

AOGOI

Organo Ufficiale dell'Associazione
Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

- 4 **Un ricordo**
È morto Carlo Flamigni
- 5 **IVG 2018**
Calo record degli aborti in Italia
- 23 **Violenza Sessuale**
Ecco come rispondere
nel modo più corretto e omogeneo

Gyneco Aogoi

NUMERO 4 - 2020 - BIMESTRALE - ANNO XXXI

MORTE ENDOUTERINA

Una perdita incolmabile

Quando le parole non bastano

La morte inaspettata del feto è un'esperienza drammatica,
non solo per i genitori ma anche per i professionisti



PURTROPPO L'APERTURA DI QUESTO NUMERO È DEDICATO AD UNA TRISTE NOTIZIA, CARLO FLAMIGNI È MANCATO. NON SOLO ALL'AFFETTO DI CHI GLI ERA PIÙ VICINO, FAMILIARI, AMICI MA A TUTTA LA GINECOLOGIA ITALIANA.

Una mente brillante, aperta, un faro sulla salute delle donne. Le ha sempre accompagnate non solo nei momenti felici della gravidanza, ma anche e soprattutto nei momenti più complessi e più tristi, dalle complicanze all'aborto. È sempre stato al fianco delle donne, qualunque fosse la loro decisione, tutelando i diritti sanciti dalla legge in modo serio, senza giudicare né confondere la posizione etica-morale personale con il compito professionale ed istituzionale. L'ultimo monito che ci ha lasciato è stato a non abbassare la guardia sui diritti acquisiti.

IN QUESTO NUMERO abbiamo puntato i riflettori sulla morte endouterina, una situazione inaspettata e drammatica per la donna, per la coppia ma anche per noi operatori sanitari, medici ed ostetriche, che ci troviamo a dover affrontare in quei drammatici momenti la difficoltà della comunicazione e della gestione clinica. Abbiamo portato la voce di tutti e trattato l'argomento sotto diversi punti di vista: clinico-epidemiologico, emotivo (delle donne, dei medici, delle ostetriche), medico-legale.

NON POTEVAMO CERTAMENTE riassumere in poche pagine una tematica così complessa, ma dare una prima overview di ciò che sarà trattato in modo approfondito nelle Raccomandazioni che sono in corso di stesura da parte della Fondazione Ragonese Confalonieri, su indicazione delle Società scientifiche ginecologiche, con il coordinamento di Fabio Facchinetti.

TRA I TEMI DI ATTUALITÀ spicca la Relazione al Parlamento del Ministro della Salute Roberto Speranza sulle Ivg che ci conforta circa il trend in continua discesa dei numeri degli aborti, a conferma che la legge funziona ma anche che bisogna persistere nelle azioni di prevenzione e di rafforzamento dei servizi consultoriali e territoriali. Proprio per questo dobbiamo impegnarci sempre di più nella nostra attività assistenziale per informare e prevenire le gravidanze non desiderate.

CI SONO POI DUE TEMI IMPORTANTI che investono la nostra professione. Il primo è quello della violenza sessuale, un atto abberante contro la salute e l'integrità fisica di chi la subisce che esige da parte nostra un'assistenza sanitaria adeguata e competente. Per questo è importante capire come rispondere nel modo più corretto e omogeneo. Altro argomento è quello della contraccezione e delle attività di counselling alla luce dei cambiamenti che l'emergenza Covid-19 ci ha costretti ad apportare nel nostro modo di lavorare in consultorio e negli ambulatori.

INFINE, LAST BUT NOT LEAST, vi comunico che abbiamo deciso di mantenere l'appuntamento annuale del Congresso nazionale di tutta la ginecologia ed ostetricia italiana che si svolgerà dal 13 al 16 dicembre, come previsto. Sarà però un Congresso completamente virtuale, via web. Non sarà quindi il secondo Congresso di Napoli, come programmato, ma un Congresso nuovo, diverso a cui spero tutti parteciperemo. Non avremo costi di spostamento, pernottamento ma ci collegheremo da casa, per seguire sessioni live e sessioni registrate a cui potremo partecipare anche in differita. È un progetto a cui stiamo lavorando e sono convinta che sarà una esperienza interessante.



IL PROSSIMO CONGRESSO NAZIONALE SIGO-AOGOI-AGUI-AGITE SI SVOLGERÀ DAL 13 AL 16 DICEMBRE.

SARÀ IL PRIMO CONGRESSO DI UNA NUOVA ERA, TOTALMENTE IN REMOTO E RAPPRESENTERÀ PER TUTTI NOI UNA ULTERIORE SFIDA IN QUESTO COMPLESSO 2020



ELSA VIORA
Presidente Aogoi

**Gyneco
Aogoi**

Organo Ufficiale
dell'Associazione Ostetrici
Ginecologi Ospedalieri Italiani



Numero 4 - 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

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:
luglio 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

Buona lettura!

È morto Carlo Flamigni, un medico “sempre dalla parte delle donne”

AL DI LÀ DELLE SCONTATE considerazioni sul valore dell'uomo oltre che del ginecologo vorremmo ricordare con semplicità il suo essere integralmente “medico delle donne”, ginecologo appunto. Il suo saper essere vicino al sentire femminile, alla necessità delle donne di riuscire a far comprendere il significato profondo, il divino ‘miracolo’ del partorire una nuova vita, proprio lui che alla laicità rigorosa aveva ispirato tutta la sua vita e la sua opera. Un grande della medicina, della ginecologia, che se ne va; in punta di piedi, come sanno fare quelli che sul serio lasciano una traccia indelebile in questo nostro mondo distratto ed effimero.

Ci ha insegnato a capire il dramma di tante donne che cercano con speranza e con amore una gravidanza ma anche il rispetto, la comprensione, il dolore condiviso per chi è costretta a interrompere la gravidanza stessa. Essere ginecologi – ebbe a dire quasi quarant'anni fa – non è soltanto far partorire bene le donne o cercar di risolvere le malattie dell'apparato genitale: è anche sostenere con empatia donne che spesso si sentono sole e indifese e qualche volta abbandonate dalla nostra società e da compagni non sempre preparati di fronte alle difficoltà di scelte destinate ad incidere sulla vita. Carlo Flamigni era un grande medico, un grande ginecologo, sempre dalla parte delle donne: un esempio per tutti noi.

Si è spento Carlo Flamigni, medico, ginecologo, scrittore, padre della fecondazione assistita e membro del Comitato nazionale di Bioetica. Se n'è andato via lo scorso 5 luglio dopo una vita spesa per i diritti delle donne, per la libertà di scelta, per la difesa di leggi come quella sull'aborto



Quando l'amicizia supera la diversità di visione del mondo

Essere amici vuol dire volersi bene e stimarsi. E io stimavo molto Carlo Flamigni. Un sentimento nato sin dal primo momento che l'ho conosciuto, oltre 60 anni fa. Abbiamo percorso insieme, anche se in Scuole diverse, tutta la strada delle nostre carriere. Si può dire che abbiamo camminato insieme per un lungo tratto della nostra vita. E camminare insieme non sempre coincide con l'avere l'identica meta e lo stesso ritmo di passi.

Per alcuni anni, abbiamo lavorato fianco a fianco nelle snervanti e conflittuali sedute del Comitato Nazionale di Bioetica. Non sempre mi sono trovato in accordo con lui su alcune tematiche che venivano portate in discussione come, ad esempio, questioni di inizio vita o di fine vita. Sempre rigoroso e puntigliosamente attento a non lasciarsi trascinare dalle proprie sicurezze, non rinunciava al gusto della puntigliosa polemica. Ma sentire Carlo argomentare con competenza e arguta intelligenza le sue tesi è stato sempre per me un piacere. Mi metteva voglia di ricercare nuovi orizzonti e di porre interrogativi alle mie certezze.

Carlo credeva nell'idea che la ricerca dovesse avere un ruolo civile, aiutare il Paese a cambiare, a modernizzarsi, a cercare vie nuove. Si è molto battuto perché tutto questo si realizzasse. Ha inciso profondamente nei costumi, nelle grandi battaglie per rendere l'Italia più laica e aperta alle novità.

Di Carlo rimarranno certamente le sue opere, non solo scientifiche sulla fecondazione umana e sulla medicina della riproduzione, ma anche i numerosi romanzi che mostrano la sua passione romagnola.

Ora questo amico se n'è andato, a noi manca qualcosa di insostituibile.

Romano Forleo

La certezza del ricordo

Grazie Carlo o meglio grazie Prof. Flamigni

Senza di te non avrei mai fatto il ginecologo! Ti ho incontrato nel 1980 in un corso della associazione italo-svizzera di fertilità: ero uno studentucolo del quarto anno e fui trascinato nella aula di odontoiatria, dove mi sarei laureato con tua lode dopo qualche anno, ad ascoltare uomini che parlavano di sterilità.

Non conoscevo nulla di ginecologia se non per una presunta affinità con la professione paterna.

Tra uno sbadiglio ed una distrazione con colleghi, attendevo il Tuo intervento.

Rimasi stregato, affascinato dall'eloquio colto, diretto, chiaro, dall'aplomb elegante ed aristocratico.

Un imprinting magnetico e immediato mi fece sognare: sarei voluto diventare ginecologo “come Te” e decisi, a tua insaputa, di averti come mio

riferimento culturale

Ma perché continuo a darti del Tu?

Le ho dato sempre del Lei con doveroso ed affettuoso ossequio nonostante mi mettesse a mio agio. Forse è perché mi sono sempre sentito parte della Tua visione culturale simile alla mia: uno scienziato laico che cercava di spiegarmi il miracolo della vita con la onestà intellettuale di non imporsi a coloro che avevano visioni e culture differenti: le tue parole nel “Diario di un laico” facevano parte della mia educazione ed estrazione politica e culturale. Fui colto da una sorta di strana e mutata sindrome di Stoccolma. Eppure non vi erano violenze di sorta che subivamo sebbene talvolta eri austero... elegantemente austero.

Le domande che ti ponevi e che ci ponevi ci obbligavano a riflettere, cosa non semplice: “cosa significa aver un figlio: un diritto? Un dovere? Un privilegio? Per chi? A che costo?”

iniziai così ad immaginare l'endocrinologia ginecologica, tua materia di insegnamento, non come una disciplina medica ma come una visione olistica, colta, integrata dove scienza e cultura classica si fondono in una visione pragmatica e schietta, intrisa di storia e poesia, filosofia e fantasia

dove il perenne gioco tra nature and nurture è lo scenario consolidato.

Sono cresciuto con Te al mio fianco leggendo i classici scientifici e i tuoi libri di avventura su Primo Casadei, le elucubrazioni filosofiche che scrivevi con Maurizio Moro tenendoti “a rispettosa distanza sia dallo scientismo sia dai paradigmi metafisici...”. Non sei mai stato il *medicus-chirurgus* di origini ippocratico-galenica; mi hai insegnato che bisogna guardare con occhi diversi: “Quod optimus medicus sit quoque philosophus”.

Sorridevo quando beffardo dicesti: “Al profilattico bisognerebbe fare un monumento, ha salvato più vite di Garibaldi”.

Sei partito per il tuo viaggio che certo non ti spaventa, con la consapevolezza di non morire ma di finire di vivere lasciando a Noi tutti non l'eredità del “Medico delle Donne, Antico ed eterno”, non del “Pioniere della fecondazione assistita” (dicevi “I pionieri erano in America e poi nell'Urss. Meglio un Mohicano che ultimo non vuol essere”) ma dell'amico, collega, riferimento che tutti noi vorremmo avere che ci ha regalato “**la certezza del Ricordo**”!

Grazie Professore, Grazie Carlo!

Sergio Schettini



RAPPORTO IVG



IVG 2018

La Relazione al Parlamento
sull'attuazione della legge 194/78

Calo record degli aborti in Italia

Sono poco più di 76mila

Nei primi anni della 194 si era arrivati a quasi 235mila Ivg. Merito anche della pillola del giorno dopo. Ma l'obiezione resta molto alta e riguarda il 69% dei ginecologi

NEL 2018 sono state notificate 76.328 interruzioni volontarie di gravidanza (Ivg), confermando il continuo andamento in diminuzione del fenomeno (-5,5% rispetto al 2017, circa 4mila in meno) a partire dal 1983.

È questa la fotografia scattata dalla nuova Relazione al Parlamento sull'attuazione della Legge 194/78, presentata del Ministro della Salute Roberto Speranza nel mese di giugno. "In Italia - ha

sottolineato il Ministro - l'Ivg è in continua e progressiva diminuzione dal 1983 e il ricorso a tale intervento (tasso di abortività) del nostro Paese è fra i più bassi tra quelli dei Paesi occidentali". Questo è il quinto anno in cui è stato notificato un totale di Ivg inferiore a 100mila casi ed è da notare come il numero delle Ivg è più che dimezzato rispetto ai 234.801 casi del 1983, anno in cui si è riscontrato il valore più alto in Italia.

RAPPORTO IVG

FIGURA 1
Tassi di abortività
per area geografica
1983 e 2018

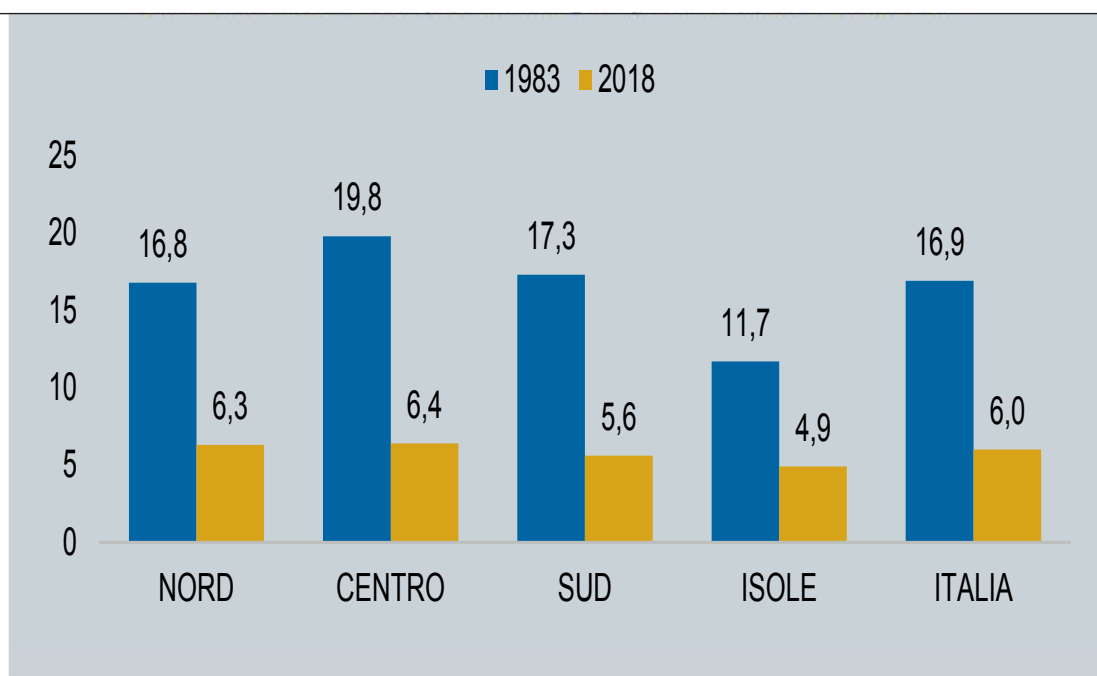


FIGURA 2
Tassi di abortività
per età

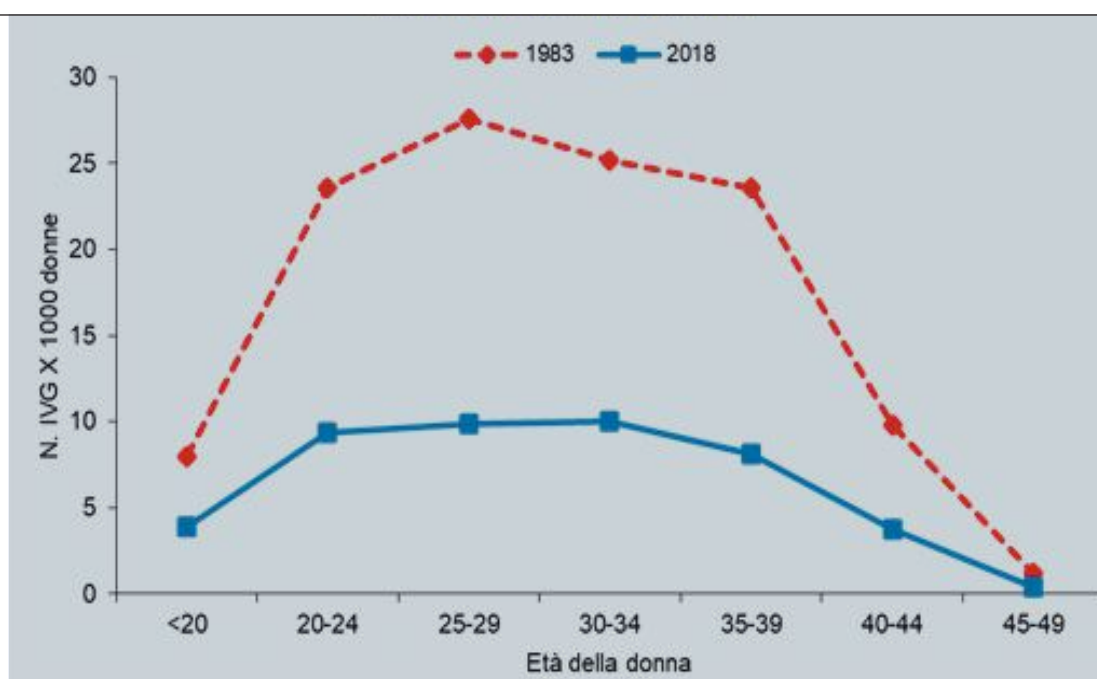
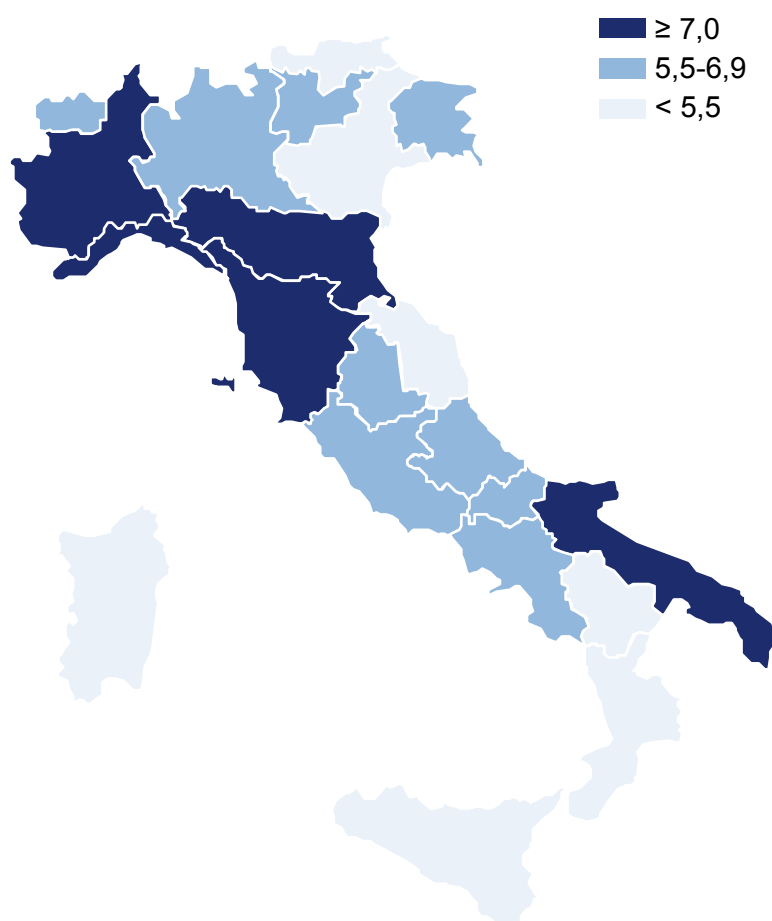


FIGURA 3
Tassi di abortività in Italia



Tutti gli indicatori confermano il trend in diminuzione: il tasso di abortività (n. Ivig rispetto a mille donne di età 15-49 anni residenti in Italia), che è l'indicatore più accurato per una corretta tendenza al ricorso all'Ivig, è risultato pari a 6 per mille nel 2018, con una riduzione del 4% rispetto al 2017 e del 65,1% rispetto al 1982. Il dato italiano rimane tra i valori più bassi a livello internazionale. (Figura 2 e 3)

CARATTERISTICHE DELLE DONNE CHE FANNO RICORSO A IVG Il ricorso all'Ivig nel 2018 è diminuito in tutte le classi di età, in particolare tra le giovanissime, e i tassi di abortività più elevati restano fra le donne di età compresa tra i 25 e i 34 anni. Per quanto riguarda la distribuzione percentuale, nel 2018 il 48,6% delle italiane risultava occupata (in aumento rispetto al 2017, quando le occupate erano il 46,9%), mentre per le straniere la percentuale delle occupate è del 38,2%, dato anche questo in aumento rispetto all'anno precedente. Per le italiane la percentuale delle nubili (61,3%) è in aumento e superiore a quella delle coniugate (32,4%), mentre per le straniere le percentuali nei due gruppi sono molto più simili (47,5% le coniugate, 47,3% le nubili). Il 45,3% delle donne italiane che ha eseguito una Ivig non aveva figli.

ABORTO TRA LE MINORENNI Tra le minorenni, il tasso di abortività per il 2018 è pari a 2,4 per mille, valore inferiore a quello del 2017, confermando un trend in diminuzione a partire dal 2004 (4,8

nel 2005, 4,4 nel 2012, 2,7 nel 2017), con livelli più elevati nell'Italia centrale.

I 2.001 interventi effettuati da minorenni sono pari al 2,6% di tutte le Ivig (erano il 2,8% nel 2017). Come negli anni precedenti, si conferma il minore ricorso all'aborto tra le giovani in Italia rispetto a quanto registrato negli altri Paesi dell'Europa Occidentale. (Figura 4)

ABORTI RIPETUTI La percentuale di Ivig effettuate da donne con precedente esperienza abortiva continua a diminuire dal 2009 ed è risultata nel 2018 pari al 25,5% (25,7% nel 2017). Le percentuali corrispondenti per cittadinanza nel 2018 sono 21,4% per le italiane e 34,8% per le straniere (erano 21,3% e 36,0% rispettivamente, nel 2017), confermando il maggior ricorso all'Ivig tra le cittadine straniere. In totale la percentuale di aborti ripetuti riscontrata in Italia è più bassa rispetto a quella degli altri Paesi.

EPOCA GESTAZIONALE E MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DELL'IVG Continua ad aumentare la percentuale di interventi effettuati precocemente, quindi meno esposti a complicanze: il 50,9% degli interventi è stato effettuato entro le 8 settimane di gestazione (rispetto al 48,9% del 2017 e al 41,8% del 2012), il 12,1% a 11-12 settimane e il 5,6% dopo la 12esima settimana. Inoltre si riscontra una leggera tendenza all'aumento della percentuale di Ivig oltre 12 settimane di gestazione: 5,6% nel 2018 e 2017, rispetto a 5,0% nel 2015 e 3,8% nel 2012. (Figura 5)

CONTINUA LA TENDENZA ALL'AUMENTO DEL RICORSO ALLA PROCEDURA D'URGENZA è avvenuto nel 21,3% delle Ivig nel 2018, rispetto al 19,2% nel 2017, al 16,7% dei casi nel 2015 e all'11,6% nel 2011. Percentuali superiori alla media nazionale si sono osservate, come negli anni passati, in Puglia (42,7%), Piemonte (39,5%), Lazio (39,1%), Abruzzo (29,1%), Emilia Romagna (27,3%) e Toscana (26,1%). Anche per il 2018 risulta prevalente il ricorso al consultorio familiare per il rilascio del documento/certificazione necessari alla richiesta di IVG (44,1%), rispetto agli altri servizi.

AUMENTA ABORTO FARMACOLOGICO L'isterosuzione, ed in particolare con le cannule di Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata anche nel 2018 (63,6%), sebbene permanga un 10,8% di interventi effettuati con raschiamento. È in aumento l'uso dell'aborto farmacologico: nel 2018 il mifepristone con successiva somministrazione di prostaglandine è stato adoperato nel 20,8% dei casi, rispetto al 17,8% del 2017 e al 12,9% del 2014. Permane elevato (52,8%) il ricorso all'anestesia generale per espletare l'intervento, sebbene in diminuzione negli anni, e molto basso quello all'anestesia locale (3%). È invece cresciuto negli anni il numero di interventi effettuati senza anestesia (21,3% rispetto a 17,9% nel 2016 e 5,7% del 2012), come conseguenza del maggior uso dell'aborto farmacologico. (Figura 6)

FIGURA 4
IVG tra le minorenni
2000-2018

Anno	N. IVG donne età <18 anni*		% sul totale IVG	Tasso di abortività
	Italiane	Straniere		
2000	3596	181	2,7	4,1
2001	3565	227	2,7	4,1
2002	3446	306	2,9	4,7
2003	3556	428	2,8	4,5
2004	3840	526	3,0	5,0
2005	3441	605	3,0	4,8
2006	3512	608	3,2	4,9
2007	3463	637	3,3	4,8
2008	3451	624	3,4	4,8
2009	3127	592	3,2	4,4
2010	3091	626	3,3	4,5
2011	3008	586	3,4	4,5
2012	2761	588	3,3	4,4
2013	2616	527	3,2	4,1
2014	2383	472	3,2	3,7
2015	2164	357	2,9	3,1
2016	2155	345	3,0	3,1
2017	1872	309	2,8	2,7
2018	1928	340	2,6	2,4

*Elaborazioni su dati Istat

FIGURA 5
Distribuzione percentuale
delle IVG per settimana
gestazionale - 2018

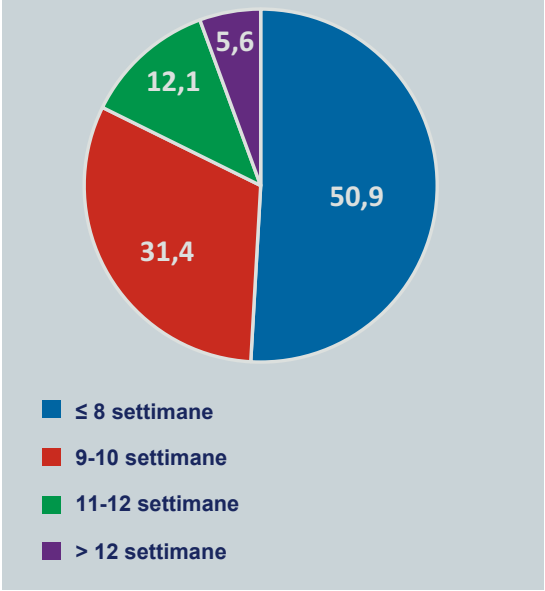
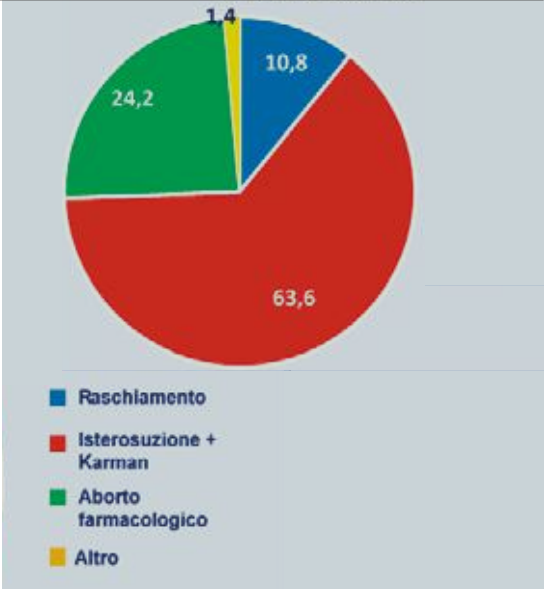


FIGURA 6
IVG per tipo
di intervento, 2018



UN TERZO DELLE IVG RIGUARDA LE DONNE STRANIERE Un terzo delle Interruzioni volontarie di gravidanza totali in Italia continua ad essere a carico delle donne straniere: un contributo che è andato inizialmente crescendo e che, dopo un periodo di stabilizzazione, sta diminuendo, sebbene le cittadine straniere rimangano una popolazione a maggior rischio di ricorso all'Ivg. "A tal proposito – rileva Speranza – è importante offrire loro, in occasioni di contatto con il Servizio Sanitario Nazionale, in particolare in occasione del percorso nascita, un counselling sulla procreazione responsabile per promuovere una contraccezione informata ed efficace".

CRESCE L'USO DELLA PILLOLA DEI 5 GIORNI DOPO L'aumento dell'uso della contraccezione d'emergenza, Levonorgestrel (Norlevo) - pillola del giorno dopo e Ulipistral acetato (ellaOne) - pillola dei 5 giorni dopo, ha inciso positivamente sulla riduzione delle Ivg. "Per tali farmaci – evidenzia Speranza –, per i quali è stato abolito l'obbligo di prescrizione medica per le maggiorenni, è indispensabile una corretta informazione alle donne per evitarne un uso inappropriato". Dai dati della distribuzione dell'Ulipistral acetato (ellaOne), forniti dal sistema di Tracciabilità del farmaco del Ministero della Salute, che rappresentano una proxy del consumo, nel 2018 continuano a mostrare un andamento crescente (figura 2). I dati registrati negli ultimi 4 anni risultano: 145.101 confezioni nel 2015, 189.589 nel 2016, 224.802 nel 2017 e 260.139 nel 2018.

POTENZIARE I CONSULTORI Il consultorio familiare rappresenta un servizio di riferimento per molte donne e coppie per quanto riguarda l'Ivg, come negli auspici della Legge 194/78. "È indispensabile – rileva il Ministro – rafforzare e potenziare i consultori familiari, servizi di prossimità che grazie all'esperienza nel contesto socio-sanitario e alle competenze multidisciplinari dell'équipe professionale riescono a identificare i determinanti di natura sociale e a sostenere la donna e/o la coppia nella scelta consapevole, nella eventuale riconsiderazione delle motivazioni alla base della sua scelta, aiutarla nel percorso Ivg e ad evitare future gravidanze indesiderate ed il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza".

TEMPI DI ATTESA IN CALO Sono in diminuzione i tempi di attesa tra rilascio della certificazione e intervento (possibile indicatore di efficienza dei

Arisi (Smic):
“Pillola giorno dopo ancora una volta fondamentale per la riduzione degli aborti. Ora si elimini l’obbligo di ricetta anche per le minorenni”

“Per il quinto anno consecutivo le Interruzioni Volontarie di Gravidanza (Ivg) continuano a mostrare un trend in diminuzione. E ancora una volta, la Relazione al Parlamento del Ministero della Salute conferma come questo fenomeno sia connesso anche con la vendita in farmacia della Contraccezione d’Emergenza senza ricetta. Un risultato che credo debba indurre l’Agenzia del farmaco a eliminare l’obbligo di prescrizione della ricetta medica anche per le minorenni”. È stato questo il commento di Emilio Arisi, Presidente della Società Medica Italiana per la Contraccezione (Smic) ai dati della Relazione al Parlamento sugli aborti. “I dati emersi – ha aggiunto Arisi – rafforzano il convincimento della nostra Società scientifica che sia arrivato il momento di consentire anche alle donne minorenni di poter acquistare la pillola del giorno dopo senza dover presentare la ricetta medica. Ricordo che in tutti i Paesi europei il farmaco è in libera vendita in farmacia, senza obbligo di prescrizione, per le donne di tutte le fasce di età. E non c’è stato un misuse del prodotto. A dimostrazione che le ragazze hanno un uso consapevole dell’utilizzo della contraccezione di emergenza. Non credo quindi che le minorenni italiane debbano essere penalizzate rispetto delle loro coetanee europee e considerate meno responsabili. Inoltre – ha aggiunto – bisognerebbe rendere obbligatoria la disponibilità della pillola del giorno dopo in tutte le farmacie italiane: offrire alle donne italiane la sicurezza di poter trovare in ogni farmacia del territorio nazionale questo presidio farmacologico, senza essere costrette, come spesso avviene, a passare da una farmacia all’altra, è un fattore importante per ottenere una efficace prevenzione e di conseguenza un ulteriore auspicabile calo delle Ivg anche negli anni a venire”.

RAPPORTO IVG

FIGURA 7
Numero di sedi fisiche (stabilimenti) con reparto di ostetricia e/o ginecologia e di quelle in cui si pratica IVG e il Parametro 1 per Regione Anno 2018

Regione	Totale stabilimenti con ginecologia	Stabilimenti in cui si pratica IVG	Parametro 1	Regione	Totale stabilimenti con ginecologia	Stabilimenti in cui si pratica IVG	Parametro 1
Piemonte	41	27	65,8%	Marche	14	12	85,7%
Valle d'Aosta	1	1	100,0%	Lazio	41	21	51,2%
Lombardia	65	61	93,8%	Abruzzo	15	9	60,0%
P.A. Bolzano	7	2	28,5%	Molise	3	1	33,3%
P.A. Trento	7	4	57,1%	Campania	69	19	27,5%
Veneto	42	33	78,5%	Puglia	31	20	64,5%
Friuli V. Giulia	14	9	64,2%	Basilicata	5	4	80,0%
Liguria	15	14	93,3%	Calabria	14	8	57,1%
Emilia-Romagna	52	32	61,5%	Sicilia	58	30	51,7%
Toscana	29	28	96,5%	Sardegna	21	15	71,4%
Umbria	14	12	85,7%	Italia	558	362	64,9%

Fonte dati: Monitoraggio ad hoc sull'attività dei Consultori, effettuato dal Ministero della Salute in raccordo con i Referenti Regionali del Tavolo tecnico per la piena applicazione della L. 194/78.

Ogni
100.000
donne
in età fertile
(15-49 anni)

3
Punti nascita

2,9
Punti Ivg

servizi). La percentuale di Interruzioni effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento è infatti leggermente aumentata: 70,2% nel 2018 rispetto a 68,8% nel 2017, 65,3% nel 2015 e 59,6% nel 2011. Contemporaneamente nel tempo è diminuita la percentuale di IVG effettuate oltre le 3 settimane di attesa, anche se il valore del 2018 è quasi identico a quello del 2017: 10,8% nel 2018 e 10,9% nel 2017 rispetto a 12,4% nel 2016, 13,2% nel 2015 e 2014 e al 15,7% nel 2011. Pur persistendo una non trascurabile variabilità fra le Regioni si registra un aumento delle interruzioni nelle prime 8 settimane di gestazione, probabilmente almeno in parte dovuto all'aumento dell'utilizzo della tecnica farmacologica (Mifepristone+prostaglandine), che viene usata in epoca gestazionale precoce.

MOBILITÀ REGIONALE STABILE Nel 2018 il 92,3% delle Ivg è stato effettuato nella Regione di residenza, di cui l'87,0% nella Provincia di residenza, valori simili al 2017 e corrispondenti ad una bassa mobilità fra le Regioni e in linea con i flussi migratori anche relativi ad altri interventi del Ssn. Va considerato che tali flussi possono mascherare una falsa migrazione, come nel caso in cui motivi di studio o lavoro temporaneo giustificano il domicilio in Regione diversa da quella di residenza, e ciò riguarda principalmente le classi di età più giovani.

DIFFERENZE REGIONALI La tipologia di intervento e la durata della degenza evidenziano una variabilità regionale che suggerisce la necessità di un approfondimento da parte degli organi regionali, anche attraverso un confronto interregionale, per capirne le motivazioni e uniformare i protocolli terapeutici, al fine di assicurare un'offerta efficiente e di qualità. Il numero totale di sedi fisiche (stabilimenti) delle strutture con reparto di ostetricia e/o ginecologia, nel 2018, risulta pari a 558, mentre il numero di quelle che effettuano le Ivg risulta pari a 362, cioè il 64,9% del totale. Solo in due casi (P.A. Bolzano e Campania), abbiamo un numero di punti Ivg inferiore al 30% delle strutture censite. In 9 Regioni la percentuale di punti Ivg risulta superiore al 70%. Nelle restanti Regioni e Province autonome il valore medio dell'indicatore è pari al 58%. Si conferma, anche per l'anno 2018, l'adeguata copertura della rete di offerta.

CRESCE ANCORA L'OBIEZIONE DI COSCIENZA Nel 2018 le Regioni hanno riferito che ha presentato obiezione di coscienza il 69% dei ginecologi, il 46,3% degli anestesisti e il 42,2% del personale non medico, valori in leggero aumento rispetto a quelli riportati per il 2017 e che presentano ampie variazioni regionali per tutte e tre le categorie. "Sebbene l'analisi dei carichi di lavoro per ciascun ginecologo non obiettore non sembri evidenziare particolari criticità nei servizi di Ivg, a livello regionale o di singole strutture – chiarisce Speranza – le Regioni devono assicurare che l'organizzazione dei servizi e le figure professionali garantiscano alle donne la possibilità di accedere all'interruzione volontaria di gravidanza, come indicato nell'articolo 9 della Legge, garantendo il libero esercizio dei diritti sessuali e riproduttivi delle donne e assicurando l'accesso ai servizi Ivg, minimizzando l'impatto dell'obiezione di coscienza nell'esercizio di questo diritto". Per capire quale impatto tali percentuali abbiano sulla disponibilità del servizio e sul carico di lavoro degli operatori non obiettori, la Relazione ha stimato anche per il 2018 tre parametri individuati in occasione dei monitoraggi effettuati negli anni precedenti, a partire dal 2013; in particolare il terzo parametro, relativo al carico di lavoro medio settimanale per ginecologo non obiettore, è stato rilevato a livello di singola struttura di ricovero, al fine di individuare eventuali criticità che potrebbero non emergere da un quadro aggregato a livello regionale o sub-regionale.

PARAMETRO 1 - offerta del servizio Ivg in relazione al numero assoluto di strutture disponibili. Il numero totale di sedi fisiche (stabilimenti) delle strutture con reparto di ostetricia e/o ginecologia, nel 2018, risulta pari a 558, mentre il numero di quelle che effettuano le Ivg risulta pari a 362, cioè il 64,9% del totale. Solo in due casi (P.A. Bolzano e Campania), abbiamo un numero di punti Ivg inferiore al 30% delle strutture censite. In 9 Regioni la percentuale di punti Ivg risulta superiore al 70%. Nelle restanti Regioni e P.A. il valore medio dell'indicatore è pari al 58%. Si conferma, anche per l'anno 2018, l'adeguata copertura della rete di offerta.

PARAMETRO 2 - offerta del servizio Ivg in relazione alla popolazione femminile in età fertile e ai punti nascita. Rappresenta un termine di



confronto per capire meglio il livello di attuazione della legge 194/78, contestualizzando i dati sulle strutture che effettuano Ivg rispetto alla popolazione femminile in età fertile e rispetto ai punti nascita.

Delle 558 strutture con reparto di ostetricia e/o ginecologia, censite a livello nazionale nel 2018, 418 sono punti nascita pubblici o privati accreditati (dati Cedap 2017 - Monitoraggio del Comitato Percorso Nascita Nazionale a maggio 2019), pari al 74,9 % del totale. I nati vivi in Italia nel 2018 sono stati 439.747 (fonte Istat); nello stesso anno le Ivg sono state 76.328, con un rapporto di 5,8:1 (l'anno precedente era 5,7:1), mentre quello fra i punti nascita e punti IV Ivg G è di 1,1:1 come per l'anno precedente.

A livello nazionale, ogni 100mila donne in età fertile (15-49 anni), si contano 3,0 punti nascita, contro 2,9 punti Ivg. Considerando quindi sia il numero assoluto dei punti Ivg che quello normalizzato alla popolazione di donne in età fertile, la numerosità dei punti Ivg appare più che adeguata, rispetto al numero delle Ivg effettuate. (Figura 7)

PARAMETRO 3 - carico di lavoro medio settimanale di Ivg per ogni ginecologo non obiettore. La rilevazione ad hoc effettuata dal Ministero evidenzia che nel 2018 il carico di lavoro medio settimanale di ogni ginecologo non obiettore, è variato di poco rispetto agli anni precedenti; in generale si registra per quasi tutte le Regioni un dato stabile o in leggera diminuzione, fatta eccezione per Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano e di Trento ed Emilia Romagna, in cui si rileva un lieve aumento.

L'analisi del carico di lavoro settimanale medio di ciascun ginecologo non obiettore per singola struttura di ricovero evidenzia solo 2 Regioni dove si registra un carico di lavoro superiore alle 9 Ivg a settimana (14,6 in Puglia e 9,5 in Calabria).



“

Il metodo farmacologico per l'Ivg prevede l'uso di una dose di mifepristone, seguita da una o più dosi di prostaglandine. Lo schema di trattamento di riferimento è quello approvato da Fda e Aifa

RU486

Speranza chiede nuovo parere al Css



A SUSCITATO MOLTE REAZIONI la decisione assunta dalla Regione Umbria che con una Delibera ha imposto il ricovero ordinario (e non il Day hospital) per chi ricorre all'interruzione volontaria di gravidanza mediante la pillola abortiva. Un tema caldo sul quale è intervenuto il Ministro della Salute Roberto Speranza che con una nota ha annunciato di aver chiesto “un parere al Consiglio Superiore di Sanità, alla luce delle più recenti evidenze scientifiche, in merito alla interruzione volontaria di gravidanza con il metodo farmacologico. L'ultimo parere in materia era stato espresso dal Css nel 2010”. **Sulla vicenda è intervenuta anche la Sottosegretaria di Stato alla Salute Sandra Zampa:** “Sono trascorsi dieci anni esatti da quando, su richiesta del Consiglio Superiore di Sanità, una apposita Commissione emanò le Linee Guida Ministeriali per l'utilizzo della RU486 – ha dichiarato – in questi dieci anni nessun evento avverso ha evidenziato la necessità di ricoveri ospedalieri per l'utilizzo della cosiddetta ‘pillola abortiva’. Stupisce dunque la decisione della Regione Umbria di indicare in tre giorni di ricovero ospedaliero le condizioni per il ricorso alla IVG farmacologica. Ho condiviso pienamente la decisione del Ministro Speranza di richiedere un parere al Consiglio Superiore di Sanità, allo scopo di aggiornare le linee di indirizzo, auspicando che si possa favorire, sempre ove possibile, il ricorso alla lvg farmacologica come in uso nella gran parte dei Paesi europei, cioè in regime di Day Hospital o ambulatoriale”

Toscana

Ru486 presto anche negli ambulatori. La prima volta in Italia

SUL FRONTE OPPOSTO alle decisioni assunte dalla Regione Umbria, la Toscana: sarà la prima Regione a prevedere la somministrazione della Ru486 al di fuori dell'ospedale, ma sempre in collegamento con l'ospedale, in ambulatori pubblici specializzati e autorizzati a farlo. Un nuovo primato per la Regione che per prima in Italia adottò l'aborto farmacologico. Una delibera fornisce alle Aziende sanitarie raccomandazioni aggiornate relative al “Protocollo operativo per l'Ivg farmacologica”, redatto sulla base del parere del Consiglio Sanitario Regionale del 2014, per poter garantire l'offerta della lvg farmacologica come prestazione ambulatoriale. Nel protocollo si specifica che la finalità è quella di assicurare a tutte le donne che richiedono l'Ivg un servizio uniforme, rispettoso dei diritti della donna e di alta qualità.

Il metodo farmacologico per l'Ivg prevede l'uso di una dose di mifepristone, seguita da una o più dosi di prostaglandine. Lo schema di trattamento di riferimento è quello approvato da Fda e Aifa e si ricorda che l'aborto medico è considerato dall'Oms, un metodo sicuro ed efficace.

Ma vediamo cosa prevede il Protocollo.

Alla donna che decide di interrompere la gravidanza e si presenta in una delle sedi autorizzate a praticare l'Ivg, con un documento/certificato di richiesta lvg rilasciato dal medico del presidio consultoriale, dal medico di famiglia o da altro medico di fiducia, dovranno essere fornite tutte le informazioni necessarie sulla lvg farmacologica e dovrà essere acquisito il suo consenso informato. Le strutture sanitarie dove può essere svolta l'accettazione sono tutte le strutture autorizzate dalla legge 194, compresi i poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati, funzionalmente collegati agli ospedali e autorizzati dalla Regione, in possesso dei requisiti specifici previsti dalla

normativa, nonché i consultori definiti “principali”, in collegamento funzionale con l'ospedale di riferimento.

Il primo intervento è l'assunzione di mifepristone. Dopo la somministrazione del farmaco, la donna dovrà restare all'interno del presidio; dopo la rivalutazione medica potrà tornare a casa. Le verrà fornito il numero di telefono del consultorio e quello del medico di guardia del presidio ospedaliero. E verrà programmata la visita successiva.

Il secondo intervento avviene il terzo giorno, dopo circa 48 ore dal primo, nella stessa struttura del primo intervento. Dopo la valutazione dell'evoluzione del caso, alla donna viene somministrato misopristolo. Dopo un periodo di osservazione, viene programmato il terzo accesso (dopo circa 10-15 giorni).

Il controllo avviene dopo circa 14 giorni dal secondo intervento. In caso di controllo avvenuto, viene prenotato un controllo successivo dopo circa un mese. In caso di mancato aborto o aborto incompleto, viene attivata la procedura chirurgica nel presidio ospedaliero di riferimento.

Dopo la chiusura della cartella, alla donna vengono esposte con particolare cura le modalità di contraccezione, per prevenire ulteriori lvg. Tutte le possibili metodiche devono essere illustrate in maniera chiara, mettendo in evidenza indicazioni e controindicazioni, differenze, vantaggi, possibili effetti collaterali di ciascuna metodica; evidenziando i rischi, fisici e psicologici, del ricorso a lvg ripetute. La tariffa di questa prestazione (completamente a carico del Servizio sanitario pubblico, perché alla donna viene erogata in regime di esenzione dalla partecipazione al costo) è stata fissata in 500 euro: cifra che include il costo del farmaco e si riferisce all'intero percorso assistenziale.



Percorso nascita, le raccomandazioni degli esperti in tempi di Covid-19

Arrivano due nuovi Rapporti dall'Istituto superiore di sanità, Il primo fornisce indicazioni aggiornate su tutte le fasi del percorso nascita, dalla gravidanza all'allattamento passando per il travaglio, il parto, il post partum e la degenza ospedaliera. Il secondo prende in esame il periodo perinatale che va dal concepimento ai 18 mesi di vita del bambino, e che per le donne rappresenta un periodo particolarmente delicato e vulnerabile

IL FOCUS ISS "Indicazioni ad interim per gravidanza, parto e allattamento e cura dei piccolissimi 0-2 anni in risposta all'emergenza Covid-19" è dedicato alle neomamme, alle professioniste e ai professionisti che le assistono e ai piccoli da 0 a 2 anni.

Premesso che le donne in gravidanza non sembrano essere a maggior rischio rispetto alle non gravide di contrarre l'infezione da Covid-19 e che non c'è al momento evidenza di un aumentato rischio di aborto in relazione all'infezione, né di effetti teratogeni sul feto, ecco alcune raccomandazioni contenute nel Rapporto dell'Iss:

- Assistenza alla gravidanza. In caso di gravidanza a basso rischio, mantenere un minimo di 6 visite prenatali in presenza, includendo, se possibile, in un unico appuntamento la visita, l'ecografia ed eventuali altri esami diagnostici, mentre in caso di gravidanza a rischio si può richiedere un maggior numero di con-

Dall'Iss le ultime indicazioni su percorso nascita e rischio depressione post partum

trolli. Per le donne incinta positive al Sars-CoV-2, nonostante non siano ad oggi disponibili evidenze di associazione causale tra Covid-19 e rischio di iposviluppo fetale, è raccomandata una ecografia di controllo 14 giorni dopo la risoluzione della malattia acuta diagnosticata in gravidanza.

- Travaglio e parto. Le unità di triage dovrebbero offrire consulenza telefonica, laddove sia necessaria una visita di valutazione e/o il ricovero, occorre garantire che le donne con infezione da Covid-19, confermata o sospetta, siano identificate e isolate all'arrivo in ospedale. L'infezione da Sars-CoV-2 non è un'indicazione al taglio cesareo. La decisione della posizione da assumere durante il travaglio, l'indicazione, il timing e le modalità del monitoraggio della frequenza cardiaca fetale non cambiano in base all'emergenza da Coronavirus, ma devono essere valutati su base individuale.
- Post partum. Accoglienza del neonato e allattamento: il contatto pelle a pelle non è controindicato per le donne positive al virus. Durante tale contatto, come pure durante il rooming-in e l'allattamento, sono raccomandate le misure di prevenzione previste per i casi di positività. Madre e bambino non devono essere separati e dev'essere garantita la presenza del partner o di una persona a scelta della donna. Alla luce delle evidenze disponibili, non è confermata la presenza del virus nel latte materno, mentre è certo che i benefici dell'allattamento superano ampiamente i potenziali rischi.

NEOMAMME A RISCHIO DEPRESSIONE

Un altro Rapporto "Indicazioni per la gestione dell'ansia e della depressione perinatale nell'emergenza e post emergenza Covid-19", a cura del Gruppo di lavoro Iss su Salute mentale ed emergenza pandemica, prende in esame il periodo perinatale che va dal concepimento ai 18 mesi di vita del bambino, e che per le donne rappresenta un periodo particolarmente delicato e vulnerabile

le in cui possono emergere e consolidarsi difficoltà psicologiche e disturbi mentali, a causa del sottile intreccio tra aspettative, risorse disponibili e realtà della maternità.

Secondo l'Oms, infatti, il 10% delle donne in gravidanza e il 13% di quelle che hanno appena partorito - valori che raggiungono rispettivamente il 16% e il 20% nei Paesi in via di sviluppo - soffrono di un disturbo mentale, in primis la depressione. In Italia, i pochi studi disponibili mostrano una grande variabilità con percentuali che vanno da 1,6% a 26,6% per la depressione e da 6,4% a 20,5% per l'ansia. Non c'è dubbio che gli effetti delle politiche di lockdown possano peggiorare un tale contesto di fragilità.

Il Rapporto descrive un programma di intervento per intercettare il disagio psicologico delle donne in gravidanza e nel periodo post parto, già attivo prima dell'emergenza Covid-19 in diversi Servizi e Reparti ospedalieri di alcune regioni italiane. Il programma si basa sul coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari del settore materno-infantile (l'ostetrica, l'infermiere, lo psicologo, lo psichiatra, il ginecologo, il pediatra, il medico di base) e prevede uno screening iniziale con la raccolta dei dati socio anagrafici e la somministrazione di agili questionari, sia prima che dopo il parto.

Alle donne che risultino a maggior rischio di ansia e depressione viene proposto un percorso di sostegno psicologico e un follow up presso i consultori famigliari, i Reparti ospedalieri o i servizi territoriali dei Dipartimenti di salute mentale.

Il Rapporto illustra quindi le modifiche apportate al programma di screening e intervento in alcuni Servizi durante il lockdown e le misure di distanziamento sociale; l'adattamento da remoto del programma consente di continuare a fornire alle donne un sostegno psicologico appropriato, tempestivo e efficace anche in situazioni emergenziali.

(I documenti sono consultabili sul sito dell'Iss)



Rischio suicidio in gravidanza e nel primo anno dopo il parto

Dai ricercatori dell'Iss arriva anche un focus su un fenomeno che seppur limitato nei numeri (riguarda 2,3 donne per 100mila nati vivi) merita attenzione. A partire dalle possibili cause scatenanti che vanno da una gravidanza indesiderata o in età troppo giovane fino alla circostanza di essere state vittime di abusi o violenze

IL SUICIDIO IN GRAVIDANZA e nel primo anno dopo il parto è un evento raro, tuttavia, in Italia riguarda 2,3 donne per 100mila nati vivi; un tasso più elevato di quello relativo, ad esempio, all'emorragia ostetrica (1,92 donne per 100mila nati vivi). Il periodo più a rischio è quello compreso tra l'ultimo trimestre di gravidanza e i primi mesi dopo il parto. È un fenomeno complesso e multifattoriale influenzato da fattori genetici, psicologici, sociali e culturali. Tra questi:

- gravidanza non desiderata o un precedente aborto, soprattutto tra le giovani e giovanissime, e il decesso di un figlio
- gravidanza in età molto giovane
- aver avuto complicazioni ostetriche e neonatali
- disturbo psichiatrico già presente o insorto dopo la gravidanza (in particolare disturbo depressivo, disturbo bipolare e psicosi puerperale) ma anche il consumo di alcol, tabacco e di sostanze stupefacenti



Iss: "In Italia fenomeno raro, ma comunque preoccupante"



- avere attuato un precedente tentativo di suicidio
- aver avuto un suicidio in famiglia
- separazione della donna dal suo bambino/a
- mancanza di una rete sociale di supporto
- aver subito abusi nell'infanzia
- aver subito e/o subire violenza da parte del partner
- perdita del lavoro.

Le donne che si tolgono la vita (o tentano di farlo) nel periodo della gravidanza, del post partum e del puerperio utilizzano più frequentemente metodi "violenti" più letali rispetto alla popolazione femminile generale, indice questo di un'elevata intenzionalità del gesto.

Numerosi studi condotti in alcuni Paesi meno industrializzati riportano un maggior rischio di suicidio nel periodo della gravidanza e del post partum tra le donne non sposate e con bassa scolarità. Questi risultati possono far ipotizzare, anche nei Paesi più industrializzati, un rischio maggiore tra le donne appartenenti ad alcuni gruppi etnici e ceti sociali più svantaggiati.

Indagare il rischio di suicidio è fondamentale per poter intervenire in modo tempestivo sulla tutela della salute materno-infantile. Le aree da studiare sono principalmente quelle legate all'ideazione suicidaria:

- presenza di pensieri suicidi (quanto frequenti e persistenti?)
- pensieri di morte persistenti e sentimenti di disperazione
- livello di impulsività
- presenza di un "piano" (quanto realistico? il metodo indicato è letale? ci sono le condizioni perché possa realizzarsi?)
- accesso e/o disponibilità di sostanze e mezzi (sostanze chimiche o farmaci; armi da fuoco ecc.)
- presenza di un disturbo psichiatrico (tra cui disturbo depressivo e disturbo post traumatico da stress)
- familiarità per suicidio

- avere un parente/familiare che soffre di disturbo psichiatrico
- storia di abuso di sostanze
- disturbi del sonno
- lutto recente e eventi di vita avversi
- pensieri di fare del male al bambino
- isolamento sociale
- violenza domestica e precedenti abusi sessuali.

IL RUOLO DELLA VIOLENZA DOMESTICA

La violenza domestica durante la gravidanza è un problema di salute pubblica rilevante, ancora troppo sottovalutato e occultato, che incide sulla salute fisica e psicologica della donna, del feto e del neonato.

Difficilmente si pensa a un legame tra due termini - violenza e gravidanza - comunemente considerati molto distanti tra loro. È infatti diffuso lo stereotipo secondo cui la gravidanza ha una funzione protettiva rispetto alla violenza. Tuttavia i dati smentiscono tale realtà.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che nel mondo 1 donna su 4 sia stata vittima di una forma di violenza in gravidanza. Per quanto riguarda l'Italia, l'Istat evidenzia che circa il 10% delle donne ha subito violenze dal partner anche durante la gravidanza e, per il 70% di queste, l'intensità della violenza è aumentata (11%) o, comunque non è diminuita (58%). Il 6% delle donne riporta l'inizio della violenza proprio nel periodo della gravidanza.

Si tratta di dati probabilmente sottostimati soprattutto a causa della ritrosia delle donne nel denunciare la violenza subita dal partner. Inoltre, diversi studi evidenziano come anche episodi di violenza e abuso sessuale subiti in passato, non sufficientemente e psicologicamente trattati, si riattualizzino in gravidanza o durante il parto.

LO STATO MENTALE DELLA DONNA

Nel valutare il rischio suicidario è importante considerare lo stato mentale della donna e i suoi sentimenti: disperazione, rabbia, senso di colpa, vergogna, agitazione e impulsività.

Si passa infatti da un basso livello di rischio, quando i pensieri di farsi del male o di suicidio sono transitori, a un rischio medio quando i pensieri di morte e intenzionalità non sono accompagnati da un piano, sino ad arrivare a un rischio elevato, caratterizzato dalla presenza di continui e specifici pensieri suicidari, intenzionalità, pianificazione e scelta del mezzo lesivo. Bisogna inoltre considerare che la presenza contemporanea di più fattori aumenta il livello complessivo di rischio.

Dal punto di vista psicologico le donne a maggior rischio sono quelle con una ridotta capacità di problem solving e una ridotta capacità di adattamento, che mostrano un approccio passivo nell'affrontare i cambiamenti e che hanno una minore capacità di gestione dello stress.

In un recente studio italiano è emerso che uno dei fattori più importanti nello sviluppo di sintomi di depressione perinatale è il non poter contare su amici e famiglia per un supporto psicologico. Al contrario, la presenza di una rete sociale di supporto risulta invece essere anche in questa fase particolare della vita un fattore protettivo.

Poter contare sulla famiglia e sugli amici per un aiuto pratico o per un supporto psicologico, essere soddisfatti della propria relazione sentimentale, poter contare sul compagno quando ci si sente preoccupate o nervose e per un aiuto pratico sono tutti aspetti protettivi.

CORDONE OMBELICALE

Sangue cordonale. Il Report del Cns e del Cnt

Continua il calo nella raccolta, toccato il minimo storico

A pesare la diminuzione delle nascite e le nuove regole adottate nel 2015 per garantire una maggiore qualità delle terapie. Giù anche le unità bancate. Stabile il numero delle unità di sangue da cordone ombelicale per il trapianto di cellule staminali emopoietiche. La donazione solidaristica del cordone è fondata su robuste basi scientifiche e possibile donare il cordone solo in caso di parto a termine e in assenza di complicazioni



CONTINUA IL CALO DELLE UNITÀ di sangue da cordone ombelicale raccolte negli ospedali italiani mentre resta stabile il numero di quelle rilasciate per il trapianto di cellule staminali emopoietiche. È quanto emerge dal rapporto pubblicato dal Centro Nazionale Sangue e dal Centro Nazionale Trapianti: nel 2019 le unità raccolte sono scese sotto la soglia delle 10mila unità (9.676), toccando il punto più basso dal 2007, quando il dato si era fermato a quota 9.794. Di conseguenza calano anche le unità bancate (546 contro 668 dell'anno precedente), mentre quelle rilasciate per trapianto sono state 38, come nel 2018.

Sul trend, in calo dal 2012, pesa il costante calo

delle nascite (quasi il 20%). A incidere sono anche le regole che la rete nazionale ha adottato nel 2015 per garantire una maggiore qualità delle terapie, ovvero vengono considerate idonee all'uso solo le unità che contengano un numero più alto di cellule rispetto al passato.

In Italia sono 270 i punti nascita attivi per la raccolta del sangue cordonale, sostanzialmente stabili rispetto ai 274 dell'anno precedente. In totale il Registro Italiano Donatori di midollo osseo (Ibmdr), sportello unico per la ricerca di cellule staminali emopoietiche (Cse) da donatore non familiare, collegato agli omologhi nel resto del mondo per il coordinamento del rilascio delle Cse per trapianto, conta al 31 dicembre 2019 37.528 unità di sangue cordonale italiane, estesamente tipizzate e disponibili per l'uso terapeutico.

Dall'inizio dell'attività della Rete italiana delle banche di sangue cordonale (Itcbs), sono state 1.550 le unità rilasciate per trapianto da donatore non familiare e 190 quelle dedicate rilasciate per il trapianto da donatore familiare. Sui circa 300mila parti effettuati nei 270 centri di raccolta afferenti alle Banche di sangue da cordone om-

belicale, pari al 64,3% dei parti totali in Italia, le unità di sangue cordonale sono state raccolte solo nel 3,5% dei casi.

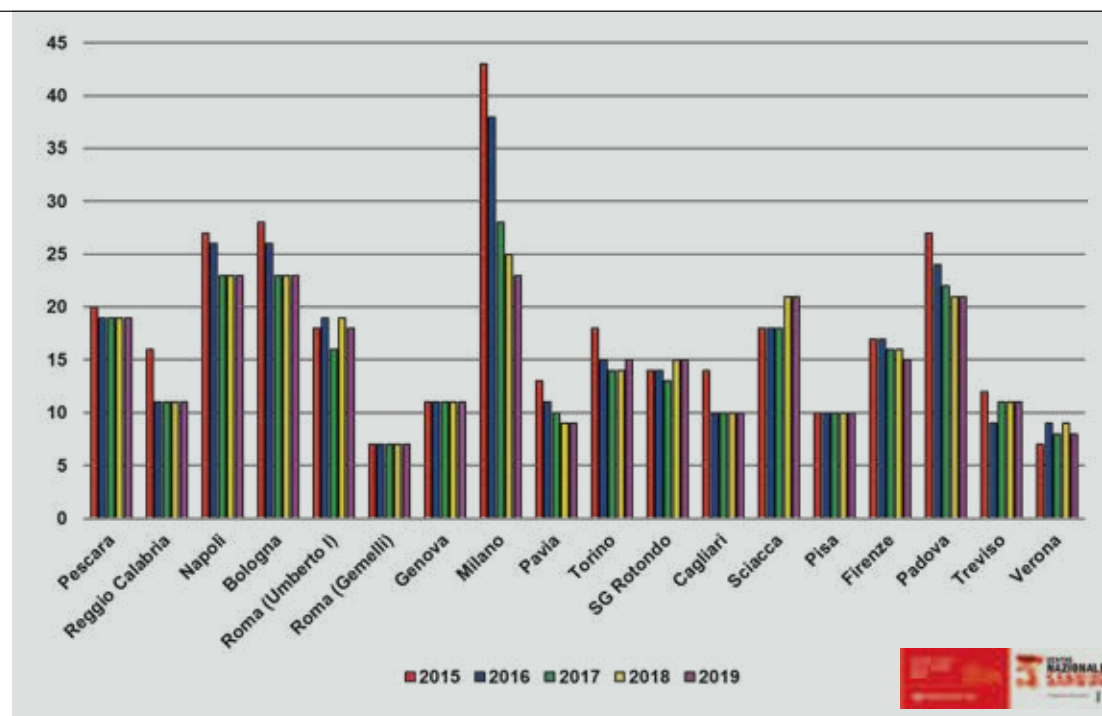
“Le regole sulla conservazione (bancaggio) del sangue da cordone ombelicale – hanno spiegato Giancarlo Liumbruno, Direttore generale, e Simonetta Pupella, responsabile dell'area medica del Cns – si sono rese necessarie per rispondere alle esigenze cliniche dei trapiantologi e offrire ai pazienti un prodotto terapeutico più efficace. Il ridotto numero di unità rilasciate, anche questo in calo negli ultimi anni, si è determinato per l'utilizzo, sempre più frequente, del cosiddetto donatore aploidentico, ovvero parzialmente compatibile, di solito un genitore, reso possibile grazie all'utilizzo di farmaci che riducono il rischio di rigetto”. Le staminali da cordone non hanno però perso il loro valore: “Rimangono molto importanti, come risorsa aggiuntiva per pazienti con malattia avanzata quando altri trapianti non hanno funzionato, e come risorsa alternativa in chi non ha il donatore compatibile in famiglia o in registro” ha affermato Nicoletta Sacchi Direttore del registro Ibmdr, precisando che 33 delle 38 unità cordonali italiane nel 2019 sono state rilasciate per Centri trapianti esteri, dimostrando la persistenza dell'interesse per questa sorgente di Cse soprattutto a livello internazionale. “Ci sono poi – ha aggiunto – una serie di ricerche molto promettenti sull'utilità di emocomponenti alternativi ricavati dal sangue cordonale, ad esempio i globuli rossi che possono essere usati per le trasfusioni nei neonati”. “La donazione solidaristica del cordone è fondata su robuste basi scientifiche – sottolineano Massimo Cardillo, Direttore generale, e Letizia Lombardini, responsabile dell'area medica del Cnt – così come la cosiddetta conservazione ad uso dedicato (nel caso in cui il neonato abbia una patologia in atto al momento della nascita curabile con cellule staminali o se ad essere ammalato è un fratello o una sorella, o infine se c'è il rischio da parte della coppia di avere figli affetti da alcuni tipi di malattie genetiche). Per questo è importante informare le famiglie di questa opportunità, gratuita e compresa nei livelli essenziali di assistenza, al contrario della conservazione a uso autologo presso banche private all'estero, che è onerosa e ad oggi non suffragata da alcuna evidenza scientifica”.



È possibile donare il cordone solo in caso di parto a termine e in assenza di complicazioni. La procedura non interferisce con le procedure del parto e non ha nessun effetto sulla salute del bambino, come dimostra anche il fatto che dal 1993, anno in cui si è iniziata la raccolta del sangue cordonale, nessuna reazione avversa è stata segnalata a carico dei neonati “donatori”

FIGURA 4
Centri di Raccolta attivi suddivisi per ciascuna banca
2015-2019

Anno	N. totale
2015	313
2016	285
2017	270
2018	274
2019	270

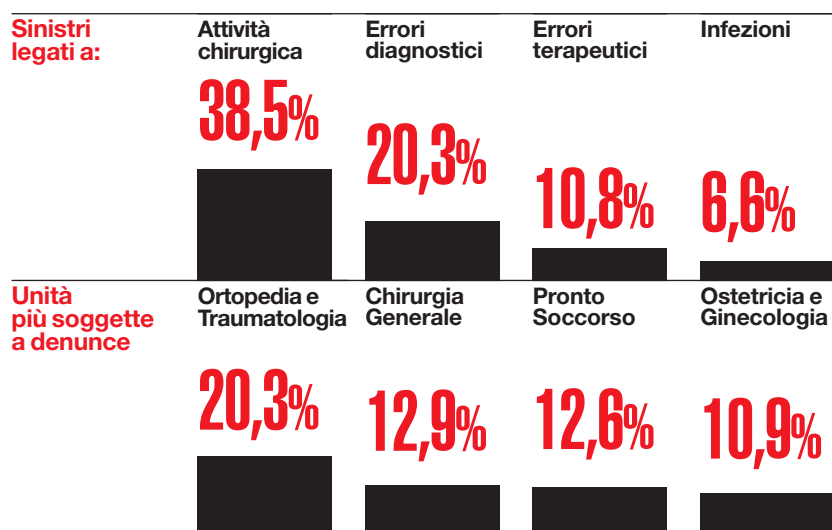


11° RAPPORTO MEDMAL DI MARSH

Errori sanitari

Circa 1 sinistro per struttura ogni 10 giorni

Importo medio liquidato di 81.500 euro



“SONO IN MEDIA 35 per struttura pubblica, vale a dire circa uno ogni 10 giorni, i sinistri da medical malpractice registrati in un anno”. È quanto emerge dai primi dati relativi al nuovo report Med-Mal realizzato da Marsh Italia, gruppo globale nell'intermediazione assicurativa e nella consulenza sui rischi. Il Report, arrivato alla sua undicesima edizione, ha analizzato circa 13.500 sinistri con anno di denuncia dal 2004 al 2018, relativi a 66 strutture pubbliche (presidi di primo livello, aziende ospedaliere polispecialistiche e universitarie e ospedali specializzati) distribuite sul territorio nazionale. Sotto la lente di questa edizione anche i sinistri di 23 case di cura specialistiche e polispecialistiche private, e, novità di quest'anno, anche 61 Rsa.

SANITÀ PUBBLICA

Costi e tempi di denuncia. In termini di importo liquidato medio, il Report evidenzia un totale di circa 81.500 euro per sinistro. Tale valore risulta superiore ai 78mila euro registrati lo scorso anno, principalmente a causa del campione selezionato che quest'anno si focalizza sui danni ai pazienti, tipicamente caratterizzati da un importo maggiore rispetto a quelli relativi a terzi e visitatori.

Per quanto riguarda i tempi di denuncia, emerge una certa variabilità a seconda del sinistro considerato. In particolare, le infezioni risultano essere la tipologia con i tempi più dilatati, con il 15,3% di denunce entro i 6 mesi che solo dopo 4 anni superano il 70%, mentre una quota residuale dell'11% persiste anche a distanza di oltre 10 anni dell'evento. Più rapidi sono invece i tempi relativi agli errori chirurgici, il cui 36,5% viene denunciato entro il primo anno, per poi avvicinarsi al 90% entro i 5 anni. Gli errori diagnostici, terapeutici e soprattutto quelli collegati a procedure invasive risultano essere infine i sinistri caratterizzati dalla velocità di denuncia più elevata: negli eventi collegati a procedure invasive si raggiunge il 76% in due anni.

TIPOLOGIA DI SINISTRI E SPECIALITÀ PIÙ COLPITE
Per quanto riguarda la suddivisione dei sinistri,

circa tre quarti degli eventi considerati sono rappresentati da: sinistri legati all'attività chirurgica (38,5%), errori diagnostici (20,3%), errori terapeutici (10,8%) e infezioni (6,6%).

Gli eventi collegati al parto, ai quali è stato dedicato quest'anno un approfondimento specifico, si confermano invece tra i più rilevanti in termini economici: nonostante rappresentino solo il 3,4% dei sinistri, essi pesano sul costo totale per il 14,6%, con un valore del liquidato medio pari a 501.000 euro (oltre 6 volte la media). Un dato che si riflette anche nell'analisi dei top claims (i sinistri con un costo uguale o superiore ai 500mila euro), in cui gli errori da parto occupano la prima posizione con il 25,7%, seguiti dagli errori chirurgici (21,7%) e diagnostici (21,4%).

LE UNITÀ OPERATIVE SOGGETTE A DENUNCIA. Analizzando i riscontri provenienti dalle unità operative, emerge come le unità più soggette a denunce siano Ortopedia e Traumatologia (20,3%), Chirurgia Generale (12,9%) e Pronto Soccorso (12,6%), seguite da Ostetricia e Ginecologia (10,9%): queste quattro unità rappresentano insieme poco più della metà del campione.

INFEZIONI OSPEDALIERE. È stata riservata una sezione ad hoc a questo fenomeno frequente ed economicamente rilevante non solo per quanto riguarda il numero di sinistri, ma anche e soprattutto in relazione ai costi legati all'allungamento dei ricoveri e alle cure necessarie in seguito al loro presentarsi (con un liquidato medio di 101.500 euro, ben oltre la media di riferimento). Le specialità coinvolte appartengono nel 62% dei casi all'area chirurgica, con una diretta predominanza dei sinistri direttamente collegati agli interventi chirurgici, letali per il paziente in un caso su 5.

INDICATORI DI RISCHIO

Il report fornisce infine un'indicazione del tasso di rischio, in sostanziale continuità rispetto alla scorsa edizione ma con un aumento dei costi rapportati all'organico aziendale: 6,9 sinistri ogni 100 medici, 2,8 ogni 100 infermieri e 1,1 ogni 1000 ricoveri, per valori assicurativi che si attestano sui 6.700 euro per medico, 2.790 euro per infermiere e 107 euro per ricovero.

Congresso 2020

13-16 dicembre | on line edition

Carissime/i,
data l'emergenza Covid e per mantenere una continuità congressuale si è deciso di organizzare comunque il Congresso 2020 in modalità virtuale.

il prossimo Congresso Nazionale SIGO-AOGOI-AGUI-AGITE si svolgerà pertanto, come previsto, dal 13 al 16 Dicembre.

Sarà il primo Congresso di una nuova era, totalmente in remoto e rappresenterà per tutti noi una ulteriore sfida in questo complesso 2020.

Le vicende attuali - lo tsunami coronavirus- hanno modificato e probabilmente modificheranno profondamente il nostro comportamento sociale e conseguentemente il nostro modo di essere medici. Ci imporrà di riformulare atteggiamenti, percorsi clinici, modalità di counselling e dovremo confrontarci con il resto del mondo, perché la sfida è globale e deve necessariamente tenere conto di ciò. L'impatto del coronavirus sarà notevole non solo sulle tematiche ostetriche e su tutta la medicina della riproduzione, ma anche sulla contraccezione e prevenzione delle MST nonché sulla gestione delle problematiche oncologiche.

Il Congresso SIGO 2020 sarà pertanto la prima e più importante occasione per parlare di tutto ciò, per confrontarci con il resto del mondo, e sarà l'occasione per manifestare alle Istituzioni ma soprattutto alle donne, la volontà della componente ginecologica di modulare i propri atteggiamenti aderendo ai loro bisogni, in continua e rapida evoluzione.

I Presidenti

Prof. Antonio Chiantera, Dr.ssa Elsa Viora,
Prof. Nicola Colacurci, Dr. Sandro Viglino

SIGO 2020

13-16 dicembre | online edition

La ginecologia in Italia e nel mondo nell'era post Covid



Presidenti

Antonio Chiantera
Elsa Viora
Nicola Colacurci
Sandro Viglino



95° Congresso Nazionale



60° Congresso Nazionale



27° Congresso Nazionale



3° Congresso Nazionale



Bartolomeo l'Inglese (XIII secolo) enuncia l'opinione comune secondo la quale l'anima vada ad abitare il corpo del concepito, sia femmina che maschio, al 46° giorno (cifra che ha le sue spiegazioni nel simbolismo religioso dei numeri: 46 anni è l'edificazione del Tempio di Gerusalemme, eccetera). Perché abbia vita quindi il feto deve avere animo e forma umana

MORTE ENDOUTERINA

La morte inaspettata del feto è un'esperienza drammatica, non solo per i genitori ma anche per i professionisti. Specie se si verifica nelle ultime settimane di gestazione quando tutto è pronto ad accogliere la nuova vita. Ne consegue un senso di impotenza, anche per le insufficienti conoscenze delle condizioni associate a questo evento avverso.

L'approccio difensivo che ne deriva limita l'indagine di eventuali carenze sul piano assistenziale ed organizzativo, contribuendo così ad impoverire lo scambio informativo e la relazione tra professionisti sanitari e la famiglia ma anche tra gli stessi operatori sanitari coinvolti.

Una perdita incolmabile. Quando le parole non bastano

SECONDO L'OMS si definisce nato morto il prodotto del concepimento completamente espulso o estratto dalla madre, che non mostri alcuna evidenza di vitalità quale il respiro spontaneo o, dopo stimolazioni, pulsazioni cardiache o del cordone ombelicale, o quando l'autopsia non evidenzia nei polmoni.

In Italia dai dati CeDAP vi è un tasso di natimortalità di 2,78 nati morti ogni mille nati e di circa 3,3 su mille secondo i dati Istat, mentre il tasso raggiunge il 28-32 ‰ nei Paesi in via di sviluppo dell'Asia del Sud e dell'Africa Sub-Sahariana. **Nessuno può scegliere dove nascere.**

Il limite temporale gestazionale entro cui si distingue la "morte endouterina fetale" (morte endouterina spontanea di un soggetto che ha raggiunto sviluppo anatomico-funzionale compatibile con vita extrauterina autonoma) dall' "aborto" (morte endouterina spontanea di un soggetto con sviluppo anatomico-funzionale non compatibile con vita extrauterina autonoma) non è univoco.

Vi sono varie definizioni utilizzate a livello internazionale ed anche nazionale:

- per l'OMS il limite è rappresentato dal peso fetale uguale o superiore a 500 grammi, indipendentemente dall'età gestazionale;
- l'International Stillbirth Alliance utilizza invece il cut-off della vitalità neonatale a partire da

22 settimane compiute di età gestazionale (22 settimane e 0 giorni, ovvero 154 giorni) oppure il peso neonatale superiore a 500 grammi quando l'età gestazionale è sconosciuta;

- secondo la classificazione utilizzata in ambito internazionale europeo (European Perinatal Health Report 2013) si considera il cut-off di 22 settimane ed è la stessa che viene considerata per la compilazione dei CeDAP;

- per la legge italiana oltre 180 giorni (25 settimane + 5 giorni)

- dopo il raggiungimento della possibilità di vita autonoma (*viability*) che ovviamente varia in modo importante a seconda del contesto sociale-sanitario a cui si fa riferimento. In un documento Italiano (Carta di Firenze) questa viene posta a 22 settimane + 6 giorni di età gestazionale; altri la pongono a 24 settimane; in altri documenti a 28 settimane (196° giorno).

Nonostante queste differenti definizioni utilizzate a livello nazionale ed internazionale, è fondamentale differenziare gli aborti (entro 22-23 settimane compiute) dalle morti intrauterine: le perdite molto precoci del prodotto del concepimento derivano nella stragrande maggioranza da anomalie intrinseche del feto (cromosomiche o geniche), i feti possono morire delle stesse cause in differenti epoche gestazionali, sebbene con differente frequenza. Le medesime cause sono an-



MAURIZIO SILVESTRI
Dirigente medico
Consultorio familiare
Spoleto e Tesoriere Aogoi

MORTE ENDOUTERINA

che alla base della mortalità neonatale, soprattutto quando interviene nei primi 7 giorni di vita (mortalità neonatale precoce). Per questo si preferisce parlare di mortalità perinatale, che dal punto di vista cronologico è data dalla somma della mortalità fetale endouterina con quella che avviene nel neonato entro i primi 7 giorni di vita. In Europa il 90% delle morti fetali avviene nel periodo che precede l'inizio del travaglio di parto: il rischio è maggiore nei parti pretermine, si riduce progressivamente sino a 37 settimane per poi innalzarsi con l'avanzare della gravidanza.

I principali fattori di rischio che possono influire negativamente il decorso della gravidanza, fino alla morte inaspettata del feto, sono riconducibili a varie condizioni, fra cui: basso stato socio-economico, fumo di sigaretta, assunzione di alcool, eccessivo aumento ponderale, gravidanza protratta, etnia afro-americana, MEF pregresse, ritardo di crescita intrauterino, gravidanza multipla, età materna inferiore a 15 anni oppure superiore a 35 anni, traumi in gravidanza, violenza domestica.

Le cause, che spesso rimangono inspiegate anche dopo le possibili procedure diagnostiche, possono essere riconducibili principalmente a patologie di origine: 1) fetale; 2) placentare; 3) materne 4) sconosciute.

Sono disponibili linee guida internazionali pubblicate recentemente, nel 2018 (Queensland clinical guidelines) e nel 2020 (Società canadese di Ostetricia e Ginecologia - SOGC)

La Fondazione Ragonese Confalonieri, diretta da Antonio Ragusa, sta redigendo, su indicazione delle Società scientifiche SIGO-AOGOI-AGUI-Agite, delle raccomandazioni che possano essere di aiuto a tutti noi: a Fabio Facchinetti è stato dato il compito di coordinare il gruppo di lavoro.

Molto interessante l'ipotesi di gruppi di ricerca secondo quali le mutazioni geniche che possono

produrre "morte cardiaca improvvisa" nel lattante e nell'adolescente possano manifestarsi funzionalmente già in epoca prenatale determinando così la morte inaspettata del feto.

Dopo la conferma ecografica della morte intrauterina deve essere programmato il parto che di solito avviene per via vaginale. In presenza di patologie materne (sepsi, preeclampsia, emorragia) questo va espletato il prima possibile mentre, se le membrane amniocoriali sono integre ed in assenza di segni clinici e di laboratorio di CID, è ammesso un approccio più flessibile in base ai protocolli interni del punto nascita e/o alle richieste della donna. Si consideri che l'attesa aumenta il rischio di sviluppare anomalie della coagulazione.

Sarebbe utile che i punti nascita si dotino di un protocollo sugli accertamenti da eseguire in caso di morte inaspettata del feto che dovrebbe prevedere controlli sulla gestante prima dell'espletamento del parto, sul neonato, sul sangue del cordone ombelicale e sulla placenta.

Dopo il parto è necessario inibire la lattazione alla puerpera e proporre un follow up dopo 6-8 settimane per la valutazione degli esami effettuati durante il ricovero e dell'esito dell'autopsia. Questa visita è anche l'occasione per informare e discutere i risultati degli accertamenti, valutare eventuali indagini da eseguire e/o modifiche degli stili di vita e di ritardare il concepimento se ancora non è stato compresa la causa e soprattutto se la donna non si sente psicologicamente pronta ad affrontare una nuova gravidanza.

È importante comunicare alla donna/coppia tutti gli elementi che sono stati ricercati ma anche che, pur facendo tutto il possibile, purtroppo in circa metà dei casi non si riesce ad identificare la causa della morte.

La morte inaspettata del feto è un problema spesso taciuto ma con un impatto emotivo enorme sulla donna e sulla coppia che a volte persiste anche dopo una successiva nascita di un bambino sano. È indispensabile fornire alla coppia un adeguato supporto psicologico che li aiuti nell'elaborazione del lutto. Medesimo supporto dovrebbe essere offerto anche agli operatori sanitari che si sono presi cura di queste gravidanze.

Uno studio multicentrico su oltre 6mila primigravide

Nel 2018 è stato pubblicato sul *New England Journal of Medicine* lo studio ARRIVE (A Randomized Trial of Induction Versus Expectant Management) che conclude "l'induzione sistematica del travaglio di parto alla 39 settimana riduce l'incidenza della morte in utero oltre che il ricorso al taglio cesareo". Questo studio multicentrico, che ha interessato diversi ospedali degli Stati Uniti, ha arruolato oltre 6mila primigravide a basso rischio ostetrico randomizzate in due gruppi di oltre 3mila donne ciascuno. Ad un gruppo veniva indotto il travaglio a 39 settimane mentre nell'altro gruppo si attendeva l'inizio fisiologico delle contrazioni.

Dalle conclusioni si desume che per prevenire una morte perinatale occorrerebbero circa 3mila induzioni del travaglio di parto alla 39 settimana, mentre sono richieste circa 28 induzioni per prevenire 1 taglio cesareo.

L'induzione sistematica del travaglio di parto alla 39 settimana richiede un intervento di grande portata a fronte di un piccolo beneficio sulla prevenzione delle morti fetali. Inoltre, numerosi autori hanno posto il problema sulle implicazioni non del tutto conosciute per il futuro del neonato, nel caso s'interrompa la gravidanza quando la placenta, ancora funzionante, potrebbe apportare sostanze favorevoli al successivo benessere neonatale.





GIOVANNA BESTETTI
Psicopedagogista e
counsellor



MICHELA CASTAGNERI
Ostetrica e counsellor

La morte endouterina

ASSISTERE QUANDO NON CI SONO LE PAROLE

Un evento indicibile

Nella nostra lingua ed in molte altre non è prevista una parola che indichi il genitore che perde un figlio. La morte all'inizio della vita è *indicibile*, ma il figlio/a, anche se morto, è figlio/a e il genitore è genitore. Scrivono R. Papa e R. Arsieri: *"Il confrontarsi con eventi tanto forti come la vita e la morte pone gli operatori in una dimensione psicologica di grande inquietudine e fragilità, in cui entrano in gioco non solo la competenza professionale, ma anche e soprattutto la totalità dell'essere umano intesa come fede, etica e morale ed in più tutto quel carico intimo e profondo che è il frutto del cammino di ciascuno di noi nella vita"* e mai come nelle situazioni di morte in gravidanza tutto ciò si palesa con forza. La morte endouterina sia in donne con fattori di rischio, che in donne con gravidanza fisiologica sono scenari che, seppur con differenze rilevanti (aspetti clinici, inevitabilità/responsabilità, ricadute medico-legali), richiedono continui approfondimenti sia sugli aspetti clinici che comunicativi e relazionali.² Le modalità di comunicazione e assistenza durante l'evento e nei mesi successivi possono ridurre o amplificare l'incidenza e l'intensità di ricadute psicosociali negative, sui genitori e sugli stessi professionisti³. Le descriveremo commentando i passaggi emblematici del percorso, dalla diagnosi di MEF alla dimissione, narrati attraverso parole di donne, ostetriche e medici, spesso trattenute, temute, difficili da ascoltare.⁴

¹ Papa R. Arsieri R. *Stringo i denti e diranno che rido. La donna e l'accidentato percorso-nascita*, Guida, 2008

² Ravaldi C., Vannucci A. *Assistere la morte perinatale: Il ruolo del personale ospedaliero nel sostegno ai genitori e ai familiari in lutto*, 2018, Officina Grafica

³ Burden et al. *From grief, guilt pain and stigma to hope and pride – a systematic review and metaanalysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth*. BMC Pregnancy and Childbirth (2016) DOI 10.1186/s12884-016-0800-8; Kelley, Trinidad *Silent loss and the clinical encounter: Parents' and physicians' experiences of stillbirth—a qualitative analysis* BMC Pregnancy and Childbirth 2012, 12:137 <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/137>; Heazell et al. *Stillbirths: economic and psychosocial consequences* (2016) www.thelancet.com, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00836-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00836-3)





Il sospetto e la diagnosi

“Arrivò un mattino, non sentiva più muovere il bambino. Cercai più volte il punto dove quel suono di galoppo sarebbe stato raccolto ed avrebbe inondato la stanza, ma solo il silenzio fu assordante. Il battito non si trovava, nessun movimento del bambino. Lei cercò gli sguardi, ognuno di noi sfuggì a modo suo... Una MEF non puoi non distinguerla. C'è un silenzio di tomba, un silenzio assoluto. Il tuo sforzo è di non trasmettere ansia, ma non l'accetti neanche tu in quel momento. Ti sdoppi, te le racconti tutte. La morte in attesa è sempre inattesa. La prima reazione è di scappare. Poi stai lì con la donna mentre il medico la visita, le tieni la mano. Conosci perfettamente i gesti, la sonda dell'ecografo con cui ti illudi di vedere quello che non senti più e attendi la faticosa frase ‘Signora, non c'è più battito’”.

“Ti chiama l'ostetrica e ti chiede con quel tono che dice già tutto ‘Per favore, vieni a controllare un battito’. Entri in ambulatorio, vedi la donna, il marito ... Lo sai benissimo che è poco probabile che un battito non rilevato col sonicaid tu lo possa vedere. Ripassi la sonda, rimetti il gel, ma è solo prender tempo per trovare il coraggio di dirlo, sostenere le loro reazioni, ‘non è possibile!’, ‘perché sino a ieri?’”

Alla donna, ai genitori viene detto *“il battito non c'è più, la gravidanza si è interrotta, il feto è morto, il neonato/a è morto/a.”* Tra professionisti usiamo MEF, Exitus, parole che riflettono i ruoli, le distanze emotive con cui cerchiamo di tutelarci. Ma la madre e il padre dicono: *“il mio bambino/a è morto/a, il mio bambino/a non c'è più”*, indipendentemente dall'epoca gestazionale.

In queste circostanze una comunicazione sensibile, pensata e strutturata, non può essere affidata al caso, deve essere oggetto sistematico di formazione e aggiornamento sul “che dire” e “come dire”.



Reazioni alla diagnosi e difficoltà di comunicazione

“Avevo intuito subito che qualcosa non andava... dall'espressione dei loro volti improvvisamente cambiata, dagli sguardi tra di loro, dal silenzio pesante che si era creato”

“Dopo 30 anni di professione non le conto più le volte che ho dovuto comunicare una morte endouterina, in ambulatorio eco, in gravidanza a termine, in PS. L'ho insegnato tante volte anche ai giovani cosa dire, come dire ma è sempre difficile e non nascondo che ogni tanto divento meccanica, corretta e appena posso vado”

“Lei sembrò inchiodata, congelata, seguì come un automa le indicazioni per scendere dal lettino.”

Mutismo, shock e congelamento delle emozioni richiedono un tempo di silenzio e di presenza, difficile da sostenere, soprattutto quando la donna stessa evita il contatto di sguardo, sembra assente e persa.

Incredulità, difficoltà a comprendere, negazione sono altre possibili reazioni, che possono seguire al congelamento o precederlo. Questa tipologia di reazioni può indurre il professionista, preoccupato o infastidito per il “non volersi rendere conto”, ad utilizzare un linguaggio o soprattutto un tono che alcuni genitori ricordano poi come *“brutale”*.

“Si guardavano, non mi guardavano. Continuavo a chiedere ‘c'è qualcosa che non va? Ho iniziato a gridare’ ‘Lui si mise a urlare, a inveire... Non è possibile!’”

Rabbia e talvolta **atteggiamenti ostili** sono tra le possibili reazioni, forse tra le più difficili da sostenere perché evocano nei professionisti la possibilità che ci sia stata una negligenza, una colpa. Mantenere un tono di comprensione empatica, rimandando a momenti successivi l'individuazione delle possibili cause: *“Mi rendo conto che lei sia molto arrabbiato/disperato ... anche per noi è importante cercare di capire come mai questa gravidanza si è interrotta/cosa è successo, ma potremo raccogliere elementi soprattutto dopo il parto. Ora è necessario che (nome del bambino/a) possa nascere”*, facilita la comunicazione, mentre i giudizi negativi *“Non serve a niente fare così. Non aiuta sua moglie”* la ostacolano.

“In quei momenti ho sempre la sensazione che si svolga tutto troppo in fretta, che i tempi richiesti dalle nostre procedure siano troppo veloci e incalzanti. Loro hanno bisogno di tempo per rendersi conto”.

Alla comunicazione della diagnosi è importante far seguire un momento in cui la donna possa restare in compagnia del partner o di una persona per lei significativa, in un contesto protetto da via vai e interferenze, per il tempo a loro necessario.

MORTE ENDOUTERINA



La struttura dell'interazione comunicativa: i tre passi



Accogliere, informare, accompagnare sono tre movimenti indispensabili del prendersi cura

“Li accompagnai in stanza. Sapevo benissimo l'iter, le procedure, quando più o meno poteva partire l'induzione, in base all'orario e all'affollamento della sala parto. Loro invece non sapevano nulla di quello che sarebbe successo da quel momento in poi. Ora era il tempo di accogliere, poi informare e poi accompagnare la nascita”.

Accogliere, informare, accompagnare sono tre movimenti indispensabili del prendersi cura.

La sequenza dei “tre passi”⁵ è una struttura interattiva che può essere messa in atto da tutti i professionisti che si avvicinano nei diversi momenti, trasmettendo un senso di continuità e coerenza nella presa in carico.

1. ACCOGLIENZA (ASCOLTO E CONFERMA) PERMETTE:

- ai genitori di sentirsi accolti come persone e non come “caso”
- ai professionisti di instaurare una relazione di fiducia e calibrare le modalità e i contenuti dell'informazione

ASCOLTARE SIGNIFICA PORRE ATTENZIONE

- a ciò che le persone dicono ed esprimono, anche quando non è possibile/è difficile rispondere
- al contesto (luogo aperto/chiuso, protetto) e quando il luogo è inadeguato esplicitarlo *“mi rendo conto che in questo ambiente non è facile...”*
- alla posizione reciproca tra i corpi (prossemica): sedersi, porsi a fianco della donna
- al proprio tono di voce, agli atteggiamenti posturali
- alla qualità del contatto tra i corpi anche durante i gesti clinici e assistenziali.

CONFERMARE SIGNIFICA

- lasciar parlare i genitori, se lo desiderano
- lasciare libertà di espressione senza giudicare (anche il silenzio o la rabbia)

2. POSIZIONAMENTO

permette un'informazione calibrata, passo dopo passo, fatta di aspettative realistiche ed informazioni attendibili, non disgiunte da quello che i genitori chiedono, dalle preoccupazioni che esprimono. Il professionista riporta la donna e il partner alle necessità del “qui ed ora”, alle procedure per arrivare alla nascita del bambino/a: il tipo di induzione, la modalità di parto, le metodiche possibili per il controllo del dolore, individuando in ogni passaggio le scelte possibili per i genitori.

3. ACCOMPAGNAMENTO

trasmette disponibilità e comprensione dei i bisogni specifici della madre e del padre: sono le domande gli elementi che guidano nell'assistenza, *cosa può esserle/vi utile per/in questo momento... cosa la/vi per preoccupa di più ora?* La condivisione tra professionisti (passaggio consegne) deve prevedere oltre agli aspetti clinici anche gli elementi essenziali delle comunicazioni (contenuti e reazioni) intercorse con la donna, il partner, i parenti.

5 Quadrino S., 2009. *Il colloquio di counselling, metodo e tecniche di conduzione in ottica sistemica*, edizioni CHANGE, Torino.

Assistere la nascita

“Durante il travaglio oscilli tra una vicinanza intuitiva, spontanea, e momenti in cui nella mente ti si affollano mille domande. Se parlo del suo bambino, le faccio ancora più male? Se resto in silenzio si sentirà sola? Se parlo ... ogni parola sembra inappropriata. Se sapessimo quali parole usare... In quei momenti vorrei tanto un protocollo, e mentre lo penso sento tutta l'assurdità di questo pensiero.”

Le ostetriche sono chiamate a farsi carico dell'accompagnamento in tutte le fasi del travaglio e sono determinanti per l'incontro con il bambino⁶. Il rispetto della privacy, la cura dell'ambiente, la presenza, il contenimento attraverso il tempo, *“torno tra...”* *“vediamo tra un'ora come ...”*, l'assistenza one/one, l'ascolto, informazioni realistiche, pertinenti, appropriate, chiare sul processo in corso, costruiscono un'assistenza di qualità, ancor più necessaria in questa circostanza. Non ci sono “parole giuste” in assoluto: il travaglio di una donna con MEF è comunque il processo che conduce alla nascita di quel bambino/a. La consapevolezza che si tratta di una nascita facilita il momento dell'incontro, del commiato e della rielaborazione del lutto. In questa prospettiva si colloca il senso di chiamare il bambino col nome scelto dai genitori, di descrivere le trasformazioni verso la nascita, di sostenere imbarazzo e silenzi.

La qualità percepita dell'assistenza presuppone sempre il rispetto del corpo che passa anche dal chiedere *“posso?”* prima di una visita vaginale, per attendere il tempo di adattamento, dal chiedere come si sente in una determinata posizione, se desidera un massaggio, un contatto.

“Poi l'ostetrica mi ha detto che la dilatazione era completa e dovevo cominciare a spingere. Ho sentito tanto il suo imbarazzo in quel momento, la sua difficoltà. Ero sul lettino, in posizione classica. ... lei cercava di essermi vicina, parlava a voce bassa. Per me era difficile ... presto sarebbe stata l'ora della verità. Non riuscivo a spingere, lei aveva pazienza ma io non stavo spingendo in modo utile. In quel momento mi è venuto in mente il corso di preparazione al parto e mi sono detta: ‘perché non posso spingere come se partorissi normalmente?’. Allora le ho chiesto se potevo tirarmi su e mettermi accovacciata. Ha acconsentito, così sono riuscita a spingere. Anche a livello psicologico mi ha aiutato. Sdraiata sentivo il mio corpo come una bara. Invece spingere e sentire che la mia bambina veniva avanti è stato un grande sollievo, stavo partorendo anch'io. Ora mi chiedo perché non me l'ha proposto lei?”

Sapendo che la postura agisce sulla frequenza, durata, intensità delle contrazioni sull'allineamento delle ossa pelviche, sull'angolo tra l'asse fetale e l'asse del canale da parto, sulla sensazione dolorosa della donna, sullo stato psichico, favorire la mobilità, la verticalità, le posture che ampliano i diametri del bacino, specie nel periodo espulsivo (in assenza dei movimenti attivi fetali) significa agevolare la meccanica del parto e ridurre le trazioni.

“Durante il parto a volte hai il timore che il bambino si smembrì, non sai come uscirà, e dopo come glielo presenti?” *“Quando nasce il bambino è il momento in cui realizzi la morte. La senti nelle tue mani ... eppure quello è un bambino, lo guardi, spesso sei colpita dalla sua bellezza. Appena nato è caldo, come se fosse vivo. [...] È un grande sollievo quando la sua mamma lo tiene con sé. E difficilissimo quando ha bisogno di aspettare prima di incontrarlo. E allora dentro di te speri di trovare le parole giuste perché sia lei a farlo, e cerchi dove metterlo nell'attesa.”*

Facilitare l'incontro con il neonato vuol dire proporre l'incontro (e ri-proporlo quando la donna o il partner al momento della nascita chiedono di non vederlo), descriverne con onestà e partecipazione l'aspetto (bellezza, fragilità, temperatura), prendersi cura di lui e creare le condizioni che permettano ai genitori di scoprirlo, tenerlo con sé pelle-a-pelle, dando il tempo necessario per conoscerlo e salutarlo, per creare memorie. La letteratura sottolinea come vedere e tenere in braccio il bambino, lavarlo e vestirlo, favorire l'incontro con altri familiari e persone care, creare memorie (ad es. fotografie, impronte di mani e piedi), salutarlo con riti religiosi e non, sono elementi utili per sostenere il lutto.⁷

6 Kalu et al. *A mixed methods sequential explanatory study of the psychosocial factors that impact on midwives' confidence to provide bereavement support to parents who have experienced a perinatal loss*. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.06.011>

7 Raval di C. *La morte in-attesa. Assistenza e sostegno psicologico nel lutto in gravidanza e dopo il parto* (2016) ed CiaoLapo Raval di C., Vannucci A. *Assistere la morte perinatale: il ruolo del personale ospedaliero nel sostegno ai genitori e ai familiari in lutto* 2018 Officina Grafica

MORTE ENDOUTERINA

Dopo la nascita

“Dopo, in Reparto non è facile. A volte ho paura di entrare nella loro stanza, delle loro domande a cui non so o non posso rispondere. Prima vanno a casa meglio è. Ma poi penso ‘poverina che fine farà.’” (ostetrica)

Anche dopo la nascita permane la necessità di ascolto, conferma delle emozioni, informazioni calibrate e accompagnamento, in base alle specificità del proprio ruolo professionale.

Entrare in stanza con disponibilità, sedersi quando possibile, chiedere: *“Come si sente/vi sentite oggi”* segnala interesse, ascolto, disponibilità, anche nel silenzio.

“La /vi chiamerò tra ... giorni” “ci rivedremo il...” prendersi cura della dimissione oltre alle indicazioni per la cura del seno, dei genitali, è anche costruire l’opportunità di mantenere il contatto per monitorare l’evoluzione delle condizioni emotive, per riproporre un supporto psicologico qualora non sia stato accolto durante la degenza.

Per i medici i momenti successivi alla nascita sono gravati dalla necessità di spiegare il senso delle indagini utili per individuare le possibili cause, nella consapevolezza che non sempre sarà possibile individuarle, di sostenere domande alle quali non sempre ci sono risposte.o.

“mi rendo conto che è difficile non avere risposte alle vostre domande. Cosa potrebbe esservi utile in questo momento? Pensate che vi possa aiutare parlare di questi vostri stati d’animo con altri genitori? Con la nostra psicologa?”⁸.

Dopo la nascita ripercorrere con i genitori gli eventi crea una cornice logica-cronologica che li aiuta a superare il senso di confusione, frammentazione causato dallo shock, ad integrare l’evento nella loro biografia, riducendone l’impatto traumatico.

Il posizionamento ora consiste nel riprendere quanto annunciato nel momento della diagnosi, *“Anche per noi è importante comprendere cosa è successo. Da quando ... sino a ... ora ...” “Per questo abbiamo fatto, stiamo facendo una serie di indagini che ci aiuteranno a capire ciò che è possibile.” “Anche dopo la dimissione rimarremo in contatto ... ci rivedremo quando” “Nel frattempo possiamo sentirci tutte le volte che ne sentirete la necessità” “Purtroppo in una certa quota di casi non sarà possibile individuare la causa di quanto è successo, nonostante tutti gli accertamenti”.*

Va posta estrema attenzione alle modalità con cui vengono prescritte/proposte le varie indagini, dal riscontro autoptico agli accertamenti previsti dai protocolli, per evitare di veicolare inconsapevolmente sensi di colpa o ricerca di omissioni colpevoli.

«Ricordo ancora la sensazione terribile quando ho ricevuto la lista degli accertamenti da fare nelle settimane successive. Nello stordimento del momento ero incapace di recuperare quel minimo di razionalità che avrei dovuto conservare. Ho solo colto che la collega che mi aveva seguito, e io stessa in fondo, avevamo omesso qualcosa di cruciale. C’era una colpa? un colpevole? la collega? io stessa? Una grande rabbia. Oscillavo tra il desiderio che ci fosse una colpa che tacitasse il senso di colpa, e la speranza che non avrei potuto fare altro che quello che ho fatto. A lungo ho provato vergogna per essermi lasciata travolgere da quei sentimenti, perdendo ogni barlume di razionalità» (A.M. medico, MEF a 37 W, intervista a un anno dall’evento)

Di fronte al dolore dei genitori il senso di impotenza, la difficoltà a sostenere le emozioni difficili può portare i professionisti a mettere in atto modalità di consolazione spontanee, con l’illusione di poter comprimere i tempi del processo del lutto. È necessario essere consapevoli dei rischi e delle trappole di una comunicazione spontanea, cosa non dire lo sappiamo dai racconti dei genitori feriti: *“Succede ... siete giovani. Ne farete un altro” “Concentratevi sugli altri bambini” “Non piangere sii forte, tutto passa” “Ci sarà un motivo... è il destino”, “Adesso sta in un posto migliore” “Il tempo ti guarirà”.*



Comunicare tra professionisti



Talvolta si esprime o si inasprisce il conflitto nell’ambito del gruppo, si apre la caccia al colpevole, si esprime l’individualismo, si irrigidiscono le regole, la loro applicazione si rimarcano le gerarchie

“Avere un percorso è fondamentale. Ma nessun percorso può dire come stare con quella donna, con quella coppia. Anche le cose che ormai si fanno, come far vedere il bambino... cambia molto se le condividi con chi è in turno o se sai che gli altri non ne sono così convinti”

“È ancora più difficile quando sai che se dopo ti scappa la lacrima e i colleghi pensano che tu sia la solita, troppo coinvolta.”

Genitori e professionisti sperimentano, sia pur in gradi diversi, emozioni simili; riconoscere e legittimare le proprie emozioni di professionista ⁹, i diversi modi di esprimerle, permette di ridurre l’impatto negativo di questi eventi sia per le singole persone colpite, ma anche di sostenere se stessi e la qualità delle relazioni all’interno del gruppo di lavoro, specialmente quando dietro ad una MEF c’è il dubbio di una possibile causa o responsabilità legata all’assistenza.

“Dopo una MEF post termine è automatico aumentino le induzioni, scatta qualcosa per cui si è contagiati. Io stessa che dovrei essere quella che ne controlla l’appropriatezza non ce la faccio.”

Talvolta si esprime o si inasprisce il conflitto nell’ambito del gruppo, si apre la caccia al colpevole, si esprime l’individualismo, si irrigidiscono le regole, la loro applicazione si rimarcano le gerarchie. Sono queste occasioni importanti per ripristinare invece modalità di comunicazione che consentano ad ogni equipe di utilizzare l’evento come momento di apprendimento e consolidamento delle competenze di team.

“Un vero audit serve per capire cosa hai sbagliato, se hai sbagliato, se si è mancato in qualcosa. Ma se ci si sente come davanti a un tribunale ogni pensiero si blocca e scatta la difensiva o la paralisi mentale proprio.”

“Le situazioni più tremende sono quelle in cui resti col cerino in mano e non ti basta sentir parlare di errori di sistema. Soprattutto quando vivi la rabbia che si era sempre detto che prima o poi qualcosa sarebbe scappato” (MEF in Reparto)

Le modalità con cui un sistema si confronta con la mortalità perinatale sono un indicatore indiretto del clima dell’ambiente di lavoro, della qualità delle relazioni tra i colleghi e con le figure apicali: lavorare su questi aspetti, prevedendo momenti strutturati di condivisione (defusing, debriefing, audit) dando voce anche alle emozioni dei professionisti aumenta la capacità del team di affrontare gli eventi, creando resilienza individuale e di gruppo.

8 È fondamentale a tal proposito conoscere in ogni territorio le risorse disponibili, avere a disposizione prestampati o brochures contenenti indicazioni e punti di riferimento. La diponibilità di questi materiali trasmette inoltre il messaggio che vi è un equipe curante che ha pensato da tempo ai bisogni speciali, non solo clinici, di queste madri e di questi padri.

9 Phillips *Crying is an acceptable way to manage emotional stress* BMJ 2019;365:l1642 doi: 10.1136/bmj.l1642 ; Farid *Who Heals the Healer?* JAMA September 17, 2019 Volume 322, Number 11

MORTE ENDOUTERINA / ASPETTI LEGALI



Mortalità perinatale: aspetti medico-legali

Quando le aspettative della madre e di una coppia alla fine di una gravidanza e di un parto sono drammaticamente disattese per una morte fetale, il dolore e la delusione spesso si trasformano in rabbia e rifiuto del trauma esistenziale, spingendo alla ricerca di un colpevole e all'avvio di un contenzioso medico legale



VANIA CIRESE
Avvocato

I PROCESSI CONTRO OSTETRICI-GINECOLOGI in sede civile e soprattutto in sede penale, spesso non sono tanto motivati dalla volontà di vedere il colpevole punito o di ottenere un risarcimento del danno, quanto piuttosto dal ripercorrere come in un esperimento, la vicenda clinica per ottenere una spiegazione causale scientifica seppur affidata in sede giudiziale, rimessa alla decisione ultima del giudice, titolare della ricostruzione a posteriore e chiamato a mettere un punto fermo sull'accaduto, fornendo risposte a tante inquietanti domande dei genitori.

La mortalità fetale chiama sempre in causa una valutazione tecnica caso per caso ed il contendere è drammatico perché porta a galla il vissuto dei soggetti: i genitori increduli e non rassegnati alla perdita del bambino e lo specialista gravato della frustrazione, il senso di colpa e di impotenza per non essere riuscito ad evitare l'evento nonostante tutta la sua volontà e tutto l'impegno profuso. Invero l'attività ostetrica è tra quelle più a rischio perché nonostante tanti progressi della scienza medica specialistica, protocolli, buone pratiche e LG, le insidie sono sempre dietro l'angolo e mol-

ti eventi avversi sono assolutamente imprevedibili ed inevitabili anche se ciò è difficile da ammettere e da accettare in un'epoca di onnipotenza in cui la prestazione professionale del medico è vissuta come un'obbligazione di risultato (anziché di mezzi) e il mancato risultato non è accettato, anche quando interviene la prova dell'incolpevolezza dell'inadempimento per una causa non imputabile al sanitario.

Soprattutto in tema di mortalità fetale il progresso scientifico e tecnico raggiunto dalla disciplina ostetrica ginecologica non sembra associarsi ad una riduzione dei contenziosi medico-legali, anzi appare essere una delle cause del loro incremento.

Proprio perché si è ampliato il ventaglio di strumenti diagnostici e terapeutici disponibili per lo specialista e sono aumentate le possibilità d'intervento, non si accettano più i rischi di errore o fallimento connessi ad ogni pratica medica. Fattori di carattere sociale, culturale ed economico inoltre giocano un ruolo determinante in questo scenario.

Invero in campo ostetrico ginecologico si assiste

sempre più ad una maggiore determinazione della coppia ad ottenere un esito favorevole della gravidanza anche a fronte della drastica riduzione della natalità e l'elevazione dell'età media di procreazione del primo figlio.

Quasi sempre il contenzioso medico legale a seguito di denuncia dei genitori per morte fetale si apre drammaticamente con il sequestro della cartella clinica, l'identificazione dei sanitari che hanno gestito il parto e gli accertamenti tecnici irripetibili ossia l'esame autoptico del feto (e placenta se conservata).

L'accuratezza della compilazione della cartella clinica e del partogramma non solo consente nell'immediatezza di ricostruire la tempistica e le prestazioni rese ma fornisce subito un'idea al Pubblico Ministero titolare dell'indagine sulla scrupolosità e coordinamento dei membri dell'equipe, sul passaggio di consegne, sulla considerazione dei possibili fattori di rischio o viceversa su un atteggiamento imprudente o avventato o negligenza dei professionisti.

Gli accertamenti strumentali, il corredo di analisi, ecografie e controlli forniscono ai consulenti tecnici del PM elementi di indagine sulla gestione del rischio clinico nella specificità del caso concreto e sulle problematiche legate alla comunicazione tra personale medico e sanitari e tra questi e la gravida.

Molto spesso le situazioni più critiche che determinano l'insorgenza di un contenzioso si verificano in concomitanza dei cd "eventi sentinella" come il prolasso di funicolo, il distacco di placenta, il nodo vero di funicolo che si stringe, una non corretta funzione placentare per cui un'ipossia acuta va a complicare la persistente ipossia cronica. In queste circostanze in tempi brevi si verificano conseguenze drammatiche e pur trattandosi di eventi rari, imprevedibili ed imprevedibili si rimprovera con un automatismo ingiusto ma ricorrente, all'ostetrico ginecologo l'intempestività della diagnosi e della scelta del corretto intervento quasi sempre identificato (non sempre a ragione) nel taglio cesareo d'emergen-

MORTE ENDOUTERINA / ASPETTI LEGALI



za. Spesso le parti lese e i loro consulenti tecnici rappresentano al PM o al giudice un'emergenza cardiotocografica, scartando a priori possibili e utili terapie conservative almeno iniziali, tuttavia le anomalie cardiotocografiche come è noto, hanno significati clinici molto differenti, perché diversa è l'eziopatogenesi e il tempo di tolleranza. Ad es. le decelerazioni variabili in corso di travaglio che derivano dalla compressione del funicolo durante le contrazioni, magari in presenza di oligo-anidramnios, sono anomalie molto frequenti in quasi tutti i travagli. Spesso i CT avversari non mettono in rilievo che la presenza di decelerazioni variabili, quando la variabilità è normale, è solo un modesto segnale di ipossia transitoria, tollerabile da un feto sano a termine per tempi lunghi e compatibile con una terapia conservativa efficace. È essenziale nei processi far comprendere al PM e/o al giudice quando la situazione clinica non è di emergenza ed è necessario un atteggiamento conservativo e che diversamente l'emergenza è correlata agli eventi sentinella con la prevalente caratteristica della cardiotocografia costituita dalla bradicardia grave, le decelerazioni tardive o prolungate che si accompagnano sempre a una variabilità ridotta-assente. Queste importanti anomalie cardiotocografiche si evidenziano in processi in cui le situazioni sono di ipossia grave, improvvisa, prolungata, ingravescente. La corretta valutazione del significato clinico dei singoli parametri e della loro potenzialità di evoluzione presuppone necessariamente la contestualizzazione del singolo caso, perché molti sono i fattori in grado di modificare i criteri di interpretazione del tracciato (rischio ipossico ostetrico basso o alto, epoca gestazionale, patologie materne e fetali, fase del travaglio, ecc.). È stato fondamentale dimostrare in molti processi che in presenza di un tracciato con anomalie

“ La corretta valutazione del significato clinico dei singoli parametri e della loro potenzialità di evoluzione presuppone la contestualizzazione del singolo caso perché molti sono i fattori in grado di modificare i criteri di interpretazione del tracciato

da ipossia, ma non ancora francamente patologico, soprattutto per la variabilità ancora normale o modicamente ridotta, non era censurabile un atteggiamento conservativo se volto alla individuazione e rimozione dei possibili stimoli ipossici e alla risoluzione del problema.

In altri giudizi è stato invece necessario affrontare il problema dell'interpretazione e dei pattern cardiotocografici patologici nel periodo espulsivo mettendo in evidenza che la patologia cardiotocografica nella seconda fase del travaglio non si correla alla presenza di decelerazioni (presenti durante la contrazione e la spinta materna), bensì è correlata alla presenza di bradicardia rilevando la frequenza di base e l'accumulo dei latiti. La difesa è stata in detti casi improntata sulla tempestività decisionale e organizzativa, per scongiurare l'evento avverso.

Altri quadri drammatici sono stati determinati da casi di grave anemia del feto, importante deficit di emoglobina dipesi da eventi rari tuttavia occorsi, quali: il distacco di placenta, la rottura dei vasi previ, il corionangioma placentare, tutte situazioni che espongono il feto ad un elevato rischio di mortalità.

Si sono avuti processi per mortalità perinatale in gravidanze oltre il termine, macrosomie in madri diabetiche non curate, rottura pre travaglio pretermine delle membrane e parto pre-termine. In detti casi è stato fondamentale illustrare al PM e/o al giudice i fattori persistenti nell'anamnesi che portano a parto pre-termine e i trattamenti adottati per ridurre il rischio, idonei allo scopo, seppur inefficaci nel caso concreto, nonché le somministrazioni profilattiche.

Si è notato un atteggiamento severo e preconcetto da parte del giudicante in alcuni processi per morte fetale da madre diabetica.

Com'è noto il termine morte perinatale compren-

de i casi di morte intrauterina e quelli di morte neonatale oltre il 21° giorno di vita. Casi molto complessi si sono affrontati in giudizi per insuccessi in gravidanza in donne con diabete pre-gestazionale che non avevano osservato le precauzioni terapeutiche per l'assunzione di insulina. Nonostante il monitoraggio fetale accurato, il controllo glicemico, l'ecografia, l'induzione al parto e le cure neonatali prestate, è residuata una certa incidenza (bassa ma constatabile) di morte fetale, specie in gravide di razza nera, età superiore ai 35 anni, obese, o gravidanze multiple, fattispecie queste ricorrenti nei processi.

Far comprendere ai giudici che fattori di rischio come l'obesità, anomalie congenite fetali, diabete preesistente o gestazionale, aumentano il rischio di morte fetale intrauterina, non è compito semplice, perché spesso i magistrati ripongono una fiducia illimitata nelle possibilità predittive nella cardiotocografia, non tenendo in conto che la letteratura dimostra come le cause di morte fetale sono numerose e nella maggior parte dei casi (50% della pratica clinica) non si riesce ad identificare un'origine precisa.

Per questo motivo è indispensabile oltre l'autopsia fetale, l'esame della placenta, oltre agli accertamenti di laboratorio.

Per concludere, si può riflettere sulla necessità di una gestione della gravidanza e parto scrupolosa da parte dell'ostetrico-ginecologo e condivisa con i futuri genitori, ma anche sulla necessità, potendo ridurre ma non completamente escludere i rischi e gli eventi avversi, di meglio informare il magistrato su tutti quei fattori di rischio indipendenti dalla bravura, perizia, diligenza e prudenza del professionista e che a volte si verificano nonostante tutti gli accorgimenti e l'impegno posti in essere e scelte terapeutiche corrette da parte degli ostetrici-ginecologi.

Occorre evidenziare ai pazienti e ai magistrati che l'obbligazione del medico è un'obbligazione di mezzi e non di risultato e la sua professionalità, dedizione e scrupolosità non sempre si riesce a scongiurare conseguenze imprevedibili o inevitabili e non necessariamente ricollegabili causalmente a degli errori qualificabili come malpractice.

VIOLENZA DONNE



Violenza Sessuale. Ecco come rispondere nel modo più corretto e omogeneo

Il Gruppo nazionale Violenza Aogoi nasce nel 2001 subito dopo un evento internazionale sul ruolo dei professionisti sanitari di fronte alla violenza, tenutosi a Napoli nell'ottobre 2000 e promosso dalla Figo.



ANGELA CITERNESI,
Ginecologa, ex-Direttore di
Uoc di Ostetricia e
Ginecologia, Firenze



METELLA DEI,
Ginecologa, esperta in
attività di formazione per
operatori sanitari, Firenze



VALERIA DUBINI,
Ginecologa, Direttore Area
assistenza sanitaria
territoriale e continuità,
Responsabile Aziendale
della Rete Codice Rosa,
Firenze



**ALESSANDRA
KUSTERMAN,**
Ginecologa, Direttore di
Uoc Ps ostetrico-
ginecologico, Fondazione
Irccs Ca' Granda Ospedale
Maggiore Policlinico,
Milano



ANNA UGLIETTI,
Ginecologa, Soccorso
Violenza Sessuale e
Domestica, Fondazione
Irccs Ca' Granda Ospedale
Maggiore Policlinico,
Milano

L'ALLORA PRESIDENTE Aogoi il Prof. Piero Curiel ritenne che si trattasse di un argomento di cui anche la nostra associazione doveva occuparsi e propose l'istituzione di un gruppo rappresentativo del nostro Paese, includendo anche storiche esperienze come l'Svs di Milano e il Centro abuso e violenza sessuale di Firenze, da tempo operative sul tema. Il lavoro del gruppo si concentrò inizialmente sulla violenza sessuale e fu prodotta la prima "scheda clinica guidata" e il "kit ginecologico". Questi rappresentavano strumenti di agile risposta da offrire a tutti i professionisti per rispondere nel modo più corretto e omogeneo possibile alle richieste di aiuto in tema di violenza sessuale.

Due i punti fondamentali che dovevano diventare patrimonio culturale della nostra Associazione:

1. la violenza sulle donne rappresenta anche un problema di salute e non solo psicologico o relazionale e come ginecologi dobbiamo occuparcene;
2. la donna deve trovare risposta nell'ospedale più vicino a dove è accaduto il fatto, come di-

VIolenza Donne

ce l'Oms, e dunque tutti gli ospedali devono essere in grado di fornire almeno una prima risposta utilizzando gli strumenti facilitanti che il gruppo aveva predisposto.

Il gruppo si è poi allargato al tema della violenza domestica e violenza in gravidanza, producendo un manuale per i ginecologi e aggiornando recentemente le Raccomandazioni per l'assistenza alla donna di violenza sessuale, patrocinate dalla Sigo.

Il tema è stato al centro di una Fad che nasce dunque con lo scopo di diffondere e approfondire questi temi e di trasmettere il concetto che occuparsi di violenza deve far parte a pieno titolo della nostra professionalità.

La violenza sessuale è frequente in Italia come nel resto del mondo: la più recente indagine Istat ha evidenziato che il 22% delle donne intervistate ha subito un episodio di violenza sessuale in senso lato nel corso della sua vita. È trasversale a classi sociali ed economiche e nella maggior parte dei casi agita dal partner o comunque da persone conosciute. Questo rende il fenomeno più complesso, anche perché frequentemente associato con altre manifestazioni violente, sia fisiche, che verbali o psicologiche. Se sono presenti dei minori anch'essi sono spesso o testimoni o vittime di situazioni abusive. Anche le coppie adolescenti non sono immuni dalla violenza sia fisica che sessuale, come è dimostrato da varie indagini mirate. Frequentemente il fenomeno si intreccia con l'uso di alcool e di sostanze. Avere sperimentato una situazione violenta all'esordio della propria vita sessuale spesso lascia cicatrici importanti sia sull'equilibrio psicologico sia sulla salute riproduttiva futura e sulla sessualità stessa.

La gravidanza rappresenta un momento di fragilità in cui la violenza emerge o si intensifica: dal 8 al 12% delle donne in gravidanza riferisce qualche tipo di violenza, se interrogate in modo adeguato. Questo è un tema particolarmente importante per noi ginecologi, perché essere vittima di coercizione sessuale e violenza emotiva è un elemento di rischio ostetrico, significativamente associato a complicanze materne, a parto pretermine, a ridotto peso neonatale. Esistono anche recenti evidenze di un impatto della violenza intrauterina sulla neurogenesi fetale.

D'altro lato vivere in una relazione di coppia violenta aumenta la probabilità di scarso uso contraccettivo con gravidanze che esitano in interruzione, non infrequentemente ripetuta. Quindi, riuscire ad identificare e ad agire su situazioni di violenza ad opera del partner comporta anche una riduzione significativa delle interruzioni volontarie di gravidanza.

Esistono altre situazioni di fragilità che aumentano il rischio di vittimizzazione, quali l'esposizione nell'infanzia alla violenza, i percorsi di migrazione, la disabilità fisica ma soprattutto intellettuale, l'orientamento non eterosessuale.



Le patologie riferibili ad abuso sessuale ed emozionale, che i ginecologi più di frequente incontrano durante la loro attività professionale, sono il dolore pelvico cronico, i dolori gastro-intestinali, le cistiti interstiziali e le disfunzioni sessuali, dalle fobie sessuali alla vulvodinia e alla dispareunia

tario più di frequente, senza riferirne la causa di cui loro stesse sono poco consapevoli.

Le conseguenze sulla salute dopo violenza sessuale possono essere a breve termine, come il trauma fisico e psichico, e a lungo termine, più gravi e più complesse. Coniata come "rape trauma syndrome" gli effetti dopo violenza sessuale vanno dal senso di perdita di controllo e di vulnerabilità di se stessa, al senso di responsabilità e di colpa per l'accaduto. La letteratura riporta che dopo violenza sessuale nelle vittime aumentano nel tempo e in modo significativo i dolori somatici cronici, la sindrome post-traumatica da stress (Spts), la depressione maggiore, l'abuso di sostanze e di alcool, i tentativi di suicidio. Ma anche la fibromialgia, la cefalea, le sintomatologie dolorose diffuse aumentano in modo significativo dopo abuso sessuale. Più in generale si riduce la qualità della vita della vittima e cresce la sua percezione di stato di cattiva salute e di ridotte capacità funzionali e relazionali. Se l'abuso sessuale avviene durante l'infanzia le ripercussioni psichiche e somatiche a distanza sono ancor più gravi.

Le patologie riferibili ad abuso sessuale ed emozionale, che i ginecologi più di frequente incontrano durante la loro attività professionale, sono il dolore pelvico cronico, i dolori gastro-intestinali, le cistiti interstiziali e le disfunzioni sessuali, dalle fobie sessuali alla vulvodinia e alla dispareunia. Questa sintomatologia dolorosa cronica, diffusa o localizzata, secondaria ad abuso, è probabilmente associata a modifiche del sistema nervoso centrale e periferico che inducono iperalgesia e allodinia e che sono assai difficili da

La Fad a disposizione sul sito Aogoi è stata strutturata per offrire le competenze essenziali per la pratica clinica di ogni ginecologa/o. La descrizione di casi clinici, riportati alla fine delle due sezioni, medico-legale e procedura assistenziale, sono esempi concreti di situazioni in cui i ginecologi si trovano a prestare assistenza alle vittime di atti violenti e come tali utili come modello di comportamento per il professionista.

Le ricadute che la violenza, sessuale, fisica, psicologica, ha sulla salute della donna sono gravi e a lungo termine. Gli effetti però variano da caso a caso, da persona a persona, e non si può parlare di una reazione tipica. Quello che sappiamo è che queste donne si rivolgono al sistema sani-



La violenza sessuale esige dai ginecologi un'assistenza sanitaria adeguata e competente, perché è un atto contro la salute e l'integrità fisica di chi la subisce.

Non possiamo dimenticare che la violenza sessuale, così come la violenza domestica, è anche un reato penalmente perseguito, che la colloca tra i delitti contro la persona, mentre in precedenza era contemplata tra i delitti contro la morale pubblica e il buoncostume

trattare. La combinazione di terapia a mediazione corporea e di psicoterapia offre più possibilità di successo.

È perciò importante riconoscere alcuni indicatori di esposizione alla violenza di fronte a soggetti che soffrono di patologie dolorose croniche soprattutto in comorbidità, che fanno uso o abuso di farmaci antidepressivi e antidolorifici o anche di sostanze (alcool, droghe). Anche in campo ostetrico gli indicatori sono importanti da riconoscere: il ritardo nell'accesso alle cure perinatali, il mancare alcuni appuntamenti, un partner sempre presente e invadente che risponde per la donna, una storia di aborti o IVG ripetute, di depressione postnatale. Sono tutte condizioni che devono portarci a porre qualche domanda in più, trovando il modo di farlo quando la donna è sola. La formazione serve anche a questo perché si riconosce solo quello che si conosce.

La violenza sessuale esige dai ginecologi un'assistenza sanitaria adeguata e competente, perché è un atto contro la salute e l'integrità fisica di chi la subisce. Ma non possiamo dimenticare che la violenza sessuale, così come la violenza domestica, è anche un reato penalmente perseguito, a partire dalla Legge 66 del 1996 (successivamente modificata e integrata da altre norme), che la colloca tra i delitti contro la persona, mentre in precedenza era contemplata tra i delitti contro la morale pubblica e il buoncostume. Secondo la legge il termine "violenza sessuale" comprende ogni forma di attività sessuale in cui non c'è o non può esserci consenso.

Come medici, quando svolgiamo il nostro lavoro

in Ospedale, rivestiamo il ruolo di Pubblici Ufficiali e se veniamo a conoscenza di un reato perseguibile d'ufficio (ovvero indipendentemente dalla denuncia di chi ne è vittima) abbiamo l'obbligo di farne denuncia all'Autorità Giudiziaria. Anche se la violenza sessuale è un reato perseguibile su querela entro 12 mesi, in determinati casi, caratterizzati da particolare gravità o associati ad altro reato, è perseguibile d'ufficio. L'obbligo della denuncia non presuppone il fatto di avere la certezza che il reato si sia effettivamente verificato, perché non spetta al sanitario effettuare questa valutazione.

L'assistenza del ginecologo a una vittima di violenza sessuale deve avere un prioritario significato di cura, ma allo stesso tempo può acquistare un significato forense. Soprattutto nell'emergenza la visita avviene in una situazione irripetibile, in cui è possibile, con il consenso della vittima e nel rispetto delle sue condizioni e delle priorità cliniche, raccogliere elementi che potranno essere fonti di prova o dare contributi in sede giudiziaria.

Da ciò l'importanza dell'accurata e completa documentazione, anche fotografica, di tutto ciò che si osserva e di tutte le procedure, sulla guida della scheda clinica proposta, tra cui la predisposizione di una catena di custodia per la conservazione delle tracce biologiche raccolte.

Per un'accoglienza e assistenza adeguata, come sottolineato nelle Raccomandazioni, è importante che ogni ginecologa/o sappia rispettare i diritti della vittima: alla salute, alla dignità, a non subire discriminazioni, all'autodeterminazione, al-

l'informazione, alla privacy e alla riservatezza. È importante in ogni momento trattare la ragazza o la donna con rispetto ed empatia, per restituire il suo valore di persona, negato proprio dalla violenza che ha subito. Tutte le volte che si presta assistenza a una vittima bisogna darle il tempo e darsi il tempo per accoglierla e ascoltarla nel miglior modo possibile. La nostra fretta può essere un'ulteriore ferita per lei.

La visita dovrebbe essere la prima parte di un percorso più lungo di uscita dalla violenza che può essere messo in atto grazie ad una collaborazione multidisciplinare organizzata con i Servizi del proprio territorio e con i Centri Antiviolenza.

La scheda clinica guidata, presente nelle Raccomandazioni del gruppo nazionale sulla violenza, va compilata in ogni sua parte, rispettando comunque il diritto della donna a rifiutare qualunque procedura proposta. È stata predisposta una scheda per le donne e le ragazze a partire dai tredici anni ed una per le prepuberi. Vi sono riportate tutte le informazioni che è necessario acquisire, le procedure diagnostiche (da applicare diversamente da caso a caso) e le terapie opportune. Le circostanze e la modalità della violenza vanno trascritte così come riferite dalla donna: lo scopo delle eventuali domande sull'accaduto non è di accertare la veridicità o la plausibilità dei fatti, ma solo quello di orientare l'assistenza. Va riportata fedelmente la sintomatologia soggettiva fisica e psichica, così come riferita. La descrizione delle eventuali lesioni corporee e genitali deve utilizzare una terminologia appropriata, se possibile allegando foto indicando sempre in ogni caso data e nome su cartellino identificativo da includere nella foto. L'uso del colposcopio consente di visualizzare in sede genitale lesioni anche piccole e di ottenere ottime foto. I prelievi indicati nella scheda clinica vanno eseguiti in base alla storia dell'evento; nel caso la donna o la ragazza non ricordino le circostanze della violenza, per uso di alcool o eventuali droghe, diventa importante la completezza della esecuzione dei tamponi per raccolta di tracce biologiche e dei vetrini per la ricerca di cellule seminali in tutte le possibili sedi.

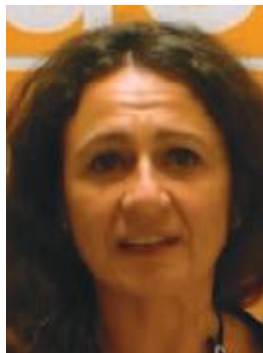
La scheda clinica correttamente compilata è un documento a tutti gli effetti, a disposizione della donna assieme al verbale di Pronto Soccorso. L'originale va conservato e archiviato. L'Autorità Giudiziaria ne potrà fare richiesta qualora si apra un procedimento in seguito alla denuncia della donna e/o alla denuncia d'ufficio del sanitario che l'ha visitata.

“

L'assistenza del ginecologo a una vittima di violenza sessuale deve avere un prioritario significato di cura, ma allo stesso tempo può acquistare un significato forense



GIULIA POLAROLO
Dirigente medico
Ostetricia e ginecologia
Asl Città di Torino



GIULIA MORTARA
Dirigente medico
Ostetricia e ginecologia
Asl Città di Torino



CONTRACCEZIONE

Come fare counselling e contraccezione da vicino e da lontano

In questi ultimi mesi, l'emergenza Covid-19 ci ha costretti a modificare il nostro modo di lavorare in consultorio e negli ambulatori. Gli accessi diretti solitamente garantiti sono stati negati, le visite programmate disdette.

Durante il lock-down è stato tutelato il percorso nascita e quello per le interruzioni volontarie di gravidanza, seppur talvolta con qualche difficoltà, mentre per la contraccezione, quanto meno inizialmente, non sono state previste delle soluzioni.

Tutto ciò ha comportato, inevitabilmente, la necessità di ripensare e riorganizzare i servizi così da poter tutelare il diritto all'informazione e all'accesso ai metodi di pianificazione familiare

“IN ITALIA ABBIAMO dei mondi a velocità diverse: abbiamo un'attività di innovazione tecnologica prorompente da parte di imprese ... ma il sistema sanitario nel suo complesso ... è in paragone in uno stato quasi immobile” e “siamo noi che dobbiamo strutturare dei nuovi servizi fatti in modo da accogliere in maniera positiva le innovazioni e adeguarle ai principi del servizio sanitario pubblico che vogliamo tutelare” commenta Francesco Gabbriellini, direttore del Centro Nazionale per la Telemedicina dell'Istituto Superiore della Sanità.

Come quindi, mentre il distanziamento fisico è attivo, continuare a garantire le consulenze contraccettive? Come superare le ben note barriere alla contraccezione, quando a queste si aggiunge quella di una pandemia?

La contraccezione è un tema caldo sul web, basti pensare che la keyword “pillola” ha un volume di ricerca stimato di 10mila/100mila al mese e già da qualche anno sono stati avviati progetti pilota di telemedicina sulla prescrizione di contraccettivi ormonali a distanza, per telefono, via mail o in videochiamata, in particolare in donne già conosciute, ma l'attuale emergenza sanitaria ha reso necessario estendere quanto più possibile le attività in remoto per le donne di tutte le età perché possano avere accesso alla contraccezione ed evitare gravidanze indesiderate.

Le Linee Guida pubblicate a marzo 2020 dal Royal College considerano la possibilità di utilizzare le consulenze telefoniche/via web per fornire informazioni sulle tipologie di contraccettivi, la pre-

scrizione di contraccettivi on line, l'inizio di una contraccezione ormonale dopo accurata anamnesi, consulenze in tema di LARC, consulenze in presenza di sintomi, effetti collaterali, dubbi e preoccupazioni durante l'utilizzo di contraccettivi con eventuale programmazione di visita.

Anche la Figo, sottolineando l'importanza dell'accesso alla contraccezione, quale diritto umano, in uno Statement del 13 aprile 2020, sottolinea come sia necessario ampliare i servizi di pianificazione familiare post-partum, in particolar modo tramite l'utilizzo di contraccettivi reversibili ad azione prolungata (LARC) e che in questo periodo in cui è più difficile programmare visite in presenza, bisognerebbe implementare la telemedicina utilizzando i telefoni cellulari e i social media come aggiunta al miglioramento delle informazioni e dell'accesso alla contraccezione.

Cosa intendiamo per telemedicina? La telemedicina è l'uso di sistemi di telecomunicazione per fornire assistenza sanitaria a distanza. Ha l'obiettivo di migliorare gli outcome dei pazienti, l'accesso all'assistenza sanitaria e ridurre i costi sanitari. Il problema di base della telemedicina non è tanto tecnologico, quanto di organizzazione di processi condivisi con gli operatori. La realizzazione di servizi effettivi necessita di un'infrastruttura di interoperabilità e di scambio dati, sicura, stabile ed efficace, che sia coerente su tutto il territorio nazionale e capace di permettere l'accesso ai dati clinici di una persona da qualsiasi piattaforma e nel pieno rispetto del nuovo GDPR sulla privacy.



“La strada per permettere una contraccezione consapevole e informata è possibile anche in epoca COVID19 dobbiamo solo trovare e percorrere nuovi percorsi da integrare ai precedenti!”

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Faculty of Sexual & Reproductive Health of RCOG. COVID-19 Resources and Information for SRH Professionals. Giugno 2020. <https://www.fsrh.org/covid19contraception>

FIGO Covid-19 Contraception and Family Planning. Aprile 2020. <https://www.figo.org/covid-19-contraception-family-planning>

Flodgren G et al. Interactive telemedicine: effects on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Library. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 9

Fondazione Confalonieri Ragonese su mandato Sigo, Aogoi, Agui. Raccomandazioni sull'utilizzo appropriato della contraccezione ormonale. Agosto 2019 <https://www.aogoi.it/media/6380/8-contraccezione-ormonale-bozza-finale.pdf>

Gawron LM. Pills on World Wide Web: reducing barriers through technology. AM J Obstet Gynecol. 2015; 213: 500

Mold et al. Electronic consultation in primary care between providers and patients: systematic review. JMIR Med Inform 2019; 7(4)

World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth Edition 2015. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf?sequence=9

World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research. Selected practice recommendations for contraceptive. Third edition 2016 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252267/9789241565400-eng.pdf?sequence=1>

Nel nostro ambito possiamo quindi garantire l'accesso alla contraccezione favorendo i colloqui telefonici, incentivando l'utilizzo della mail per invio di referti e impegnative, programmando visite in telemedicina, facendo counselling contraccettivo durante le visite per la richiesta di Ivg, a fine gravidanza e nel post parto e programmando visite on site quando necessario. E quando opportuno, va comunque garantita la mediazione linguistico-culturale anche con i mezzi tecnologici.

Il personale sanitario, al telefono, può risolvere molti dei dubbi e dei problemi delle donne che utilizzano contraccettivi. Una delle richieste più frequenti riguarda dimenticanze, ritardi o errori di assunzione della pillola. Il periodo più rischioso sappiamo essere quello della prima settimana di assunzione, inoltre il rischio aumenta con l'aumento delle compresse dimenticate. In questi casi è bene consigliare l'utilizzo della contraccezione di emergenza (Ce), che deve essere indirizzata verso il levonorgestrel in quanto l'ulipristal acetato potrebbe interferire con il progestinico del contraccettivo. Dopo la Ce la ripresa della contraccezione ormonale può essere immediata, anche se è necessaria una contraccezione aggiuntiva nei 2-9 giorni successivi (a seconda del contraccettivo utilizzato, ovvero 2 giorni se si utilizza pillola con solo progestinico, 7 giorni con pillole estroprogestiniche e 9 giorni in pillole con estradiolo valerato e dienogest). Nel caso di una minore è possibile inviare la prescrizione via mail. L'utilizzo della mail può essere utile anche per il rinnovo della prescrizione del contraccettivo. Si valutano eventuali cambiamenti avvenuti dall'ultima prescrizione (es. utilizzo di nuovi farmaci, diagnosi di nuove patologie, variazioni ponderali o utilizzo di sostanze) e successivamente la richiesta del farmaco viene inoltrata alla donna che ne fa richiesta, specificando sull'impegnativa che il contraccettivo può essere fornito solo dopo aver valutato la pressione arteriosa. Per le donne che hanno sospeso un contraccettivo ormonale o che lo avevano utilizzato e vorreb-

bero ricominciare può essere efficace dare istruzioni sulla ripresa immediata del farmaco senza l'attesa della mestruazione, così da evitare un numero di gravidanze indesiderate. Seguendo le indicazioni del Who presenti in Selected practice recommendations for contraceptive use del 2016 possiamo ragionevolmente escludere una gravidanza e quindi iniziare la contraccezione in donne senza sintomi di gravidanza e che si trovino in una delle seguenti condizioni:

- entro 7 giorni dall'inizio delle mestruazioni
- nessun rapporto sessuale dall'inizio delle ultime mestruazioni
- corretto utilizzo di un metodo contraccettivo affidabile
- entro 7 giorni dopo l'aborto spontaneo o indotto
- entro 4 settimane post partum o allattamento esclusivo al seno

La visita in telemedicina può essere un ottimo strumento in caso di desiderio di contraccettivo, in quanto sappiamo che un'attenta anamnesi personale e familiare, permette di individuare quelle condizioni che costituiscono controindicazioni assolute (categoria 4 dei MEC) alla contraccezione ormonale. Inoltre è ormai indiscusso che la visita ginecologica o la richiesta di esami ematochimici non sono requisiti indispensabili alla prescrizione. È importante comunque e sempre la valutazione di peso ed altezza e la rilevazione della pressione arteriosa.

Dal punto di vista pratico, è possibile inviare via mail il consenso informato alle prestazioni per via telematica che la donna re-inoltra firmato al medico curante o al servizio. Viene concordato un appuntamento con data e orario e tramite un cellulare di servizio o un computer si avvia la consulenza online. La visita può essere rendicontata, refertata a computer e inviata alla donna insieme alla prescrizione. In caso di dubbio sull'utilizzo di contraccettivi ormonali combinati è raccomandabile prescrivere un contraccettivo con solo progestinico che presenta, come noto, inferiori controindicazioni.

In questo periodo in cui gli accessi alle visite sono ridotti, risulta anche importante promuovere la contraccezione al momento della visita eseguita per l'interruzione volontaria di gravidanza, in quanto dopo l'aborto si ha un rapido ritorno alla fertilità, infatti l'ovulazione avviene nel 75% dei casi entro sei settimane e nel 50% dei casi entro le prime tre settimane. Per cui non c'è ragione di procrastinare l'inizio della contraccezione. Il metodo migliore sarebbe l'utilizzo dei LARC che possono essere inseriti contestualmente all'intervento o immediatamente dopo l'Ivg farmacologico, anche se esiste un rischio lievemente aumentato di espulsione/dislocazione spontanea dopo inserimento del dispositivo intrauterino dopo Ivg chirurgico. Altra scelta cade sui metodi short-acting: pillola estro-progestinica o con solo progestinico, anello vaginale, cerotto che possono essere iniziati il giorno stesso dell'intervento. In ogni caso è possibile rilasciare alla fine della visita la prescrizione alla donna in modo da evitare una nuova gravidanza.

Anche l'ultimo incontro con la donna in gravidanza può essere utilizzato per informare sulla possibilità di utilizzo di un metodo contraccettivo nel dopo parto, così come il momento della dimissione in ospedale o il controllo a 40 giorni. Le visite in consultorio o in ambulatorio devono essere invece prenotate in caso di necessità di inserire o sostituire il metodo contraccettivo a lunga durata d'azione, ricordando che è possibile ritardare il cambio utilizzando una contraccezione ponte, come la pillola progestinica, nell'attesa della sostituzione. Le visite on site devono ovviamente essere effettuate in presenza di sintomi, come per esempio un dolore pelvico dopo inserimento di Iud, in situazioni di particolare vulnerabilità o in quei casi in cui le barriere tecnologiche non siano superabili.



ESPERIENZE ALL'ESTERO

La parola ai giovani

Ferdinando Antonio Gulino: “Un contributo importante per la crescita professionale, ma l'obiettivo è migliorare la realtà lavorativa italiana”

È nato il Sicilia Ferdinando Antonio Gulino esattamente a Catania, città dove lavora: è infatti un giovane ginecologo dell'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia dell'Arnas Garibaldi Nesima diretta dal Professore Giuseppe Ettore. La sua voglia di apprendere l'ha portato

durante il corso di specializzazione al John Radcliffe Hospital a Oxford. Ha trascorso un anno nelle corsie del Nuffield Department of Obstetrics and Gynaecology, un'esperienza che gli ha consentito di assistere allo sviluppo di uno dei progetti più importanti degli

ultimi decenni nell'ambito dell'ostetricia, Intergrowth-21, e di crescere professionalmente. Ma oggi il suo obiettivo è migliorare la realtà lavorativa italiana, mettendo in pratica tutto quello che ha appreso.

Dottor Gulino quando è iniziata la sua esperienza all'estero?

Ho frequentato per un anno nel 2013 il corso di specializzazione in Ostetricia e Ginecologia al Nuffield Department of Obstetrics and Gynaecology (Women's Centre) del John Radcliffe Hospital di Oxford (Inghilterra), diretto in quegli anni dal Prof. Stephen Kennedy. È un centro di eccellenza per l'ostetricia e ginecologia nato nel 1937 e da oltre 80 anni ha come precipuo obiettivo la ricerca multidisciplinare nell'intero spettro della salute della donna. Al Nuffield per primi al mondo hanno sviluppato nel 1955 uno strumento per monitorare l'attività contrattile uterina, il tocografo, in corso di travaglio di parto, e sempre qui si è sviluppato nel 1980 un sistema di analisi cardiocografica (Dawes-Redman) che rappresenta uno dei progressi clinici di maggior successo dell'Università ed è tuttora ampiamente riconosciuto come standard di riferimento per la valutazione della salute fetale durante la gravidanza.

Quali esperienze professionali ha maturato?

Ho visto svilupparsi uno dei progetti più importanti degli ultimi decenni nell'ambito dell'ostetricia, l'Intergrowth-21. È un progetto che ha coinvolto una rete di oltre 300 medici e scienziati di 27 istituzioni in 18 paesi in tutto il mondo, con dati provenienti da circa 60 mila madri e neonati. La scoperta principale è che i bambini di donne sane crescono in modo simile in utero e raggiungono dimensioni simili alla nascita indipendentemente dalla loro razza / etnia. Il progetto ha prodotto curve di crescita standardizzate internazionali, che descrivono la crescita e lo sviluppo ottimale nei primi 1.000 giorni di vita neonatale. I risultati sono stati pubblicati su una delle più prestigiose riviste internazionali in ambito scientifico, il Lancet, e le curve di crescita standardizzate sono state adottate dall'Oms nel 2016. Questa esperienza mi ha dato la possibilità, tramite la scuola di specializzazione di Ostetricia e Ginecologia, di invitare il Prof. Kennedy, promotore principale di questa ricerca, a tenere un seminario presso l'Università degli Studi di Catania, per affrontare e diffondere i risultati ottenuti dalla ricerca.

Cosa le ha lasciato in eredità questo periodo trascorso all'estero?

Il confronto con colleghi di tutta Europa, e non solo, e la possibilità di scambiare esperienze, pratiche cliniche, linee guida, lontane anche anni luce tra un Paese ed un altro, hanno sicuramente contribuito alla mia crescita professionale. Ma quello che ha lasciato una traccia profonda è stato l'aspetto legato alla fisiologia, alla naturalezza dell'evento parto, affidato al Nuffield Department principalmente al ruolo dell'ostetrica. La presenza di solo ostetriche in reparto contribuisce a questo processo, trasmettendo serenità alla paziente in un momento così delicato della propria vita; è un aspetto che ho avuto la fortuna e la possibilità di ritrovare nell'azienda in cui lavoro, il cui reparto di ostetricia è gestito unicamente da ostetriche.

E ancora, attualmente sto svolgendo una ricerca presso l'Arnas Garibaldi che ha come finalità lo studio della placenta accreta, stiamo valutando i casi clinici a 360° gradi, dall'aspetto radiologico, a quello clinico, a quello anatomo-patologico. Una ricerca che parte proprio dagli argomenti maturati in ambito ostetrico nel corso della mia esperienza a Oxford.

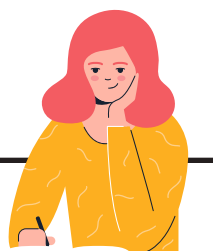
C'è un aspetto del sistema inglese che l'ha colpito particolarmente?

La differenza tra il nostro Ssn e quello inglese: in Inghilterra, ad esempio, l'aspetto economico nel sistema sanitario è preponderante e spesso influenza l'attività clinica. L'Italia, nonostante le tante criticità, secondo il Rapporto Europeo del Progetto Euro-Peristat del 2010 sulla salute materno-infantile in Europa, occupa una posizione buona e in linea con quelle degli altri Paesi dell'Europa occidentale per la maggior parte degli indicatori di salute analizzati. Rispetto al 2004, ci sono stati miglioramenti non solo per quanto riguarda natimortalità, ma anche mortalità neonatale e infantile (rispettivamente 2.8 e 4 per mille nati vivi nel 2004).



Dovendo tirare le somme?

Si parla tanto di “cervelli in fuga” e poco di cervelli che restano: oggi sono oramai tantissimi i giovani medici che svolgono attività clinica e di ricerca all'estero, e che poi tornano nel contesto italiano. Il mio obiettivo, che penso sia comune a tanti altri colleghi, resta quello di migliorare la realtà lavorativa italiana, traendo spunto dalle migliori esperienze e pratiche cliniche presenti nel resto del mondo, e mettendo in pratica tutto quello che ho appreso nella struttura in cui ho la fortuna e l'onore di lavorare.



Caro Gyneco,

l'Organizzazione Mondiale della Sanità sostiene che ogni donna dovrebbe partorire nel luogo che sente più sicuro; per una donna che ha avuto un percorso fisiologico i luoghi possono essere la casa, un centro nascita gestito da ostetriche, un piccolo o un grande ospedale. A questo approccio, che promuove la normalità dell'evento nascita, consegue che dovrebbe esistere sempre una valida ragione per interferire con il fisiologico processo che conduce al parto.

In Paesi in cui il parto a domicilio è molto più frequente rispetto all'Italia, si è dimostrato che gli esiti di salute di madri e neonati sono equiparabili a quelli delle donne che partoriscono in ospedale e che per le donne che hanno già avuto figli partorire in casa è più sicuro rispetto all'ospedale.

Che ne pensate?

Lettera firmata, Bologna

Gentile collega,

innanzitutto grazie per la domanda, è certamente essenziale che la donna partorisca nel luogo che preferisce, nel quale si sente "accolta".

Va precisato che l'Oms sostiene che "la gravidanza ed il parto devono essere una esperienza positiva", per tutte le donne, in tutto il mondo e questo è un principio non solo da condividere teoricamente, ma da promuovere nella pratica clinica quotidiana.

In Italia abbiamo una rete assistenziale materno-infantile di ottimo livello, con dati di mortalità e morbilità fra i più bassi al mondo, ma ovviamente il passo successivo è dare la stessa importanza all'aspetto comunicativo-relazionale.

Non dobbiamo però ignorare che i notevoli miglioramenti in termini di esito materno-neonatale sono strettamente legati al contesto in cui il parto avviene, ai criteri minimi richiesti ai Punti Nascita per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, le risorse umane e strumentali. I dati italiani sono pubblicati e disponibili, esiste un Comitato Percorso Nascita nazionale, esistono documenti ministeriali compreso quello sul

"basso rischio ostetrico": non dobbiamo quindi inventare nulla, solo riflettere su tutto ciò che abbiamo a disposizione e sui numeri.

Il mondo cambia, la medicina cambia, l'ostetricia cambia ed è un processo evolutivo che non avviene in modo immediato come accendere/spegnere un interruttore. Chi di noi ha iniziato a lavorare qualche decennio fa sa bene come sia cambiato non solo l'aspetto assistenziale, ma anche l'aspetto relazionale in Sala parto, l'attenzione ai bisogni delle donne. Pensiamo solo alla presenza del partner, alle posizioni assunte durante il travaglio ed il periodo espulsivo, al clampaggio del cordone ombelicale, al "bagnetto" al neona-

to: molto è stato fatto e molto resta ancora da fare. È su questo che dobbiamo lavorare, non tornare indietro. La sicurezza dell'assistenza a mamma e bambino, la tutela della salute della donna e del neonato sono e devono continuare a rimanere gli obiettivi fondamentali dell'assistenza alla gravidanza e al parto.

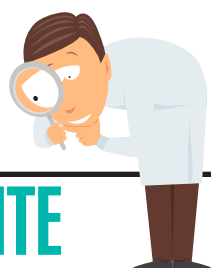
Le donne devono essere informate correttamente, devono essere coinvolte fin dall'inizio del percorso che viene loro offerto, devono poter decidere, ma è essenziale essere professionalmente onesti nel fornire i dati corretti: quelli italiani ci sono, ma anche quelli internazionali. Paesi come il Regno Unito e l'Olanda che hanno utilizzato per decenni modelli organizzativi ben definiti, stanno rivedendo i loro percorsi per l'assistenza al parto a domicilio.

Le Società scientifiche della Federazione Sigo-Aogoi-Agui-Agite insieme alle ostetriche, ai neonatologi ad Associazioni di donne stanno producendo, all'interno del GISS dedicato al "basso rischio ostetrico", un documento anche su questo argomento. I lavori sono in corso (*work in progress*), ma la pandemia da Sars-CoV2 non deve farci dimenticare quanto l'ostetricia italiana ha fatto negli ultimi decenni. Certamente possiamo e dobbiamo migliorare e lo faremo tutti/e insieme, medici, ostetriche e donne.

Grazie per aver posto questa domanda ed arrivarci a presto.

Elsa Viora





SOTTO LA LENTE

di Carlo Maria Stigliano



La fine del mondo...

2020: anno bisesto anno funesto!

La tradizione popolare da sempre associa agli anni bisestili eventi tragici e catastrofi naturali. In verità già nell'antica Roma il mese di febbraio era il 'Mensis Feralis', il mese dei morti e delle cerimonie funebri: l'aggiunta di un giorno in questo mese il 24 febbraio (il sesto giorno prima delle Calende di marzo) ha originato la definizione 'bi-sextus', da cui appunto bi-sestile

È SUPERFLUO RICORDARE che un certo grado di superstizione alligna in molti ("non è vero ma ci credo...") e tuttavia non si può negare che l'anno in corso stia facendo di tutto per farsi ricordare come tragico e foriero di sventure.

In queste circostanze qualcuno addirittura rispolvera antiche profezie e prevede l'imminente fine del mondo: ricordiamo che allo scattare dell'anno Mille, secondo alcune interpretazioni dei Vangeli apocrifi, era previsto che si sarebbe esaurita la vita della cristianità, ma per fortuna non se ne fece nulla; analogamente allo scadere del secolo scorso, il timore di eventi catastrofici fece temere la ventilata Apocalisse di natura tecnologica: all'approssimarsi dell'anno 2000 il terrore fu disseminato dal Millenium Bug, il baco del millennio, che con il doppio zero avrebbe fatto incartare i computers e bloccato il mondo o addirittura portato alla fine dell'umanità.

Analogamente, secondo la Profezia dei Maya il mondo doveva finire lo scorso 21 giugno (toccando ferro l'abbiamo scampata anche questa volta); per i seguaci di Nostradamus invece abbiamo ancora abbastanza tempo prima di chiudere bottega su questa crosta di terra essendo la Fine prevista per il 2240.

Certo questo 2020 non si è presentato bene! Chi a gennaio avrebbe potuto prevedere che uno stupido quanto insidioso virus avrebbe potuto sconvolgere in modo così catastrofico la nostra vita? Ci sentivamo così sicuri per l'enorme sviluppo delle tecnologie, per i brillanti risultati della Ricerca e della Medicina; usavamo i nostri smartphone e i nostri computer per gestire in maniera mirabile la nostra vita; ci sentivamo protetti, moderni, membri di una società multiculturale aperta e transnazionale; viaggiavamo per tutto il mondo senza limiti e con grande facilità. E in un solo mese, quel terribile mensis feralis, le nostre certezze si sono sbriciolate; questo orribile febbraio ci ha catapultato nell'orrore delle morti, dei malati, della nostra inadeguatezza di fronte ad un nemico terribile seppure invisibile. Il rischio del contagio ci ha fatto regredire a tempi bui della storia, alle pestilenze del passato, ha reciso affetti e vite e ci ha costretto a rinchiuderci nelle nostre case a dimenticare la socialità e la fantastica vitalità delle nostre abitudini.

La pandemia ha sconvolto la nostra vita, il nostro modo di gestire le relazioni sociali e il nostro modo di lavorare.

E ora che proviamo a ricominciare con la speranza di riprenderci ciò che della nostra vita ci è stato tolto, qualche riflessione si impone: forse abbiamo realmente peccato di un senso di onnipotenza e di invulnerabilità, abbiamo creduto che la scienza potesse garantirci sempre e comunque il nostro livello di vita, che nulla avrebbe potuto scalfire le nostre certezze.

Per noi medici poi la pandemia ha rappresentato un momento di impegno e di riconciliazione con le persone che troppo facilmente erano state indotte a dimenticare che dietro ai grandi mezzi della tecnologia e alle grandi scoperte della medicina c'erano tante donne e tanti uomini che faticano, che s'impegnano, che soffrono ma che non possono sempre e comunque garantire il successo della loro opera. Non è la vittoria dei medici in carne e ossa contro le macchine: è soltanto la presa di coscienza collettiva che il nostro è un lavoro difficile, che richiede tanta dedizione e tanta empatia, ciò che le macchine ipertecnologiche non sono in grado di garantire. Le nostre colleghe ed i nostri colleghi, le ostetriche, gli infermieri hanno continuato a prestare la loro attività anche e soprattutto nei momenti più acuti e terribili dell'epidemia persino nei territori maggiormente colpiti. Hanno dato dimostrazione di presenza e di attaccamento a quel camice bianco tante volte vilipeso, con grande dignità e con professionalità. A chi li ha chiamati eroi tutti hanno risposto che hanno fatto soltanto il loro dovere, quello per cui hanno giurato in nome di Ippocrate e che per arrivare a svolgerlo si sono sacrificati in lunghi anni di studio, di apprendimento, di perfezionamento; non è retorica: è come se di colpo la società avesse scoperto la difficoltà e il sacrificio dei medici, la necessità di averli vicino, di sentire il loro empatico aiuto oltre e al di là delle tecnologie pur indispensabili. Andare in sala parto, assistere donne in ansia per se e per i loro figli, pensare ai propri familiari a casa e a rischio, non preoccuparsi di se stessi nel momento dell'impegno professionale e dedicarsi agli altri: è questo il nostro ruolo, è questo che vogliamo fare anche in futuro. E i burocrati ed i politici che li comandano devono capirlo; mortificare i "camici bianchi", considerarli come accessori rispetto alla gestione della Sanità, è un gravissimo errore. La medicina senza (contro?) i medici non può produrre niente di positivo. E non c'era bisogno della pandemia e tantomeno di aspettare la fine del mondo per comprenderlo.



CARLO MARIA STIGLIANO