AOGOI

Organo Ufficiale dell'Associazione
Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

7 **Covid 19**
Nuove linee guida Iss

17 **Prevenzione / 1**
Biopsia liquida, un nuovo strumento concreto e sostenibile

19 **Prevenzione / 2**
Screening per lo streptococco gruppo B in gravidanza: è da ripensare?

Gyneco Aogoi

NUMERO 2 - 2021 - BIMESTRALE - ANNO XXXII

RAPPORTO CEDAP

PROSEGUE IL CROLLO DELLE NASCITE

PROGRAMMA NAZIONALE ESITI 2020 AGENAS

PERFORMANCE OSPEDALIERE

Frenano i parti cesarei, ma è allerta per i volumi di attività: ancora tante le strutture al di sotto dei 500 parti annui

POSTE ITALIANE S.P.A. - SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE - 70% - DCB ROMA

Dedichiamo una parte importante di questo numero alla conoscenza di dati utili a comprendere l'evoluzione clinica e organizzativa dell'attività assistenziale.

APRIAMO CON I RISULTATI del Programma Nazionale Esiti (Pne), strumento sviluppato da Agenas su mandato del Ministero della Salute. Una lente di ingrandimento sulle prestazioni erogate in tutte le strutture sanitarie italiane, pubbliche e private, accreditate e non, che consente di conoscere volumi di attività, dati di mortalità, tempi di intervento e altri indicatori in grado di misurare gli esiti delle performance raggiunte. Come è scritto sul sito di Agenas, il "Pne non produce classifiche, graduatorie, giudizi" ma sicuramente è uno strumento con il quale dovremo sempre di più misurarci per individuare le criticità e promuovere in maniera virtuosa l'efficacia e l'equità del Ssn, l'appropriatezza degli interventi sanitari analizzando anche i cambiamenti nel tempo. L'edizione 2020 entra nel vivo di 177 indicatori in relazione ai vari ambiti clinici tra cui quello ostetrico e perinatale.

E SEMPRE IN TEMA DI APPROFONDIMENTO puntiamo i riflettori sulla Pma, presentando i dati della relazione al Parlamento sulla attuazione della legge 40 che ci fornisce un quadro preciso della situazione Pma in Italia che nel 2018 ha interessato il 3.2% della nascite con una discrepanza importante fra le varie Regioni, comunque in media con un volume di attività inferiore rispetto all'Europa. E ancora, dal gruppo di lavoro SPItOSS arrivano i dati completi dello studio pilota sulla mortalità perinatale che ha coinvolto le Regioni Lombardia, Toscana e Sicilia. Emerge chiaro come i fattori di rischio principali siano la cittadinanza straniera, le gravidanze multiple ed i parti prematuri. È evidente come sia fondamentale offrire una assistenza adeguata a tutte le donne in gravidanza, ma con una attenzione alle situazioni che presentano elementi sociali o medici di rischio maggiore. Dedichiamo poi spazio alle snelle, concise e facili da consultare schede informative su eclampsia e sepsi materna, che riassumono in modo chiaro i risultati dello studio ItOSS su queste complicanze della gravidanza.

NON POTEVA NATURALMENTE MANCARE il sempre utilissimo lavoro dell'Istituto Superiore di Sanità sulla gestione, in questo periodo di emergenza Covid, della gravidanza, parto ed allattamento di cui pubblichiamo le ultime revisioni.

L'AGGIORNAMENTO SCIENTIFICO è dedicato alla biopsia liquida e alla infezione da Streptococco. Ci auguriamo che la biopsia liquida possa davvero rappresentare uno strumento da utilizzare nella pratica clinica per la prevenzione, o almeno la diagnosi il più possibile precoce, delle malattie neoplastiche che continuano ad essere una causa importante di morbilità e di mortalità. Per quanto concerne l'infezione neonatale da Streptococco B, come sappiamo, è causa di esiti a medio-lungo termine: la prevenzione è quindi essenziale, non dobbiamo assolutamente abbassare la nostra attenzione ed essere pronti a fare tesoro di nuovi dati.

Colgo infine l'occasione per inviare a tutte/i gli auguri miei e del Direttivo Aogoi di Buona Pasqua e di buona lettura!

ELSA VIORA
Presidente Aogoi

ESPERIENZE SUL CAMPO

PIEMONTE
TOSCANA
LAZIO
SICILIA

DA PAGINA 21

In questo numero abbiamo lasciato ampio spazio ad "esperienze sul campo", del Lazio, della Toscana, del Piemonte e della Sicilia, che possono rappresentare uno spunto utile per la nostra attività clinica.
Riteniamo molto importante la condivisione delle esperienze pratiche per questo ed invito caldamente tutte/i ad inviarci i loro contributi che saremo ben lieti di pubblicare.

Buona lettura!

Gyneco Aogoi

Organo Ufficiale dell'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

AOGOI ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

Numero 2 - 2021
Anno XXXII

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
Alba Cicogna
a.cicogna@hcom.it
Tel. 320.7411937
0331.074259

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: marzo 2021
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

PROGRAMMA NAZIONALE ESITI

Performance ospedaliere IL NUOVO PNE 2020 DI AGENAS

Frenano i parti cesarei, ma è allerta per i volumi di attività: ancora tante le strutture al di sotto dei 500 parti annui

Un sistema sanitario in progressivo miglioramento sul piano degli standard di qualità raggiunti dai servizi e con trend positivi nella maggior parte delle aree assistenziali

NEL 2019 IL SSN, continua a "mantenere il ritmo" nonostante i tagli degli anni precedenti e il personale contingentato. Mostra infatti performance di tutto rispetto per infarti e per le fratture di femore operate entro le 48 ore nei pazienti over 65. In quest'area clinica sette strutture su dieci hanno raggiunto gli standard previsti e il gap tra le Regioni si è accorciato grazie a un progressivo recupero soprattutto nelle regioni del Sud. E persino i famigerati parti cesarei continuano a diminuire.

Certo, non va proprio tutto bene: nella sua corsa, spesso, inciampa. Il divario Nord-Sud è ancora presente e soprattutto emergono gap all'interno di una stessa Regione tra le strutture. Rimane poi una preoccupante frammentazione, soprattutto sul fronte di quelle performance per le quali esiste una documentata relazione tra volumi di attività ed esiti di salute. E così anche in quelle aree come i parti cesarei e le fratture di femore che mostrano appunto di incoraggiamento, l'eccellenza è ancora lontana. Ad esempio, nel 2019 erano 142 le strutture che effettuavano meno di 500 parti ogni anno. E la frammentarietà non lascia indenne neanche la chirurgia oncologia: circa un terzo delle pazienti con tumore al seno ha ricevuto un trattamento in unità operative con meno di 135 interventi l'anno, al di fuori quindi delle performance attese. L'assistenza mostra il fianco anche sul fonte della tempestività nell'accesso alle cure, soprattutto nell'ambito delle reti tempo-dipendenti. Non manca il ricorso a pratiche inappropriate sul piano clinico organizzativo; infine l'ospedalizzazione evitabile mette in luce l'esistenza di carenze e ritardi sul versante della sanità territoriale.

È questa la questo lo scenario emerso dai nuovi risultati del Programma nazionale esiti (Pne) curato da Agenas, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e con il Dipartimento di Epidemiologia della Asl Roma 1, che ha messo sotto le lente le prestazioni erogate negli ospedali pubblici e privati, accreditati e non, passando al setaccio volumi di attività, dati di mortalità, tempi di intervento e altri indicatori in grado di misurare gli esiti delle performance raggiunte.

Un programma sempre più "chirurgico", si ripresenta infatti con un numero di indicatori ancora più ampio: dai 114 indicatori valutati nel 2012 l'edizione 2020 ne analizza 177 (72 sugli esiti e i processi assistenziali, 75 sui volumi di attività e 30 sui tassi di ospedalizzazione) in relazione ai seguenti ambiti clinici: cardio e cerebrovascolare, digerente, muscolo-scheletrico, pediatrico, ostetrico e perinatale, respiratorio, oncologico, urogenitale e malattie infettive.

I numeri descrivono inoltre eccellenze e passi falsi, per alcuni indicatori, dal 2012 al 2019. In ogni modo il mantra dell'Agenas, come per ogni edizione è sempre lo stesso: il Programma esclude categoricamente l'utilizzazione dei risultati come una sorta di "pagelle, giudizi" o una classifica degli ospedali, dei servizi, dei professionisti. È invece uno strumento per promuovere un'attività di auditing clinico e organizzativo che valorizzi l'eccellenza, individui le criticità e promuova quindi l'efficacia e l'equità del Ssn. Ma anche indubbio che il Pne consente di farsi un'idea concreta di dove si viene assistiti meglio.

DISTRIBUZIONE STRUTTURE

STRUTTURE AL DI SOTTO DEI 500 PARTI ANNUI

142

LAZIO

17,6%

SICILIA

13,4%

CAMPANIA

10,6%

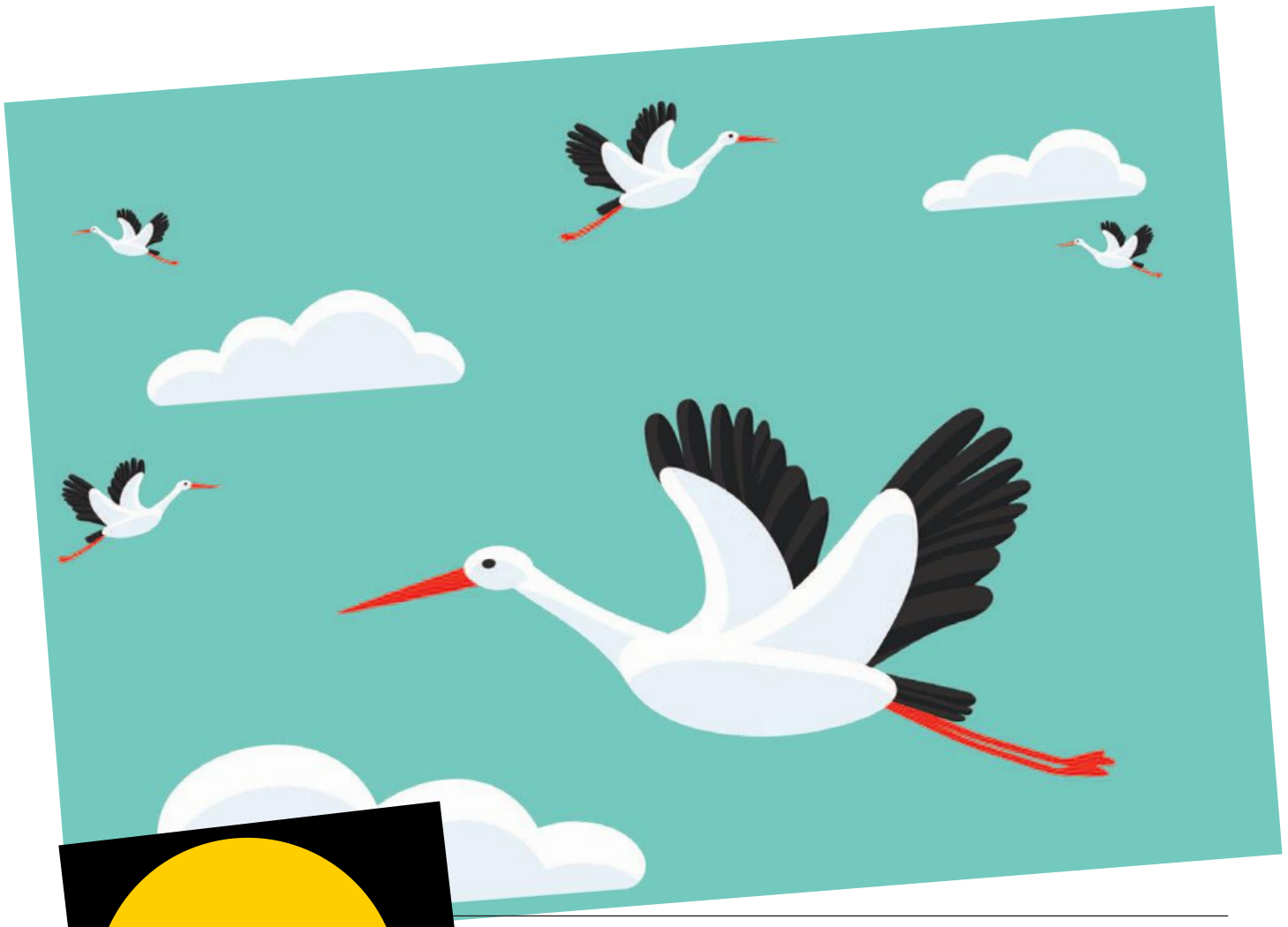
I principali dati in ambito clinico ostetrico e perinatale

Punti nascita

È ancora allarme per i volumi di attività di 142 strutture. In Italia, il numero di parti si è progressivamente ridotto nel corso del tempo, passando da 441.078 del 2018 a 417.144 nel 2019 (-5,4%). Il 32,2% delle strutture considerate nel Pne (sia pubbliche che private non accreditate) ha eseguito più di mille parti annui (153 in totale), coprendo il 62,4% del volume totale su base nazionale. Ma 142 strutture (il 6,8%) rimangono al di sotto del valore soglia dei 500 parti annui fissata dal Dm 70. Sul "libro nero" figurano il 17,6% delle strutture del Lazio, il 13,4% della Sicilia e il 10,6% della Campania.

Modalità del Parto

Parti cesarei. Sono sempre stati la spina nel fianco dell'appropriatezza delle performance sanitarie e nonostante si sia registrata negli anni una



RAPPORTO CEDAP

Prosegue il crollo delle nascite

Nel 2018 sono nati oltre 18 mila bambini in meno

Prosegue inesorabile il calo delle nascite in tutte le aree del Paese: nel 2018 sono nati 442.676 bambini (nel 2017 erano 461.284), ovvero -18.608. In calo ovviamente anche il numero di parti (435 mila contro i 452 mila dell'anno precedente)

importante frenata dei parti cesarei primari rimangono ancora zone d'ombra.
La frequenza di taglio cesareo primario è diminuita progressivamente negli ultimi anni, passando da un valore mediano di 25,3% al 21,5% del 2019 (eravamo al 37% nel 2004). Soprattutto negli ultimi tre anni si è registrato un forte rallentamento dei parti cesarei, ma ancora insufficiente rispetto allo standard internazionale fissato dall'Oms al 10-15% del totale dei parti (solo il 20,7% dei punti nascita rispetta la soglia massima stabilita dall'Oms)
Se si escludono le strutture con bassi volumi di attività (meno di 500 parti annui), solo il 14,4% delle maternità con meno di mille parti e il 63,4% dei punti nascita con volumi superiori a mille, sono in linea con quanto stabilito dal Dm 70 del 2015 che fissa al 25% la quota massima di cesarei nelle maternità con più di mille parti annui (al 15% nelle altre). Si conferma una certa eterogeneità interregionale e intra-regionale che conferma come gli interventi di promozione dell'appropriatezza clinico-organizzativa debbano proseguire. In alcune regioni del Sud nel 2019, accanto a valori mediani superiori agli standard, si segnalano strutture con percentuali di taglio cesareo primario oltre il 50% (Sicilia e Puglia) o addirittura oltre il 60% in Campania, che continua quindi ad essere maglia nera, e in Calabria.

Parti vaginali in donne con pregresso cesareo
La proporzione di parti vaginali eseguiti in donne che hanno già partorito con taglio cesareo, indicatore della qualità dell'assistenza offerta alle

Segue a pagina 6

> Anche la fecondità mantiene l'andamento decrescente degli anni precedenti: nel 2018 il numero medio di figli per donna scende a 1,32 rispetto a 1,46 del 2010

È QUANTO EMERGE dal Rapporto annuale sull'evento nascita in Italia - CeDAP 2018, che illustra le analisi dei dati rilevati per l'anno 2018 dal flusso informativo del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP) e di cui anticipiamo, su questo numero di Gyneco, i principali risultati.
"Nel corso del 2018 – rileva il Ministero della Salute – prosegue il calo delle nascite, in tutte le aree del Paese. Il fenomeno è in larga misura l'effetto della modificazione della struttura per età della popolazione femminile ed in parte dipende dalla diminuzione della propensione ad avere figli. Le cittadine straniere hanno finora compensato questo squilibrio strutturale; negli ultimi anni si nota, tuttavia, una diminuzione della fecondità delle donne straniere".
Il tasso di natalità varia da 5,7 nati per mille donne in età fertile in Sardegna a 10 nella Provincia Autonoma di Trento rispetto ad una media nazionale del 7,3. Le Regioni del Centro presentano tutte un tasso di natalità con valori inferiori alla media nazionale. Nelle Regioni del Sud, i tassi di natalità più elevati sono quelli di Campania, Calabria e Sicilia che presentano valori superiori alla media nazionale.
Anche la fecondità mantiene l'andamento decrescente degli anni precedenti: nel 2018 il numero medio di figli per donna scende a 1,32 (rispetto a 1,46 del 2010). I dati per il 2018 danno livelli più elevati di fecondità al Nord nelle Province Autonome di Trento e Bolzano e nel Mezzogiorno in Campania e Sicilia.
Le Regioni in assoluto meno prolifiche sono invece Sardegna, Basilicata e Molise. Il tasso di mortalità infantile, che misura la mortalità nel primo anno di vita, è pari nel 2018 a 2,88 bambini ogni mille nati vivi. Negli ultimi 10 anni il tasso ha continuato a diminuire su tutto il territorio italiano, anche se negli anni più recenti si assiste ad un rallentamento di questo trend. Permangono, inoltre, notevoli differenze territoriali. Il tasso di mortalità neonatale rappresenta la mortalità entro il primo mese di vita e contribuisce per oltre il 70% alla mortalità infantile.
I decessi nel primo mese di vita sono dovuti principalmente a cause cosiddette endogene, legate alle condizioni della gravidanza e del parto o a malformazioni congenite del bambino. La mortalità nel periodo post neonatale è invece generalmente dovuta a fattori di tipo esogeno legati alla qualità dell'ambiente igienico, sociale ed economico in cui vivono la madre e il bambino.
Si conferma poi il ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica. In media, nel 2018 il 32,3% dei parti è avvenuto con taglio cesareo, con notevoli differenze regionali che comunque evidenziano che in Italia vi è un ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica. Rispetto al luogo del parto si registra un'elevata propensione all'uso del taglio cesareo nelle case di cura accreditate, in cui si registra tale procedura in circa il 47,6% dei parti contro il 30,5% negli ospedali pubblici. Il parto cesareo è più frequente nelle donne con cittadinanza italiana rispetto alle donne straniere: si ricorre al taglio cesareo nel 27,0% dei parti di madri straniere e nel 33,7% dei parti di madri italiane.

PROGRAMMA NAZIONALE ESITI

Segue da pagina 5

donne, dal momento che le linee guida internazionali non escludono il parto naturale, in assenza di particolari condizioni di rischio, si mantiene ancora bassa e con un incremento contenuto nel tempo: dal 5,5% del 2012 si è passato la 10% nel 2019. Anche in questo caso c'è una differenza tra regione e regione: in particolare alcune strutture in Lombardia, Friuli, Veneto, Bolzano, Campania e Sicilia riescono a garantire il parto vaginale a oltre il 40% delle donne con parto cesareo pregresso. Di contro ci sono strutture che riescono a garantirlo solo a circa 1/3 delle donne.

Dove andrà il Programma nazionale esiti

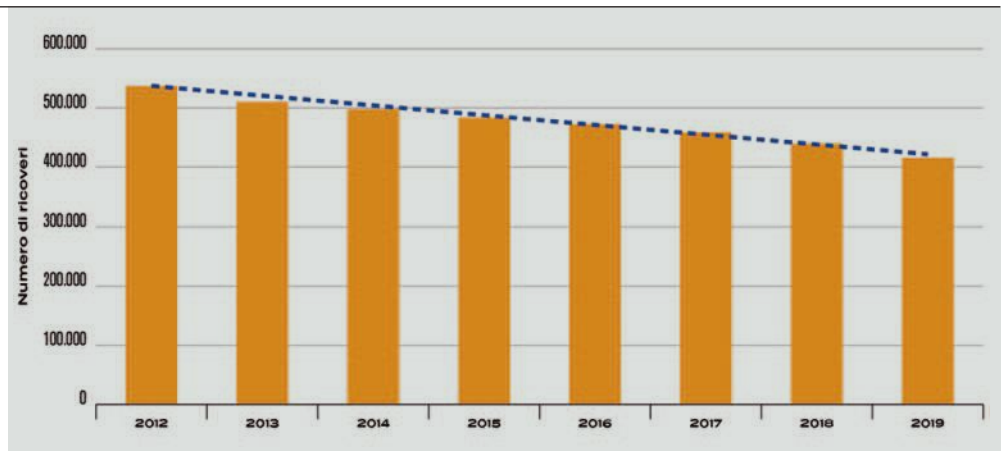
"Volumi di attività del singolo operatore sotto la lente"

Il Pne continua ad andare avanti e nelle prossime edizioni si dovranno sostenere diverse sfide, a partire, sottolinea Agenas "da un nuovo assetto di governance finalizzato a dar vita a una riorganizzazione di tutte le procedure operative e a garantire un alto profilo tecnico-scientifico del programma, anche attraverso la ristrutturazione dei gruppi tecnici da costituire nell'ambito del Comitato Pne". Tra le maggiori novità che potranno entrare in campo c'è l'aggiornamento delle evidenze sull'associazione tra volumi di attività ed esiti delle cure che permetterà di mettere sotto la lente il numero di interventi per ogni singolo operatore; ed anche l'implementazione delle nuove Sdo.

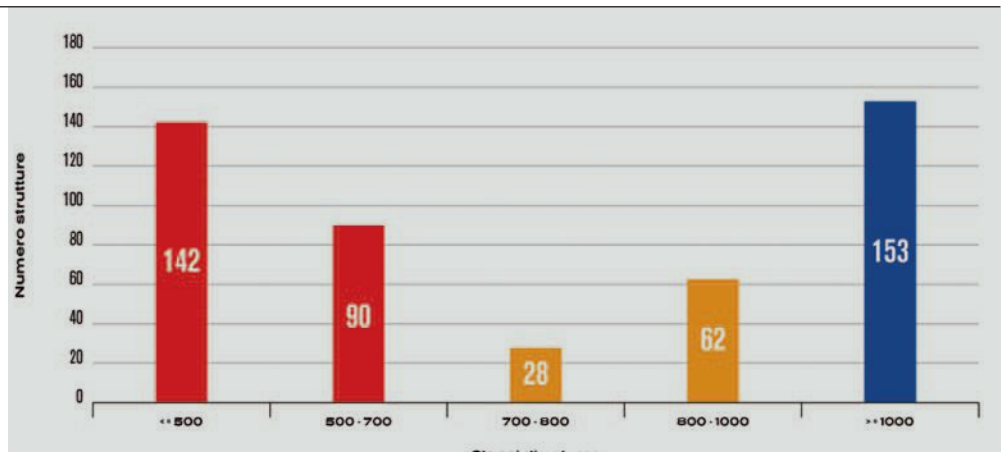
Tra le linee di sviluppo, spiega Agenas, si prevede: allargamento della valutazione a nuovi ambiti clinici (categorie nosologiche), setting assistenziali (sanità territoriale) e processualità (con riferimento ai percorsi diagnostico-terapeutici), attraverso la piena valorizzazione delle banche dati e il loro utilizzo integrato; attenzione massima agli aspetti della comunicazione dei risultati, attraverso approcci che prediligano l'analisi della variabilità all'attribuzione dei ranghi, e soprattutto quadri di lettura sinottica e multidimensionale in grado di cogliere al meglio la complessità delle dinamiche assistenziali e di evidenziare eventuali criticità del sistema; sviluppo di programmi di audit in grado di promuovere le buone pratiche a livello locale, sostenendo interventi di miglioramento della qualità e contribuendo, anche attraverso specifici percorsi formativi per gli operatori sociosanitari, alla diffusione della "cultura della valutazione" come grande opportunità di crescita del sistema nel suo complesso. E ancora, aggiornamento delle evidenze disponibili sull'associazione tra volumi di attività ed esiti delle cure, con particolare riferimento al numero di interventi per singolo operatore; sviluppo di programmi di ricerca comparativa di efficacia inerenti agli ambiti del Pne.

Una grande opportunità è rappresentata dalla nuova Sdo - formalmente adottata con Decreto del Ministero della Salute 7 dicembre 2016 n. 261, ma implementata in tutte le regioni solo nel 2019 - che contiene informazioni utili alla costruzione di indicatori con una migliore definizione e capacità di analisi e che consentirà ora di analizzare con maggiore accuratezza gli esiti delle reti tempo-dipendenti, grazie alla rilevazione dell'ora di ricovero e di effettuazione delle procedure; i volumi di attività attribuibili ai singoli operatori; le patologie già presenti al momento dell'ingresso in ospedale, distintamente da quelle presenti alla dimissione; la stadiazione dei tumori; la lateralità degli interventi.

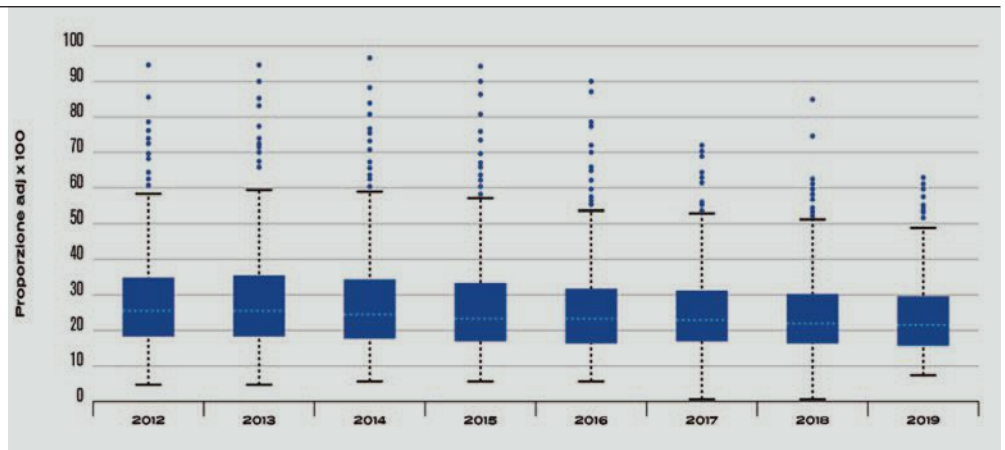
NUMERO RICOVERI PER PARTO
Italia 2019



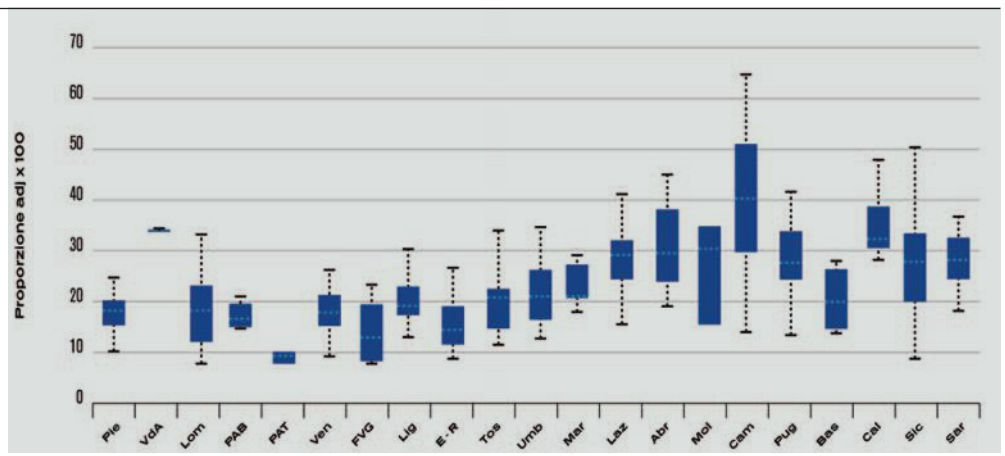
DISTRIBUZIONE DEI PUNTI NASCITA PER VOLUME DI PARTI.
Italia 2019



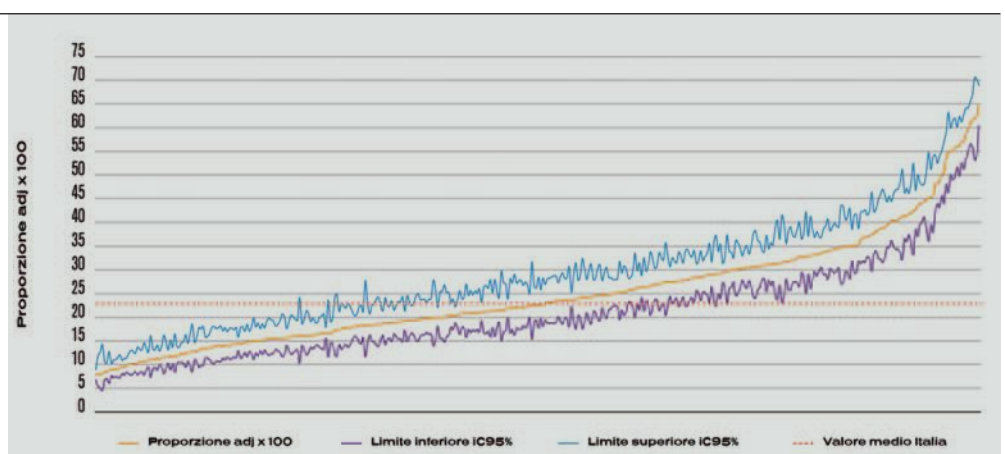
PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO.
Italia 2019



PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO PER REGIONE/P.A.
Italia 2019



PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO, PER STRUTTURA
Italia 2019



ATTUALITÀ

COVID-19

Ecco le nuove linee guida Iss

- GRAVIDANZA
- PARTO
- ALLATTAMENTO E CURA DI 0-2 ANNI

L'Istituto superiore di sanità ha aggiornato il suo precedente documento sulle linee di indirizzo per la gravidanza, l'allattamento cura dei piccolissimi di 0-2 anni in risposta all'emergenza Covid. Un testo che conta anche sulla condivisione della comunità scientifica italiana dei neonatologi, pediatri, ginecologi e ostetriche e anestesisti (Sin, Simp, Sip, Acp, Sigo, Aogoi, Agui, Siaarti e Fnopo) che ha aderito all'iniziativa dell'Iss, condividendone metodologia e contenuti e contribuendo alla divulgazione degli aggiornamenti prodotti

VEDIAMO IN SINTESI quali sono gli aggiornamenti apportati e i nuovi paragrafi aggiunti all'ultima versione delle linee di indirizzo rispetto ai report precedenti:

Gravidanza

Indicazioni aggiuntive:

- L'assistenza deve essere centrata sulla donna, rispettosa e qualificata in modo da preservare dignità, privacy e riservatezza e consentire una scelta informata. Deve inoltre essere garantita la presenza di una persona a scelta della donna durante tutto il percorso nascita.
- È importante garantire l'accesso alle informazioni prenatali e agli Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN), considerando anche le modalità on-line.
- Le donne in gravidanza che abbiano avuto un contatto con una persona con infezione da Sars-CoV-2 confermata, devono essere attentamente monitorate considerando la possibilità di trasmissione da soggetti asintomatici.
- Le donne in gravidanza con patologia da Covid-19 lieve, sospetta o confermata, dovrebbero essere seguite a domicilio in coordinamento con i servizi della Asl. L'accesso in ospedale è riservato ai casi di rapido peggioramento delle condizioni cliniche o quando non si abbia la possibilità di recarsi prontamente in ospedale. È sempre opportuno accedere ai punti nascita Covid identificati in ogni Regione.
- Le donne in gravidanza devono essere messe al corrente dei segni materni e neonatali, inclusi i segni di peggioramento della patologia da Covid-19 e la percezione di riduzione dei movimenti fetali attivi che richiedono assistenza. In caso di peggioramento della patologia o di segni di complicanze ostetriche (sanguinamento o perdita di liquido vaginale, visione offuscata, forte mal di testa, debolezza o vertigini, forte dolore addominale, gonfiore del viso, delle dita, dei piedi, intolleranza a cibi o liquidi, convulsioni, difficoltà respiratorie, riduzione dei movimenti fetali) consigliare loro di recarsi in ospedale o cercare assistenza quanto prima.
- Le visite di routine prenatali e postnatali presso le strutture ospedaliere dovrebbero essere posticipate se possibile, utilizzando strumenti alternativi di comunicazione per le consulenze, in modo da ridurre gli accessi presso gli ambienti ospedalieri. Una volta terminato il periodo di isolamento, riprogrammare le visite secondo quanto stabilito dalle linee guida e dalle raccomandazioni nazionali e internazionali.
- Anche per le donne Covid-19 positive sono raccomandate le vaccinazioni previste in gravidanza (influenza e pertosse).
- In caso di linfocitosi considerare la possibilità di un'infezione batterica piuttosto che virale e l'utilizzo appropriato di antibiotici.
- In caso di condizioni cliniche instabili, per le donne in gravidanza che necessitano una terapia steroidea, utilizzare prednisolone orale 40 mg una volta al giorno o idrocortisone endovenoso 80 mg due volte al giorno.
- In Italia l'Aifa ha predisposto delle schede che descrivono in modo chiaro le prove di efficacia e sicurezza disponibili sulle terapie farmacologiche per il Covid-19. Le schede vengono periodicamente aggiornate e sono disponibili sul sito dell'Aifa.

> L'Aifa ha predisposto delle schede che descrivono in modo chiaro le prove di efficacia e sicurezza disponibili sulle terapie farmacologiche per il Covid-19. Le schede vengono periodicamente aggiornate e sono disponibili sul sito dell'Aifa

Trasmissione verticale

Indicazione aggiornata:

- La trasmissione verticale del virus Sars-CoV-2 è possibile. Nonostante le evidenze siano ancora scarse, ad oggi viene comunque considerato un evento raro.

ATTUALITÀ

COVID / NUOVE LINEE GUIDA ISS

Indicazione aggiuntiva:

- Lo studio ItOSS ha evidenziato che, durante la prima ondata pandemica, tra il 25 febbraio e il 31 luglio 2020, i neonati che non sono stati separati alla nascita dalla madre e hanno praticato il rooming-in e ricevuto latte materno hanno esiti di salute altrettanto buoni dei bambini separati dalla madre dopo la nascita.

Effetti dell'infezione sul decorso della gravidanza

Indicazioni aggiuntive:

- Secondo i dati UkOss, le donne gravide straniere sovrappeso o obese, con comorbidità preesistenti (come nel caso del diabete e ipertensione cronica), con età >35 anni o con difficoltà socio-economiche, sembrano avere un maggior rischio di ricovero per patologia da Covid-19. Lo studio ItOSS ha evidenziato che, durante la prima ondata pandemica, le donne con pregresse co-morbidità (es. ipertensione), quelle obese e le donne di cittadinanza non italiana hanno un rischio significativamente maggiore di sviluppare una polmonite da Covid-19.
- Lo studio ItOSS ha evidenziato che, durante la prima ondata pandemica, il tasso medio di parto pretermine è stato pari al 14,4% con un decremento nel periodo di osservazione. Nei mesi di febbraio-marzo il tasso era pari al 17,5% mentre a luglio-agosto, grazie all'identificazione delle donne asintomatiche al momento del ricovero, il tasso è sceso al 11%. Complessivamente la maggioranza dei parti pretermine (7,7%) è dovuta a cause iatrogene, il 3,5% alla rottura prematura delle membrane e il 3,2% ad insorgenza spontanea. Il tasso di mortalità perinatale, rilevato in Lombardia (che ha segnalato il 59% dei casi), non presenta differenze con quello rilevato nel 2019.

Indicazioni aggiornate:

- Non c'è al momento evidenza di un aumentato rischio di aborto, della natimortalità o della morte neonatale in relazione all'infezione materna da Covid-19. Lo studio ItOSS ha evidenziato che, durante la prima ondata pandemica, il tasso di natimortalità rilevato in Lombardia (che ha segnalato il 53% dei casi) non presenta differenze con quello rilevato negli stessi mesi del 2019.
- Le evidenze a sostegno di un maggior rischio di iposviluppo fetale non sono conclusive; ad oggi viene considerato un evento possibile.

Prevenzione del tromboembolismo venoso

Paragrafo Aggiunto:

- In caso di isolamento presso il proprio domicilio è importante mantenere una corretta idratazione e praticare una moderata attività fisica.

Per le donne Covid-19 positive

- L'infezione da Sars-CoV-2 può essere un fattore di rischio per il tromboembolismo venoso (TEV). Durante la gravidanza, in particolare per donne con infezione sospetta o confermata è raccomandato valutare il rischio di TEV (di persona o da remoto).

> Non c'è al momento evidenza di un aumentato rischio di aborto, della natimortalità o della morte neonatale in relazione all'infezione materna da Covid-19

- La prescrizione della tromboprofilassi in gravidanza va valutata caso per caso*
- Le donne in gravidanza COVID-19 positive che abbiano iniziato la tromboprofilassi, devono continuarla fino alla risoluzione della patologia.
- A tutte le donne ricoverate in gravidanza Covid-19 positive dovrebbe essere offerta la profilassi con eparina a basso peso molecolare, a meno che non sia previsto il parto entro 12 ore.
- In caso di gravi complicanze da Covid 19 le donne devono essere prese in carico da parte di un team multidisciplinare, compreso un esperto di gestione del TEV in gravidanza, per la corretta definizione del dosaggio di eparina a basso peso molecolare.
- La profilassi per la prevenzione del tromboembolismo venoso dovrebbe essere prescritta di routine, salvo nei casi di controindicazione materna, per almeno 10 giorni dopo la dimissione ospedaliera con eparina a basso peso molecolare. In caso di grave morbilità, considerare di estenderla fino a 6 settimane dopo il parto.
- La trombocitopenia è associata ad un quadro severo della patologia Covid-19. Interrompere la terapia con aspirina o altre tromboprofilassi e richiedere un consulto ematologico nelle donne con trombocitopenia (piastrine inferiori a 50x109/l).

**Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium. Green-top Guideline no. 37a. London: RCOG; 2015. 5*

Presenza persona a scelta della donna

Indicazioni aggiuntive:

- Tale persona assume a tutti gli effetti ruolo di accompagnatore/curante (care-giver) e non di "visitatore".
- Lo studio ItOSS ha evidenziato che, durante la prima ondata pandemica, il 51,9% delle madri ha potuto avere una persona di sua scelta vicino durante il travaglio e il parto.

Assistenza al travaglio

Indicazioni aggiuntive:

- La positività al virus Sars-CoV-2 in donne asintomatiche non costituisce di per sé indicazione per il monitoraggio continuo della frequenza cardiaca fetale tramite CTG.
- Lo studio ItOSS ha evidenziato che, durante la prima ondata pandemica, il 31,9% delle donne che hanno partorito per via vaginale ha praticato un'analgesia epidurale.
- Il travaglio indotto farmacologicamente, l'accelerazione del parto e l'episiotomia o il parto vaginale operativo devono essere eseguiti non per lo stato di positività al COVID-19, ma solo se clinicamente giustificati e sulla base delle condizioni materne e/o fetali.

Assistenza al parto

Indicazioni aggiuntive:

- Un componente del team designato dovrebbe aggiornare regolarmente i familiari della donna sulle sue condizioni cliniche, utilizzando i servizi di interpretariato quando necessario.
- Lo studio ItOSS ha evidenziato che, durante la prima ondata pandemica, il tasso di tagli cesarei è stato pari a 33,7% in linea con il dato nazionale.

Indicazioni aggiornate:

- Il travaglio e il parto in acqua non sono raccomandati nelle donne sintomatiche (tosse, febbre, malessere generale) per il rischio ipotetico di trasmissione attraverso le feci e perché i DPI non sono impermeabili. Non è controindicato nelle donne asintomatiche e presunte o confermate Sars-CoV-2 negative. Chi assiste il parto deve indossare i DPI adeguati.
- Il clampaggio tardivo del cordone (1-3 minuti) è raccomandato per i noti benefici di salute per la madre e il neonato che superano i rischi teorici e non documentati.

Contatto pelle-a-pelle

Indicazione aggiornata:

- Per tutti i neonati il contatto pelle-a-pelle, inclusa la kangaroo mother care per i neonati pretermine e di basso peso alla nascita, è raccomandato perché i suoi benefici per la salute del neonato, incluso l'avvio tempestivo dell'allattamento, superano l'ipotetico rischio di trasmissione. Lo studio ItOSS ha evidenziato che, durante la prima ondata pandemica, solo il 26,6% delle donne ha potuto praticare il contatto pelle-a-pelle.

Gestione congiunta madre-neonato/neonata e rooming-in

Indicazioni aggiuntive:

- Le donne con patologia da Covid-19 sospetta non dovrebbero essere separate dai loro bambini in attesa dei risultati del tampone per Sars-CoV-2.
- Nel caso in cui la madre non sia in condizioni cliniche tali da potersi occupare del suo bambino, deve essere considerato un altro family-caregiver.
- Se il neonato necessita di cure fornite dalla Terapia Intensiva Neonatale, bisogna garantire alla madre e al padre il libero accesso ad un'area dedicata e separata utilizzando le misure di prevenzione.

Misure di prevenzione

Indicazioni aggiuntive:

- Sono state inserite indicazioni del Gruppo di lavoro Iss Prevenzione e controllo delle Infezioni. "Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da Sars-CoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da covid19) nell'attuale scenario emergenziale Sars-COV-2". Versione del 10 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 2/ 2020 Rev. 2)".

Per le donne

Indicazione aggiornata:

- Considerare l'utilizzo della mascherina quando si allatta o si entra in contatto ravvicinato con il bambino.

Indicazione aggiuntiva:

- I neonati e i bambini non devono indossare mascherine o altre forme di copertura per il viso a causa del rischio di soffocamento.

> "Per tutti i neonati il contatto pelle-a-pelle è raccomandato perché i suoi benefici per la salute del neonato, incluso l'avvio tempestivo dell'allattamento, superano l'ipotetico rischio di trasmissione

POSITION PAPER

APPROVED

Position Paper ad interim dei ginecologi

"Vaccino anti- Covid 19: nessun aumento di rischio trombotico nelle donne"

La Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo), l'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (Aogoi) e l'Associazione Ginecologi Universitari Italiani (Augui) hanno preso posizione sulla vaccinazione anti-Covid19 e il (presunto) rischio trombotico nelle donne, condividendo un position paper ad interim sulla base delle conoscenze attuali. Documento condiviso anche dalla Società Italiana Menopausa (Sim), dalla Società Italiana della Contraccezione (Sic) e dalla Società Italiana Ginecologia della Terza Età (Sigite).

Secondo le società scientifiche, non vi sono dati in letteratura sull'aumentato rischio trombotico nella popolazione sottoposta ai vaccini anti-Covid attualmente disponibili - incluso il siero AstraZeneca - rispetto alla popolazione generale, e non vi sono controindicazioni alla vaccinazione anti-Covid nelle donne che assumono contraccettivi estroprogestinici o che utilizzano la terapia ormonale sostitutiva.

Per queste ragioni la vaccinazione non è un'indicazione a effettuare indagini genetiche per valutare il rischio trombofilico, né a eseguire indagini preliminari o attuare profilassi antitrombotica dopo la vaccinazione.

Nello specifico, il position paper, sulla base dei dati attualmente disponibili dall'esperienza e dalla letteratura internazionale, afferma che:

- **NON VI È NESSUN DATO** in letteratura che evidenzi un aumento del rischio trombotico nella popolazione sottoposta al vaccino anti-Covid19, ed in particolare AstraZeneca, rispetto alla popolazione generale
- **IL VACCINO ANTI-COVID19** non può essere pertanto considerato un fattore di rischio trombotico da sommare agli altri eventuali fattori di rischio anamnestici e personali eventualmente presenti
- **NON VI È NESSUNA** controindicazione alla vaccinazione nelle donne che assumono estroprogestinici quale contraccezione ormonale o terapia ormonale sostitutiva
- **NON VI È INDICAZIONE** ad eseguire indagini preliminari o attuare profilassi antitrombotica dopo la vaccinazione (aspirina a basso dosaggio o eparina a basso peso molecolare)
- **LA VACCINAZIONE NON È** una indicazione a eseguire indagini genetiche per valutare il rischio trombofilico, come non lo è il desiderio di contraccezione ormonale
- **PER LE DONNE NON GRAVIDE** a rischio trombotico aumentato non vi è nessuna evidenza di controindicazioni alla vaccinazione
- **LE DONNE A RISCHIO TROMBOTICO** aumentato devono effettuare in gravidanza una profilassi antitrombotica personalizzata in rapporto al rischio e tale condizione non controindica l'effettuazione della vaccinazione anti-Covid-19.

ATTUALITÀ

COVID / NUOVE LINEE GUIDA ISS

Allattamento

Indicazioni aggiuntive:

- Le famiglie dovrebbero essere informate che l'infezione da COVID-19 non è una controindicazione all'allattamento.
- Lo studio ItOSS ha evidenziato che, durante la prima ondata pandemica, il 79,6% dei neonati ha ricevuto latte materno in modalità complementare, predominante o esclusiva.
- Non dovrebbero essere promossi i sostituti del latte materno, i biberon, le tettarelle, i succhiotti, i ciucci, né da parte delle strutture e né da parte del personale secondo quanto stabilito dal Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno e le successive risoluzioni dell'Assemblea Mondiale della Salute.

Vaccinazione contro il Covid-19 in gravidanza e allattamento

Paragrafo aggiunto:

- Le indicazioni ad interim su "Vaccinazione contro il Covid-19 in gravidanza e allattamento" pubblicate dall'Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS) coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità*, riflettono le informazioni e le raccomandazioni delle principali agenzie internazionali e prevedono quanto segue:
- Le donne in gravidanza e allattamento non sono state incluse nei trial di valutazione dei vaccini PfizerBioNtech mRNA (Comirnaty) e Moderna e del vaccino AstraZeneca per cui non disponiamo di dati di sicurezza ed efficacia relativi a queste persone.
- Gli studi condotti finora non hanno evidenziato né suggerito meccanismi biologici che possano associare i vaccini a mRNA e il vaccino con adenovirus modificato ad effetti avversi in gravidanza e le evidenze di laboratorio su animali suggeriscono l'assenza di rischio da vaccinazione.
- Al momento le donne in gravidanza e allattamento non sono un target prioritario dell'offerta di vaccinazione contro il Covid-19 che, ad oggi, non è raccomandata di routine per queste persone.
- Dai dati dello studio ItOSS, relativi alla prima ondata pandemica in Italia, emerge che le donne in gravidanza presentano un rischio basso di gravi esiti materni e perinatali e che le comorbidità pregresse (ipertensione, obesità) e la cittadinanza non italiana sono significativamente associate a un maggior rischio di complicanze gravi da Covid-19.
- La vaccinazione dovrebbe essere presa in considerazione per le donne in gravidanza che sono ad alto rischio di esposizione al virus (es. operatrici sanitarie, caregiver) e/o di complicazioni gravi da Covid-19. Le donne in queste condizioni devono valutare, con i sanitari che le assistono, i potenziali benefici e rischi della vaccinazione e la scelta deve essere fatta caso per caso.
- Se una donna vaccinata scopre di essere in gravidanza subito dopo la vaccinazione, non c'è evidenza in favore dell'interruzione della gravidanza.
- Se una donna scopre di essere in gravidanza tra la prima e la seconda dose del vaccino può rimandare la seconda dose dopo la conclusione della gravidanza, eccezion fatta per i soggetti ad alto rischio.
- Le donne che allattano possono essere incluse nell'offerta vaccinale senza necessità di interrompere l'allattamento.

Considerati i sostanziali benefici per la salute delle donne che allattano e per i loro bambini allattati, la Who riporta che:

- si considera che l'efficacia del vaccino nelle donne che allattano sia simile a quella degli altri adulti. Tuttavia, non ci sono dati sulla sicurezza dei vaccini Covid-19 nelle donne che allattano o sugli effetti dei vaccini a mRNA sui bambini allattati. Poiché i vaccini a mRNA non contengono il virus e l'mRNA non entra nel nucleo della cellula e si degrada rapidamente, è biologicamente e clinicamente improbabile che rappresenti un rischio per il bambino allattato.
- Sulla base di queste considerazioni, a una donna che allatta e che fa parte di un gruppo raccomandato per la vaccinazione, ad es. le professioniste sanitarie, dovrebbe essere offerta la vaccinazione analogamente a quanto avviene per gli altri professionisti sanitari.
- È sconsigliata l'interruzione dell'allattamento dopo la vaccinazione.

***Vaccinazione contro il COVID-19 in gravidanza e allattamento "Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS) – Istituto Superiore di Sanità. https://www.epicentro.iss.it/vaccini/covid-19-target-gravidanza-allattamento 15**

La Who, così come Agenzie regolatorie internazionali e nazionali, raccomanda inoltre che sia promossa la ricerca post-marketing sull'efficacia e la sicurezza del vaccino nel tempo e le attività di farmacovigilanza, nonché la valutazione dell'impatto della vaccinazione materna sui bambini allattati.

Modelli organizzativi integrati ospedale-territorio

Indicazioni aggiuntive:

- Alla dimissione è necessario garantire informazioni aggiornate sulla rete dei servizi disponibili. Nel percorso nascita la rete di sostegno è costituita anche da soggetti non sanitari a supporto dei neogenitori, come ad esempio enti, associazioni, gruppi locali afferenti al terzo settore, servizi sociali che contribuiscono alla promozione della salute e al contrasto alle disuguaglianze.
- È importante garantire l'accesso alle informazioni prenatali e post-natali, individuali e di gruppo, ad esempio attraverso gli Incontri di Accompagnamento alla Nascita e i gruppi dopo parto, considerando anche le modalità online.

Indicazioni per i servizi di Igiene e Sanità Pubblica e servizi territoriali dedicati alla gestione dei casi e dei contatti
Paragrafo aggiunto:

Qualora i servizi dedicati alla gestione dei casi e dei contatti prendano in carico una donna in gravidanza, una puerpera o una donna allattante, possono fare riferimento alle indicazioni del presente documento, secondo un modello organizzativo integrato ospedale-territorio, relativamente a:

- Proseguire la gestione congiunta della diade madre-bambino, evitando la separazione anche in caso di sola positività della madre o del bambino/bambina.
- Promuovere la presenza del padre, considerato a tutti gli effetti un curante.
- Favorire il ricongiungimento dei nuclei familiari in caso di separazione temporanea (es. ricovero in Terapia Intensiva Neonatale).

Benessere psicologico

Indicazione aggiuntiva:

- I servizi devono garantire un'assistenza al lutto perinatale di elevata qualità anche durante la pandemia, fornendo tutte le cure adeguate, intrapartum e postnatali, le indagini e gli appuntamenti necessari.

PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

PMA

La Relazione al Parlamento sull'attuazione della Legge 40

Superano quota 14 mila i bimbi nati con tecniche assistite. Ma quasi il 60% dei centri italiani ha volumi sotto lo standard Ue

HANNO SUPERATO QUOTA 14MILA i bambini nati vivi con tecniche di Procreazione medicalmente assistita nel 2018, il 3,2% del totale delle nascite. Un trend in aumento anche se, dal 2017 al 2018, considerando l'applicazione di tutte le tecniche sia di I livello (inseminazione), che di II e III livello (fecondazione in vitro) con o senza donazione di gameti, è in lieve diminuzione il numero delle coppie trattate (da 78.366 a 77.509), mentre si mantiene stabile il numero dei cicli effettuati (da 97.888 a 97.509). A fare la parte del leone per il maggior numero dei trattamenti di fecondazione assistita sono i centri pubblici e privati convenzionati. Permangono ancora difformità nella distribuzione dell'offerta sul territorio nazionale, con una maggiore concentrazioni di Centri nel Nord Italia. Soprattutto quasi il 60% dei centri ha volumi di attività al di sotto dello standard Ue (meno di 500 trattamenti annui). Resta elevata l'età media delle donne che si sottopongono a tecniche senza donazione di gameti a fresco: 36,7 anni. Diminuiscono le gravidanze gemellari e anche le trigemine.

PMA IN ITALIA

CENTRI PMA ATTIVI
345

COPPIE TRATTATE
77.509

ETÀ MEDIA DELLE DONNE
36,7anni

È questa la fotografia sulle attività di Pma nel nostro Paese scattata dalla Relazione al Parlamento sull'attuazione della Legge 40 del Ministero della Salute e relativa all'anno 2018.

I NUMERI. In totale i Centri Pma attivi sul territorio nazionale sono 345, di cui 106 pubblici, 20 privati convenzionati e 219 privati (143 di I livello e 202 di II e III livello). In generale, il 69,2 % dei cicli di trattamenti di II e III Livello a fresco senza donazione di gameti si effettua all'interno del Ssn, quindi nei Centri pubblici e nei privati convenzionati. I centri Pma privati, numericamente superiori a quelli del pubblico e del privato convenzionato (104 vs 67 + 17), svolgono invece meno cicli di trattamento. In termini percentuali è pubblico il 35,6% dei centri ed effettua il 41,1% dei cicli; il 9,0% è privato convenzionato ed effettua il 28,1% dei cicli; il 55,3% è privato tout court ed effettua il 30,8% dei cicli.

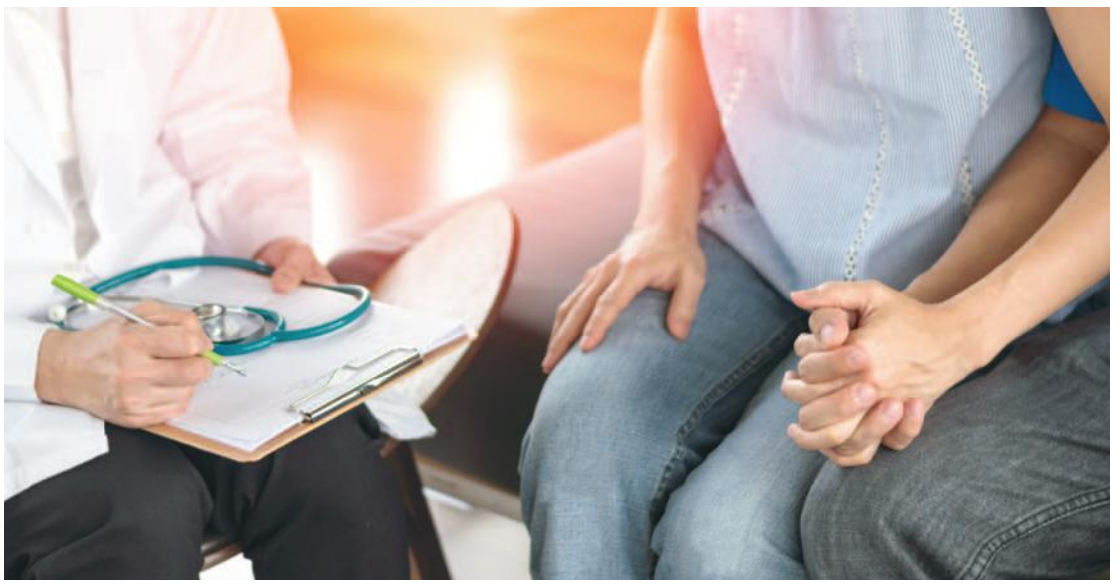
DISOMOGENEITÀ E FRAMMENTAZIONE DELL'OFFERTA. Sul fronte della distribuzione dei centri pubblici e privati emerge una disomogeneità territoriale con una maggiore concentrazione nel nord del Paese che riflette quindi la diversità dell'offerta ai cittadini, tra le Regioni.
Inoltre, un consistente numero di centri Pma presenti sul territorio nazionale svolge un numero ridotto di procedure nell'arco dell'anno. Solo il 27,1% dei centri di II e III livello ha effettuato più di 500 cicli, contro una media europea di Centri che svolgono un'attività di più di 500 cicli del 43,1%. (European IVF Monitoring, Eim anno 2015). Per questo si sottolinea nella Relazione "Sarebbe auspicabile che gli operatori dei centri Pma svolgessero volumi di attività congrui in modo da garantire qualità e sicurezza e appropriatezza delle procedure nelle tecniche di Pma e che tali centri fossero equamente distribuiti su tutto il territorio nazionale garantendo lo stesso livello di prestazione".

ALTA L'ETÀ MEDIA DELLE DONNE CHE SI SOTTOPONGONO A PMA. Resta elevata l'età media delle donne che si sottopongono a tecniche senza dona-

zione di gameti a fresco: 36,7 anni (i dati più recenti pubblicati dal registro europeo danno per il 2015 un'età media di 34,9 anni). Ovviamente nella fecondazione con donazione di gameti l'età della donna è maggiore se la donazione è di ovociti (41,6 anni) e minore se la donazione è di seme (34,8). "La maggiore età – si legge nella Relazione – di chi accede ai cicli di donazione sembra indicare come questa tecnica sia scelta soprattutto per infertilità fisiologica, dovuta appunto all'età della donna e non per patologie specifiche. Per le tecniche a fresco senza donazione di gameti, le percentuali di successo sembrano ridursi, ma dobbiamo considerare un costante numero di coppie che accedono alle tecniche di Pma con età maggiore di 40 anni mentre migliorano nelle tecniche con l'applicazione di crioconservazione".

LE TECNICHE UTILIZZATE. A livello nazionale circa il 4,2% dei parti con Procreazione medicalmente assistita ha utilizzato il trattamento farmacologico e il 5,8% il trasferimento dei gameti maschili in cavità uterina (Iui). La fecondazione in vitro con trasferimento di embrioni in utero (Fivet) riguarda il 43,7% dei casi mentre la fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma (Icsi) riguarda il 35,5% dei casi.

I PARTI CON PMA ED ESITI.
Nelle gravidanze con Pma il ricorso al taglio cesareo è, nel 2018, superiore rispetto alla media nazionale, verificandosi nel 52,74% dei parti. La percentuale di parti plurimi in gravidanze medicalmente assistite (15,8%) è sensibilmente superiore a quella registrata nel totale delle gravidanze (1,7%). Si osserva una maggiore frequenza di parti con procreazione medicalmente assistita tra le donne con scolarità medio alta (3,3%) rispetto a quelle con scolarità medio bassa (1,6%). La percentuale di parti con Pma aumenta al crescere dell'età della madre, in particolare è pari al 12,86% per le madri con età maggiore di 40 anni.
Diminuiscono le gravidanze gemellari e anche le trigemine, queste ultime in linea con la media europea nonostante una persistente variabilità fra i centri. Rimane costante la percentuale di esiti negativi sulle gravidanze monitorate, per la fecondazione in vitro sia da fresco che da scongelamento. All'aumentare dell'età il rapporto tra gravidanze ottenute e cicli iniziati subisce una progressiva flessione mentre il rischio che la gravidanza ottenuta non esiti in un parto aumenta. I tassi di successo diminuiscono linearmente dal 22,2% per le pazienti con meno di 35 anni al 4,9% per quelle con più di 43 anni. Le percentuali cumulative di gravidanza per ogni classe di età della paziente seguono lo stesso andamento per età e fanno registrare un deciso incremento, in quasi tutte le fasce di età rispetto ai valori registrati nel 2017. Nel 2018, nelle pazienti con età inferiore ai 34 anni la probabilità di ottenere una gravidanza è stata del 13,2% sui cicli iniziati e del 14,7% sulle inseminazioni effettuate, mentre nelle pazienti con più di 42 anni la percentuale scende rispettivamente al 2,9% ed al 3,3%.



TASSI DI SUCCESSO

DONNE CON MENO DI 35 ANNI

22,2%

DONNE CON PIÙ DI 43 ANNI

4,9%

SINTESI DELL'ATTIVITÀ E MONITORAGGIO DELLE GRAVIDANZE
ANNI 2011 – 2018

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Centri attivi tenuti all'invio dei dati	354	355	369	362	366	360	366	345
% centri che hanno fornito dati all'ISS	100	100	100	100	100	100	100	100
Tutte le tecniche (IUI, FIVET, ICSI, Scongelamento di embrioni e di ovociti, donazione di gameti maschili e femminili)*								
N° di coppie trattate	73.570	72.543	71.741	70.826	74.292	77.522	78.366	77.509
N° di cicli iniziati	96.427	93.634	91.556	90.957	95.110	97.656	97.888	97.509
N° di nati vivi	11.933	11.974	12.187	12.720	12.836	13.582	13.973	14.139
Tecniche di I livello (IUI e donazione di gameti maschili)*								
N° di coppie trattate	20.012	18.085	17.218	14.967	14.545	13.798	12.423	11.426
N° di cicli iniziati	32.644	29.427	27.109	23.903	23.062	21.767	19.431	17.774
N° di gravidanze ottenute	3.246	3.024	2.775	2.399	2.466	2.429	2.078	1.952
% di gravidanze su cicli iniziati	9,9	10,3	10,2	10,0	10,7	11,2	10,7	11,0
% di gravidanze perse al follow-up	18,1	17,1	16,8	18,2	16,8	15,0	13,9	11,7
N° di Parti	2.062	1.974	1.810	1.530	1.649	1.629	1.396	1.369
N° di nati vivi	2.275	2.156	1.970	1.683	1.807	1.791	1.519	1.493
Tecniche di II e III livello (FIVET, ICSI, Scongelamento embrioni e ovociti, donazione di gameti maschili e femminili)*								
N° di coppie trattate	53.558	54.458	54.523	55.859	59.747	63.724	65.943	66.083
N° di cicli iniziati	63.783	64.207	64.447	67.054	72.048	75.889	78.457	79.735
N° di gravidanze ottenute	12.221	12.646	12.775	13.642	14.391	15.405	16.793	17.042
% di gravidanze perse al follow-up	12,2	13,2	10,3	10,8	11,3	10,2	11,9	9,7
N° di Parti	8.003	8.127	8.495	9.252	9.512	10.386	11.094	11.428
N° di nati vivi	9.658	9.818	10.217	11.037	11.029	11.791	12.454	12.646
Indicatori di accesso alle tecniche								
Cicli iniziati con tutte le tecniche di II e III livello per 1 milione di donne in età feconda (15-45 anni)	5.293	5.562	5.601	5.860	6.341	6.781	7.106	7.341
Cicli iniziati con tutte le tecniche di II e III livello per 1 milione di abitanti	1.050	1.078	1.070	1.103	1.175	1.237	1.275	1.297

* I dati di attività relativi alle tecniche di donazione di gameti sono disponibili dal 2014.

Conclusioni

IN GENERALE la quota di gravidanze monitorate ottenute da tecniche di secondo e terzo livello, sia a fresco che da scongelamento, che arriva al parto è il 73,7%. Il restante 26,3% delle gravidanze ha registrato un esito negativo.
Osservando la distribuzione degli esiti negativi di gravidanze per età delle pazienti, appare evidente come il rischio che una volta ottenuta la gravidanza, questa non esiti in un parto, è direttamente proporzionale all'età della paziente. Nelle pazienti con meno di 35 anni, la quota delle gravidanze con esito negativo è pari al 20,4%, quota che aumenta con il crescere dell'età, fino a giungere al 57,8% per le pazienti con età pari o maggiore di 43 anni.
Nel 2018, in generale, le pazienti con più di 43 anni hanno avuto un rischio circa 5 volte maggiore delle pazienti più giovani, di interrompere la gravidanza per il verificarsi di un evento negativo.

RAPPORTO ISTISAN

I risultati del progetto SPItOSS in Sicilia, Lombardia e Toscana

Mortalità perinatale.
A rischio immigrate, gravidanze multiple e parti prematuri

Rimane ancora alto il numero di bambini morti prima di nascere o entro la prima settimana di vita. La cittadinanza straniera, la gravidanza multipla e il parto prima di 32 settimane di gestazione sono i fattori di rischio principali

DISTURBI RESPIRATORI e cardiovascolari del neonato, sono le cause più frequenti delle morti neonatali entro i primi 7 giorni di vita, seguite da complicazioni di eventi intrapartum in particolare asfissia alla nascita e ipossia intrauterina, e infezioni e malformazioni congenite. Inoltre c'è una forte variabilità regionale nella qualità dell'assistenza e nella proporzione delle morti evitabili.
È stato pubblicato il Rapporto Istisan che illustra i risultati del progetto pilota population-based sulla sorveglianza della mortalità perinatale SPItOSS durato tre anni. Il Progetto coordinato dall'Italian Obstetric Surveillance System dell'Iss ha coinvolto tre regioni, Lombardia, Toscana e Sicilia, è stato coordinato dall'Istituto superiore di sanità e finanziato dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) del Ministero della Salute. Obiettivo dello studio la raccolta e l'analisi approfondita dei casi incidenti, attraverso audit e indagini confidenziali, per identificare le cause responsabili dei decessi e studiare i fattori associati al fine di migliorare la qualità dell'assistenza e ridurre le morti evitabili.
Vediamo in estrema sintesi alcuni dei principali dati emersi (il Rapporto completo è pubblicato sul sito Epicentro dell'Iss)
Dal Rapporto è emerso che dal 1° luglio 2017 al 30 giugno 2019, nelle 3 Regioni partecipanti alla Sorveglianza Perinatale di Italian Obstetric Surveillance System (SPItOSS), i presidi sanitari coinvolti hanno segnalato complessivamente 830 casi di morte perinatale, di cui 421 in Lombardia, 125 in Toscana e 284 in Sicilia. Il 58,3% dei casi (484) è costituito da morti in utero antepartum, il 4,3% da morti in uterointrapartum (36), e il 37,3% da morti neonatali (310)

Caratteristiche organizzative dei presidi sanitari partecipanti alla sorveglianza

NEI 123 PRESIDI DELLE 3 REGIONI che hanno fornito informazioni, su un totale dei 138 che hanno partecipato alla sorveglianza, in linea con gli standard raccomandati dal Ministero della Salute, è presente una guardia attiva h24 dotata di ginecologo, ostetrica, anestesista e pediatra/neonatologo dedicati all'Unità Operativa di ostetricia/ginecologia e/o presenti nel presidio. La Toscana è la regione con la più alta percentuale di punti nascita con un volume di parti annuo superiore a mille (56,5%), seguita dalla Lombardia (46,5%) e dalla Sicilia (35,7%). I punti nascita con un volume di parti annuo inferiore a 500 sono ancora numerosi (6,9% delle strutture in Lombardia, 17,4% in Toscana e 11,9% in Sicilia). La percentuale di tagli cesarei presenta delle differenze: il 25,7% in Lombardia, il 20,7% in Toscana e il 41% in Sicilia. Emerge un eccesso di interventi chirurgici in Sicilia rispetto a Lombardia e Toscana. Sono dotati di Terapia Intensiva Neonatale (Tin) il 29,8% dei punti nascita lombardi, il 34,8% di quelli toscani e il 40,0% dei siciliani. Per quanto il Sistema di Trasporto Assistito della Madre (Stam) e del neonato, è presente nel 71,9% delle strutture in Lombardia, 95,7% in Toscana, 85% in Sicilia), lo Sten (rispettivamente 93%, 100% e 87,5%) anche se il numero assoluto non è indice di efficienza della rete. In base al rapporto CedAP 2016, la percentuale di nati pretermine nelle 3 Regioni è del 7%. Nella coorte SPItOSS la percentuale di punti nascita che assiste oltre il 7% di parti pretermine è notevolmente più alta in Sicilia (59,5%) rispetto a Toscana (39,1%) e Lombardia (36,2%). Controllando la proporzione di parti pretermine per livello assistenziale dei punti nascita si conferma una non trascurabile variabilità territoriale: la quota di nati pretermine supera il 7% nel 42,9% dei centri di I livello siciliani, nel 20,0% di quelli toscani e nel 17,9% dei lombardi.
STIMA DEL TASSO DI MORTALITÀ. I tassi osservati, pari a 4,0 decessi ogni mille nati in Sicilia, 3,5 in Lombardia e 2,9 in Toscana, sono in linea con quelli stimati dall'Istat nel 2015, evidenziando una variabilità per area geografica che penalizza il Sud del Paese (sorveglianza SPItOSS include solo le morti in utero a partire da 28 settimane di gestazione).

RAPPORTO ISTISAN

TABELLA 1
MORTI PERINATALI SECONDO IL TIMING DEL DECESSO (%): CASI SEGNALATI NEL PERIODO 1 LUGLIO 2017 30 GIUGNO 2019
DATI SPITOSS

Timing	Regione			
	Lombardia (n=421)	Toscana (n=125)	Sicilia (n=284)	Totale (n=830)
Morti in utero *antepartum*	60,8	61,6	53,2	58,3
Morti in utero *intrapartum*	4,0	4,0	4,9	4,3
Morti neonatali	35,2	34,4	41,9	37,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

TABELLA 2
PREVALENZE DELLE PATOLOGIE MATERNE E CONDIZIONI FETALI E OSTETRICHE (%) ASSOCIATE ALLE MORTI IN UTERO E NEONATALI
DATI SPITOSS 2017-2019

Patologie della gravidanza	Morti in utero ≥28 settimane (n=435)	Morti neonatali <28 settimane (n=105)	Morti neonatali ≥28 settimane (n=156)
Diabete pre-gestazionale	1,6	2,9	1,3
Diabete gestazionale	9,4	9,5	5,8
Ipertensione cronica	2,1	7,6	1,9
Disturbi ipertensivi della gravidanza	9,0	13,3	3,9
Alterazioni Flussimetria Fetale	2,3	24,8	12,2
Rottura prematura membrane	2,8	39,1	11,5
Oligoidramnios	3,9	16,2	9,6
Polidramnios	5,1	3,8	9,6

TABELLA 3
PREVALENZE (%) DELLE CONDIZIONI MORBOSE DEI NEONATI DECEDUTI PER EPOCA GESTAZIONALE ALLA NASCITA
DATI SPITOSS 2017-2019

Condizioni morbose	Morti neonatali <28 settimane (n=106)	Morti neonatali ≥28 settimane (n=158)
Sepsi precoce	18,1	12,2
Emorragia intraventricolare	44,8	9,0
Ipertensione polmonare	18,1	25,6
Sindrome da distress respiratorio neonatale	95,2	62,8

TABELLA 4
EVITABILITÀ DELLE MORTI PERINATALI PER REGIONE
DATI SPITOSS 2017-2019

Valutazione evitabilità	Lombardia		Toscana		Sicilia		Totale	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Evitabile	5	11,4	0	0,0	10	38,5	15	16,0
Inevitabile con assistenza migliorabile	11	25,0	8	33,3	8	30,8	27	28,7
Inevitabile con assistenza appropriata	24	54,5	13	54,2	5	19,2	42	44,7
Non definibile	2	4,5	2	8,3	3	11,5	7	7,4
Da definire	2	4,5	1	4,2	0	0,0	3	3,2
Totale	44	100	24	100	26	100	94	100

Principali fattori di rischio di morte perinatale

SUI 699 DECESSI perinatali sottoposti ad audit clinico all'interno delle strutture sanitarie, sono stati analizzati i potenziali fattori di rischio associati al decesso perinatale. Ma, sottolinea il Rapporto, sono escluse dall'analisi, in quanto non sottoposte ad audit, l'8-9% delle morti perinatali segnalate in Lombardia e in Toscana e circa il 30% di quelle segnalate in Sicilia. I 699 casi sottoposti ad audit sono classificati in 3 gruppi: morti in utero (antepartum e intrapartum) a partire da 28 settimane + 0 giorni di gestazione (n. 435); morti neonatali avvenute entro i 7 giorni di vita, con età gestazionale alla nascita < 28 settimane (n. 105); morti neonatali avvenute entro i 7 giorni di vita, con età gestazionale alla nascita ≥ 28 settimane (n. 156). Per 3 casi di morte neonatale non è disponibile l'informazione sull'età gestazionale alla nascita.

PATOLOGIE MATERNE E CONDIZIONI FETALI E OSTETRICHE. Tra le morti in utero, il diabete gestazionale (9,4%) e i disordini ipertensivi della gravidanza (9,0%) sono le condizioni riportate più frequentemente, con prevalenze leggermente superiori rispetto ai dati di letteratura. La rottura prematura delle membrane risulta associata al 39,1% delle morti neonatali <28 settimane e all'11,5% di quelle di nati ≥28 settimane, e le alterazioni della flussimetria fetale riguardano rispettivamente il 24,8% e il 12,2% dei due gruppi. Tra le morti neonatali < 28 settimane gestazionali si rileva anche una maggiore prevalenza dei disordini ipertensivi della gravidanza (13,3%) e del diabete gestazionale (9,5%) oltre alla condizione di oligoidramnios (16,2%). Il polidramnios risulta invece più frequente tra le morti neonatali con età gestazionale di almeno 28 settimane (9,6%).

MORBOSITÀ NEONATALE. La sindrome da distress respiratorio neonatale è stata diagnosticata nella quasi totalità dei decessi di nati <28 settimane contro il 62,8% di quelli nati ≥28 settimane. Inoltre al 44,8% delle morti dei nati <28 settimane risulta associata all'emorragia intraventricolare. La sepsi precoce riguarda quasi due neonati su dieci nel primo gruppo e il 12,2% nel secondo.
Sul fronte della morbosità neonatale sono emerse importanti differenze a livello regionale: tra le morti neonatali a partire dalle 28 settimane gestazionali, i casi interessati da sepsi precoce variano dall'8% in Lombardia e in Toscana al 19% in Sicilia, mentre la quota di casi con sindrome da distress respiratorio risulta pari all'84,5% in Sicilia a fronte del 53,4% in Lombardia e 40,0% in Toscana.

CAUSE DI MORTE PERINATALE. I casi sottoposti all'intera revisione critica prevista dalla sorveglianza SPItOSS sono 110. Di questi, 9 sono stati esclusi in quanto erroneamente selezionati, per 7 casi non è stato possibile attribuire la causa di morte e valutare l'evitabilità per via dell'incompletezza della documentazione clinica disponibile. Dei 94 casi per i quali è stato portato a termine l'iter completo del processo di revisione (44 in Lombardia, 24 in Toscana, 26 in Sicilia) la numerosità dei decessi intrapartum è contenuta (n. 19) e 70 morti neonatali riguardano nell'86% dei casi (n. 60) nati ≥28 settimane di gestazione.
In particolare 12 dei 19 casi di morte intrapartum (il 63,2%) sono associati principalmente a distacco della placenta ed emorragia. Seguono le infezioni (n. 4; 21,1%), associate in tutti i casi a chorionamniositi. In 2 casi non è stato possibile attribuire la causa del decesso.
Dei 70 decessi neonatali esaminati, 20 (il 28,6%) sono attribuibili a disturbi respiratori e cardiovascolari, principalmente distress respiratorio del neonato (8 casi) e sindrome da aspirazione neonatale (5 casi). La condizione materna associata più comunemente a questi decessi è la chorionamniosite (4 casi), mentre in 6 casi su 20 non sono presenti condizioni materne e placentari associate.

IL SECONDO GRUPPO di cause attribuito più frequentemente è rappresentato dalle complicazioni di eventi intrapartum (n. 15; 21,4%), in particolare asfissia alla nascita (n. 10) e ipossia intrauterina (5 casi) associate a distacco della placenta (4 casi) e ad altre condizioni solo in 3 casi la madre non presentava alcuna condizione patologica.

SEGUE IL GRUPPO DELLE INFEZIONI (13 casi; 18,6%), che nella grande maggioranza dei casi è rappresentato da sepsi batterica del neonato (n. 10) associata principalmente a chorionamniosite (n.7).

IL QUARTO GRUPPO DI CAUSE per frequenza è quello delle malformazioni e deformazioni congenite (n. 9; 12,9%), che presenta una prevalenza inferiore rispetto all'atteso in quanto non include le malformazioni incompatibili con la vita e che nella maggior parte dei casi non si associa a condizioni materne e placentari. Seguono poi i disturbi correlati a basso peso alla nascita (n. 5; 7,1%), attribuiti a 4 dei 10 casi di morte neonatale con meno di 28 settimane gestazionali

EVITABILITÀ DEI CASI DI MORTE PERINATALE. I 94 casi analizzati sono stati classificati in 4 categorie: caso evitabile con assistenza inappropriata; caso inevitabile con assistenza migliorabile; caso inevitabile con assistenza appropriata; caso non definibile.
La percentuale di morti perinatali definite come inevitabili con assistenza appropriata è stata del 19,2% in Sicilia contro il 54,5% dei casi in Lombardia e il 54,2% in Toscana. Nessuno dei casi di morte perinatale avvenuto in Toscana è stato classificato come evitabile, a fronte dell'11,4% dei casi segnalati dalla Lombardia e del 38,5% di quelli avvenuti in Sicilia.
I dati relativi alla variabilità rilevata nella proporzione di morti perinatali valutate come evitabili, sottolinea poi il Rapporto "indicano un possibile margine di miglioramento in tutte le Regioni partecipanti e in particolar modo in Sicilia dove le indagini confidenziali hanno messo in luce differenze nei percorsi assistenziali delle madri e dei neonati meritevoli di attenzione".

MORBOSITÀ NEONATALE A PARTIRE DALLE 28 SETTIMANE GESTAZIONALI

SEPSI PRECOCE

LOMBARDIA / TOSCANA
8%

SICILIA
19%

SINDROME DA DISTRESS RESPIRATORIO

TOSCANA
40,0%

LOMBARDIA
53,4%

SICILIA
84,5%

PREVENZIONE

Le schede informative ItOSS

Eclampsia e sepsi materna, numeri e raccomandazioni

Eclampsia e sepsi materna sotto la lente. Sono state pubblicate le schede informative, i "fact sheet" per gli anglosassoni, predisposte da ItOSS che riassumono in un formato sintetico corredato da infografiche i principali risultati e le raccomandazioni cliniche sulle due complicanze in gravidanza

L'OBIETTIVO DELLE SCHEDE di ItOSS è quello di disseminare tra i professionisti sanitari che assistono le donne in gravidanza e al parto i principali risultati del progetto "Near miss ostetrici in Italia: l'eclampsia, la sepsi, l'embolia di liquido amniotico e l'emoperitoneo spontaneo".
Entrambe le schede sono state revisionate da esperti nazionali e approvate dalle società scientifiche/federazioni di settore (Sigo, Aogoi, Agui, Fnopo, Siaarti).
Lo studio sui near miss ostetrici, finanziato dal Ministero della Salute e coordinato dalla Regione Lombardia, rappresenta il secondo progetto prospettico population-based multiregionale sulla grave morbosità materna in Italia, promosso da ItOSS con l'obiettivo di raccogliere dati affidabili su questo argomento. Grazie alla collaborazione con Lombardia, Piemonte, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania, Puglia e Sicilia, è stata raggiunta una copertura pari al 75% dei nati nel Paese.
Come per il precedente progetto sui near miss emorragici, coordinato da ItOSS nel biennio 2014-2016, i dati di popolazione hanno permesso di stimare i tassi di incidenza italiani delle emergenze ostetriche prese in esame, di verificarne le differenze per area geografica e Regione, e di metterli a confronto con quelli di Paesi dotati di sistemi socio-sanitari analoghi a quello italiano.
L'iniziativa ha ulteriormente consolidato la rete della sorveglianza ostetrica ItOSS, che coinvolge oltre 300 clinici dei reparti di ostetricia del Paese, e che negli anni è divenuta un punto di riferimento nazionale per la sorveglianza e la ricerca di salute pubblica in ambito ostetrico e perinatale. La raccolta prospettica dei casi incidenti ha permesso di individuare e descrivere nel dettaglio i punti di forza e le criticità assistenziali per cercare di interrompere la catena di eventi, talora evitabili, che dalla morbosità grave possono portare anche al decesso materno. In analogia con i precedenti, il progetto ha promosso la pratica dell'audit facilitando il confronto tra pari, l'identificazione delle esigenze di aggiornamento del gruppo e dei singoli professionisti e la diffusione di una cultura della non colpevolezza.

L'eclampsia

PRESENTA UNA STIMA di incidenza bassa (0,15 casi/1000 parti), in linea con i tassi riportati da altri Paesi del network internazionale delle sorveglianze ostetriche, l'International Network of Obstetric Survey Systems (Inoss), e indicativa di buona assistenza offerta in gravidanza. Gli aspetti assistenziali critici riguardano l'insufficiente prescrizione di acido acetilsalicilico a basso dosag-

> L'obiettivo delle schede di ItOSS è quello di disseminare tra i professionisti sanitari che assistono le donne in gravidanza e al parto i principali risultati del progetto "Near miss ostetrici in Italia: l'eclampsia, la sepsi, l'embolia di liquido amniotico e l'emoperitoneo spontaneo

gio in gravidanza e di magnesio solfato a scopo profilattico nelle donne a rischio. Inoltre, è stato rilevato un intervallo di tempo troppo breve tra l'attacco eclamptico e l'espletamento del parto, che potrebbe favorire una inadeguata stabilizzazione delle pazienti, come suggerito dalla grave morbosità materna che ha interessato un terzo della coorte ItOSS.

La sepsi

È STATA OSSERVATA in meno di 1 parto su mille (0,87/1.000). La fonte dell'infezione, identificata nell'81% dei casi, è associata a un aumento dei parti pretermine (31%) e della mortalità perinatale (7,4%). Il 24% della coorte ha sviluppato una grave complicazione e 1 donna è deceduta a seguito della sepsi. Alla luce dei dati della sorveglianza della mortalità materna ItOSS, la sepsi è una condizione emergente e ad alta letalità, per la quale permangono diverse criticità assistenziali suscettibili di miglioramento. La tempestività della diagnosi, l'avvio precoce del bundle Sepsis six - uno schema di raccomandazioni che, applicato tempestivamente alla paziente settica permette di migliorarne la prognosi - l'attenzione alla scelta appropriata degli schemi terapeutici di antibioticoterapia, la riduzione del numero di esplorazioni vaginali in travaglio e il rispetto dell'asepsi nelle procedure assistenziali invasive, sono i principali aspetti suscettibili di miglioramento emersi dallo studio.

La collaborazione internazionale con il network Inoss

A LIVELLO INTERNAZIONALE, il progetto ha permesso di consolidare la collaborazione con i Paesi che compongono l'International Network of Obstetric Survey Systems (Inoss) cui l'Italia partecipa dal 2012 come ItOSS. Una collaborazione che permette di condividere metodi e definizioni di caso utili a garantire la confrontabilità dei dati a livello internazionale, e di studiare condizioni di grave morbosità materna particolarmente rare, mediante studi multicentrici. Due delle quattro condizioni di grave morbosità materna in studio nel progetto sui near miss sono rare: l'embolia di liquido amniotico, della quale sono stati raccolti 5 casi, e l'emoperitoneo spontaneo, del quale sono stati segnalati 29 casi nei due anni di raccolta dati. Solo l'analisi aggregata di dati provenienti da altri Paesi partecipanti a Inoss permetterà di analizzare queste casistiche troppo esigue per un'analisi limitata al contesto nazionale.

Le schede informative ItOSS

ItOSS Italian Obstetric Surveillance System

SEPSI

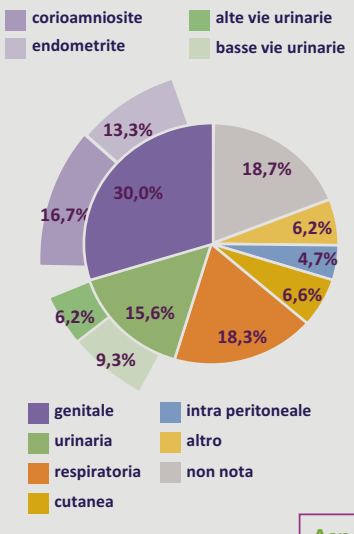
Studio osservazionale, prospettico *population-based* in 9 Regioni (75% dei nati in Italia) - anni 2018-2020

Stima del tasso di incidenza: 0,87/1000 parti

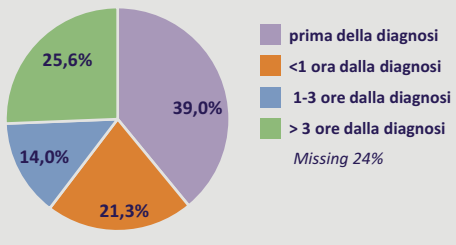
Criterio diagnostico per la definizione di caso

Infezione (sospetta o certa) + Danno d'organo = Sepsi materna

Fonte dell'infezione, identificata nell'81% dei casi



Intervallo tra diagnosi e inizio della terapia antibiotica



Esiti

Parto pretermine	31%
Morbosità materna	24%
Mortalità materna	0,4%
Mortalità perinatale	7,4%

Antibiotico-resistenza accertata nel 38%

Aspetti suscettibili di miglioramento:
- tempestività della diagnosi e avvio precoce del *sepsis six bundle*
- scelta di schemi terapeutici di antibioticoterapia *evidence-based*
- riduzione del numero di esplorazioni vaginali in travaglio
- asepsi nelle procedure assistenziali invasive

Dossier ItOSS sulla sepsi materna disponibile al link www.epicentro.iss.it/itoss/pdf/dossier-sepsi-finale.pdf

Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute-CCM (2016)

ItOSS Italian Obstetric Surveillance System

ECLAMPSIA

Studio osservazionale, prospettico *population-based* in 9 Regioni (75% dei nati in Italia) - anni 2018-2020

Stima del tasso di incidenza: 0,15/1000 parti (109/716.222)

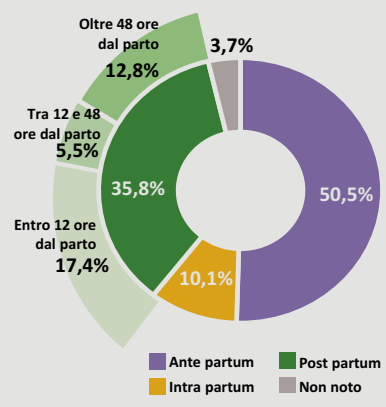
Indice di buona qualità della assistenza prenatale in Italia

Nel 41% dei casi nessun segno o sintomo prima dell'attacco eclamptico

Fattori di rischio

	RR	IC 95%
Nulliparità	1,42	(0,96-2,09)
Età >40	1,60	(0,91-2,81)
PMA	4,86	(2,45-9,63)
Cittadinanza straniera	1,77	(1,16-2,68)
Gravidanza multipla	4,95	(2,41-10,76)

Timing attacco eclamptico



Terapia
- $MgSO_4$ + antipertensivi
- Appropriata stabilizzazione prima del parto

Esiti

Morbosità materna	33%
Mortalità materna	0,9%
Parto pretermine	46%
Mortalità perinatale	2,6%

Evitare intervallo troppo breve tra attacco eclamptico e parto; si raccomanda di stabilizzare appropriatamente la paziente prima del parto per ridurre la morbosità materna

Dossier ItOSS sui disordini ipertensivi della gravidanza disponibile al link www.epicentro.iss.it/itoss/pdf/Dossier-ipertensione-gravidanza-2016.pdf

Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute-CCM (2016)

PREVENZIONE

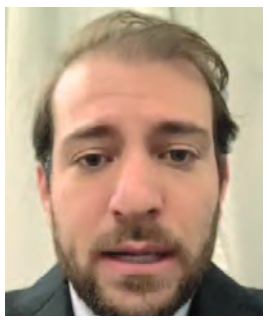
Prevenzione e diagnosi precoce dei tumori

Negli ultimi anni la ricerca in campo oncologico si è incentrata sullo sviluppo di tecniche di biologia molecolare sempre più sensibili nel monitorare i meccanismi responsabili dello sviluppo e della diffusione della patologia tumorale, con l'obiettivo di migliorare la cosiddetta "oncologia di precisione", finalizzata ad identificare markers predittivi e utili nel potenziamento di diagnosi e trattamento dei tumori [1,2]

Biopsia liquida, un nuovo strumento concreto e sostenibile

IN QUESTO CONTESTO va' a collocarsi la biopsia liquida (LB) che va inteso come un potente strumento per monitorare in tempo reale lo stato molecolare della patologia tumorale, superando i limiti della biopsia tissutale classica [3].
La Nci Dictionary of Cancer Terms definisce la biopsia liquida un "test basato sul prelievo di un campione di sangue in cui si ricercano cellule tumorali circolanti (CTCs) o frammenti di Dna tumorale in circolo" *(https://www.cancer. gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/liquid-biopsy)*. Attualmente campo di applicazione della biopsia liquida è stato esteso agli acidi nucleici circolanti contenuti negli esosomi e anche alle informazioni biologiche contenute nelle piastrine correlate al tumore. Pertanto, sebbene la biopsia liquida venga effettuata più comunemente sul sangue, essa può essere eseguita anche su altri fluidi corporei come urina, saliva, liquor o liquido pleurico [4, 5].
I componenti principali della biopsia liquida si riferiscono all'analisi delle cellule tumori circolanti (CTCs), *Circulating Tumor Dna* (ctDna) e *Circulating Tumor Rna (* ctRna), esosomi, microvescicole e piastrine, tutti elementi rilasciati in circolo nel sangue periferico dal tumore primitivo o dai depositi metastatici. [6] Le CTCs sono cellule tumorali che, attivamente o passivamente, si disseminano in vari modi dalla massa tumorale originaria, fino ad arrivare alla localizzazione a distanza, adattandosi a tutti i microambienti [3].
Nonostante le CTCs siano estremamente rare e limitate rispetto alle altre cellule ematiche (1–10 CTCs/10^6 cellule ematiche in 1 mL di sangue), lo sviluppo di tecniche molecolari sempre più accurate, in particolare di immunoistochimica e di ibridazione fluorescente in situ, ha permesso di individuare proteine di superficie e caratteristiche morfologiche che rendono possibile l'isolamento di tali cellule. Esse contengono importanti informazioni come tendenza alla metastatizzazione, resistenza o maggiore suscettibilità alle terapie, aprendo nuovi scenari su diagnosi, trattamento e resistenza ai trattamenti. Elevato numero di CTC è associato ad una minore risposta al trattamento, con una overall survival ridotta, malattia più aggressiva e progression free survival inferiore [7, 8]. I biomarkers della LB, quindi non solo esosomi, ma microvescicole, esosomi di maggiori dimensioni, trasportatrici di messaggi cellulari, *Circulating Tumor Dna* (ctDna) e *Circulating Tumor Rna* (ctRna) si occupano del trasporto di informazioni di segnale relative ai processi di metastatizzazione e replicazione delle cellule tumorali. Questi biomarkers, quindi, possono rilevarsi utili nel monitoraggio in tempo reale dello stato di malattia, rappresentando uno strumento molto vantaggioso per pazienti in terapia con rischio di ripresa di malattia [9, 10].
I *Cell Free circulating Dna* (cfDna) e *Cell free circulating free* Rna (cf Rna) sono acidi nucleici che possono essere rilasciati passivamente da cellule necrotiche. I pazienti con tumori maligni hanno una percentuale di cf Dna maggiore rispetto ai pazienti con tumori benigni [0- 65], che aumenta con l'avanzare dello stadio di malattia [7]. I ct Dna, a singola o doppia elica, possiedono molte caratteristiche tumore-associate, come differenti zone di metilazione o sequenza nucleotidiche, sovrapponibili alle cellule tumorali. La biopsia liquida basata sul ct Dna sembra essere maggiormente sensibile e avere maggiori correlazioni cliniche rispetto agli altri biomarkers.
La biopsia liquida ha inoltre la potenzialità di migliorare la diagnosi precoce e di implementare la potenza dei test diagnostici, con un'analisi costi-efficacia estremamente positiva e minima invasività. In questo campo l'analisi del ct Dna è la più promettente.
Attualmente le biopsie liquide trovano applicazioni nella clinica di diversi tumori solidi.
Una recente metanalisi ha infatti concluso che l'isolamento nel sangue del ct Dna ha una buona specificità- seppur insufficiente sensibilità- nel diagnosticare il cancro del colon retto; [11] vi sono inoltre emergenti evidenze sul fatto che la biopsia liquida del ct Dna possa diventare un' arma in più nella diagnosi precoce dei tumori del colon allo stadio iniziale [12,13] Alterazioni del mRna di pazienti con adenomi precancerosi o affetti da tumore del colon sono stati riportati in campioni di sangue e feci, con concentrazioni di tali cellule significativamente più altre rispetto alla contro-

ENRICO VIZZA
Direttore Uoc di Ginecologia Oncologica, Dipartimento di Chirurgia Oncologica, Istituto Nazionale Tumori "Regina Elena" Roma



ANDREA GIANNINI
Specialista in Ginecologia ed Ostetricia, Dottorando in Medicina Traslazionale e Oncologia Sapienza Università di Roma

parte sana [14,15].
Pazienti affetti da tumore del polmone hanno una concentrazione di cf Dna maggiore nel sangue, e più è alta tale concentrazione peggiore è la prognosi [16,17]. Nei pazienti con carcinoma polmonare il Dna tumorale circolante può essere un'alternativa per monitorare la risposta in tumori con mutazione del gene Egfr e per individuare precocemente i meccanismi di resistenza acquisita come ad esempio la mutazione T790M, che compare in più del 40% dei pazienti trattati con inibitori specifici di Egfr [18].
Tra i tumori ginecologici, la biopsia liquida trova oggi maggiore applicazione in quello dell'ovaio. In particolare, l'importanza clinica di CTC e ct Dna, in termini di progressione libera da malattia e risposta alla terapia, è stato notevolmente approfondito nelle ultime decadi [19,20,21]. Vi sono inoltre evidenze emergenti sul ruolo degli esosomi: essi hanno un ruolo insostituibile nei processi di tumorogenesi e progressione di malattia. Infatti, le vescicole di membrana contengono molecole bioattive che influenzano crescita, invasione, metastatizzazione e resistenza alla terapia delle cellule tumorali, tramite interazioni con la matrice intracellulare, cellule endoteliali e fibroblasti. In particolare, l'attenzione si è poi focalizzata sulla connessione tra gli esosomi e la resistenza alla terapia. Infatti, è stato dimostrato che le cellule del tumore ovarico trattate con cisplatino rilasciano altissime concentrazioni di esosomi, inducendo il fenomeno della resistenza al chemioterapico [22].
La proteina annessina 3, contenuta negli esosomi, è iperespressa nelle pazienti platino resistenti [23]. Gli esosomi come biomarkers della biopsia liquida, inoltre, sono più numerosi nel sangue rispetto, ad esempio, alle CTC, quindi più facili da isolare, diventando un utile strumento clinico, dando molteplici informazioni sull'andamento del tumore [24].
La biopsia liquida trova campo di applicazione anche nel tumore della mammella; in particolare le lesioni mammarie precancerose, come il carcinoma duttale in situ, possono essere accompagnate da disseminazione di cellule tumorali [25]. Infatti, CTC sono state isolate in circa il 20-30% delle pazienti senza disseminazione metastatica e sono predittive di un outcome clinico peggiore. Nel tumore della mammella, la biopsia liquida viene inoltre utilizzata per monitorare lo stato di malattia. Il trial tedesco Success, ha valutato la persistenza delle CTC in pazienti con malattia non metastatica, dopo terapia adiuvante, affermano la tendenza a sviluppare meccanismi di resistenza [26].
Per anni la ricerca di base in oncologia si è concentrata prevalentemente sui meccanismi che governano e facilitano il processo di diffusione metastatica e la diffusione extra organo della malattia, con la biopsia liquida la ricerca ci offre invece la nuova possibilità di uno strumento concreto e sostenibile nel campo della prevenzione e alla diagnosi precoce dei tumori in fase anche preclinica.

PER SAPERNE DI PIÙ

1 Venesio, T.; Siravegna, G.; Bardelli, A.; Sapino, A. Liquid biopsies for monitoring temporal genomic heterogeneity in breast and colon cancers. *Pathobiology* 2018, *85*, 146–154

2 Hanahan, D.; Weinberg, R.A. Hallmarks of cancer: The next generation. *Cell* 2011, *144*, 646–674.

3 Imamura, T.; Komatsu, S.; Ichikawa, D.; Kawaguchi, T.; Miyamae, M.; Okajima, W.; Ohashi, T.; Arita, T.; Konishi, H.; Shiozaki, A.; et al. Liquid biopsy in patients with pancreatic cancer: Circulating tumor cells and cell-free nucleic acids. *World J. Gastroenterol.* 2016, *22*, 5627

4 Pantel, K.; Alix-Panabières, C. Circulating tumour cells in cancer patients: Challenges and perspectives. *Trends Mol. Med.* 2010, *16*, 398–406

5 Siravegna, G.; Marsoni, S.; Siena, S.; Bardelli, A. Integrating liquid biopsies into the management of cancer. *Nat. Rev. Clin. Oncol.* 2017, *14*, 531–548.

6 Wang, J.; Chang, S.; Li, G.; Sun, Y. Application of liquid biopsy in precision medicine: Opportunities and challenges. *Front. Med.* 2017, *11*, 522–527.

7 Joosse, S.A.; Gorges, T.M.; Pantel, K. Biology, detection, and clinical implications of circulating tumor cells. *EMBO Mol. Med.* 2015, *7*, 1–11

8 Pantel, K.; Alix-Panabieres, C. Functional studies on viable circulating tumor cells. *Clin. Chem.* 2016, *62*, 328–334

9 Czeiger, D.; Shaked, G.; Eini, H.; Vered, I.; Belochitski, O.; Avriel, A.; Ariad, S.; Douvdevani, A. Measurement of circulating cell-free DNA levels by a new simple fluorescent test in patients with primary colorectal cancer. *Am. J. Clin. Pathol.* 2011, *135*, 264–270.

10 Otsuji, K.; Sasaki, T.; Tanaka, A.; Kunita, A.; Ikemura, M.; Matsusaka, K.; Tada, K.; Fukayama, M.; Seto, Y. Use of droplet digital PCR for quantitative and automatic analysis of the HER2 status in breast cancer patients. *Breast Cancer Res. Treat.* 2017, *162*, 11–18

11 Gold, B.; Cankovic, M.; Furtado, L.V.; Meier, F.; Gocke, C.D. Do circulating tumor cells, exosomes, and circulating tumor nucleic acids have clinical utility? A report of the association for molecular pathology. *J. Mol. Diagn.* 2015, *17*, 209–224.

12 Bi, F.; Wang, Q.; Dong, Q.; Wang, Y.; Zhang, L.; Zhang, J. Circulating tumor DNA in colorectal cancer: Opportunities and challenges. *Am. J. Transl. Res.* 2020, *12*, 1044–1055.

13 Wang, X.; Shi, X.-Q.; Zeng, P.-W.; Mo, F.-M.; Chen, Z.-H. Circulating cell free DNA as the diagnostic marker for colorectal cancer: A systematic review and meta-analysis. *Oncotarget* 2018, *9*, 24514–24524

14 Link, A.; Balaguer, F.; Shen, Y.; Nagasaka, T.; Lozano, J.J.; Richard Boland, C.; Goel, A. Fecal microRNAs as novelbiomarkers for colon cancer screening. *Cancer Epidemiol. Biomark. Prev.* 2010, *19*, 1766–1774.

15 Wang, Y.; Chen, Z.; Chen, W. Novel circulating microRNAs expression profile in colon cancer: A pilot study. *Eur. J. Med. Res.* 2017, *22*.

16 Gautschi O, Bigosch C, Huegli B, et al. Circulating deoxyribonucleic acid as prognostic marker in non-small-cell lung cancer patients undergoing chemotherapy. J Clin Oncol 2004; 22: 4157–4164.

17 Tissot C, Toffart A-C, Villar S, et al. Circulating free DNA concentration is an independent prognostic biomarker in lung cancer. Eur Respir J 2015; 46: 1773–1780.

18 Diehl F, Li M, He Y, et al. BEAMing: single-molecule PCR on microparticles in water-in-oil emulsions. Nat Methods 2006; 3: 551–559.

19 Q. Zhou, W. Li, B. Leng, W. Zheng, Z. He, M. Zuo, A. Chen, Circulating cell free DNA as the diagnostic marker for ovarian Cancer: a systematic review and meta- analysis, PLoS One 11 (2016) e0155495.

20 X. Cheng, L. Zhang, Y. Chen, C. Qing, circulating cell-free DNA and circulating tumor cells, the «liquid biopsies» in ovarian cancer, J Ovarian Res 10 (2017) 75.

21 L. Giannopoulou, S. Kasimir-Bauer, E.S. Lianidou, Liquid biopsy in ovarian cancer: recent advances on circulating tumor cells and circulating tumor DNA, Clin. Chem. Lab. Med. 56 (2018) 186–197.

22 P. Samuel, L.A. Mulcahy, F. Furlong, H.O. McCarthy, S.A. Brooks, M. Fabbri, R.C. Pink, D.R.F. Carter, Cisplatin induces the release of extracellular vesicles from ovarian cancer cells that can induce invasiveness and drug resistance in bystander cells, Philos. Trans. R. Soc. Lond. Ser. B Biol. Sci. 373 (2018) 20170065.

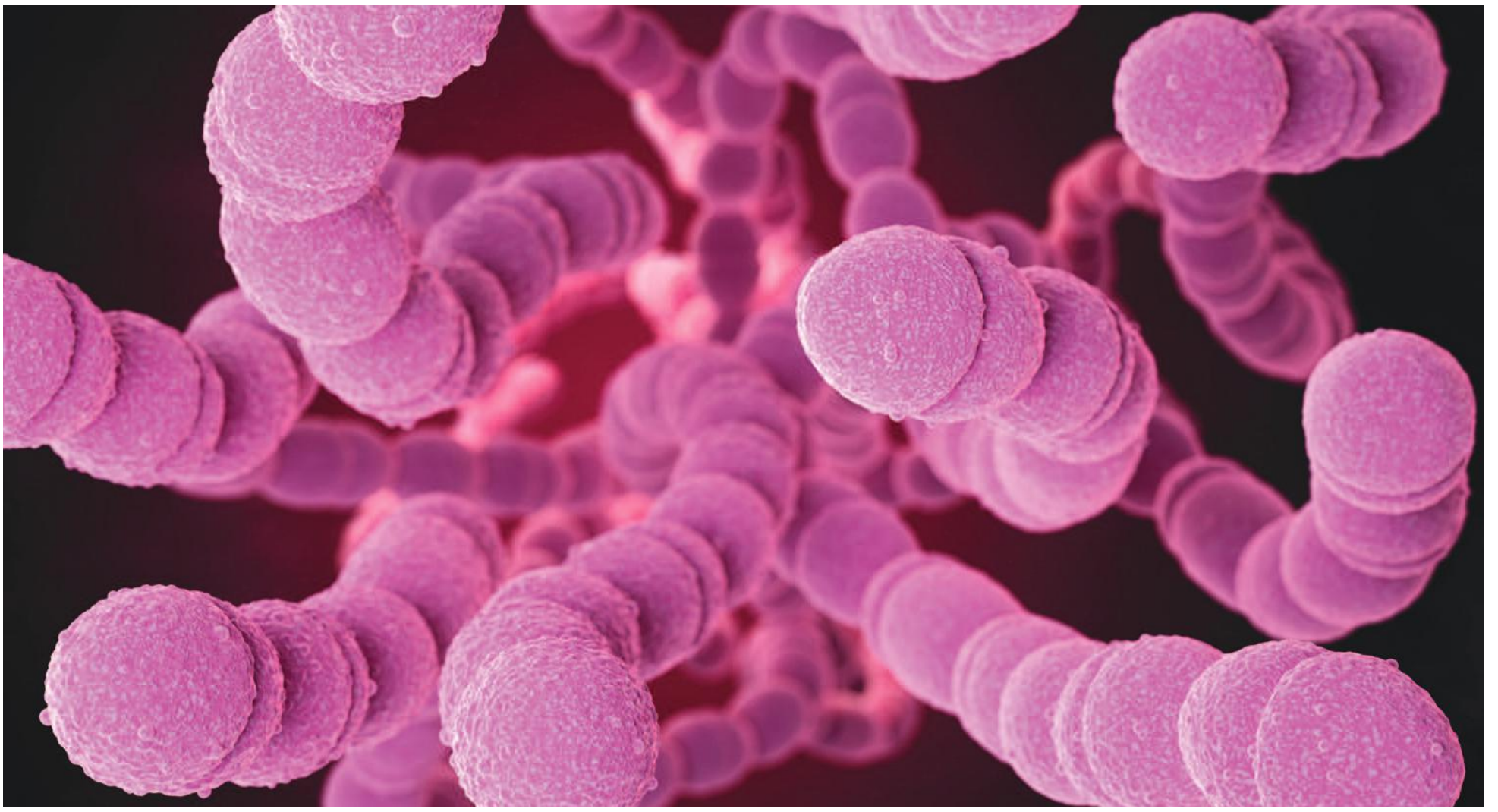
23 J. Yin, X. Yan, X. Yao, Y. Zhang, Y. Shan, N. Mao, Y. Yang, L. Pan, Secretion of annexin A3 from ovarian cancer cells and its association with platinum resistance in ovarian cancer patients, J. Cell. Mol. Med. 16 (2012) 337–348.

24 M. Alunni-Fabbroni, M.T. Sandri, Circulating tumour cells in clinical practice: methods of detection and possible characterization, Methods (San Diego, Calif.) 50 (2010) 289–297.

25 Husemann Y, Geigl JB, Schubert F et al. Systemic spread is an early step in breast cancer. Cancer cell 2008 13:58- 68

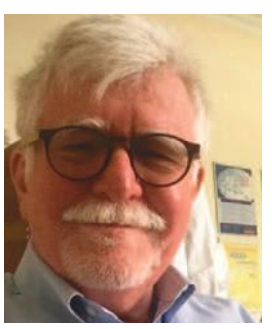
26 Rack B, Schindlebeck C, Juckstock J et al. Circulating tumor cells predict survival in early average- to- high risk breast cancer patients. J Natl CancerInst 2014; 106:dju066

PREVENZIONE



Era la mattina del 20 di marzo del 1990 quando nacque Luca. Un bellissimo bimbo figlio di due miei carissimi amici che si erano affidati a me per seguire la gravidanza ed il parto. Era andato tutto bene e quindi mi ero liberato dalla preoccupazione che qualcosa fosse potuta andare storta ed eravamo tutti felici

Screening per lo streptococco gruppo B in gravidanza: è da ripensare?



CLAUDIO CRESCINI
Vicepresidente Aogoi

FEDERICA PONTIGGIA
Neonatologa, Ospedale "Bolognini" Seriate (Bergamo) Asst Bg Est

PURTROPPO I GUAI erano in agguato a riprova che non si può mai essere del tutto tranquilli e l'imprevedibile può sempre accadere. Infatti, poco dopo la nascita Luca sviluppò una grave sepsi e venne traferito in patologia neonatale dove rimase a lungo e venne trattato con antibiotici in modo intensivo. I bollettini medici erano altalenanti. Il timore non era solo che potesse morire, ma anche che rimanessero sequele neurologiche importanti. Furono quindi giorni e settimane molto stressanti per tutti ed io in particolare temevo di esserne in qualche modo responsabile. Fortunatamente la sepsi si risolse, non rimase nessun esito e Luca è oggi un trentenne in ottima salute con una posizione lavorativa e sociale più che soddisfacente. La causa dell'infezione risultò subito essere una infezione da Streptococco gruppo B trasmesso dal canale del parto, ma all'epoca la problematica era da poco tempo oggetto di studio e discussione.
Nei mesi successivi alla nascita di Luca raccogliemmo tutto il materiale bibliografico disponibile e creammo in ospedale un piccolo gruppo di lavoro coinvolgendo i neonatologi, i laboratoristi, un infettivologo e la direzione sanitaria e in un semestre attivammo tra i primi in Lombardia nell'anno 1990 lo screening per lo Streptococco con tampone vaginale (il rettale fu introdotto successivamente) per le gravide e la profilassi intrapartum con Ampicillina.
Da allora questo screening è divenuto il gold standard e oggi viene eseguito ovunque in Italia con assoluto rigore.
Trent'anni fa poco si conosceva dell'importanza della relazione tra mondo microbico (microbioma) e neonato e delle possibili conseguenze di una sua modificazione indotta dagli antibiotici somministrati alla madre durante il travaglio.
A distanza di 30 anni, grazie alle maggiori conoscenze di cui disponiamo, è possibile rivedere la strategia fino ad oggi adottata ed ipotizzare nuove soluzioni più personalizzate.
Quindi proviamo a ripercorrere tutta la storia dello Streptococco nella popolazione ostetrica.

Lo streptococco di gruppo B (GBS) o Streptococcus agalactiae (chiamato così perché causa di mastiti nei bovini[1]) è un batterio Gram positivo beta emolitico, comunemente presente nell'intestino di molte specie animali, compresi i pesci, e anche nell'uomo. Può essere diviso in 10 sierotipi, sulla base delle caratteristiche del suo polisaccaride caspulare. I più frequenti sierotipi che possono causare patologie nel neonato sono il III (60,6%) e l'Ia (17,3%), mentre i tipi VI (32,7%), Ib (19,4%) e V (19,4%) sono cause di patologia soprattutto nell'adulto[2].
Negli anni molteplici sono state le strategie per combattere questo batterio che rimane tra i principali responsabili delle sepsi neonatali e delle infezioni che portano al parto prematuro (10%)[3], oltre che delle infezioni sia nelle gravide che nelle puerpere[4]
Nel neonato in particolare si riconoscono 2 sindromi cliniche:

- EOD: ovvero sepsi precoce (early onset disease) che si manifesta come infezione con coinvolgimento di vari distretti (ematico, polmonare, meningeo) in un intervallo di tempo che va dalla nascita fino al sesto giorno di vita
- LOD: ovvero sepsi tardiva (late-onset disease) dove l'intervallo di tempo si sposta più avanti, cioè fra la settima giornata e gli 89 giorni di vita (media 34 giorni).

Quello che ha dato veramente una svolta soprattutto all'incidenza delle EOD è stata l'introduzione delle misure preventive ed in particolare dello screening sulla gravida per identificare le donne portatrici, mediante tampone vagino-rettale fra la 36-37 settimana, e l'introduzione generalizzata dal 1996 della profilassi antibiotica intrapartum (IAP) [2], in concerto con lo studio dei fattori di rischio, così da identificare esattamente le gravide in cui somministrarla.
Fondamentale è quindi l'identificazione di elementi che possono essere definiti favorenti l'insorgenza di infezione e che richiedono particolare attenzione. Alla base di tutto vi è la colonizzazione materna. Alcuni autori hanno stimato che la colonizzazione dello streptococco a livello va-

PREVENZIONE

ginale e/o rettale può interessare il 18% circa delle gravide, con variazioni che vanno dall'11% al 35%. Inoltre possono essere messi fra i fattori favorenti, cioè quelli che aumentano la possibilità di insorgenza di malattia da GBS: la bassa età gestazionale, la durata della rottura delle membrane (>18 ore), la presenza di febbre (>38°C) durante il travaglio, una precedente gravidanza con neonato con sepsi da GBS, l'urinocoltura positiva indipendentemente dall'epoca della gravidanza, l'etnia africana, l'età materna < 20 anni ed infine alcune pratiche ostetriche (esplorazioni vaginali ripetute, monitoraggio fetale invasivo)[4-5].

Dopo l'introduzione dello screening (tampone vaginale/rettale) e della IAP si è assistito ad una riduzione dell'80% delle EOS. Quindi i casi di EOS sono passati da 2 su mille nati con una mortalità del 25% (vale a dire 0,5 neonati su 1000) a 0,23 neonati su mille con una mortalità del 7% (vale a dire 0,01 neonati su 1000). In ogni caso il 30% della malattia neonatale riguarda i neonati prematuri al di sotto della 37a settimana di gestazione, che costituiscono la fascia più fragile e in cui la IAP a volte non viene eseguita per mancanza di tempo, con numeri più alti anche in termini di mortalità (11,9%) e di danni cerebrali (14,3% vs 4,1% nei nati a termine)[4].

La IAP sfrutta la suscettibilità dello streptococco agli antibiotici betalattamici e consiste nella somministrazione endovena di un antibiotico scelto tra : penicillina G (con dose iniziale di 5 milioni di unità seguite da 2,5-3 milioni di unità ogni 4 ore fino all'espletamento del parto), ampicillina (dose iniziale di 2 g, seguita da 1 g ogni 4 ore fino all'espletamento del parto), clindamicina, nelle donne con allergia alla penicilline e vancomicina, nelle donne con allergia alla penicillina e comprovata resistenza del batterio alla clindamicina[4]. La IAP agisce fondamentalmente su 3 fronti: 1) riduce temporaneamente la carica batterica della colonizzazione dello streptococco, 2) riduce la possibilità di colonizzazione delle mucose del feto e del neonato, 3) promuove il raggiungimento di una MIC (minimum inhibitory concentration - minima dose efficace) ottimale per uccidere lo streptococco[5]

Non esistono evidenze epidemiologiche che la IAP abbia un qualche effetto nelle LOD, che peraltro si associano di più alla nascita prematura e prevedono come patogenesi la trasmissione orizzontale non solo dalla madre ma anche dalle persone che accudiscono il neonato[5].

Tuttavia, anche se la prevenzione si è rivelata arma vincente per ridurre in maniera significativa l'incidenza delle sepsi nel neonato, alcuni autori hanno evidenziato come la somministrazione di profilassi antibiotica intrapartum possa avere alcuni effetti collaterali[6].

Negli ultimi anni si è data importanza al concetto di microbioma e nell'organismo umano sono 5 i principali microbiomi: nasale, orale, cutaneo, urogenitale/vaginale e intestinale. Il microbioma intestinale è quello che influenza maggiormente il metabolismo, per il suo ruolo nella nutrizione, nel favorire l'assorbimento dei macro e micro nutrienti. Dal 2008 è risultato chiaro come la diversa modalità di parto, per esempio il taglio cesareo elettivo, si associava ad una maggiore possibilità di sviluppo di diabete, asma, allergia e obesità e questo è stato appunto ricollegato all'influenza del microbioma e in particolare alla paucità del bifidobacterio, che gioca un ruolo fondamentale nella protezione nelle varie età della vita da alcune patologie[2].

Durante il parto vaginale il feto incontra dei batteri per la prima volta, supposto che le membrane fossero integre e il canale cervicale intatto. Questo momento è pertanto fondamentale per lo sviluppo di un corretto microbiota intestinale. Molti sono i fattori che influenzano la sua composizione: il tipo di parto, l'allattamento materno, l'età gestazionale alla nascita e l'esposizione precoce agli antibiotici.[7]

Alcuni autori hanno dimostrato come il Lactobacillus sia il dominatore del microbiota intestinale nei neonati sani e come si osservi una sua riduzione se viene somministrato un antibiotico, se il parto è pretermine, se esiste una rottura prematura delle membrane, se il parto viene espletato tramite taglio cesareo.[8] Si osserva in questi casi un innalzamento delle Enterobacteriaceae, che, anche in relazione alla variabilità interindividuale, possono favorire l'insorgenza di infezioni per l'affermarsi di specie patogene, con aumentato rischio di LOD e di enterocolite necrotizzante, soprattutto nel prematuro; mentre a lungo termine possono andare a interferire sullo sviluppo immunologico dell'individuo[9]. È sicuramente un campo di studio in evoluzione, ma diversi autori hanno evidenziato questo tipo di interazione. Forse fondamentale dovrebbe essere un'identificazione più accurata della necessità di utilizzo dell'antibiotico, con tracciamento delle categorie a rischio, attenta osservazione degli elementi clinici, non solo come profilassi intrapartum, ma anche in epoca neonatale precoce, dando più importanza all'osservazione clinica, come anche da ultime linee guida delle società di neonatologia. Altra osservazione potrebbe essere la somministrazione di probiotici che possano aiutare a riequilibrare e a far virare la tipologia di flora intestinale. Questo potrebbe avere applicazione soprattutto nelle gravidanze pretermine, dove è indubbia la necessità di una corretta IAP. Domande e dubbi che alcuni autori iniziano a porsi e che necessitano sicuramente di studi più approfonditi.

"Anche se la prevenzione si è rivelata arma vincente per ridurre in maniera significativa l'incidenza delle sepsi nel neonato, alcuni autori hanno evidenziato come la somministrazione di profilassi antibiotica intrapartum possa avere alcuni effetti collaterali[6]

PER SAPERNE DI PIÙ

1 Mahmmod YS et al. "Molecular epidemiology and strain-specific characteristics of Streptococcus agalactiae at the herd and cow level" *J. Dairy Sci* 2015; 98 (10): 6913-24

2 Philip J Steer et al. "Group B streptococcal disease in the mother and newborn – A review. *European J Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2020; 252: 526-533

3 J Vornhagen et al. "Perinatal Group B Streptococcal Infections: virulence factors, immunity and prevention strategies" *Trends Microbiol* 2017; 25 (11) 919-931

4 Di Renzo C.G. et al. "Intrapartum GBS screeniong and antibiotic prophylaxis: a European consensus conference" *J Matern Fetal Neonatal Med* – Guidelines

5 Karen M et al. "Management of Infants at risk for group B Streptococcal Disease" *Am A of Pediatrics* 2019; 144, 2:20191881

6 Farah Seedat et al. "Adverse events in women and children who have received intrapartum antibiotic prophylaxis treatment: a systematic review" *BMC Pregnancy and Childbirth* 2017; 17: 247

7 Leea Keski-Nisula et al. "Maternal intrapartum antibiotics and decreased vertical transmission of Lactobacillus neonates during birth" *Acta Paediatrica* 2013; 102: 480-485

8 S Arboleya et al. "Intestinal Microbiota Development in Preterm Neonates and Effect of Perinatal Antibiotics" *J Pediatr* 2015; 166:538-4

ESPERIENZE SUL CAMPO

Le esperienze sul campo, Progetto del Ministero della Salute - Regione Sicilia

Prevenzione depressione post partum in Sicilia

Capofila l'Arnas Garibaldi Nesima di Catania

Come prevenire la depressione post partum con un intervento psicologico multimodale integrato

Premessa

L'AUMENTO dei casi di **Depressione *post partum* (DPP)** degli ultimi anni, costituisce una rilevanza epidemiologica che impatta in maniera diretta tanto nella sanità pubblica quanto nella società (Norhayati et al., 2015). La DPP fa registrare inoltre conseguenze rilevanti non solo nella popolazione femminile, ma in ogni "sistema famiglia", nel mondo del lavoro e la questione investe anche ricadute sociologiche. Non c'è salute senza salute mentale perinatale (Howard et.al, 2014). Le modificazioni fisiche e psicologiche che la donna deve fronteggiare nel corso dell'intero periodo della gestazione e del *post partum*, sono assai complesse e la espongono a rischi di varia natura che possono renderla vulnerabile e slatentizzare aspetti idiosincratici della personalità e/o vissuti che possono condurla ad una DPP. Per la donna in gravidanza e per la puerpera, percepire le modificazioni del sé corporeo, riconoscere i bisogni emergenti correlati alle sue trasformazioni e all'esperienza della maternità, distinguere i propri stati emotivi correlati alle diverse fasi del percorso e riuscire a dare loro significati che vadano oltre quelli convenzionalmente e socialmente riconosciuti, diventano passaggi cruciali (Quatraro et al, 2018).

L'attenzione verso questi temi consente:

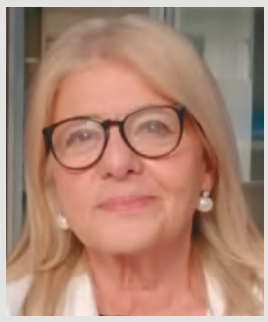
di individuare precocemente eventuali disposizioni psicopatologiche e di accompagnare la donna in ogni tappa del suo percorso di maternità;

una elaborazione sistematica della sua evoluzione;

avviare percorsi di supporto psicologico *ad personam*, specificamente finalizzati alla prevenzione del rischio di DPP ed il relativo trattamento.

Gli stati della mente della madre, pur essendo soggetti a modificazioni, dal concepimento alla nascita del figlio, si riflettono sempre nella relazione diadica col figlio stesso e appare ovvio che se il benessere materno incide positivamente sulle

GIUSEPPE ETTORE
Direttore Dipartimento Materno Infantile Arnas Garibaldi Nesima - Catania



ANGELA FABIANO
Dirigente Psicologo Psicoterapeuta, Arnas Garibadi Nesima - Catania

DAMIANA TOMASELLO
Dirigente Psicologo Psicoterapeuta Arnas Garibaldi Nesima - Catania

ESPE RIENZE SUL CAMPO

PER SAPERNE DI PIÙ

Calamandrei G., Gigantesco A., Di Giannantonio M. in collaborazione con Palumbo G., Mirabella F., Brescianini S., Del Re D., Camoni L., Barbano G., Cattaneo M., Michielin P., Niolu C., (2020). *Indicazione di un programma di intervento per la gestione dell'ansia e della depressione perinatale nell'emergenza e post emergenza COVID 19, Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19, Rapporto ISS Covid- 19 n. 44/2020 (versione del 30 Maggio 2020)*

Cohn J. R. e Tronick E. Z. (1988), *Mother Infant face to face interaction: Influence is bidirectional and unrelated to periodic cycle in either partner's behaviour. "Development Psychology", 24,3,386-392.*

Cohn J. R. e Tronick E. Z. (1989), *Specificity of infants' response to mothers' affective behaviour, "Journal of the American Accademy of Child and Adolescent Psychiatry", 28- 242-248.*

Cox J.L., Hoiden J.M. (1994), *Perinatal Psychiatry: Use and misure of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, London, Gaskell.*

Howard LM, Piot P, Stein A. (2014) *No Health without perinatal mental health. The Lancet; 384 (9956):1723-4.*

Milgrom J., Martin P. R., Negri L.M. (2016) *Depressione Post Natale. Ricerca, prevenzione e strategie di intervento psicologico, Erikson.*

NICE (2014). *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. London: National Istitute for Health and care Excellence. (NICE Clinica Guideline 192). http://www.nice.org.uk/guidance/cg192.*

Norhayati MN, Hazlina NH Nik, Asrenee AR, Wan Emilin WMA. (2015) *Magnitude and risck factor for postpartum symptoms: a literature review. J Affect Disord; 75:34-52.*

Perricone Briulotta G., (2012). *Psicologia Pediatrica. Dalla teoria alla pratica evolutivo clinica. McGraw Hill.*

Quatraro R. M., Grusso P., (2018). *Psicologia Clinica Perinatale. Dalla Teoria alla pratica. Collana Psicologia della Maternità. Erikson.*

traiettorie evolutive del bambino, il suo malessere potrà aprire scenari problematici per entrambi e per il nucleo familiare.
In questa cornice, i dati e gli esiti descritti nel presente report, che riguardano la fase di avvio del progetto del Ministero della Salute, *"Misure afferenti alla prevenzione, alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva del post partum"*, assumono notevole rilevanza.

Il Progetto

PARTECIPANO quattro Uoc di Ostetricia e Ginecologia: Arnas Garibaldi Nesima di Catania, Asp di Catania, Ospedale Umberto I di Enna (Asp di Enna), Ospedale Buccheri La Ferla di Palermo.
Lo studio, realizzato con il coordinamento scientifico del Prof. Giuseppe Ettore, Direttore del Dipartimento Materno Infantile Arnas Garibaldi Nesima di Catania, ha avuto inizio nel mese di Ottobre 2020. La Dott.ssa Angela Fabiano, Dirigente Psicologo Arnas Garibaldi di Catania, ha coordinato il lavoro di 4 Psicologi, specialisti in Psicoterapia, incaricati: la Dott.ssa Damiana Tomasello per Uoc Ostetricia dell'Arnas Garibaldi Nesima di Catania; la Dott.ssa Antonella Grillo per i punti nascita dell'Asp 3 di Catania; la Dott.ssa Maria Pistillo per l'Uoc Ostetricia dell'Ospedale Umberto I di Enna (Asp di Enna) e la Dott.ssa Loredana Messina per l'Ospedale Buccheri La Ferla di Palermo. La realizzazione dello studio e delle attività è stata altresì promossa dai Direttori dei Dipartimenti Materno Infantile delle unità coinvolte: il Dott. Angelo Tarascio (Asp di Catania), la Dott.ssa Loredana Di Simone (Asp Enna), la Dott.ssa Rosa Maria D'Anna (Ospedale Buccheri La Ferla-Palermo).
L'avvio dei lavori ha permesso di creare una rete professionale con i Servizi territoriali a garanzia della Salute Mentale della donna e di tutto il nucleo familiare. A tal fine, è stato realizzato un protocollo d'intesa tra Arnas Garibaldi di Catania, l'Asp 3 di Catania e la rete Consultoriale del Territorio, al fine di garantire una efficace continuità assistenziale. Il nodo fondamentale della rete professionale riguarda la condivisione di procedure e tecniche ritenute efficaci dalla comunità scientifica, secondo protocolli *evidence based*.
Sono stati realizzati due corsi di formazione con il patrocinio dell'Istituto Superiore di Sanità - responsabili scientifici dell'Iss: la dott.ssa Gabriella Palumbo, la Dott.ssa Gemma Calamandrei e la Dott.ssa Laura Camoni - per fornire metodologie, strumenti e materiale informativo teorico e applicativo, utilizzabile efficacemente nella pratica clinica quotidiana, su come riconoscere il rischio di ansia e depressione *post partum* e sulla opportunità di un intervento precoce. Il primo corso è stato rivolto a Psicologi e Psichiatri ed è stato centrato sulle procedure di screening e di intervento psicoterapico efficace ; il secondo corso ha avuto come obiettivo la formazione del personale del settore Materno Infantile (ginecologi, pediatri, neonatologi, ostetriche, assistenti sociali, educatori, infermieri), così da diffondere il modello della Psicologia Perinatale (Quatraro et al, 2018) e della Psicologia Pediatrica (Perricone Briulotta G., 2012) tra le diverse figure professionali.

Obiettivi prefissati per l'attività di ricerca - intervento:

OFFRIRE ATTIVAMENTE alla donna e ai familiari, nell'ambito del percorso nascita, materiale informativo e di sensibilizzazione sull'importanza del disagio psichico e sull'opportunità di un intervento precoce di nuova realizzazione.
Individuare precocemente la popolazione femminile a rischio di disagio psichico e psicosociale perinatale attraverso la somministrazione di strumenti di valutazione standardizzati per favorire una offerta sanitaria attiva sia alla donna che alla coppia con colloqui psicologici e interventi psicoterapici.
Sono state sottoposte a screening un totale di 714 donne in gravidanza che venivano ricoverate nelle unità operative di Ostetricia e Ginecologia per espletare il parto o per accertamenti diagnostici. L'attività di screening è stata effettuata da Psicologi, specializzati in Psicoterapia. Per lo screening del rischio DPP è stata utilizzata la seguente procedura: colloquio informativo, a seguire le domande raccomandate dal National Institute for Health and Care Excellence (Nice, 2014), il questionario Edinburgh Postnatal Depression Scale (Cox e Holden, 1994), questionario di autovalutazione composto da 10 items, utile per rilevare i sintomi della depressione in gravidanza e nel post partum, e approfondimento clinico con il colloquio. Sono state così valutate 399 donne all'Arnas Garibaldi di Catania, 87 donne all'Asp di Enna, n. 113 all'Asp di Catania, 105 al Buccheri La Ferla. Sono state calcolate le percentuali del campione esaminato e sono risultate positive al rischio di depressione post partum il 10.92 % (n. 78) del campione esaminato (I dati analitici sono riportati nella tabella A).

TABELLA A	Campione	Positive al rischio DDP	
ARNAS GARIBALDI Catania	399	7,51%	(n. 30)
ASP Enna	87	9,19%	(8)
ASP Catania	123	16,26%	(20)
BUCCHERI LA FERLA Palermo	105	19,04%	(20)

Dall'osservazione dei dati preliminari si è avviato un ***Ambulatorio di Psicoterapia ad Orientamento cognitivo comportamentale*** per rispondere alla richiesta di disagio psicologico in gravidanza e nel *post partum* in sinergia con i Servizi Territoriali della Salute Mentale e dei Consultori. L'emergenza pandemica, infine, ha comportato la necessità di un adattamento in remoto delle procedure di intervento psicoterapico.

Conclusioni

I RISULTATI PRELIMINARI sulla Depressione del post partum sono in linea con i dati della letteratura (J. Milgrom J. et al, 2016) e incoraggiano il gruppo di lavoro a proseguire le attività cliniche e di ricerca per ampliare l'osservazione ad un campione più ampio e monitorare successivamente gli esiti della Psicoterapia Cognitivo Comportamentale. I dati inoltre aprono scenari interessanti nell'ambito della Psicologia Perinatale, rispetto all'utilità dello Psicologo integrato nell'equipe di Ostetricia nel Dipartimento Materno Infantile.

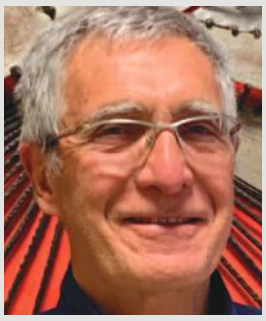
La letteratura ha da tempo evidenziato come nel post-partum alcune problematiche materne e infantili siano sottostimate e gestite in modo inappropriato, con conseguente substandard care per la diade madre/bambino e spese aggiuntive per i sistemi sanitari già sovraccarichi (Bartick et al., 2017; Renfrew et al., 2012)

Assistenza domiciliare ostetrica in continuità, un progetto vincente

Le esperienze sul campo

Il Punto nascita di Moncalieri (TO)

ESPERIENZE SUL CAMPO



PIER LUIGI MONTIRONI
Direttore del Dipartimento Materno Infantile Asl TO5 e Direttore S.C. di Ostetricia e Ginecologia Ospedale S. Croce di Moncalieri

PATRIZIA MARONGIU
Coordinatrice Ostetrica S.C. Ostetricia e Ginecologia Osp. Santa Croce Moncalieri

LA METANALISI COCHRANE del 2017 (Yonemoto et al.) ha evidenziato che non solo l'assistenza domiciliare nel puerperio è gradita, ma che riduce gli interventi in emergenza e urgenza neonatali dalle sei settimane ai quattro mesi dalla nascita, e aumenta il tasso di allattamento esclusivo al seno a sei settimane, a sei mesi e oltre i sei mesi dal parto. Inoltre, l'identificazione e la gestione anticipata dei problemi e il fornire informazioni per aiutare le madri ad affrontarli, portano ad una rapida risoluzione delle preoccupazioni, alla prevenzione delle sequele a medio e lungo termine e a una valorizzazione della genitorialità.
Continuità dell'assistenza e diminuzione del rischio di contagio da Sars-Cov-2 sono due dei concetti chiave del servizio di Assistenza domiciliare Ostetrica in Continuità (AdOC), intrapreso a dicembre 2020 dalle ostetriche del Punto Nascita di Moncalieri.
La pandemia da Covid-19 è stata quindi una motivazione aggiuntiva per concretizzare un progetto già auspicato da anni nel Centro di secondo livello alle porte di Torino.
Il Punto Nascita di Moncalieri è uno dei Centri Hub regionali per il parto di donne Covid-19 positive sintomatiche e asintomatiche, in linea con le indicazioni della Regione (Nota Unità di Crisi Regionale del 6/4/2020) e dell'A (n. 2, 2020, bimestrale, anno XXI), ha creato una collaborazione tra professionisti che favorisse la dimissione ordinaria o precoce dalle 6 alle 48 ore dal parto, seguita da un'assistenza domiciliare concordata con la donna/coppia.
Il progetto aderisce alla mission aziendale dell'Asl "migliorare la qualità della vita, migliorando la qualità dell'assistenza sanitaria".
Superate le prime difficoltà determinate soprattutto dalla scarsa presenza di realtà assistenziali simili con cui confrontarsi, si è partiti con il reclutamento delle donne. Questo avviene in momenti diversi a seconda del primo incontro con la persona assistita. Sono candidabili le donne domiciliate nell'Asl di pertinenza: esse ricevono l'informazione relativa al progetto AdOC in occasione delle prestazioni ecografiche, del bilancio di salute a 36 settimane, negli incontri di accompagnamento alla nascita on line o durante il ricovero per il parto. In quelle occasioni vengono illustrati i professionisti coinvolti e i criteri di inclusione per la dimissione precoce e gli obiettivi dell'assistenza domiciliare ostetrica nel post partum. Si consegnano l'informativa, il modulo di consenso e un link a questionario conclusivo di valutazione.
Una volta data l'adesione, il team di ostetriche si reca a domicilio delle donne, siano esse Covid negative o Covid positive.

ESPERIENZE SUL CAMPO

Le foto sono tratte dalla seconda edizione del libro "Quell'anno in cui" di Stefano Stranges

Il principio fondante del progetto è la continuità assistenziale; le ostetriche sono le stesse che hanno potenzialmente assistito quelle donne al parto, durante la degenza o talvolta anche durante la gravidanza. L'obiettivo è quello di creare un ponte tra l'assistenza ospedaliera verso i servizi territoriali, svolgendo quelle attività che possono tranquillamente essere eseguite in un contesto famigliare e non necessariamente in ospedale. La casa diventa il setting ed è un continuum con la vita famigliare. Le ostetriche entrano nelle dimore in punta di piedi, con il rispetto sacro dei luoghi in cui si ha l'onore di entrare in un momento di intimità. Lo sguardo silenzioso va oltre i semplici controlli sanitari, si protende ad un'osservazione a 360 gradi: tutti i sensi vengono coinvolti e così tutta la casa parla di quella famiglia, i loro profumi, il loro ordine o disordine; l'accoglienza degli ospiti e il loro chiacchierare sono una fonte enorme di informazioni, quelle informazioni che in un contesto ospedaliero non si possono cogliere.
Durante le visite le ostetriche si pongono in ascolto della famiglia, sostenendo le competenze innate nell'accudimento del neonato e fornendo un'assistenza personalizzata a seconda dei bisogni e della cultura caratteristici del nucleo famigliare. Le origini influenzano il modo di gestire il neonato e le aspettative che si hanno nei confronti dei professionisti, e ciò emerge in modo particolare quando la diade si trova nel suo ambiente abituale, sia esso fisico sia culturale.
Durante gli incontri, si sostiene l'allattamento al seno, osservando la poppata e controllando che vi sia una regolare crescita neonatale. Il sostegno all'allattamento è forse l'aspetto assistenziale a cui si dedica maggiore attenzione ed è il vero anello di congiunzione con l'attività territoriale. Sempre di più le mamme devono essere sostenute e guidate per mantenere un'azione apparentemente naturale ma che negli anni ha smarrito tutta la sua naturalità. L'Unicef e l'American Accademy of Paediatrics (Aap) evidenziano come "l'allattamento esclusivo materno ha dei benefici a breve e lungo termine, quali prevenzione della Sids e delle infezioni con riduzione delle riammissioni ospedaliere neonatali, della leucemia in età pediatrica, dell'obesità e delle patologie cardiovascolari nell'età adulta".

OLTRE ALLA POPPATA, l'ostetrica esegue una valutazione globale del benessere psicofisico della mamma; in particolare, controlla la corretta cicatrizzazione delle suture perineali e/o da taglio cesareo, effettuando nel primo caso anche una valutazione complessiva della salute perineale, mettendo in atto le competenze di perineal care. La presa in carico è anche volta a intercettare segnali precoci di fragilità emotiva avvalendosi di test validati come il test di Whooley. Saranno loro a ripetere i tamponi a mamma e neonato in caso di positività evitando così che altri professionisti vadano a domicilio o che la coppia si debba recare in centri hotspot per eseguire i tamponi covid. Nelle visite domiciliari potranno anche eseguire i prelievi per eventuali controlli assegnati alla donna o ripetere screening al neonato.
In caso di complicanze, le ostetriche attivano il supporto degli altri professionisti della rete (pediatri di libera scelta, ginecologi, assistenti sociali, psicologi e altri operatori dell'Asl), per consentire un'assistenza mirata a seconda delle esigenze. A tal fine vi è anche il coinvolgimento di una mediatrice culturale, nel caso di donne con barriera linguistica. Ad oggi circa il 20% di donne seguite a domicilio sono straniere (19,8%).

AD OGGI, seppur trascorso un breve periodo dall'inizio del servizio, dall'analisi delle interviste effettuate a 100 famiglie partecipanti al progetto esse si ritengono complessivamente soddisfatte delle visite a domicilio (97% pienamente soddisfatte) e del percorso intrapreso con il team di ostetriche (87% di famiglie soddisfatte). Riferiscono inoltre che il team di ostetriche è stato attento nell'osservare/valutare e controllare il benessere materno e neonatale (100% tra pienamente soddisfatte e soddisfatte). La totalità delle famiglie concorda nell'affermare che seguirà i consigli forniti dal team di ostetriche durante le visite a domicilio perché utili (96% pienamente concorde) e di aver migliorato le modalità di prendersi cura di sé stessi e del neonato aumentando il loro senso di sicurezza (100% tra pienamente d'accordo e d'accordo). Hanno avuto la sensazione che le ostetriche sapessero realmente quali erano i loro bisogni (72% pienamente d'accordo, 19% d'accordo,) e hanno avuto la possibilità di esprimere realmente i loro aspetti più personali (91% pienamente d'accordo, 7% d'accordo, 1% incerto e 1% dato non pervenuto). Per quanto riguarda il tempo dedicato dalle ostetriche alle famiglie queste ultime lo considerano complessivamente adeguato ai loro bisogni (91% pienamente d'accordo, 7% d'accordo).
Sembrerebbe quindi che, investire oggi, in questo modello assistenziale abbia un valore con potenziali ricadute positive a breve e lungo termine.

> In caso di complicanze, le ostetriche attivano il supporto degli altri professionisti della rete (pediatri di libera scelta, ginecologi, assistenti sociali, psicologi e altri operatori dell'Asl), per consentire un'assistenza mirata a seconda delle esigenze

L'IMPORTANZA DI SUPPORTARE tale servizio è pertanto diventata una priorità del Dipartimento Materno Infantile, ma è opportuno condividere che vi sono alcune criticità da affrontare.
In primis l'arruolamento di due ostetriche che dovranno sostituire le due unità che attualmente sono state dedicate al servizio AdOC ma che operano presso gli ambulatori momentaneamente chiusi per Covid 19. L'arruolamento permetterebbe anche di formare, a costo zero, nuove ostetriche desiderose di far parte del progetto, ma che per insufficiente esperienza, necessitano un percorso formativo specifico negli ambiti dell'assistenza alla diade madre bambino in puerperio. Un altro aspetto riguarda la diffusione del progetto anche al di fuori dell'area territoriale dell'Asl.
Desideriamo stimolare altre realtà sanitarie ad aderire a questo progetto e allinearsi agli studi internazionali che dimostrano che questo modello assistenziale ha una ricaduta positiva sul benessere della famiglia e la concomitante riduzione dei costi della sanità pubblica. E questo non ci par poco.

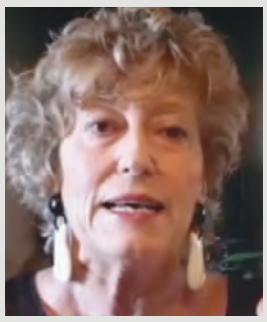
Le esperienze sul campo

Il valore di un percorso ambulatoriale nella Asl Toscana Centro

ESPERIENZE SUL CAMPO

Come tutelare la salute delle donne prevenendo anche ulteriori ricorsi all'Ivg

La regione Toscana si è espressa per la prima volta nel 2014 a favore dell'aborto medico a livello ambulatoriale, con un parere del Consiglio sanitario regionale basato sul lavoro di un gruppo di studio che aveva lavorato raccogliendo dati di letteratura ed esperienze di altri Paesi



VALERIA DUBINI
Asl Toscana Centro, Firenze

IL LAVORO DEL GRUPPO partiva da una semplice lettura della Legge 194 che già nel 1978 ipotizzava, nell'articolo 8, che "nei primi novanta giorni gli interventi di interruzione della gravidanza dovranno altresì poter essere effettuati, dopo la costruzione delle unità socio-sanitarie locali, presso poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati, funzionalmente collegati agli ospedali ed autorizzati dalla Regione". L'aspetto che allora sembrò interessante era duplice: da una parte avvicinare nei territori la possibilità di ricorso all'aborto medico e quindi rendere più agevoli gli accessi per le donne, dall'altra allontanare da ospedali e punti nascita un percorso doloroso che risentiva negativamente di un ambiente ospedaliero dedicato alle donne in gravidanza e alla nascita.

Rendere più agevole l'accesso si traduceva infatti nel favorire il ricorso all'aborto medico, che offre garanzia di sicurezza per la salute delle donne e in minori costi per la comunità. Un ricorso che veniva invece scoraggiato se organizzato all'interno di un ricovero ospedaliero di prevedibile durata di tre giorni. Ma non solo, significava inoltre ridurre l'impegno degli ospedali per un intervento che poteva essere svolto con altre modalità, in luoghi diversi dalle sale operatorie che, a giusto titolo, lasciavano liberi spazi per altri tipi di problematiche.

Il progetto del 2014 non vide però una sua attivazione per la mancanza di un'adeguata codifica nel nomenclatore regionale e così gli anni sono passati senza che trovasse concretezza.

Nel frattempo nella nostra azienda nacque l'ipotesi di utilizzare una struttura ospedaliera con valenza territoriale, quindi con sale operatorie e con un'ampia parte dedicata ai servizi ambulatoriali compreso il consultorio, e di sperimentare un modello diverso, centralizzato, che guardava al modello ambulatoriale ipotizzato dal parere del 2014. Quindi niente più posti letto, ma comode poltrone, spazi appartati e lontani dall'assistenza alle donne in gravidanza e dai neonati, con un pool di operatori dedicati all'attività. Il percorso era semplice: nel corso dell'Accettazione delle donne che richiedevano l'accesso alla 194 e in base all'epoca gestazionale, veniva offerta l'informativa riguardante l'aborto medico e, se la donna accettava, veniva somministrato direttamente il mifepristone attivando così contestualmente il percorso dell'aborto medico. L'importanza del counselling e anche l'individuazione delle donne più adatte a questa modalità, si rilevava ovviamente fondamentale.

Dopo l'assunzione del farmaco la donna era invitata a trattenersi per un breve periodo nella struttura, anche in base alle sue preferenze: dopodiché veniva invitata a presentarsi 48 ore dopo. Nell'accesso successivo si procedeva alla somministrazione di misoprostolo, accompagnato da un antidolorifico: questo, in quanto nel secondo accesso avevamo verificato episodi di dolore o di disturbi

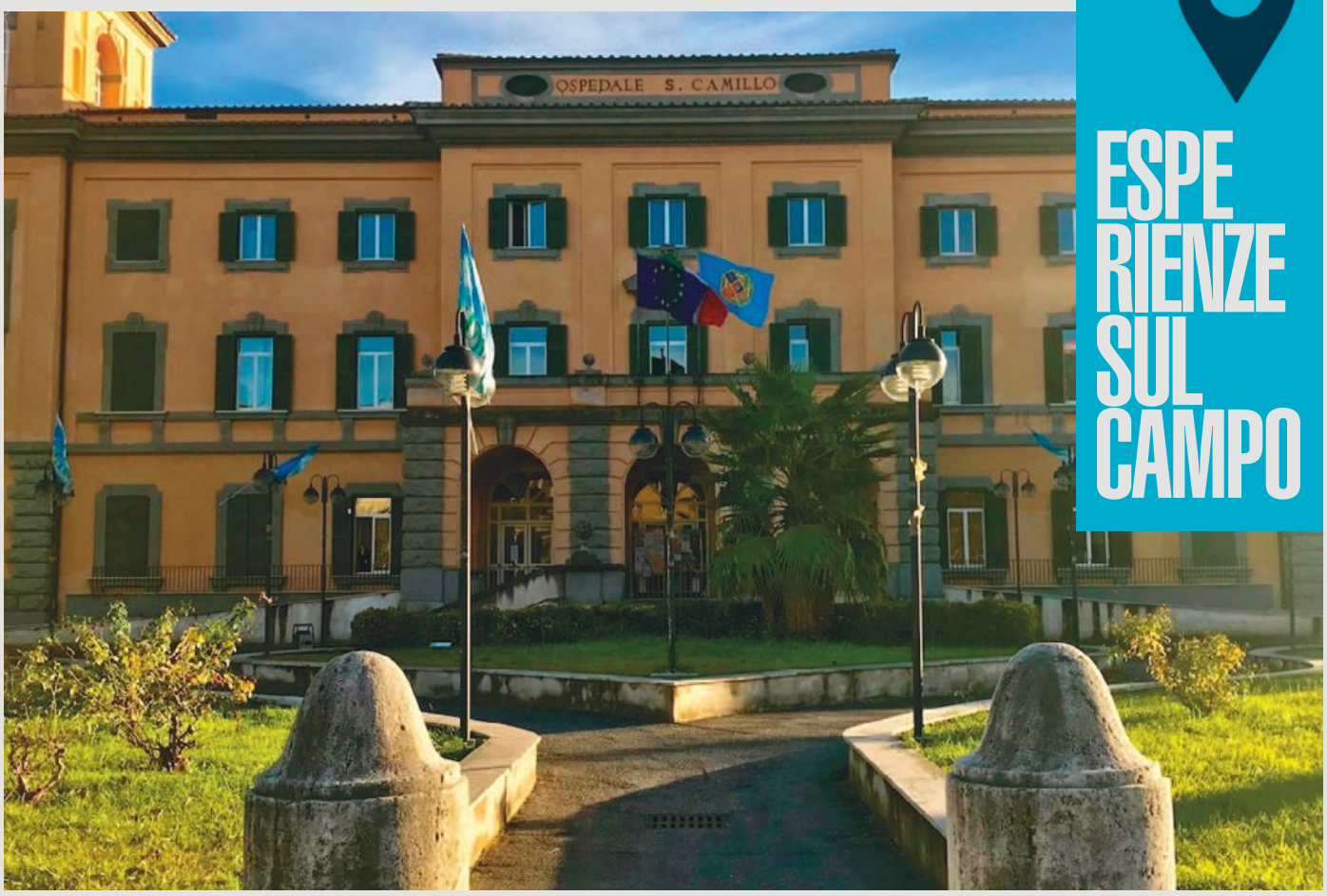
> Abbiamo abbreviato i tempi di stazionamento in struttura, offrendo un kit farmacologico per eventuali effetti collaterali, e abbiamo portato a circa il 60% l'incidenza di aborto medico senza peraltro osservare un aumento di complicanze o necessità di ricorrere all'intervento chirurgico

ESPERIENZE SUL CAMPO

Le esperienze sul campo

Il valore di un percorso ambulatoriale nella Asl Toscana Centro

collaterali come vomito o diarrea.
Anche il secondo step richiedeva un counselling adeguato affinché la donna potesse sentirsi consapevole dei possibili effetti che possono essere comunque antagonizzati tramite l'assunzione di farmaci adeguati.
Abbiamo potuto toccare con mano come un setting più "friendly" come quello ambulatoriale riducesse comunque gli effetti collaterali, collegati evidentemente non solo all'effetto del farmaco ma anche ad aspetti emotivi che, in ambito ospedaliero e in particolare in un punto nascita, venivano evidentemente slatentizzati.
L'esperienza, iniziata nel maggio del 2018, è quindi proseguita incrementando notevolmente il ricorso all'aborto medico e riducendo l'aborto chirurgico, con soddisfazione delle donne, una riduzione dei costi liberando anche le sale operatorie divenute così maggiormente disponibili per altre attività chirurgiche, aspetto questo certamente da non sottovalutare.
Nel 2019 abbiamo così raggiunto il 40% di aborti medici su un numero complessivo di circa 800 Ivg. Una percentuale importante se consideriamo che nel 2017, quando ancora venivano effettuati in ospedale, le donne che avevano scelto l'aborto medico si erano attestate intorno al 18%. Il tutto senza complicanze importanti e con una necessità di intervenire chirurgicamente inferiore all'1%.
E poi è arrivata la pandemia... che ha imposto la necessità di comprendere il valore del lasciare gli ospedali alla loro missione rivolta all'urgenza e alla complessità, evidenziando l'importanza che il territorio facesse la sua parte.
Anche la nostra struttura si è trovata in difficoltà con una drastica riduzione degli spazi chirurgici e la necessità di spostare interventi in presidi periferici convenzionati per l'occasione.
Ma la gravidanza non poteva andare in lockdown e anche i servizi territoriali dovevano mantenere intatta la mole di attività. E se la scelta di interrompere la gravidanza non era evidentemente rimandabile, lo spazio ambulatoriale che avevamo creato è divenuto così indispensabile.
Grazie anche alle prese di posizione delle nostre società scientifiche, in particolare al documento congiunto Sigo, Aogoi, Augui e Agite, abbiamo potuto allargare le maglie dell'epoca gestazionale con la possibilità di ricorrere all'aborto medico fino a 63 giorni di gestazione. Abbiamo anche abbreviato i tempi di stazionamento in struttura, offrendo un kit farmacologico per eventuali effetti collaterali, e abbiamo portato a circa il 60% l'incidenza di aborto medico senza peraltro osservare un aumento di complicanze o necessità di ricorrere all'intervento chirurgico.
Questa modalità ci hanno permesso di rendere più semplici i nostri percorsi anche nei momenti più difficili: abbiamo aumentato gli spazi per favorire il distanziamento e abbiamo potuto evitare l'esecuzione del tampone abbreviando i tempi in cui le donne restavano nelle strutture.
Nel frattempo anche a livello regionale è stato ripreso in mano il percorso dell'aborto medico, nella consapevolezza che, come avvenuto nella nostra realtà, anche per tutte le strutture ospedaliere sarebbe stato utile, in periodi di difficoltà come quello della pandemia, poter fare ricorso ad ambienti territoriali adeguatamente attrezzati e messi in sicurezza.
Così nel luglio del 2020 l'Organismo di governo clinico regionale ha approvato il protocollo dell'aborto medico ambulatoriale attendendo a 63 giorni la possibilità di effettuare questa pratica e scegliendo la dizione della Legge 194 con l'individuazione di "poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati, funzionalmente collegati agli ospedali ed autorizzati dalla Regione".
Finalmente abbiamo ricevuto il codice del nomenclatore regionale e la possibilità di "istituzionalizzare" quello che effettivamente stavamo già realizzando con modalità ambulatoriale.
Di lì a poco anche le linee guida del Ministero, su parere del Consiglio superiore di sanità, sono andate nella stessa direzione.
Ma le linee di indirizzo della Regione Toscana si sono discostate da queste ultime solo per non avere voluto individuare i consultori come luogo di ricorso all'aborto medico. Questo nasce, oltre che dal riferimento alla Legge 194, anche dalla consapevolezza che i luoghi individuati debbano essere almeno in parte dedicati e devono garantire oltre che criteri di sicurezza, anche criteri di adeguata protezione della privacy.
In riferimento alle linee guida nazionali come sempre nel nostro Paese c'è stato un gran discutere, sostenendo che si consentiva un percorso troppo facile o che si lasciavano le donne ancora più sole. Ma credo che questa affermazioni con siano corroborate da una conoscenza profonda della la realtà di questi percorsi: scegliere l'aborto medico infatti significa scegliere una strada di maggiore consapevolezza che nel tempo si traduce anche nel minore rischio al ripetere l'esperienza. Vivere il lutto di una scelta così dolorosa rappresenta infatti una migliore modalità di elaborazione e di presa di coscienza da parte delle donne che porta ad un minore rischio di recidiva.
Quanto alla solitudine è chiaro che le donne debbano sentirsi accompagnate in ogni momento: con riferimenti telefonici e con la possibilità di accedere al servizio in ogni momento ne sentano la necessità.
L'esperienza realizzata nella nostra Asl ha mostrato un elevato livello di compliance nelle donne verso l'aborto medico. Questo risultato, insieme all'offerta di contraccettivi gratuiti garantita da un'altra delibera regionale, è un atto concreto di come si possa tutelare la salute delle donne prevenendo anche ulteriori ricorsi all'Ivg. Per questo ora stiamo lavorando per esportare in altri ambiti della nostra azienda un modello che si è dimostrato vincente.



ESPERIENZE SUL CAMPO

Le esperienze sul campo

Ivg e counseling contraccettivo nella Ao San Camillo Forlanini di Roma

"Anche con la pandemia abbiamo risposto alle esigenze delle donne"

Non si è fermato il nostro ambulatorio della salute riproduttiva nell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma

IN UN ANNO DIFFICILISSIMO per il dilagare della Pandemia di Covid 19 in cui tutte le risorse sono state mobilitate per arginare i problemi di salute pubblica ad essa connessi, la Uosd legge 194/78 ha continuato a rispondere alle richieste delle donne sempre ottemperando al protocollo screening di sorveglianza Covid 19, e inviando i pochi casi positivi al policlinico Umberto I° ospedale designato Covid.

Il reparto risponde ai problemi di salute riproduttiva delle donne non solo della città di Roma e delle altre provincie della Regione Lazio, ma anche di quelle che arrivano da altre Regioni dell'Italia Centro Meridionale, poiché non trovano risposte adeguate ai loro bisogni di salute riproduttiva nei loro luoghi di residenza.

Nonostante le criticità sanitarie causate dalla pandemia il servizio ha garantito a pieno ritmo le attività di cura dal lunedì al venerdì, rispondono anche ai bisogni di salute di competenza territoriale poiché i Consultori Famigliari a causa del lock down sono stati chiusi per alcuni periodi e successivamente aperti con riduzione dell'orario di servizio.

Nel 2020 la Uosd legge 194/78 ha mantenuto lo stesso trend degli anni precedenti. Sono state effettuate 948 Interruzioni di gravidanza chirurgiche, 67 aborti medici, 156 ITG per malformazioni fetali o problemi di salute materna, 916 aborti farmacologici con RU486 e 1.607 visite di controllo dopo 15 giorni dalla procedura per Ivg.

L'Importanza del counseling contraccettivo

Altro dato positivo è quello relativo all'attività contraccettiva per prevenire le Ivg ripetute. Anche nel 2020 la nostra attività non si è fermata: sono state inseriti 286 Iud al rame, 144 Iud progesterone e 46 impianti sottocutanei progestinici per un totale di 468 donne prese in carico, equivalenti ad 1/3 delle utenti sottoposte ad Ivg nel nostro Reparto. L'American College of Obstetricians and Gynecologists (Acog) in merito al counseling contraccettivo agli adolescenti, e non solo, ha formulato alcune raccomandazioni: indipendentemente dall'età di un paziente o dalla precedente attività sessuale, l'ostetrico-ginecologo dovrebbe regolarmente affrontare le sue esigenze, aspettative e preoccupazioni contraccettive. Le leggi sui diritti dei minori di acconsentire ai servizi sanitari variano a seconda dello Stato e l'ostetrico-ginecologo dovrebbe avere familiarità con le normative che si applicano alla loro pratica. La contraccezione di emergenza dovrebbe essere regolarmente inclusa nelle discussioni sulla contraccezione, comprese le questioni di accesso. L'Acog raccomanda inoltre che i ginecologi ostetrici scrivano prescrizioni anticipate per la contraccezione orale di emergenza per i loro pazienti.

I metodi contraccettivi reversibili a lunga durata d'azione (Larc) hanno un'efficacia maggiore, tassi di continuazione più elevati e tassi di soddisfazione più elevati rispetto ai contraccettivi a breve durata d'azione. Poiché i metodi Larc sono sicuri, sono eccellenti scelte contraccettive per gli adolescenti.

GIOVANNA SCASSELLATI SFORZOLINI

Responsabile Uosd Legge 194 Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma

Le discussioni sulla contraccezione dovrebbero iniziare prima con le informazioni sui metodi più efficaci. Gli ostetrici-ginecologi dovrebbero essere consapevoli ed essere preparati ad affrontare le più comuni percezioni errate sui metodi contraccettivi in un modo appropriato all'età e compatibile con l'alfabetizzazione sanitaria del paziente.

L'incontro iniziale e le visite di follow-up dovrebbero includere una continua rivalutazione delle preoccupazioni sessuali, del comportamento, delle relazioni, delle strategie di prevenzione e dei test e del trattamento per le malattie sessualmente trasmissibile secondo le linee guida del Cdc (Centers for Disease Control and Prevention).

Da numerose ricerche su Ivg e contraccezione effettuate dall'Aogoi è emersa l'importanza di assicurare il counseling contraccettivo nell'immediato post Ivg proponendo anticoncezionali long acting (Larc).

Un indirizzo che è stato accolto dalla nostra Azienda Ospedaliera che ha acquistate con il budget del Dh Legge 194/78 contraccettivi Larc per metterli a disposizione delle donne. Una scelta che si è dimostrata efficace per prevenire interruzioni ripetute a tutela della garanzia delle salute delle utenti. Questa strategia aderisce alle raccomandazioni espresse in vari articoli della legge 194/78, che raccomanda la prevenzione delle gravidanze indesiderate.

Le resistenze all'utilizzo di contraccettivi spesso è determinata anche dal loro costo che in Italia è il più elevato rispetto agli altri paesi europei. Anche nella Regione Lazio non sono state effettuate Politiche Attive per assicurare la gratuità dei metodi contraccettivi.

In questo ambito le Regioni più virtuose sono l'Emilia Romagna, Piemonte, Campania e Puglia dove vengono effettuate campagne informative rivolte soprattutto ai giovani nelle scuole con la partecipazione del personale dei Consultori Famigliari. Tra le regioni più virtuose emerge l'Emilia Romagna dove la contraccezione è gratuita fino all'età di 26 anni per le fasce di popolazione più fragili e vengono realizzate campagne informative di educazione alla contraccezione. Un lavoro capillare che ha significato una riduzione del ricorso alle Ivg.

ESPERIENZE ALL'ESTERO

La parola ai giovani

Giorgia Dinoi: "Fare ricerca di alto livello per migliorare le cure e la prognosi delle nostre pazienti"

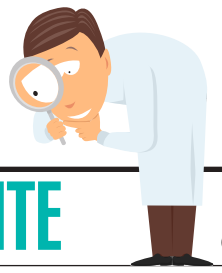
Arriva da Taranto, Giorgia Dinoi, ma la sua seconda casa è il Policlinico Gemelli di Roma. Ha due grandi passioni, la chirurgia e la ginecologia, e una grande ambizione: fare ricerca di alto livello per migliorare le cure e la prognosi delle pazienti con neoplasie all'utero. La sua voglia di crescere l'ha portata negli Usa: esattamente alla Mayo Clinic in Minnesota dove è rimasta per un intero anno. Ora si sta occupando di tumori uterini e del trattamento conservativo di questo organo nelle giovani donne con neoplasie dell'endometrio che non hanno perso la speranza di poter procreare.

Dottoressa Dinoi, quando è iniziata la sua esperienza all'estero e quanto ha influito sulle sue scelte professionali?
È iniziata a gennaio 2019. Un giorno che non dimenticherò mai, per il grande freddo e perché avevo la consapevolezza che da quel giorno la mia vita professionale avrebbe avuto un importante cambio di passo. Quando sono atterrata a Minneapolis in Minnesota per raggiungere poi la destinazione finale, la Mayo Clinic a Rochester, eravamo in pieno Polar vortex, con temperature che avevano raggiunto i - 40°, erano 30 anni che non succedeva. Ma nonostante il freddo, la distanza da casa e la leggera paura di fare ricerca e mettere da parte la pratica clinica, ero eccitata all'idea di iniziare questa esperienza da sola. Mi sentivo di far parte del famoso "American dream". Sono rimasta 13 mesi in America e quel periodo ha influito moltissimo sulle mie scelte professionali. Innanzitutto perché grazie al mio capo americano e a tutto l'entourage fortemente stimolante della Mayo Clinic, ho imparato cosa volesse dire fare ricerca clinica, ma soprattutto perché ho capito che non avrei mai rinunciato a vivere nella mia amata Italia e a lavorare al Policlinico Universitario Agostino Gemelli, ormai la mia seconda casa, dove ho potuto continuare a lavorare nell'ambito della ricerca oncologica in Ginecologia a stretto contatto con i Professori Giovanni Scambia, Direttore Scientifico della Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli Irccs di Roma e Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Ginecologia Oncologica e Francesco Fanfani, Responsabile dell'Unità Operativa Semplice Dipartimentale del carcinoma dell'endometrio.

Quale attività scientifica ha condotto alla Mayo Clinic e ad oggi qual è lo stato dell'arte della sua attività?
Mi sono occupata di ricerca clinica nell'ambito del tumore dell'utero, soprattutto degli istotipi più aggressivi che diminuiscono le chance di sopravvivenza delle pazienti. Il tumore all'utero ha per fortuna una buona prognosi perché nella maggior parte dei casi viene diagnosticato in stadio iniziale. In questi casi lo trattiamo con una chirurgia mini-invasiva (laparoscopia o robotica) con un beneficio in termini di dolore e complicanze post operatorie, rapida ripresa della paziente e beneficio estetico. Attualmente sono in corso ricerche per identificare la natura molecolare del tumore che possano meglio categorizzare le pazienti in diverse classi di rischio così da personalizzare sempre di più il trattamento. Ora sul solco dell'attività svolta in America, sto conducendo uno studio per valutare se, come penso, esista una categoria di pazienti con un più alto rischio di recidiva, nonostante lo stadio iniziale della malattia, che, se riconosciuta, potrebbe beneficiare di una terapia più mirata. Inoltre, mi sto occupando di giovani donne con tumore dell'endometrio che non vogliono rinunciare alla possibilità di diventare madri: nell'innovativo centro "Class Hysteroscopy", recentemente istituito, il più grande al mondo, le trattiamo con isteroscopia e terapia ormonale a base di progesterone. Se a distanza di sei mesi di trattamento sono guarite, le incoraggiamo ad avere una gravidanza. Stiamo lavorando per capire quale sia la miglior terapia ormonale da utilizzare.

Tirando le somme cosa si porta a casa dopo questa esperienza?
Sicuramente una grande un'esperienza di vita, oltre che di lavoro. Ho conosciuto persone di ogni nazionalità e con qualcuna siamo anche diventati amici. Ma devo dire che ogni persona con la quale mi sono confrontata, anche se rapidamente, mi ha lasciato qualcosa. Lo scambio di culture diverse ti apre la mente e ti fa crescere. Le relazioni internazionali sono fondamentali nell'ambito della ricerca in vista di collaborazioni scientifiche, confronto e progresso.
In assoluto, il mio modo di leggere uno studio, scrivere un lavoro scientifico in maniera più rigorosa, collaborare in un team, è maturato nel corso di quell'anno. Non ultimo, non potendo prescindere in ambito medico dalla conoscenza della lingua inglese, un anno all'estero mi ha molto aiutata in termini di proprietà e fluidità del linguaggio.

Cosa si aspetta ora dal futuro?
A parte che questa pandemia finisca? Vorrei essere un bravo clinico ed un bravo chirurgo ginecologo e fare ricerca di alto profilo per migliorare le cure e la prognosi delle nostre pazienti. Mi piacerebbe continuare la collaborazione con la Mayo Clinic, che attualmente è ancora molto attiva, e perché no, spero di andare a trovare presto i colleghi americani.



SOTTO LA LENTE

di Carlo Maria Stigliano

NORMAN ROCKWELL
Boy and Girl Gazing at Moon
1926, olio su tela.
Norman Rockwell Museum Collection

> **...il Covid faceva morti a perdere, gli Italiani stavano a soffrire a colori e sui media ci toccava anche sorbirci le diatribe degli "esperti" che avevano di solito un effetto ancor più deprimente sull'umore della gente...**

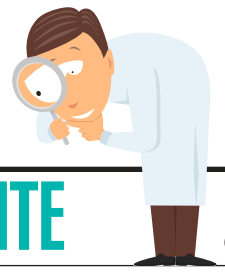
Andrà (quasi) tutto bene

Un tempo i bambini a cui scioccamente gli adulti chiedevano che cosa volessero fare da grandi, di solito rispondevano il medico, l'astronauta, il ferroviere, l'ingegnere ("come il papà") oppure il pilota di formula 1; mai i cari fanciulli s'azzardavano a dire di volersi dare alla politica o a mestieri ritenuti poco gratificanti

> La nostra TV trabocca ormai di virologi ad ogni ora e su ogni emittente; quelle a carattere locale si accontentano del primario del laboratorio d'analisi sotto casa, tanto sempre virologo è, magari anche bravo

SE LA STESSA DOMANDA venisse posta oggi, probabilmente molti piccoli risponderebbero con orgoglio: il virologo! E alla successiva, scontata domanda sul perché di una tale inusuale scelta, essi risponderebbero con sicurezza: perché loro combattono il Virus! Una sorta di San Giorgio contro il Drago, un eroe positivo che ci libererà dal Male, da questo mostro a molte spine che ha costretto adulti e piccini a rinchiudersi in casa, a non andare a scuola, a bardarci con oppressive mascherine.
Riflettendo su questi pensieri, si capisce che l'anno orribile del Covid 19 ha avuto anche questo effetto sui bambini: le comparsate multiple nell'arco di ogni giorno degli esperti virologi evidentemente hanno lasciato il segno. In verità per i piccoli ma anche per i grandi i formidabili 4-5 "esperti" sono divenuti figure fin troppo familiari; soltanto che ai bambini sono apparsi come eroi della lotta al Virus cattivo mentre nei grandi hanno finito per suscitare reazioni contrastanti. Per alcuni infatti qualche "esperto" è apparso come un menagramo, qualcun altro come un fanfarone (non avendo azzeccato una previsione: ricordate? "E' una semplice influenza, un poco più forte...!"), altri contraddicendosi a vicenda ci hanno istillato dubbi e alla fine sconforto. La nostra TV trabocca ormai di virologi ad ogni ora e su ogni emittente; quelle a carattere locale si accontentano del primario del laboratorio d'analisi sotto casa, tanto sempre virologo è, magari anche bravo.
Ora, io ho grande stima e rispetto per questi specialisti ma devo ammettere che esiste il rischio che a causa della loro sovraesposizione alla fine essi diventino un'aggravante della pandemia, insomma che si verifichi una sorta di virosi da virologi. Certo abbiamo attraversato un brutto momento: i bollettini delle ore 17 alla Protezione Civile o all'ISS resteranno inchiodati nella nostra mente come veri bollettini di guerra e ci ricorderemo per sempre delle cifre dei morti e dei contagiati per il Coronavirus.
E poi le dispute tra virologi, infettivologi e *tuttologi*, le quasi risse dei politici impegnati a propagandare le loro presunte ricette nel segno dell'ovvietà più becera: "Bisogna accelerare nelle vaccinazioni", "Dobbiamo liberare le persone da questa prigionia" e così almanaccando, come se qualcuno potesse sostenere che occorresse ritardare le vaccinazioni o favorire il persistere del lockdown! Naturalmente mai una proposta concreta e realizzabile...
E poi le cosiddette "ondate": la prima, ovviamente la seconda e naturalmente la terza e speriamo sia finita. Tra gli "esperti" c'erano (ci sono?) quelli che le avevano intuite, quelli che le avevano previste e poi gli aperturisti, gli intransigenti delle chiusure, i prudenti (così non si sbaglia mai) e persino i negazionisti ("il virus è clinicamente morto", salvo poi contare altre decine di migliaia di vittime).
Insomma: il Covid faceva morti a perdere, gli Italiani stavano a soffrire a colori e sui media ci toccava anche sorbirci le diatribe degli "esperti" che avevano di solito un effetto ancor più deprimente sull'umore della gente di per sé già depressa sufficientemente per le privazioni dovute alla pandemia.
Esaurito il tema contagi abbiamo aperto un altro capitolo ghiotto per i presenzialisti delle TV: i vaccini. E qui si sono scatenati tutti. Mi ricorda la pubblicità dei detersivi del Carosello della mia infanzia: il mio bucato, signora, è più bianco del suo! Già, ma il mio è più profumato di pulito, signora, e così 'sciacqueggiando' nella follia! Solo che si parla di vaccini non di detergenti e stiamo provando a vincere una terribile pandemia altro che bucato a mano o in lavatrice! Le persone (già: le Persone) sono confuse, hanno paura, avrebbero bisogno di rassicurazioni, altro che di dispute spesso insignificanti.
Ricordiamo tutti l'antico adagio: i professoroni discutono mentre

CARLO MARIA STIGLIANO



SOTTO LA LENTE

di Carlo Maria Stigliano

Andrà (quasi) tutto bene

> In questo teatrino con tanti personaggi in cerca d'autore non ci resta che sperare di uscirne presto e bene, magari anche un poco ammaccati per quanto abbiamo subito ma almeno vivi

il malato muore! E poi, tutti questi esperti non avranno da lavorare, da dormire, da mangiare e come fanno ad essere sempre presenti e incombenti in ogni canale televisivo, sui giornali e sui social? Mistero!

I talk show ci assediano con personaggi di ogni tipo: dai politici che tifano per questo o quel vaccino ai cosiddetti esperti che tutto sanno ma si contraddicono tra loro; gli "opinionisti" (chissà che cosa vuol dire davvero visto che un'opinione ce l'abbiamo tutti) sono i più tossici: tifosi da curva nord si accapigliano solo per dare spettacolo e più si attaccano più sale l'audience, segno che ormai la gente è stanca e esasperata e vorrebbe vedere il sangue come nell'arena (ma fanno finta, non ci sarà mai).

Ci sono persino i vaccino-scettici e sotto traccia anche i no-vax.

A girare nel web e sui social nel miscuglio di antiscientifiche affermazioni si trovano concordi e associati oltre ai no-vax anche i terrapiattisti e i negazionisti dei cambiamenti climatici. Qualche cartello visto in giro con su scritto "Basta scienza" è sufficientemente esplicativo.

Purtroppo le *fake news* propalate soprattutto sui social oltre che su internet recano incertezza e turbamento in quei soggetti che non hanno un'adeguata preparazione culturale e per di più nutrono sentimenti di diffidenza nei confronti delle Istituzioni in generale. "I vaccini non servono, i vaccini sono pericolosi, i vaccini sono soltanto un mezzo di arricchimento per chi li produce e per chi li fa vendere": cioè i medici. E ci risiamo.

Certo, si prova sconcerto a registrare affermazioni del tipo "Non fate il vaccino... dentro c'è di tutto per farci diventare degli zombie" oppure "Poi ci sarà l'introduzione di una vaccinazione globale che vi ucciderà se la accetterete" e ancora "Questa vaccinazione sarà un veleno e verrà presentata nell'ambito di un piano di assicurazione sanitaria mondiale". Di fronte a simili perentorie affermazioni è soltanto auspicabile che costoro e i loro sodali non siano mai colpiti da malattie gravi e prevenibili grazie ai vaccini...

In questo teatrino con tanti personaggi in cerca d'autore non ci resta che sperare di uscirne presto e bene, magari anche un poco ammaccati per quanto abbiamo subito ma almeno vivi. Insomma: "Noi speriamo che ce la caviamo".

Però una domanda sorge spontanea: la compagnia di giro degli esperti ambulanti del Covid-19 che faranno quando finalmente ci saremo definitivamente liberati del virus (e di loro)?

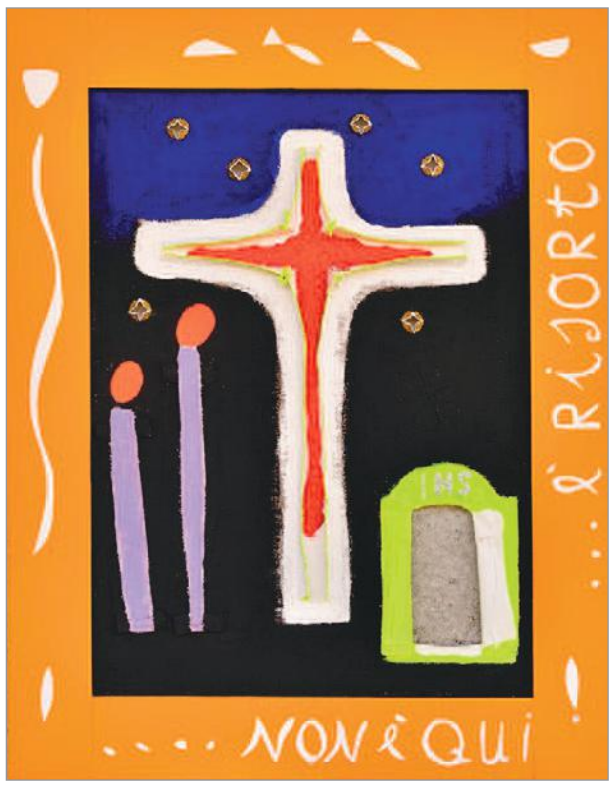
Temo soffriranno molto per non essere più chiamati quotidianamente sotto i riflettori della TV.

Qualcuno di loro non a caso preannuncia altre pandemie nel prossimo futuro. Che dire: speriamo bene!

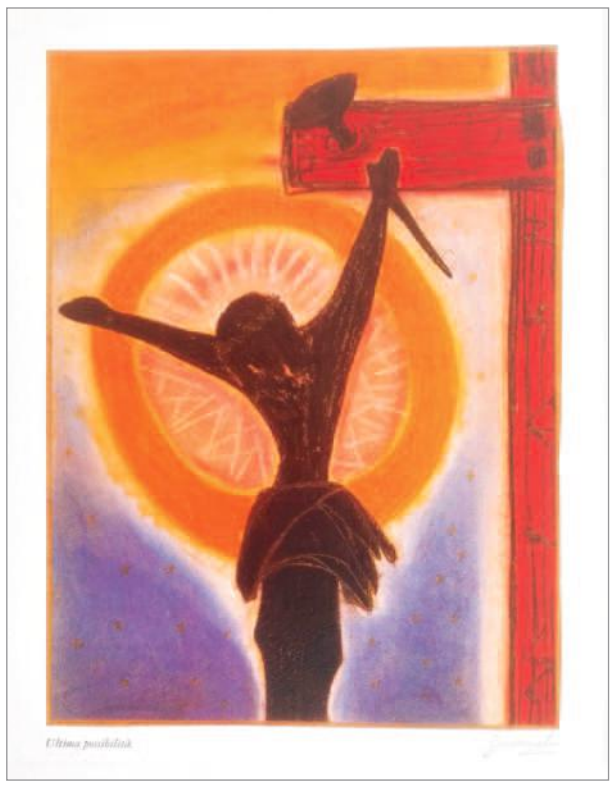
RUBRICHE

ARTEINOSPEDALE

Le opere di Giovenale



LA SPERANZA REALIZZATA



ULTIMA POSSIBILITÀ

MORTE DOVE È IL TUO PUNGIGLIONE