenti classi di Robson (9).

Aspetto ulteriore sarebbe poter condividere e raccogliere uniformemente, nel tracciato Cedap nazionale, delle modifiche semplici ma fondamentali per la lettura dei determinanti al parto e che possono influire significativamente sugli esiti di salute a breve e lungo termine sia materni, sia neonatali.

Ad esempio, attualmente nell'attuale tracciato



Cedap è richiesto il “Modo di induzione” esclusivamente indicando il “Primo metodo di induzione utilizzato (è possibile una sola risposta)”. Non è attualmente possibile tracciare in alcun modo l’uso dell’ossitocina, uno dei farmaci più frequentemente somministrati in sala parto in elenco tra quelli il cui uso richiede condizioni di elevato allerta (10).

L’introduzione di alcune variabili e la modifica della modalità di compilazione di alcuni campi consentirebbe di tracciare in modo completo ed esaustivo il percorso con cui si è giunti al parto (11). Esempio pratico sarebbe rappresentato dalla possibilità di utilizzare la scelta multipla in relazione agli eventi che concorrono al travaglio e al parto quali uso di differenti, e spesso associate, metodiche di induzione (meccanica, farmacologica prostaglandine, ossitocina, amnioressi), e/o accelerazione (ossitocina, amnioressi). Ancora, si potrebbe integrare la rilevazione del Cedap (oltre e in analogia al “Motivo dell’induzione”) con le indicazioni al “Taglio cesareo pre-travaglio” e con le indicazioni al “Taglio cesareo in travaglio” secondo quanto proposto da Robson (3,12).

Ciò consentirebbe di individuare “classi di indicazioni”, che in analogia alla classificazione in 10 gruppi, permetterebbe di avere una base di confronto per un’analisi più dettagliata.

Conoscere il Cedap, le sue variabili e potenziali applicazioni rappresenta una condizione fondamentale per ragionare in ogni sala parto in termini di appropriatezza, qualità e sicurezza dei percorsi diagnostici-terapeutici e assistenziali come richiesto da ormai un decennio dall’Accordo Stato-Regioni del 2010 concernente “Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita

e per la riduzione del taglio cesareo” e successivamente ribadito dal Dm 70/2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”.

Uscire dalla cultura del dato come mero obbligo istituzionale per iniziare un processo virtuoso del dato come strumento di conoscenza, valorizzando il lavoro di chi lo produce, lo elabora, condivide e discute, rappresenta una rivoluzione copernicana per l’assistenza ostetrica in Italia, di cui tutti possiamo essere artefici e responsabili. Solo conoscendo i dati della nostra attività possiamo produrre evidenza dell’efficacia dei nostri interventi e offrire assistenza in modo trasparente alle donne che si affidano alle nostre cure; non solo, ma possiamo lavorare sempre più e sempre meglio affinché il parto sia vissuto come esperienza positiva per le donne, i loro bambini, le loro famiglie e per gli operatori sanitari (13). I tempi sono maturi per ragionare in maniera dettagliata e consapevole sulla nostra attività.

## REFERENZE

1. Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica Ufficio di Statistica. Certificato di assistenza al parto (Cedap). Analisi dell’evento nascita - Anno 2016. <[www.salute.gov.it/statistiche](http://www.salute.gov.it/statistiche)>sezione Pubblicazioni principali del Sistema statistico sanitario.
2. World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates. April 2015. [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/cs-statement/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/)
3. Michael Robson, Martina Murphy, Fionnuala Byrne. Quality assurance: The 10-Group Classification System (Robson classification), induction of labor, and caesarean delivery. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 131 (2015) S23–S27.
4. Rossen J, Lucovnik M, Eggebo TM, et al. A method to assess obstetric outcomes using the 10-Group Classification System: a quantitative descriptive study. *BMJ Open* 2017;7:e016192. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016192.
5. Michael S. Robson. The 10-Group Classification System - a new way of thinking. July 2018 AJOG
6. Quotidiano sanità. In Italia un terzo dei parti è ancora col cesareo. In Europa la media è di 1 su 4. Gi ultimi dati Eurostat 18 dicembre 2019. [http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=79836](http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=79836).
7. Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS). L’andamento della mortalità materna nelle regioni partecipanti - Marta Buoncristiano e Serena Donati, ISS. La sorveglianza ostetrica Itoss: il convegno 2019. ISS, Roma.
8. ISTAT. La Mortalità dei bambini ieri e oggi in Italia. 15 gennaio 2014 (e successivi aggiornamenti 18 ottobre 2018) [www.istat.it](http://www.istat.it)
9. World Health Organization. Robson Classification: Implementation Manual-ita. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259512/9789241513197-ita.pdf?ua=1>
10. Institute for Safe Medication Practices. ISMP List of High Alert Medications in Acute Care Settings. 23 August 2018. <https://www.ismp.org/recommendations/high-alert-medications-acute-list>.
11. Alessandro Svelato, Antonio Ragusa, Piero Manfredi. General methods for measuring and comparing medical interventions in childbirth: a framework. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2020, in press.
12. Michael S. Robson. Use of indications to identify appropriate caesarean section rates. *www.thelancet.com/lancetgh* Vol 6 August 2018.
13. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

## Gravidanza e emergenza Covid



**I CONSIGLI  
DI GINECOLOGI,  
OSTETRICHE  
E NEONATOLOGI**

# DALLA GRAVIDANZA AL PARTO IN EMERGENZA COVID

**Diciotto consigli pratici per tutti gli operatori ma anche per le neo mamme elaborati dai ginecologi Sigo, Aogoi, Agui, dalle ostetriche Fnopo e dai neonatologi della Sin con tutte le indicazioni per muoversi in sicurezza nelle varie fasi della gestazione e al momento dell'evento nascita.**

Si intitola "Gravidanza e parto in epoca Covid-19: consigli pratici" e l'hanno messo a punto le tre società scientifiche della ginecologia italiana (Sigo, Aogoi, Agui), dalla Fnopo e la Società italiana di neonatologia. Diviso in due parti, "durante la gravidanza" e "nei punti nascita" fornisce una serie di indicazioni pratiche utili sia per gli operatori che per le future mamme.

### Durante la gravidanza

- La gestione della gravidanza è immutata, in termini di controlli clinici e strumentali. Va favorita la possibilità di posticipare i controlli differibili al fine di ridurre al minimo i contatti, dandone evidenza documentale nella cartella clinica
- La donna gravida appartiene ad una fascia di popolazione a rischio di infezioni respiratorie. Necessario rispetto stretto delle norme di prevenzione del rischio di contagio, come per tutta la popolazione (distanziamento di almeno un metro, lavaggio frequente delle mani, ecc.)
- Stretto rispetto delle vaccinazioni raccomandate (pertosse, influenza)
- La donna deve essere informata che l'eventuale accompagnatore non può essere presente al momento delle visite/esami strumentali, salvo situazioni particolari da valutare con il medico/ostetrica o indicazioni specifiche regionali/aziendali
- Auspicabile utilizzo di mascherina per la donna e per i sanitari in ogni indagine clinica e strumentale
- Rispetto della scelta da parte della donna della modalità del percorso nascita (ospedaliero, consultoriale, in libera professione, privato)
- Corsi di accompagnamento alla nascita on-line, fruibili da tutte le gravide, qualunque sia il percorso prescelto
- Per le donne lavoratrici in gravidanza devono essere garantite tutte le modalità di protezione compresa la modalità di lavoro agile per le attività che possono essere svolte al proprio domicilio o a distanza.

### Nei Punti nascita

- Netta separazione tra percorso delle donne con triage clinico-anamnestico negativo e/o con test negativi e percorso delle donne con infezione da SARS-CoV-2 documentata o sospetta
- Importanza fondamentale del triage clinico-anamnestico per la identificazione dei casi sospetti. Auspicabile l'utilizzo di test rapidi o tamponi per tutti i casi sospetti o, meglio, per tutte le donne
- Utilizzo di mascherina per la donna e per i sanitari durante il travaglio. Auspicabile utilizzo dei DPI previsti per le manovre producenti aerosol durante l'assistenza al periodo espulsivo.
- Utilizzo dei Dpi Covid in occasione del travaglio e parto, sia esso spontaneo che nei TC nelle donne con infezione da Sars-CoV-2 documentata o sospetta
- Da evitare l'utilizzo di sale travaglio in cui accedono più donne
- Auspicabile presenza del partner (o in sua assenza persona di fiducia della donna) in travaglio e durante il parto, dopo adeguato triage clinico-anamnestico con rispetto delle distanze ed utilizzo dei Dpi
- Nelle donne con triage clinico-anamnestico negativo e/o con test negativi, non vanno modificate le procedure di pelle-pelle e di clampaggio del cordone ombelicale. Nelle donne con infezione da Sars-CoV-2 documentata o sospetta, è suggerito il clampaggio precoce ed evitare pelle-pelle
- Durante il periodo di degenza assenza di visitatori, salvo situazioni particolari (donne minorenni o con invalidità fisica/psichica). Per quanto riguarda il partner, è auspicabile l'identificazione di percorsi che garantiscano il contatto genitoriale
- Auspicabile dimissione precoce, protetta e concordata con assistenza ostetrica sul territorio e a domicilio, o con consulenza telefonica
- Ribadita l'utilità dell'allattamento materno in tutti i casi, comprese le donne con infezione da Sars-CoV-2 documentata o sospetta se le condizioni materne lo consentono (non sintomatiche o paucisintomatiche).

## Contributi

# La distorsione della percezione temporale

Gli operatori sanitari impegnati contro Sars-CoV-2 e le ricadute su vissuto e performance individuale



**FILIBERTO DI PROSPERO\***

Direttore FF UOC  
Ginecologia Ostetricia,  
Ospedale di Civitanova  
Marche, Area Vasta 3  
Asur Marche



**ROSALBA ZANNINI**

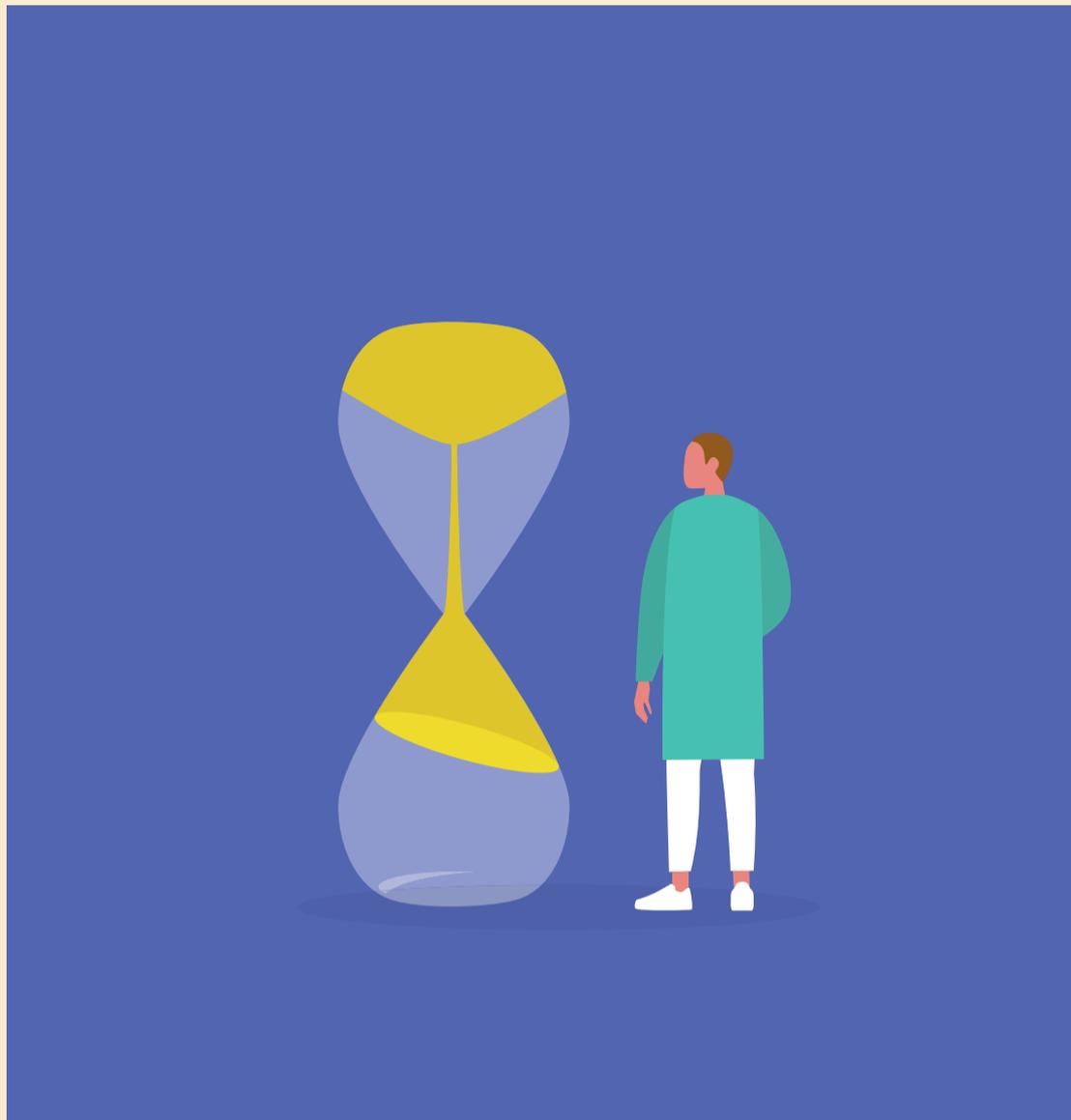
Psicologo Dirigente-  
Psicoterapeuta Consultorio  
Civitanova Marche Area  
Vasta 3 Asur Marche

### L'EMERGENZA ED IL PROBLEMA DIMENTICATO.

Nell'emergenza sanitaria da Covid-19 molto si è parlato del "cosa fare" anche in modo purtroppo spesso contraddittorio ma poco interesse invece si è creato riguardo gli aspetti di fragilità psicologica, emotiva e cognitiva degli operatori sanitari coinvolti, particolarmente in termini di ricaduta sul loro vissuto e performance individuale. Essere connotati come eroi non ha facilitato l'emergere delle proprie fragilità psicologiche in questa fase di incertezza: allo stress dei turni e delle nuove situazioni assistenziali (con continui e talvolta non coerenti aggiornamenti operativi) si è unito un carico emozionale notevole conseguente alla alta mortalità degli assistiti, al loro grado di sofferenza, al contesto di alto isolamento e spesso alla netta sensazione di impotenza. L'intensa fatica fisica, il dolore legato all'uso degli stessi Dispositivi di Protezione Individuale (DPI), i decessi dei compagni di lavoro, la paura di morire e quella di infettare i propri parenti e conviventi hanno reso ancora più emotivamente impegnativo il vissuto di ciascuno.

### IL NUOVO CORONAVIRUS SARS-COV-2.

I Coronavirus sono una ampia famiglia di virus respiratori noti per causare malattie che vanno dal comune raffreddore fino a gravi sindromi respiratorie. Comuni in molte specie animali hanno come cellule bersaglio primarie quelle respiratorie e del tratto gastrointestinale potendo, seppur raramente, infettare e diffondersi anche nella specie umana attraverso un occasionale salto



di specie (spill over). Nel Dicembre 2019 un nuovo tipo di polmonite virale è stato segnalato dalle Autorità Sanitarie Cinesi nella città di Wuhan (provincia dello Hubei, Cina). Nel gennaio 2020 un pool di scienziati dell'International Committee on Taxonomy of Viruses (ICTV) ha ritenuto questo nuovo virus molto simile a quello che ha precedentemente determinato la Sars denominandolo quindi "Sindrome Respiratoria Acuta Grave Coronavirus 2" (Sars-CoV-2) e nel febbraio seguente l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Who) ha a sua volta denominato la malattia correlata come Covid-19 (dove CO sta per Corona, VI sta per virus, D per disease e 19 indica l'anno in cui la malattia si è manifestata per la prima volta). Si tratta di una malattia altamente diffusiva, tanto da aver raggiunto rapidamente livelli di pandemia; una malattia che ha trovato la gran parte degli stati impreparati, con un alto numero di ospedalizzazioni e con una mortalità variabile probabilmente in funzione dei livelli assistenziali e comunque abbastanza elevata.

### LA RISPOSTA DEL SISTEMA SANITARIO E GLI ADATTAMENTI DEGLI OPERATORI.

L'impatto improvviso di una epidemia senza precedenti inizialmente sottovalutato ha determinato repentini cambiamenti organizzativi in tutta l'articolazione del Servizio Sanitario Nazionale peraltro già sofferente in termini di risorse strumentali ed umane.

Questi cambiamenti hanno richiesto talvolta la trasformazione di interi ospedali e l'implementazione di nuove reti assistenziali. Gli operatori sanitari (Medici, Infermieri, Oss) quindi sono stati chiamati a confrontarsi rapidamente con nuovi setting assistenziali molto diversi da quelli abituali, talvolta in discipline diverse dalla assegnazione originaria, con turni di lavoro spesso

massacranti in una situazione che da molti è stata paragonata all'invio in una prima linea di combattimento.

Un combattimento tra l'altro contro un nemico invisibile ed una patologia dai contorni in gran parte ancora sfumati, poco conosciuta (ampio è ancora il dibattito scientifico) contro la quale molti hanno lamentato carenza anche nella disponibilità dei DPI.

### LA PERCEZIONE DEL TEMPO.

Gli antichi greci differenziavano il concetto di tempo in Kairos, ossia un "tempo di qualità" contrapposto a Chronos, "tempo cronologico": il primo si conciliava con l'idea dell'efficacia dell'azione umana che deve essere tempestiva, dipendente da un ragionamento di durata non misurabile, ma "cruciale" nelle situazioni imprevedibili ed insolite.

Per Einstein invece la distinzione tra passato, presente e futuro era una pura illusione, per quanto ostinata.

La percezione del tempo tuttavia è comunque un aspetto fondamentale dell'esperienza quotidiana di tutti i giorni e la regolarità delle azioni che avvengono nei medesimi orari (dormire, mangiare, etc.) è condizione che consente una programmazione di attività più complesse (es. relazioni sociali, business, ideazione, programmazione); una percezione strettamente individuale ma fortemente influenzata dal contesto fisico ed emotivo (1).

### ASPETTI NEUROPSICOLOGICI DEL SENSO DEL TEMPO

La percezione del tempo è una funzione complessa basata su una strategia di sistema che coinvolge più strutture nervose. Probabilmente tutti gli esseri viventi dotati di un sistema nervoso pos-

## Contributi

siedono il senso del tempo.

Come il linguaggio e il senso dello spazio, il senso del tempo è prodotto da meccanismi nervosi emersi per selezione naturale. Il nostro cervello percepisce il tempo in relazione al succedersi delle informazioni che gli giungono e al loro progressivo cambiamento.

Studi di neuropsicologia ci indicano che il lobo frontale è in grado di riconoscere la sequenza temporale degli eventi avendo la capacità di identificare quali condizioni devono verificarsi prima, per rendere poi possibili condizioni successive. Oltre a questa sequenza logica, la nostra percezione del tempo è correlata a riferimenti temporali appresi (giorni, mesi, anni, secondi, minuti, ore).

La percezione del tempo è quindi un'esperienza del tutto soggettiva nella quale risulta implicata anche la memoria episodica, un tipo di memoria autobiografica che appartiene alla persona, che si forma a seguito di un evento e indica il cosa, il dove, ma anche il quando di tale situazione.

Tsao e coll. (2) hanno dimostrato come la memoria episodica si generi in aree cerebrali vicine che processano informazioni spaziali e che sono responsabili dell'esperienza del tempo.

Uno studio precedente di Moser & Moser (3) aveva già individuato in una porzione dell'ippocampo, la Corteccia Entorinale Mediale (Mec) un gruppo di neuroni chiamati "grid cells" contenenti una mappa neurale dello spazio ambientale direzionalmente orientata e topograficamente organizzata, che permettevano la codifica dello spazio ambientale.

I neuroni della MEC rappresentano il tempo come una codifica dell'esperienza, fungendo da "neural clock", cioè organizzando l'esperienza in una precisa sequenza di eventi distinti, dando così un senso al tempo. L'attività neurale infatti non rappresenta la misura precisa del tempo oggettivo, ma di un tempo soggettivo derivato dal flusso delle esperienze in corso, interpretate come piacevoli o spiacevoli.

In conclusione, l'ippocampo è in grado di immagazzinare una rappresentazione omogenea di cosa, quando e dove.

Joe Paton e coll. (4) hanno anche dimostrato come manipolando l'attività neuronale di aree profonde del cervello dei topi sia possibile estendere o ridurre la percezione del tempo e che detta azione è mediata da una modulazione dei neuroni dopaminergici. Quanto più aumentava l'attività neurale, tanto più gli animali sottostimavano la durata dell'intervallo temporale

### **DISTORSIONE NELLA PERCEZIONE DEL TEMPO: DOPAMINA, EMOZIONI E SENSO DI MINACCIA.**

Sembra assodato che alla base della percezione temporale ci sia la produzione della dopamina da parte dei neuroni della substantia nigra. In studi



Le condizioni organizzative, relazionali e psicologiche non vanno sottovalutate in contesti di emergenza, ma considerate misure di contenimento del rischio alla pari dei meccanismi di protezione



Un soggetto esposto ad una serie di stimoli negativi, anche attraverso modalità sensoriali diverse, può avere una percezione distorta del tempo che tende generalmente a dare la sensazione di un tempo che sembra fermarsi

sperimentali è stato osservato infatti come un aumento della produzione di dopamina porti a sottostimare il passare del tempo, mentre una diminuzione conduca ad una sovrastima (5).

È noto che gli eventi piacevoli stimolano la produzione di dopamina nel cervello; così il nostro orologio interno accelererebbe, facendoci sembrare più breve il tempo trascorso. Quando viceversa la produzione di dopamina è bassa, come in situazioni tristi o anche in malattie come la depressione, il tempo ci sembra trascorrere più lento. L'altra peculiarità è che le emozioni influenzano la percezione del tempo. Stimoli emotivi particolarmente intensi possono indurre il soggetto a "non accorgersi" del tempo che è passato.

In alcune circostanze, la difficoltà di percepire il tempo intercorso nello svolgimento di un'attività, può rappresentare un elemento di valorizzazione della stessa, la quale appare in grado di catturare l'attenzione del soggetto fino a "distrarlo" dai suoi riferimenti temporali.

È stato anche dimostrato come un soggetto esposto ad una serie di stimoli negativi, anche attraverso modalità sensoriali diverse, possa avere una percezione distorta del tempo (6), che tende generalmente a dare la sensazione di un tempo che sembra fermarsi, rallentare fino a offrire una netta sensazione di espansione anche chiamata "dilatazione temporale" (7) (8).

Quindi, stimoli minacciosi o negativi possono dilatare la percezione del tempo forse anche attuando un meccanismo fisiologico teso a favorire l'analisi, la concentrazione della nostra attenzione sulla minaccia; una percezione che è stata dimostrata possa essere determinata anche da eventi sociali stressanti (social stressors) (9) (10). In termini di sopravvivenza la dilatazione del tempo di fronte ad una minaccia fa sì che la preda

possa tentare di sfuggire al suo ruolo di vittima perché ha modo di amplificare tutti quei micro-segnali che anticipano la possibilità di morire e questo le può offrire l'opportunità di scampare all'agguato. Può nella nostra situazione emergenziale la dilatazione del tempo essere funzionale a questo scopo? Gli enormi cambiamenti esterni imposti hanno determinato un ampliamento del tempo in quanto hanno per certi versi minacciato l'identità di ognuno (fisica, sociale, religiosa, nazionale, cc.) creando uno stato di allerta ed allarmismo senza possibilità di prevederne una fine temporale ed una chiarezza nelle modifiche essenziali da attuare e relativamente alla loro durata nel tempo. Assieme al disorientamento emerge forte il bisogno di ritrovare un senso di appartenenza (familiare, del vicinato, della nazione, etc.) proprio nel momento in cui lo spazio prossemico viene preservato dalla relazione con l'altro. La sensazione comune della nostra memoria è che siano trascorsi mesi anziché giorni, anni anziché mesi: il nostro vissuto interno ha dovuto assimilare enormi cambiamenti tuttora in atto e per dirla con Piaget sta ricercando un accomodamento con l'ambiente esterno (11) anch'esso comunque mutevole.

### **RISCHI DELLA DISTORSIONE TEMPORALE PER GLI OPERATORI SANITARI E STRATEGIE DI PREVENZIONE.**

Nel linguaggio in auge, la metafora della guerra erroneamente ci conduce ad una logica dicotomica e muscolare della sopravvivenza in cui si uccide l'altro pur di sopravvivere e dove l'operatore sanitario appare come vittima sacrificale di un sistema sociale deresponsabilizzato che delega allo stesso il potere di vita o di morte, con tutte le conseguenze di osannarlo per poi altrettanto fa-



Studi recenti, in Cina, rilevano prevalenza di sintomi come:

**Depressione**

**50,4%**

**Ansia**

**44,6%**

**Insonnia**

**34%**

nel personale impegnato nei reparti Covid-19

cilmente screditarlo.

Attraverso lo strumento umano del Medico e dell'Infermiere, dell'Ostetrica passano anche scelte strategiche poco o nulla condivise che li trovano ora appesantiti da indumenti che fanno intravedere solo lo sguardo e li privano degli usuali strumenti di rilevazione (colloquio, contatto fisico). La comunità dovrebbe sentire l'onere di provvedere alla manutenzione di questo strumento umano fondamentale rafforzando i fattori protettivi (mascherine, salute mentale) e contestualmente abbassando quelli di rischio per elicitare una resilienza e una riprogrammazione di tutto il sistema delle cure e della qualità di vita.

Il tempo della cura nel reparto Covid si è dimostrato un tempo dove spesso le decisioni vanno prese in modo veloce, senza conoscenza pregressa del paziente e dove la morte viene comunicata ai familiari, anch'essi per lo più sconosciuti, via telefono.

In questa situazione si è osservata frequentemente negli operatori la sensazione di vivere in una bolla temporale, una vera e propria dilatazione del tempo dove i giorni diventano mesi ed i mesi anni e durante la quale il senso di impotenza e la possibile insorgenza di burn-out (impoverimento di energie, aumento della distanza mentale, cinismo verso il lavoro e gli altri, ridotta efficacia nel lavoro), possono impattare con funzioni importanti quali la concentrazione, la memoria ed il riposo notturno.

Tutto questo disagio interiore può quindi esporre i sanitari a valutazioni inadeguate e ad un maggior rischio di compiere errori e di infettarsi. Le condizioni organizzative, relazionali e psicologiche non vanno quindi sottovalutate in contesti di emergenza, ma considerate misure di contenimento del rischio alla pari dei meccanismi di

protezione: ad esempio, nell'organizzazione dei turni appare importante immaginare una coppia di operatori dove vi sia una funzione di controllo reciproco nella corretta esecuzione delle manovre protettive, appare ugualmente importante tra gli stessi operatori la conoscenza profonda reciproca che consente a ciascuno di essere vicariante e di sopperire ad eventuali contesti di vulnerabilità del collega. Infatti il solo pensare di avere qualcuno su cui poter contare appare un fattore di resilienza personale importante. Analogamente avere una possibilità di dare nome e poter esprimere le intense emozioni vissute con persone di cui si ha fiducia consente di ripristinare la messa in gioco delle proprie energie e modificare nel tempo comportamenti che non si sono reputati efficaci nella gestione dei casi. Visto il ridotto tempo a disposizione e la forte tensione emotiva appare in periodi di emergenza auspicabile che negli stessi reparti tra colleghi si abbia la possibilità di sperimentare in momenti di pausa l'espressione cartacea della propria vulnerabilità emotiva confrontandosi con figure-ponte che possono poi avvalersi di una supervisione psicologica: ciò anche perché il fatto che si viva la medesima esperienza facilita la comunicazione e riattiva la cura delle proprie ferite psichiche. In situazioni emergenziali è necessario che la turnazione dia modo a ciascun operatore di recuperare l'intenso sforzo fisico e psichico per cui risulta importante il lavoro di équipe con un sistema che coordini un chiaro, diretto ed efficace passaggio di consegne ridotto all'essenziale (12).

L'isolamento (distanziamento) sociale è comunque l'aspetto caratterizzante questa specifica epidemia che non consente neanche rituali collettivi di commiato, e per gli operatori sanitari, oltre al Sars-CoV-2, il rischio è di esserne "contagiati" con ulteriore discapito per la propria salute mentale, ma del vivere e di eventuali strategie di protezione psicologica degli operatori, al di fuori delle turnazioni, poco o nulla si è detto.

Il problema è invece certamente rilevante e studi cinesi recenti, carenti per la mancanza di follow-up e il breve tempo di osservazione, rilevano tuttavia prevalenza di sintomi depressivi (50,4%), ansia (44,6%), insonnia (34%) nel personale impegnato nei reparti Covid-19 (13) (14). Tuttavia affrontare una emergenza non necessariamente significa sviluppare malattia mentale o un disturbo post-traumatico da stress.

Dipende molto dalla prospettiva temporale indirizzata al futuro in cui ci poniamo (15) la programmazione delle nostre azioni ed il nostro fare quotidiano.

Abbiamo visto come in una situazione altamente stressante e di isolamento sia preponderante la distorsione della percezione del tempo e come intervenire precocemente sul formarsi di una alterata percezione soggettiva e sul senso soggettivo di minaccia possa avviare aspetti di nuova progettazione limitando conseguenze negative personali e sistemiche.

Il mantenimento di routine quotidiane, la condizione-discussione delle percezioni, la protezione dall'isolamento sono solo alcune tra le possibili azioni.

Considerando anche il gradiente di resilienza e capacità di coping individuali con cui ciascuno si è trovato in questa nuova emergenza sarebbe fondamentale potenziare negli operatori il senso di appartenenza ad una società che accoglie tutte le emozioni (non giudicandole), facilitandone così la consapevolezza-accettazione dei propri limiti e la fiducia nelle capacità creative e protettive del team.

## BIBLIOGRAFIA

The Influence of affective factors on time perception. Angrilli A. et al. *Perception and Psychophysics* 1997;59(6):972-982;

Integrating time from experience in the lateral entorhinal cortex. Tsao A., Sugar J., Lu L., (2018). *Nature* 561,57-62.

Hippocampus-independent phase precession in entorhinal grid cells. Hafting T., Fyhn M., Bonnevie T., Moser M.B., Moser L. *Nature* 26 June 2008, Vol. 453 Doi: 10.1038

Midbrain dopamine neurons control judgment of time. Soares S., Atallah B.V., Paton J.J. *Science* 2016 Dec 9;354(6317):1273-1277

Distorsion of subjective time perception within and across senses. Van Wassenhove et Al. *PLoS one* 2008;3(1):e1437;

How emotions colour our perception of time. Droit-Volet S. et al. *Trends in Cognitive Sciences* 2007;11(12):504-513;

When time slows down: the influence of threat on time perception in anxiety. Bar-Haim Y. et al. *Cognition and Emotion* 2010;24(2):255-263;

The effect of predictability on subjective duration. Paiyadath V., Eagleman D. *PLoS One* 2(11): e 1264, 28/11/2007

The influence of social stress on time perception and psychophysiological reactivity. Van Hedger K. et al. *Psychophysiology* 2017;54(5):706-712;

Social exclusion and the deconstructed state: Time perception, meaninglessness, lethargy, lack of emotion and self-awareness. Twenge J.M., Catanese K.R., Baumeister R.F. *J. Pers. Soc. Psychol* 2003 Sep; 85(3):409-23

La costruzione del reale nel bambino. Jean Piaget. Ed. La Nuova Italia, giugno 1999

Just think: the challenges of the disengaged mind. Timothy D. Wilson, David A. Reinhard, Erin C. Westgate, Daniel T. Gilbert, Nicole Ellerbeck, Cheryl Hahn, Casey L. Brown, Adi Shaked *Science* 04 Jul 2014; vol.345 Issue6192, pp 75-77, DOI

Factors associated with mental health outcomes among health careworkers exposed to coronavirus disease 2019. Jianbo L., Simeng M., Ying W., et al. (2020). *Jama Network Open*.

The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. Kang L., Hu S., Chen M., Yang C., Yang B: et al Mar 2020 vol.7 N°3 217-290, 8-14, 5/02/2020

The time paradox: The new psychology of time that will change your life. Zimbardo P. & Boyd J. (2008), Simon and Schuster.

## PROCREAZIONE ASSISTITA

**Come in tutti i rami della medicina la pandemia da virus Sars-CoV-2 ha immediatamente posto agli operatori ed ai pazienti una serie di sfide da affrontare, quando ancora le informazioni sulla natura della patologia Covid-19 erano incerte e frammentarie.**

**La Federazione Sigo, che comprende Aogoi, Agui, Agite, si è data da un anno una specifica organizzazione in gruppi di interesse ed ha delegato al Gruppo di Interesse Speciale Sterilità (Giss) la valutazione di azioni riguardanti in particolare la attività di Procreazione Medicalmente Assistita (Pma) in epoca di Covid-19**



# Covid-19: la risposta del mondo della **Procreazione Medicalmente Assistita**

**IL PRIMO ATTO DEL GISS** è stato un comunicato stampa del 17 marzo rivolto soprattutto alle coppie. Visto il lockdown generato dai Dpcm dell'8, 9 e 11 marzo, il fine era innanzi tutto tranquillizzare quelle già in terapia, garantendo il completamento dei cicli in una situazione controllata. Alle coppie il documento spiegava che non erano al momento noti rischi peculiari del virus rispetto alla pratica della Pma ma che nel contempo era prudente sospendere tutti gli altri trattamenti programmati. Le ragioni della sospensione erano fondamentalmente la necessità di limitare al massimo gli spostamenti delle persone e di evitare qualsiasi situazione che potesse generare ricoveri acuti (ad esempio la sindrome da iperstimolazione ovarica) in un momento in cui la sanità era sottoposta ad uno stress mai conosciuto. Unica eccezione allo stop erano i cicli di prelievo gametico per oncofertilità.

Il documento raccoglieva le indicazioni dell'Istituto superiore di Sanità, scritto congiuntamente dal Centro Nazionale Trapianti e dal Registro Nazionale Pma (misure di prevenzione della tra-



**MAURO COSTA**  
Responsabile Ssd  
Medicina della  
Riproduzione - Ospedale  
Evangelico Internazionale  
Membro del Gruppo di  
Interesse Speciale Sterilità  
(Giss)

missione dell'infezione da nuovo Coronavirus, Sars-CoV-2, in Italia per le cellule riproduttive e i trattamenti di Pma aggiornamento del 13 marzo 2020), nonché della Società Europea di Embriologia e Riproduzione (Eshre) e della American Society of Reproductive Medicine.

Contestualmente il Giss ha cominciato a prepararsi su come riorganizzare l'attività dei Centri quando fosse iniziata la fase di remissione della pandemia. Si è partiti dalla considerazione che ogni mese di inattività dei centri Pma avrebbe determinato la perdita di un migliaio di nuove gravidanze. Considerando che la crisi economica e sociale dovuta alla pandemia sarebbe stato un motivo ulteriore di calo dei concepimenti, in un paese in netta regressione demografica, è sembrato giusto ai membri del Giss dotare centri e pazienti di procedure che consentissero una rapida ripresa dell'attività.

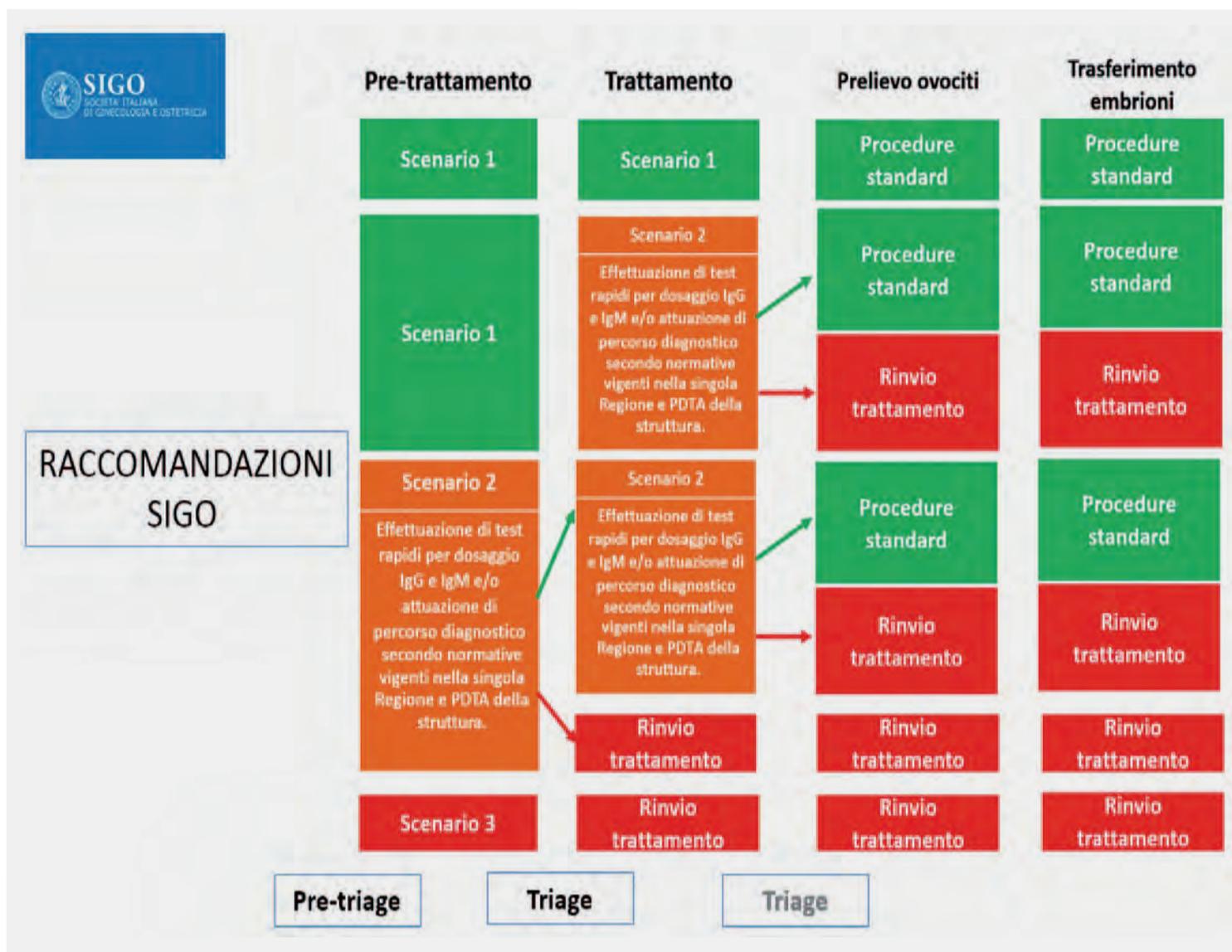
Si è quindi posto il problema di raccogliere tutte le informazioni disponibili su come operare in sicurezza. È stato necessario un percorso di approfondimento scientifico basato su conoscenze e da-

ti che si andavano modificando giorno per giorno, con modelli epidemiologici che prospettavano esiti molto lontani tra loro. L'urgenza del bisogno di informazioni scientifiche ha portato alla pubblicazione immediata e disponibile universalmente di dati spesso derivati da studi non peer reviewed, con grosse limitazioni sia di numerosità campionaria che di disegno sperimentale. È stato poi necessario disegnare un percorso che fosse attuabile in una situazione dove i territori regionali presentavano un mosaico di possibilità e modalità alternative di affrontare soprattutto la diagnostica del Covid-19. Alcune Regioni favorivano l'utilizzo dei tamponi, altre quello della sierologia. I centri quindi avevano a disposizione diversi strumenti. Il lavoro del Giss è quindi sfociato in un nuovo documento pubblicato il 6 aprile. Il documento non si può definire una linea guida, che per definizione dovrebbe riferirsi alle sole pratiche basate su solide evidenze. È stato quindi formulato in forma di procedura operativa con diverse possibilità nell'esecuzione dei test, quando necessari, considerando che esistono differenze organizzative e diversi gradi di libertà tra centri pubblici, inseriti in realtà ospedaliere con procedure centralizzate e centri privati con procedure autonome. Il documento è stato illustrato a tutti i Centri italiani in un webinar tenutosi il 23 aprile.

Il documento prevede un percorso di accesso ai trattamenti così organizzato:

- **PRIMO TRIAGE TELEFONICO:** 7-10 giorni prima dell'inizio del ciclo di stimolazione ovarica o, nel caso di transfer di embrioni congelati, dell'inizio del ciclo di preparazione endometriale

FIGURA 1



- **SECONDO TRIAGE:** secondo giorno di mestruazione, ovvero al giorno previsto per l'inizio della stimolazione ovarica controllata
- **ULTERIORE CHECK POINT:** il giorno del triggering o al momento dell'inizio della supplementazione con progesterone nel caso di preparazione endometriale per FET.

Sulla base di ogni triage si pongono tre possibili scenari:

- **SCENARIO 1:** paziente e partner asintomatici e negativi alla scheda di triage
- **SCENARIO 2:** paziente e/o partner positivi alla scheda di triage ma con solo rischio espositivo e/o sintomi lievi-aspecifici
- **SCENARIO 3:** paziente e/o partner con sintomatologia conclamata e/o con test positivo.

La paziente con scenario 1 può accedere al trattamento. La paziente con scenario 3 deve sospendere il trattamento ed essere avviata al percorso di cura della patologia Covid-19.

In presenza di scenario 2 si attua un percorso diagnostico diverso a seconda delle normative vigenti nella singola Regione e del Pdta della struttura, che può prevedere sia test sierologici sia tamponi nasofaringei. Il percorso è riassunto nella figura 1

Il documento prevede inoltre una corretta gestione degli accessi ai centri, con utilizzo della telemedicina ovunque sia possibile oltre che una rinnovata organizzazione dei flussi all'interno dei centri, onde minimizzare tutte le situazioni a rischio di contagio. È notevole che in questa occasione il documento del Giss abbia anticipato quello dell'Eshre, che ne ha poi sostanzialmente condiviso le indicazioni.

#### QUALI SONO I PROBLEMI ANCORA APERTI SU COVID-19 E MEDICINA DELLA RIPRODUZIONE?

Innanzitutto non abbiamo dati certi sulla presenza del virus nell'apparato genitale. I dati della precedente infezione da Sars-CoV nei primi anni di questo secolo dimostravano la assenza del virus Sars nell'apparato genitale. Non abbiamo ancora dati sulla presenza del virus Sars-CoV-2 nel fluido follicolare e nell'ovaio, ma l'enzima convertitore dell'Angiotensina 2 (ACE2), che funge da recettore del virus Sars-Cov-2, non è presente nell'ovaio. Si è molto enfatizzata la presenza di ACE2 nei testicoli. Ma lo studio degli Rna messaggeri da singole cellule (single-cell transcriptome and bioinformatics analysis) non reperisce nelle stesse cellule la coespressione di ACE2 e della Serina proteasi transmembrana TMPRSS2, cofattore necessario alla penetrazione del virus nelle cellule. Quindi è dubbio che, come ipotizzato da alcuni, il testicolo possa essere un reservoir del virus. Nonostante questo una delle pubblicazioni sul tema del virus nel liquido seminale, avrebbe dimostrato la presenza del virus nel liquido seminale. Tra i 38 partecipanti che hanno fornito un campione di sperma, 23 partecipanti erano guariti dalla fase acuta e 15 partecipanti erano nella fase acuta dell'infezione. I risultati dei test sul seme hanno riscontrato che 6 pazienti (15,8%) avevano risultati positivi per Sars-CoV-2, di cui 4 erano in fase acuta di infezione e 2 erano guariti. Di converso altre tre pubblicazioni non hanno reperito il virus in campioni seminali e in un campione testicolare rispettivamente di 34, 13 e 1 pazienti, di cui però solo tre risultavano positivi al tampone na-

“Gli esperti ritengono comunque che le usuali forme di preparazione dei gameti per Pma, che prevedono ripetuti lavaggi sia degli ovociti che degli spermatozoi, possano garantire la completa assenza del virus, come la garantiscono già oggi in tutte le patologie virali in cui sono utilizzate

Segue

## Via libera del Cnt e dell'ISS (registro Pma) alla ripresa dei trattamenti

“Si ritiene sussistano, ad oggi, le condizioni per la ripresa dei trattamenti momentaneamente sospesi e l'inizio di nuovi trattamenti, con priorità riservata alle coppie con indicazioni di urgenza al trattamento per età o per condizioni cliniche particolari e ai trattamenti sospesi in corso di pandemia”.

È quanto si legge in una circolare del Ministero della salute con le indicazioni fornite dal Centro nazionale trapianti e il Registro Pma per la ripresa dei trattamenti di Procreazione medicalmente assistita che erano stati sospesi a causa dell'emergenza Covid.

“Le procedure – si legge nella circolare - debbono riprendere gradualmente, includendo un'attività di triage rivolta sia alle coppie che debbano iniziare o completare un trattamento, sia a tutto il personale operante nei Centri Pma. Tali attività di triage saranno finalizzate ad individuare precocemente situazioni di eventuale rischio, permettendo così di attuare le appropriate azioni di contenimento dell'infezione ove queste si rendano necessarie”. Inoltre dovranno essere aggiornate le “procedure operative di contatto con i pazienti, la ri-organizzazione degli spazi di accoglienza e attività, le indicazioni per il corretto utilizzo dei Dpi, la massima attenzione alla valutazione della presenza di possibili patologie che favoriscano un decorso più grave di una eventuale patologia da Sars-CoV-2 e la valutazione della opportunità o necessità di sospensione del trattamento in caso di infezione confermata o sospetta di almeno uno dei componenti della coppia sono elementi fondamentali da prendere in considerazione in vista di uno svolgimento in sicurezza della ripresa delle attività”.

#### ECCO LE RACCOMANDAZIONI: PRESTAZIONI URGENTI

Rimangono attive tutte le procedure di crioconservazione dei gameti finalizzate alla preservazione della fertilità in soggetti oncologici e comunque in pazienti candidati a terapie gonadotossiche, escludendo solo i soggetti con grave sintomatologia in atto. Per quanto riguarda la crioconservazione di gameti di soggetti Covid-19 positivi, qualora la raccolta non sia procrastinabile, si suggerisce in via precauzionale l'utilizzo di dispositivi ad alta sicurezza, ovvero, qualora non si disponga di tali dispositivi, la conservazione in un tank separato.

Segue

## PROCREAZIONE ASSISTITA



sofaringeo. Gli esperti ritengono comunque che le usuali forme di preparazione dei gameti per Pma, che prevedono ripetuti lavaggi sia degli ovociti che degli spermatozoi, possano garantire la completa assenza del virus, come la garantisco già oggi in tutte le patologie virali in cui sono utilizzate (Hiv, epatite B e C). Mancano poi dati sul possibile effetto del virus nelle prime fasi di sviluppo embrionale e successivamente nel primo e secondo trimestre, dato che notoriamente alcuni altri virus possono avere effetti negativi sia diretti che indiretti sul prodotto del concepimento. È chiaro che il prossimo fronte della ricerca sarà generare dati affidabili su grandi numeri di pazienti per avere un counselig realmente fondato sull'evidenza.

### CHE COSA CI LASCIA IL COVID-19?

Quel che tutti abbiamo compreso è che da oggi in poi la prassi della Pma sarà cambiata definitivamente. La spinta alla innovazione data dalla pandemia accelererà quei cambiamenti che l'inerzia del sistema rendeva lenti, anticipando nel tempo prassi che molti degli operatori già stavano immaginando e preparando. Le coppie di pazienti appartengono ormai ad una classe di età cresciuta con lo sviluppo dell'informatica e, pur non essendo nativi-digitali, sono molto più pronti di altre categorie di pazienti a recepire ed apprezzare le nuove modalità operative. Per gli ospedali la sfida sarà di essere capaci di riorganizzare l'attività senza farsi ingabbiare nelle pastoie, sempre difficilmente rimovibili, di una organizzazione che talvolta non è ancora efficiente.

Segue

### TRATTAMENTI DI PMA CON O SENZA UTILIZZO DI GAMETI DA DONAZIONE

Si ritiene sussistano, ad oggi, le condizioni per la ripresa dei trattamenti momentaneamente sospesi e l'inizio di nuovi trattamenti, con priorità riservata alle coppie con indicazioni di urgenza al trattamento per età o per condizioni cliniche particolari e ai trattamenti sospesi in corso di pandemia. Qualora si renda necessario l'utilizzo di gameti da donazione, si raccomanda di iniziare le attività dai trattamenti per coppie con gameti già acquisiti (per importazione o donazione di provenienza nazionale) prima dell'inizio dell'emergenza Covid-19 e disponibili presso il Centro.

### ATTIVITÀ DI DONAZIONE DI GAMETI

In caso di donazione di gameti sovranumerari (cosiddetto egg o sperm-sharing), si ritiene opportuna l'acquisizione, oltre alla usuale valutazione anamnestica, del risultato di un tampone per la ricerca di Sars-CoV-2 al momento della raccolta/prelievo. In ogni caso, si ritiene opportuno che i gameti sovranumerari donati in questo periodo siano crioconservati e non utilizzati fino a definitiva conferma, clinica o di laboratorio, della negatività della/del donatrice/donatore a 14 giorni dal prelievo/raccolta.

Per quanto riguarda le donazioni "pure", deve essere fatta un'attenta anamnesi che, oltre alle valutazioni previste abitualmente, verifichi con molta attenzione la presenza di sintomatologia per Covid19, per cui sia in caso di sintomi conclamati o di soggetti paucisintomatici la donazione dovrà essere rinviata ad uno stato di completa guarigione, così come nel caso di soggetti che abbiano superato un'infezione da Sars-CoV-2. Tutti i donatori/donatrici devono essere sottoposti a tampone nasofaringeo entro le 72h prima del prelievo ovocitario/raccolta di liquido seminale. In caso di risultato positivo i gameti non possono essere utilizzati.

I gameti devono restare in quarantena per almeno 14 giorni, trascorsi i quali i donatori devono essere rivalutati per la conferma di assenza di sintomatologia legata a Covid19 o all'esecuzione di un nuovo tampone. Se non emergono sospetti di infezione i gameti potranno essere utilizzati.

### IMPORTAZIONI DI GAMETI E EMBRIONI DA DONAZIONE

Per quanto riguarda le importazioni di gameti da donazioni effettuate in altri Paesi, si ritiene opportuno che i Centri di Pma acquisiscano, per le donazioni effettuate dopo il 31 dicembre 2019, una dichiarazione supplementare del Centro estero inviante che attesti che i donatori sono stati valutati per il rischio di infezione da Sars-CoV-2 e ritenuti non a rischio, acquisendo, per i Centri in convenzione, il protocollo utilizzato per la valutazione del donatore/donatrice per il rischio Covid-19.



## “Adottato il Protocollo messo a punto dalla Sigo”

**“Abbiamo lavorato in sinergia con le Istituzioni sanitarie nazionali per identificare delle linee di indirizzo comuni da adottare in questa fase delicata di ripresa dei trattamenti”.**

Così Nicola Colacurci, Coordinatore del Giss della Sigo ha commentato il via libera del Centro Nazionale Trapianti e del Registro Pma dell'Istituto Superiore di Sanità.

Una ripartenza necessaria per non infrangere i sogni delle tante coppie, si stima 7-8mila al mese, che avrebbero dovuto iniziare o proseguire i trattamenti, con una "conditio sine qua non": ricominciare in piena sicurezza. Per questo la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo), attraverso il suo gruppo di interesse speciale (Giss) in Medicina della Riproduzione, per non farsi trovare impreparata ha redatto un Protocollo per ripartire garantendo la sicurezza di pazienti e operatori sanitari, al quale il Centro Nazionale Trapianti e l'Istituto Superiore di Sanità raccomandano di attenersi per riorganizzare le procedure di Pma durante la "Fase 2".

“La nostra priorità era dare una risposta a tutte quelle coppie che avevano intrapreso un percorso di fecondazione assistita o che erano in procinto di farlo – ha dichiarato Nicola Colacurci, Coordinatore del Giss della Sigo – donne e uomini che negli ultimi due mesi si sono sentiti abbandonati e hanno vissuto con grande sofferenza l'ansia del tempo che scorre (oltre il 30% delle partner femminili che accede alla Pma ha più di 40 anni) e il timore di perdere definitivamente le proprie chance riproduttive. Abbiamo lavorato in sinergia con le Istituzioni sanitarie nazionali per identificare delle linee di indirizzo comuni da adottare in questa fase delicata di ripresa dei trattamenti di fecondazione assistita – ha aggiunto Colacurci – abbiamo inoltre dato la nostra massima disponibilità a collaborare con le Istituzioni regionali alla stesura di specifici percorsi per ripartire in sicurezza, che tengano conto delle caratteristiche epidemiologiche e delle peculiarità dei singoli territori. C'è poi un altro aspetto di estrema rilevanza in chiave strategica di contenimento del virus durante la Fase 2: le coppie in cerca di prole sono tutte in età lavorativa e quindi potenzialmente più esposte al rischio di contagio. Pertanto, utilizzando l'andamento epidemiologico in tempo reale (tre triage successivi) delle coppie che si sottopongono a Pma, le Istituzioni sanitarie regionali potrebbero disporre di un campione selettivo dell'andamento epidemiologico dell'intera popolazione regionale”.



**NICOLA COLACURCI**  
Coordinatore del Giss della Sigo

## VACCINI



**La recente pandemia** causata da un nuovo coronavirus isolato a Wuhan (Cina) a fine 2019 (Sars-CoV-2) ha messo a dura prova il Servizio sanitario italiano, così come sta avvenendo anche ora in molti altri Paesi, come il Brasile o gli U.S. con ripercussioni importanti sull'assistenza medica

# Le vaccinazioni in gravidanza

**IL RISCHIO CHE ALCUNI STATI**, a causa della pandemia di Covid-19, potessero decidere di sospendere o rimandare i programmi di vaccinazione per le altre malattie prevenibili da vaccino (VPDs) ha portato l'Oms a pubblicare il 20 marzo 2020 il documento "Guidance on routine immunization services during Covid-19 pandemic in the WHO European Region" in cui fa una serie di raccomandazioni inerenti le priorità da attribuire alle vaccinazioni e a proposte specifiche sulle modalità esecutive tramite un algoritmo decisionale, suggerendo ad esempio di coinvolgere e formare operatori sanitari non destinati a specifiche attività Covid-19 e di favorire l'opportunità di sedute vaccinali associate alle visite mediche di routine (FIG 1).

Esiste inoltre il rischio che le misure di distanziamento sociale imposte alla popolazione possano portare i cittadini a decidere di rimandare o di non effettuare le vaccinazioni già programmate, per il timore del contagio con Sars-CoV-2.

L'Oms e l'Iss, che ha fatto propria tale raccomandazione, sottolineano come le vaccinazioni siano una componente fondamentale dei servizi sanitari e che una loro interruzione, anche se per un breve periodo, porterebbe a un accumulo di per-



**MAURIZIO SILVESTRI**  
Dirigente medico  
Consultorio familiare  
Spoleto e Tesoriere Aogoi

sone suscettibili e a un maggiore rischio di epidemie da VPDs che possono causare decessi e portare una aumentata richiesta di risorse sanitarie, in un Sistema sanitario già messo sotto pressione dalla risposta alla pandemia di Covid-19. (Vedi figura 1)

Nel nostro Paese il Ministero della Salute raccomanda nel corso della gravidanza le vaccinazioni contro pertosse e influenza.

La pertosse è una malattia respiratoria infettiva causata dal batterio *Bordetella Pertussis* molto contagiosa, il suo Ro ha un valore compreso fra 12 e 17, molto più alto di quello dell'influenza (Ro  $\approx$  1.27-1.8) o di Sars-CoV2 (Ro fra 2 e 7) e simile a quello del morbillo (Ro  $\approx$  12-18).

Contratta nei bambini durante il primo anno di vita provoca un alto tasso di ospedalizzazione, con elevata letalità se contratta nel primo trimestre di vita. Oltre il 60% dei ricoveri per pertosse in Italia si verifica in bambini di età < 1 anno.

Fonte di contagio per il neonato sono: 32% madre, 19% padre, 29% fratelli, 20% altri

Sono quindi necessarie strategie di protezione dei neonati rappresentate da: immunizzazione materna nel terzo trimestre di gravidanza (azione fondamentale), oppure vaccinazione in allatta-

mento se la gestante non è stata vaccinata in gravidanza (azione complementare). Nell'eventualità non fosse stato possibile vaccinare la gestante è consigliabile il "Cocooning", la vaccinazione dei principali contatti del neonato. Tale strategia di protezione si completa con l'immunizzazione neonatale secondo il Piano Nazionale Prevenzione Vaccini (I dose 3° mese; II dose 5° mese; III dose 11° mese)

La vaccinazione della gestante è raccomandata nel III° trimestre di gravidanza, tra 28 e 32 settimane di età gestazionale, anche se risulta efficace fino a due settimane dal parto.

Il vaccino in commercio è un trivalente, dTpa (combinato con vaccino antidifterico e antitetanico) e raccomandata ad ogni gravidanza anche se la gestante: ha in passato contratto la pertosse, è regolarmente vaccinata, è stata vaccinata in una precedente gravidanza (anche se è avvenuta da poco). Gli anticorpi specifici antipertosse si riducono velocemente per cui l'immunità, sia naturale che acquisita, declina rapidamente.

L'influenza stagionale *Influere* (scorrere dentro) prende il nome dalla concezione astrologica secondo la quale la malattia fosse causata dall'influenza degli astri. I suoi sintomi vennero descritti

## VACCINI

FIGURA 1

## Figura 1. Algoritmo decisionale

Il seguente algoritmo potrebbe essere utile alle Autorità nazionali per prendere opportune decisioni relative al regolare e continuo svolgimento delle attività vaccinali, tenendo presente che sarebbe impossibile stabilire una strategia universale per tutti i Paesi che si diversificano per aspetti epidemiologici, operativi e contestuali.

### CASO 1

- ▼ Basso rischio di malattie prevenibili da vaccino e improbabile sviluppo di estesi focolai epidemici.
- ▼ Nessun caso o caso sporadico di COVID-19.
- ▼ Adeguate disponibilità di personale e logistica per lo svolgimento delle attività vaccinali.

### CASO 2

- ▼ Alto rischio di malattie prevenibili da vaccino con potenziali rischi di focolai epidemici e mortalità.
- ▼ Nessun caso o caso sporadico di COVID-19.
- ▼ Adeguate disponibilità di personale e logistica per lo svolgimento delle attività vaccinali.

**Continuare regolarmente lo svolgimento delle attività vaccinali con particolare priorità al completamento dei cicli primari.**

**Mantenimento e miglioramento della sorveglianza delle malattie prevenibili da vaccino.**

### CASO 3

- ▼ Basso rischio di malattie prevenibili da vaccino e improbabile sviluppo di estesi focolai epidemici.
- ▼ Nessun caso o caso sporadico di COVID-19.
- ▼ Personale dei centri vaccinali destinato a specifiche attività di prevenzione COVID-19.

### CASO 4

- ▼ Basso rischio di malattie prevenibili da vaccino e improbabile sviluppo di estesi focolai epidemici.
- ▼ Cluster di casi e/o trasmissione comunitaria di COVID-19.
- ▼ Personale dei centri vaccinali destinato a specifiche attività di prevenzione COVID-19.

### CASO 5

- ▼ Alto rischio di malattie prevenibili da vaccino con potenziali rischi di focolai epidemici e mortalità.
- ▼ Cluster di casi e/o trasmissione comunitaria di COVID-19.
- ▼ Personale dei centri vaccinali destinato a specifiche attività di prevenzione COVID-19.

**Soluzioni alternative per continuare le sedute vaccinali, esempio:**

- ▼ Coinvolgere e formare gli operatori sanitari non destinati a specifiche attività COVID-19, comprese le ONG e le CSO.
- ▼ Favorire l'opportunità di sedute vaccinali associate alle visite mediche.

**Creazione di elenchi di coorti di bambini ai quali non è stata somministrata la dose prevista di vaccino.**

**Mantenimento e miglioramento della sorveglianza delle malattie prevenibili da vaccino.**

circa 2500 anni fa da Ippocrate e tutti li conosciamo poiché, almeno una volta, li abbiamo presentati nel corso della nostra esistenza.

La guarigione è spontanea e le complicanze si verificano solo nelle persone alto rischio. Molto rara è la trasmissione transplacentare del virus: Orthomixovirus. La gestante rientra tra le persone alto rischio di complicanze, soprattutto polmonari, o ricoveri correlati all'influenza che risultano di circa 4 volte superiore rispetto alle donne non in gravidanza. Il Ministero della Salute raccomandata la vaccinazione per le donne che si trovino in stato di gravidanza all'inizio della stagione epidemica, da ottobre a fine dicembre.

È raccomandata anche per i medici ed il personale sanitario che opera in strutture dove, attraverso le loro attività, sono in grado di trasmettere l'influenza a chi è ad alto rischio di complicanze; quindi fra chi si prende cura della gestante. La vaccinazione dovrà essere ripetuta ad ogni stagione influenzale poiché c'è la rapida metabolizzazione anticorpi specifici e l'immunità, che inizia dopo 2 settimane, declina nell'arco di 6-8 mesi. Inoltre, per la variazione annuale del corredo antigenico virale, anche se gli anticorpi prodotti dal vaccino persistessero, non sarebbero più efficaci per neutralizzare il virus che circola nell'anno successivo.

I dati dell'epidemia influenzale: 1 miliardo di malati; 400mila decessi nel mondo, 40 milioni di malati; 60mila decessi in Europa; 7.600.000 di malati, 8mila decessi in Italia.

La vaccinazione permette di prevenire l'influenza in oltre 60% delle gestanti. Se dopo la vacci-

nazione si dovesse contrarre l'infezione il decorso sarà meno grave, misurabile con ridotta ospedalizzazione di questo gruppo rispetto al gruppo non vaccinate. Proprio per tale indice di protezione, si consiglia la vaccinazione anche dei familiari conviventi per di ridurre il rischio di trasmissione al soggetto fragile; il cocooning.

Nonostante le raccomandazioni del ministero della salute e delle società scientifiche di tutto il mondo, compresa l'Aogoi e la Sigo, l'adesione a queste vaccinazioni è bassa e lontana, molto meno di un decimo, da quelli che sono ritenuti obiettivi minimi di copertura.

Le barriere a questa opportunità di salute sono soprattutto culturali e dovute sia alla vaccinofobia, favorita dalla diffusione dei social media, che alla minore percezione della gravità della malattia. I vaccini infatti sono vittime dei loro stessi successi. È più agevole somministrare un farmaco ad un soggetto malato, con la speranza che recuperi lo stato di benessere, che somministrare un vaccino per evitare che si ammali. Questo soprattutto quando, proprio grazie al vaccino, la malattia nella popolazione è diventata remota. Possono così farsi strada i messaggi che vedono nei vaccini un pericolo per la salute. Prevenire è più difficile che curare!

L'esitazione vaccinale delle gestanti è, a volte, favorita anche da chi si prende cura della gravidanza (ginecologi e ostetriche) oppure dai medici di medicina generale. È necessaria l'accurata informazione sulla sicurezza di questi vaccini relativamente alla salute di madre-feto-neonato.

Nella finalità di ridurre gli accessi presso gli am-

bulatori territoriali che, al tempo del Covid-19 sono ancora di più ambienti a rischio di contagio, deve essere favorita la co-somministrazione. Quindi se possibile, il vaccino anti flu, il dTpa e le Ig specifiche anti-d (quando indicata l'immunoprofilassi ante partale sistemica) dovrebbero essere somministrati nella medesima seduta. Sarebbe inoltre opportuno che tale somministrazione avvenga presso gli ambulatori della gravidanza durante i controlli routinari programmati.

### Verso un autunno caldo?

In autunno Coronavirus e virus influenzali potrebbero circolare insieme, per questo timore il Ministero della Salute invita le Regioni ad avviare gare per acquistare maggiori quantità di vaccino antiinfluenzale.

La promozione attiva delle vaccinazioni anti flu e antipertosse (dTpa) permetterà di: semplificare la diagnosi e la gestione dei casi sospetti di Covid-19 (data la similitudine dei sintomi da malattia respiratoria acuta da Sars-CoV-2, influenza e pertosse), avere maggiore disponibilità di personale di assistenza negli ospedali e/o negli ambulatori (poiché la vaccinazione preserverà gli operatori dal contrarre l'influenza stagionale e la pertosse) ridurre le complicanze da influenza e pertosse nei soggetti a rischio e quindi gli accessi al pronto soccorso e nei reparti di cura.



# Vaccini tra raccomandazioni e obbligatorietà

**CON IL DOCUMENTO DI PREVENZIONE** e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2020-2021 il Ministero della Salute ha informato la comunità medica che "Nella prossima stagione influenzale 2020/2021, non è esclusa una co-circolazione di virus influenzali e Sars-CoV-2, pertanto, si rende necessario ribadire l'importanza della vaccinazione antinfluenzale, in particolare nei soggetti ad alto rischio di tutte le età, per semplificare la diagnosi e la gestione dei casi sospetti, dati i sintomi simili tra Covid-19 e Influenza. Vaccinando contro l'influenza, inoltre, si riducono le complicanze da influenza nei soggetti a rischio e gli accessi al pronto soccorso".

Sempre il Ministero si cura di stilare un elenco delle categorie per le quali la vaccinazione stagionale è raccomandata e offerta attivamente e gratuitamente. Se si guarda l'ultimo piano per la stagione 2020/2021 si osserva come tra gli "addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo e categorie di lavoratori" troviamo indicati i "Medici e personale sanitario di assistenza in strutture che, attraverso le loro attività, sono in grado di trasmettere l'influenza a chi è ad alto rischio di complicanze". Apprendiamo altresì dal medesimo documento ministeriale che "Per quanto riguarda gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie che operano a contatto con i pazienti, e gli anziani istituzionalizzati in strutture residenziali o di lungo degenza, la vaccinazione è fortemente raccomandata nella prospettiva di una iniziativa legislativa che la

*Avvocato*  
**SABINO LAUDADIO**  
*Responsabile*  
*Ufficio legale Aogoi*

renda obbligatoria"

**SI RICHIEDE POI ALLE REGIONI** lo svolgimento di iniziative volte a promuovere fortemente la vaccinazione antinfluenzale di tutti gli operatori sanitari, in tutte le occasioni possibili.

L'Iss ha un suo sito di promozione per la vaccinazione tra operatori sanitari (<https://www.epicentro.iss.it/vaccini/HPoimmune2014>).

Il tema dell'obbligatorietà del vaccino per gli esercenti la professione sanitaria è piuttosto controverso. Cerchiamo di trarre qualche conclusione.

**EMERGE DI FATTO EVIDENTE** una coerente e costante forte raccomandazione alla vaccinazione e una campagna informativa a più livelli dei rischi per gli operatori sanitari stessi e per i pazienti in caso di astensione. Potremmo sostenere che ci troviamo dinanzi a fattispecie che potrebbero essere inquadrate come "buone pratiche assistenziali" finalizzate a essere strumento decisionale per consentire che, fra opzioni alternative (vaccinarsi oppure no), sia adottata quella che offre un migliore bilancio tra benefici e effetti indesiderati.

**SE CORRETTAMENTE LETTE**, è invocabile tanto l'art. 3 del Decreto Balduzzi ("L'esercente le professioni sanitarie che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve") quanto l'art. 5 della Legge Gelli con una precisazione. Occorre tener presente che "Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie, si attengono, sal-

ve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali".

**POICHÉ MI PARE MANCHI** una vera e propria canonizzazione ai sensi di Legge Gelli della vaccinazione dei medici quale linea guida terapeutica secondo legge, ritengo che le "forti raccomandazioni" di cui sopra possano essere inquadrabili come buone pratiche clinico-assistenziali ossia procedure riguardanti percorsi assistenziali, basati su standard di qualità e sicurezza, secondo la definizione di alcuni. Queste costituiscono il parametro di diligenza per il giudice al fine di valutare gli obblighi di diligenza, prudenza e perizia.

La peculiarità del caso deriva tuttavia dal fatto che il legislatore, ad oggi, pare preferire la gestione del tema delle vaccinazioni con l'istituzione di un vero e proprio vincolo di legge, superando così lo strumento giuridico della linea guida ex art. 5 Legge Gelli. In attesa di una legge che disciplini in modo uniforme tale scelta di profilassi per medici e pazienti è senz'altro importante valutare, anche a livello regionale, la praticabilità delle forti raccomandazioni del Ministero, sinteticamente sopra indicate.

**DI CERTO LA COMUNITÀ MEDICA** ha ricevuto un messaggio chiaro che sia gli operatori che le figure direttive non possono ignorare, al fine di una migliore gestione del rischio clinico da contagio influenzale, soprattutto in un periodo emergenziale; ciò al fine di attuare l'obiettivo del ministero inizialmente riportato ossia "per semplificare la diagnosi e la gestione dei casi sospetti, dati i sintomi simili tra Covid-19 e Influenza. Vaccinando contro l'influenza, inoltre, si riducono le complicanze da influenza nei soggetti a rischio e gli accessi al pronto soccorso"

## BENESSERE

# La “vitamina del sole”

**La vitamina D, vitamina del sole, è un pro-ormone prodotto a livello cutaneo a seguito dell'esposizione ai raggi solari.**

**LA VITAMINA D** è liposolubile e depositata nel tessuto adiposo. Con la dieta ne assumiamo solo piccole quantità, insufficienti per il fabbisogno giornaliero. Il colore della pelle, tatuaggi estesi, uso eccessivo di creme solari, minore tempo di esposizione al sole, la maggiore copertura della pelle con abiti (come avviene soprattutto nelle “donne velate”) sono fra i fattori che riducono la produzione di vitamina D. L'obesità, il malessere del benessere del terzo millennio, predispone all'ipovitaminosi D poiché gran parte della vitamina presente nell'organismo si deposita nell'adipe; i livelli circolanti saranno minori riducendo la vitamina a disposizione degli altri tessuti. Agisce come regolatore intestinale dell'assorbimento del calcio e fosforo contribuendo così alla “salute” dell'osso, alla contrattilità muscolare, all'attività del sistema immunitario ma, recenti lavori, ne segnalano il ruolo importante anche nella funzionalità di altri tessuti e organi. La sua insufficienza è spesso asintomatica oppure manifestarsi con sintomatologia aspecifica quale: dolenzia in sedi ossee e articolare, dolore lombosacrale, pelvico o agli arti inferiori, senso di impedimento fisico, dolori o debolezza muscolare soprattutto ai quadricipiti ed ai glutei con difficoltà ad alzarsi da seduto o andatura ondeggiante, fascicolazione muscolare, dolore diffuso di lunga durata, propensione alle cadute immotivate, stanchezza persistente, difficoltà a concentrarsi. La carenza nei

bambini determina il rachitismo, mentre negli adulti l'osteomalacia e osteoporosi.

## **FONTI NATURALI SONO L'ESPOSIZIONE AL SOLE E GLI ALIMENTI.**

È prodotta per effetto sulla cute dei raggi ultravioletti di tipo B (lunghezza d'onda 290 - 315 nm) che trasformano un precursore, il 7 deidrocolesterolo (la pro-vitamina D), in pre-vitamina D e successivamente in colecalciferolo (vitamina D<sub>3</sub>). Tenendo conto delle variabili in gioco (orario della giornata, colore della pelle, superficie cutanea esposta, creme solari, stagione, ecc.), la “dose” annuale consigliata di esposizione al sole è, nella stagione estiva, di circa 15 minuti 3 volte a settimana su aree del corpo solitamente scoperte (braccia, testa, collo). Questa “dose” permette di assicurare il fabbisogno di vitamina D nei soggetti sani che vivono in Paesi alla latitudine del Regno Unito. La trasmissione di raggi UVB attraverso i vetri trasparenti è minima, per cui l'esposizione al sole deve avvenire all'aperto. Di seguito lo schema di esposizione al sole proposto su una rivista australiana.

La dieta non è sufficiente a soddisfare le necessità dell'organismo poiché gli alimenti ne contengono modeste quantità. La vitamina D non viene alterata con il calore né dalla presenza della luce, inoltre non perde efficacia se viene conserva-





TABELLA 1

Tempi di esposizione al sole consigliati per la salute delle ossa

| Pelle                             | Estate  | Inverno (secondo latitudine)                                |
|-----------------------------------|---|---|
| <b>Pelle moderatamente chiara</b> |   |   |
| Quanto?                           | 5-10 minuti, quasi ogni giorno  | 7-30 minuti (secondo la latitudine), quasi ogni giorno      |
| Parti esposte?                    | Braccia esposte (o equivalente)   | Braccia esposte (o equivalente)                             |
| Quando?                           | Metà mattina o metà pomeriggio (alle 10 am o alle 2 pm ora solare, 11 am o 3 pm ora legale). Evitare le ore di picco dei raggi UV | Mezzogiorno   |
| <b>Pelle più scura*</b>           |   |   |
| Quanto?                           | 15-60 minuti, quasi ogni giorno   | 20 min - 3 ore** (secondo la latitudine), quasi ogni giorno |
| Parti esposte?                    | Braccia esposte (o equivalente)   | Braccia esposte (o equivalente)                             |
| Quando?                           | Metà mattina o metà pomeriggio (alle 10 am o alle 2 pm ora solare, 11 am o 3 pm ora legale). Evitare le ore di picco dei raggi UV | Mezzogiorno   |

Fonte: Vitamin D and Health in adults in Australia and New Zealand. Position Statement 2012.

Gli orari sono una guida generale basata su valori medi. Gli orari potrebbero cambiare in base alle condizioni meteorologiche e alle reazioni personali e sono rilevanti solo per gli orari riportati e per la particolare area esposta (braccia o equivalente). I tempi di esposizione possono inoltre variare secondo la stagione, il tipo di pelle e la latitudine.

\* Per le pelli più scure è necessario un tempo di esposizione 3-6 volte più lungo.

\*\* Intervallo ampio dovuto alla latitudine e al tipo di pelle: è necessaria maggiore esposizione per le pelli più scure e le latitudini più a sud.

garantisce la salute dello scheletro e la prevenzione da effetti indesiderati. Valori < 20 ng/mL rendono appropriati interventi correttivi basati sulla promozione di uno stile di vita salutare e/o l'inizio della supplementazione con la vitamina D. Per la popolazione a rischio di frattura i valori sono differenti. **Il range desiderabile** è compreso tra 30 e 50 ng/mL. Si considerano come insufficienti valori fra 21 e 29 ng/mL, di carenza fra 10 e 20 ng/mL e di grave carenza < 10 ng/mL. Essendo liposolubile la vitamina tende ad accumularsi nell'organismo e, se assunta per lunghi periodi ad alte dosi, può aumentare il rischio di litiasi urinaria (soprattutto quando è associata a supplementi di calcio orale) oppure di frattura (soprattutto dopo la somministrazione di boli mensili). Altri sintomi indesiderati sono: pressione alta, battiti cardiaci irregolari, nausea, perdita di peso, convulsioni, dolori addominali, inappetenza, ritardo nello sviluppo psichico e fisico, prematuro indurimento delle arterie e danni renali. È descritto anche un aumentato di alcune neoplasie.

Questi effetti collaterali possono verificarsi per valori compresi per 50 e 150 ng/mL, mentre possono comparire sintomi da intossicazione se i valori sono > 150 ng/mL.

È prevista la somministrazione di vitamina D, indipendentemente dalla misurazione della 25 OH Vitamina D<sub>3</sub>: **negli anziani** ospiti delle residenze sanitario-assistenziali, **nelle persone** affette da osteoporosi da qualsiasi causa o osteopatie accertate non candidate a terapia remineralizzante e **nelle donne in gravidanza o in allattamento**. In tutte queste categorie si dovrà consigliare l'aumento dell'esposizione al sole.

In Italia le molecole per il trattamento del deficit di vitamina D sono disponibili in confezioni monocomponente oppure in associazione con il calcio. L'approccio posologico più fisiologico è la somministrazione giornaliera o, in alternativa, quella di dosi equivalenti con boli settimanali oppure mensili. Una volta raggiunto, il range desiderabile potrà essere mantenuto con sche-



TABELLA 2

Contenuto di vitamina D in alcuni alimenti\*

| Latte e latticini   | Contenuto medio di vitamina D    |
|---|----------------------------------|
| Latte vaccino   | 5-40 UI/L                        |
| Latte di capra  | 5-40 UI/L                        |
| Burro   | 30 UI/100 g                      |
| Yogurt  | 2,4 UI/100 g                     |
| Panna   | 30 UI/100 g                      |
| Formaggi  | 12-40/100 g                      |
| Altri alimenti  | Contenuto medio di vitamina D    |
| Maiale  | 40-50 UI/100 g                   |
| Fegato di manzo   | 40-70 UI/L                       |
| Dentice, merluzzo, orata, sogliola, trota, salmone, aringhe, palombo, | 300-1500/100 g                   |
| Olio di fegato di merluzzo  | 400 UI/5ml (1 cucchiaino da the) |
| Tuorlo d'uovo   | 20 UI/100 g                      |

UI: Unità Internazionali \*Adattata da Suggese et al. 2018

ta a lungo. Nella tabella 2 è riportata una lista di alimenti con corrispondente contenuto di vitamina D.

Possiamo conoscerne lo status nell'organismo dosando il 25 OH Vitamina D<sub>3</sub> (anche nota come calcifediolo) circolante, parametro utilizzato per stimare le riserve di vitamina D.

È utile dosarlo: **se esiste** almeno un sintomo di quelli sopra descritti come riferibili alla carenza della vitamina, **se è prevista** una terapia di lunga durata con farmaci interferenti col metabolismo della vitamina D (antiepilettici, glucocorticoidi, anti-retrovirali, anti-micotici, colestiramina), **se esiste** una condizione di malassorbimento (celiachia, morbo di Crohn, fibrosi cistica, retocolite ulcerosa). È inoltre utile dosarlo quando c'è un problema osseo accertato (osteoporosi, osteomalacia o malattia di Paget) che può beneficiare dal trattamento con vitamina D o di terapia remineralizzante, oppure quando si riscontra un dosaggio elevato di PTH con livelli di calcio ematico normali o bassi.

**Non è raccomandato lo screening universale** per stabilire i livelli di vitamina D circolante poiché potrebbe portare al sovratrattamento della popolazione.

Nella popolazione generale sana e senza aumentato del rischio di frattura, **il range desiderabile o di sufficienza** di calcifediolo (25 OH Vitamina D<sub>3</sub>) è compreso tra 20 e 40 ng/mL, valore che

“  
L'obesità, il malessere del benessere del terzo millennio, predispone all'ipovitaminosi D poiché gran parte della vitamina presente nell'organismo si deposita nell'adipe

## BENESSERE

## Nota 96

Farmaci inclusi nella nota Aifa:  
colecalfiferolo, colecalfiferolo/sali di calcio, calcifediolo

La prescrizione a carico del SSN dei farmaci con indicazione "prevenzione e trattamento della carenza di vitamina D" nell'adulto (>18 anni) è limitata alle seguenti condizioni:

Prevenzione e trattamento della carenza di vitamina D nei seguenti scenari clinici:

indipendentemente dalla determinazione della 25(OH) D

- persone istituzionalizzate
- donne in gravidanza o in allattamento
- persone affette da osteoporosi da qualsiasi causa o osteopatie accertate non candidate a terapia remineralizzante (vedi nota 79)

previa determinazione della 25(OH) D (vedi algoritmo allegato)

- persone con livelli sierici di 25OHD < 20 ng/mL e sintomi attribuibili a ipovitaminosi (astenia, mialgie, dolori diffusi o localizzati, frequenti cadute immotivate)
- persone con diagnosi di iperparatiroidismo secondario a ipovitaminosi D
- persone affette da osteoporosi di qualsiasi causa o osteopatie accertate candidate a terapia remineralizzante per le quali la correzione dell'ipovitaminosi dovrebbe essere propedeutica all'inizio della terapia \*
- una terapia di lunga durata con farmaci interferenti col metabolismo della vitamina D
- malattie che possono causare malassorbimento nell'adulto

\* Le terapie remineralizzanti dovrebbero essere iniziate dopo la correzione della ipovitaminosi D.

## Allegato 1. Guida alla misurazione della 25OHD e alla successiva prescrizione della Vitamina D

Diagramma di flusso applicabile a persone > 18 anni per la determinazione della 25OH Vit D

La flowchart non è applicabile nelle seguenti condizioni per le quali è indicata una valutazione specialistica:

- insufficienza renale (eGFR<30 mmol/L),
- urolitiasi,
- ipercalcemia,
- sarcoidosi,
- neoplasie metastatiche, linfomi,

NB: La determinazione dei livelli di 25OHD NON deve essere intesa come procedura di screening è NON è indicata obbligatoriamente in tutte le possibili categorie di rischio.

(adattato da NICE 2011)

1. Esiste almeno un sintomo persistente fra quelli elencati suggestivo per carenza di vitamina D?
  - Sintomi di osteomalacia come dolenzia in sedi ossee o dolore (anche pulsante) lombosacrale, pelvico o agli arti inferiori; senso di impedimento fisico; dolori o debolezza muscolare (anche di grado elevato) soprattutto ai quadricipiti ed ai glutei con difficoltà ad alzarsi da seduto o andatura ondeggiante;
  - Dolori diffusi di lunga durata;
  - Propensione alle cadute immotivate.
2. È prevista una terapia di lunga durata con farmaci interferenti col metabolismo della vitamina D (ed es. antiepilettici, glucocorticoidi, anti-retrovirali, anti-micotici, colestiramina, orlistat etc.) oppure esiste una condizione di malassorbimento (ad es. fibrosi cistica, celiachia, m. Crohn, chirurgia bariatrica, etc) ?
3. Esiste una patologia ossea accertata (osteoporosi, osteomalacia o malattia di Paget) che può beneficiare dal trattamento con vitamina D oppure necessita di terapia remineralizzante?
4. Esiste un riscontro di PTH elevato con calcemia normale o bassa?

↓ SI

↓ NO

È appropriata la prescrizione di una determinazione della 25(OH) D.  
Nell'interpretazione dei risultati considerare che il laboratorio potrebbe NON condividere i medesimi intervalli di normalità.

La determinazione della 25(OH) D, NON è appropriata.

| Livelli di 25 (OH) D  |   |   |
|---|---|---|
| 0 – 12 ng/mL (0-30 nmol/L)  | 13-20 ng/mL (30-50 nmol/L)  | >20 ng/mL (50 nmol/L)   |
| Prescrizione di:<br>colecalfiferolo in dose cumulativa di 300.000 UI somministrabile in un periodo massimo di 12 settimane, suddivisibili in dosi giornaliere, settimanali o mensili (non oltre le 100.000 UI/dose per motivi di sicurezza) | Prescrizione di:<br>colecalfiferolo in dose giornaliera di 750-1.000 UI o in alternativa dosi corrispondenti settimanali o mensili. | Considerare altre possibili cause dei sintomi.<br>Con l'eccezione di patologie ossee riconosciute, la supplementazione con vitamina D non è raccomandata e pertanto non rimborsata dal SSN. |
| Prescrizione di:<br>calcifediolo 1cps 2 volte al mese   | Prescrizione di:<br>calcifediolo 1cps/mese  |   |

Verifica dei livelli della 25OH D a tre mesi nel caso non vi sia risoluzione del quadro clinico di partenza

La supplementazione con vitamina D, dopo la eventuale fase intensiva iniziale di 3 mesi, prevede:

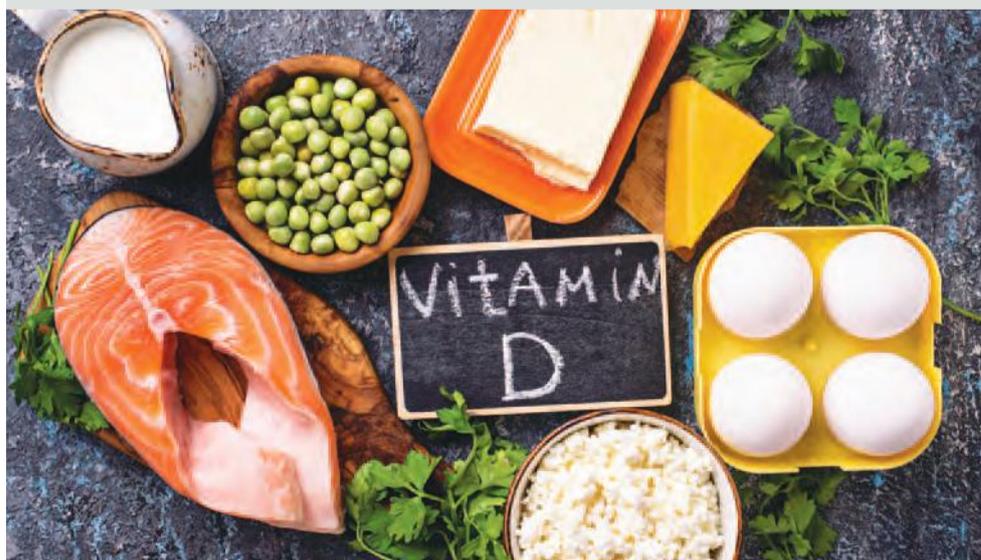
- l'interruzione del trattamento a correzione avvenuta dei sintomi da carenza salvo ricomparsa degli stessi
- la prosecuzione per tutta la durata delle terapie remineralizzanti,
- la prosecuzione per la durata delle terapie interferenti col metabolismo della vitamina D (antiepilettici etc.)
- la prosecuzione in caso di osteomalacia, osteoporosi e malattia di Paget

mi di somministrazione intervallati da una pausa estiva; quando maggiore è l'esposizione ai raggi solari. Il controllo dei livelli di 25 OH Vitamina D3 durante la terapia non è raccomandato a meno che cambino le condizioni cliniche.

**NELLA PRIMA FASE** della gravidanza migliora l'adattamento immunologico necessario per favorire l'impianto embrionale e regola anche le secrezioni ormonali. La supplementazione durante la gestazione riduce: il rischio di pre-eclampsia, di parto pretermine e di basso peso alla nascita. È anche importante nel favorire il neurosviluppo del prodotto del concepimento. Sono stati riscontrati problemi cognitivi nei primi 4 anni di vita di bambini le cui madri avevano una carenza della vitamina in gravidanza. Raccomandazione NICE consiglia una supplementazione di 10 µg/die di vitamina D durante la gravidanza e l'allattamento in tutte le donne.

Nella raccomandazione **Nutrizione in gravidanza e durante l'allattamento** realizzato dalla Fondazione Confalonieri Ragonese su mandato Sigo, Aogoi, Agui pubblicate nel giugno 2018 la supplementazione di vitamina D in Italia non sembra essere necessaria in tutte le donne e può essere consigliata, dopo una valutazione caso per caso, solo in quelle a rischio di ipovitaminosi per questioni ambientali o con carenze alimentari. La prescrizione a carico del Servizio sanitario nazionale nella popolazione adulta (età > 18 anni), è regolata dalla Nota Aifa 96 emanata per contrastarne l'eccesso prescrittivo. È una "sorveglianza speciale", per il trend di crescita costante delle sue vendite (tasso di crescita annuo composto pari al 20% in tutto il mondo) e la possibilità di un utilizzo inappropriato.

**LE EVIDENZE SCIENTIFICHE** disponibili indicano come la somministrazione di vitamina D per la prevenzione cardiovascolare, cerebrovascolare e per la prevenzione dei tumori sia inefficace e, pertanto, inappropriata.





## ESPERIENZE ALL'ESTERO

La parola ai giovani

# Valeria Gallo: “Cresciuta grazie alla medicina internazionale, ma ora torno in Italia”

**Valeria Gallo** è nata a Parma, città in cui si è laureata. Durante il penultimo anno di medicina ha trascorso un mese a St Etienne, Francia, nel reparto di ginecologia ed ostetricia. E dopo aver frequentato le corsie dell'ospedale Maggiore di Parma e dell'ospedale di

Vaio Fidenza, nel 2009 è approdata a Bruxelles, con la convinzione che “vedere posti nuovi sarebbe stato altamente formativo”. E proprio in Belgio dopo aver superato le selezioni per l'ammissione alla specialità di ginecologia ed ostetricia si è

specializzata nel 2015. E ora, complice la pandemia, si prepara a tornare in Italia: “Non sarà semplice, si tratta di una scelta importante, ma mi auguro di trovare un ambiente lavorativo che accolga la mia esperienza e al quale possa dare il mio contributo”.

**Quando è iniziata la sua esperienza all'estero e quando ha influito sulle sue scelte professionali?**

La mia prima esperienza all'estero è stata a 17 anni, un viaggio studio di un mese in Canada, a Toronto, che mi ha consentito di provare la curiosità di conoscere l'altro e altri luoghi. La seconda risale al penultimo anno del Corso di Laurea in Medicina quando ho trascorso un mese a St. Etienne (sud della Francia), ospite di una studentessa francese. Ho frequentato in qualità di “externe” (viene così chiamato il ruolo degli studenti di medicina) il reparto di ginecologia ed ostetricia diretto dal Prof. Seffert. Durante questo stage ho potuto fare da assistente durante i cesarei (gli studenti di medicina in Francia e in Belgio ricoprono a volte il ruolo di “strumentista” in sala operatoria) e durante interventi di patologia ginecologica benigna. Ero partita attraverso lo scambio internazionale di studenti di Medicina, mediante un'Associazione, il Segretariato italiano studenti medicina. In quel periodo mi sono resa conto di quanto i miei colleghi francesi fossero più indipendenti, efficaci ed efficienti nei reparti rispetto a quanto fossimo noi, in Italia, durante gli “stage” nelle diverse cliniche. Gli studenti francesi avevano un ruolo riconosciuto nel reparto, noi studenti Italiani restavamo, purtroppo spesso, ancorati alle lezioni frontali e non avevamo modo di mettere in pratica ciò che studiavamo nemmeno nelle nostre esperienze in reparto. Se la mia prima esperienza estera ha suscitato stupore, la seconda ha concretizzato e irrobustito la voglia di uscire dagli schemi dell'Università italiana. Poi mi sono trasferita a Bruxelles per la Specializzazione.

**Di cosa si è occupata in questo periodo di specializzazione in Belgio?**

Durante i primi anni di specialità all'Hôpital Brugmann di Bruxelles ho collaborato ad alcuni studi del Professor J. Jani e delle Dottoresse Carmela Votino e T. Cos sull'analisi dei volumi cardiaci fetali durante l'ecografia del primo trimestre e sull'autopsia virtuale fetale tramite Rmn. Il Dipartimento di Ecografia ostetrica dell'Ospedale Brugmann è uno dei più importanti in Belgio anche perché si effettuano cure di ernie diaframmatiche fetali. Dal 2012 ho continuato la specializzazione in un ospedale non accademico legato alla “Université Libre de Bruxelles, “Hôpital d'Ixelles”. In questo centro gli specializzandi ruotano ogni 6 mesi dalla ginecologia (effettuando interventi di patologia benigna anche come operatore principale) all'ostetricia e in questo ambito sono sempre messi in condizione di imparare praticando. Ho finito la specializzazione nel 2015, con una tesi sullo scree-

ning dello “Human Papilloma Virus ad alto rischio orale e anale nelle pazienti affette da displasie cervicali di alto grado”: è stato il primo studio in Belgio ad occuparsi di questo tema seppur con un numero di pazienti non significativo. Si è trattato di uno studio clinico prospettico basato su dati clinici raccolti tramite questionario anonimo e sul prelievo di un tampone anale + secreto orale prelevati il giorno in cui si effettuava la conizzazione. I risultati sono stati presentati tramite poster alla 30° “International Hpv Conference” del 2015 a Lisbona.

**Qual è ad oggi lo stato dell'arte della sua attività?**

Dal novembre 2015 sono strutturata presso l'“Hôpital D'Ixelles” dove svolgo attività clinica e chirurgica. Mi occupo preferenzialmente di colpo-scopia, ecografia ginecologica ed isteroscopia ambulatoriale e operatoria. Dal 2015 sono anche responsabile insieme ad una collega del “Planning Familial”, un sotto dipartimento che segue e organizza le domande di interruzione di gravidanza. In Belgio infatti le interruzioni volontarie di gravidanza tramite Mifepristone sono possibili fino a 9 settimane d'amenorrea e in regime ambulatoriale; le pazienti sono visitate tre volte, a una settimana d'intervallo, prima dell'Ivg e una seconda volta due settimane dopo l'interruzione. L'iter è lo stesso per le Ivgs chirurgiche. L'organizzazione prevede la collaborazione del ginecologo/a, dello psicologo/a, di un'ostetrica / infermiera e del servizio sociale se necessario.

Dal 2018-19 ho iniziato ad approfondire l'endocrinologia ginecologica. Dapprima ho conseguito un “Diploma Interuniversitario sulla ginecologia dell'infanzia e dell'adolescenza” a Limoges (Francia) e nel 2019 ho frequentato il “Corso di Alta Formazione in ginecologia endocrinologica e della riproduzione” a Bologna presso l'ospedale St. Orsola-Malpighi (organizzato dall'equipe del Prof. R. Seracchioli e della Prof.ssa M.C. Meriggiola). Ho deciso di intraprendere questa strada avendo notato la mancanza di riferimenti ginecologici per le adolescenti e giovani donne

**Cosa si porta a casa dopo questa esperienza?**

Riconsiderando la mia esperienza di vita e lavorativa, ritengo di essere stata molto fortunata e che la scelta a suo tempo fatta, di affrontare ed entrare nella Medicina Internazionale, si sia rivelata felice. Sono cresciuta come donna, madre e medico in una città e in un ambiente lavorativo dinamico, multiculturale, dove è normale insegnare, rispondere alle domande e formare, costruendo la mia pratica e non solo guardando. Ho avuto la for-



tuna di incontrare primari che hanno assecondato le mie proposte (almeno nella maggior parte dei casi) permettendomi di crescere e approfittando positivamente della mia energia, del mio impegno e della mia ricerca di novità e non ho vissuto la frustrazione di una monotona aspettativa di lavoro. Ho imparato, non senza difficoltà, che la modestia, la cooperazione, lo scambio e l'aiuto reciproco, sono la base del lavoro di squadra come è quello dei medici ospedalieri. Le mie pazienti, dalle mille provenienze, mi hanno insegnato che accogliere e ascoltare è la chiave per l'aderenza terapeutica.

**Cosa si aspetta dal futuro?**

Sono una persona abbastanza curiosa, pronta per nuove esperienze. La pandemia di questi ultimi mesi ci ha messo di fronte alla nostra fragilità di individui e del sistema sanitario e ha posto molti di noi davanti a scelte di vita. Per noi medici Italiani all'estero è stato difficile e frustrante vedere quanto i nostri colleghi, medici ed infermieri, si siano impegnati ed abbiano sofferto.

Nel mio caso la pandemia ha accelerato una riflessione che, insieme alla mia famiglia, facevamo da molto tempo ed abbiamo deciso che torneremo in Italia. Certo non sarà semplice, si tratta di una scelta importante, ma mi auguro di trovare un ambiente lavorativo che accolga la mia esperienza e al quale possa dare il mio contributo.

# Ecm.Aogoi.It

La **pandemia** ha cambiato molti aspetti della nostra vita ed anche la possibilità di partecipare a corsi e convegni. Tutti i congressi Aogoi, regionali ed inter-regionali, sono stati sospesi e molto probabilmente riusciremo a riprendere le attività solo nel 2021.

L'**attività** formativa di Aogoi non si è fermata, anzi è più che mai fiorente, semplicemente abbiamo cambiato le modalità di organizzazione e di frequenza: i corso Fad erano già attivi da decenni, nuovi sistemi sono stati utilizzati ed altri sono in corso di valutazione.

In queste pagine vogliamo fornire uno sguardo di insieme sulle varie attività, i dettagli e gli aggiornamenti sono reperibili sul sito [www.aogoi.it](http://www.aogoi.it)

## Gestione della gravidanza al tempo del Coronavirus. Istruzioni pratiche per l'uso dalla fase di emergenza alla fase di convivenza con il virus.

Inizio: 14-05-2020 - Fine: 31-12-2020.  
Chiusura iscrizioni: 31-12-2020.  
Crediti Ecm: 12.6



Responsabile scientifico: E. Viora, Presidente Aogoi, Responsabile della didattica Ecm del provider Aogoi C.M. Stigliano, Segretario nazionale Aogoi.

Docenti: P. Bonanni, Firenze; R. Cipriani, Taranto; M. Conversano, Taranto; C. Crescini, Bergamo; R. Gallicchio, Milano; R. Giornelli, Monfalcone (GO); G. Jorizzo, Padova; A. Marchi, Siena; R. Morgera, Napoli; F. A. Ragusa, Roma; M. Silvestri, Spoleto (PG); F. Parazzini, Milano; S. von Wunster, L. Alzano (BG).

La fase di emergenza Coronavirus sembra superata, ma bisogna adottare tutte le precauzioni necessarie per evitare che si ripresenti. È necessario quindi pensare a nuove modalità di lavoro, anche in ostetricia e ginecologia, modificando la pratica clinica per poter offrire alle donne l'assistenza necessaria in gravidanza, durante il parto ed il puerperio con le dovute cautele. E senza dimenticare che questi cambiamenti sono difficili da accettare per gli operatori, ma anche e soprattutto per le donne e le loro famiglie. Il Corso Fad punta proprio a fornire informazioni pratiche che siano di supporto all'attività quotidiana tenendo conto dei dati di letteratura, delle linee guida, dei documenti istituzionali (Iss, Ministero). L'obiettivo dell'iniziativa è quindi fornire indicazioni utili alla pratica clinica destinate ai professionisti sanitari che assistono la nascita nel nostro Paese. Anche considerando che in questa situazione non chiara e con importanti differenze epidemiologiche fra le diverse Regioni italiane della diffusione dell'infezione, non vi sono indicazioni univoche su tutti gli argomenti. Ogni Regione, ogni Punto Nascita ha elaborato percorsi assistenziali che consentono di tutelare con la massima precauzione la salute delle donne e dei neonati, oltre che degli operatori sanitari, tenendo conto della realtà locale. Saranno considerate le tre fasi: gravidanza, parto, allattamento.

## Diagnosi e trattamento dell'endometriosi dalle linee guida alla pratica clinica

Inizio: 03-04-2020 - Fine: 02-04-2021.  
Chiusura iscrizioni: 02-04-2021.  
Crediti Ecm: 6.0



Tutor: F. Parazzini, M. Silvestri.  
Responsabili scientifici: E. Viora, C. M. Stigliano, F. Parazzini

Il corso strutturato in tre moduli (definizione, incidenza, fattori di rischio e comorbidità. Diagnosi e trattamento dell'endometriosi. Casi clinici) parte dalle "Raccomandazioni diagnosi e trattamento dell'endometriosi" pubblicate nel 2018 dalla Fondazione Confalonieri Ragonese.

## Raccomandazioni sull'utilizzo appropriato della contraccezione ormonale. Dal counselling alla prescrizione

Inizio: 03-04-2020 - Fine: 02-04-2021.  
Chiusura iscrizioni: 02-04-2021.  
Crediti Ecm: 12.0



Tutor: E. Arisi, M. Orlandella. Responsabili Scientifici: C.M. Stigliano, E. Arisi, E. Viora

Questo corso parte dalle "Raccomandazioni sull'utilizzo appropriato della contraccezione ormonale", pubblicate nel 2019 dalla Fondazione Confalonieri Ragonese, dopo un lungo lavoro di analisi e riflessione sulla più recente letteratura. Vengono riprese ed approfondite perché il counselling è lo strumento base per ognuno che lavori sul campo, sia per la contraccezione che per ogni altro ambito della salute sessuale e riproduttiva e della medicina in generale. Queste Raccomandazioni vanno utilizzate centellinando i vari capitoli, che vengono progressivamente chiosati da sintesi concettuali pratiche nei loro passaggi fondamentali. Il valore aggiunto di questo nuovo corso è quello di ampliare l'angolo di osservazione che parte dalla teoria, dalla letteratura e si sposta sull'ambito pratico fino alla prescrizione, che si cimenta anche su alcuni casi clinici esemplari. Il Programma scientifico prevede 4 moduli: il counselling contraccettivo; le raccomandazioni sull'utilizzo appropriato della contraccezione ormonale realizzate dalla Fondazione Confalonieri Ragonese su mandato Sigo, Aogoi, Agui; casi clinici emblematici: dal counselling alla prescrizione; Key messages.

## Gestione conservativa nelle pazienti giovani con iperplasia atipica o carcinoma endometriale iniziale. Raccomandazioni del Gruppo Giss, Ginecologia Oncologica, su mandato Sigo, Aogoi, Agui, Agite, per un trattamento fertility sparing

Inizio: 03-04-2020 - Fine: 02-04-2021. Chiusura iscrizioni: 02-04-2021



Tutor: V. Trojano, F. Parazzini; Responsabili Scientifici: V. Trojano, E. Viora, C. M. Stigliano

Varie problematiche sociali, economiche e di scelta di coppia hanno spostato nel tempo l'età della prima gravidanza anche oltre i 35 anni della donna esponendola pertanto ad alcune patologie, fra cui quelle oncologiche, prima di aver esaurito il proprio desiderio di prole. Questa problematica ha indotto le società scientifiche, anche alla luce della recente legge Gelli, a redigere Linee guida che possano essere di riferimento sia Clinico che giurisprudenziale. La prima patologia oncologica che le società scientifiche di ginecologia hanno preso in considerazione è il carcinoma dell'endometrio.

Infatti, sono sempre più numerose le donne nullipare ancora desiderose di prole a cui viene diagnosticato un carcinoma dell'endometrio e che richiedono una preservazione della propria fertilità. La procedura fertility-sparing, però, può essere proposta solo a pazienti, attentamente selezionate in centri di riferimento, con carcinoma in stadio iniziale o iperplasia atipica. Le raccomandazioni a cura del Gruppo Giss, Ginecologia Oncologica - su mandato Sigo, Aogoi, Agui, Agite - sono quindi uno strumento utile ad una accurata selezione e gestione di queste pazienti.

Il valore aggiunto di questo nuovo corso è quello di ampliare l'angolo di osservazione che parte dalla teoria, dalla letteratura e si sposta sull'ambito pratico della clinica, che si cimenta anche su alcuni casi clinici esemplari. Il programma scientifico prevede tre moduli: la chirurgia conservativa della fertilità (fertility sparing); raccomandazioni per una gestione conservativa nelle pazienti giovani e desiderose di fertilità con iperplasia atipica o carcinoma endometriale iniziale; casi clinici a cura di Giss

# Le iniziative Aogoi per tenersi sempre aggiornati

## Violenza sessuale: il fenomeno e le competenze assistenziali della ginecologa/del ginecologo

Inizio: 30-06-2020 - Fine: 29-06-2021

Chiusura iscrizioni: 29-06-2021.

Crediti Ecm: 12,0



### Responsabili scientifici e docenti:

**E. Viora, V. Dubini, A. Kustermann, M. Dei, A. Citernesi, A. Uglietti.** Comitato scientifico: **L. Beninato, S. Bucciantini, A. Citernesi, M. Dei, E. De Palma, V. Dubini, M. R. Giolito, A. Kustermann, G. Mortara, A. Uglietti, E. Viora.** Responsabile della didattica Ecm del provider Aogoi ID 2223: **C. M. Stigliano**

Si vuole migliorare la conoscenza del fenomeno della Violenza Sessuale da parte dei Medici Specialisti in Ostetricia e Ginecologia e degli altri Operatori Sanitari. Oltre a informazioni generali sul fenomeno e sulla sua epidemiologia, si affrontano temi più specifici sui minori, sulle figure fragili e sulle coppie adolescenti. Il ciclo della violenza e gli effetti della violenza sulla salute delle donne sono illustrati affinché i sanitari siano in grado di riconoscere la violenza anche da specifici indicatori e dalle condizioni psico-fisiche della vittima. Dalla consapevolezza delle ricadute che la violenza ha sulla salute delle vittime, adulte e minori, e dagli obblighi medico-legali che spettano loro, gli Specialisti di Ostetricia e Ginecologia sono tenuti a seguire un modello di assistenza ben definito e basato su Raccomandazioni Cliniche suggerite dai diversi organismi professionali. Si vuole quindi formare il medico sui suoi obblighi di assistenza clinica e su quelli medico-legali. Da una parte si illustra la procedura assistenziale, che prevede delle peculiarità per l'assistenza clinica alla vittima di violenza sessuale assieme alla raccolta delle prove forensi, dall'altra si illustrano gli obblighi di fronte alle normative e alla legislazione. Si vuole inoltre informare sul percorso sanitario delle vittime nei servizi di emergenza urgenza, in conformità a quanto previsto dalle Linee guida nazionali Dpcm del 24 XI 2017 – GU n.24 del 30/01/2018, nell'ottica di un continuum assistenziale e di presa in carico globale. Il Programma scientifico prevede 3 moduli: il fenomeno e l'epidemiologia; normative e obblighi del ginecologo; procedure e raccomandazioni per l'assistenza alla donna vittima di violenza sessuale realizzate dalla Fondazione Confalonieri Ragonese su mandato Sigo, Aogoi, Agui (Maggio 2020 – revisione del Luglio 2019).

## Ruolo dell'acido folico e dei folati nella vita della donna: come, quando, per quanto tempo e perché è necessaria l'integrazione.

Inizio: 08-07-2020 - Fine: 07-07-2021.

Chiusura iscrizioni: 07-07-2021.

Crediti Ecm: 9,3



### Responsabile Scientifico: E. Viora, Presidente Aogoi.

**Docenti: F. Ferri, R. Gallicchio, F. Parazzini, F. Rosso, M. Silvestri, C. M. Stigliano, E. Viora.**

**Responsabile della didattica Ecm del Provider Aogoi ID 2223: C. M. Stigliano, Segretario nazionale Aogoi**

Il Programma scientifico prevede 5 moduli: le differenze e l'importanza di un'adeguata conoscenza multidisciplinare; cosa ci dicono le Linee Guida Nazionali e Internazionali sulla supplementazione di folati, apporto adeguato o integrazione supplementare? Quando somministrare, qual è il giusto apporto e qual è il tempo di assunzione necessaria; carenza di folati: case reports dalla letteratura; Take home messages.

## Terapia medica dell'aborto spontaneo e dell'aborto volontario

**Responsabili Scientifici: M. Toschi, A. Uglietti, E. Viora;**  
**Docenti: M. Toschi, A. Uglietti.**  
**Responsabile della didattica Ecm del Provider Aogoi ID 2223: C. M. Stigliano, Segretario nazionale Aogoi**

Questo corso parte dalle Raccomandazioni e dalla esperienza che in vari paesi Europei si è accumulata sull'uso del misoprostolo e mifepristone sia per la interruzione volontaria di gravidanza sia per l'aborto spontaneo (Oms, Acog, Rcog, Cfnog). Dal 1978 in Italia è possibile interrompere la gravidanza in base alla Legge 194/78 e dal 2010 è diventata utilizzabile anche la modalità farmacologica. Questa non è ancora molto conosciuta e diffusa in tutto il nostro Paese (17,8% delle Ivg negli ultimi dati nazionali disponibili riferiti al 2018) mentre nel resto d'Europa è divenuta pratica corrente e consigliata specialmente in epoca Covid 19 dalle società scientifiche, poiché esclude nel 95% dei casi la necessità di uso delle sale chirurgiche e dell'anestesia. Pensiamo che l'approccio medico possa alleggerire sempre di più il carico di lavoro degli Ospedali anche coinvolgendo in modo attivo i Consulenti opportunamente attrezzati e con personale preparato, tenendo conto della notevole attività di consulenza richiesta dalla modalità farmacologica e possibile anche at-home. Il corso si rivolge quindi non solo ai medici ospedalieri ma anche a tutte/i i professionisti sanitari che devono conoscere i benefici e i problemi clinici legati alla induzione farmacologica dell'aborto anche se non svolgeranno in modo attivo il processo. Tutti ci confrontiamo con la necessità di dare consigli alle donne che si trovano di fronte alla scelta tra le due modalità di Ivg o di induzione dell'aborto interno e dobbiamo conoscere le reali problematiche legate ai due metodi. Il valore di questo corso Fad, è quello di fornire non solo consigli pratici per utilizzare le nuove molecole molto utili in ostetricia, partendo dalla letteratura più recente, ma anche utili indicazioni adattabili alle singole realtà, per la attività ospedaliera ed ambulatoriale.

## WEBINAR

**Vaccinazioni in gravidanza: una scelta responsabile. L'importanza di continuare i programmi vaccinali anche al tempo del Covid-19**  
 22 Luglio 2020 in collegamento dalle 18:00 alle 21:00



**Responsabile Scientifico: E. Viora, Presidente Aogoi;**  
**Docenti: F. Cappozzo, R. Carsetti, M. Conversano, C. Crescini, G. Jorizzo, P. Musso, C. Piscicelli, A. Ragusa, M. Saugo, M. Silvestri, A. Spadea, C. M. Stigliano, E. Viora**  
**Responsabile della didattica Ecm e del Provider Aogoi ID 2223: C. M. Stigliano, Segretario Nazionale Aogoi**

**Up-date su NIPT: stato dell'arte e criticità**  
 Settembre 2020: 2 ore in collegamento con gli esperti

AIO – ASSOCIAZIONE ITALIANA DI OSTETRICIA



## GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'OSTETRICA

# SEMPRE PIÙ VICINE ALLE DONNE

**LA GIORNATA** Internazionale dell'Ostetrica venne celebrata per la prima volta il 5 maggio 1991 e da allora è stata osservata in più di 50 nazioni in tutto il mondo tra le quali l'Italia. Fu ideata durante la Conferenza olandese del 1987 dall'International Confederation of Midwives (Icm) organizzazione non governativa che sostiene, rappresenta e lavora per rafforzare le Associazioni di ostetriche nel mondo e per raggiungere obiettivi comuni nel prendersi cura di madri e neonati. L'Icm opera rappresentando le sue Associazioni membro a livello locale, regionale e globale, nell'interesse di oltre un milione di ostetriche iscritte a 142 Associazioni provenienti da 123 paesi. Nell'ultimo triennio ha lavorato in collaborazione con le organizzazioni leader per la difesa della salute come Oms, United Nations Population Fund (Unfpa) e altre agenzie delle Nazioni Unite, Figo e International Paediatric Association (Ipa); con parecchi governi, organizzazioni non governative e gruppi civili. La vision comune è quella di prospettare un mondo in cui ogni donna in gravidanza, parto e puerperio abbia accesso alle cure ostetriche e alla care dell'oste-

trica per se stessa e per il suo neonato.

La sua mission è quindi rafforzare le Associazioni e far crescere la professione a livello globale promuovendo l'autonomia delle Ostetriche che sono indubbiamente le più appropriate caregivers per le donne che partoriscono e per mantenere il parto normale al fine di implementare la salute riproduttiva delle donne e la salute dei neonati e delle loro famiglie.

Ogni anno l'Icm, con l'obiettivo di celebrare il 5 maggio il riconoscimento dell'operato dell'Ostetrica, lancia quindi una campagna per promuovere il tema

“Abbiamo voluto rilanciare con forza la nostra azione nelle scuole poiché da anni vedono sempre meno la presenza dell'ostetrica a causa dei tagli alla spesa sanitaria

dell'anno motivando le Associazioni membri della Confederazione a diffondere l'impegno dell'Ostetrica nel prendersi cura delle donne, delle mamme e dei loro neonati. Il tema del 2020 è stato “Midwives with women: celebrate, demonstrate, mobilise, unite, our time is now” che sta a significare come le donne sentano il bisogno di solidarizzare con le Ostetriche, soprattutto alla luce di quanto ha comportato la pandemia che ha colpito il mondo intero mettendo a nudo la fragilità della persona umana.

In partnership con le donne, le Ostetriche hanno affrontato e stanno affrontando l'emergenza con la dedizione di sempre e con la consapevolezza di attribuire alla nascita un valore ancora più inestimabile, il significato della vita che trionfa per l'umanità che vuole rinascere. All'insegna di tutto ciò l'Icm ha proposto una serie di toolkit per festeggiare sui social la Giornata Internazionale dell'Ostetrica e per promulgare il tema, lo slogan e il logo dell'anno.

Così Aio, attraverso la sua pagina di facebook, ha quindi invitato le donne a ricordare le ostetriche/i da cui sono state assistite con un hashtag su twitter.

“In questa giornata – hanno sottolineato Antonella Marchi, Presidente Nazionale e il Consiglio Direttivo Associazione italiana ostetriche – abbiamo voluto rilanciare con forza la nostra azione nelle scuole poiché da anni vedono sempre meno la presenza dell'ostetrica a causa dei tagli alla spesa sanitaria, dove l'ostetrica non si occupa solo di contraccezione e di diritto all'aborto, ma in modo appropriato educa giovani donne e giovani uomini alla contraccezione per una vita sessuale più felice e serena libera da coercizioni di qualsiasi genere e natura ed è al tempo stesso più rispettosa della vita; di affettività e di diritti sessuali in tutte le coppie che siano eterosessuali o omosessuali; del significato dell'educazione sessuale e del diritto ad avere unioni consensuali e non combinate e a decidere quando avere figli; delle mutazioni genitali femminili e maschili”.



**ANTONELLA MARCHI**  
Presidente Aio

**Associazione  
Italiana di  
Ostetricia**

**Eletto il  
Consiglio  
Direttivo  
2020-2022**

Presidente  
**Antonella Marchi**  
(Siena)

Vice Presidente  
**Franco Antonio Ragusa**  
(Roma)

Segretario Nazionale  
e Past President  
**Roberta Giornelli**  
(Gorizia)

Tesoriere  
**Adele Teodoro**  
(Milano)

Consiglieri  
**Anna Paola Caruso**  
(Cosenza)  
**Michele La Greca**  
(Catania)  
**Rosanna De Serio**  
(Ascoli Piceno)

Revisori dei Conti  
**Lara Arduini**  
(Reggio Emilia)  
**Giuseppe Canzone**  
(Palermo)

Probiviri  
**Carmine Gigli**  
(Trieste)  
**Giuseppa Verardi**  
(Trieste)  
**Loredana Tessarin**  
(Aosta)

Segretario per i rapporti  
Internazionali  
**Elsa Del Bo**  
(Pavia)  
Presidenti onorari  
**Berta Comitini**  
(Pisa),  
**Antonio Chiantera**  
(Napoli)





## Caro Gyneco,

la regionalizzazione del servizio sanitario ha mostrato i limiti di un sistema in difficoltà per approcci differenti e non sempre efficaci di fronte alla pandemia da COVID 19; ma anche nella normalità sappiamo bene che le diverse realtà regionali e addirittura locali producono situazioni irrazionali se non francamente dannose per i cittadini e anche per gli operatori della sanità. Le strutture di alcune Regioni sono risultate più efficienti e preparate di altre, come se tanto gli "utenti" quanto i sanitari fossero da considerare solo carne da macello e vittime sacrificali di scelte politiche insensate. Tutto ciò ritengo derivi da due fattori importanti: la riforma sanitaria del 1978, la famosa 833 con le sue velleitarie teorie universalistiche, e la balcanizzazione del Servizio Sanitario Nazionale dopo la modifica del Titolo V della Costituzione. Il tutto in un clima di burocratizzazione ostinata e di negazione del ruolo dei medici.

A chiedere cambiamenti dell'uno o dell'altro fattore si rischia soltanto di generare faziose polemiche prive di costrutto. Non sarebbe ora di prendere l'iniziativa per chiedere una sana e serena revisione di entrambi per creare un armonico progetto che risulti funzionale e non discriminatorio?

Lettera firmata, Brescia

## Gentile collega,

l'avvento della Riforma Sanitaria nel nostro Paese avvenne nel 1978 in un clima di particolare esaltazione del concetto di assistenza universale per tutti i cittadini, indipendentemente dal censo e dal ruolo sociale: tale principio è evidentemente sancito dalla Costituzione ed è eticamente indiscutibile. Tuttavia il Servizio Sanitario Inglese, il mitico NHS, a cui la nostra Riforma si ispirava, già mostrava i segni delle difficoltà a soddisfare criteri di equilibrio tra risorse disponibili e principio di universalità assoluta, del dare tutto a tutti.

In effetti l'invecchiamento della popolazione con conseguente enormi richieste per farmaci e assistenza, alcuni rilevanti sprechi e ruberie, l'eccessiva burocrazia e il sostanziale ridimensionamento del ruolo dei medici nella gestione e nelle scelte di Sanità pubblica a favore di burocrati di emanazione politica, furono alcuni degli elementi più rilevanti nel generare un complessivo depotenziamento della riforma prevista dalla 833. Inoltre il dover garantire a tutti lo stesso standard di prestazioni generò storture inaccettabili e costose (noti titolari di grandi fortune economiche godevano dell'assistenza allo stesso modo di un bracciante agricolo o di un operaio disoccupato). Il risultato è sotto gli occhi di tutti. A peggiorare le cose intervenne l'ulteriore riforma "Bindi" che tra-

sformò in 'Aziende' (*stabilimenti!*) gli ospedali e le strutture sanitarie con un concetto di tipo industriale (*la produttività!*) che assimilava l'ospedale ad una fabbrica di bulloni, con i medesimi criteri di gestione e trasformava i medici in prestatori d'opera (operai) addetti ad erogare appunto "prestazioni"; per di più si favoriva un'esagerata crescita di richieste e di aspettative che da un lato finiva per impoverire e purtroppo dequalificare in parte la Sanità a favore del Privato e dall'altro mortificava i sanitari frustrandone lo spirito di servizio, in definitiva demotivandoli.

Il colpo di grazia fu però la regionalizzazione del Servizio Sanitario che di nazionale conservò ben poco, come abbiamo tristemente avuto modo di sperimentare nella difficile risposta alla pandemia da Coronavirus.

19 servizi sanitari regionali più 2 delle province autonome di Trento e Bolzano hanno generato tante piccole e medie realtà indipendenti tra loro, prive di alcun reale coordinamento, ciascuna con proprie regole e difetti che sommandosi hanno in verità generato una grande confusione. Pensate ai cittadini ed al personale sanitario operante a ridosso del confine tra due regioni: di qua vale questo, appena a qualche chilometro di distanza è tutt'altra storia. Ricordo nei primi tempi del vaccino contro l'Hpv che in un piccolo comune della Basilicata, a confine con la Calabria, si utilizzava il vaccino quadrivalente mentre le ragazze (che frequentavano la stessa scuola ma vivevano in un co-

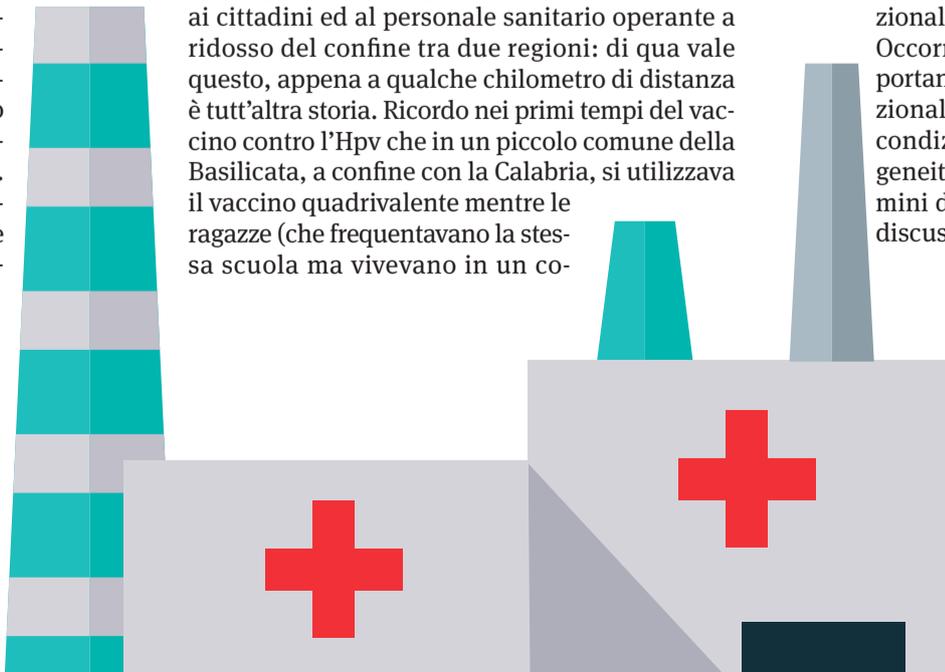
mune calabrese ad un tiro di schioppo) venivano vaccinate con il bivalente: erano cittadine italiane entrambe? E allora perché questa discriminazione a distanza di qualche chilometro? E inoltre perché nelle due regioni vigevano criteri di offerta differenti?

Ecco come è avvenuta la progressiva disgregazione della nostra Sanità! Certo le Regioni più ricche (non certo più 'virtuose' visto che scandali e ruberie sono in comune...) e con una struttura sanitaria ben consolidata, hanno migliorato sempre più mentre le realtà più sgarrupate in tempi di riduzione delle risorse disponibili hanno finito per restare inevitabilmente indietro. Il tutto secondo il popolare adagio secondo cui è preferibile aiutare i ricchi perché tanto i poveri ci sono... abituati.

In conclusione raccolgo il segnale di allarme della collega, perché credo proprio che sia indispensabile cogliere l'occasione delle discrasie verificatesi in occasione dell'epidemia per avviare una pacata discussione sulla necessità di rivedere la frammentazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Occorrerebbe riportare una parte importante delle decisioni di valenza nazionale ad un unico centro che sia in condizione di garantire equità, omogeneità e qualità delle risposte in termini di salute a TUTTI gli Italiani. La discussione è aperta...

Carlo Maria Stigliano





## SOTTO LA LENTE

di Carlo Maria Stigliano



# Figli di Covid

**Nei festosi brindisi per il nuovo anno 2020 nessuno avrebbe potuto minimamente immaginare quanto ci è capitato in questi ultimi tempi: eppure un vecchio film addirittura del 2011, *Contagion*, rivisto oggi appare terribilmente profetico. Una pandemia legata al passaggio di un virus a noi sconosciuto trasmesso dai pipistrelli agli animali per noi commestibili e quindi passato all'uomo.**

**CERTO È STATA UN'ESPERIENZA INCREDIBILE** e a molti è sembrato di vivere un incubo dal quale era forte il desiderio di svegliarsi e uscirne.

Ma che resterà di tutto ciò, quanto è cambiata la nostra vita, quale insegnamento possiamo avere tratto per i nostri comportamenti futuri?

Intanto abbiamo imparato ciò che proprio noi ginecologi sappiamo bene da sempre e cioè che il vero sesso forte sono le donne: la differente mortalità per Covid-19 dimostra che avere due cromosomi X significa possedere in realtà i veri attributi di forza e resistenza di fronte a potenti malattie infettive e forse anche ad altre.

Poi si è capito che la nostra organizzazione sanitaria, troppo a lungo trascurata e depotenziata soprattutto sul territorio, ha in qualche modo retto soltanto grazie all'abnegazione e al sacrificio del personale sanitario che non a torto è stato salutato come "eroico". In effetti avere continuato a lavorare in un ambito così rischioso e pericoloso e per di più senza strumenti di protezione è stato come affrontare in guerra le mitragliatrici nemiche riparandosi con il palmo delle mani nude! Ebbene i nostri colleghi e tutto il personale ostetrico-infermieristico non hanno badato alla propria salute (alla propria vita!) per continuare a prestare la loro opera anche in momenti in cui umanamente avrebbero potuto tirarsi indietro. Tutto questo a testimonianza dell'attaccamento ad una professione che forse deve essere realmente considerata una "missione". Ma la riconoscenza di questi giorni resterà a lungo nell'opinione della gente? Quanto resisterà il sentimento di rispetto e di ammirazione per i camici bianchi? Temo purtroppo che poco alla volta ritorneranno gli attacchi e le denunce esattamente come prima perché si sa che la riconoscenza, per l'intrinseca natura umana, è un sentimento oneroso e ahimè non duraturo.

E gli adolescenti di oggi, i Covid-sons, figli del Covid-19, come interpreteranno il ruolo dei medici, quale ispirazione trarranno nel considerare una professione potenzialmente tanto rischiosa (come gli oltre 160 medici morti in servizio dimostrano) a fronte di un riconoscimento economico e sociale tutto sommato modesto?

Abbiamo avuto i babyboomers (i figli del boom economico degli anni 60 del secolo scorso, oggi tra i 57 e i 64 anni di età), la generazione X (da 38 a 56 anni oggi), i millennials (ora da 24 a 37 anni) e infine la generazione Z (da 16 a 23 anni di età,

in questi ultimi in particolare che cosa resterà dell'esperienza della pandemia, del lockdown e della paura del contagio? E nel loro immaginario collettivo questo esercito di medici 'eroi' quali sentimenti e quale desiderio di emulazione potrà suscitare?

La generazione dei babyboomers era arrivata sulle ali di un irrefrenabile ottimismo a ritenere tutto possibile e realizzabile; la cosiddetta generazione X aveva conosciuto l'ebbrezza della caduta del muro di Berlino e della liberalizzazione dei confini con possibilità quasi illimitate di spostamenti a basso costo; i millennials sono cresciuti nell'epoca della digitalizzazione e della diffusione della tecnologia di massa. E ora? I giovani della generazione Zeta come saranno condizionati da questo evento tremendo e inimmaginabile, dopo tanto super-ottimismo nella scienza e tanta ostentata sicurezza nelle possibilità di cura delle malattie, a prescindere?

Diventeranno insicuri? O penseranno ancora che non esistono malattie non curabili dalla medicina e che i medici "sicuramente" con l'ausilio delle moderne fantastiche tecnologie dovranno e potranno guarire sempre tutto e tutti? Oppure guarderanno con fiducia ma anche con grande rispetto il nostro lavoro, consapevoli delle difficoltà e anche delle non illimitate possibilità della scienza medica? Certo l'intelligenza artificiale aiuterà molto la nostra professione ma alla fine sono donne e uomini in carne ed ossa quelli che con grande sacrificio hanno lottato e vinto contro il coronavirus! Le macchine ancorché instancabili ed efficienti non sono riuscite a sostituire il calore umano, l'impegno e la tenacia dei medici.

Questo significherà che molti più giovani guarderanno alla professione sanitaria con interesse e desiderio di abbracciarla? E nel caso, troveranno un diverso atteggiamento da parte dell'opinione pubblica? Verranno apprezzati, rispettati o almeno compresi nel loro difficile impegno professionale? O si pretenderà da loro più di quanto essi in scienza e coscienza possano offrire di fronte alle malattie? Si appronterà un contesto strutturale in cui gli investimenti nel settore della salute non verranno considerati superflui o addirittura veri e propri sprechi?

Potrebbe accadere che, come recita l'antico adagio, non tutti i mali vengano per nuocere... Noi lo speriamo!



CARLO MARIA STIGLIANO

“ Poi si è capito che la nostra organizzazione sanitaria, troppo a lungo trascurata e depotenziata soprattutto sul territorio, ha in qualche modo retto soltanto grazie all'abnegazione e al sacrificio del personale sanitario che non a torto è stato salutato come "eroico" ”



