

AOGOI

Organo Ufficiale dell'Associazione
Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

- 7 **Allattamento al seno**
Come garantirlo e mantenerlo
in caso di ricovero ospedaliero
- 22 **Raccomandazioni di buona pratica clinica**
L'assistenza al parto nelle donne
precesarizzate
- 28 **Libri / The Icepick Surgeon**
Storie di scienziati spregiudicati

Gyneco Aogoi

NUMERO 5 - 2021 - BIMESTRALE - ANNO XXXII

**VACCINO
ANTI COVID-19
RACCOMANDATO
IN GRAVIDANZA
E DURANTE
L'ALLATTAMENTO**

**LA CIRCOLARE
DEL MINISTERO
DELLA SALUTE**

UN' INIEZIONE DI FIDUCIA

AL CENTRO DELLA RIVISTA

**IL PROGRAMMA
DEL CONGRESSO
SIGO A SORRENTO**
12 - 15 DICEMBRE

AFFLITTA DA QUESTI PESANTI FASTIDI?

PIZETA[®]
PHARMA S.p.A.



E' dalla tua parte!

SENZA ORMONI E FITOESTROGENI
è naturalmente efficace contro i
DISTURBI DELLA MENOPAUSA

UNA FORMULA ESCLUSIVA ED INNOVATIVA A BASE DI:



ESTRATTO DI LIMONE



ESTRATTO DI ASHWAGANDHA
KSM-66® è un marchio registrato di Ixoreal Biomed Inc.

Mg

MAGNESIO



ADATTO A TUTTE LE DONNE IN MENOPAUSA!

in farmacia, parafarmacia e shop online

www.pizetapharma.com





L'argomento che ha dominato nell'ultimo anno è stato il vaccino anti-Covid 19 e, per noi ginecologi, il vaccino in gravidanza

A QUESTO ARGOMENTO vorrei dedicare l'editoriale di questo numero di *GynecoAogoi* ricco di informazioni, aggiornamenti scientifici, dati e contributi, tutti interessanti.

Il primo chiarimento che va fatto è che nessun vaccino anti-Covid approvato ed utilizzato in Europa contiene il virus Sars-CoV2, altrimenti sarebbe controindicato in gravidanza.

Attualmente, in Italia vi è accesso solo ai vaccini contenenti mRNA. Il problema dei vaccini a mRNA è dato dalla difficoltà di fare arrivare questo piccolo frammento di RNA all'interno delle cellule umane e per fare in modo che questo RNA non sia riconosciuto come estraneo si devono utilizzare delle strategie.

L'INCORPORAZIONE nell'mRNA di nucleosidi modificati ne aumenta la stabilità e lo nasconde alla reazione della cellula, per questo i frammenti di mRNA che codifica l'intera proteina Spike sono inseriti all'interno di nano vescicole lipidiche. Così è possibile indurre da parte dell'organismo umano una risposta immunitaria contro la proteina Spike e quindi la produzione di anticorpi (IgM e IgG).

MI FA PIACERE RICORDARE che questa metodica è stata messa a punto nel 1990 dalla dottoressa Katalin Karikò la cui carriera è stata tutt'altro che facile e solo la sua tenacia e perseveranza le hanno consentito di riuscire a terminare gli studi su questo importante argomento.

NON VI È ALCUN MOTIVO biologico che possa farci pensare che un vaccino a mRNA possa dare degli effetti negativi sul feto e ormai ci sono dati (oltre 166mila donne solo negli

Usa secondo il Registro Cdc aggiornato al 12 ottobre 2021) che indicano come le donne sottoposte al vaccino non abbiano un rischio di complicanze legate al vaccino diverso dalla popolazione generale e che le controindicazioni e gli effetti collaterali sono gli stessi.

Gli anticorpi (IgG) prodotti dalla mamma passano la placenta e giungono al feto offrendogli una immunità passiva che finirà qualche mese dopo il parto e durerà di più se vi sarà l'allattamento materno in quanto gli anticorpi arriveranno al neonato attraverso il latte materno, così come avviene per tutte le altre malattie infettive.

NON C'È UN PERIODO migliore di un altro, ma c'è un unico dato di cui tener conto: la febbre, che può esserci tra gli effetti collaterali del vaccino. Se compare febbre in una donna nei primi tre mesi di gravidanza è molto importante trattarla subito, per esempio con paracetamolo. Ma questo vale sempre, anche in caso di influenza, poiché una temperatura elevata nei primi tre mesi potrebbe essere dannosa per l'embrione, anche se i dati non sono così chiari circa l'entità della temperatura e la durata dell'ipertermia.

Questo, il mio contributo al vaccino anti Covid in gravidanza.

Ma voglio anche ricordare a tutte/i il nostro Congresso nazionale (nelle pagine centrali di *GynecoAogoi*, troverete il programma) che si terrà a Sorrento a dicembre e dove ci vedremo di persona.

Finalmente vediamo la luce fuori dal tunnel



Il vaccino è somministrabile in qualsiasi epoca della gravidanza, perché il vaccino non contiene virus, ma solo frammenti di mRNA



ELSA VIORA
Presidente Aogoi

SIGO 2021
Hilton Sorrento Palace
SORRENTO
12 - 15 dicembre 2021

La ginecologia e le donne: Oltre la pandemia

AL CENTRO DELLA RIVISTA

IL PROGRAMMA DEL CONGRESSO SIGO A SORRENTO
12 - 15 DICEMBRE

Buona lettura!

Gyneco Aogoi

Organo Ufficiale dell'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

AOGOI
ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

Numero 5 - 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

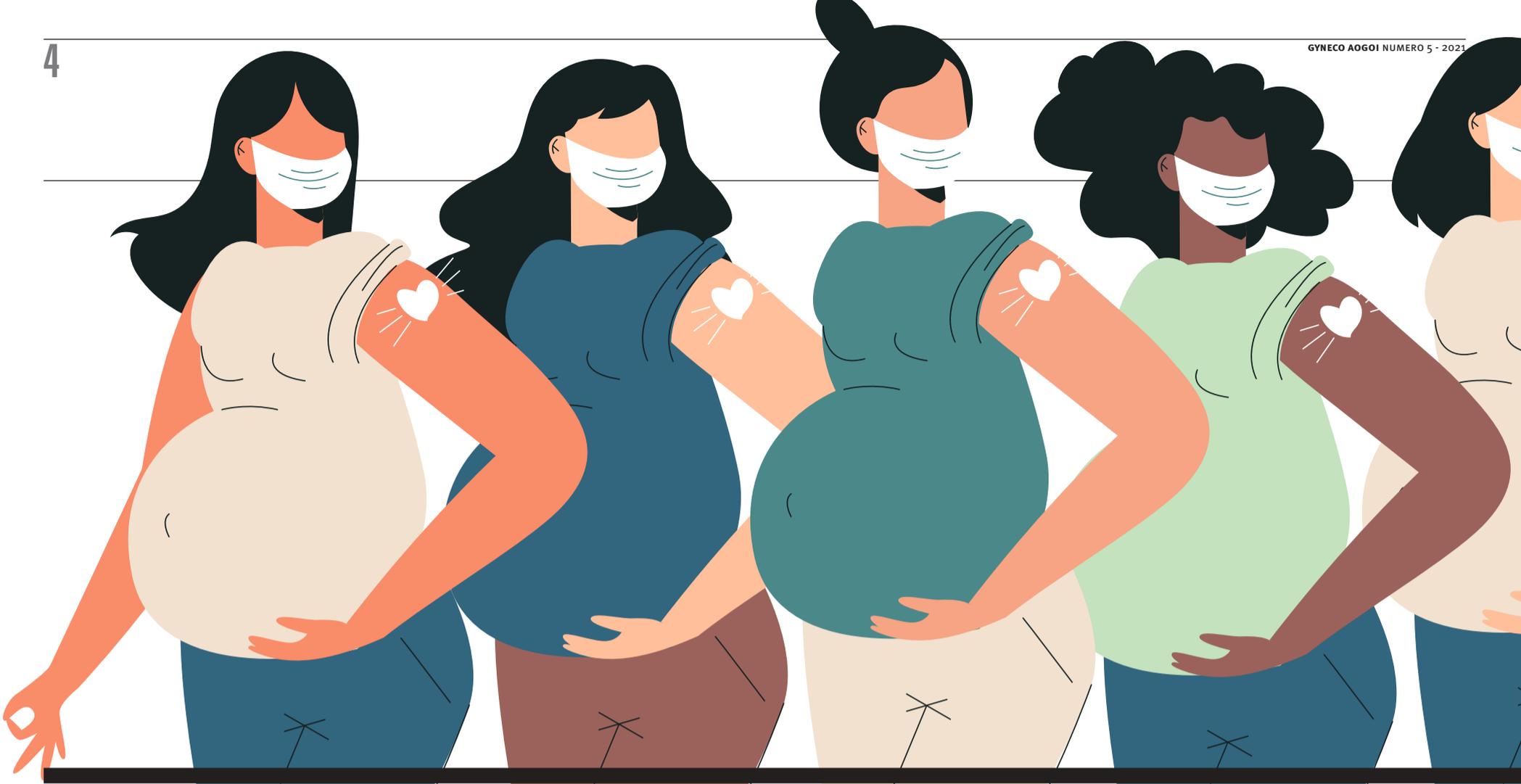
Abbonamenti
Annuo: Euro 26.
Singola copia: Euro 4
Reg. Trib. di Milano del 22.01.1991 n. 33
Poste Italiane Spa -
Spedizione in abbonamento postale 70% - Dcb - Roma
Finito di stampare: ottobre 2021
Tiratura 8.000 copie.

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

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

Testata associata

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



VACCINO

Raccomandato in gravidanza
(nel secondo e terzo trimestre)
e durante l'allattamento

ANTI COVID 19

La circolare del Ministero della Salute

“Relativamente al primo trimestre di gravidanza, la vaccinazione può essere presa in considerazione dopo valutazione dei potenziali benefici e dei potenziali rischi con la figura professionale sanitaria di riferimento. La vaccinazione contro il Covid viene inoltre raccomandata per le donne che allattano, senza necessità di sospendere l'allattamento”

È QUANTO PREVEDE una nuova circolare del Ministero della Salute sulla vaccinazione contro il Covid, con vaccini a mRNA (Pfizer e Moderna), alle donne in gravidanza, emanata in considerazione dell'attuale scenario epidemiologico e delle crescenti evidenze sulla efficacia e sicurezza della vaccinazione in gravidanza sia nei confronti del feto che della madre.

La circolare firmata dal direttore generale della Prevenzione, Gianni Rezza, spiega che la raccomandazione riguarda in particolare le donne nel secondo e terzo trimestre. Relativamente al primo trimestre, “la vaccinazione può essere presa in considerazione dopo valutazione dei potenziali benefici e dei potenziali rischi con la figura professionale sanitaria di riferimento”. La vaccinazione contro il Covid viene inoltre raccomandata per le donne che allattano, senza necessità di sospendere l'allattamento. Il neonato allattato da madre vaccinata potrà seguire il suo calendario vaccinale senza alcuna modifica.

A questo proposito, l'Iss ha aggiornato le precedenti indicazioni ad interim (*ndr. vedi articolo nelle successive pagine*) e spiegato come “sebbene la

vaccinazione possa essere considerata in qualsiasi epoca della gravidanza, ad oggi sono ancora poche le evidenze relative a vaccinazioni eseguite nel primo trimestre. Le donne che desiderino vaccinarsi in questa epoca gestazionale devono valutare rischi e benefici insieme a un sanitario anche alla luce dell'evidenza che la febbre, che rientra tra le possibili reazioni al vaccino, può causare un aumento del rischio di malformazioni congenite”. Le donne a maggior rischio di contrarre l'infezione da Sars-Cov-2 (es. professioniste sanitarie, caregiver) e/o a maggior rischio di sviluppare una malattia grave da Covid (donne con fattori di rischio come età > 30 anni, BMI > 30, comorbidità, cittadinanza di Paesi ad alta pressione migratoria) rimangono il target prioritario per la vaccinazione in gravidanza. Si sottolinea inoltre che, se una donna vaccinata scopre di essere in gravidanza dopo aver già ricevuto il vaccino, “non c'è evidenza in favore dell'interruzione della gravidanza. Inoltre, se una donna scopre di essere in gravidanza tra la prima e la seconda dose del vaccino può considerare di ritardare la seconda dose fino al secondo trimestre”.



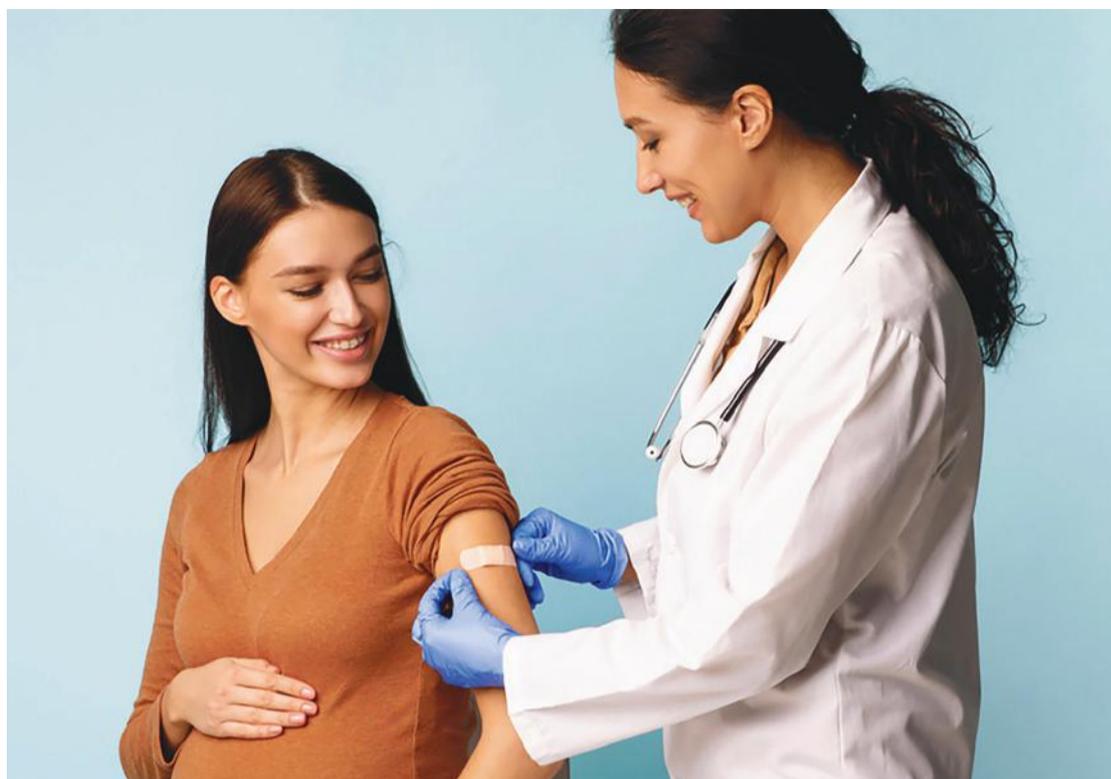
FEDERAZIONE SIGO

“Dalla circolare del Ministero della Salute una conferma alle nostre rassicurazioni per le donne”

“La Sigo con le sue Confederate Aogoi-Agui-Agite prende atto, con grande soddisfazione, e condivide le raccomandazioni del Ministero della Salute, contenute nella circolare recentemente diramata e che, rassicurando le decine di migliaia di donne gravide e in allattamento ha confermato l'assoluta tranquillità per le stesse nel procedere alla vaccinazione anticovid 19”

È QUANTO SCRIVONO in una nota Antonio Chiàntera Presidente della Sigo e della Federazione Sigo, Elsa Viora Presidente Aogoi, Nicola Colacurci Presidente Agui e Valeria Dubini Presidente Agite che hanno accolto con soddisfazione la circolare del Ministero della Salute. “Quanto riportato nella circolare del Dipartimento per la Prevenzione – hanno dichiarato – conferma ed enfatizza quanto già espresso dalla Federazione Sigo-Aogoi-Agui-Agite -, sia nei suoi costanti rapporti con i tavoli istituzionali, sia attraverso campagne mediatiche di sensibilizzazione, condotte anche sui social media, per rassicurare le gestanti e le puerpere in allattamento circa l'assoluta sicurezza del vaccino anti Covid. In effetti si tratta di un vaccino che contiene mRNA, non il virus, e quindi non vi sono motivi biologici che controindicano il suo utilizzo in qualunque fase della gravidanza. Non ci sono ragioni per ritenere che il vaccino aumenti il rischio teratogeno e vi è documentazione che non aumenta il rischio di aborto nel primo trimestre”. Alla luce di queste considerazioni i ginecologi precisano quindi che “la vaccinazione può essere consigliata in tutte le epoche della gravidanza e ciò tenendo conto dei dati epidemiologici ma anche da quanto ribadito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità”. L'Oms ha infatti ribadito in un documento del 2 settembre 2021: “World Health Organization (WHO) does not recommend pregnancy testing prior to vaccination. WHO does not recommend delaying pregnancy because of vaccination” (l'Oms sconsiglia il test di gravidanza prima della vaccinazione. Oms non consiglia di ritardare o interrompere la gravidanza a causa della vaccinazione).

Il Prof. Antonio Chiàntera, ha ringraziato infine i propri Soci che hanno fornito puntualmente i dati consentendo all'Iss di fornire le attuali conoscenze sull'evoluzione delle gravidanze Covid in Italia, mentre la Presidente Aogoi Elsa Viora, ha sottolineato l'importanza di dare una corretta informazione alle donne; Colacurci, Presidente dell'Agui ha poi auspicato, un sempre maggior coinvolgimento della Federazione Sigo, non solo nella fornitura dei dati, ma anche soprattutto, nella loro elaborazione ed interpretazione.



GLI AGGIORNAMENTI ITOSS sulla vaccinazione contro il Covid-19 in gravidanza e allattamento

LA PREOCCUPAZIONE di sottoporsi a una vaccinazione in gravidanza e allattamento, a causa dell'indisponibilità di dati conclusivi sulla sicurezza ed efficacia dei vaccini contro Covid-19 per questo target di popolazione, è stata oggetto di dibattito a livello nazionale e internazionale. Inizialmente, le indicazioni dei diversi Paesi prevedevano l'offerta vaccinale per le donne in allattamento e per quelle in gravidanza a maggior rischio di esposizione al virus (ad esempio le professioniste sanitarie) o a maggior rischio di sviluppare una malattia grave (le donne con precedenti patologie, le donne obese o quelle provenienti da Paesi a forte pressione migratoria). Le indicazioni raccomandavano una valutazione individuale del profilo rischio/beneficio, facilitata da un colloquio informativo con i professionisti sanitari. Oggi, alla luce delle crescenti evidenze sulla sicurezza della vaccinazione in gravidanza sia nei confronti del feto che della madre, delle nuove evidenze relative alla maggiore morbilità associata alla variante Delta, della crescente circolazione della stessa variante e del notevole abbassamento dell'età mediana all'infezione in Italia, viene raccomandando l'estensione dell'offerta vaccinale, con vaccini a mRNA, a tutte le donne in gravidanza nel secondo e terzo trimestre che desiderino vaccinarsi. Le donne che allattano, come già previsto dalle precedenti indicazioni ad interim dell'Iss, possono vaccinarsi, senza alcuna necessità di interrompere l'allattamento.

In Italia, durante la prima ondata pandemica, l'Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS) dell'Istituto Superiore di Sanità (Iss) ha preso in esame le indicazioni ad interim, assunte a livello internazionale e nazionale, passato in rassegna evidenze scientifiche sul tema e prodotto documenti condivisi e sottoscritti dalle principali società scientifiche del settore (la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia, Sigo, l'Associazione degli Ostetrici e Ginecologi Ospedalieri Italiani, Aogoi, l'Associazione Ginecologi Universitari Italiani, Agui, l'Associazione Ginecologi Territoriali, Agite, la Federazione Nazionale Collegi Oste-

triche, Fnopo, la Società Italiana di Neonatologia, SIN, la Società Italiana di Medicina Perinatale, Simp, la Società Italiana di Pediatria, SIP, l'Associazione Culturale Pediatri, Acp, la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva, Siaarti) tra cui il primo documento ad interim, pubblicato il 9 gennaio 2021, aggiornato il 31 gennaio a seguito all'immissione in commercio del vaccino AstraZeneca.

Il 22 settembre 2021, l'Iss ha aggiornato le indicazioni del documento originale con l'obiettivo di sostenere i professionisti sanitari e le donne in gravidanza e allattamento nel percorso decisionale durante la pandemia di Covid-19.

Per l'aggiornamento delle indicazioni ad interim, l'Iss ha preso in considerazione i seguenti quattro parametri (**Il documento completo è consultabile sul sito dell'Iss**):

1 LE CONOSCENZE DISPONIBILI SUL PROFILO DI EFFICACIA E SICUREZZA DEI VACCINI ANTI COVID-19 IN GRAVIDANZA E ALLATTAMENTO

Nonostante non siano ancora disponibili evidenze conclusive circa l'efficacia e la sicurezza dei vaccini anti Covid-19 in gravidanza, a causa della mancata inclusione di queste donne nei trial clinici di valutazione dei vaccini, gli studi ad oggi disponibili hanno permesso di rilevare un rischio significativamente inferiore di contrarre l'infezione da Sars-CoV-2 tra le donne vaccinate rispetto alle non vaccinate e il numero di donne ad oggi vaccinate in gravidanza, a livello globale, ha superato le centinaia di migliaia senza segnalazioni di eventi avversi in eccesso rispetto alla popolazione non in gravidanza.

Nonostante non siano ancora disponibili evidenze conclusive circa l'efficacia e la sicurezza dei vaccini anti Covid-19 in allattamento, a causa della mancata inclusione di queste donne nei trial clinici di valutazione dei vaccini, l'efficacia della vaccinazione in allattamento è ritenuta analoga a quella rilevata tra delle donne non in gravidanza e vi è unanime consenso che non esista plausibilità biologica a sostegno di un possibile danno ai

Vaccino anti covid 19



neonati allattati da madri vaccinate. Per quanto riguarda la fertilità delle donne che si sottopongono a vaccinazione contro la Covid-19, le agenzie di salute pubblica e le società scientifiche a livello internazionale escludono una possibile associazione tra vaccino e problemi di fertilità.

2 I POSSIBILI EFFETTI DELLA MALATTIA COVID-19 SULLA MADRE E SUL FETO/NEONATO

Grazie allo studio prospettico nazionale population-based, coordinato dall'Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS) dell'Iss, è stato possibile descrivere l'incidenza, i fattori di rischio, il decorso clinico e gli esiti di salute materni e feto/neonatali di tutte le donne con infezione confermata da Sars-CoV-2 che si sono rivolte ai presidi sanitari italiani in gravidanza, parto o puerperio, durante la prima e seconda ondata pandemica (dal 25 febbraio 2020 al 30 giugno 2021). Durante la prima ondata pandemica, l'incidenza dell'infezione da Sars-CoV-2, la prevalenza dei ricoveri in terapia intensiva e del ricorso a supporto ventilatorio invasivo rilevata tra le donne in gravidanza non sono state maggiori di quella rilevata nelle donne di età 15-49 anni segnalate come positive al virus dalla sorveglianza nazionale.

Tra le 2.856 donne positive al Sars-CoV-2 che hanno partorito, il tasso di cesarei (34,1%) non ha subito un incremento significativo rispetto al dato nazionale del 2019 (31,8%). La proporzione di parti pretermine (10,9%) è aumentata rispetto alla media nazionale (6,7%) 38 ma, escludendo quelli con indicazione iatrogena pari al 27,2% del totale, il tasso di parti pretermine spontanei è risultato pari al 7,9%. Dei 2.888 nati vivi presi in esame, l'11,6% è stato ricoverato in terapia intensiva, senza differenze significative tra prima e seconda ondata. Gli esiti dei nati pretermine sono stati buoni e i nati morti e le morti neonatali non sono risultati aumentati rispetto agli anni precedenti.

La circolazione della variante Alfa durante la seconda ondata pandemica, sia in Italia che nel Regno Unito, è risultata invece associata a peggiori esiti materni e perinatali con aumento significativo del rischio di polmonite da Covid-19 e di ricovero in terapia intensiva e/o necessità di supporto ventilatorio invasivo. Le recenti analisi dei dati inglesi, aggiornate all'11 luglio 2021, hanno

evidenziato una maggiore morbosità materna e perinatale associata anche alla circolazione della variante Delta, attiva oltremarina dalla metà di maggio 2021.

3 IL RISCHIO INDIVIDUALE DI CONTRARRE L'INFEZIONE DA SARS-COV-2 E SVILUPPARE UNA MALATTIA GRAVE

Lo studio ItOSS conferma i fattori associati a un maggior rischio, per le donne in gravidanza, di sviluppare forme gravi di Covid-19, descritti dalla letteratura internazionale. L'occorrenza della polmonite risulta significativamente più frequente sopra i 30 anni di età rispetto alle donne più giovani, in presenza di precedenti comorbidità - come diabete e ipertensione - di obesità e tra le donne provenienti da Paesi a forte pressione migratoria; queste ultime verosimilmente a causa di una maggiore difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari. Nella valutazione del profilo rischio/beneficio della vaccinazione contro il Sars-CoV-2, le donne con queste caratteristiche dovrebbero considerare attentamente il rischio aggiuntivo di sviluppare una forma grave della malattia da anti Covid-19, con possibili ripercussioni anche sugli esiti feto/neonatali.

4 IL LIVELLO DI CIRCOLAZIONE DEL VIRUS NELLA COMUNITÀ DI RIFERIMENTO, COMPRESA L'EMERGENZA DI NUOVI CEPPI VIRALI AD AUMENTATA TRASMISSIBILITÀ E/O VIRULENZA

Nella valutazione rischi/benefici è opportuno prendere in esame il rischio individuale di contrarre l'infezione anche in funzione della diffusione del virus nella comunità di riferimento e del rischio di esposizione della donna. In questo senso, gli elementi determinanti nel decidere se vaccinarsi o meno in gravidanza includono la presenza di condizioni che possano aumentare il rischio di esposizione al virus (ad esempio lavorare fuori casa e/o in contesti in cui il rischio è più elevato, utilizzare i mezzi pubblici, vivere con persone ad alto rischio di esposizione), il livello di circolazione del virus a seguito della campagna vaccinale e l'emergenza di nuovi ceppi virali ad aumentata trasmissibilità e/o virulenza, come descritto al punto 3.

Sintesi dell'aggiornamento delle indicazioni ad interim

Vaccinazione della donna in gravidanza

In considerazione delle crescenti evidenze sulla sicurezza della vaccinazione in gravidanza sia nei confronti del feto che della madre, delle nuove evidenze relative alla maggiore morbosità associata alla variante Delta, della crescente circolazione della stessa variante e del notevole abbassamento dell'età mediana all'infezione in Italia, l'Iss aggiorna le precedenti indicazioni ad interim raccomandando l'estensione dell'offerta vaccinale, con vaccini a mRNA, a tutte le donne in gravidanza nel secondo e terzo trimestre che desiderino vaccinarsi.

Sebbene la vaccinazione possa essere considerata in qualsiasi epoca della gravidanza, ad oggi sono ancora poche le evidenze relative a vaccinazioni eseguite nel primo trimestre. Le donne che desiderino vaccinarsi in questa epoca gestazionale devono valutare rischi e benefici insieme a un sanitario anche alla luce dell'evidenza che la febbre, che rientra tra le possibili reazioni al vaccino, può causare un aumento del rischio di malformazioni congenite.

Le donne a maggior rischio di contrarre l'infezione da Sars-CoV-2 (es. professioniste sanitarie, caregiver) e/o a maggior rischio di sviluppare una malattia grave da Covid-19 (donne con fattori di rischio come età > 30 anni, BMI > 30, comorbidità, cittadinanza di Paesi ad alta pressione migratoria) rimangono il target prioritario per la vaccinazione in gravidanza.

Il personale sanitario è tenuto a illustrare nella maniera più chiara possibile il rapporto tra rischi e benefici, così da permettere a ogni donna di prendere la decisione più appropriata per il proprio caso. I sanitari devono raccomandare la vaccinazione dei conviventi per limitare ulteriormente il rischio di contagio delle donne in gravidanza e durante l'allattamento.

Si sottolinea che, se una donna vaccinata scopre di essere in gravidanza dopo aver già ricevuto il vaccino, non c'è evidenza in favore dell'interruzione della gravidanza. Inoltre, se una donna scopre di essere in gravidanza tra la prima e la seconda dose del vaccino può considerare di ritardare la seconda dose fino al secondo trimestre.

Vaccinazione in allattamento

Le donne che allattano, come già previsto dalle precedenti indicazioni ad interim dell'Iss, possono vaccinarsi, senza alcuna necessità di interrompere l'allattamento.

La donna che allatta deve essere informata che la vaccinazione non espone il lattante a rischi e gli permette di assumere, tramite il latte, anticorpi contro Sars-CoV-2.

Il neonato allattato da madre vaccinata segue il suo calendario vaccinale senza alcuna modifica.

Altre misure comportamentali

A tutte le donne in gravidanza e che allattano, indipendentemente dalla scelta se vaccinarsi o meno, viene raccomandato di osservare le seguenti misure di prevenzione:

igiene delle mani; uso della mascherina negli ambienti chiusi e in prossimità di altre persone non conviventi/non vaccinate; rispetto della distanza fisica di sicurezza; ventilazione degli ambienti.

“
Se una donna vaccinata scopre di essere in gravidanza dopo aver già ricevuto il vaccino, non c'è evidenza in favore dell'interruzione della gravidanza. Inoltre, se una donna scopre di essere in gravidanza tra la prima e la seconda dose del vaccino può considerare di ritardare la seconda dose fino al secondo trimestre

Le raccomandazioni del Tavolo Tecnico Operativo interdisciplinare



Obiettivo del documento: permettere alla madre che allatta di poter stare con il proprio bambino in caso di ospedalizzazione, riducendo così il rischio di interruzione dell'allattamento

ALLATTAMENTO AL SENO

Come garantirlo e mantenerlo in caso di ricovero ospedaliero

Dalle soluzioni da attuare per favorire l'allattamento durante eventuali ricoveri del bambino o della madre, quali la spremitura manuale del latte materno, l'uso del tiralatte elettrico e la conservazione e la somministrazione del latte materno, alle raccomandazioni per decisori politici, direzioni aziendali e personale. Ma anche un focus su vere e false controindicazioni ad allattare

È UNA VERA E PROPRIA ROAD MAP dell'allattamento quella contenuta nel documento "La continuità del rapporto madre-bambino e il mantenimento dell'allattamento in caso di ricovero ospedaliero" pubblicato sul sito del Ministero della Salute e curato dal Tavolo Tecnico Operativo interdisciplinare per la promozione dell'allattamento al seno (Tas). Tavolo composto da Ministero della Salute, Comitato Italiano per Unicef - Fondazione Onlus,

Fnomceo, Fiaso, Anmdo, Società Italiana di Pediatria (Sip), Società Italiana di Neonatologia (Sin), Associazione Culturale Pediatri (Acp), Società di Medicina Perinatale (Simp), Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo), Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (Simit), Fnopo, Fnopi, Fno Tsrp e il Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi (Cnop).

Relazione madre-bambino e allattamento

MOLTI STUDI, SOTTOLINEANO gli esperti, hanno infatti evidenziato come nei bambini piccoli, privati o separati per motivi diversi dalla madre, possano manifestarsi a breve e a lungo termine una serie di conseguenze non solo emotive, ma anche di natura biologica. E anche le indicazioni ad interim dell'Iss su gravidanza, parto ed allattamento, anche se prodotte e finalizzate all'assistenza nei Punti Nascita in periodo di pandemia da Covid-19, hanno ribadito l'importanza della tutela della relazione genitore-bambino per evitare lo stress prodotto dalla separazione che, nei primi anni di vita, potrebbe determinare ripercussioni importanti, tanto da essere definito da alcuni autori come "stress tossico".

In sintesi alcuni punti cardine del documento

Ruolo dell'ospedale

PUNTO DI RIFERIMENTO è il dipartimento materno infantile aziendale. Nel caso di neonati fisiologici la vicinanza fra genitori-bambino e l'avvio dell'allattamento sono facilitati dalla pratica del contatto pelle a pelle (skin to skin contact) e da quella del rooming-in possibile anche nel caso in cui le condizioni cliniche materne richiedono attenzioni o assistenza particolari, sempre che non si renda necessario il trasferimento della madre in terapia sub-intensiva/intensiva.

Nel caso di neonati patologici o ad alto rischio, la relazione genitori-bambino, la kangaroo mother care e l'avvio dell'allattamento sono facilitati dall'accesso (illimitato o quanto più estensivo possibile) dei genitori nelle Unità di Tera-

pia Intensiva Neonatale (Utin) e dal loro coinvolgimento nell'accudimento del proprio bambino come parte integrante delle cure. Tant'è che, si sottolinea nelle raccomandazioni, l'ospedalizzazione della madre o del bambino dovrebbe implicare una presa in carico complessiva della famiglia. Qualora nelle Utin non sia disponibile il latte della propria madre va privilegiato l'utilizzo delle banche del latte.

Ricovero del bambino

IL PRIMO PASSO quando il bambino, in caso di malattia o per accertamenti diagnostici, venga ricoverato, sottolineano gli esperti, è affrontare immediatamente la gestione dell'allattamento/mantenimento della produzione di latte anche perché l'impedimento dell'accesso della madre/genitore al reparto di cura del figlio o della vicinanza fra madre e bambino è giustificato solo in rare situazioni logistico organizzative. Inoltre, aggiungono, il tipo di alimentazione del bambino (se allattato dalla madre o meno) non deve condizionare l'accesso illimitato (24/24 h) di almeno uno e per quanto possibile di entrambi i genitori.

Il rifiuto del seno, le difficoltà di attacco al seno e di suzione, ma anche lo stress materno che porta ad ostacolare l'emissione del latte dal seno con conseguente aumentato rischio di ingorgo mammario e di ridotta produzione di latte, sono le difficoltà che si possono incontrare durante il ricovero di un bambino. Il documento offre strategie e le soluzioni da adottare (con approfondimento ad hoc nel documento): dal sostegno emotivo, motivazionale e pratico per mantenere il rapporto madre-bambino, alla spremitura del latte materno e la sua somministrazione al bambino con metodi adeguati alle sue condizioni cliniche (siringa, cucchiaino, tazzina, sondino naso-gastrico o eventualmente con biberon), in assenza di attacco diretto al seno. Soluzioni che consentono di mantenere la lattazione, ridurre il rischio di ingorgo mammario e garantire una nutrizione orale/enterale di maggior qualità.

E ancora, nel caso in cui il bambino, pur in grado di succhiare al seno, debba invece essere messo a digiuno o debba essere sottoposto a schemi di alimentazione rigidi per indagini strumentali e per intervento chirurgico vengono indicati limiti minimi di digiuno. Per i bambini che assumono latte materno: 2 h prima di una procedura anestesologica; 4 h prima di un intervento chirurgico o di un'indagine del tubo digerente; per quelli che assumono formula latte: 4 h prima di una procedura anestesologica, 6 h prima di un intervento chirurgico o di un'indagine del tubo digerente. Si sottolinea inoltre come la collaborazione con i genitori in reparto faciliti gli aspetti organizzativi. Non sono infine da trascurare le modalità di alimentazione di un bambino alla dimissione dall'ospedale visti gli effetti a lungo termine dell'allattamento. Anche perché, si ricorda nel documento, non sono mancati casi di madri di bambini affetti da bronchiolite, comune patologia tipica del primo anno di vita, che hanno dichiarato di non aver ricevuto durante il ricovero l'atteso sostegno sull'allattamento.

Ricovero della mamma

La parola d'ordine è che la donna ospedalizzata continui ad allattare. Molte condizioni ritenute



incompatibili con l'allattamento, alla luce delle attuali evidenze scientifiche, sottolineano gli esperti, vanno intese come "false avvertenze o come ostacoli ad allattare piuttosto che reali controindicazioni".

Va quindi evitata, per quanto possibile, l'improvvisa interruzione dell'allattamento, dal momento che può generare problemi di salute e di comportamento sia nel bambino (agitazione, pianto, difficoltà ad alimentarsi), che nella madre (ansia, rischio di ingorgo e mastite). La donna andrebbe poi ricoverata in una stanza singola per consentirle di tenere con sé non solo il bambino, ma anche un familiare/caregiver, che la supporti nella gestione del bambino e le consenta di riposare.

Nel caso in cui mamma e bambino fossero ricoverate in un reparto non pediatrico vanno messe in atto tutte le misure per accoglierli al meglio, quali fornire una culletta e, in caso di bisogno, prevedere l'eventuale aiuto competente. Anche il personale sanitario del reparto di ricovero dovrebbe fornire alla madre l'assistenza logistica per facilitare il mantenimento della lattazione (anche se il bambino, per vari motivi, non può attaccarsi al seno) attraverso la spremitura del seno, la conservazione del latte materno e l'offerta al bambino del latte materno spremuto.

Nel caso in cui non sia stato possibile allattare direttamente al seno, la donna va informata sulla possibilità di riprendere normalmente l'allattamento alla fine del periodo di ospedalizzazione. In questo caso potrà giovare del supporto di servizi e risorse territoriali a sostegno dell'allattamento.

Rischio infezioni ospedaliere

LE INFEZIONI OSPEDALIERE sono una la spada di Damocle per quanti vengono ricoverati per questo il rischio di acquisire un'infezione per mamma e bambino va attentamente valutato. In particolare sono due i principali nemici da combattere: la trasmissione di infezioni da batteri ospedaliere, potenzialmente multi-resistenti e l'acquisizione per via respiratoria e da contatto di infezioni virali Per quanto riguarda il primo, si sottolinea nel documento "questo rischio è poco plau-

“ Il rifiuto del seno, le difficoltà di attacco al seno e di suzione, ma anche lo stress materno che porta ad ostacolare l'emissione del latte dal seno con conseguente aumentato rischio di ingorgo mammario e di ridotta produzione di latte, sono le difficoltà che si possono incontrare durante il ricovero di un bambino

ALLATTAMENTO
AL SENO

sibile e praticamente trascurabile per un lattante sano, che di fatto è un semplice ospite, non sottoposto a procedure e tantomeno a manovre invasive". Il lavaggio preliminare delle mani da parte della madre e di chi si trovasse eventualmente a manipolare il bambino e l'utilizzo per il bambino della biancheria personale, rappresentano quindi un ulteriore elemento di assicurazione. Diverso il caso dell'acquisizione per via respiratoria e da contatto di infezioni virali, che possono essere trasmesse da pazienti ricoverati o da operatori sanitari o da visitatori. Si calcola che le infezioni virali ospedaliere in epoca pre-Covid-19 ammontassero a circa il 5 % del totale delle infezioni ospedaliere (una parte di queste infezioni resta comunque asintomatica e può essere identificata solo da analisi virologiche di sorveglianza). Nei reparti pediatrici la percentuale di infezioni respiratorie virali sale invece al 23 % del totale delle infezioni ospedaliere. In questi casi gli interventi di controllo (anche mediante isolamento dei pazienti) della trasmissione delle infezioni respiratorie virali in ambito ospedaliero pediatrico sono efficaci nel ridurre il tasso di trasmissione. Indipendentemente dalla fase pandemica durante la quale sono state messe in atto soluzioni stringenti, l'accesso degli operatori alla stanza di ricovero di mamma e bambino, deve essere effettuato secondo le procedure di prevenzione della trasmissione delle infezioni ospedaliere. Il documento ricorda infine che il contatto intimo fra madre Covid-19 positiva ed il bambino anche allattato è sicuro, sempre che vengano seguite le norme di controllo della trasmissione dell'infezione.

Raccomandazioni in caso di ospedalizzazione

IL DOCUMENTO OFFRE poi alcune raccomandazioni alle istituzioni nazionali e alle direzioni aziendali.

Ai decisori politici si raccomanda in primis la definizione di linee di indirizzo nazionali sull'applicazione di buone pratiche (riportate nel documento) che potrebbero essere inserite tra gli obiettivi di performance delle strutture.



In caso di ricovero della mamma si raccomanda di implementare la gestione congiunta di madre e figlio (rooming-in), in particolare nei primi 6 mesi di vita

Mentre Direttori generali, sanitari, di dipartimento, di struttura complessa e responsabili di unità operativa semplice dovrebbero implementare specifiche soluzioni organizzative e applicare adeguati protocolli assistenziali, redatti secondo le evidenze disponibili e condivisi con personale sanitario adeguatamente formato.

In particolare, tra le molte indicazioni contenute nel documento, sarebbe necessario prevedere: una politica ospedaliera che garantisca la presenza del genitore in caso di ricovero ospedaliero del bambino e che faciliti la presenza del bambino e di un familiare/caregiver nel caso di ricovero ospedaliero della madre; l'uso di un modulo di consenso informato (un modello viene proposto nel documento), nel caso la madre desideri tenere con sé un bambino d'età inferiore ai 6 mesi in un reparto diverso da quelli di ostetricia e ginecologia, neonatologia o pediatria.

Nel caso di ricovero del bambino, i protocolli specifici devono anche prevedere la fornitura ai reparti ospedalieri interessati, dei presidi necessari per la spremitura del latte materno, nel caso in cui il bambino non possa attaccarsi direttamente al seno. In questo senso diventa particolarmente importante l'informazione e/o formazione (essenziale e sufficiente) del personale che verrà a contatto con mamma e bambino. Va poi mantenuta l'attenzione verso l'igiene di tutti gli oggetti che entrano in contatto con il neonato e si provvederà ad un'attenta pulizia dei kit di raccolta del latte materno e dei mezzi per somministrarlo (bicchierino o biberon).

In caso di ricovero della mamma si raccomanda di implementare la gestione congiunta di madre e figlio (rooming-in), in particolare nei primi 6 mesi di vita, ogni qualvolta le condizioni strutturali e organizzative lo permettano o, in alternativa, si raccomanda di consentire la possibilità che il bambino, in particolare se allattato, possa accedere al reparto dove la madre è ricoverata,

Non solo raccomandazioni per i decisori, il documento contiene indirizzi anche per le figure professionali dello staff ospedaliero

TRA LE MOLTE garantire la continuità della relazione e della vicinanza genitori-bambino per tutta la durata della degenza, come parte integrante delle cure, prevedendo un accesso illimitato H24 al reparto di almeno uno e per quanto possibile di entrambi i genitori; sostenere l'allattamento parallelamente alla terapie e incoraggiare le popolate al seno, a meno che queste non risultino realmente controindicate dalla situazione clinica del bambino. E ancora incoraggiare la madre a spremere il latte (manualmente o col tiralatte) per poterlo comunque somministrare, quando il bambino non sia capace di attaccarsi direttamente al seno a causa della malattia;

SOPRATTUTTO, comprendere come la situazione clinica della madre raramente rappresenti una vera controindicazione all'allattamento che, per essere tale, deve procurare nocimento a madre e/o bambino in maniera tale da annullare tutti i ben noti benefici del latte materno.

Vere e false controindicazioni ad allattare



ALLATTAMENTO AL SENO

MALATTIE MATERNE

- **L'ALLATTAMENTO È ATTUALMENTE** controindicato per le persone che vivono con l'HIV/AIDS (70); tutte le altre condizioni materne sono o false controindicazioni (per es.: sclerosi multipla, rettocolite ulcerosa) o piuttosto ostacoli (per es: febbre).

ASSUNZIONE MATERNA DI FARMACI

- **CONTROINDICATI** in particolare citostatici e antitumorali; per tutti gli altri fare aggiornata valutazione del rischio di assunzione di latte materno per il bambino, senza tenere nel frattempo in sospenso la prosecuzione dell'allattamento.
- **IL PROBLEMA** si pone essenzialmente per i prematuri ed i bambini sotto i 2 mesi di vita e per alcuni farmaci psicotropi e cardioattivi

ANESTESIA

- **NÈ L'ANESTESIA LOCALE**, nè quella loco-regionale (epidurale, spinale), nè l'anestesia generale giustificano la sospensione dell'allattamento o il gettare via il primo latte

MEZZI DI CONTRASTO (M.D.C.) (IODATI ED A BASE DI GADOLINIO)

- **PASSANO** in quote trascurabili. Sono sostanzialmente gli stessi m.d.c. che verrebbero dati al bambino in caso di indagini strumentali.
- **NON È NECESSARIO** buttare il primo latte, nè sospendere l'allattamento per 12-48 h.
- **TUTTI** i m.d.c. sono compatibili con l'allattamento tranne i 3 agenti gadopentetato dimeglumina, gadodiamide, gadoversetamide, considerati ad alto rischio di fibrosi sistemica nefrogenica, patologia peraltro non propria dell'età pediatrica.

RADIONUCLIDI

- **CONSULTARE** il medico di medicina nucleare per informazioni sull'emivita del radionuclide e gettare il latte spremuto per lo stretto tempo necessario suggerito dallo stesso medico di medicina nucleare.
- **SOSPENDERE** l'allattamento diretto al seno, ma drenare frequentemente e a fondo il seno per mantenere la produzione ed evitare l'ingorgo/mastite.

RELAZIONE ANNUALE DEL MINISTRO DELLA SALUTE AL PARLAMENTO

IVG



In Italia il ricorso all'Interruzione volontaria di gravidanza (Ivg) è in continua e progressiva diminuzione dal 1983, il nostro Paese ha un tasso di abortività fra i più bassi tra quelli dei Paesi occidentali.

Sebbene l'analisi dei carichi di lavoro per ciascun ginecologo non obietto non sembri evidenziare particolari criticità nei servizi di Ivg, le Regioni

devono assicurare che l'organizzazione dei servizi e le figure professionali garantiscano alle donne la possibilità di accedere all'Ivg.

Queste alcune delle riflessioni del Ministro della Salute, Roberto Speranza contenute nel paragrafo introduttivo della nuova Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 194 presentata nel mese scorso

Diminuiscono ancora gli aborti in Italia.

Nel 2020 -7,6% rispetto al 2019

UN TERZO DELLE IVG TOTALI in Italia, ha spiegato il Ministro, continua ad essere eseguito nelle donne straniere: un contributo che è andato inizialmente crescendo e che, dopo un periodo di stabilizzazione, sta diminuendo, sebbene le cittadine straniere rimangano una popolazione a maggior rischio di ricorso all'Ivg: "A tal proposito è importante offrire loro, in occasioni di contatto con il Ssn, in particolare in occasione del percorso nascita, un counselling sulla procreazione responsabile per promuovere una contraccezione informata ed efficace".

Si può inoltre ipotizzare, si legge sempre nelle riflessioni del Ministro che l'aumento dell'uso della contraccezione d'emergenza - Levonorgestrel (Norlevo, pillola del giorno dopo) e Ulipristal acetato (ellaOne, pillola dei 5 giorni dopo) - abbia inciso positivamente sulla riduzione del numero di Ivg.

Per tali farmaci - aggiunge - è indispensabile una corretta informazione alle donne per evitarne un uso inappropriato.

In generale, prosegue, sono in diminuzione i tempi di attesa, pur persistendo una non trascurabile variabilità fra le Regioni, e si registra un aumento delle interruzioni entro le prime 8 settimane di gestazione, probabilmente almeno in parte dovuto all'aumento dell'utilizzo della tecnica farmacologica (Mifepristone + prostaglandine), che viene usata in epoca gestazionale precoce. La mobilità fra le Regioni e Province Autonome è in linea con quella di altri servizi offerti dal Ssn. La tipologia di intervento e la durata della degenza evidenziano invece una variabilità regionale che suggerisce "la necessità di un approfondimento da parte degli organi regionali, anche attraverso un confronto interregionale, per capirne le moti-

Dati definitivi 2019 e dati preliminari 2020

IN TOTALE nel 2019 sono state notificate 73.207 Ivg, confermando il continuo andamento in diminuzione del ricorso all'Ivg (-4,1% rispetto al 2018) a partire dal 1983. Dal 2014 il numero di Ivg è inferiore a 100mila casi ed è meno di un terzo dei 234.801 casi del 1983, anno in cui si è riscontrato il valore più alto in Italia.

PER L'ANNO 2020, tramite il Sistema di Sorveglianza, sono stati rilevati i dati preliminari regionali del numero di Ivg effettuate e sono stati stimati il tasso di abortività e il rapporto di abortività. In totale sono state calcolate 67.638 Ivg come dato provvisorio per il 2020, con un decremento del 7,6% rispetto al dato definitivo del 2019 (73.207 Ivg) e un decremento del 71,2% rispetto al 1982, anno con il valore più elevato di Ivg.

IL TASSO DI ABORTIVITÀ (n. Ivg rispetto a mille donne di età 15-49 anni residenti in Italia), che è l'indicatore più accurato per una corretta valutazione del ricorso all'Ivg, conferma il trend in diminuzione: è risultato pari a 5,8 per mille nel 2019 (con una riduzione del 2,7% rispetto al 2018) e pari a 5,5 per mille (valore preliminare) nel 2020. Il dato italiano rimane tra i valori più bassi a livello internazionale.

IL RAPPORTO DI ABORTIVITÀ (n. Ivg rispetto a mille nati vivi) è risultato pari a 174,5 per mille nel 2019 (17,5 per 100 nati vivi), con un incremento dello 0,4% rispetto al 2018. Il valore preliminare per il 2020 è risultato pari a 169,0 per mille (16,9 per 100 nati vivi). La lettura dei dati relativi al rapporto di abortività nel tempo deve tener conto del persistente calo della natalità in Italia. In particolare, dal 2018 al 2019 i nati della popolazione presente sul territorio nazionale sono diminuiti di 19.723 unità.

NEL 2019 IL NUMERO DI IVG è diminuito in tutte le aree geografiche; diminuzioni percentuali particolarmente elevate si osservano in Molise, Umbria, Marche, Calabria e Lazio, mentre Valle d'Aosta e Basilicata mostrano un lieve aumento di interventi e di tassi di abortività.



Tra le minorenni, il tasso di abortività per il 2019 è risultato essere pari a 2,3 per mille donne, valore inferiore a quello del 2018 confermando un trend in diminuzione a partire dal 2004

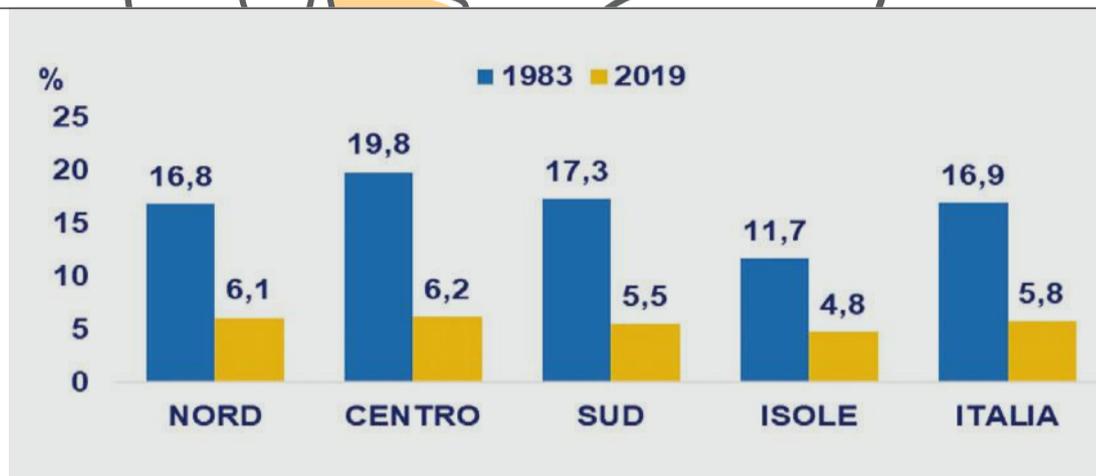


vazioni e uniformare i protocolli terapeutici, al fine di assicurare un'offerta efficiente e di qualità". L'evoluzione della percentuale di aborti ripetuti, osserva poi il Ministro, conferma che la tendenza al ricorso all'aborto nel nostro Paese è in costante diminuzione, ormai anche tra le cittadine straniere; il fenomeno è spiegabile presumibilmente con il maggiore e più efficace ricorso a metodi per la procreazione consapevole, alternativi all'aborto, secondo gli auspici della Legge.

L'analisi dei dati sull'obiezione di coscienza evidenzia valori elevati per tutte le categorie professionali sanitarie, in particolare tra i ginecologi (67%). Sebbene l'analisi dei carichi di lavoro per ciascun ginecologo non obietto non sembri evidenziare particolari criticità nei servizi di Ivig, a livello regionale o di singole strutture, le Regioni devono assicurare che l'organizzazione dei servizi e le figure professionali garantiscano alle donne la possibilità di accedere all'interruzione volontaria di gravidanza, come indicato nell'articolo 9 della Legge, garantendo il libero esercizio dei diritti sessuali e riproduttivi delle donne e assicurando l'accesso ai servizi Ivig, minimizzando l'impatto dell'obiezione di coscienza nell'esercizio di questo diritto.

Il consultorio familiare, si evidenzia ancora rappresenta un servizio di riferimento per molte donne e coppie per quanto riguarda l'Ivig, come negli auspici della Legge n. 194 del 1978. "Queste strutture svolgono un ruolo importante nel supportare la donna che vi fa ricorso nel momento in cui decide di interrompere la gravidanza – sottolinea il ministro – un'attenta valutazione va fatta sul loro numero a livello locale, sul loro organico ed organizzazione affinché possano continuare a svolgere il loro ruolo. È indispensabile rafforzare e potenziare i consultori familiari, servizi di prossimità che grazie all'esperienza nel contesto socio-sanitario e alle competenze multidisciplinari dell'équipe professionale riescono a identificare i determinanti di natura sociale e a sostenere la donna e/o la coppia nella scelta consapevole, nella eventuale riconsiderazione delle motivazioni alla base della sua scelta, aiutarla nel percorso Ivig e ad evitare future gravidanze indesiderate ed il ricorso all'Ivig".

FIGURA 1
Tassi di abortività per area geografica
Anni 1983 e 2019



I principali dati emersi dalla Relazione

CARATTERISTICHE DELLE DONNE CHE FANNO RICORSO A IVIG

Il ricorso all'Ivig nel 2019 è diminuito in tutte le classi di età rispetto al 2018, tranne che tra i 35 e i 39 anni. In particolare questa diminuzione si è osservata tra le giovanissime, i tassi di abortività più elevati restano nelle donne di età compresa tra i 25 e i 34 anni. Per quanto riguarda il titolo di studio, nel 2019 per le italiane prevale la percentuale di donne in possesso di licenza media superiore (44,8%); per le straniere prevale la percentuale di donne in possesso di licenza media (47,0%).

Per quanto riguarda lo stato occupazionale, nel 2019 il 50,2% delle italiane risulta occupata (in aumento rispetto al 2018, quando le occupate erano il 48,6%), mentre per le straniere la percentuale delle occupate è del 39,2% (dato anche questo in aumento rispetto al 38,2% dell'anno precedente). La ripartizione per stato civile evidenzia che per le italiane la percentuale delle nubili (62,6%) è in aumento e superiore a quella delle coniugate (31,4%), mentre per le straniere le percentuali nei due gruppi sono molto più simili (48,0% le coniugate, 46,7% le nubili). Il 45,5% delle donne italiane che ha eseguito una Ivig non aveva figli, per le donne straniere tale percentuale è pari al 26,8%.

Dopo un aumento importante nel tempo, le Ivig tra le donne straniere si sono stabilizzate e negli ultimi anni hanno mostrato una tendenza alla diminuzione. Nel 2019 le Ivig effettuate da donne straniere rappresentano il 29,2% di tutte le Ivig (valore inferiore al 30,3% rilevato nel 2018).

Il tasso di abortività delle donne straniere mostra una tendenza alla diminuzione (14,0 per mille donne nel 2018, ultimo dato disponibile; 14,1 per mille nel 2017; 15,5 nel 2016; 15,7 nel 2015 e 17,2 nel 2014). Le cittadine straniere permangono, comunque, una popolazione a maggior rischio di

abortire rispetto alle italiane: per tutte le classi di età le straniere hanno tassi di abortività più elevati delle italiane di 2-3 volte.

ABORTO FRA LE MINORENNI

Tra le minorenni, il tasso di abortività per il 2019 è risultato essere pari a 2,3 per mille donne, valore inferiore a quello del 2018 (2,4), confermando un trend in diminuzione a partire dal 2004 (quando era pari a 5,0), con livelli più elevati nell'Italia insulare. I 1.936 interventi effettuati da minorenni sono pari al 2,6% di tutte le Ivig, dato in linea con quello dello scorso anno. Come negli anni precedenti, si conferma il minore ricorso all'aborto tra le giovani in Italia rispetto a quanto registrato negli altri Paesi dell'Europa Occidentale.

ABORTI RIPETUTI

La percentuale di Ivig effettuate da donne con precedente esperienza abortiva continua a diminuire dal 2009 ed è risultata nel 2019 pari al 25,2% (25,5% nel 2018). L'evoluzione della percentuale di aborti ripetuti che si osserva in Italia è una dimostrazione significativa della reale diminuzione nel tempo del rischio di gravidanze indesiderate e conseguente ricorso all'Ivig.

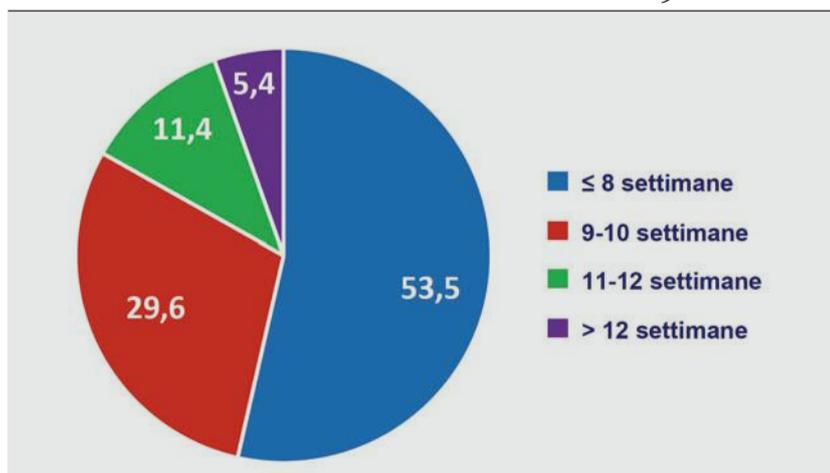
Analizzando i dati per cittadinanza nel 2019, si conferma che la percentuale di donne che ha effettuato precedenti Ivig è maggiore tra le straniere (34,2%) rispetto alle italiane (21,3%). Il confronto con altri Paesi che nelle loro statistiche rilevano il dato riferito agli aborti ripetuti mostra che tale indicatore per l'Italia rimane il più basso a livello internazionale.

EPOCA GESTAZIONALE E MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DELL'IVIG

Continua ad aumentare la percentuale di interventi effettuati precocemente, quindi meno esposti a complicanze: il 53,5% degli interventi è stato effettuato entro le 8 settimane di gestazione (rispetto al 50,9% del 2018), il 29,6% a 9-10 settimane, l'11,4% a 11-12 settimane e il 5,4% dopo la dodicesima settimana.

Nel 2019 si osserva un incremento del ricorso alla procedura d'urgenza come già rilevato negli anni precedenti: il ricorso a tale procedura è avve-

FIGURA 2
Distribuzione percentuale delle IVIG per settimana gestazionale
Anno 2019



IVG



Il consultorio familiare svolge un importante ruolo nella prevenzione dell'Ivg e nel supporto alle donne che decidono di interrompere la gravidanza

nuto nel 23,5% delle Ivg nel 2019 (nel 2018 la percentuale era pari al 21,3%). Percentuali superiori alla media nazionale si sono osservate, come negli anni passati, in Puglia (45,1%), Lazio (43,3%), Piemonte (42,5%), Toscana (31,9%), Emilia Romagna (28,4%) e Abruzzo (28,3%). Anche per il 2019 risulta prevalente il ricorso al consultorio familiare per il rilascio del documento/certificazione necessari alla richiesta di Ivg (44,2%), rispetto agli altri servizi.

Per quanto riguarda il tipo di anestesia impiegata, nel 2019 permane elevato il ricorso all'anestesia generale (44,8%) per espletare l'intervento, sebbene ci sia un evidente trend in diminuzione negli anni. La percentuale di interventi effettuati senza anestesia continua ad aumentare nel tempo (23,9% nel 2019 rispetto al 5,7% nel 2012), come conseguenza del maggior uso dell'aborto farmacologico.

L'isterosuzione, ed in particolare quella che utilizza le cannule di Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata anche nel 2019 (60,4%), sebbene permanga un 10,9% di interventi effettuati con raschiamento.

È in aumento l'uso dell'aborto farmacologico: nel 2019 il Mifepristone con successiva somministrazione di prostaglandine è stato adoperato nel 24,9% dei casi, rispetto al 20,8% del 2018. Per il 2019 tutte le Regioni sono state in grado di fornire l'informazione dettagliata del tipo di intervento, come riportato nella scheda D12/Istat che prevede anche la suddivisione dell'aborto farmacologico in "Solo Mifepristone", "Mifepristone + prostaglandine" e "Sole prostaglandine", che nel suo insieme è stato pari al 27,8% del totale delle Ivg. Il ricorso all'aborto farmacologico, tuttavia, varia molto fra le Regioni.

Nell'88,9% delle Ivg del 2019 (88,5% nel 2018) la durata della degenza è risultata inferiore alle 24 ore e nel 4,0% dei casi (4,8% nel 2018) la donna è rimasta ricoverata per una sola notte.

Negli ultimi anni si è osservata una stabilizzazione delle Ivg con degenza inferiore alle 24 ore, tuttavia si rileva una variabilità regionale, forse imputabile alle modalità di ricovero in relazione ai protocolli terapeutici applicati.

TEMPI DI ATTESA

Sono in diminuzione i tempi di attesa tra rilascio della certificazione e intervento (possibile indicatore di efficienza dei servizi). La percentuale di Ivg effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento è infatti leggermente aumentata: 72,6% nel 2019 rispetto a 70,2% nel 2018.

Corrispondentemente nel tempo è diminuita la percentuale di Ivg effettuate oltre le 3 settimane di attesa: 9,9% nel 2019 rispetto a 10,8% nel 2018. Mobilità regionale nel 2019 il 92,7% delle Ivg è stato effettuato nella Regione di residenza, di queste l'86,7% è stato effettuato nella Provincia di residenza, valori simili al 2018 e corrispondenti ad una bassa mobilità fra le Regioni e in linea con i flussi migratori anche relativi ad altri interventi del Ssn.

Va considerato che tali flussi possono mascherare una falsa migrazione, come nel caso in cui motivi di studio o lavoro temporaneo giustificano il domicilio in Regione diversa da quella di residenza, e ciò riguarda principalmente le classi di età più giovani.

OFFERTA DEL SERVIZIO E OBIEZIONE DI COSCIENZA

Nel 2019 le Regioni hanno riferito che ha presentato obiezione di coscienza il 67,0% dei ginecologi, il 43,5% degli anestesisti e il 37,6% del personale non medico, valori in leggera diminuzione rispetto a quelli riportati per il 2018 e che presentano ampie variazioni regionali per tutte e tre le categorie.

Per approfondire la valutazione dell'impatto sulla disponibilità del servizio e sul carico di lavoro degli operatori non obiettori, si è ritenuto opportuno effettuare il monitoraggio ad hoc avviato nel 2013 attraverso il calcolo di specifici parametri. In particolare, il parametro 2, relativo al carico di

lavoro medio settimanale per ginecologo non obiettore, è stato rilevato a livello di singola struttura di ricovero, al fine di individuare eventuali criticità che potrebbero non emergere da un quadro aggregato a livello regionale o sub-regionale.

PARAMETRO 1 - OFFERTA DEL SERVIZIO IVG IN TERMINI DI STRUTTURE DISPONIBILI.

Il numero totale di sedi ospedaliere (stabilimenti) delle strutture con reparto di ostetricia e/o ginecologia, nel 2019, risulta pari a 564, mentre il numero di quelle che effettuano le Ivg risulta pari a 356, cioè il 63,1% del totale.

Solo in due casi (P.A. Bolzano e Campania) il numero di punti Ivg è inferiore al 30% delle strutture censite. In 8 Regioni la percentuale di punti Ivg risulta superiore al 70%. Considerando il numero di punti IVG in rapporto alla popolazione femminile in età fertile (15-49 anni), si rileva che a livello nazionale sono presenti 2,9 punti Ivg ogni 100mila donne in età fertile. Si conferma, anche per l'anno 2019, l'adeguata copertura della rete di offerta.

PARAMETRO 2 - OFFERTA DEL SERVIZIO IVG E DIRITTO ALL'OBIEZIONE DI COSCIENZA DEGLI OPERATORI: NUMERO MEDIO SETTIMANALE DI IVG EFFETTUATE DA OGNI GINECOLOGO NON OBIETTORE.

La rilevazione ad hoc effettuata dal Ministero evidenzia che nel 2019 il carico di lavoro medio settimanale di ogni ginecologo non obiettore è variato di poco rispetto agli anni precedenti. L'analisi del carico di lavoro settimanale medio di ciascun ginecologo non obiettore per singola struttura di ricovero evidenzia che in alcune Regioni è presente una struttura dove si registra un carico di lavoro superiore alle 10 Ivg a settimana.

CONSULTORI FAMILIARI

Il consultorio familiare svolge un importante ruolo nella prevenzione dell'Ivg e nel supporto alle donne che decidono di interrompere la gravidanza, dal counselling prima della procedura ai controlli medici e il counselling contraccettivo post-Ivg, anche se non in maniera uniforme sul territorio. L'analisi dell'attività dei consultori familiari per l'Ivg nell'anno 2019 è stata effettuata attraverso il monitoraggio ad hoc del Ministero della Salute. I consultori familiari che nell'anno 2019 hanno dichiarato di effettuare attività Ivg corrispondono al 69,2% del totale dei consultori familiari.

Sono state richieste, come negli anni precedenti, le seguenti informazioni: numero di donne che hanno effettuato il colloquio previsto dalla Legge n. 194 del 1978, il numero di certificati rilasciati, il numero di donne che hanno effettuato controlli post Ivg (in vista della prevenzione di Ivg ripetute). Dai dati raccolti emerge, come negli anni passati, un numero di colloqui Ivg superiore al numero di certificati rilasciati (44.553 colloqui vs 31.505 certificati rilasciati), ciò potrebbe indicare l'effettiva azione per aiutare la donna "a rimuovere le cause che la porterebbero all'interruzione della gravidanza specialmente quando la richiesta di interruzione della gravidanza sia motivata dall'incidenza delle condizioni economiche, o sociali, o familiari sulla salute della gestante" (art. 5, L.194/78).

FIGURA 7
Distribuzione percentuale delle IVG per tipo di intervento Anno 2019

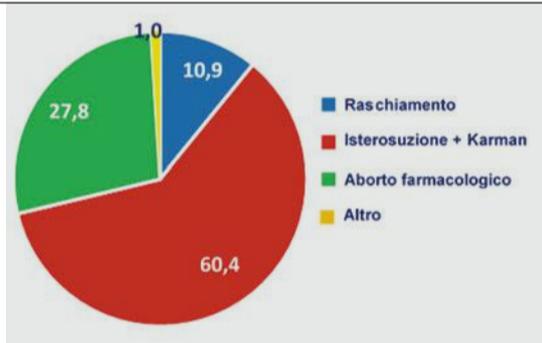


TABELLA 28
Obiezione per categoria professionale nel servizio in cui si effettua l'IVG Anno 2019

REGIONE	GINECOLOGI		ANESTESISTI		PERS. NON MEDICO	
	N	%	N	%	N	%
ITALIA SETTENTRIONALE	1379	60,7	1375	36,2	3342	30,6
Piemonte	233	64,0	180	31,6	361	21,9
Valle d'Aosta	3	23,1	2	20,0	4	13,8
Lombardia	475	64,6	546	44,5	1406	43,2
Bolzano	56	75,7	84	68,9	271	65,3
Trento	22	56,4	28	28,0	306	15,7
Veneto	247	65,3	241	32,8	519	38,6
Friuli Venezia Giulia	65	53,7	33	22,3	132	25,7
Liguria	68	54,4	68	28,8	95	21,1
Emilia Romagna	210	49,6	193	29,6	248	18,8
ITALIA CENTRALE	633	65,9	657	44,6	1758	30,4
Toscana	196	55,4	109	21,5	318	22,0
Umbria	70	62,5	114	58,5	182	53,4
Marche	100	73,0	102	46,8	755	26,0
Lazio	267	74,8	332	60,1	503	46,1
ITALIA MERIDIONALE	571	79,1	462	60,6	1593	70,8
Abruzzo	70	79,5	83	57,2	224	62,0
Molise	24	82,8	17	60,7	99	90,0
Campania	157	80,9	91	50,6	320	73,4
Puglia	224	80,0	105	52,8	715	72,7
Basilicata	31	81,6	45	83,3	30	50,0
Calabria	65	69,9	121	77,1	205	68,1
ITALIA INSULARE	439	78,8	379	66,4	916	70,0
Sicilia	333	85,8	331	73,1	726	86,1
Sardegna	106	62,7	48	40,7	190	40,8
ITALIA	3022	67,0	2873	43,5	7609	37,6

SOCIETÀ ITALIANA DI NEONATOLOGIA

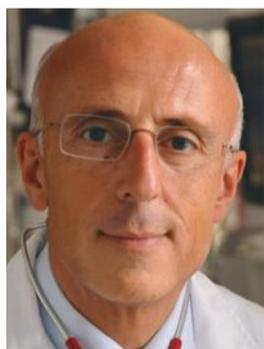
PRESENTATO IL "LIBRO ROSSO"

Standard Organizzativi per l'Assistenza Perinatale

Ventidue anni. Tanto è il tempo che separa l'ultima edizione (1999) del manuale "Requisiti e raccomandazioni per l'assistenza perinatale", promosso dalla Società Italiana di Medicina Perinatale. Da questa coraggiosa iniziativa, il cui ruolo come strumento organizzativo ed operativo di riferimento essenziale per generazioni di professionisti dell'area perinatale è indiscusso, ha preso le mosse uno degli obiettivi prioritari e qualificanti del programma triennale del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Neonatologia per il triennio 2018-2021

OGGI, COME IN QUEGLI ANNI, la nascita costituisce l'intervento assistenziale più frequente delle strutture sanitarie in Italia. Da allora però lo scenario assistenziale della gravidanza, del parto e della nascita ha subito importanti e talora tumultuose modificazioni, che hanno riguardato non solo gli aspetti più squisitamente tecnici, ma anche quelli psicologici, sociali ed economici. La procreazione dei figli è diventata sempre di più una scelta di vita da combinare con altre, con un conseguente complesso e difficile connubio tra aspettative e realtà. Per la maggior parte delle donne e delle coppie che vivono nella nostra società, dare alla luce un bambino si accompagna necessariamente con il compito di dovere e saper coniugare il tempo da dedicare alla cura e alla crescita della propria creatura con il tempo da impiegare nell'attività lavorativa, elementi questi che non di rado sono fonte di notevoli difficoltà. In questi anni si sono determinate anche profonde trasformazioni nella composizione della popolazione, che si traducono in bisogni assistenziali nuovi e diversificati rispetto al passato, in relazione al fenomeno della denatalità, della modificazione della struttura stessa della famiglia, dell'invecchiamento della popolazione, dell'immigrazione, della disegualianza nelle condizioni socio-economiche, con una parte rilevante della popolazione che non ha accesso adeguato alla prevenzione e alle cure.

Un cambiamento che ha anche riguardato l'assetto stesso della Sanità in Italia, che negli anni si è sempre più spinta lungo la strada, talvolta difficile, della regionalizzazione delle cure, con la difficoltà di diffondere in modo omogeneo le leggi nazionali e l'adozione di indirizzi regionali non sempre in sintonia con le indicazioni ministeria-



FABIO MOSCA
Presidente Società Italiana di Neonatologia (Sin)



RINALDO ZANINI
Coordinatore del "Libro rosso"



Neonatologi: "Tutelare mamma e neonato e riorganizzare i punti nascita"

Tutela e cura della diade mamma-neonato e riorganizzazione e gestione dei Punti nascita.

Sono stati questi i principali temi al centro dell'incontro a Roma tra il Ministro della Salute Roberto Speranza e il Presidente della Società Italiana di Neonatologia (Sin), Fabio Mosca. Un'occasione per presentare al Ministro Speranza il manuale sugli "Standard Organizzativi per l'Assistenza Perinatale". Un "Libro rosso" - cosiddetto in memoria della copertina di colore rosso dell'edizione del 1999 - realizzato dalla Sin e coordinato dal Dott. Rinaldo Zanini, che ha visto la partecipazione delle principali società scientifiche dell'area materno infantile: la Società Italiana di Pediatria (Sip), Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo), l'Associazione Ospedaliera Ginecologi e Ostetrici Italiani (Aogoi), l'Associazione Ginecologi Universitari Italiani

(Agui), la Federazione Nazionale Ordini Provinciali Ostetriche (Fnopo), la Federazione Nazionale Ordini Provinciali Infermieri (Fnopi) e l'Associazione Vivere Onlus, in rappresentanza dei genitori. Sono stati coinvolti come partner anche l'Università di Parma (Cattedra di Economia Aziendale), il Politecnico di Milano (Dipartimento Gestionale) e l'Università Bicocca di Milano (Cattedra di Statistica Medica).

Il documento si rivolge alle Istituzioni e ai decisori, per la definizione degli aspetti organizzativi complessivi, e ai professionisti per l'organizzazione assistenziale dei Punti Nascita e rende disponibili standard aggiornati in termini di risorse umane, strutturali e tecnologiche, con un approccio finalizzato alla maggior sicurezza possibile della diade madre/neonato.

li. Anche il mondo dei professionisti ha subito importanti modificazioni, sia dal punto di vista dei percorsi formativi universitari, che per quanto riguarda l'organizzazione del lavoro intra ed extra ospedaliero, oltre che per gli aspetti legati all'aggiornamento e alla formazione continua. Abbiamo deciso di affrontare questo scenario così complesso con rigore scientifico e metodologico, con l'obiettivo di revisionare ed aggiornare gli standard organizzativi dell'assistenza perinatale, in termini di risorse umane, strutturali e tecnologiche, con un approccio finalizzato prioritaria-

mente alla maggior sicurezza possibile della diade madre/neonato.

Una delle motivazioni che ci ha spinto alla realizzazione de "Libro rosso" è sicuramente il desiderio di offrire ai Colleghi, quotidianamente impegnati nell'assistenza, uno strumento che fornisca indicazioni e suggerimenti per gli aspetti tecnici ed organizzativi utili per migliorare i propri contesti assistenziali e di conseguenza le prestazioni rese. In secondo luogo va evidenziata la volontà, fortemente condivisa tra i professionisti, di proporre ai decisori istituzionali una proposta

SOCIETÀ ITALIANA DI NEONATOLOGIA



Il documento si rivolge alle Istituzioni e ai decisori, per la definizione degli aspetti organizzativi complessivi, e ai professionisti per l'organizzazione assistenziale dei Punti Nascita

di funzionamento e gli standard operativi dei diversi nodi della rete, le regole, i rapporti funzionali tra questi e gli strumenti di misura e di controllo per outcome clinico ed output organizzativo. Un sistema che all'interno delle macro regole di sistema stabilite dal Legislatore sia in grado, a livello di Unità Operativa, di centrare l'obiettivo dell'assistenza alla diade madre/neonato tramite l'intercettazione capillare sul territorio delle problematiche. Il sistema così regolato deve essere in grado di distinguere il livello di assistenza richiesta ponendo quindi indirizzare l'utente nel luogo migliore per la cura. L'obiettivo è quello di definire sul piano strutturale ed organizzativo le modalità per garantire il massimo di continuità di cura e di appropriatezza di livello per tutto il processo gravidanza/parto/nascita/dimissione con grande attenzione alla sicurezza per le donne e i neonati.

“
La riduzione significativa del numero dei professionisti: i curanti disponibili per il mercato del lavoro con specialità quali Pediatria/Neonatologia, Ostetricia e Ginecologia sono in forte calo, specialmente per quanto riguarda quelli disponibili al lavoro in ospedale

organizzativa della rete di offerta, con indicazioni e suggerimenti inerenti le risorse, gli strumenti da utilizzare e gli obiettivi da raggiungere. L'obiettivo è quindi anche quello di porsi come partner proattivi delle Istituzioni, nell'interesse degli Utenti e di tutto il Sistema Sanitario.

Nel nostro Paese i risultati assistenziali dell'area materno infantile sono di grande valore rispetto al resto del mondo, come si evince dal macro-indicatore della mortalità materna e infantile pubblicato dall'Oms nel 2015. A questi buoni risultati si contrappongono anche alcune criticità che costituiscono un ambito di miglioramento, come ad esempio il tasso eccessivo di parti con taglio cesareo (siamo tra i primi tre o quattro Paesi al mondo ad utilizzare il cesareo) o la grande variabilità dei risultati tra le diverse aree del Paese, talvolta anche tra diversi Centri nelle stesse aree geografiche. Queste differenze nei risultati clinici sottendono e sono dovute a rilevanti variazioni per quanto concerne le modalità organizzative ed il ventaglio delle prestazioni proposte. Differenze che si riscontrano non solo nell'ambito della rete di offerta per l'area Materno Infantile ma anche in molti altri settori della rete di assistenza. Sono ben evidenti, e la pandemia da Sars-Cov-2 lo ha messo ancor più in luce, le differenze tra i vari setting assistenziali territoriali.

Differiscono per le modalità di accesso alle cure, per capacità di reale prevenzione e presa in carico dei problemi e per la connessione tra Territorio ed Ospedale, che spesso travalica la necessaria flessibilità conseguente alle autonomie sancite dalla Costituzione.

Negli ultimi 20 anni inoltre il delicato e difficile equilibrio tra buoni risultati, relativa scarsità di risorse disponibili e modelli organizzativi eccessivamente differenziati tra le Regioni, si è dovuto confrontare con l'acuirsi di problematiche di diversa natura, essenzialmente sociali, economiche e culturali, che tendono a porre ulteriori ele-

menti di instabilità ad un già difficile equilibrio. Tra le molte problematiche prese in considerazione: la denatalità; l'incremento della durata media della vita; le problematiche relative all'invecchiamento; le tecnologie sempre più avanzate e complesse; le crescenti esigenze degli Utenti, ed in modo particolare quelli dell'area materno infantile, che esigono sempre attenzione ai propri valori e visioni e la richiesta di "presa in carico", non solo in quanto "cura", è sempre più presente e pressante; la necessità di creare valore per bilanciare al meglio il rapporto costi/benefici; l'aumento dei costi specialmente in combinazione alla riduzione relativa di risorse.

E ancora, la riduzione significativa del numero dei professionisti: i curanti disponibili per il mercato del lavoro con specialità quali Pediatria/Neonatologia, Ostetricia e Ginecologia sono in forte calo, specialmente per quanto riguarda quelli disponibili al lavoro in ospedale con conseguente "desertificazione" dei concorsi (anche quelli per posizioni apicali); il calo della qualità dei servizi (è presente la difficoltà di condividere, a tutti i livelli, la necessità di una riduzione dei punti nascita della rete Materno Infantile al fine di migliorare la qualità e la sicurezza per tutti gli Utenti).

La variazione, sia in negativo che in positivo, degli elementi sopra ricordati rispetto all'ambiente complessivo degli anni 70 e 80 (il cui sistema è in vigore tutt'oggi per l'area materno infantile), rendono indispensabile la realizzazione di nuovi standard organizzativi per la rete dei Punti di Offerta assistenziale. Diventa importante una programmazione dei Punti di Offerta che guardi all'insieme di ampi territori e non unicamente a questo o a quel Punto Nascita.

Ci siamo dati quindi l'obiettivo di fornire gli elementi conoscitivi per definire il modello organizzativo per i punti nascita all'interno di un paradigma Hub e Spoke, in cui siano definiti i livelli

In questo contesto è necessario identificare:

- **LE MIGLIORI** modalità organizzative, di governo e leadership per il più efficace ed efficiente utilizzo delle risorse per il corretto funzionamento delle Uu.Oo.
 - **UN ALGORITMO** per la definizione delle risorse umane necessarie in relazione ai livelli e volumi della casistica.
 - **GLI STANDARD** logistico/organizzativi per consentire il trasporto in caso di necessità per la madre (in modo prioritario) e per il neonato.
- la dimensione ed i volumi trattati dai Punti Nascita con grande attenzione a non scendere sotto il livello minimo di 500 parti/anno.

Nel "Libro rosso" non è stato preso in esame, se non in misura limitata, la parte del processo assistenziale riguardante la parte territoriale. Questo è in contrasto con la necessità di un processo unico a sostegno di un unicum biologico che deve espletarsi all'interno del paradigma territorio/ospedale/territorio. In questo momento le risorse a disposizione consentono solo di affrontare la parte centrale del processo. Speriamo sia possibile affrontare in un immediato futuro anche questo essenziale aspetto e al contempo speriamo che quanto scritto nel "Libro rosso" diventi una modalità di un lavoro condiviso le diverse professionalità necessarie per una buona assistenza al parto/nascita: ginecologi, ostetriche, pediatri/neonatologi ed infermieri.

SIGO 2021

Hilton Sorrento Palace
SORRENTO
12 - 15 dicembre 2021

La ginecologia e le donne: Oltre la pandemia

Programma scientifico

Presidenti

Giuseppe Bifulco
Luigi Cobellis

Claudio Santangelo
Renato Tesaro



96° Congresso Nazionale



61° Congresso Nazionale



28° Congresso Nazionale



4° Congresso Nazionale

DOMENICA 12 DICEMBRE
CERIMONIA INAUGURALE

LUNEDÌ 13 DICEMBRE 2021 - MATTINA

SALA NETTUNO

09.00/11.00 **TUMORE DELL'OVAIO**
Presidente **Enrico Sartori**
Moderatori **Carmine Malzoni, Angiolo Gadducci**

9:00 Lettura magistrale **Carcinoma ovarico: dalla biologia molecolare alla clinica**
Giovanni Scambia

9:30 Diagnostica molecolare e Predittività dei marcatori di riferimento
Enrico Vizza

9:45 Aspetti ecografici
Antonia Carla Testa

10:00 La suscettibilità genetica
Matilde Pensabene

10:15 Nuove prospettive terapeutiche
Giulio Sozzi

10:30 Tailoring chirurgico e risposta alle nuove terapie
Francesco Legge

10:45 Discussione
Fabrizio Taddei, Carlo Ronsini

11.30/13.30 **I TUMORI DELL'UTERO**
Presidente **Vito Trojano**
Moderatori **Roberto Angioli, Maria Giovanna Salerno**

11:30 Lettura magistrale **Il tumore della cervice uterina**
Denis Querleu

12:00 Il programma di screening: quali prospettive?
Stefano Greggì

Chirurgia mini-invasiva
Pro **Anna Fagotti**

Contro **Francesco Raspagliesi**

Il tumore dell'endometrio
Fattori prognostici: nuova classificazione
Gianfranco Zannoni

13:00 Il linfonodo sentinella
Francesco Fanfani

13:15 Nuove possibilità terapeutiche di contenimento nelle gravi obese
Marco Petrillo

13:30 Discussione
Anna Marozzi, Giuseppe Pirillo

NUOVI ORIZZONTI IN GINECOLOGIA: innovazioni in contraccezione e nel trattamento medico dei fibromi uterini
Moderatore **Costantino Di Carlo**

13:30 Lettura Magistrale: **Una nuova associazione estrogeno-progestinica: un contraccettivo innovativo dall'adolescenza alla perimenopausa**
Vincenzina Bruni

14:00 Lettura Magistrale: **La prima terapia combinata con antagonista del GnRH per il trattamento dei fibromi uterini**
Attilio Di Spiezio Sardo

SALA SIRENE

9:00/11:00 **ORGANIZZAZIONE DELLA SALA PARTO**
Presidente **Francesco Odicino**
Moderatori **Andrea Luppi, Salvatore Ronsini**

9:00 Lettura Magistrale **Modelli ideali e reali di organizzazione della sala parto**
Antonio Ragusa

9:30 Rapporti medico ostetrica nel travaglio a basso e alto rischio
Roberto Jura

9:45 Sorveglianza strumentale in travaglio
Herbert Valensise

10:00 Il parto dopo singolo taglio cesareo: modelli organizzativi e strumentali
Mario Vicino

10:15 Gestione del dolore in travaglio
Maria Grazia Frigo

10:45 Partecipano alla discussione la Presidente FNOPO e la Presidente AIO

11:30/13:30 **COVID E GRAVIDANZA**
Presidente **Giancarlo Di Renzo**
Moderatori **Nicola Coppola, Eutalia Esposito**

11:30 Lettura Magistrale **Silvio Brusaferrò**

12:00 Dati epidemiologici in Italia
Serena Donati

12:15 Effetti sulla gravidanza e sul feto
Maria Vittoria Locci

12:30 Gestione gravidanza e parto COVID
Emanuela Wally Ossola

12:45 Prospettive future e varianti
Alessandro Perrella

13:00 Discussione
Manrico Fusco, Maria Rita Corina

13:30/14:30 **TAVOLA ROTONDA: CARCINOMA OVARICO: IL GINECOLOGO TERRITORIALE COME SNODO CHIAVE NELLA DIAGNOSI E PREVENZIONE**
Giovanni Scambia
Valeria Dubini
Claudio Zanardi
Associazione di Pazienti ACTO, LOTO e ABRACADABRA)

SALA ULISSE

09:00/11:00 **AGGIORNAMENTO IN CHIRURGIA: Trattamento tumore dell'endometrio**
(Isterectomia laparoscopica - Isterectomia robotica + linfadenectomia vs linfonodo sentinella)
Moderatori **Giancarlo Stellin, Valentino Remorgida**

11:30/13:30 **AGGIORNAMENTO IN CHIRURGIA: Tumore dell'ovaio**
Moderatore **Gianfranco Quintarelli, Salvatore Incandela**

13:30/14:30 **INDUZIONE DEL TRAVAGLIO DI PARTO IN ITALIA: STATO DELL'ARTE E PROSPETTIVE FUTURE**
Moderatore: **Elsa Viora, Antonio Ragusa, Lorenza Driul**

SALA TRITONE

09.00 **SESSIONE FNOPO: DALLA PANDEMIA ALL'OPPORTUNITA' PER RIDISEGNARE E VALORIZZARE LA PROFESSIONE OSTETRICA**

1° SESSIONE

9:00 Apertura lavori, breve introduzione
Silvia Vaccari
Moderatori **Silvia Vaccari, Giuseppina Piacente, Saverio Turco, Paola Ambrosone**

9:05 L'importanza delle indagini sul database delle ostetriche/i attivabili
Marina Carfagna

9:20 Metodologia di Riconoscimento Titoli ostetriche straniere
Martha Traupe

9:35 La FNOPO e le ostetriche/i nel contesto Europeo ed Internazionale
Elsa Del Bo

Discussant **Maria Vicario**

2° SESSIONE
Moderatori **Caterina Masé, Carmela Muccione, Ciro Clemente Tancredi**

10:00 La Medicina di genere e la professione ostetrica
Cinzia Di Matteo

10:15 TAS: L'Ostetrica/o e i tavoli Ministeriali; quali scenari di miglioramento per promuovere la salute delle donne
Patrizia Proietti

10:30 Delphi Method, uno strumento per la costruzione del consenso: l'esempio del Codice Deontologico della professione dell'ostetrica/o
Enrico Finale
Discussant **Elio Lopresti**
Chiusura lavori **Silvia Vaccari**

11:30 **SESSIONE AIO: RIVOLUZIONE EDUCATIVA E CULTURALE: LA NOSTRA GRANDE RESPONSABILITÀ DI OSTETRICHE!**
Presidente **Antonio Ragusa**
Moderatori **Silvia Vaccari, Elsa Del Bo, Giampaolo Mainini**

11:30 Raccomandazioni per Ostetriche per l'assistenza alla gravidanza, al travaglio-parto e puerperio fisiologico.
Cristina Gressani

11:45 Raccomandazioni per Ostetriche per la prevenzione, rieducazione e riabilitazione del pavimento pelvico uroginecologico e colonproctologico.
Lara Arduini

12:00 Raccomandazioni per Ostetriche per l'assistenza alla vittima di violenza sessuale e raccolta delle fonti di prova.
Antonella Marchi

12:15 Innovare il Profilo Professionale dell'Ostetrica/o.
Annapaola Caruso
Discussant **Gaia Pallesstrini, Katia Caloiero, Viviana Candidi, Carmine Gigli**

13:10 Servizio di Ostetrica e Ginecologia forense: presentazione del Kit di repertazione nei casi violenza sessuale
Luciano Garofano

LUNEDÌ 13 DICEMBRE 2021 - POMERIGGIO

SALA NETTUNO

14.30/16.30 **PATOLOGIA UTERINA BENIGNA: MIOMI ED ADENOMIOSI**
Presidente **Sergio Schettini**
Moderatori **Franco Marincolo, Luigi Nappi**

14:30 Lettura Magistrale **Adenomiosi dalla patogenesi ai sintomi**
Felice Petraglia

15:00 Inquadramento ecografico e diagnosi differenziale
Giuseppe Trojano

15:15 Quale impatto sulla fertilità
Attilio Di Spiezio Sardo

15:30 Terapia medica per tutti?
Michele Vignali

15:45 Terapia chirurgica per tutti?
Piero Iacobelli

16:00 Discussione **Vincenzo Cacciapuoti, Pietro Affinito**

16:30/18:30 **LEVACCINAZIONI IN GINECOLOGIA E OSTETRICA**
Presidente **Donatella Caserta**
Moderatori **Gennaro Cormio, Andrea Tinelli**

16:30 Lettura magistrale **I vaccini: falsi miti da sfatare**
Elsa Viora

17:00 La vaccinazione per l'HPV: risultati a lungo termine
Andrea Ciavattini

17:15 Il vaccino dTpa: quali rischi e quali vantaggi
Laura Sarno

17:30 Immunoterapia e tumore ovarico, quali novità
Domenica Lo Russo

17:45 Discussione **Maria Gabriella De Silvio**

SALA SIRENE

- 14.30 / 16.30** **GESTIONE DELLE EMERGENZE OSTETRICHE**
Presidente **Antonio Ambrosini**
Moderatori **Gennaro Auriemma, Salvatore Desso**
- 14:30 Lettura Magistrale
La chirurgia della placenta accreta Spectrum (PAS)
Enrico Ferrazzi
- 15:00 Parto operativo vaginale
Mario Massacesi
- 15:15 L'assistenza al parto podalico: un mito del passato?
Mario Meroni
- 15:30 Anemia materna e protocolli comportamentali nella gestione delle emorragie post-partum
Claudio Crescini
- 15:45 Patologia della placentazione
Romolo Di Iorio
- 16:00 Discussione **Sonia Baldi, Marina Tesorone**
-
- 16.30 / 18.30** **MEDICINA LEGALE IN OSTETRICIA E GINECOLOGIA**
Presidenti **Carmine Nappi**
Moderatori **Carlo Maria Stigliano, Ezio Bergamini**
- 16:30 Corretta compilazione della cartella clinica
Riccardo Morgera
- 16:45 La placenta dal punto di vista medico-legale
Gaetano Bulfamante
- 17:00 La gestione della MEF
Alfredo Vannacci
- 17:15 Vaccini in gravidanza: valori e riferimenti medico-legali
Maurizio Silvestri
- 17:30 Il nuovo contenzioso della Corte dei Conti
Sabino Laudadio
- 17:45 Responsabilità da omessa prescrizione di folati nella PMA
Antonio Chiantera
- 18:00 Tutela assicurativa della colpa grave
Gloria Favretti
- 18:15 Basso rischio ostetrico e parto a domicilio
Gianfranco Jorizzo
- 18:30 Conclusioni **Pasquale Pirillo**

SALA ULISSE

- 14.30 / 16.30** **LA SIMULAZIONE IN GINECOLOGIA ED OSTETRICIA**
Presidente **Fulvio Zullo**
Moderatori **Tiziana Frusca, Giovanni Monni**
- 14:30 Razionale alla necessità di una simulazione
Pantaleo Greco
- 14:45 La simulazione in chirurgia endoscopica
Fabio Ghezzi
- 15:00 La simulazione in chirurgia robotica
Mariano Catello Di Donna
- 15:15 La simulazione in ecografia
Stefano Guerriero
- 15:30 La simulazione in ostetricia
Maurizio Rosati
- 15:45 La simulazione nel percorso formativo in Europa
Chiara Benedetto
- 16:00 Discussione **Marina Toschi, Franco Doganiero**
-
- 16.30 / 18.30** **LA SIGO E LA MEDICINA DELLA RIPRODUZIONE**
Presidente **Giuseppe De Placido**
Moderatori **Andrea Borini Paolo Mennella**
- 16:30 L'impegno verso la tutela della professione ed i rapporti con le Istituzioni
Luca Mencaglia

- 16:45 L'impegno verso linee guida reali
Luca Gianaroli
- 17:00 LEA e PMA: stato dell'arte
Mauro Costa
- 17:15 L'impegno verso la formazione
Paola Anserini
- 17:30 Protocolli comportamentali ed induzione dell'ovulazione
Antonio La Marca
- 18:00 Discussione **Giuseppe Gullo, Daniela Anzelmo**

SALA TRITONE

- 14.30-17.30** **SESSIONE ITALO ARGENTINA**
Coordinated by **Giuseppe Rizzo Ana Bianchi**
- 14:30 - 14:40 Introduction **Domenico Arduini and Mario Palermo**
- 14:40 - 15:00 US diagnosis and management of first and second stage dystocia
Pilu
- 15:00 - 15:20 Role of Ultrasound before an assisted delivery
Ana Bianchi (Uruguay)
- 15:20 - 15:40 US before an operative vaginal delivery: always or in selected cases?
Giuseppe Rizzo
- 15:40 - 16:00 AI application of US in labor
Tullio Ghi
- 16:00 - 16:20 Applying ultrasound to vaginal delivery post cesarean section
Ojeda Leiticia
- 16:20 - 16:40 Women choice and perception of US in labor
Mappa
- 16:40 - 17:00 Ultrasound during delivery
Fernando Vargas
- 17:00 - 17:20 US in postpartum hemorrhage
Masturzo
- 17:20 - 17:30 US diagnosis and management of OASIS
Bellusi
- 17:30 - 18:00 Discussion **Dr. Daniel Aguirre, Dr. Federica Bellusi and Dr. Giuseppe Rizzo**
Final thoughts **Domenico Arduini and Mario Palermo**

MARTEDÌ 14 DICEMBRE 2021 - MATTINA

SALA NETTUNO

- 09.00 / 11.00** **BENESSERE IN MENOPAUSA**
Presidente **Annibale Volpe**
Moderatori **Anna Maria Paoletti, Gianpaolo Mainini**
- 9:00 Lettura Magistrale: **La terapia ormonale sostitutiva: dalle linee guida alla pratica clinica**
Marco Gambacciani
- 9:30 Quando e perché fare un trattamento
Costantino Di Carlo
- 9:45 TOS e rischio oncologico e cardiovascolare
Nicoletta Biglia
- 10:00 Raccomandazioni sulle terapie non ormonali
Stefano Lello
- 10:15 Gestione integrata della sindrome urogenitale
Pasquale De Franciscis
- 10:45 Atrofia vaginale da menopausa indotta nella paziente oncologica: l'impiego della radiofrequenza
Tiziana dell'Anna
- 11:00 Discussione **Agostino Menditto, Stefano Scognamiglio**

- 11.30 / 13.30** **PMA**
Presidente **Antonio Perino**
Moderatori **Luigi Terracciano, Eleonora Porcu**
- 11:30 Lettura Magistrale: **Sostenibilità della PMA in Italia**
Nicola Colacurci
- 12:00 Genetica e PMA
Antonio Capalbo
- 12:15 La multidisciplinarietà: necessità per una gestione corretta
Giuseppe D'Amato
- 12:30 Endometrio e impianto
Cristofaro De Stefano
- 12:45 La preservazione della fertilità
Carlo Alviggi
- 13:00 Età avanzata ed outcome riproduttivo
Filippo Ubaldi
- 13:15 Discussione **Filippo Bellati, Daniela Surico**
-
- 13.30 / 14.30** **FROM OFFICE TO ROBOTIC SURGERY: TECHNIQUE, TECHNOLOGY & CLINICAL OUTCOMES**
Moderatori **Attilio Di Spiezio**
Relatori: **Gianluca Bracco, Paolo Casadio, Salvatore Guelli alletti**

SALA SIRENE

- 09.00 / 11.00** **PARTO PRETERMINE**
Presidente **Riccardo Arienzo**
Moderatori **Arsenio Spinillo, Silvia Von Wunster**
- 9:00 Lettura Magistrale **Fattori di rischio e predittività del parto pretermine**
Irene Cetin
- 9:30 Gestione del late pretermine
Gianluigi Pilu
- 9:45 Cerchiaggio e pessario
Gabriele Saccone
- 10:00 Terapia medica e parto pretermine
Fabio Facchinetti
- 10:15 Microbioma e parto pretermine
Mario Passaro
- 10:30 Discussione **Domenico Corea, Barbara del Bravo**
-
- 11.30 / 13.30** **INFEZIONI IN GRAVIDANZA**
Presidente **Fabio Parazzini**
Moderatori **Rosario D'Anna, Giangavino Peppi**
- 11:30 Lettura Magistrale **Protocolli comportamentali nelle infezioni in gravidanza**
Giuseppe Ettore
- 12:00 Infezione da GBS precoce e tardiva
Fabrizia Santangelo
- 12:15 Toxoplasma e CMV
Giuseppe Maria Maruotti
- 12:30 Infezioni virali in gravidanza
Maddalena Morlando
- 12:45 Sepsi puerperale
Carlo Carravetta
- 13:00 Discussione **Giovanni Ruggiero, Lucio Juliano**

SALA ULISSE

- 09.00 / 11.00** **AGGIORNAMENTO IN CHIRURGIA: ISTEROSCOPIA**
Moderatore: **Antonio Mollo, Stefano Betocchi**
-
- 11.30 / 13.30** **AGGIORNAMENTO IN CHIRURGIA: PATOLOGIA BENIGNA: CHIRURGIA DEL PAVIMENTO PELVICO**
Moderatore: **Giampiero Capobianco, Pasquale Gallo**
-
- 13.30 / 14.00** **BENESSERE IN MENOPAUSA**
- 13:30 La "Radiofrequenza 2.0" nel trattamento dell'atrofia vulvo-vaginale
Sergio Messini

13:45 Electro-surgical labiaplasty with minimal downtime
Rafal Kuzlik

14:00 / 14:30 **ISIDE: INSPIRE CSECTION INNOVATION DRIVING EVOLUTION TO IMPROVE THE STANDARD OF CARE FOR CESAREAN DELIVERY**

SALA TRITONE

9:00 / 11:00 **SESSIONE SEGI: ECOGRAFIA VERSO ENDOSCOPIA SESSIONE INTERATTIVA**
Presidente **Enrico Vizza**
Moderatori **Fabio Ghezzi, Riccardo Zaccoletti**

Miomi uterini

Discussant **Alberto Mattei, Francesco Barletta**
Relatori **Jvan Casarin, Alessandro Fasciani**
Discussione

Endometriosi profonda

Discussant **Renato Seracchioli, Giuseppe Ciravolo**
Relatori **Marina Coppola, Ciro Perone**
Discussione

Malformazioni uterine e patologia endometriale

Discussant **Ivan Mazzon, Giuseppe Nucera**
Relatori **Brunella Zizolfi, Ursula Catena**
Discussione

Tumefazioni annessiali complesse:

Cistectomia versus Ovariectomia
Discussant **Giuseppe Lomeo, Luca Savelli**
Relatori **Rosanna Mancari, Barbara Costantini**
Discussione

11:30-13:30 SESSIONE AGEO

Presidenti **Rosa Ariviello, Riccarda Triolo**

11:30 Introduzione al Convegno - Segretario A.G.E.O.
Claudio Zanardi

DENATALITÀ E PRIVATO

Moderatori **Lamberto Coppola, Nicola Fortunato**

11:45 Il centro di privato di PMA: quale ruolo nella realtà italiana
Andrea Borini

12:00 La ricerca della gravidanza nella paziente over 40: nuove strategie per migliorare l'efficienza dei percorsi
Elisabetta Trabucco

12:15 Il social freezing
Anna Pia Ferraretti

Panel **Fabio Perricone, Anna Sansone, Rosa Ariviello**

DIAGNOSTICA ECOGRAFICA

Moderatori **Gianfranco Merlini, Paolo Scognamiglio**

12:45 LECTIO: Il dubbio nella diagnostica ecografica delle malformazioni fetali: accuratezza diagnostica o riconoscimento?
Aniello Di Meglio

13:15 Vantaggi e Limiti della Diagnosi Precoce Fetale
Alfredo Pinto

13:30 Diagnosi ecografica dell'endometriosi pelvica ed addominale obiettivi essenziali e valutazione avanzata
Alessandra Di Giovanni

Panel **Giuseppe Feroce, Michele Mastrocinque, Luciano Schetter**

MARTEDÌ 14 DICEMBRE 2021 - POMERIGGIO

SALA NETTUNO

14.30 / 16.30 **CHIRURGIA DEL FUTURO**
Presidente **Alfredo Ercoli**
Moderatori **Vito Cela, Vincenzo Maritati**

14:30 Lettura Magistrale: Trent'anni di chirurgia miniinvasiva: cosa è cambiato e cosa cambierà.: Il punto di vista del chirurgo
Francesco Corcione

Il punto di vista del ginecologo
Mario Busacca

15:00 La chirurgia notes
Luigi Stradella

15:15 La chirurgia robotica: stato dell'arte
Angelo Maggioni

15:30 3D/4D: come orientare la chirurgia
Giovanni Nazzaro

15:45 Trapianto d'utero
Paolo Scollo

16:00 Discussione **Giovanni Pomili, Laura Giambanco**

SALA SIRENE

14.30 / 16.00 **SESSUALITÀ**
Presidente **Carlo Sbiroli**
Moderatori **Antonio Cianci, Sandro Massimo Viglino**

14:30 Lettura Magistrale **Come valorizzare la sessualità nella vita di coppia oggi, dalla menopausa in avanti**
Rossella Nappi

15:00 Ruolo dell'educazione alla sessualità nell'adolescente
Salvatore Caruso

15:15 Infertilità e sessualità
Silvia Ajossa

15:30 Sessualità e atrofia in post menopausa
Francesco De Seta

15:45 Gravidanza e sessualità
Franca Aceti
Discussione **Giuseppe Albano, Concetta D'Angelo**

SALA ULISSE

14.30 - 16.30 **UROGINECOLOGIA NEL NUOVO MILLENNIO**
Presidente **Massimo Franchi**
Moderatori **Marco Torella, Gennaro Trezza**

14:30 Introduzione **Massimo Franchi**

14:45 La Mesh nella chirurgia della IUS
Stefano Salvatore

15:00 Chirurgia del prolasso anteriore
Tommaso Simoncini

15:15 Chirurgo del prolasso posteriore
Marco Soligo

15:30 Chirurgia nel prolasso di cupola
Francesco La Grotta

15:45 Complicanze nella chirurgia protesica
Mauro Cervigni

Discussione **William Bertarini, Raffaele Correa**

SALA TRITONE

LA GESTIONE DELLE PATOLOGIE DEL BTG
Moderatori **Anna Maria Di Cristo, Giada Lavitola**

14:30 La genotipizzazione estesa nella gestione dei test di screening anormali nella prevenzione del cervicocarcinoma
Carlo Antonio Liverani

14:45 Screening del cervico-carcinoma: pubblico e privato
Claudio Zanardi

15:00 Microbiota vaginale ed infezione da HPV: evidenze attuali e future opportunità
Roberto Senatori

Panel **Concetta Miele, Francesco Mollo, Domenico Ricciardi**

15:30 **ALLEATI DELLA PROFESSIONE**
Professionisti al fianco dei medici: supporto, assistenza e semplificazioni
Francesco Mari

15:45 L'evento avverso in ginecologia. Riduzione e coperture assicurative del rischio
Leonardo Martinelli

16:00 **CHIUSURA SIMPOSIO AGEO**

MERCOLEDÌ 15 DICEMBRE 2021 - MATTINA

SALA NETTUNO

09:00 / 11:00 **ORMONI E DONNA**
Presidente **Antonio Lanzone**
Moderatori **Marco Palumbo, Aurelio Elberti**

9:00 Lettura Magistrale: **Perché così poca contraccezione in Italia e la scelta contraccettiva nelle fasi della vita**
Angelo Cagnacci

9:30 Il controllo del rischio trombo-embolico
Carlo Ronsini

9:45 Contraccezione e rischio oncologico
Valeria Dubini

10:00 La contraccezione di emergenza
Maurizio Guida

10:30 Discussione **Mario Rotondi, Francesco Forleo**

11:30 / 13:30 **ENDOMETRIOSI**
Moderatori **Ettore Cicinelli, Ditto Antonino**

11:30 Lettura Magistrale **Terapia chirurgica a tutte le donne?**
Marcello Ceccaroni

12:00 Il ritardo diagnostico e la malattia "invisibile"
Mario Malzoni

12:15 Terapia medica: nuovi traguardi
Ludovico Muzii

12:30 Endometriosi profonda e dolore pelvico Cronico
Vito Chiantera

12:45 Discussione **Giorgio della Puca, Cristian La Rusca**

SALA SIRENE

09:00 / 11:00 **PATOLOGIE EMERGENTI**
Presidente **Vincenzo De Leo**
Moderatori **Maurizio Guido, Pier Luigi Chierchi**

9:00 La vaccinazione per le patologie hpv-correlate al tempo del covid-19
Carlo Maria Stigliano

9:15 Impiego dell'HPV Dna-test dopo diagnosi di infezione
Paolo Cristoforoni

9:30 Effetti del Covid 19 in oncologia ginecologica: ritardi nei follow-up
Massimo Origoni

09:45 Hpv ed infertilità maschile
Carlo Foresta

10:00 Discussione **Augusto Campi, Alessandro Ghelardi**

11:30 / 13:30 **CHIRURGIA FETO-NEONATALE**
Presidente **Guido Menato**
Moderatori **Ciro Esposito, Alfonso Papparella**

11:30 Lettura Magistrale **Chirurgia Fetale**
Pietro Bagolan

12:00 Lettura Magistrale **Chirurgia Neonatale:**
Giovanna Ricciettoni

13:10 Discussione **Dario Puerto, Antonino Coco**

SALA ULISSE

09.00 / 11.00 **AGGIORNAMENTO IN CHIRURGIA: NUOVE TECNICHE E NUOVE TECNOLOGIE**
Moderatori **Stefano Palmieri, Roberto Carminati**

11.30 **AGGIORNAMENTO IN CHIRURGIA: LE COMPLICANZE**
Moderatori **Stefano Angioni, Francesco Legge**

VACCINO HPV



I dati delle coperture vaccinali (ciclo completo) 2020, sia per le femmine che per i maschi, mostrano un significativo calo rispetto a quelle riferite al 2019. Il decremento delle coperture può essere dovuto principalmente alle difficoltà organizzative dovute alla gestione della pandemia

Con il Covid crolla la copertura vaccinale

È QUANTO EMERGE dai nuovi dati pubblicati dal Ministero della Salute sulle coperture nazionali e regionali per la vaccinazione contro il Papillomavirus umano (Hpv) nella popolazione femminile e maschile. “La vaccinazione anti-Hpv – ricorda il Ministero – si è dimostrata molto efficace nel prevenire nelle donne il carcinoma della cervice uterina (collo dell’utero), soprattutto se effettuata prima dell’inizio dell’attività sessuale; questo perché induce una protezione maggiore prima di un eventuale contagio con il virus Hpv”.

VACCINAZIONE GRATUITA PER RAGAZZE E RAGAZZI

La vaccinazione anti-Hpv è offerta gratuitamente e attivamente alle bambine e ai bambini nel dodicesimo anno di vita (undici anni compiuti) in tutte le Regioni e Province Autonome italiane. La maggior parte delle Regioni prevede il pagamento agevolato per altre fasce di età, non oggetto di chiamata attiva né di attività di recupero.

DATI SULLE COPERTURE VACCINALI HPV 2020

La copertura per ciclo completo per le ragazze undicenni (coorte 2008 nel 2020) mostra una diminuzione rispetto alle coperture per il ciclo completo delle undi-

cenni dell’anno precedente, con un valore del 30,32% nel 2020 rispetto al 41,60% nel 2019 (coorte 2007, undicenni al momento della rilevazione). La differenza è presente anche rispetto alle rilevazioni storiche, infatti, nel 2018 era del 40,34%, nel 2017 era del 49,9%, nel 2016 del 53,1%; nel 2015 era del 56,2%. Tale dato conferma quanto rilevato con l’indagine a carattere nazionale promossa dal Ministero della Salute per verificare l’impatto dell’emergenza Covid-19 sulle attività di vaccinazione che ha rilevato una diminuzione soprattutto della somministrazione del vaccino anti-Hpv specialmente in alcune regioni.

La copertura per ciclo completo per le ragazze dodicenni (coorte 2007 nel 2020) mostra valori più alti rispetto a quello delle undicenni (58,66%), anch’esse in calo rispetto a quelle degli anni precedenti (60,83% per la coorte 2006 nel 2019, 62,21% per la coorte 2005 nel 2018 e del 63,46% per la coorte 2004 nel 2017).

La copertura per ciclo completo nella coorte delle quindicenni (coorte 2004 nel 2020, utilizzata dall’Oms come riferimento nelle sue statistiche) è del 63,84% anche questa in diminuzione rispetto all’anno precedente (70,35%).

La copertura vaccinale media per Hpv nelle ragazze è al di sotto della soglia ottimale prevista dal Piano Nazionale di

Prevenzione Vaccinale (95% nel dodicesimo anno di vita). Anche a livello regionale, nessuna Regione/Provincia autonoma raggiunge il 95% in nessuna delle coorti prese in esame. Le coperture relative al 2020 per il ciclo completo per le ragazze raggiungono un valore massimo dell’81,89% per la coorte 2004 (regione Umbria), dell’82,69% per la coorte 2005 (Regione Umbria), dell’81,03% per la coorte 2006 (Regione Emilia Romagna), del 76,62% per la coorte 2007 (Regione Emilia Romagna) e del 61,71% per la coorte 2008 (Pa di Trento).

PER I RAGAZZI LA COPERTURA VACCINALE MEDIA PER HPV È LONTANA DAGLI OBIETTIVI

Era del 95% nel 2019 e anche in questo caso risulta in diminuzione rispetto all’anno precedente per quanto riguarda il ciclo completo per la coorte degli undicenni, (24,17% nel 2020 rispetto al 32,25% nel 2019), mentre si evidenzia un lieve miglioramento delle coperture per la prima dose (41,28% nel 2020 rispetto al 39,08% nel 2019). Si osserva invece un miglioramento per le coperture riferite al ciclo completo dei dodicenni al momento della rilevazione (46,61% nel 2020 rispetto al 44,84% nel 2019).



SISTEMA SORVEGLIANZA OSTETRICA ITOSS

Si riducono significativamente le morti materne da emorragia ostetrica

LE INDAGINI CONFIDENZIALI delle morti materne – condotte nell’ambito del sistema di sorveglianza ostetrica ItOSS dell’Iss – hanno stimato 9 morti materne ogni 100mila nati vivi per anno e valutato il 45% dei decessi come evitabili. L’emorragia, prima tra le cause di morte materna in Italia, nel 2000-2007 era responsabile di 2,9 decessi ogni 100mila nati vivi contro lo 0,66 decessi per la stessa causa rilevati nel Regno Unito.

QUESTO ECCESSO di mortalità per cause emorragiche ha indotto ItOSS a promuovere un bundle di attività, offerto alle organizzazioni e ai professionisti sanitari che assistono la nascita, composto da un progetto di ricerca sui near miss emorragici, tre corsi Fad su prevenzione e gestione dell’emorragia ostetrica e lo sviluppo di una linea guida evidence based sull’emorragia del post partum sotto l’egida del Sistema nazionale Linee Guida dell’Iss, con l’obiettivo di misurare l’impatto di queste iniziative sull’andamento del rapporto di mortalità materna (Mmr) specifico per emorragia in 5 Regioni che coprono il 40% dei nati del Paese (Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio e Sicilia).

A DISTANZA DI 10 ANNI dall’avvio del bundle di attività dedicate a prevenire le morti evitabili da causa emorragica, i dati ItOSS mostrano come, nelle Regioni partecipanti, l’Mmr emorragico sia sceso da 2,49/100mila nati vivi prima dell’implementazione del bundle nel 2007-2013, a 0,77/100mila dopo la sua realizzazione nel 2014-2018. Il risultato ha dimostrato che una sorveglianza di salute pubblica che si fonda sul metodo della ricerca-intervento - che prevede la raccolta sistematica dei casi incidenti, la loro revisione critica, interventi partecipati da parte di una rete solida di organizzazioni e professionisti sanitari e la validazione del suo impatto – è in grado di migliorare la qualità dell’assistenza e gli esiti di salute in ambito perinatale. (Il risultato è stato pubblicato sulla rivista *Plos One*).

SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

Forum Permanente
sul Sistema Sanitario
Nazionale
nel post-CovidI COMPONENTI
DEL FORUM

Giordano Beretta
Presidente Associazione
Italiana di Oncologia
Medica, Aiom

Ivan Cavicchi
Docente di Sociologia
dell'Organizzazione
Sanitaria e di Filosofia
della Medicina

Antonio Chiantera
Presidente Società
Italiana di Ginecologia
e Ostetricia, Sigo

Francesco Cognetti
Coordinatore del Forum
e Presidente Fondazione
Insieme contro il Cancro

Nicola Colacurci
Associazione Ginecologi
Universitari Italiani, Agui

Paolo Corradini
Presidente Società
Italiana di Ematologia,
Sic

Valeria Dubini
Presidente Associazione
Ginecologi Territoriali,
Agite

Roberto Gerli
Presidente Società
Italiana di Reumatologia,
Sir

Ciro Indolfi
Presidente Società
Italiana di Cardiologia,
Sic

Dario Manfellotto
Presidente Federazione
delle Associazioni dei
Dirigenti Ospedalieri
Internisti, Fadoi

Pierluigi Marini
Presidente Associazione
Chirurghi Ospedalieri
Italiani, Acoi

Vincenzo Mirone
Past President Società
Italiana di Urologia, Siu

Giovanni Muriana
Presidente Società
Italiana di Chirurgia
Toracica, Sict

Fabrizio Pane
Professore Ordinario di
Ematologia, Università
Federico II di Napoli

Flavia Petri
Presidente Società
Italiana Anestesia,
Analgesia, Rianimazione
e Terapia Intensiva,
Siaarti

Francesco Romeo
Presidente 'Il cuore
Siamo Noi - Fondazione
Italiana Cuore e
Circolazione'

Gioacchino Tedeschi
Presidente Società
Italiana di Neurologia,
Sin

Alessandro Vergallo
Presidente Associazione
Anestesiisti Rianimatori
Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica,
Aaroi-Emac

Elsa Viora
Presidente Associazione
Ostetrici Ginecologi
Ospedalieri Italiani,
Aogoi

Come rimettere in moto la sanità nazionale

Nel 2020 oltre 1,3 milioni di ricoveri in meno rispetto al 2019: -10% per chemioterapia, -15% per radioterapia e -80% per le attività chirurgiche oncologiche programmate. Si pone l'assoluta necessità di ridisegnare il Sistema Sanitario Nazionale anche sulla base delle carenze emerse durante la pandemia ed utilizzando i fondi che arriveranno con il Recovery Fund. Dal Forum Permanente sul Sistema Sanitario Nazionale nel post-Covid arrivano le proposte per rimettere in moto il sistema

PREMESSA

Prima di passare all'illustrazione dei punti fondamentali che rappresentano le proposte di intervento emerse nel corso di svolgimento del Forum, occorre esplicitare una premessa che è alla base della visione strategica condivisa da tutti i partecipanti. La missione 6 del Pnrr si articola testualmente in due componenti:

- M6C1 il rafforzamento dell'assistenza territoriale;
- M6C2 il potenziamento delle strutture sanitarie e delle tecnologie.

La Missione 6 sostanzialmente dichiara implicitamente che il Dm 70 è il suo modello di riferimento perché non introduce nessun elemento di sostanziale riforma dello stesso Dm 70 e pone in essere una grave sottovalutazione dei problemi legati all'ospedale. La questione ospedale in buona sostanza è trattata come del tutto ancillare ri-

spetto al territorio ed anche gli investimenti strutturali e tecnologici previsti non tengono conto della complessità ed importanza degli ospedali riducendoli a loro volta come struttura e tecnologia applicata. Si raccomanda quindi al Governo di riconsiderare la questione dell'ospedale valutando oltre i suoi problemi strutturali anche quelli organizzativi e funzionali vale a dire:

- i problemi dello sviluppo della clinica e delle discipline mediche,
- le questioni legate alla complessità della cura,
- i problemi delle organizzazioni delle patologie tempo dipendenti,
- l'inadeguatezza di vecchi parametri organizzativi che ancora oggi sovraintendono l'organizzazione e la classificazione dell'ospedale (bacino d'utenza e posti letto, volumi, tempi di assistenza ecc).
- in ultimo ma non meno importante la necessità di un deciso intervento di riforma del sistema del management generale e della governance complessiva superando il modello attuale monocratico

verso un altro improntato a modalità partecipata e decentrata più capace di governare e gestire l'alta complessità che rappresenta la principale caratteristica degli ospedali, come sarà meglio precisato più avanti. Si raccomanda pertanto al Governo di superare il DM 70 sostituendo questa vecchia normativa con una normativa più moderna e più adeguata alle complessità in gioco ma soprattutto una normativa che restituisca all'ospedale il ruolo che merita e che negli ultimi anni è stato irresponsabilmente impoverito.





PROPOSTE GENERALI

Sulla base di queste analisi sono state finora formulate proposte concrete di carattere generale che si basano essenzialmente su 6 fondamentali punti:

- 1 **UN SISTEMA EFFICIENTE**, efficace e tempestivo sull'attuazione da parte delle Regioni delle misure volte al recupero delle prestazioni, e la realizzazione da parte del Ministero della Salute di linee guida per le Regioni per il recupero delle prestazioni perse e per garantire il doppio registro del Ssn (Covid e non Covid) qualora il prossimo autunno-inverno dovesse ripartire il contagio.
- 2 **MODERNIZZAZIONE** anche strutturale degli Ospedali Italiani, la cui vita media per moltissime strutture ha ben superato ogni limite plausibile, rendendoli spesso inadeguati anche solo ad ospitare le nuove tecnologie.
- 3 **AMMODERNAMENTO** degli ospedali con l'acquisizione di nuove tecnologie già in parte previste nel piano di finanziamento del Pnrr ma di fatto pare soltanto riservate agli Irccs, ma invece da destinarsi al complesso dei grandi ospedali italiani.
- 4 **INVESTIMENTO** sulle discipline mediche e sul mondo delle professioni. Gli specialisti ospedalieri debbono gradualmente crescere di numero con l'obiettivo di raggiungere gli standard attualmente vigenti negli altri paesi europei e devono essere messi nelle condizioni di sviluppare a pieno le proprie professionalità. Deve essere considerato il valore strategico dell'elemento professionale come fattore produttivo e deve essere attentamente considerata la necessità di sviluppare le discipline mediche dal punto di vista scientifico, organizzativo ed operativo.



Deve essere considerato il valore strategico dell'elemento professionale come fattore produttivo e deve essere attentamente considerata la necessità di sviluppare le discipline mediche dal punto di vista scientifico, organizzativo ed operativo

ché la rifondazione negli ospedali delle infrastrutture dell'informazione e comunicazione (Ict), attualmente vecchie e di qualità molto scadente.

- 5 **OCCORRE RIPENSARE** l'attuale gestione monocratica delle aziende ospedaliere adottando una gestione partecipata cioè aperta alle ragioni della domanda ed a quelle della professione. L'Ospedale moderno per definizione è una realtà ad alta complessità e l'alta complessità non si governa in modo monocratico ma in modo partecipato, diffuso e decentrato e bisogna entrare nella logica più moderna di considerare le professioni e le discipline mediche come parte fondamentale della governance del sistema che non può prescindere quindi dal contributo diretto della dirigenza medica.
- 6 **IN BUONA SOSTANZA** si è assolutamente contrari alla concezione di Ospedale minimo "di prossimità" (definito nel Pnrr "ospedale di comunità", da realizzare ogni 160mila abitanti circa, per un totale di 381 strutture), e tantomeno alla loro gestione delegata agli infermieri; una concezione obsoleta, eccessivamente semplificante ma soprattutto inadeguata a far fronte alle tante e diverse complessità poste in essere dalle domande di salute della medicina moderna. L'ospedale, come servizio non è più disposto ad essere considerato al "minimo" delle sue possibilità ma deve essere rivalutato e riorganizzato ma anche ripensato e strutturato come funzionalmente operativo per corrispondere a tutte le esigenze, che se soddisfatte danno garanzia di raggiungimento dei migliori risultati di salute consentiti dallo sviluppo ed applicazione delle conoscenze scientifiche. È emersa quindi l'esigenza largamente condivisa di riformare profondamente il Dm 70 ed abbandonare tutte le politiche di deospedalizzazione che purtroppo hanno riguardato il settore negli ultimi 40 anni.

DETTAGLIO DEGLI INTERVENTI

Dai contributi prodotti, a parte i sei punti generali sopra menzionati, si riscontra la necessità di mettere mano ai seguenti provvedimenti più specifici:

■ **LA REVISIONE** del numero chiuso all'accesso delle Facoltà di Medicina, provvedimento intrapreso molti anni fa che ha portato alle conseguenze catastrofiche cui oggi assistiamo, revisione che presupporrà anche un adeguamento delle strutture universitarie e del numero dei docenti dedicati. Oltretutto dei 9-10mila laureati che ogni anno vengono sfornati dalle nostre Università, una percentuale consistente si trasferisce all'estero evidentemente perché giudica non pienamente soddisfacenti le condizioni di lavoro poste in essere nel nostro Paese, ed altrettanto succede con i giovani specialisti. Il fabbisogno di nuovi medici specialisti, anestesisti, intensivisti, internisti, cardiologi, oncologi, ematologi, reumatologi ed in generale specialisti di tutte le malattie croniche più rilevanti dovrà essere attentamente valutato secondo criteri minori e maggiormente aderenti alla reale situazione sanitaria del Paese. Nelle fasi iniziali il fabbisogno potrà essere con urgenza soddisfatto anche attraverso il reclutamento con contratti a tempo indeterminato derivanti in primis dall'utilizzo delle graduatorie ancora aperte dei concorsi pubblici già espletati e ove si renda necessario, anche attraverso procedure selettive di massima celerità. Dovrà essere previsto al fine di evitare carenze di questi specialisti in aree determinate del Paese il blocco temporaneo delle mobilità interregionali.

Viene visto con estremo favore l'introduzione di un numero, più consistente rispetto a quanto già previsto, di Borse di Studio per nuovi specializzandi soprattutto nelle specialità in particolare sofferenza di medici specialisti. Meno opportuno è parso l'aumento di borse di studio in alcune discipline, che in alcuni casi si ritiene eccedente i prossimi fabbisogni. Si esprimono invece forti perplessità sulle assunzioni di medici specializzandi - a maggior ragione nel caso di contratti di lavoro di tipo "libero professionale" - prima del termine del terzo anno di formazione nel caso di durata della scuola di specializzazione di 5 anni, come purtroppo è già avvenuto nei mesi scorsi a causa delle gravi carenze di specialisti in alcuni settori. Ciò sia per le inevitabili interferenze con l'iter formativo, sia per le ricadute sui livelli qualitativi delle prestazioni professionali ad essi assegnate, rese da questi specializzandi non ancora pienamente formati. In particolare per la carenza di Medici specialisti nei Pronto Soccorsi (problema che coinvolge specificatamente la formazione specialistica Meu) occorre urgentemente individuare ed adottare soluzioni dedicate e condivise che ne evitino l'ormai imminente collasso, nella speranza che sul versante dei fabbisogni Artid il problema delle carenze di specialisti non si aggravi altrettanto nell'immediato futuro.

L'aumento delle borse di specializzazione si avvia quindi finalmente da quest'anno a colmare, il

PROFESSIONE

Perché una raccomandazione sulle precesarizzate

- Per l'alto numero di donne con pregresso taglio cesareo nella popolazione di gravide italiane
- Per l'insufficiente possibilità di accesso delle donne precesarizzate al parto per via vaginale
- Per uniformare i comportamenti clinici
- Per migliorare lo standard dell'assistenza ostetrica
- Per ridurre l'incidenza delle complicanze dei tagli cesarei ripetuti
- Per aggiornare i professionisti che assistono le donne.



Raccomandazioni di buona pratica clinica sull'assistenza al parto nelle donne precesarizzate

Gianni Rodari sosteneva che: "Il processo creativo è insito nella natura umana ed è quindi, con tutto quel che ne consegue di felicità di esprimersi e di giocare di fantasia, alla portata di tutti..." Uno dei ruoli più importanti di chi assiste al parto è aiutare la creatività femminile a generare nel migliore dei modi possibili

I DATI CI SUGGERISCONO che la pianificazione di un parto vaginale è un'opzione appropriata, che dovrebbe essere offerta a tutte le gravide precesarizzate con gravidanza singola e feto cefalico e pregresso taglio cesareo con incisione trasversale a livello del segmento uterino inferiore, con o senza storia di un pregresso parto vaginale, purché non sussistano specifiche controindicazioni. Naturalmente è utile una selezione accurata delle gravide precesarizzate candidate al travaglio di parto, ma si deve tener presente che la tempestività nella diagnosi e nell'assistenza dell'équipe che assiste il parto della paziente precesarizzata è il punto di snodo in assoluto più importante per assistere queste donne. In altre parole, sebbene la selezione attenta delle pazienti sia utile, sono la preparazione e la tempestività assistenziale dell'équipe a consentire un'assistenza ottimale e sicura. Per questo la scelta di offrire il parto per via vaginale alle donne precesarizzate deve essere condivisa da tutta l'équipe ed è importante che sia supportata e consapevolmente sostenuta dal responsabile di sala parto e dal direttore di unità

operativa. Scegliere il tipo di parto dopo un precedente cesareo non significa soltanto interpretare le informazioni sul rischio. Sono complessi i fattori sociali, emozionali, organizzativi e pratici che influenzano orientamenti e preferenze. Per una corretta scelta della modalità del parto, in una donna con pregressa isterotomia è importante disporre di personale esperto, dedicato e formato, che sia in grado di consigliare e tutelare la capacità di scelta della donna. L'attualità di questa tematica in ambito ostetrico è cogente. I dati italiani rendono evidente un'ampia area di fabbisogno culturale da colmare con informazioni certificate e validate dalla letteratura internazionale. Inoltre, si delineano sempre meglio gli effetti negativi dei tagli cesarei ripetuti sulle gravidanze successive, quali la placenta previa e quella accreta. L'alta percentuale di tagli cesarei, pari al 32%, rilevata nel 2017 (dati CeDAP: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2931_allegato.pdf) in Italia, insieme alla bassa proporzione di parto vaginale dopo taglio cesareo pari al 12,6% nel 2015, rende conto dell'alto tasso di problemi placenta-

ri registrato in Italia dal progetto ItOSS sui near miss emorragici (0,84/1.000 parti). I tassi rilevati nel Regno Unito, nei Paesi Bassi e nel Nord Europa dove la percentuale di cesarei è inferiore alla nostra e il ricorso al parto vaginale dopo il cesareo è pari al 60-70% risultano notevolmente inferiori (0,17-0,46/1.000 parti) (Fonte Epicentro Iss) (<https://www.epicentro.iss.it/itoss/pdf/12gen2018/Donati%20NM%20definitiva.pdf>)

Diverse Società scientifiche internazionali (Nice, Rcoc, Acog, Sogc, Ranzcog ecc.) hanno elaborato, in questi ultimi anni, linee guida/documenti di consenso/raccomandazioni in merito all'assistenza della paziente precesarizzata, tuttavia, mancava un documento italiano specifico ed esauritivo. La raccomandazione in pubblicazione fornisce, ai clinici e alle donne, una sintesi dell'evidenza internazionale su questo argomento. L'obiettivo è orientare le donne alla scelta più corretta in base alla loro anamnesi, al loro vissuto e al loro desiderio, aiutarle a esprimere al meglio la loro creatività.

Le linee guida/raccomandazioni delle principali Società Scientifiche internazionali concordano che qualunque sia la scelta terapeutica (parto vaginale o taglio cesareo elettivo iterativo) non esiste un'opzione esente da rischi per la donna e per il neonato. Partorire per via per vaginale in una paziente precesarizzata rappresenta un'importante sfida per la donna e per l'équipe che la assiste. In caso di riuscita il premio è alto, perché sappiamo che nascere per via vaginale dopo un travaglio spontaneo o indotto, ha una serie di vantaggi importanti, che condizioneranno l'intera vita del neonato fino all'età adulta. Infatti, i nati da parto vaginale soffriranno meno di asma, diabete mellito, di alcune neoplasie, di obesità, allergie, coliti, gastroenteriti, artriti, sindromi metaboliche ecc. e saranno ricoverati di meno nei primi cinque anni di vita. Tanti sono anche i vantaggi per la donna, quali una riduzione dei tassi di morte materna, morbosità materna compo-



ANTONIO RAGUSA
Ospedale Fatebenefratelli,
Isola Tiberina, Roma



DENISE RINALDO
Asst Bergamo Est-Seriata

Check list per la consulenza alla paziente precesarizzata sulla modalità di parto

Scelta della modalità del parto dopo taglio cesareo

Probabilità di	Discusso		
Successo VBAC (un precedente TC, nessun precedente parto vaginale)	3 casi su 4 (72-75%)	<input type="checkbox"/>	
Successo VBAC (un precedente TC, almeno un parto vaginale precedente)	9 casi su 10 (85-90%)	<input type="checkbox"/>	
VBAC meno probabile se: travaglio indotto, nessun precedente parto vaginale, indice di massa corporea (BMI) > di 30 e precedente TC per distocia. In presenza di tutti questi fattori, la probabilità di parto dopo TC è del 40%		<input type="checkbox"/>	
Probabilità di complicanze materne	VBAC	ERCS	
Rottura d'utero	5 su 1.000 (0,5%)	< 2 su 10.000 (< 0,02%)	<input type="checkbox"/>
Trasfusione	2 su 100 (2%)	1 su 100 (1%)	<input type="checkbox"/>
Endometrite	Ns	ns	<input type="checkbox"/>
Complicanze in gravidanze future	nessuna	Maggior probabilità di placenta previa/placentazioni anomale	<input type="checkbox"/>
Mortalità materna	4 su 100,000 (0,004%)	13 su 100,000 (0,013%)	<input type="checkbox"/>
Probabilità di complicanze feto/neonatali	VBAC	ERCS	
Morbilità respiratoria transitoria	2-3 su 100 (2-3%)	4-6 su 100 (4-6%) Rischio ridotto con i corticosteroidi	<input type="checkbox"/>
Morte endouterina oltre la 39a sett	10 su 10,000 (0,1%)	Non applicabile	<input type="checkbox"/>
Encefalopatia ipossico-ischemica	8 su 10,000 (0,08%)	< 1 su 10,000 (< 0,01%)	<input type="checkbox"/>
Consegna foglio informativo:	VBAC	ERCS	altro
Discussi:			
- monitoraggio cardiocografico continuo dall'inizio dell'attività contrattile regolare			<input type="checkbox"/>
- assistenza in sala travaglio-parto			<input type="checkbox"/>
- necessità di accesso venoso in travaglio			<input type="checkbox"/>
Commenti:			

ta, isterectomia post partum, embolia da liquido amniotico e una riduzione delle conseguenze a lungo termine sulla salute materna come ad esempio la placentazione anomala, rischio che tende a crescere con il numero dei tagli cesarei. D'altro canto, il travaglio di parto nelle donne precesarizzate è associato ad un aumentato rischio di rottura d'utero, rara emergenza ostetrica non prevedibile né prevenibile, ad alto rischio di morbosità e mortalità materno-neonatale, con un'incidenza riportata in letteratura dello 0,5%. Per questo un punto nascita che decida di assistere elettricamente il travaglio di parto nelle donne precesarizzate, deve avere immediata disponibilità delle risorse necessarie per effettuare un taglio cesareo d'emergenza in modo da ridurre al minimo i tempi necessari al ricorso alla laparotomia in emergenza. Le evidenze di letteratura sono concordi nel ritenere che i benefici di un parto vaginale dopo un taglio cesareo trasversale sul segmento uterino inferiore siano superiori ai rischi. I rischi maggiori di esiti avversi si verificano nei travagli di parto falliti con conseguente taglio cesareo di urgenza/emergenza.

L'intento di questa raccomandazione è quello di rendere accessibile a tutti le norme di buona pratica clinica, adattate alla realtà italiana e basate sulle evidenze disponibili nella letteratura internazionale. Gli estensori hanno valutato tutti gli aspetti relativi alla scelta della modalità di parto, all'assistenza in travaglio e alle caratteristiche che una struttura deve avere per assistere questo gruppo di pazienti. È stata trattata in maniera estesa anche l'assistenza alle pazienti con una miomectomia in anamnesi, in quanto la modalità di parto in questo gruppo di pazienti non è trattata in nessuna linea guida internazionale. Siamo particolarmente orgogliosi di questo poiché, come detto, non sono disponibili autorevoli raccomandazioni relative alle donne miomectomizzate neppure in altre lingue.

Il testo, basato sulle evidenze della letteratura, è rivolto a tutti: ai professionisti che lavorano in sala parto e che si occupano dell'assistenza alle donne con pregresso taglio cesareo o miomectomia, alle donne e ai responsabili istituzionali. L'intento è quello di essere uno strumento utile e un riferimento nazionale. Il lettore attento troverà tutte le indicazioni e le modalità per scegliere la migliore via del parto (parto vaginale o taglio cesareo elettivo iterativo) per la paziente specifica e le conseguenti modalità opportune di assistenza al travaglio e al parto. Il lettore attento troverà nel documento tutte le indicazioni e le modalità per aiutare le donne precesarizzate/miomectomizzate e le modalità opportune di assistenza al loro travaglio e al parto.

Nella Raccomandazione sono trattati:

- La programmazione dell'assistenza prenatale suddivisa nei tre trimestri
- I criteri di eleggibilità per pianificare un parto, i fattori che influenzano la probabilità di successo e i fattori associati ad un rischio aumentato di rottura d'utero
- La consulenza prenatale, con indicazioni che possono aiutare i clinici nello scegliere con la donna la via del parto più appropriata, anche attraverso l'utilizzo di schede grafiche, checklist e tabelle, che rappresentano graficamente i rischi/benefici delle due modalità di parto

I numeri in Italia

NEL 2019 le donne che in gravidanza presentavano in anamnesi un pregresso taglio cesareo (classe 5 di Robson), rappresentavano il 12,9% dell'intera popolazione di gestanti. Nello stesso anno il 34,8% (43929 tagli cesarei) sul totale dei tagli cesarei è stato effettuato nella classe V, che quindi ha un peso rilevante e contribuisce molto in valore assoluto al totale dei parti cesarei. La proporzione di parti vaginali in donne che hanno già partorito con taglio cesareo è uno degli indicatori della qualità dell'assistenza offerta alle donne, questa percentuale è bassa in Italia, soprattutto se paragonata a quella dei paesi del Regno Unito e del

nord Europa. Tuttavia, nel tempo c'è stato un incremento della possibilità per le donne italiane di accedere al parto vaginale: secondo il rapporto CeDAP si è passati dal 5,5% del 2012 al 10,5% del 2019. Come spesso accade per le scelte influenzate da fattori culturali complessi, come la via del parto, anche in questo caso è presente un'ampia variabilità tra le Regioni e all'interno delle Regioni stesse (deviazione standard elevata) le Regioni con un basso tasso di accesso al parto vaginale presentano pertanto un ampio margine di miglioramento assistenziale.

per facilitare il counselling e renderlo più efficace

- La gestione intrapartum della paziente, con particolare riguardo al monitoraggio del benessere materno-fetale, alla gestione della distocia, fattore di rischio per rottura d'utero, con un focus sulla gestione del dolore e del ruolo dell'analgia peridurale
- Le modalità di induzione e accelerazione del travaglio, con valutazione delle probabilità di successo e dei rischi connessi con le diverse metodiche
- Le caratteristiche che deve avere il punto na-

scita che assiste le precesarizzate

- La cura in speciali circostanze, come la sospetta macrosomia fetale, l'obesità o altre condizioni patologiche materne, in base alle evidenze della letteratura
- La diagnosi di rottura d'utero e la sua gestione chirurgica, con l'attivazione multidisciplinare dell'équipe di sala parto
- La gestione del travaglio di parto nelle donne con pregressa miomectomia.
- Il lettore troverà anche numerosi allegati, come esempio riportiamo qui (Cfr la figura)

Leggendo le raccomandazioni avrete la risposta alla annosa domanda se la consulenza prenatale è veramente utile, chi deve farla e quali tecniche comunicative e visuali utilizzare. Scoprirete anche il vero significato della famosa frase "... onces a caesarian, always a caesarian", scritta da Edwin Bradford Cragin sul numero 1 del volume 104 del New York Medical Journal, conoscerete chi effettuò, il 25 luglio 1826 a Cape Town in Sudafrica, uno dei primi cesarei coronati da successo (il nuovo nato visse per ben 78 anni) e scoprirete anche che, contrariamente alle apparenze, il chirurgo non era un uomo... e tante altre meravigliose curiosità e informazioni, che vi aiuteranno ad essere maggiormente efficaci nella comunicazione e nell'aiuto che potrete donare a queste donne. Il gruppo di lavoro e i collaboratori sono stati meravigliosi, avendo donato gratuitamente un po' del loro sapere e del loro prezioso tempo a noi tutti, i ginecologi e le ostetriche italiane li ringraziano per questo.

PROFESSIONE



CHE COS'È SLOW MEDICINE

SLOW MEDICINE (SM)^{1,2} è una associazione di professionisti e di cittadini fondata in Italia nel 2011, che promuove una medicina sobria, rispettosa e giusta. *Sobria*, perché agisce con moderazione, gradualità e senza sprechi e riconosce che in medicina non sempre fare di più significa fare meglio; *rispettosa*, perché è attenta alla dignità della persona e al rispetto dei suoi valori; *giusta*, perché impegnata a garantire cure appropriate e di buona qualità per tutti.

VA PRECISATO CHE il termine "slow" non è sinonimo di medicina lenta, ma richiama il concetto di medicina riflessiva, ponderata, che lascia il tempo al pensiero, al ragionamento e al giudizio. "Slow" non si riferisce alla lentezza misurata attraverso il trascorrere del tempo, si tratta di un concetto qualitativo non quantitativo.

Affrontare la vita, oltre che la salute, in modo slow è un accorgimento che ci può aiutare ad acuire la percezione di ciò che ci circonda, comprendere l'interdipendenza degli eventi, cogliere le opportunità del momento e riflettere sui significati delle nostre azioni senza farci sopraffare dall'ansia del tempo che ci sfugge e dalla inderogabile necessità di dover fare in fretta sempre più cose.

SM, inoltre, raccomanda di affiancare all'approccio biomedico, centrato sugli aspetti biologici della malattia, sulla specializzazione e sulla tecnologia, una visione sistemica dei problemi caratterizzata dall'interdisciplinarietà, dalla pluralità dei linguaggi, dall'integrazione dei saperi delle scienze biologiche, umanistiche e sociali. Un approccio che richiede una profonda trasformazione nelle modalità di organizzazione e di gestione delle cure.

FIN DAL PRIMO WORKSHOP tenuto nel castello di Ferrara nel giugno 2011, SM ha individuato tra i principali obiettivi della cura del paziente acuto e cronico quello di migliorare l'appropriatezza clinica, riducendo in particolare il sovra-utilizzo di prestazioni diagnostiche e terapeutiche e restituendo valore alla visita del paziente, all'esame obiettivo, alla raccolta dell'anamnesi e al suo ascolto.



CLAUDIO CRESCINI
Vicepresidente Aogoi



SANDRA VENERO
Presidente Slow Medicine



ANTONIO BONALDI
Past president Slow Medicine

Slow Medicine e il progetto Choosing Wisely

Anche in ostetricia fare di più non significa fare meglio

Choosing Wisely Italy - Fare di più non significa fare meglio

Il primo e più impegnativo progetto di Slow Medicine, reso operativo nel 2012, è stato "Fare di più non significa fare meglio - Choosing Wisely Italy"^{3,4}, che ha dato l'avvio, nel nostro Paese, alla costituzione di una rete di società medico-scientifiche e di associazioni professionali impegnate nell'individuazione e nella pubblicizzazione di raccomandazioni relative a pratiche professionali "a rischio di inappropriatazza" (Top five). Vale a dire di pratiche di uso corrente, spesso non necessarie e talvolta dannose, delle quali i professionisti ed i loro pazienti devono parlare, per giungere a scelte informate e consapevoli. Si tratta di esami, trattamenti e procedure che:

- sono effettuati molto comunemente in Italia;
- non apportano benefici significativi, secondo prove scientifiche di efficacia, alle principali categorie di pazienti ai quali vengono generalmente prescritti;
- possono esporre i pazienti al rischio di subire effetti dannosi.

Come è infatti emerso con sempre maggior chiarezza dalla letteratura scientifica⁵, la prescrizione di esami diagnostici e di trattamenti inutili non rappresenta solo uno spreco, ma si configura come un vero e proprio errore clinico che può dan-

neggiare i pazienti. Ciò a causa dell'esposizione a radiazioni ionizzanti, delle complicanze associate alle procedure invasive e degli effetti collaterali dei farmaci, ma anche in relazione ai problemi correlati alla sovradiagnosi⁶. Un fenomeno ampiamente descritto in letteratura che consiste nell'individuazione di patologie che non si sarebbero mai manifestate ma che a causa del loro riconoscimento devono essere trattate, esponendo inutilmente i pazienti agli effetti collaterali delle cure.

Si aggiungono poi i danni all'ambiente e all'ecosistema. Il settore sanitario contribuisce per il 4-5% alla produzione totale di gas serra e tra le principali misure da adottare per il loro contenimento, Oms e Ocse hanno indicato proprio la riduzione dell'*overuse* di prestazioni sanitarie.

Spetta dunque ai medici e agli altri professionisti affrontare in prima persona la questione dell'appropriatezza clinica nelle sue diverse componenti. Il progetto ha preso lo spunto dal movimento statunitense "Choosing Wisely (CW)"^{7,8}, promosso nello stesso anno dalla Fondazione dei medici internisti statunitensi ("ABIM Foundation") e dalla rivista per i cittadini "Consumer report". Negli anni successivi anche in altri Paesi del mondo sono nati movimenti con finalità analoghe: si è costituita così la rete CW International, coordinata dal Canada, che ha organizzato ogni anno,

DIGIUNO DURANTE IL TRAVAGLIO DI PARTO

Pratica indicata a rischio di inappropriatazza dall'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

Tradizionalmente durante il travaglio di parto alle donne non è consentito assumere liquidi né alimenti e viene loro indicato il digiuno e proibito di bere. Oltre a provocare un disagio, il rischio di questa pratica è anche quello di non sostenere adeguatamente l'organismo in un momento in cui le richieste energetiche sono intense per il travaglio in corso. In donne a basso rischio di complicazioni non ci sono prove sufficienti per dare raccomandazioni rispetto alla nutrizione. In questi casi, se la donna lo richiede ed è in grado di assumerli, può prendere liquidi, come acqua, succo di mela, tè, caffè, o alimenti leggeri, come ghiaccioli, marmellate, gelatine di frutta e gelato alla frutta.

CAPIAMO INSIEME PERCHÉ

L'indicazione all'astensione da alimenti solidi e liquidi durante il travaglio trova spiegazione nel rischio della sindrome di Mendelson, una polmonite di origine chimica causata dall'aspirazione del succo gastrico durante un'anestesia generale, a seguito della soppressione del riflesso faringeo. Il conseguente danno polmonare grave può causare anche la morte. Nello specifico nella donna in gravidanza gli ormoni gravidici portano a un rallentamento nello svuotamento dello stomaco, ponendola

particolarmente a rischio nei confronti di questa sindrome nel caso che sia necessario ricorrere a un'anestesia generale. Tuttavia, dagli anni in cui è stata descritta la sindrome a oggi le pratiche anestesologiche in ostetricia sono molto cambiate: di solito viene utilizzata l'anestesia peridurale o spinale, mentre è raro l'uso di una anestesia generale. Ci sono inoltre farmaci per il controllo dello svuotamento dello stomaco e tecniche di protezione delle vie aeree. Gli studi che hanno confrontato i casi in

cui era applicata la restrizione rispetto all'alimentazione non hanno evidenziato differenze negli esiti neonatali, né sono emersi effetti dannosi che giustificano il divieto assoluto di bere e mangiare. In una revisione sugli studi clinici sulla restrizione di liquidi e solidi durante il travaglio gli autori hanno concluso che per le donne a basso rischio di complicazioni (rischio basso di dover ricorrere ad anestesia) le prove non mostrano beneficio o danno e che non vi è giustificazione a questa indicazione. Naturalmente non sempre la donna in travaglio desidera assumere alimenti o liquidi in quanto talvolta è presente nausea e vomito. In questi casi l'alimentazione avverrà subito dopo il parto.

PERCHÉ SERVE ALIMENTARSI

Le contrazioni uterine, il dolore, la perdita di liquidi collegata alla sudorazione e al respiro affannoso durante il travaglio di parto comportano un alto dispendio energetico da parte dell'organismo. Inoltre un digiuno prolungato può essere causa di chetosi (l'organismo produce energia bruciando i grassi) e i succhi gastrici possono diventare maggiormente pericolosi in caso di inalazione. Il digiuno può avere effetti anche a livello psicologico sul benessere della donna e diventare possibile fonte di disagio e sofferenza. Per tutti questi motivi impedire l'assunzione di alimenti e liquidi rischia di essere una pratica inappropriata.

Progetto "Fare di più non significa fare meglio"
www.slowmedicine.it
www.choosingwiselyitaly.org
www.altroconsumo.it

ALIMENTAZIONE IN GRAVIDANZA: I CONSIGLI DI ALTROCONSUMO



La donna durante la gravidanza non deve "mangiare per due": l'aumento del fabbisogno calorico quotidiano è di circa 300 calorie (l'equivalente di cappuccino e brioches).

Vanno incluse nell'alimentazione quotidiana abbondanti quantità di frutta e verdura (da lavare accuratamente prima del consumo), che sono anche un'ottima fonte di fibre, insieme a cereali integrali, carboidrati complessi (come pasta, pane e riso), pesce, carne e legumi per un corretto apporto di proteine, e poi latte, formaggio e yogurt. Le barbabietole sono la fonte più ricca di ferro. Il condimento da preferire è l'olio extravergine di oliva.

No ai formaggi a pasta molle a base di latte crudo, con muffe (camembert, brie) e a quelli con venature blu; evitare anche carne cruda e insaccati, frutti di mare crudi, patè, fegato e i suoi derivati.

Limitare dolci e zucchero. Non superare le tre tazzine di caffè al giorno, eliminare superalcolici e fumo. Via libera invece a un bicchiere di vino al pasto principale.

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e donne dovrebbero parlare Cinque raccomandazioni dell'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (AOGOI)

1	<p>Non clampare precocemente (prima di un minuto) il cordone ombelicale (CO).</p> <p>Il clampaggio tardivo del CO (2-3 minuti dopo la nascita) favorisce il passaggio di sangue dalla placenta al feto prevenendo l'anemia e rinforzando le scorte di ferro del neonato, riduce inoltre il rischio di colite necrotizzante. Il clampaggio tardivo risulta vantaggioso anche per i neonati ad alta prematurità (meno di 32 settimane e ne riduce la mortalità).</p> <p>Sulla base dei dati scientifici oggi disponibili non c'è alcuna differenza tra ritardato clampaggio e spremitura del cordone (milking) sugli esiti neonatali. L'unico effetto avverso neonatale segnalato, ma non da tutti gli autori confermato, è il possibile lieve aumento del rischio di iperbilirubinemia che richiede la fototerapia. I complessi effetti sul sistema cardiovascolare neonatale del precoce clampaggio del CO a sostegno del ritardo sono analiticamente descritti nel documento congiunto SIN-SIMP-FNOC a cui AOGOI ha partecipato in qualità di revisore.</p>
2	<p>Non eseguire l'episiotomia di routine, ma solo quando sussistono precise indicazioni cliniche.</p> <p>L'episiotomia veniva eseguita allo scopo di evitare il prolasso genitale, l'incontinenza urinaria e le lacerazioni perineali. Tuttavia studi recenti hanno dimostrato che l'episiotomia eseguita di routine comporta numerosi effetti avversi tra i quali: estensione imprevedibile dell'incisione chirurgica verso l'ano o il retto, restringimento dell'introito vaginale, eccessiva perdita ematica, edema, dolore, infezione, diastasi e dispareunia.</p> <p>L'episiotomia può essere indicata in caso di parto operativo vaginale (ventosa o forcipe), quando è necessario accelerare l'espulsione del feto in presenza di distress fetale e quando sono necessarie manovre invasive per risolvere una distocia di spalle.</p> <p>In ogni caso non si deve procedere all'esecuzione di episiotomie mediane perché comportano un maggior rischio di estensione al retto.</p>
3	<p>Non procedere all'induzione del travaglio di parto prima di 39 settimane + 0 giorni se non vi sono appropriate indicazioni materne o fetali.</p> <p>L'induzione del parto medicalizza un evento fisiologico e può causare alcuni effetti avversi tra cui l'allungamento della fase latente del travaglio e l'aumento della perdita ematica. Pertanto l'induzione è indicata solo quando il proseguimento della gravidanza può comportare un reale pericolo per il feto o per la madre. L'induzione a termine non aumenta il rischio di taglio cesareo.</p> <p>In caso di gravidanza protratta l'induzione non deve essere proposta prima di 41 settimane+ 3 giorni bensì entro 42 settimane + 0 giorni (3) o nella gravidanza a termine per oligodramnios isolato, se AFI (Amniotic Fluid Index) inferiore a 50 mm o tasca massima inferiore a 20 mm, dopo idratazione orale con 2000 ml.</p>
4	<p>Non programmare il taglio cesareo (TC) di routine (iterativo) in tutte le gravide con un pregresso taglio cesareo.</p> <p>La regola generale "una volta cesareo sempre cesareo" non ha basi scientifiche. Le società scientifiche consigliano l'ammissione al travaglio delle gravide con pregresso taglio cesareo che non abbiano controindicazioni e nei punti nascita in cui sia eseguibile un cesareo di emergenza.</p> <p>Il travaglio di parto espone la gravida con pregresso TC ad un piccolo rischio di rottura d'utero nella sede della cicatrice uterina (questo rischio è stimato in circa 47 casi su 10.000). La mortalità neonatale conseguente alla rottura d'utero è un evento eccezionale nei centri di riferimento (1 caso su 10.000) mentre nei punti nascita non adeguatamente attrezzati può raggiungere 1.000-2.500 casi su 10.000. Le donne precesarizzate che sono ammesse al travaglio di parto hanno un rischio di mortalità minore (3-4:100.000) rispetto alle donne che sono sottoposte a cesareo programmato (13.4:100.000). Il TC iterativo è associato a maggior perdita ematica, maggior rischio di complicanze chirurgiche ed anomalie della placentazione nelle future gravidanze.</p> <p>Sostanzialmente gli studi disponibili ritengono che sia vantaggioso ammettere al parto vaginale le donne precesarizzate a condizione che vengano rispettati i criteri di selezione e che il punto nascita sia attrezzato per affrontare in sicurezza un TC in emergenza.</p>
5	<p>Non obbligare al digiuno e non proibire l'assunzione di liquidi alle donne in travaglio.</p> <p>Tradizionalmente durante il travaglio di parto non è consentito assumere liquidi o alimenti in quanto si ritiene che in caso di ricorso all'anestesia generale il contenuto gastrico possa aumentare il rischio di sindrome di Mendelson (polmonite chimica causata da aspirazione di succo gastrico durante l'anestesia), la cui incidenza in corso di TC è stimata in 15:10.000. Gli Studi Clinici Randomizzati (RTC) che hanno confrontato restrizione vs alimentazione non hanno evidenziato differenze negli esiti neonatali, né sono emersi effetti dannosi, compresa la Sindrome di Mendelson, che giustificano tale restrizione.</p> <p>Anche l'assunzione di una quantità di carboidrati pari a 10 cucchiari di zucchero non ha effetti negativi. Pertanto, soprattutto per le donne a basso rischio di complicanze ostetriche, non vi è alcun valido motivo di mantenerle a digiuno durante il travaglio.</p>

Attenzione: le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del medico. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica, è necessario rivolgersi al medico curante.

Ottobre 2019

L'OMS nell'anno 2018 ha pubblicato le 56 Raccomandazioni affinché l'evento nascita sia una esperienza positiva e non solo sicura per madre e neonato. Tra queste 56 raccomandazioni abbiamo iniziato ad analizzare quelle che più urgentemente crediamo siano da implementare e consolidare nella pratica ostetrica italiana. Abbiamo quindi sottoposto ad un gruppo di medici ostetrici la richiesta di indicare le prime cinque, di una successiva serie, raccomandazioni relative alle cose da non fare nell'assistenza alla nascita perché non supportate da prove di efficacia.

Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none"> Rabe H et al Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcome. Cochrane Database of Syst Rev. 2012 (8) Backes CH et al Placental transfusion strategies in very preterm neonates. Obstet Gynecol 2014; (124): 47-56 Krueger MS et al Delayed cord clamping with and without cord stripping: a prospective randomized trial of preterm neonates. Am J Obstet Gynecol. 2015;212(3):394 McDonald SJ et al Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2013 (7) Documento congiunto SIN-SIMP-FNOC (a cui AOGOI ha partecipato in qualità di revisore): Raccomandazioni italiane per la gestione del clampaggio ed il milking del cordone ombelicale nel neonato a termine e pretermine. 2016
2	<ol style="list-style-type: none"> Cochrane Library Jiang H, Qian X, Caroli G, Garner P Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth (Review) 2017. Wood S et al. Does induction of labour increase the risk of caesarean section? A systematic review and meta-analysis of trials in women with intact membranes. BJOG. 2014;121:674-685. Induction of labor : Evidence based Clinical Guideline N 9 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists July 2008. Rossi AC et al. Perinatal outcome of isolated oligohydramnios at term and post term pregnancy: a systematic review of literature with meta-analysis. J Obstet Gynecol Reprod Biol 2013 169(2):149-54.
3	<ol style="list-style-type: none"> Vrouenaets FP et al. Bishop score and risk of caesarean delivery after induction of labour in nulliparous women. Obstet. Gynecol 2005;105:690-697. Wood S et al. Does induction of labour increase the risk of caesarean section? A systematic review and meta-analysis of trials in women with intact membranes. BJOG. 2014;121:674-685. Induction of labor : Evidence based Clinical Guideline N 9 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists July 2008. Rossi AC et al. Perinatal outcome of isolated oligohydramnios at term and post term pregnancy: a systematic review of literature with meta-analysis. J Obstet Gynecol Reprod Biol 2013 169(2):149-54.
4	<ol style="list-style-type: none"> American College of Obstetricians and Gynecologists ACOG Practice Bulletin No. 115 Vaginal birth after previous cesarean. Obstet Gynecol 2010 Royal College of Obstetricians & Gynaecologists Birth After Previous Caesarean Birth. Green-top Guideline No. 45, October 2015 Landon MB et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. N Engl J Med 2004; 351: 2581-2589
5	<ol style="list-style-type: none"> Practice guidelines for obstetrical anesthesia. A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetrical Anesthesia. Anesthesiology 1999;90:600-611 Singata M. et al. Restricting oral fluid and food intake during labour. Cochrane Database Syst Rev 2013 Scheepers HCJ et al. A double-blind, placebo controlled study on the influence of carbohydrate solution intake during labor. BJOG. 2002;109:178-182

Slow Medicine, rete di professionisti e cittadini per una cura sobria, rispettosa e giusta, ha lanciato in Italia nel dicembre 2012 il progetto "Fare di più non significa fare meglio - Choosing Wisely Italy" in analogia all'iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. Il progetto ha l'obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriatezza in Italia, per giungere a scelte informate e condivise. Il progetto italiano è inserito nel movimento Choosing Wisely International. Sono partner del progetto: FNOMCeO, FNOPI, ASI, SNR, ARS Toscana, Partecipasalute, Altroconsumo, Federazione per il Sociale e la Sanità della prov. aut. di Bolzano, Zadig. Per ulteriori dettagli: www.choosingwiselyitaly.org; www.slowmedicine.it

AOGOI (Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani) è l'associazione scientifica che raccoglie la maggioranza degli ostetrici ospedalieri, della ospedalità privata, del territorio e liberi professionisti italiani. I soci sono circa 5.000 e ogni regione italiana è rappresentata da una sezione regionale. Lo scopo dell'associazione è quello di promuovere la crescita professionale dei soci, la produzione scientifica, la redazione di linee guida e raccomandazioni, di organizzare meeting e congressi regionali e nazionali, di produrre testi e riviste di aggiornamento ed inoltre di supportare con tutti i mezzi disponibili non solo i propri soci ma tutto il mondo ostetrico italiano nell'attività clinica quotidiana perché l'evento nascita sia non solo sicuro ma anche un'esperienza positiva.

BIBLIOGRAFIA

- Bonaldi A, Vernero S. Slow Medicine: un nuovo paradigma in medicina. Recenti Prog Med 2015; 106: 85-91.
- Home - Slow Medicine
- Vernero S. Slow Medicine e il progetto Fare di più non significa fare meglio. Il radiologo 2013; 1:41-43.
- Choosing Wisely Italia - Fare di più non significa fare meglio (choosingwiselyitaly.org)
- Grady D, Redberg R.F. Less Is More. How Less Health Care Can Result in Better Health. Arch Int Med 2010; 170: 749-750.
- Welch HW, Schwatz LM, Woloshin S. Sovradiagnosi. Come gli sforzi per migliorare la salute possono renderci malati. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2014.
- Cassel CK, Guest JA. Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. JAMA 2012; 307:1801-
- Choosing Wisely
- Bobbio M, Vernero S. Choosing Wisely, the reason for its success. Monaldi Archives for Chest Disease 2019; 89:1104.
- <https://snlg.iss.it/?p=123>
- <https://www.dynamed.com/quality-improvement/choosing-wisely-italy>
- <https://choosingwiselyitaly.org/raccomandazioni-cittadini/>
- <https://choosingwiselyitaly.org/societa/aogoi/>
- <https://choosingwiselyitaly.org/raccomandazione-citt/taglio-cesareo-di-routine-dopo-il-primo/>
- <https://choosingwiselyitaly.org/raccomandazione-citt/digiuno-durante-il-travaglio-di-parto/>

SEGUE

dal 2014 in poi, incontri internazionali a cui Slow Medicine ha sempre partecipato. Il movimento CW è oggi attivo e presente in 25 paesi del mondo, su 5 continenti. Come quello statunitense, anche il movimento italiano ha visto la partecipazione di numerose società scientifiche: a tutt'oggi, le società scientifiche e le associazioni professionali di medici, infermieri, farmacisti e fisioterapisti entrano a far parte della sua rete e sono circa 50 e le raccoman-

dazioni definite sono 265⁹. Si sono associati come partner del progetto: Fnomceo, Fnopi, Asi, Snr, l'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, Partecipasalute, Altroconsumo, la Federazione per il Sociale e la Sanità della provincia autonoma di Bolzano, Zadig. Oltre che nel sito CW Italy e nella App, le raccomandazioni CW Italy sono pubblicate tra le Buone Pratiche clinico-assistenziali nel Sistema Nazionale Linee Guida-Snlg dell'Istituto Superiore

di Sanità¹⁰ e, nella versione inglese, nel supporto decisionale internazionale per medici DynaMed¹¹. La collaborazione con Altroconsumo ha permesso di mettere a punto circa 30 schede informative per i cittadini redatte a partire dalle raccomandazioni in collaborazione con i professionisti¹². Ora la maggiore sfida è rappresentata dalla diffusione e dall'implementazione delle raccomandazioni.

“
La prescrizione di esami diagnostici e di trattamenti inutili non rappresenta solo uno spreco, ma si configura come un vero e proprio errore clinico che può danneggiare i pazienti

TAGLIO CESAREO DI ROUTINE DOPO IL PRIMO

Pratica indicata a rischio di inappropriatezza dall'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

In Italia una donna su tre partorisce con taglio cesareo, con una notevole variabilità tra le regioni (dal 20 per cento in Valle d'Aosta al 56 per cento in Campania). Nel complesso il nostro paese ha uno dei tassi di parto con taglio cesareo più alti d'Europa, specialmente se confrontato con quello dei paesi del Nord, come Islanda, Finlandia, Svezia e Norvegia, dove viene alla luce con un cesareo solo il 15-17 per cento dei nati vivi. In particolare, la stragrande maggioranza delle donne che hanno già avuto un cesareo è sottoposta a un altro cesareo alla gravidanza successiva. Se prendiamo in considerazione solo i parti in donne che avevano avuto un precedente taglio cesareo, in Italia la percentuale di parti vaginali, nel 2016, è stata appena del 12,7 per cento in media tra punti nascita pubblici (13,8 per cento) e case di cura private accreditate (7,7 per cento). Quella del cesareo da ripetere, che molti sono convinti essere una regola, non ha però in realtà basi scientifiche. Si tratta di una pratica a rischio di inappropriatezza: in assenza di controindicazioni specifiche, le società scientifiche consigliano per chi ha già avuto un cesareo la possibilità di fare il travaglio (e quindi il parto naturale), con l'importante raccomandazione che siano assistite nei punti nascita in cui sia eseguibile un cesareo di emergenza.

CAPIAMO INSIEME PERCHÉ
Come tutti gli interventi chirurgici, seppure sicuro nell'agran parte dei casi, il taglio cesareo può avere complicanze a breve e lungo termine maggiori rispetto al parto per via vaginale sia sulla mamma sia sul bambino. Rappresenta un evento più invasivo e complesso rispetto al parto vaginale e studi scientifici indicano che tagli cesarei ripetuti aumentano i rischi per la salute della donna. La degenza in ospedale è più lunga, aumenta il tempo richiesto per tornare alla vita



quotidiana, la perdita di sangue è maggiore. Inoltre possono presentarsi più dolori e stanchezza, può esserci un rischio di infezioni della ferita e di tromboembolia, maggiori difficoltà nell'allattamento al seno e nelle gravidanze successive. Vi sono poi indicazioni sui possibili svantaggi per la salute del bambino collegati al cesareo. Il taglio cesareo ripetuto è associato a maggior rischio di complicanze e anomalie della formazione della placenta nelle gravidanze future.

QUANDO DEVE ESSERE CONSIDERATO
Il taglio cesareo oggi è indispensabile nelle donne che hanno già avuto un cesareo quando il parto vaginale presenta rischi superiori a quelli di un cesareo ripetuto.
➤ Se non c'è la possibilità di effettuare un eventuale cesareo in emergenza.
➤ Se la placenta è previa.
➤ Se c'è stata una pregressa rottura dell'utero o incisioni e cicatrici uterine, per interventi ginecologici come l'asportazione di un fibroma, o se la paziente ha avuto tre o più tagli cesarei precedenti. Se si sono avuti due tagli cesarei precedenti, l'accesso al parto per via vaginale richiede un'attenta valutazione dei rischi.
➤ Molti sono i fattori da prendere in considerazione con il ginecologo curante tra cui: il tempo passato dal precedente cesareo, l'età della donna e il suo peso, l'età gestazionale, la storia delle gravidanze precedenti, il peso del bambino superiore ai 4 kg e altri aspetti ancora.

Progetto "Fare di più non significa fare meglio"
www.slowmedicine.it
www.choosingwiselyitaly.org
www.altroconsumo.it

LE PRECAUZIONI IMPORTANTI DA PRENDERE DURANTE IL PARTO



In assenza di controindicazioni, anche nelle donne che hanno avuto un precedente parto cesareo è possibile optare per il parto vaginale, da svolgersi però in centri adeguati per ridurre possibili rischi, anche gravi, per mamma e bambino.
➤ Bisogna considerare che in caso di precedente taglio cesareo il travaglio di parto nelle gravidanze seguenti può comportare un aumento - seppure piccolo - rischio di rottura dell'utero (circa 47 casi su 10.000), con possibili conseguenze drammatiche per il feto e la madre. Il rischio è in realtà assai variabile: molto dipende dai criteri di ammissione al travaglio di parto e dalla capacità del personale di intervenire al minimo sospetto di iniziale rottura d'utero.
➤ Le donne devono quindi essere sottoposte a una sorveglianza adeguata con monitoraggio elettronico continuo del feto durante il travaglio.
➤ Inoltre, in caso si renda necessario un parto cesareo in urgenza, per consentire il parto vaginale in una donna con precedente parto cesareo deve essere garantito l'accesso immediato alla sala operatoria e alla rianimazione e la disponibilità di trasfusioni.

SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

SEGUE DA PAGINA 21

gap tra medici laureati e posti in specializzazione, ma come sopra rappresentato rimane non ancora risolto il problema del basso numero dei laureati in medicina. Anche il numero degli infermieri inoltre è molto sotto soglia, quindi serve un investimento in questo senso; inoltre è stato stanziato un fondo per l'assunzione delle figure degli infermieri di famiglia sul territorio, una nuova figura assistenziale. Quindi è importante la formazione e la gestione delle risorse umane. Ma soprattutto è prioritario, perché questa grande azione di reclutamento di nuove risorse professionali abbia successo, creare opportunità diverse e più interessanti per i nuovi laureati e per gli specialisti perlomeno simili a quelle offerte da altri Paesi Europei, ciò per arrestare il consistente esodo attualmente in atto da parte dei giovani medici italiani ed eventualmente anche attrarre giovani laureati provenienti da Paesi esteri. Prendiamo atto inoltre delle rassicuranti dichiarazioni che il Ministro Speranza ha recentemente rilasciato "sulla necessaria chiusura della stagione dei tagli alla sanità, nella quale ogni euro impiegato non è semplice spesa pubblica ma il più grande investimento sulla qualità della vita delle persone". Siamo certi, conoscendo l'onestà intellettuale del Ministro, che alle parole seguiranno i fatti.

■ **OVE IL QUADRO** epidemiologico dovesse viepiù peggiorare a causa della maggior diffusione delle varianti si dovrà provvedere ad una netta separazione fra ospedali, ambiti di cura e assistenza per pazienti Covid e quelli per pazienti non Covid, intervento reso più agevole dal più basso numero di ricoveri registrati per effetto delle vaccinazioni. Si richiede quindi una netta separazione dei due diversi percorsi che preveda anche la separazione di tutto il personale dedicato e dei relativi servizi ospedalieri. A questo riguardo è davvero paradossale la circostanza che si sta realizzando nel nostro Paese con l'estensione del Green Pass obbligatorio praticamente a tutte le categorie professionali ed in tutti gli ambiti di lavoro con eccezione dei soli Ospedali, che dovrebbero essere luoghi da preservare prioritariamente dai contagi. Gli Ospedali infatti a causa della mancata sospensione dal servizio di quasi tutti i lavoratori non vaccinati (medici, infermieri, altri) per una legge inapplicabile e quindi largamente inapplicata rimangono luoghi ancora a rischio, in cui non infrequentemente si verifica, ancora oggi dopo un anno e mezzo di pandemia, l'esplosione di clusters di contagi. Inoltre i posti letto aggiunti almeno sulla carta in terapia intensiva durante la pandemia (3500), a fine emergenza dovranno essere allocati in spazi appositi e aperti in caso di necessità e nuove emergenze sanitarie, come letti aggiuntivi.

■ **TUTTE LE STRUTTURE** di oncologia medica (degenze ordinarie e day hospital), di cardiologia (degenze cardiologiche e unità di terapie intensive cardiologiche) di ematologia (degenze ordinarie, day hospital, degenze per trapianto di midollo) di Medicina Interna e di area medica in genere per l'assistenza alle malattie croniche, devono rimanere pienamente operative anche a livello ambulatoriale, al fine di svolgere tempestivamente ed efficacemente attività di diagnosi e cura ed anche di garantire la prevenzione terziaria oncologica e cardiovascolare. Va preservata la rete dell'emergenza cardiologica. Le attività di chirurgia oncologica devono essere garantite e devono avere priorità assoluta e bisogna recuperare tutto il progresso degli interventi oncologici non ancora eseguiti e ripristinare nell'immediato la regolarità

delle attività di chirurgia di elezione almeno nelle patologie a più elevato rischio di mortalità. Il concetto è che bisogna predisporre strutture ospedaliere modulari e "duttibili" che siano in grado di affrontare l'emergenza infettiva/pandemica senza però penalizzare il resto della popolazione dei pazienti acuti e cronici.

■ **GLI SCREENING** oncologici devono ripartire immediatamente ed a pieno regime in tutte le Regioni. Bisogna con urgenza verificare in ogni singola Regione l'entità degli scostamenti registrati rispetto all'epoca pre-Covid e il livello dei recuperi eventualmente realizzati.

■ **È DA RIFONDARE** completamente la Medicina territoriale attraverso la istituzione di grandi strutture ad hoc ambulatoriali e residenziali, queste sì certamente altamente auspicabili, atte a svolgere funzioni attualmente svolte impropriamente dagli ospedali, quali: le attività di screening, di follow up e riabilitazione dei pazienti, di assistenza domiciliare e cure palliative ecc... Tali attività dovranno essere condotte in forme di collaborazione strutturata tra i medici di medicina generale, che saranno dotati di strumenti e personale adeguati e gli specialisti ospedalieri e universitari, collaborazione preceduta dalla istituzione di tavoli per proposte operative con idee bottom-up ed anche con le organizzazioni no profit del settore.

■ **ATTIVAZIONE E DIFFUSIONE** su tutto il territorio nazionale di programmi avanzati e strutturati di telemedicina con previsione dei costi di sviluppo e gestione ed emanazione di norme specifiche che li regolino, anche a tutela dei medici coinvolti in queste attività. Tali programmi sono da sviluppare sia in ambito ospedaliero che a livello della medicina del territorio ma non potranno prescindere dalla periodica osservazione in presenza dei pazienti da parte dei medici di medicina generale e degli specialisti.

■ **AVVIARE PROCEDURE** velocissime di acquisizione di nuovi ulteriori ingenti fondi per la Sanità, immediatamente fruibili che compensino anche se parzialmente il gap attualmente esistente con gli altri Paesi europei e mettano in grado il nostro Paese di affrontare l'emergenza in atto ed il nuovo sviluppo della Sanità nazionale. Importante sarà appianare le differenze tuttora esistenti nel regime assistenziale tra Nord e Sud, per permettere la crescita dell'intero Ssn. È evidente infatti che in una situazione del genere le Regioni del Sud risultino più svantaggiate e non possano offrire servizi adeguati ai pazienti. Il Pnrr è importante ma il finanziamento stabile e adeguato a lungo termine per le spese correnti è la sfida per il futuro.

■ **IL PRIMO OBIETTIVO** nell'immediato è quindi favorire l'immediato ritorno alla normalità con campagne di informazione organizzate a livello istituzionale e dalle organizzazioni no profit che possano tranquillizzare i cittadini sulla sicurezza degli ospedali, totalmente Covid free, insistendo sulla necessità che i pazienti non si limitino al "fai da te", ma seguano scrupolosamente le indicazioni dei medici. Va favorito quindi un accesso e un ritorno al rapporto con lo specialista di tutti i pazienti, soprattutto colpiti da patologie croniche, favorendo la corretta adesione alle terapie. Va avviata una attività straordinaria di informazione e comunicazione per il recupero dei ritardi accumulati negli screening, nelle visite programmate, in quelle di follow-up e negli interventi chirurgici.

PROFESSIONE

SEGUE DA PAGINA 25

Pratiche potenzialmente inappropriate in ostetricia

Una delle ragioni per cui l'ostetricia è la professione sanitaria più difficile, articolata e complessa consiste nel fatto che si occupa di un evento definito naturale o fisiologico che raramente richiede un intervento medico ma quando questo è necessario è peculiare e talvolta imprevisto, urgente e concitato. Inoltre la formazione medica basata sulla capacità di intervenire e quindi di agire sempre, mal si concilia con la paziente osservazione di un fenomeno come quello del parto che spesso richiede solo un sostegno ed un accompagnamento attento e sereno. A ciò si aggiunge il fatto che negli ultimi anni nei Paesi ricchi gli eventi avversi in ostetricia, sebbene rarissimi, non sono più accettati dall'opinione pubblica come inevitabili ma vengono generalmente attribuiti pregiudizialmente ad errori medici. Solo a partire dal XIX secolo l'ostetricia ha iniziato ad applicare le conoscenze scientifiche e poi dagli anni 50 del secolo scorso grazie a Iain Chalmers ad utilizzare i primi studi controllati randomizzati per stabilire cosa fosse realmente efficace e cosa no. La prima edizione di *A guide to effective care in pregnancy and childbirth* (M. Enkin, M. Keirse, M. Renfrew, J. Neilson) comparve nel 1989 e furono necessari molti anni perché i contenuti fossero condivisi ed applicati anche in Italia. Con il progredire degli studi e delle ricerche si aggiungono sempre maggiori nuove evidenze su ciò che in ostetricia è utile fare e cosa invece è inutile e potenzialmente dannoso. Il tumultuoso e rapido evolvere delle conoscenze basate sugli studi randomizzati crea notevoli difficoltà agli operatori nel mantenere un adeguato e costante grado di aggiornamento professionale gravati come sono da carichi di lavoro che lasciano poco tempo allo studio ed alla valutazione degli esiti delle procedure adottate. È proprio per aiutare il mondo degli operatori dell'ostetricia che Aogoi da sempre come società scientifica si adopera per promuovere tutte le iniziative ed i mezzi di formazione e di aggiornamento necessari. In particolare, nell'ampio spettro degli interventi che sono stati realizzati, si deve ricordare la collaborazione di Aogoi, in corso dal 2018, con il movimento Slow Medicine attraverso il progetto Choosing Wisely che ha condotto alla pubblicazione a ottobre 2019 delle *Cinque raccomandazioni dell'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani* (Aogoi)¹³.

In questo documento sono elencate le cinque pratiche (*Top five*) ostetriche che hanno ancora una larga diffusione nei punti nascita italiani ma che si sarebbero dovute abbandonare essendo prive di prove scientifiche di efficacia. Non solo Aogoi ha prodotto la lista delle Top five ma anche molte altre società scientifiche lo hanno fatto per i temi di propria competenza.

PER DUE RACCOMANDAZIONI:

- Non programmare il taglio cesareo (TC) di routine (iterativo) in tutte le gravide con un progresso taglio cesareo.
- Non obbligare al digiuno e non proibire l'assunzione di liquidi alle donne in travaglio.

Sono anche state definite, in collaborazione con Altroconsumo, schede per una migliore comunicazione a pazienti e cittadini^{14 15}

Utilizzare procedure, test diagnostici e trattamenti che non hanno prove evidenti di efficacia non solo rappresenta uno spreco di risorse di per sé già limitate ma può esporre inutilmente i pazienti al rischio di complicanze ed effetti avversi.

La strada da percorrere è lunga vuoi per la naturale difficoltà degli esseri umani ad introdurre cambiamenti nel proprio modo abituale di comportamento, vuoi perché molti aspetti dell'ostetricia necessitano ancora di studi approfonditi e di ricerche scientifiche.

RECENSIONI

Quando la ricerca scientifica si spinge oltre i confini etici

Storie di scienziati spregiudicati e il controverso caso Reimer di John Money

Non sempre gli scienziati rispettano le regole etiche nella loro ricerca.

Ne parla Seam Kean nel suo ultimo libro dal titolo accattivante: *The Icepick Surgeon*, ovvero "Il chirurgo con il punteruolo rompighiaccio".

E con un sottotitolo altrettanto ad effetto: *Murder, Fraud, Sabotage, Piracy and other dastardly deeds perpetrated in the name of science* (omicidio, frode, sabotaggio, pirateria e altri atti ignobili perpetrati in nome della scienza).



CARLO SBIROLI
Past president Aogoi

L'AUTORE È UNO SCRITTORE statunitense che racconta, percorrendo duemila anni di storia, ciò che accade *quando l'ambizione sfrenata spinge uomini e donne, altrimenti razionali, a spostare i limiti della scienza, calpestando i confini etici*. E nell'intervista concessa ad Alex Saragosa su *il Venerdì di Repubblica*, Kean sostiene che: "a volte alcuni studiosi sono presi da una ossessione assillante. Stravolgono la ricerca a cui hanno dedicato molto del loro tempo. Trasformano ciò che sarebbe dovuto essere uno studio valido e meritevole, in qualcosa di oscuro e inspiegabile dal punto di vista etico".

IL LIBRO SI ARTICOLA IN DODICI CAPITOLI, ognuno dei quali tratta una specifica trasgressione alla normale etica della ricerca scientifica. Vengono presentati personaggi sensazionali e a volte bizzarri come ad esempio il naturalista inglese del XVIII secolo William Dampier, esploratore e gran navigatore (circumnavigò il mondo tre volte) che mostrò grande interesse per la biologia. Le sue opere influenzarono scrittori, esploratori e naturalisti. Peccato però che per ottenere tutto questo, Dampier non si fece scrupolo di diventare pirata della peggiore specie (bucaniere), razziano e uccidendo. Così come impressiona la storia di Henry Smeathman, naturalista inglese, che nel 1771 salpò per la Sierra Leone per osservare gli insetti e inviare esemplari di nuove piante in Inghilterra. Ma finì poi col prestare maggiore attenzione, tempo e denaro per la tratta degli schiavi. Molte delle storie presentate da Kean si conoscono, altre sono meno note. Così, ad esempio, sono poco conosciute le imprese di Burke e Hare, che agirono a Edimburgo negli anni 1826-28: violarono tombe per rubare i cadaveri e *uccisero poveri e senza amici* per fornire i corpi al dott. Roberto Knox, anatomista alla Edimburgh Medical College. Sono più recenti e si conoscono molto di più le storie dei medici nazisti, che condussero esperimenti disumani e non etici sui prigionieri nei campi di sterminio. Studi che certamente forniscono informazioni salvavita, ma che portarono anche alla stesura del Codice di Norimberga. Vi è poi la storia molto inquietante del medico che

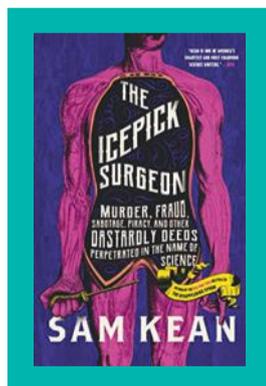
dà il titolo al libro (*The Icepick Surgeon*). È il neurologo americano Walter Freeman, che modificò il metodo tradizionale della lobotomia che prevedeva, come primo atto dell'intervento, la trapanazione della parte superiore della teca cranica. Freeman utilizzò invece un approccio transorbitale che consisteva nell'infilare un ferro chirurgico, molto simile ad un punteruolo rompighiaccio, nell'orbita dell'occhio fino a raggiungere il sistema limbico che recideva *facendo oscillare il punteruolo con movimenti avanti e indietro*. *Era così semplice che la maggior parte poteva essere completata in meno di 20 minuti, con l'unica ferita visibile di due occhi neri*. Sfortunatamente però questa nuova tecnica procurò la morte di un certo numero di pazienti.

"I peccati della scienza non sono tutti sepolti nel passato. Molti di loro – ricorda Kean – ci colpiscono ancora oggi". Così ad esempio si possono ricordare gli abusi medici di Herry Murray, che condusse esperimenti psicologicamente inopportuni su studenti universitari. O gli studi condotti nella città di Tuskegee in Alabama (USA) dove 399 contadini neri furono utilizzati come cavie: erano affetti da sifilide. Non furono curati con lo scopo di seguire l'evoluzione naturale della malattia. Molti di questi morirono.

DEVO PERÒ CONFESSARE CHE IL MIO INTERESSE PER IL LIBRO *The Icepick Surgeon* è dovuto alla presenza di John Money (1921-2006) nella galleria degli "scienziati monsters" tratteggiati da Seam Kean. Money è stata una figura fondamentale della sessuologia moderna. Ha aperto nuovi campi di ricerca in varie aree della scienza sessuale e ha dato importanza alle idee mediche della sessualità umana. Sono stati basilari i suoi studi sull'identità sessuale e la biologia di genere. Fu il primo a sostenere che i transessuali non erano malati di mente e fu uno dei padri della rivoluzione sessuale degli anni Sessanta (vedi box: *Biografia John Money*).

Ero giovane con tante idee in testa e una grande curiosità quando conobbi Money. Ricordo che ero a Los Angeles per le vacanze di Natale del 1975 quando mi telefonò da Roma Romano Forleo pre-

JOHN MONEY professore di psicologia medica e di pediatria alla Johns Hopkins University di Baltimora creò le basi della moderna sessuologia. Nato in Nuova Zelanda nel 1921, emigrò negli Stati Uniti all'età di 26 anni. Entrò alla Johns Hopkins University nel 1951 dove, insieme a Lawson Wilkins, endocrinologo pediatra, e in collaborazione con Joan Hampson dette vita alla Psychohormonal Research Unit. Nel 1952 conseguì il dottorato in psicologia alla Harvard University e nel 1965 creò la Johns Hopkins Gender Identity Clinic. Nel 1972 Money pubblicò il libro "Man and Woman, Boy and Girl", che divenne ben presto un testo universitario. E nel 1976 la Casa Editrice Feltrinelli pubblicò una prima edizione in italiano del libro, curata da Romano Forleo e con traduzione di Lynn Salkin-Sbiroli. La scienza sessuologica deve moltissimo a Money. Fu uno dei primi studiosi a interessarsi a fondo della diagnosi e del trattamento dell'ermafroditismo, del transessualismo e della parafilia. Fu uno dei primi a utilizzare il termine "identità di genere" per indicare la percezione che una persona ha di se stesso, di appartenere cioè al mondo maschile o a quello femminile. Così come il termine "ruolo di genere" per specificare tutto quello che una persona fa o dice per indicare il grado della sua mascolinità, femminilità o ambivalenza. Alcuni studi di Money sono stati molto criticati, specialmente per quanto riguarda la riassegnazione del sesso nel caso Reimer. È morto nel 2006 per complicazioni del morbo di Parkinson.



THE ICEPICK SURGEON
Murder, Fraud, Sabotage, Piracy and other dastardly deeds perpetrated in the name science

di Seam Kean
Little, Brown and Company,
New York
Luglio 2021



John Money
(1921 - 2006)

I gemelli Reimer
all'età 4 anni



Brenda Reimer



gandomi d'incontrare Money, che era in quella città per un meeting internazionale. Lo scopo era quello di cercare di portare a Roma il Terzo Congresso Mondiale di Sessuologia Medica del 1978. Ricordo che riuscii a fissare un appuntamento dopo diverse telefonate. Fu un incontro molto cordiale. Si discusse per diverse ore di argomenti a cui guardava con simpatia, come l'identità sessuale, il concetto di genere, ma anche del nudismo e del sesso di gruppo. Mi parlò anche del caso di Bruce Reimer (vedi box: *Il caso Reimer*) che riteneva particolarmente interessante dal punto di vista scientifico. Si può cercare di descrivere l'essenza di questo incontro un po' sghembo (per la mia relativa scarsa conoscenza degli argomenti su cui si discuteva), ma l'impressione che ebbi fu senz'altro positiva. Soprattutto mi colpì favorevolmente l'attenzione che poneva nel fare apparire la sessuologia non come una pratica pruriginosa e perversa, come generalmente accadeva in quegli anni. Si discusse prevalentemente dei temi da proporre all'eventuale congresso di Roma. Sarebbe stato il primo congresso di sessuologia programmato in Europa e per di più in una città, come Roma, con una forte componente cattolica: il Terzo Congresso di Sessuologia Clinica si svolse poi a Roma con grande successo nel 1978.

FIN QUI LA STORIA DEL MIO PRIMO INCONTRO E LE MIE PRIME IMPRESSIONI SU MONEY. Poi ci fu la pubblicazione nel 2000 del "libro scomodo" del giornalista canadese John Colapinto che, a distanza di 30 anni dalla vicenda, divulgò la storia dei gemelli Reimer (viene riproposta ampiamente nell'opera di Kean). Il libro provocò molto scalpore e fu devastante per la carriera di Money. Colapinto raccontò una storia un po' diversa, più romanzata. La raccontò trent'anni dopo che si erano verificati i fatti, in un contesto sociale e politico completamente diverso. In cui erano avvenuti grandi cambiamenti dei costumi, soprattutto sotto la spinta dei movimenti giovanili della Beat Generation, degli Hippie di Berkeley, di Woodstock e delle coppie aperte che si erano sviluppati negli anni 50-60 negli Stati Uniti.

Terry Goldie, professore alla York University di

Toronto, nella sua biografia su Money (*The Man Who Invented Gender: Engaging the Ideas of John Money*, 2014) cercò di giustificare il comportamento dello psicoterapeuta nel caso Reimer: "Money aveva studiato con molta attenzione e per lungo tempo le persone intersessuali. Credeva che senza genitali maschili o femminili ben definiti queste persone non potessero trovarsi a loro agio dal punto di vista sociale. Questa convinzione, scrive Goldie, contribuì notevolmente nel decidere la riassegnazione di genere a Bruce Reimer. Money era convinto che l'intervento e l'aiuto psicologico lo avrebbero aiutato ad affrontare una vita migliore: un ragazzo senza pene non si sarebbe mai sentito a proprio agio".

Giuliana Proietti, psicologa sessuologa, ha scritto su *Il Blog*: "Il caso Reimer, pur nella sua drammaticità, ci insegna che nessuna seria teoria sul genere sessuale può prescindere completamente dalla considerazione della naturale dotazione genitale con la quale si nasce". Money ha certamente estremizzato le sue teorie spingendo i limiti della scienza oltre i limiti etici consentiti.

ORA VORREI TORNARE AL LIBRO DI SEAM KEAN - *The Icepick Surgeon* - e chiudere con le conclusioni dell'autore: "Gli scienziati sono esseri umani e quindi possono avere comportamenti devianti come tutti. Spesso però questi non nascono dal desiderio di denaro o potere, ma dalla stessa attività di ricerca. In altre parole, gli scienziati sono le uniche persone che, a volte, superano i limiti per sete di conoscenza".

Il caso Reimer

BRUCE REIMER nacque il 22 agosto 1965, primo di una coppia di gemelli. Ad otto mesi fu sottoposto ad un intervento di circoncisione per fimosi. Durante l'intervento, per un incredibile errore, il suo pene fu irrimediabilmente danneggiato: "Fu bruciato. Si staccò a pezzetti e sparì completamente" (Colapinto). I genitori, preoccupati per la futura vita sessuale del figlio, si affidarono alle cure del dottor John Money, che avevano seguito in una trasmissione della TV canadese dove lo psicologo era intervistato sulla teoria della neutralità di genere (fortemente sostenuta dall'intervistato) secondo la quale "l'identità sessuale di una persona non si fonda sui dati biologici della nascita, ma si sviluppa nell'infanzia in base al contesto sociale in cui vive e può essere modificata attraverso opportuni interventi".

MONEY CONSIGLIÒ i genitori di modificare chirurgicamente gli organi genitali del bambino e di farlo crescere come se fosse una bambina. All'età di 22 mesi Bruce fu operato da una équipe chirurgica del John Hopkins Hospital di Baltimora: fu eseguita anzitutto una gonadectomia e nel richiudere lo scroto fu modellata una rudimentale vagina esterna (si trattava di uno dei primissimi tentativi di neovagina esterna). All'intervento seguì un programma di riadattamento psicosociale. Bruce fu seguito da psicologi nel suo sviluppo evolutivo secondo un preciso "programma di riassegnazione": doveva imparare a diventare donna. "Fu così che Bruce cercò di diventare Brenda".

IL CASO FU RIPORTATO sulle più prestigiose riviste scientifiche. Nel 1972 Money pubblicò il libro "Man & Woman, Boy & Girl" in cui riferiva ampiamente l'assoluto successo del caso dei due gemelli: "Era la prova conclusiva che non si nasce maschi o femmine, ma lo si diventa".

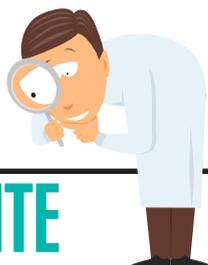
In realtà Bruce non riuscì mai a diventare Brenda. Neanche gli estrogeni, che gli furono somministrati intorno ai 10 anni, riuscirono a migliorare lo sviluppo fisico in senso femminile.

A 13 ANNI BRUCE/BRENDA pensò di togliersi la vita e decise di non incontrare più il dott. Money.

Successivamente Brenda decise di tornare al suo sesso biologico assumendo in nome di David. Nel 1990 si sposò con una ragazza madre che aveva avuto tre figli da tre diversi uomini. Nel 2000 David decise di raccontare la sua storia allo scrittore canadese John Colapinto che la divulgò con il libro "As Nature Made Him: the Boy Was Raised as a Girl" (pubblicato in italiano dalla Casa Editrice San Paolo col titolo: Bruce, Brenda e David: il ragazzo che fu cresciuto come una ragazza). Gli anni successivi furono molto tormentati. Il padre Ron si dette all'alcol e alla droga. David divorziò dalla moglie. Nel 2002 il fratello Brian si suicidò. E poi, il 4 maggio 2004, "David guidò fino a un parcheggio desolato e puntò il fucile alla testa". Aveva 38 anni.

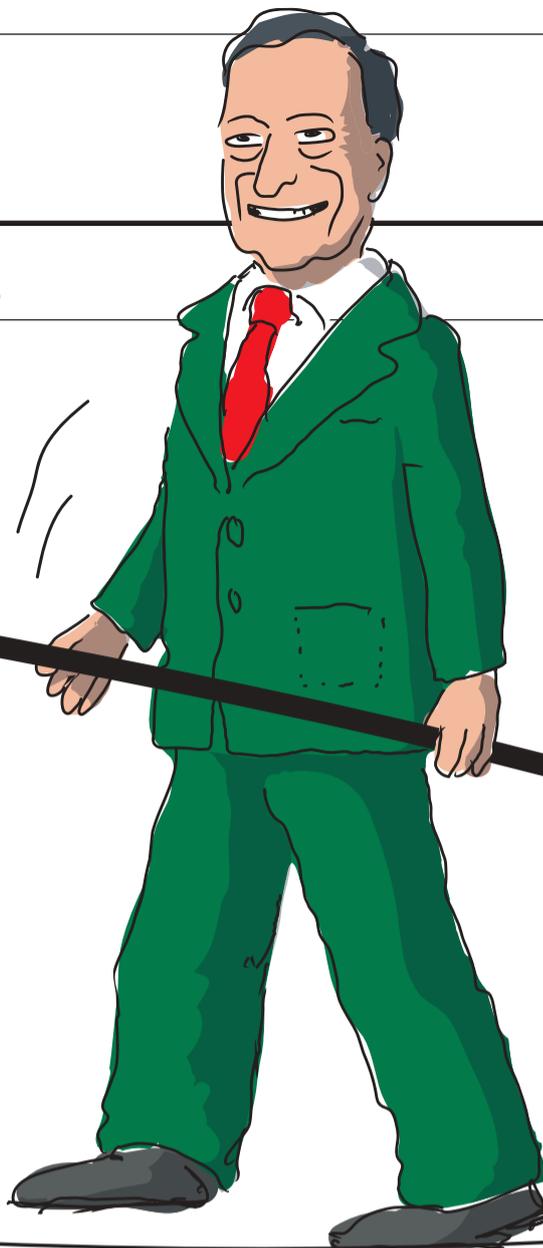
QUESTA STORIA ebbe un effetto devastante su Money che dichiarò di "non essere colpevole del fatto che David non avesse accettato la sua identità femminile". Disse anche che "la famiglia aveva deciso troppo tardi di sottoporlo alla chirurgia per il cambio di sesso e che, fino al momento in cui David aveva scelto liberamente chi essere, non si erano mai tirati indietro".

“
Gli scienziati sono le uniche persone che, a volte, superano i limiti per sete di conoscenza



SOTTO LALENTE

di Carlo Maria Stigliano



Quando si parla di effetti collaterali si pensa generalmente a un evento drammatico e dirompente come un terremoto o un bombardamento. Nel Bel Paese invece abbiamo avuto – a fronte di tanti lutti e sofferenze – per lo meno un effetto collaterale decisamente benefico dalla pandemia da Covid-19: intanto i cittadini hanno (ri)scoperto la solidarietà e l'identità nazionale durante i terribili mesi del lockdown

Miracolo italiano

TRICOLORI SVENTOLATI AI BALCONI, l'inno di Mameli cantato a squarciagola nelle cupe serate dei primi mesi del 2020, scambi di saluti e incontri tra condomini che in precedenza a malapena si salutavano. E per quanto ci riguarda come medici grandi apprezzamenti, esaltazione dei sacrifici e dell'impegno nel curare i malati di Covid, pubblici riconoscimenti per il nostro difficile ed impegnativo lavoro in corsia.

Certo è stato un miracolo da virus e un 'regalo' inaspettato: gli stessi giornalisti che prima ci sbattevano come mostri in prima pagina (ricordate, qualcuno parlava di "assassini" quando qualcosa andava storto) ora ci coprivano di mielati complimenti per la dedizione e la bravura; le persone (non tantissimi in verità) che fino a poco tempo prima ci additavano come speculatori sulla salute della povera gente o ci accusavano di scarso attaccamento o di incompetenza sul lavoro ora quasi ci beatificavano. È proprio vero che bisogna versare il proprio sangue per poi essere considerati eroi (300 medici morti non sono pochi...) perché prima puoi fare cose strabilianti ma per la gente sei sempre quello che anche se uno sbaglia una volta è tutta la categoria che va massacrata... Ecco, noi vorremmo soltanto che i nostri concittadini ci apprezzassero per il solo fatto che ogni giorno cerchiamo complessivamente di fare del nostro meglio per la salute dell'italica gente. Niente di più. Anche quando la pandemia sarà un ricordo. E sicuramente il nostro lavoro, pur difficile di per sé, pur impegnativo per la scelleratezza di politici esaltati dai tagli alla Sanità pubblica, dagli attacchi all'organizzazione sanitaria e dal reiterato tentativo di un sostanziale ridimensionamento del ruolo dei medici, ebbene anche in questo procelloso contesto, il nostro lavoro ha permesso alla

barca della Sanità italiana di continuare a navigare. Lo dimostra il fatto che proprio grazie al sacrificio e all'impegno di medici e personale sanitario abbiamo retto egregiamente all'impatto con il Covid-19. Dapprima letteralmente a mani nude (ricordate: non c'erano guanti né mascherine né altre basilari protezioni) poi pian piano con migliori attrezzature e nonostante gli intralci della burocrazia e gli sproloqui dei politici ce la siamo cavata alla grande. Insomma abbiamo dimostrato al mondo di che pasta siamo fatti al punto da essere un esempio e un riferimento per l'organizzazione sanitaria delle altre Nazioni che via via venivano colpite dalla pandemia. Poi è venuta l'estate delle follie e puntualmente l'autunno della trincea: e anche allora noi ci siamo stati, pronti ed efficaci. E l'Italia tutta pian pianino ha incominciato a rialzarsi e a camminare dapprima e a correre poi, mentre i politici si attardavano in assurde disquisizioni su argomenti scientifici che per loro stessa natura erano fuori dalla portata di quelle belle menti. È pur vero che nei salotti televisivi abitualmente si pavoneggiavano virologi, biologi, immunologi, infettivologi che fino a qualche mese prima nessuno aveva mai interpellato ma lo spettacolo deve pur andare avanti e dunque anche a loro toccava il quarto d'ora di notorietà: quando la buriana sarà passata riusciranno a ritornare alla normalità del loro lavoro dimenticati o quasi dal pubblico televisivo? O andranno in burnout? In verità mentre alcuni di loro facevano la ruota come pavoni in tv altri si confrontavano sul campo con la drammaticità delle morti e della malattia nelle corsie, con turni di servizio praticamente bellici...

Comunque l'Italia ha superato anche la pandemia: siamo risorti grazie anche ad un distinto si-

gnore pacato e poco incline alle chiacchiere da bar di molti politici che ha preso le redini del governo del Paese.

E poi c'è anche il vaccino anti-Covid: in verità noi conosciamo l'effetto che esso produce sul nostro sistema immunitario e la sua efficacia contro l'infezione fatale ma deve necessariamente esserci un qualche effetto collaterale non previsto né prevedibile sulla gente italiana.

Alzi la mano chi avrebbe scommesso che la nazionale di calcio azzurra sarebbe arrivata in finale nel campionato europeo! E poi la magica serata della lezione ai poveri Inglesi vittime della durezza, della bravura, della tenacia dei tanto sbeffeggiati maccheroni. Certo: pizza, mandolino ma anche una sonora lezione di bel calcio agli inventori del football moderno. Per inciso poi non è che il mitico NHS, il Servizio Sanitario Inglese, tanto osannato dai giornalisti esterofili e detrattori del nostro Paese se la sia cavata all'inizio benissimo nella lotta al Covid nonostante l'esperienza italiana fosse già disponibile sul campo. Ma questa è un'altra storia.

I mangiatori di spaghetti che ai reggitori di qualche paese basso facevano storcere il naso, una bella soddisfazione se la sono tolta! Ed era solo l'inizio: ormai in Inghilterra evitano di competere con gli Italiani anche nel prendere l'autobus. Arriverebbero comunque secondi. E sicuramente si rodono intimamente ripensando a quei 100 metri d'oro dell'Italia alle Olimpiadi e peggio ancora alla staffetta 4 x 100 in cui erano già a festeggiare la vittoria per poi arrivare puntualmente secondi dietro agli Azzurri nostrani. Che dire? E le Paralimpiadi? E l'europeo di volley maschile e femminile? E il campionato del modo di ciclismo femminile? Insomma: l'Italia s'è desta! Il nostro PIL sale alla grande, le nostre industrie vanno forte come non avveniva da anni e il made in Italy trionfa. Che cosa abbia prodotto il vaccino, quale esaltante effetto collaterale abbiano avuto su di noi prima il Covid e poi il vaccino è davvero un miracolo tutto italiano.

Di una cosa però si può essere certi: dal capo del governo fino all'ultimo degli italiani ormai ci considerano tutti nel mondo e persino ci ammirano. La verità è che noi Italiani ormai siamo considerati tutti dei veri... draghi!



CARLO MARIA STIGLIANO

Ancora troppa confusione tra le donne.

GINECOLOGI PUNTO DI RIFERIMENTO

Sono passati più di cinquanta anni dall'entrata della pillola anticoncezionale nel nostro Paese



Sono passati più di cinquanta anni dall'entrata della pillola anticoncezionale nel nostro Paese. Eppure, nonostante il mondo della contraccezione abbia fatto nel frattempo passi da gigante, tra le donne italiane c'è ancora tanta, troppa ignoranza.

Sui metodi contraccettivi e sulle loro caratteristiche, sulle modalità di utilizzo ed effetti indesiderati, la confusione è infatti ancora imperante: solo il 62% delle donne è certa che la pillola sia un metodo contraccettivo ormonale, mentre le percentuali di consapevolezza scendono al 56% per il cerotto. Non solo, appena una donna su tre è a conoscenza della base ormonale dell'anello vaginale. E quando si parla di spirale e diaframma il 39% e il 43% delle donne brancola nel buio. Uno quadro che testimonia la necessità di un'informazione più completa, esaustiva e capace di raggiungere il maggior numero di donne possibile sulle opzioni contraccettive oggi disponibili.

Ma in questo scenario emerge anche con chiarezza come per le donne il ginecologo sia il faro che deve indirizzarle verso porti sicuri. Una figura su cui convergono elevate aspettative di guida e ascolto e rispetto alla quale si esprimono molteplici esigenze: dal desiderio di confidenza, alla condivisione di dubbi, alla necessità di rassicurazioni concrete.

A mettere a fuoco lo stato dell'arte sul livello di informazione e consapevolezza delle donne sui diversi metodi anticoncezionali, ed anche sul ruolo e sul rapporto con il ginecologo relativamente alla scelta del contraccettivo, è una survey realizzata a livello nazionale da Doxapharma e dall'azienda farmaceutica Gedeon Richter nel marzo 2021. Coinvolti 200 ginecologi e 242 donne in età fertile, distribuite in modo rappresentativo per variabili socio-demografiche sul territorio nazionale e utilizzatrici di contraccettivi (il 70% ormonali e il 30% non ormonali).

Dall'indagine emerge con chiarezza un elemento comune: ginecologi e donne concordano sul fatto che permangano tuttora notevoli carenze informative sulla contraccezione, no-



Maria Giovanna Labbate
Managing Director
di Gedeon Richter Italia

nostante i progressi degli ultimi anni sul fronte della conoscenza e della consapevolezza.

I temi su cui è prioritario fare chiarezza? Metodi contraccettivi a disposizione, la questione "ormone sì o no", le modalità di utilizzo, gli effetti indesiderati e i benefici. Le maglie deboli dell'informazione sono poi da individuarsi principalmente in: una conoscenza sommaria o basata su esperienze eterogenee e parziali dei metodi contraccettivi; lacune informative che alimentano, frequentemente, "false credenze" proprio sui metodi contraccettivi ormonali e, in particolare, sulla pillola. Emerge però anche un certo disallineamento tra la percezione del ginecologo e della donna: nonostante

della donna, con effetti terapeutici benefici e prolungati nel tempo (es. regolarizzazione ciclo, controllo acne e dolori mestruali). I difetti percepiti sono minimi, circoscritti o comunque superabili.

Quante prediligono sistemi non ormonali, oltre alla gestione della gravidanza, li considerano importanti per prevenire le malattie sessualmente trasmissibili e li giudicano efficaci e ben tollerati, mentre sottolineano la non naturalezza o la scarsa tollerabilità dei metodi ormonali, che possono però rivelarsi utili in caso di quadri patologici (es. patologie utero, ovaio). Sui vantaggi offerti dai metodi non ormonali, le opinioni sono confuse e non allineate.

Debole o nulla anche la conoscenza sulle novità a venire, anche se le donne pur essendo soddisfatte delle loro scelte non dispegnano i cambiamenti.

In conclusione, la survey Doxapharma per Gedeon Richter evidenzia come sia determinante non dare per scontate acquisizioni sui metodi e sulla loro composizione, vanno approfondite e aggiornate nel tempo per una scelta consapevole. Cruciale quindi, oggi più che mai, il ruolo del ginecologo: uno specialista preparato, informato e aggiornato, ideale per accompagnare la donna attraverso un processo di comprensione dei propri bisogni e delle opzioni disponibili, senza dare spazio a credenze false o inesatte.

"Oggi sono molte le opportunità contraccettive offerte alla donna – ha aggiunto Maria Giovanna Labbate, Managing Director di Gedeon Richter Italia – essere protagoniste della propria femminilità significa anche tutelare fin dall'adolescenza, fertilità, riproduttività e sessualità con scelte e comportamenti responsabili. Il nostro impegno sul fronte contraccezione non si ferma qui – conclude – stiamo infatti sviluppando un prodotto altamente innovativo che rappresenta sia una grande svolta in un comparto che non vede novità significative da decenni sia un importante passo avanti nell'innovazione della salute riproduttiva prospettando nuovi orizzonti per le donne di tutto il mondo".

l'ottimismo dei ginecologi sul livello medio di conoscenze delle donne, il 40% di queste pensa di non essere informata adeguatamente su tutte le alternative disponibili e ben il 62% ritiene di non avere molte informazioni sul tema. Insomma, per più di 1 donna su 2 in Italia si parla poco liberamente di contraccezione, ritenuta ancora un tabù e il 30% dichiara di non parlarne liberamente con il ginecologo. Il punto di vista dei ginecologi è invece nettamente diverso: infatti più dell'80% ritengono che le donne parlino con loro liberamente delle tematiche contraccettive e si rivolgano a loro sempre in caso di dubbi al riguardo; nel 94% dei casi affermano di spiegare sempre tutti i metodi disponibili. Solo il 40% pensa che le donne oggi siano ancora poco informate.

Per quanto riguarda le scelte sui metodi ormonali e non, le donne che prediligono i primi sono molto soddisfatte in quanto li considerano una garanzia efficace di prevenzione delle gravidanze, facili da utilizzare e, quindi, funzionali a un sereno e sicuro rapporto sessuale. Apprezzano poi le sostanze naturali al loro interno in quanto i metodi ormonali si limiterebbero a calibrare sostanze già contenute nel corpo

