

AOGOI

Organo Ufficiale dell'Associazione
Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

- 14 Ccnl Dirigenza medica e sanitaria
Firmata la pre intesa
- 16 Genetica
**Il ruolo dei geni nella durata
della gravidanza**
DI CARLO SBIROLI
- 18 Linee guida diagnosi prenatale
**Un percorso da fare
insieme alle donne**
DI ELSA VIORA

Gyneco Aogoi

NUMERO 5 - 2023 - BIMESTRALE - ANNO XXXIV

Nessuna novità sul fronte demografico

RAPPORTO
CEDAP
2022

RAPPORTO
SULL'EVENTO
NASCITA IN ITALIA

14-16 DICEMBRE 2023

**APPUNTAMENTO
A MILANO
CONGRESSO
NAZIONALE**

98° SIGO 30° AGUI
63° AOGOI 6° AGITE

Prosegue il costante calo delle nascite.

Più alta la fecondità a Trento e Bolzano e in Campania e Sicilia. Sardegna e Molise le Regioni meno prolifiche.

Scende la percentuale di nati morti, in tutte le aree del Paese.



SIGO

SOCIETÀ ITALIANA
DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA

SIGO 2023

98° CONGRESSO NAZIONALE

14 - 16 dicembre 2023 | Allianz MiCo | Milano

Gyneco Aogoi

Organo Ufficiale
dell'Associazione Ostetrici
Ginecologi Ospedalieri Italiani



Numero 5- 2023
Anno XXXIV

Presidente
Antonio Chiàntera

Comitato Scientifico
Antonio Chiàntera
Claudio Crescini
Giovanni Monni
Pasquale Pirillo
Carlo Sbiroli
Sergio Schettini
Carlo Maria Stigliano
Vito Trojano
Elsa Viora

Direttore Responsabile
Ester Maragò

Editore
SICS S.r.l. Società Italiana
di Comunicazione Scientifica
e Sanitaria
Sede legale:
Via Giacomo Peroni, 400
00131 Roma
Sede operativa:
Via della Stelletta, 23
00186 Roma
email: info@sicseditore.it

Ufficio Commerciale
SICS - info@sicseditore.it
Tel. (+39) 06.89.27.28.41

Stampa
STRpress, Pomezia - Roma

Abbonamenti
Annuo: Euro 26.
Singola copia: Euro 4
Reg. Trib. di Milano
del 22.01.1991 n. 33
Finito di stampare:
novembre 2023
Tiratura 4.000 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



Presidenti:

Irene Cetin
Michele Vignali

Antonio Pellegrino
Silvia Von Wunster

La salute delle Donne è il futuro del Pianeta

DONNA AMBIENTE E SALUTE



SIGO
SOCIETÀ ITALIANA
DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA

98° Congresso Nazionale



63° Congresso Nazionale



AGUI
Associazione Ginecologi
Universitari Italiani

30° Congresso Nazionale



6° Congresso Nazionale

Per informazioni: info@sigo2023.it

CEDAP 2022 RAPPORTO SULL'EVENTO NASCITA IN ITALIA

Nessuna novità sul fronte demografico

**RAPPORTO
CEDAP
2022**

Costante il trend di fecondità: prosegue il calo delle nascite.

Diminuisce la percentuale di nati morti, in tutte le aree del Paese.

Più alta la fecondità a Trento e Bolzano e in Campania e Sicilia. Sardegna e Molise le Regioni meno prolifiche

Ancora nessuna novità sul fronte demografico, nel corso del 2022 prosegue il calo delle nascite, (393.997 nel 2022 rispetto ai 395.079 del 2021 e ai 535.428 nati totali nel 2012), ma diminuisce (seppur lievemente) la percentuale di nati morti, in tutte le aree del Paese.

Un trend delle nascite in continua diminuzione in larga misura dovuto all'effetto della modificazione della struttura per età della popolazione femminile e in parte dalla diminuzione della propensione ad avere figli. Ma non solo, è attribuibile anche ad una diminuzione della fecondità tra le cittadine straniere che avevano finora compensato questo squilibrio strutturale

LA FECONDITÀ si mantiene comunque in generale pressoché costante rispetto agli anni precedenti: nel 2022 il numero medio di figli per donna è pari a 1,24 (nel 2012 era di 1,42) e con livelli più elevati di fecondità al Nord nelle Province Autonome di Trento e Bolzano e nel Mezzogiorno in Campania e Sicilia. Le Regioni in assoluto meno prolifiche sono invece Sardegna e Molise. Salgono a oltre 14 mila i nati con le tecniche di Pma.

L'89% dei parti nel 2022 è avvenuto in Istituti di cura pubblici, il 62,2% in strutture dove avvengono almeno mille parti annui.

L'età media della madre è di 33,1 anni per le italiane mentre scende a 31,1 anni per le cittadine straniere. I valori mediani sono invece di 33,7 anni per le italiane e 31,4 anni per le straniere. L'età media al primo figlio è per le donne italiane, quasi in tutte le Regioni, superiore a 31 anni, con variazioni sensibili tra le regioni del Nord e quelle del Sud. Le donne straniere partoriscono il primo figlio in media a 29,2 anni.

Questi gli scenari tratteggiati dal Rapporto sull'evento nascita in Italia, realizzato dall'Ufficio di Statistica del ministero della Salute e che presenta le analisi dei dati rilevati dal flusso informativo del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP) dell'anno 2022.



I trend 2012-2022

NEL RAPPORTO sull'evento nascita in Italia anno 2022 sono stati introdotti alcuni elementi innovativi, relativi agli andamenti di tendenza, da 2012 al 2022 delle principali variabili osservate, ossia il luogo del parto, le caratteristiche delle madri, la gravidanza, il parto, il neonato e le tecniche di procreazione medicalmente assistita.

Dal Rapporto emerge che la fecondità si mantiene pressoché costante rispetto agli anni precedenti: nel 2022 il numero medio di figli per donna è pari a 1,24 (rispetto a 1,42 del 2012).

Negli ultimi 10 anni il tasso mortalità infantile, che misura la mortalità nel primo anno di vita, ha continuato a diminuire su tutto il territorio italiano, anche se negli anni più recenti si assiste ad un rallentamento di questo trend. Permangono, inoltre, notevoli differenze territoriali.

Il tasso di mortalità neonatale rappresenta la mortalità entro il primo mese di vita e contribuisce per oltre il 70% alla mortalità infantile.

I decessi nel primo mese di vita sono dovuti principalmente a cause cosiddette endogene, legate alle condizioni della gravidanza e del parto o a malformazioni congenite del bambino. La mortalità nel periodo post neonatale è invece gene-

TABELLA 1
Alcuni indicatori demografici

Anni	Nati totali	Nati vivi	Nati morti per 1.000 nati
2012	535.428	533.342	2,84
2013	512.327	510.659	2,66
2014	502.446	500.895	2,74
2015	486.451	484.936	2,86
2016	474.925	472.421	2,78
2017	461.284	459.929	2,86
2018	442.676	441.457	2,59
2019	421.913	420.795	2,60
2020	404.260	403.180	2,65
2021	401.087	400.007	2,68
2022	393.997	393.055	2,40

TABELLA 2
Nati totali, nati vivi e nati morti
Anni
2012-2022

Regione	Anno 2021		Anno 2018				
	Tasso natalità	Tasso fecondità totale	Tasso mortalità infantile	Tasso mortalità neonatale			Tasso mortalità infantile 1 mese e oltre
				<1 giorno	1-6gg	1-29gg	
Piemonte	6,1	1,22	24,31	4,29	6,08	11,08	8,94
Valle d'Aosta	6,3	1,26	23,78	0,00	0,00	11,89	11,89
Lombardia	6,8	1,26	21,88	4,38	4,92	9,44	8,07
Trentino Alto Adige	8,3	1,51	17,95	5,28	0,00	3,17	9,50
Bolzano	9,2	1,65	15,28	1,91	0,00	1,91	11,46
Trento	7,4	1,37	21,23	9,44	0,00	4,72	7,08
Veneto	6,5	1,27	25,63	5,96	5,36	10,43	9,24
Friuli V.G.	6,1	1,26	20,01	6,67	1,33	8,01	5,34
Liguria	5,6	1,20	26,29	1,14	6,86	18,29	6,86
Emilia Romagna	6,7	1,27	27,81	4,53	5,50	13,91	9,38
Toscana	5,9	1,16	14,50	5,97	2,13	4,26	4,26
Umbria	5,7	1,13	16,14	5,38	7,17	10,76	0,00
Marche	5,9	1,16	21,72	10,34	3,10	3,10	8,28
Lazio	6,3	1,16	23,92	5,40	3,60	10,29	8,23
Abruzzo	6,3	1,18	30,59	7,06	11,76	16,47	7,06
Molise	5,8	1,09	15,57	5,19	5,19	5,19	5,19
Campania	7,9	1,33	27,18	5,56	7,92	14,12	7,49
Puglia	6,7	1,22	21,75	4,35	4,71	10,88	6,53
Basilicata	6	1,09	35,40	16,34	8,17	13,62	5,45
Calabria	7,3	1,28	44,17	10,35	12,42	22,08	11,73
Sicilia	7,6	1,35	33,41	7,25	8,29	16,31	9,84
Sardegna	4,9	0,95	18,06	5,64	5,64	9,03	3,39
ITALIA	6,7	1,24	25,04	5,62	5,71	11,47	7,95

Fonte: ISTAT - Istituto Nazionale di Statistica

Nota: Gli indicatori di mortalità sono riferiti all'area geografica di residenza

TABELLA 3
Distribuzione regionale dei parti secondo il luogo dove essi avvengono
Anno 2022

Regione	Punto nascita			Domicilio	Altro	Totale	% Non indicato errato	Parti
	Pubblico	Accreditato	Privato					
Piemonte	99,8	0,0	0,0	0,11	0,04	100,0	0,00	24.876
Valle d'Aosta	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	736
Lombardia	88,7	11,1	0,0	0,11	0,03	100,0	0,02	66.918
P.A. Bolzano	99,2	0,0	0,0	0,8	0,0	100,0	0,0	4.863
P.A. Trento	99,2	0,0	0,0	0,60	0,21	100,0	0,0	3.827
Veneto	96,9	2,6	0,0	0,41	0,15	100,0	0,0	31.296
Friuli Venezia Giulia	90,3	9,0	0,0	0,53	0,21	100,0	0,0	7.780
Liguria	99,7	0,0	0,0	0,1	0,2	100,0	0,0	8.095
Emilia Romagna	99,6	0,0	0,0	0,27	0,15	100,0	0,0	30.038
Toscana	99,9	0,0	0,0	0,00	0,02	100,0	0,1	21.819
Umbria	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	4.983
Marche	100,0	0,0	0,0	0,00	0,0	100,0	0,0	8.190
Lazio	81,2	18,5	0,3	0,0	0,0	100,0	0,0	35.829
Abruzzo	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	7.866
Molise	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	1.298
Campania	56,4	43,6	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	44.042
Puglia	93,1	6,9	0,0	0,00	0,00	100,0	0,0	26.118
Basilicata	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	3.410
Calabria	91,4	8,6	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	12.603
Sicilia	88,7	11,3	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	36.182
Sardegna	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	7.165
Totale	89,0	10,8	0,0	0,11	0,04	100,0	0,00	387.934

ralmente dovuta a fattori di tipo esogeno legati alla qualità dell'ambiente igienico, sociale ed economico in cui vivono la madre e il bambino. Nel 2022 sono stati rilevati 994 nati morti corrispondenti ad un tasso di natimortalità, pari a 2,40 nati morti ogni mille nati (nel 2019 era di 2,50 bambini ogni mille nati vivi). *Vedi tabella 1 e 2.*

DOVE PARTORISCONO LE DONNE IN ITALIA L'89,0% dei parti è avvenuto negli Istituti di cura pubblici ed equiparati (+0,1% rispetto al 2021), il 10,8% nelle case di cura (era dell'11,4% nel 2021) e solo lo 0,15% altrove (altra struttura di assistenza, domicilio, etc.).

Nelle Regioni in cui è rilevante la presenza di strutture private accreditate rispetto alle pubbliche, le percentuali, come già emerso nei precedenti Rapporti, sono sostanzialmente diverse. Il 62,2% dei parti si svolge in strutture dove avvengono almeno mille parti annui (137 strutture che rappresentano il 34,7% dei punti nascita totali). Il 7,5% dei parti avviene invece in strutture che accolgono meno di 500 parti annui. Rispetto al rapporto 2021 si notano leggere differenze in termini percentuali: nel 2021 erano 140 le strutture con più di mille parti l'anno, il 62,8% e il 7,1% quelle con meno di 500 parti annui.

Gli scenari sono molto diversi da Regione a Regione. Nel 2022 in 3 Regioni, tutte collocate al Centro-nord del Paese, oltre il 70% dei parti si è svolto in punti nascita di grandi dimensioni (almeno mille parti annui): Lombardia, Emilia Romagna e Provincia autonoma di Trento.

Un'organizzazione opposta della rete di offerta si registra nelle Regioni del Sud dove oltre il 35% dei parti si svolge in punti nascita con meno di mille parti annui. In particolare in Molise tutti i punti nascita hanno effettuato nel 2022 meno di mille parti annui.

Per quanto riguarda le Unità di Terapia Intensiva Neonatale (Tin) sono presenti in 120 dei 395 punti nascita analizzati e 91 Unità Tin sono collocate nell'ambito dei 137 punti nascita dove hanno luogo almeno mille parti l'anno, le restanti 29 Unità Tin sono collocate in punti nascita che effettuano

meno di 800 parti annui.

Le Unità Operative di Neonatologia sono invece presenti in 228 punti nascita di cui 112 svolgono più di mille parti l'anno.

LA PERCENTUALE DEI PARTI PRETERMINE (<37 SETTIMANE) passa da circa 7 parti pre-termine ogni 100 parti a 6; Nei punti nascita con meno di 500 parti all'anno, la frequenza dei parti pre-termine raggiunge il 3,61%, di questi il 2,53% è costituito da parti molto pre-termine e l'1,68% è costituito da parti estremamente pre-termine. Nei punti nascita con meno di 500 parti e senza la presenza di Unità Operativa di Neonatologia e/o Terapia intensiva neonatale tali percentuali sono, rispettivamente 2,13%, 1,68% e 1,03%. *Vedi tabella 3 e 4.*

LE CARATTERISTICHE DELLE MADRI: CITTADINANZA, GRADO DI ISTRUZIONE E PROFESSIONE

Nel 2022, circa il 20,0% dei parti è relativo a madri di cittadinanza non italiana. Tale fenomeno è più diffuso nelle aree del Paese con maggiore presenza straniera, ovvero al Centro-Nord, dove più del 26% dei parti avviene da madri non italiane; in particolare, in Emilia Romagna, Liguria e Marche oltre il 30% delle nascite è riferito a madri straniere. Le aree geografiche di provenienza più rappresentate, sono quella dell'Africa (28,7%) e dell'Unione Europea (19,6%). Le madri di origine Asiatica e Sud Americana costituiscono rispettivamente il 19,3% ed il 7,9% delle madri straniere.

CEDAP 2022 RAPPORTO SULL'EVENTO NASCITA IN ITALIA

Delle donne che hanno partorito nel 2022 il 42,5% ha una scolarità medio alta, il 22,7% medio bassa e il 34,8% ha conseguito la laurea. Fra le straniere prevale invece una scolarità medio bassa (41,3%). L'analisi della condizione professionale evidenzia che il 58,6% delle madri ha un'occupazione lavorativa, il 24,7% sono casalinghe e il 14,5% sono disoccupate o in cerca di prima occupazione.

SEMPRE ALTA L'ETÀ MEDIA DELLE MADRI (SIA PER LE ITALIANE CHE PER LE STRANIERE)

Nello specifico per le italiane i dati indicano una percentuale del 65,5% dei parti nella classe di età tra 30-39 anni; mentre per le altre aree geografiche è l'incidenza delle madri di età compresa tra 20 e 29 anni che risulta prevalente negli altri Paesi Europei (45,9%). L'età media della madre è di 33,1 anni per le italiane, mentre scende a 31,1 anni per le cittadine straniere. I valori mediani sono invece di 33,7 anni per le italiane e 31,4 anni per le straniere. L'età media al primo figlio è per le donne italiane, quasi in tutte le Regioni, superiore a 31 anni, con variazioni sensibili tra le regioni del Nord e quelle del Sud. Le donne straniere partoriscono il primo figlio in media a 29,2 anni. In media, a livello nazionale, ogni donna che ha partorito nel 2022 ha avuto 0,26 aborti in concepimenti precedenti, nell'80,13% dei casi le madri non hanno mai avuto in precedenza aborti spontanei, il 17,53% hanno avuto 1 o 2 aborti spontanei e nell'1,32% più di 2 aborti spontanei.

La gravidanza

ANCORA ALTO IL NUMERO DI VISITE DI CONTROLLO EFFETTUATE IN GRAVIDANZA, così come le ecografie (seppur meno marcatamente); nel 91,9% delle gravidanze il numero di visite ostetriche effettuate è superiore a 4. Per quanto concerne le ecografie, nel 2022 a livello nazionale, sono state effettuate in media 5,7 ecografie per ogni parto, con valori regionali variabili tra 4,1 ecografie per parto in Piemonte e 7,7 ecografie in Sardegna. Per il 76,7% delle gravidanze, si registra un numero di ecografie superiore a 3, valore raccomandato dai protocolli di assistenza alla gravidanza del Ministero della Salute.

Insomma, i dati evidenziano ancora il fenomeno dell'eccessiva medicalizzazione e del sovra-utilizzo di prestazioni diagnostiche in gravidanza. E il numero di ecografie effettuate non appare correlato al decorso della gravidanza. *Vedi tabella 5.*

DALL'ANALISI DELLA PERCENTUALE DI GRAVIDANZE in cui viene effettuata la prima visita dopo l'11° settimana di gestazione emergono alcune correlazioni significative con le caratteristiche socio-demografiche delle madri, quali: la cittadinanza, il titolo di studio e l'età. Le donne con cittadinanza straniera non si sottopongono ad alcun controllo nell'1,3% dei casi, rispetto ad una percentuale dello 0,7% per le donne italiane, e si sottopongono alla prima visita di controllo dopo l'undicesima settimana di gestazione nel 10,5% dei casi, rispetto all'1,9% delle donne italiane.

Le donne con scolarità medio-bassa effettuano la prima visita più tardivamente: la percentuale di donne con titolo di studio elementare o senza nessun titolo che effettuano la prima visita dopo l'11° settimana di gestazione è pari al 11,3% mentre per le donne con scolarità alta, la percentuale è del

2,9%. Anche la giovane età della donna, in particolare nelle madri al di sotto dei 20 anni, risulta associata ad un maggior rischio di controlli assenti (2,4%) o tardivi (1° visita effettuata oltre l'undicesima settimana di gestazione nel 12,4% dei casi).

NELL'AMBITO DELLE TECNICHE DIAGNOSTICHE PRENATALI INVASIVE, l'amniocentesi è quella più usata, seguita dall'esame dei villi coriali (nell'1,5% delle gravidanze) e dalla funicolocentesi (nello 0,3%). In media ogni 100 parti sono state effettuate 2,1 amniocentesi. L'utilizzo di tale indagine prenatale è diversificato a livello regionale, nelle regioni meridionali si registra una percentuale al di sotto del 5% mentre i valori più alti si hanno in Umbria (6,2%), in Liguria (3,1%) e in Campania (2,9%). A livello nazionale alle madri con più di 40 anni il prelievo del liquido amniotico è stato effettuato nel 6,05% dei parti denotando un trend decrescente nell'ultimo triennio.

ECOGRAFIE

MEDIA ITALIA
5,7 per parto

PIEMONTE

4,1

SARDEGNA

7,7

SUPERIORE A 3 VALORE RACCOMANDATO DAI PROTOCOLLI DI ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA DEL MINISTERO DELLA SALUTE

RAPPORTO CEDAP 2022

TABELLA 4
Unità operative di Terapia Intensiva Neonatale (U.T.I.N.) e di Neonatologia (U.O.N.) Anno 2022

Classi di parti	Presenza dell'unità di neonatologia		Presenza dell'unità di terapia intensiva neonatale		Totale Punti Nascita	Totale Parti		Numero medio di parti per punto nascita
	V.A.	%	V.A.	%		v.a.	%	
0-499	29	30,2	1	1,0	96	29.034	7,5	302
500-799	49	46,2	11	10,4	106	67.845	17,5	640
800-999	38	67,9	17	30,4	56	49.719	12,8	888
1000-2499	93	79,5	72	61,5	117	173.366	44,8	1.482
2500 e più	19	95,0	19	95,0	20	67.357	17,4	3.368
Totale	228	57,7	120	30,4	395	387.321	100,0	981

TABELLA 5
Distribuzione delle ecografie effettuate per decorso della gravidanza

Decorso della gravidanza	Ecografie per gravidanza		
	2020	2021	2022
Fisiologica	5,66	5,79	5,90
Patologica	5,55	5,71	5,77
non indicato	5,13	5,70	5,64
Totale	5,60	5,77	5,85

TABELLA 6
Distribuzione dei parti secondo la modalità del parto e la tipologia di struttura ospedaliera dove essi avvengono Anno 2022

Modalità del parto	Pubblico	Casa di cura		Totale parti in ospedale
		Accreditata	Privata	
Spontaneo	64,9	49,8	26,5	244.725
Cesareo	29,3	44,5	69,9	119.967
Altro	5,8	5,8	3,5	22.440
Totale	100,0	100,0	100,0	387.132

TABELLA 7
Distribuzione dei parti secondo la modalità del parto e la tipologia di struttura ospedaliera dove essi avvengono Anno 2022

Regione	Pubblico	Casa di cura		Totale
		Accreditata	Privata	
Piemonte	26,8			26,8
Valle d'Aosta	24,6			24,6
Lombardia	23,0	23,7		23,0
Prov. Auton. Bolzano	25,3			25,3
Prov. Auton. Trento	20,4			20,4
Veneto	24,7	24,5		24,7
Friuli Venezia Giulia	22,0	23,1		22,1
Liguria	30,1			30,1
Emilia Romagna	22,9			22,9
Toscana	18,3			18,3
Umbria	22,6			22,6
Marche	25,7			25,7
Lazio	35,1	42,2	69,9	36,5
Abruzzo	32,0			32,0
Molise	34,7			34,7
Campania	44,3	54,2		48,6
Puglia	38,0	36,4		37,9
Basilicata	34,5			34,5
Calabria	35,5	39,1		35,8
Sicilia	37,9	52,7		39,6
Sardegna	35,0			35,0
Totale	29,3	44,5	69,9	31,0

Il parto

LA DONNA HA ACCANTO A SÉ al momento del parto (esclusi i cesarei) nel 94,9% dei casi il padre del bambino, nel 4,1% un familiare e nell'1% un'altra persona di fiducia. La presenza di una persona di fiducia piuttosto che di un'altra è influenzata dall'area geografica.

SEMPRE ALTA LA PERCENTUALE DI PARTI CESAREI, NONOSTANTE SI SIA RIDOTTA NEL TEMPO passando dal 36% del 2012 al 31% circa del 2022, e con effetto diversificato a seconda della tipologia di struttura ospedaliera dove avvengono. I dati denotano comunque una tendenza alla diminuzione in linea con le indicazioni delle "Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo".

Il parto cesareo inoltre è più frequente nelle donne con cittadinanza italiana rispetto alle donne straniere che ricorre al taglio cesareo nel 27,4% dei parti rispetto al 31,8% dei parti di madri italiane. L'associazione delle modalità del parto con la presentazione del feto indica, anche per il 2022, che il ricorso al taglio cesareo è maggiore quando il feto non si presenta di vertice. Il 28,24% dei parti in cui il feto si presenta di vertice avviene comunque con il taglio cesareo.

Rispetto al luogo del parto le case di cura accreditate continuano a mostrare un'elevata propensione all'uso del taglio cesareo: in circa il 44,5% dei parti contro il 29,3% negli ospedali pubblici. Nei punti nascita con meno di 800 parti annui, l'incidenza di parti cesarei è significativamente maggiore di quella che si osserva mediamente a

livello nazionale (30,97%): nelle strutture dove hanno luogo meno di 500 parti annui si ricorre al taglio cesareo nel 33,75% dei casi; in quelle dove hanno luogo fra 500 e 800 parti annui nel 31,18% dei casi. Il fenomeno è correlato anche alla maggiore concentrazione di strutture private nelle classi dei punti nascita di dimensioni ridotte. L'analisi relativa ai professionisti sanitari presenti al momento del parto non esclude i parti cesarei. Oltre all'ostetrica (95,77%) al momento del parto sono presenti: nell'87,36% dei casi il ginecologo, nel 44,03% l'anestesista e nel 69,66% il pediatra/neonatalogo. *Vedi tabella 6 e 7.*

I neonati

I NATI VIVI TOTALI registrati nel 2022 dalle anagrafi comunali sono 392.598 quelli rilevati attraverso il CeDAP sono 393.997, con un tasso di natalità di 2,40 nati morti ogni mille nati. La distribuzione dei nati per classi di peso alla nascita è pressoché invariata rispetto a quella del 2021: pesi inferiori ai 1.500 grammi si osservano nello 0,9% dei nati (erano lo 0,8% nel 2021), il 6,2% ha un peso compreso tra 1.500 e 2.499 grammi (il 6% nel 2021), l'87,9% ha un peso tra 2.500 e 3.999 ed il 5,0% supera i 4 kg alla nascita; i nati a termine con peso inferiore ai 2.500 grammi sono circa il 3,0%.

Il 98,5% dei nati ha riportato, a livello nazionale, un punteggio Apgar da 7 a 10 e solo lo 0,73% dei neonati è risultato gravemente o moderatamente depresso. L'analisi del punteggio Apgar in relazione al peso alla nascita, evidenzia che sono soprattutto i neonati con un peso inferiore ai 1.500

grammi a far registrare un punteggio Apgar più sfavorevole.

Nel 2022 solo per il 34,1% dei 994 bambini nati morti è stata indicata la causa che ha determinato il decesso, nel 38,9% dei casi il motivo della morte non viene indicato e nel 26,1% dei casi viene indicata una causa errata o incompatibile con sesso e/o età. Sono state segnalati 4.332 casi di malformazioni riscontrabili al momento della nascita o nei primi 10 giorni di vita e per l'85,3% dei casi è stato indicato il tipo di malformazione. *Vedi tabella 8.*

TRA LE PRIME 10 CAUSE di nati mortalità figurano: problemi fetali e placentari che interferiscono con il trattamento della madre (25,2%); altre e mal definite manifestazioni morbose ad insorgenza perinatale (18,1%), ipossia intrauterina e asfissia alla nascita (11,3%); esito del parto (5,1%); feto o neonato affetto da complicazioni della placenta, del cordone ombelicale e delle membrane (4,4%); aritmie cardiache (3,9%), problemi relativi a bassa età gestazionale e basso peso alla nascita (3,4%); sindrome da distress respiratorio neonatale (2,8%); complicazioni del cordone ombelicale (2,7%); morte improvvisa da causa sconosciuta (2,7%).

LA PERCENTUALE DI DONNE CHE RICORRE ALLA FECONDAZIONE IN VITRO CON SUCCESSIVO TRASFERIMENTO DI EMBRIONI NELL'UTERO (FIVET) passa dal 37% del 2012 al 48% dell'anno 2022 e continua ad essere la tecnica più utilizzata; aumenta invece solo lievemente la percentuale di chi ricorre al metodo di fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma (Icsi). Il ricorso ad una tecnica di procreazione medicalmente assistita (Pma) risulta effettuato in media in 3,7 gravidanze ogni 100. La tecnica più utilizzata è stata la fecondazione in vitro con successivo trasferimento di embrioni nell'utero (Fivet), seguita dal metodo di fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma (Icsi).

NEL COMPLESSO I PARTI CON PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA) aumentano del 73% nel periodo considerato, ma diminuisce notevolmente la percentuale di parti plurimi in gravidanza con PMA (21% nel 2012, 9% nel 2022). Nel 2022 delle 387.934 schede pervenute, 14.364 sono relative a gravidanze in cui è stata effettuata una tecnica di Pma, in media 3,7 per ogni 100 gravidanze. A livello nazionale circa il 2,8% dei parti con procreazione medicalmente assistita ha utilizzato trattamento farmacologico. La fecondazione in vitro con trasferimento di embrioni in utero riguarda il 47,8% dei casi mentre la fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma riguarda il 35,0% dei casi e il 5,6% il trasferimento dei gameti maschili in cavità uterina. L'utilizzo delle varie metodiche è molto variabile dal punto di vista territoriale. Nelle gravidanze con Pma il ricorso al taglio cesareo nel 2022 si è verificato nel 52,5% di casi. La percentuale di parti plurimi in gravidanze medicalmente assistite (8,9%) è sensibilmente superiore a quella registrata nel totale delle gravidanze (1,6%). Si osserva una maggiore frequenza di parti con procreazione medicalmente assistita tra le donne con scolarità medio alta (5,6%) e tra le donne con età superiore ai 35 anni. La percentuale di parti con Pma aumenta al crescere dell'età, in particolare è pari al 18,1% per le madri con età maggiore di 40 anni. *Vedi tabella 9.*

TABELLA 8
Distribuzione regionale dei nati totali, vivi e nati morti
Anno 2022

Regione	Nati totali	Nati vivi	Nati morti per 1000 nati
Piemonte	25.175	25.116	2,34
Valle d'Aosta	746	743	4,02
Lombardia	68.021	67.851	2,50
Prov. Auton. Bolzano	4.936	4.925	2,23
Prov. Auton. Trento	3.879	3.873	1,55
Veneto	31.755	31.654	3,18
Friuli Venezia Giulia	7.886	7.868	2,28
Liguria	8.191	8.167	2,69
Emilia Romagna	30.502	30.422	2,62
Toscana	22.121	22.087	1,54
Umbria	5.044	5.023	3,97
Marche	8.321	8.304	2,04
Lazio	36.410	36.305	2,88
Abruzzo	8.005	7.988	2,12
Molise	984	983	1,02
Campania	44.799	44.772	0,60
Puglia	26.624	26.534	3,38
Basilicata	3.453	3.437	4,63
Calabria	12.744	12.701	3,37
Sicilia	36.802	36.707	2,47
Sardegna	7.259	7.247	1,65
Totale	393.997	393.045	2,40

TABELLA 9
Distribuzione regionale dei parti con procreazione medicalmente assistita (PMA)
Anno 2022

Regione	Tecniche di procreazione medicalmente assistita (valore %)						Totale parti con PMA
	Fecondazione in vitro e trasferimento embrioni nell'utero (FIVET)	Fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma (ICSI)	Solo trattamento farmacologico per induzione ovulazione	Trasferimento di gameti nelle tube di Falloppio (GIFT)	Trasferimento di gameti maschili in cavità uterina (IUI)	altre tecniche	
Piemonte	50,9	30,5	1,6	0,6	5,4	10,9	1143
Valle d'Aosta	56,7	36,7	0,0	0,0	3,3	3,3	30
Lombardia	47,8	31,7	2,5	0,5	5,9	11,6	3.616
Prov. Auton. Bolzano	31,1	50,8	3,4	0,6	8,5	5,6	177
Prov. Auton. Trento	38,7	48,1	3,3	0,0	6,6	3,3	181
Veneto	55,2	30,0	3,3	0,2	6,0	5,3	1227
Friuli Venezia Giulia	49,7	37,6	2,5	0,6	8,3	1,4	362
Liguria	53,2	25,0	0,9	1,2	5,8	14,0	344
Emilia Romagna	53,4	36,9	1,6	0,4	5,1	2,5	1034
Toscana	39,2	53,7	2,9	0,3	2,1	1,8	1071
Umbria	46,9	40,7	0,0	0,0	7,1	5,3	113
Marche	52,2	42,4	1,6	0,0	2,0	2,0	255
Lazio	43,8	35,4	2,6	0,7	3,7	13,8	1479
Abruzzo	46,6	39,1	1,7	1,3	5,0	6,3	238
Molise	18,2	10,6	3,0	0,0	65,2	3,0	66
Campania	50,1	26,6	6,4	0,9	4,5	11,5	1241
Puglia	51,6	37,0	1,1	0,0	1,7	8,7	541
Basilicata	72,6	21,9	0,0	1,4	2,7	1,4	73
Calabria	62,4	27,1	0,0	1,2	4,7	4,7	170
Sicilia	35,0	45,6	4,4	0,4	3,1	11,4	922
Sardegna	67,9	12,3	4,9	1,2	6,2	7,4	81
Italia	47,8	35,0	2,8	0,5	5,1	8,8	14.364



NEL 2012
36%

NEL 2022
31%

MADRI ITALIANE
31,8%

MADRI STRANIERE
31%

NEL PRIVATO
44,5%

NEL PUBBLICO
29,3%

PMA

PARTI PLURIMI

NEL 2012
21%

NEL 2022
9%

FECONDAZIONE IN VITRO CON

TRASFERIMENTO DI EMBRIONI IN UTERO

47,8%

INIEZIONE DI SPERMATOZOO IN CITOPLASMA

35%

TRASFERIMENTO DEI GAMETI MASCHILI IN CAVITÀ UTERINA

5,6%

IVG, LA RELAZIONE AL PARLAMENTO

Aborti, prosegue il calo rispetto al 2020

I ginecologi obiettori sono il 63,6%

Prosegue il trend in discesa del numero di Ivg, in tutte le aree geografiche del Paese. Tuttavia se è diminuito o è rimasto stabile in tutte le classi di età, tra le donne over 20 al contrario è aumentato. Calano anche i tempi di attesa, pur persistendo una non trascurabile variabilità fra le Regioni.

Aumentano le Ivg entro le prime 8 settimane di gestazione, verosimilmente anche grazie al maggior ricorso all'aborto farmacologico: quello mediante mifepristone + prostaglandine è stato il metodo più utilizzato (48,3%), seguito da isterosuzione (42,7%) e raschiamento (8%). I ginecologi obiettori sono in media il 63,6% con ampie differenze regionali: si va dall'85% della Sicilia al 17,1% della Provincia di Trento

È QUANTO EMERGE dalla nuova Relazione al Parlamento sui dati 2021 sull'attuazione della L.194/78 che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria della gravidanza (IVG), curata dal Ministero della Salute e trasmessa al Parlamento nel mese settembre.

I dati vengono raccolti grazie al Sistema di Sorveglianza Epidemiologica delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG), attivo in Italia dal 1980 e vede impegnati il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), l'Istat, le Regioni e le due Province Autonome. Il monitoraggio avviene a partire dai questionari dell'Istat, che devono essere compilati per ciascuna IVG nella struttura in cui è stato effettuato l'intervento, poi raccolti e trasmessi dalle Regioni.

“In Italia – ha spiegato il ministro della Salute Orazio Schillaci, nelle sue considerazioni – il ricorso all'Ivg è, complessivamente, in continua e progressiva diminuzione dal 1983; il nostro Paese ha un tasso di abortività fra i più bassi tra quelli dei Paesi occidentali. La riduzione complessiva del ricorso all'Ivg in Italia è confermata dalla costante tendenza in diminuzione della percentuale di aborti ripetuti, anche tra le cittadine straniere; il fenomeno è spiegabile presumibilmente sia con il parallelo calo delle nascite, che con il maggiore e più efficace ricorso a metodi per la procreazione consapevole, alternativi all'aborto, secondo gli auspici della legge n. 194/78, che con la maggiore diffusione della contraccezione di emergenza. Nonostante la diminuzione delle IVG nelle donne straniere, si conferma il loro maggior rischio di abortività volontaria rispetto alle donne italiane. Pertanto – ha aggiunto – si conferma la necessità di promuovere l'accesso ai servizi sanitari per favorire scelte contraccettive informate e consapevoli per la prevenzione delle gravidanze indesiderate”.

MA QUALI SONO LE PRINCIPALI EVIDENZE DEL 2021? In totale sono state notificate 63.653 Ivg. Si con-

ferma il continuo andamento in diminuzione del fenomeno (-4,2% rispetto al 2020) a partire dal 1983, anno in cui si è riscontrato il valore più alto (234.801 casi). Il tasso di abortività (n. Ivg rispetto a mille donne di età 15-49 anni residenti in Italia), conferma il trend in diminuzione del fenomeno: è del 5,3 per mille 2021 (-2,2% rispetto al 2020). Soprattutto, il dato italiano rimane tra i valori più bassi a livello internazionale.

Il rapporto di abortività (n. Ivg per mille nati vivi) è di 159,0 per mille nel 2021 (corrispondente a 15,9 per 100 nati vivi) con una riduzione del 4,1% rispetto al 2020 (quando era pari a 165,9 IVG per mille nati vivi). Nel 2021 il 40,2% delle Ivg è stato effettuato da donne senza figli, in aumento rispetto al 39% del 2020.

Il numero degli aborti è inoltre diminuito in tutte le aree geografiche ma soprattutto nell'Italia Centrale. Rispetto al 2020, Marche e Toscana sono le Regioni in cui si è osservata una maggiore riduzione sia del numero assoluto di Ivg sia del tasso di abortività. *Vedi figura 1 e tabella 1.*

Le caratteristiche delle donne che ricorrono all'Ivg

Iniziamo con il dire che rispetto al 2020, il ricorso all'Ivg nel 2021 è diminuito o è rimasto stabile in tutte le classi di età, tranne che per le donne nella fascia di età inferiore ai 20 anni. I tassi di abortività più elevati restano nelle donne di età compresa tra i 25 e i 34 anni.

Tra le minorenni, il tasso di abortività è stato di 2,1 per mille donne e le ragazze under 18 che hanno effettuato una Ivg sono state 1.707, pari complessivamente al 2,7% (in aumento rispetto al 1,9 del 2020) di tutti gli interventi praticati in Italia, dato comunque costantemente inferiore a quello di Paesi europei con analoghi sistemi socio-sanitari. È il primo aumento registrato dopo una costante diminuzione dal 2011, quando era 4,5.



IL MINISTRO SCHILLACI



Eventuali problemi sono di organizzazione e non sono dovuti al personale obiettore

“Per la prima volta dal 2011 – ha detto il ministro – si registra un aumento del tasso di abortività delle minorenni, dopo una costante diminuzione. Un dato che è il risultato del contemporaneo aumento delle Ivg delle minori italiane e della diminuzione delle Ivg delle minori straniere. Dal 2020 al 2021 la distribuzione della contraccezione di emergenza è aumentata del 25% in riferimento all'Ulipistral acetato (ellaOne), mentre una leggera diminuzione si registra per il Levonorgestrel (Norlevo). Con determina Aifa n. 998 dell'8 ottobre 2020 è stato eliminato l'obbligo di prescrizione per ellaOne anche per le minorenni. La mancanza di tracciabilità delle vendite non consente di distinguere l'utilizzo della contraccezione di emergenza nelle diverse fasce di età, e neppure l'eventuale uso ripetuto all'interno di tali fasce. Per tali farmaci è indispensabile una corretta informazione per evitare un uso inappropriato”. *(Vedi tabella 2).* Aumenta leggermente la percentuale di donne nubili che hanno effettuato Ivg nel 2021: il 59,5% rispetto al 58% del 2020. Un aumento in parte ascrivibile alla diminuzione della quota di coniugate nella popolazione generale e alla maggior diminuzione del ricorso all'Ivg tra le donne sposate. Oltre l'80% degli aborti è stato effettuato da donne con licenza media superiore (45,9%) e inferiore (34,9%).

PER QUANTO RIGUARDA IL DATO DI MOBILITÀ REGIONALE, 93,7% è stato effettuato nella Regione di residenza, di queste l'87% nella Provincia di residenza, valori simili al 2020 e corrispondenti ad una bassa mobilità fra le Regioni, in linea con i flussi migratori anche relativi ad altri interventi del Ssn. Va però considerato, si legge nella Relazione, che questi 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.



NEL 2021 IL 91,3% DEGLI INTERVENTI È STATO ESEGUITO NEGLI ISTITUTI DI CURA PUBBLICI, il 4,3% nelle cliniche convenzionate autorizzate, il 4,3% negli ambulatori pubblici. Il 90,3% è stato effettuato senza necessità di ricovero ordinario, rispetto all'88,1% del 2020.

PROSEGUE IL RILEVANTE TREND IN DIMINUIZIONE DEL RICORSO ALL'ANESTESIA GENERALE. Nel 2021 il 27,8% degli interventi è stato effettuato in anestesia generale, rispetto al 37,7% nel 2020 e al 44,8% del 2019. Contemporaneamente continua ad aumentare la percentuale di interventi effettuati senza alcuna anestesia/analgesia: 39,8% nel 2021 rispetto al 29,3% nel 2020 e al 23,9% nel 2019. Una tendenza questa conseguente al maggior uso dell'aborto farmacologico, considerando che nel 2009 solo l'1,3% degli interventi era effettuato senza alcuna anestesia/analgesia e l'88,0% con anestesia generale.

DOPO UN AUMENTO NEL TEMPO, LE IVG TRA LE DONNE STRANIERE HANNO INIZIATO A DIMINUIRE. Nel 2020, ultimo anno per cui si dispone del tasso di abortività delle donne straniere, il valore era pari a 12,0 per mille donne, dato in calo (era pari a 17,2 donne nel 2014), ma che si mantiene comunque più elevato rispetto a quello delle donne italiane (5,0 per mille donne nel 2020). La percentuale di IvG effettuate da donne con precedente esperienza abortiva continua a diminuire dal 2009 ed è risultata del 24% nel 2021.

Modalità di svolgimento

Per il rilascio della certificazione necessaria alla richiesta di IvG le donne continuano a prediligere il consultorio familiare (42,8%), rispetto agli altri servizi (Medico di fiducia 20,3%; Servizio ostetrico-ginecologico 34,9%). Il consultorio, rileva la Relazione, non offre solo questo servizio ma svolge un importante ruolo nella prevenzione dell'IvG e nel supporto alle donne che decidono di interrompere la gravidanza, anche se non in maniera uniforme sul territorio. (Vedi figura 2) Continua ad aumentare la percentuale di interventi effettuati precocemente, quindi meno esposti a complicanze: il 61,7% degli interventi è stato effettuato entro le 8 settimane di gestazione (rispetto al 56% del 2020), il 21,7% a 9-10 settimane, il 9,9% a 11-12 settimane e il 6,7% dopo la dodicesima settimana. Vedi figura 3.

DIMINUISCONO I TEMPI DI ATTESA PER EFFETTUARE UNA IVG, anche se rimane una non trascurabile variabilità fra le Regioni. La percentuale di aborti effettuati entro 14 giorni dal rilascio del documento è infatti aumentata: 78,4% nel 2021 rispetto al 74,3% nel 2020. Contemporaneamente è diminuita la percentuale di interruzioni effettuate oltre le 3 settimane dal rilascio della certificazione (8,4% nel 2021 rispetto al 9,8% nel 2020). Vedi tabella 3.

Le tipologie di intervento

Nel 2021 le IvG chirurgiche sono state il 50,7% del totale degli interventi effettuati, in netta diminuzione rispetto al 64,4% del 2020. L'isterosuzione ha rappresentato la modalità più utilizzata per le chirurgiche (42,7% del totale degli interventi nel 2021, in netta diminuzione rispetto al 55,8% del 2020), ed è ancora quella prevalente in alcune Regioni specie nell'Italia del Sud (51,1%) e nelle Isole (57,7%). Le Marche (73,6%), il Molise (71,5%) e la P.A. di Bolzano (68,0%) sono le Regioni con le più alte percentuali di isterosuzione. Permane tuttavia un 8,0% di interventi eseguiti mediante raschiamento, con forte variabilità tra regionale. Alcune Regioni meridionali e insulari, soprattutto la Sardegna dove questa tecnica è stata utilizzata nel 24,9% dei casi rispetto al 30,4% del 2020, mantengono percentuali superiori alla media nazionale, mentre altre (Piemonte, P.A. di Trento, Liguria, Marche, Lazio, Molise, Campania, Puglia e Basilicata) presentano proporzioni inferiori al 5%.

SI RICORRE SEMPRE DI PIÙ ALL'ABORTO FARMACOLOGICO con ampie differenze tra le Regioni, sia per quanto riguarda il numero di interventi che per il numero di strutture che lo offrono. Nel 2021 il 48,3% degli interventi è stato effettuato con mifepristone e prostaglandine.

FIGURA 1
Tassi di abortività per area geografica
Anni 1983 e 2021

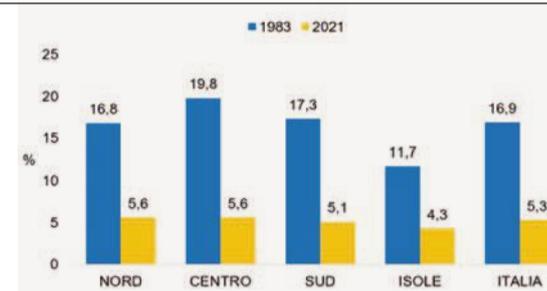


FIGURA 2
Distribuzione percentuale delle IVG per luogo della certificazione
Anno 2021

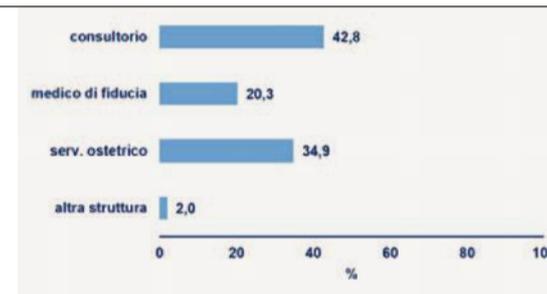


FIGURA 3
Distribuzione percentuale delle IVG per settimana gestazionale
Anno 2021

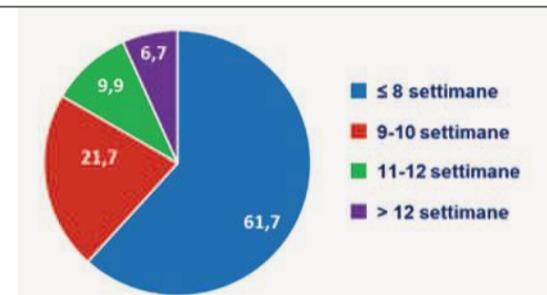


FIGURA 4
Numero IVG totali e mediante Mifepristone e prostaglandine
Anni 2009-2021

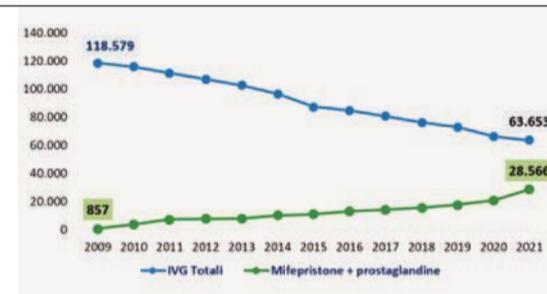
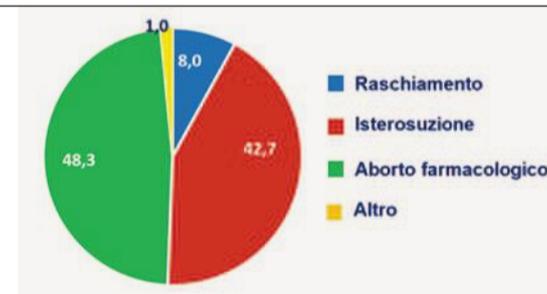


FIGURA 5
Distribuzione percentuale delle IVG per tipo di intervento
Anno 2021



Il confronto nel tempo evidenzia un incremento continuo dell'uso del Mifepristone e Prostaglandine: nel 2021 il Mifepristone con successiva somministrazione di prostaglandine è stato adoperato nel 45,3% dei casi, rispetto al 31,9% nel 2020; 24,9% nel 2019 e al 3,3% del 2010.

Si ricorre di più all'aborto farmacologico in 12 Regioni che presentano valori percentuali più elevati della media nazionale: Liguria (72,5%), Basilicata (72,0%), Calabria (72,0%), P.A. di Trento (67,6%), Emilia Romagna (64,9%), Piemonte (62,0%), Friuli Venezia Giulia (55,7%), Toscana (54,9%), Lazio (54,6%), Umbria (53,4%), Puglia (48,5%) Valle D'Aosta (48,2%), e si passa dal 19,6% delle Marche

Va detto che tutte le Regioni sono state in grado di fornire l'informazione dettagliata del tipo di intervento, come riportato nel questionario Istat, che prevede anche la suddivisione dell'aborto farmacologico in "solo Mifepristone" (1,9%), "Mife-

IVG, LA RELAZIONE AL PARLAMENTO

TABELLA 2
IVG in Italia per area geografica, 2021

	IVG	RAPPORTO PER 1000 NATI VIVI	TASSO PER 1000 DONNE 15-49 ANNI
ITALIA SETTENTRIONALE	30259	165,1	5,6
ITALIA CENTRALE	13193	173,3	5,6
ITALIA MERIDIONALE	14488	151,5	5,1
ITALIA INSULARE	5713	126,3	4,3
ITALIA	63653	159,0	5,3

TABELLA 1
Tassi Interruzioni volontarie di gravidanza, 2021

REGIONE	IVG	NATI VIVI *	DONNE 15-49 ANNI **	ABORTIVITA'		
				RAPPORTO PER 1000 NATI VIVI	TASSO PER 1000 DONNE 15-49 ANNI	TASSO DI FECONDITA' ***
ITALIA SETTENTRIONALE	30259	183320	5419275	165,1	5,6	33,8
Piemonte	5361	26532	815817	202,1	6,6	32,5
Valle d'Aosta	114	716	24022	159,2	4,7	29,8
Lombardia	10747	68599	2015134	156,7	5,3	34,0
Bolzano	494	5062	111756	97,6	4,4	45,3
Trento	561	4165	109826	134,7	5,1	37,9
Veneto	4086	32901	963991	124,2	4,2	34,1
Friuli Venezia Giulia	1219	7249	223991	168,2	5,4	32,4
Liguria	1976	8422	271809	234,6	7,3	31,0
Emilia Romagna	5701	29674	882929	192,1	6,5	33,6
ITALIA CENTRALE	13193	76112	2359439	173,3	5,6	32,3
Toscana	4284	22158	719779	193,3	6,0	30,8
Umbria	856	5046	168383	169,6	5,1	30,0
Marche	1124	9156	292515	122,8	3,8	31,3
Lazio	6929	39752	1178762	174,3	5,9	33,7
ITALIA MERIDIONALE	14488	95633	2863135	151,5	5,1	33,4
Abruzzo	1326	8188	253220	161,9	5,2	32,3
Molise	242	1599	56827	151,3	4,3	28,1
Campania	5810	43309	1236551	134,2	4,7	35,0
Puglia	5152	26263	820229	196,2	6,3	32,0
Basilicata	399	3288	109264	121,4	3,7	30,1
Calabria	1559	12986	387044	120,1	4,0	33,6
ITALIA INSULARE	5713	45227	1323597	126,3	4,3	34,2
Sicilia	4331	37065	1014437	116,8	4,3	36,5
Sardegna	1382	8162	309160	169,3	4,5	26,4
ITALIA	63653	400292	11965446	159,0	5,3	33,5

* numero nati vivi nel 2021 della popolazione presente (Istat - Bollettino mensile di statistica on line)

** numero donne 15-49 anni al gennaio 2021 (demo.istat.it)

*** numero nati vivi per 1000 donne 15-49 anni

pristone + prostaglandine” (45,3%) e “sole prostaglandine” (1,1%), che nel suo insieme è stato pari al 48,3% del totale delle Ivg (in netto aumento rispetto al 35,1% del 2020). Vedi figura 4 e 5.

OBIETTORI DI COSCIENZA. Per quanto attiene all'obiezione di coscienza, nel 2021 il fenomeno ha riguardato il 63,6% dei ginecologi (valore in diminuzione rispetto al 64,6% del 2020), il 40,5% degli anestesisti e il 32,8% del personale non medico. Anche su questo fronte si rilevano ampie variazioni regionali per tutte e tre le categorie. Nel Settentrione la percentuale di ginecologi obiettori è del 54,7% (32,4 gli anestesisti e 27,2% il personale non medico), con variazioni regionali: si va dal 67,6% del Veneto al 17,1 di Trento. Al Centro sono il 63% (38,8 gli anestesisti e 23,6% il personale non medico), le Marche sono la regione con il maggior numero di obiettori (71%) la Toscana quella con meno ginecologi obiettori (53,1%).

Le percentuali salgono nel Meridione con il 78,5% di medici obiettori (54,4% gli anestesisti e 65,7% il personale non medico) si va dall'84% dell'Abruzzo al 64,3% della Calabria.

Nelle isole i ginecologi obiettori sono il 76,5% (65,4% gli anestesisti e 59,3% il personale non medico).

La regione con la più alta percentuale di ginecologi obiettori è la Sicilia (85%), seguita dall'Abruzzo (84%) e dalla Puglia (80,6%). Vedi tabella 4.

I dati sull'obiezione di coscienza mostrano poi un continuo calo del numero di Ivg medie settimanali a carico dei ginecologi non obiettori, a livello nazionale - 0,9 Ivg settimanali - con poche variabilità a livello regionale. L'analisi dei carichi di lavoro per ciascun ginecologo non obiettore non sembra evidenziare particolari criticità nei servizi di Ivg, a livello regionale o di singole strutture. “Alla luce di tali dati - ha evidenziato il ministro nelle sue considerazioni - eventuali problematiche nell'offerta del servizio Ivg potrebbero essere riconducibili all'organizzazione del servizio stesso, e non alla numerosità del personale obiettore. Il consultorio familiare rappresenta un servizio di riferimento per molte donne e coppie, promuovendo scelte consapevoli, anche per quanto riguarda il percorso Ivg”.

TABELLA 3
Obiezione per categoria professionale nel servizio in cui si effettua l'IVG, 2021

REGIONE	GINECOLOGI		ANESTESISTI		PERS. NON MEDICO	
	N	%	N	%	N	%
ITALIA SETTENTRIONALE	1177	54,7	1142	32,4	3016	27,2
Piemonte	193	55,5	162	29,0	291	19,2
Valle d'Aosta	3	25,0	2	22,2	4	13,3
Lombardia	421	57,4	367	33,4	1224	36,3
Bolzano	17	45,9	31	40,3	133	51,0
Trento	7	17,1	26	28,6	277	14,7
Veneto	229	67,6	314	43,1	666	37,1
Friuli Venezia Giulia	61	53,0	32	20,4	122	23,3
Liguria	69	51,9	43	19,4	104	18,2
Emilia Romagna	177	45,0	165	28,2	195	17,1
ITALIA CENTRALE	571	63,0	575	38,8	1364	23,6
Toscana	186	53,1	115	21,3	284	17,6
Umbria	53	63,9	118	60,8	134	50,6
Marche	93	71,0	93	40,6	650	21,3
Lazio	239	69,7	249	48,0	296	34,6
ITALIA MERIDIONALE	625	78,5	531	54,4	1595	65,7
Abruzzo	79	84,0	96	65,3	202	52,3
Molise	7	77,8	5	45,5	6	75,0
Campania	215	79,6	164	56,2	464	74,1
Puglia	228	80,6	150	41,4	650	67,5
Basilicata	33	78,6	38	63,3	73	57,0
Calabria	63	64,3	78	74,3	200	63,3
ITALIA INSULARE	417	76,5	458	65,4	807	59,3
Sicilia	311	85,0	383	69,8	636	71,5
Sardegna	106	59,2	75	49,7	171	36,3
ITALIA	2790	63,4	2706	40,5	6782	32,8

TABELLA 4
Tempi di attesa tra certificazione ed intervento, 2021

REGIONE	≤ 14		15-21		GIORNI 22-28		> 28		NON RILEVATO		TOTALE
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**	
ITALIA SETTENTRIONALE	22506	75,4	4226	14,2	1623	5,4	1500	5,0	404	1,3	30259
Piemonte	4558	87,1	456	8,7	149	2,8	70	1,3	128	2,4	5361
Valle d'Aosta	85	75,9	18	16,1	3	2,7	6	5,4	2	1,8	114
Lombardia	6860	64,8	2305	21,8	953	9,0	466	4,4	163	1,5	10747
Bolzano	388	78,5	91	18,4	11	2,2	4	0,8	0	0,0	494
Trento	453	80,7	82	14,6	20	3,6	6	1,1	0	0,0	561
Veneto	2343	57,3	602	14,7	314	7,7	827	20,2	0	0,0	4086
Friuli Venezia Giulia	989	82,6	136	11,4	39	3,3	33	2,8	22	1,8	1219
Liguria	1541	80,3	261	13,6	68	3,5	49	2,6	57	2,9	1976
Emilia Romagna	5289	93,3	275	4,9	66	1,2	39	0,7	32	0,6	5701
ITALIA CENTRALE	11111	85,1	1288	9,9	414	3,2	240	1,8	140	1,1	13193
Toscana	3628	85,4	375	8,8	153	3,6	90	2,1	38	0,9	4284
Umbria	622	75,9	136	16,6	36	4,4	26	3,2	36	4,2	856
Marche	893	79,4	164	14,6	48	4,3	19	1,7	0	0,0	1124
Lazio	5968	87,0	613	8,9	177	2,6	105	1,5	66	1,0	6929
ITALIA MERIDIONALE	11648	82,8	1610	11,4	402	2,9	413	2,9	415	2,9	14488
Abruzzo	1090	86,0	132	10,4	25	2,0	21	1,7	58	4,4	1326
Molise	214	89,2	23	9,6	2	0,8	1	0,4	2	0,8	242
Campania	4628	81,5	714	12,6	207	3,6	130	2,3	131	2,3	5810
Puglia	4301	84,4	588	11,5	135	2,6	71	1,4	57	1,1	5152
Basilicata	308	82,8	45	12,1	5	1,3	14	3,8	27	6,8	399
Calabria	1107	78,0	108	7,6	28	2,0	176	12,4	140	9,0	1559
ITALIA INSULARE	3744	67,9	1131	20,5	405	7,3	238	4,3	195	3,4	5713
Sicilia	2752	65,2	910	21,6	362	8,6	197	4,7	110	2,5	4331
Sardegna	992	76,5	221	17,0	43	3,3	41	3,2	85	6,2	1382
ITALIA	49009	78,4	8255	13,2	2844	4,6	2391	3,8	1154	1,8	63653

* calcolata sul totale meno i casi non rilevati

** calcolata sul totale

La colonna “Non rilevato” include i dati incompleti delle Regioni Calabria (138), Piemonte (121), Sicilia (33), Emilia-Romagna (31), Basilicata (12), Sardegna (9) e Abruzzo (6) che sono stati integrati tramite le SDO

Il nuovo Programma nazionale esiti

PNE

Ospedali. Persi in tre anni circa 4 milioni di ricoveri.

Qualità. Si allarga la forbice tra le strutture di eccellenza e quelle "bocciate".

Cesarei. Tornano a crescere

Il nuovo report di Agenas che fotografa la performance degli ospedali del Ssn nel 2022 mostra luci e ombre. I ricoveri sono aumentati e ci si sta riallineando sempre di più ai livelli prepandemici, anche se sul fronte dei ricoveri urgenti il sistema è in affanno. Frammentazione delle strutture e bassi volumi di attività le principali criticità. Torna a crescere il numero dei parti cesarei, ma nel biennio 2021-2022 aumenta a sorpresa anche il numero atteso dei ricoveri per parto. Un terzo dei punti nascita continua a viaggiare sotto il limite dei 500 parti l'anno.



NON MOLLA IL SSN, ma la fatica si fa sentire. La zavorra della pandemia si sta sicuramente alleggerendo, nel 2022 i ricoveri sono infatti aumentati (+328 mila rispetto al 2021) e la corsa per riallinearsi ai livelli prepandemici sta quindi dando i suoi frutti nonostante manchino ancora all'appello circa 890 mila ricoveri (-10% rispetto al 2019). In particolare hanno recuperato i ricoveri programmati e quelli diurni, mentre quelli urgenti continuano a mostrare il fiato corto (-13% rispetto al 2019). Rimane il fatto che nel triennio 2020-2022, sono stati persi ben 3 milioni e 800 mila ricoveri.

Parlando invece di qualità delle prestazioni il gioco si fa duro: si allarga la forbice tra le strutture con livelli di qualità alta o molto alta e quelle che, al contrario, non brillano affatto sia in qualità che in volumi di prestazioni effettuate. Il numero degli ospedali con livelli di eccellenza in almeno il 50% dell'attività svolta, sono cresciuti del 3% rispetto al 2021 e in selezionate aree specialistiche. E così nella stragrande maggioranza delle strutture ospedaliere convivono aree di qualità alta o molto alta con aree di qualità di livello basso o molto basso.

Per quanto riguarda le criticità, sul banco degli imputati c'è spesso una eccessiva frammentazione dell'offerta, figlia di una programmazione sbagliata. E il risultato si fa sentire: ci sono troppe strutture con bassi volumi di attività che mal si sposano con esiti di qualità. Qualche esempio? Il bypass aortocoronarico: le cardiocirurgie sono aumentate e i ricoveri hanno recuperato rispetto al periodo prepandemico, ma è diminuito il numero delle strutture che superano la soglia dei volumi indicati dal Dm 70 (11 rispetto alle 15 del 2021). Va detto però che, in questo caso, la mortalità a 30 giorni rimane comunque al di sotto della soglia del 4% indicata sempre dal Dm 70. Critica invece la situazione per il tumore al pancreas: ben 1 paziente su 3 finisce in strutture con bas-



so o bassissimo volume di attività.

È alert invece per i parti cesarei. I segnali di decrescita registrati negli ultimi 5 anni non solo si sono fermati, ma i cesarei sono addirittura ripartiti raggiungendo i livelli del 2017. Numeri in risalita che si registrano in particolare nel privato e nel Sud Italia. Ma rimanendo nell'area perinatale le sorprese non mancano: nonostante dal 2015 al 2020 si siano persi ogni anno 17mila ricoveri per parto, nel 2021 sono aumentati del 3% e del 6% nel 2022 rispetto al previsto. Insomma nei due anni post pandemia ci sono stati 33mila parti in più rispetto l'atteso. Una luce sull'inverno demografico? Nota dolente, in barba a ogni forma di sicurezza, un terzo dei punti nascita continua a viag-

giare sotto il limite dei 500 parti l'anno.

Questo il quadro delineato dagli analisti di **Agenas** che hanno presentato a Roma presso l'Ao San Giovanni Addolorata i risultati dell'Edizione 2023 del **Programma nazionale esiti (Pne)**. Un Pne che, anno dopo anno, si perfeziona sempre di più e stringe le maglie per valutare con accuratezza le performance degli ospedali pubblici e privati, fino a valutarne ormai il 90% delle attività. Il risultato? Strutture che dormivano sonni tranquilli hanno avuto bruschi risvegli scoprendo che le loro performance non erano poi così brillanti. Paradigmatico il caso delle fratture di femore operate entro le 48 ore migliora la proporzione di pazienti over 65 che entrano nei tempi previsti in ca-

PNE



mera operatoria, ma nel 60% delle strutture i volumi di attività non superano la soglia prevista dal Dm 70 e automaticamente vanno a finire nella lista dei “bocciati”. Insomma, come sottolineano gli analisti “Laddove la soglia non venga raggiunta, l'indicatore è valutato come di qualità molto bassa indipendentemente dall'esito”. Ma se, il leit motiv dell'Agenas è sempre stato quello che “il Programma esclude categoricamente l'utilizzazione dei risultati come una sorta di pagelle, giudizi dei servizi, dei professionisti e promuove un'attività di auditing clinico e organizzativo per valorizzare l'eccellenza, individuare le criticità e promuovere l'efficacia e l'equità del Ssn”, in questa edizione qualcosa è cambiato: grazie all'utilizzo sempre più accurato del treemap - modalità sintetica che attraverso indicatori di volume, processo ed esito consente di evidenziare le criticità delle realtà assistenziali per singola struttura - è possibile farsi un'idea ben precisa delle strutture dove poter ricevere performance di eccellenza.

E non solo, per la prima volta a rompere il tabù è stato proprio il Direttore generale di Agenas, Domenico Mantoan tirando le somme a conclusione della giornata di presentazione. “È passato il tempo di non fare classifiche” ha detto indicando la graduatoria delle prime quattro strutture con le migliori performance: al primo posto e al secondo posto, per il secondo anno consecutivo, come abbiamo già visto, ci sono l'Irccs Humanitas di Rozzano e l'Ao delle Marche di Ancona, al terzo l'Humanitas Gavazzeni di Bergamo e al quarto l'Humanitas Mater domini di Castellanza, Varese.

E accanto alle best practice, ha sottolineato poi Mantoan, ci sono ben 8 ospedali italiani, pubblici, sia nel Nord che nel Sud che non hanno ottenuto una valutazione sufficiente, mentre 436 sono risultati ‘non classificabili’, perché hanno un livello di attività così bassa che non è stato possibile valutarli.

La metodologia

Sotto la lente di Agenas (sul sito dell'Agenas sono disponibili tutti i dati) è finita l'attività assistenziale effettuata nel 2022 in 1.382 ospedali pubblici e privati e anche quella dal 2015 al 2022. Gli analisti hanno messo in campo per questa nuova edizione 10 indicatori in più rispetto all'anno precedente, in totale sono 195 di cui: 170 relativi all'assistenza ospedaliera (66 di esito/processo, 88 di volume e 16 di ospedalizzazione); e 25 relativi all'assistenza territoriale, valutata indirettamente in termini di ospedalizzazione evitabile (14 indicatori), esiti a lungo termine (7) e accessi impropri in pronto soccorso (4). Dei 10 nuovi indicatori in particolare 8 hanno riguardato l'ambito ospedaliero. E sono attualmente in sperimentazione 12 nuovi indicatori, di cui 4 in ambito oncologico (relativi agli interventi per tumore maligno della mammella), 4 in ambito neurologico (relativi all'ictus), 2 in ambito cardiologico e 2 in ambito digerente (relativi alla cirrosi epatica). Insomma, un sistema in continua evoluzione.

E le novità dell'edizione 2023 non finiscono qui: come abbiamo visto è stato rivisitato il treemap dove sono stati introdotti indicatori sempre “chirurgici”. Sono stati definiti ulteriori criteri sui volumi minimi di attività per struttura e per operatori, ed è stata inserita la nefrologia per ampliare l'ambito della medicina interna. Un restyling che ha consentito di valutare 946 strutture (erano 926 nel 2021) e lasciarne fuori 436 perché non valutabili.

VEDIAMO ALCUNI DATI EMERSI E IN PARTICOLARE QUELLI RELATIVI ALL'AREA PERINATALE

In generale nel 2022 si è registrato un aumento dei ricoveri rispetto al 2021 (+328 mila) ed è proseguito il riavvicinamento ai livelli pre-pandemici, sebbene persista una riduzione del 10% rispetto al 2019 (valore corrispondente a circa 890 mila ricoveri in meno). La ripresa ha riguardato specificamente i ricoveri programmati e quelli diurni. Complessivamente nel triennio 2020-2022, la riduzione dell'attività ospedaliera stimata sui volumi del 2019 è stata pari a 3 milioni e 800 mila ricoveri.



Accanto alle best practice ci sono ben 8 ospedali italiani, pubblici, sia nel Nord che nel Sud che non hanno ottenuto una valutazione sufficiente, mentre 436 sono risultati ‘non classificabili’, perché hanno un livello di attività così bassa che non è stato possibile valutarli

DOMENICO MANTOAN
Direttore generale di Agenas

FIGURA 1
Volumi e variazioni percentuali dei ricoveri durante il periodo pandemico rispetto ai livelli pre-pandemici, per regime e tipologia di ricovero
Italia 2019-2022

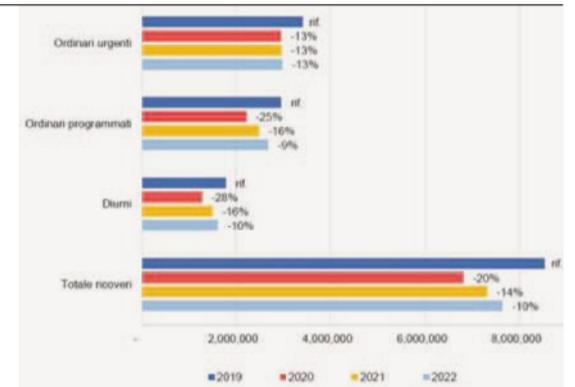


FIGURA 2
Proporzione di parti con TC primario
Italia 2015-2022

- Nel triennio 2020-2022, battuta d'arresto del trend pre-pandemico
- Nel 2022, 23% di TC in Italia (rispetto al valore atteso di 20,6%) ... si torna ai livelli del 2017

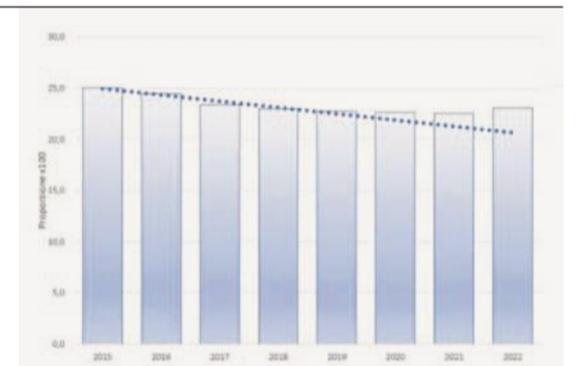


FIGURA 3
Numero di interventi per TM mammario
Italia 2015-2022

- Nel 2020, riduzione dell'11% rispetto all'atteso (pari a 7 mila ricoveri in meno)
- Nel 2022, si consolida la ripresa con pieno riallineamento al trend pre-pandemico: +0,1%

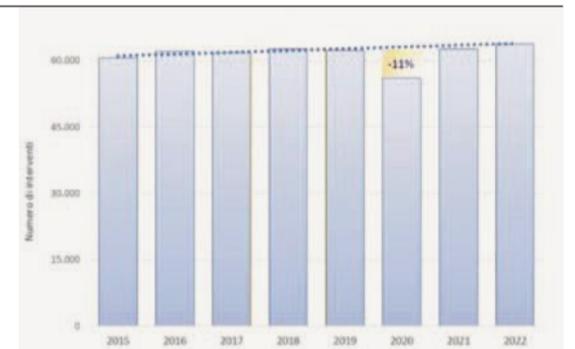
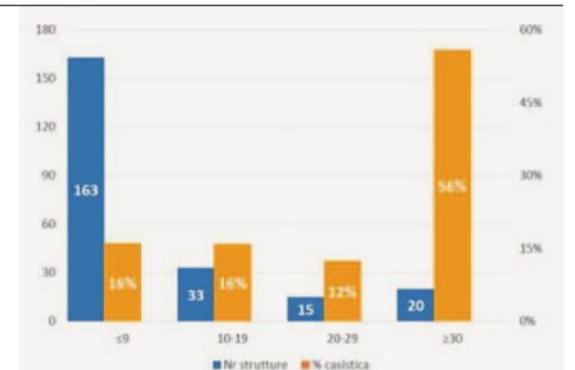


FIGURA 4
TM pancreas: distribuzione delle strutture per volume di attività
Italia 2015-2022

- Nel 2022, 20 strutture su 231 ≥30 int./anno ... con quota corrispondente di casistica pari al 56%
- Interventi eseguiti in strutture con <10 int./anno: 16%



Area perinatale

NUMERO DI PARTI LEGGERMENTE SOPRA L'ATTESO RISPETTO AL TREND In Italia, il numero di parti si è progressivamente ridotto nel corso del tempo (circa 68 mila parti in meno nel 2019 rispetto al 2015). Durante la pandemia, a partire dal 2021, si è registrata un'attenuazione del trend, con un incremento del 2,7% nel 2021 e del 6% nel 2022 rispetto all'atteso, pari a 32.500 ricoveri in più per parto nel biennio 2021-2022 rispetto al valore atteso. *Vedi figura 5.*

UN TERZO DEI PUNTI NASCITA SOTTO IL LIMITE DEI 500 PARTI L'ANNO Per quanto riguarda la concentrazione dei parti, a fronte di una leggera riduzione dei punti nascita (da 442 nel 2021 a 434 nel 2022), circa un terzo di questi non ha raggiunto la soglia minima dei 500 parti/anno (per un valore corrispondente di casistica pari al 6,7%), mentre solo 140 punti nascita si sono posizionati oltre la soglia dei 1.000 parti/anno (pari al 63% del volume totale su base nazionale). *Vedi figura 6*

LA PERCENTUALE DEI PARTI CON TAGLIO CESAREO (TC) CRESCE AI LIVELLI DEL 2017 Si è registrata una battuta d'arresto nel trend di decrescita, con una percentuale in leggera risalita (23%), ai livelli del 2017. C'è un minore ricorso al TC nei punti nascita pubblici sopra i 1.000 parti l'anno, e una maggiore propensione alla pratica chirurgica da parte delle strutture private, anche dopo aggiustamento per gravità. Su questo fronte persiste una marcata eterogeneità interregionale, con uno spiccato gradiente geografico: la gran parte delle regioni del Sud ha fatto registrare nel 2022 valori medi di TC superiori al dato nazionale. Si registra anche una spiccata variabilità intraregionale, con strutture che superano il 40% in Campania, Sicilia, Lombardia, Puglia e Lazio. *Vedi figura 7.*

PARTI VAGINALI IN DONNE CON PREGRESSO TC (VBAC): PROPORZIONE IN LEGGERA DECRESCITA RISPETTO AL TREND La proporzione media di VBAC è risultata nel 2022 pari al 10%, in leggera decrescita sul 2021, e in controtendenza rispetto al trend positivo registrato negli anni precedenti. Permane, inoltre, una spiccata variabilità inter e intraregionale, con un gradiente Nord-Sud caratterizzato da valori medi pari o superiori al 30% nelle province di Bolzano e Trento, e in Friuli Venezia Giulia, e valori al di sotto del 10% in molte regioni del Centro-Sud. *Vedi figura 7.*

IN DIMINUZIONE LE EPISIOTOMIE Il ricorso all'episiotomia, una pratica a elevato rischio di inappropriata clinica, è costantemente diminuito nel corso degli anni, passando dal 24% nel 2015 all'11% nel 2022. Persiste una marcata disomogeneità sul territorio, con valori tendenzialmente più elevati nell'Italia meridionale. E così si va da valori medi compresi tra lo 0,7% della Valle d'Aosta e il 27% della Sicilia. Inoltre, si è registrata una marcata eterogeneità tra le strutture, con presenza di outlier meritevoli di valutazione in sede di audit, soprattutto in Campania, Lazio, Puglia e Sicilia. *Vedi figura 8.*

VALUTAZIONE SINTETICA DELL'AREA GRAVIDANZA E PARTO: TREEMAP

L'area della gravidanza e parto è valutata nei treemap attraverso 3 indicatori: proporzione di parti con taglio cesareo primario; proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo; proporzione di episiotomie nei parti vaginali. È stata applicata una soglia annua per struttura di almeno 500 parti.

Segue a pagina 28

116

STRUTTURE CON TUTTI E TRE GLI INDICATORI DEL TREEMAP VALUTATI

4

Con qualità molto alta

- Ospedale di Mestre
- Aou di Padova
- Stabilimento Umberto I - G. M. Lancisi (Ancona)
- Policlinico Universitario Gemelli (Roma)

28

Con qualità alta

Az. Ospedaliera S. Croce e Carle (Cuneo), Humanitas Gavazzeni (Bergamo), Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi (Varese), Pres. Ospedaliero Spedali Civili (Brescia), Ospedale S. Gerardo (Monza), Ospedale Ca' Granda-Niguarda (Milano), Irccs S. Raffaele (Milano), Istituto Europeo di Oncologia (Milano), Ist. Clin. Humanitas (Rozzano), Casa di Cura Pederzoli (Peschiera del Garda), Ospedale di Treviso, Presidio Ospedaliero SMM (Udine), Ospedale Morgagni-Pierantoni (Forlì), Azienda Ospedaliero-Universitaria (Parma), Aou (Modena), Irccs Policlinico S. Orsola (Bologna), Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Aou Careggi (Firenze), Ao San Camillo-Forlanini (Roma), Policlinico Umberto I (Roma), P.O. Spirito Santo (Pescara), A.O.U. Federico II di Napoli, Ospedale Lecce V. Fazzi, Istituto Tumori Giovanni Paolo II (Bari), Consorziale Policlinico Bari, Ospedali Riuniti di Foggia, Nuovo Ospedale Garibaldi - Nesima (Catania).

FIGURA 5
Numero di ricoveri per parto.
Italia 2019-2022

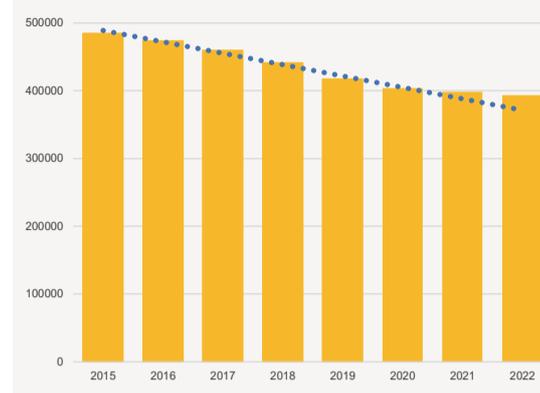


FIGURA 6
Distribuzione dei punti nascita per classi di volume di parti
Italia 2019-2022

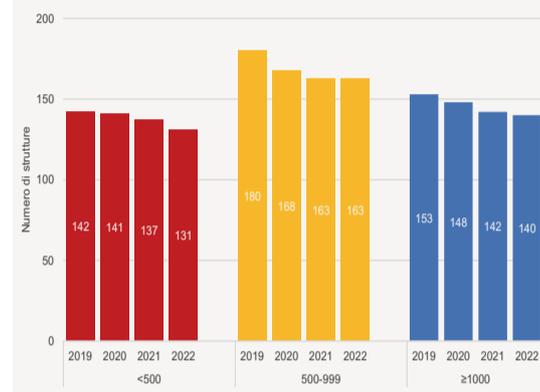


FIGURA 7
Proporzione di VBAC
Italia 2015-2022

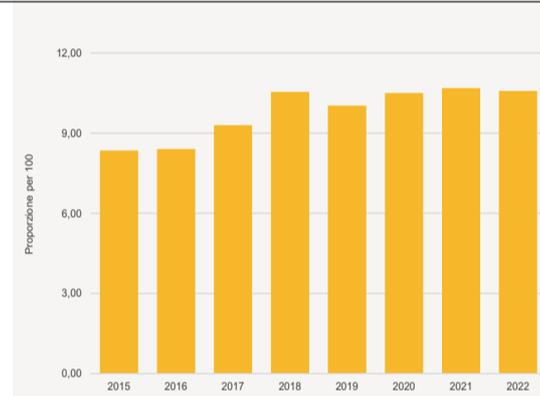


FIGURA 8
Proporzione di episiotomie nei parti vaginali.
Italia 2015-2022

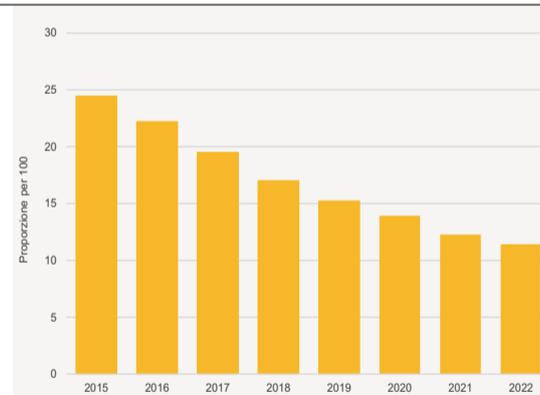
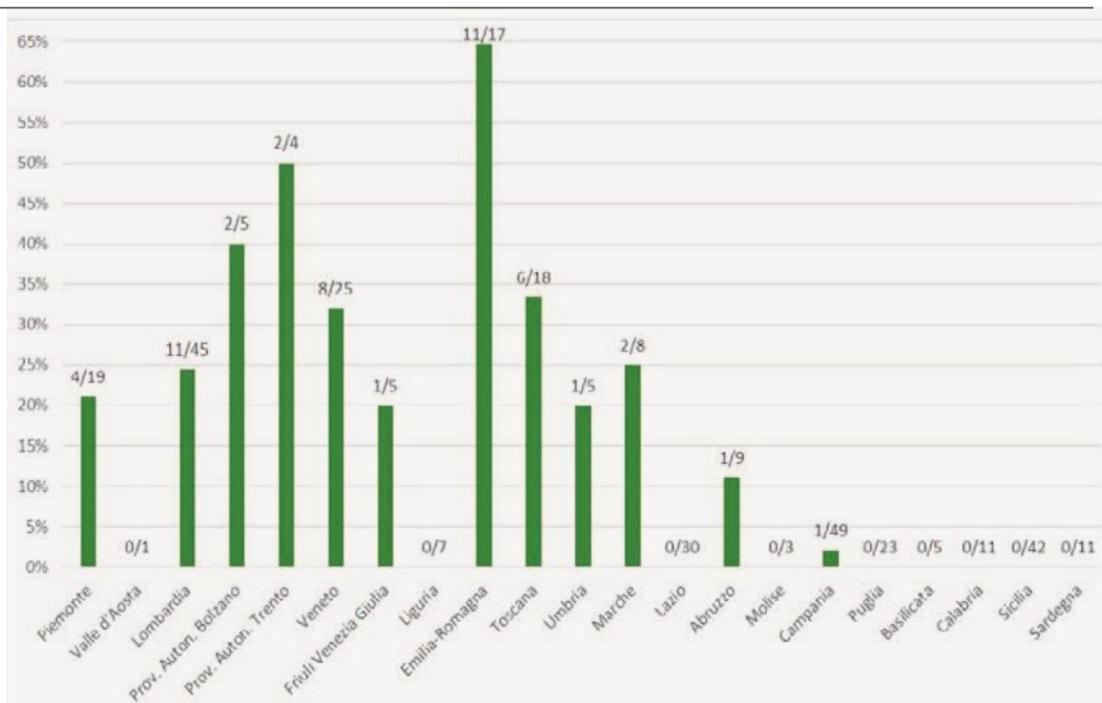


FIGURA 9
Gravidanza e parto.
Percentuale di strutture con livello di qualità molto alto e con tutti e tre gli indicatori dell'area valutati per Regione

50/342 strutture con tutti gli indicatori valutati (15%)

- Strutture selezionate con livello di qualità molto alta
- Tutti gli indicatori valutati (Numero indicatori=3)



Dirigenza medica e sanitaria 2019-2021

CCNL

Firmata la pre intesa



Aumento medio di 290 euro al mese



ANTONIO NADDEO
Presidente Aran

“Grande soddisfazione per la firma dell’ipotesi di contratto per l’area dei dirigenti della Sanità, dopo 7 mesi di trattative serrate

DOPO MESI DI TRATTATIVA è stata firmata, lo scorso 28 settembre dall’Aran e dai sindacati, la preintesa sul contratto della Dirigenza medica e sanitaria 2019-2021. Un contratto che riguarda circa 135 mila professionisti del Ssn. L’aumento medio è di circa 250-290 euro lordi al mese e gli arretrati ammontano a circa 11 mila euro lordi. Ora il testo passerà al vaglio dei Ministeri e degli organi di controllo e poi ci sarà la firma definitiva e lo sblocco dei fondi. Probabilmente per vedere le risorse in busta paga si dovrà aspettare il 2024. “Grande soddisfazione per la firma dell’ipotesi di contratto per l’area dei dirigenti della Sanità, dopo 7 mesi di trattative serrate – ha sottolineato il presidente Aran, **Antonio Naddeo** – si aggiunge così un fondamentale tassello alla conclusione della tornata contrattuale del triennio 2019-21. Un contratto che riguarda circa 135mila dirigenti medici, veterinari e sanitari. Sul piano del trattamento economico, il contratto riconosce aumenti complessivi medi mensili pari a 289 euro per 13 mensilità e arretrati compresi tra i 6mila e oltre 10mila euro pro capite, che saranno erogati alla firma definitiva al termine dell’iter di controllo.

Oltre al fondamentale aspetto degli incrementi economici, l’accordo prevede importantissimi miglioramenti riguardo al trattamento normativo del personale in tema di orario di lavoro, pronte di disponibilità e guardie mediche. Ringrazio le sigle sindacali – ha concluso – con cui c’è sempre stata una leale collaborazione, pur nella vivace dialettica”.

IL NUOVO TESTO CONTRATTUALE REGOLA IN MODO ESAUSTIVO I PRINCIPALI ISTITUTI CONTRATTUALI, molti dei quali adeguati ai numerosi interventi legislativi che si sono susseguiti negli ultimi anni. In particolare, è stata riformulata in modo completo la parte che riguarda le relazioni sindacali, ponendo particolare attenzione sulla tematica dell’informazione, sia preventiva sia consuntiva, nonché sulle materie di confronto (aziendale e regionale), ampliate su pronta disponibilità e guardia, alla riduzione del rischio clinico, alle misure concernenti la salute e sicurezza del lavoro. Si è proceduto, anche alla luce delle attuali condizioni del Servizio sanitario nazionale, con la riscrittura dell’orario di lavoro, nonché degli istituti peculiari dell’area in questione, quali il servizio di guardia e il servizio di pronta disponibilità. Il sistema degli incarichi dirigenziali, già delineato nella precedente tornata contrattuale, è stato oggetto di specifici aggiornamenti finalizzati a garantire un incarico a tutti i dirigenti, rendendo maggiormente esigibile anche il predetto istituto contrattuale. Miglioramenti significativi sono contenuti nella riscrittura del periodo di prova, del meccanismo delle sostituzioni nel caso di assenza, impedimento, malattia o cessazione del titolare dell’incarico. Sono state poi ampliate alcune tutele, ad esempio quelle concernenti le gra-

“Il sistema degli incarichi dirigenziali, già delineato nella precedente tornata contrattuale, è stato oggetto di specifici aggiornamenti finalizzati a garantire un incarico a tutti i dirigenti, rendendo maggiormente esigibile anche il predetto istituto contrattuale





I punti qualificanti dell'accordo

- **Riconoscimento** e recupero delle ore di lavoro che oggi regaliamo alle Aziende.
- **Riconoscimento** indennità di specificità sanitaria.
- **Più potere** al confronto regionale e aziendale.
- **Riduzione** di guardie e reperibilità.
- **Eliminazione** dei “di norma” e “di regola” in virtù della quale finalmente il contratto diventa esigibile e chiaro.
- **Sicurezza** e obbligo di attribuzione degli incarichi da parte delle Aziende.
- **Sblocco** delle carriere.
- **Riconoscimento** delle ferie anche in caso di trasferimento ad altra azienda.
- **Eliminazione** dei residui nei fondi che oggi rallentano carriere.
- **Impossibilità** di fare guardie o reperibilità contemporaneamente in più presidi.
- **Definizione** della sede di lavoro.
- **Eliminazione** del servizio esterno per gli ospedali e presidi ospedalieri che alimentava il fenomeno dei medici globetrotter.
- **Definizione** della sede di guardia.
- **Depotenziamento** dell'organismo paritetico.
- **Introduzione** della norma che sancisce il pagamento del lavoro extra con prestazioni aggiuntive invece che con lo straordinario.
- **Aumento** del valore economico delle prestazioni aggiuntive a 80 euro che potranno essere ulteriormente aumentate in contrattazione aziendale.

Per i medici specializzandi:

- **Definizione** del ruolo nel Ssn
- **Definizione** delle regole e dei diritti per i medici informazione che con il dl Calabria finalmente potranno essere considerati professionisti e avere una formazione migliore.
- **Definizione** del ruolo e delle competenze dei medici in formazione che non saranno tappabuchi.



vi patologie che necessitano di terapie salvavita, le misure in favore delle donne vittime di violenza, le diverse tipologie di assenze, sia giornaliere che orarie. È stata introdotta per la prima volta una nuova indennità di specificità sanitaria per i profili diversi da quello medico e veterinario, finalizzata al progressivo allineamento alla indennità già in godimento per medici e veterinari. Nel testo ha trovato spazio, anche per la presente area, la disciplina del lavoro agile e del lavoro da remoto nonché l'assunzione dei dirigenti specializzandi a tempo determinato ai sensi della Legge 30 dicembre 2018, n. 145 definendo gli istituti contrattuali a loro applicabili, tenuto conto della tipologia di prestazioni erogate e le peculiari caratteristiche del personale dirigenziale coinvolto. Il contratto 2019-2021 si qualifica, fra l'altro, per l'attenzione riservata alla specialità di questa dirigenza, che si è manifestata in modo forte nella

di maggior tutela nei confronti del dirigente relativamente alle condizioni di lavoro e alla valorizzazione della carriera attraverso l'obbligo di attribuzione degli incarichi, alla introduzione di un diritto che riconosce le ore lavorate in più e l'obbligo al loro recupero. Risolto il nodo sull'extra orario: dopo un certo tetto (che varierà da azienda ad azienda secondo un algoritmo) le ore andranno recuperate entro 12 mesi.

Sotto il profilo economico, il contratto riconosce incrementi a regime del 4,5%, corrispondenti a un beneficio medio complessivo di circa 290 euro/mese, distribuito in maggior parte sulla componente fondamentale del trattamento economico; ad esse vanno sommate risorse individuate da

specifiche disposizioni di legge quali ad esempio le risorse per l'esclusività e quelle relative all'art. 1, commi 435 e 435-bis della Legge 205/2017. Per quanto riguarda gli arretrati, spettanti al 31 dicembre 2023, ammontano al circa 10.700 euro. Sono stati incrementati i valori dell'indennità di specificità medico veterinaria, la parte fissa della retribuzione di posizione, la clausola di garanzia, l'UPG. Inoltre sono state introdotte le nuove indennità di pronto soccorso e di specificità sanitaria, in precedenza non previste. Per quanto attiene i fondi aziendali il contratto mantiene la struttura del sistema esistente perfezionandolo anche alla luce del debito informativo richiesto alle aziende.

GENETICA CONFLITTI TRA MADRE E FETO

Il ruolo dei geni nella durata della gravidanza

E sul rischio del parto pretermine



CARLO SBIROLI
Past president Aogoi

NONOSTANTE ANNI DI RICERCHE, molte delle dinamiche biologiche che regolano la durata della gravidanza e il momento del parto sono ancora poco conosciute. Ciò che si sa è come madre e figlio comunicano tra loro. Questo dialogo, mediato da numerose varianti genetiche, avviene attraverso continui scambi di segnali molecolari che giocano un ruolo fondamentale nel determinare la durata della gestazione e l'avvio del travaglio del parto. In altri termini, possiamo immaginare questa interazione come una conversazione codificata, in cui piccole modifiche genetiche possono determinare significative ripercussioni sull'andamento della gravidanza, portando a potenziali rischi di parto pretermine o ad una protrazione della gestazione stessa.

Quest'area di ricerca si sta rivelando uno degli ambiti scientifici di maggiore rilevanza e complessità. Si cerca di colmare una lacuna nelle nostre conoscenze relative alle cause del parto pretermine. Ancor oggi l'incidenza di questa patologia rimane alta con profonde implicazioni per la salute neonatale. In Italia, oltre 30mila bambini nascono prematuramente ogni anno, rappresentando il 6,9% delle nascite totali, come riportato dalla *European Foundation for the Care of Newborn Infants* (Efcni).

E sebbene ci siano stati significativi miglioramenti nella sopravvivenza, la prematurità rimane la principale causa di mortalità neonatale e nei bambini sotto i cinque anni.

Negli ultimi decenni, la componente genetica ha acquisito un rilievo sempre maggiore nella determinare la durata della gravidanza. Alcuni studi dimostrano, ad esempio, che esiste una correlazione tra una storia familiare di parti pretermine e un aumento del rischio di prematurità in gravidanze successive. Non solo: donne che hanno avuto un parto prematuro sono più esposte al rischio di ripetere questa esperienza.

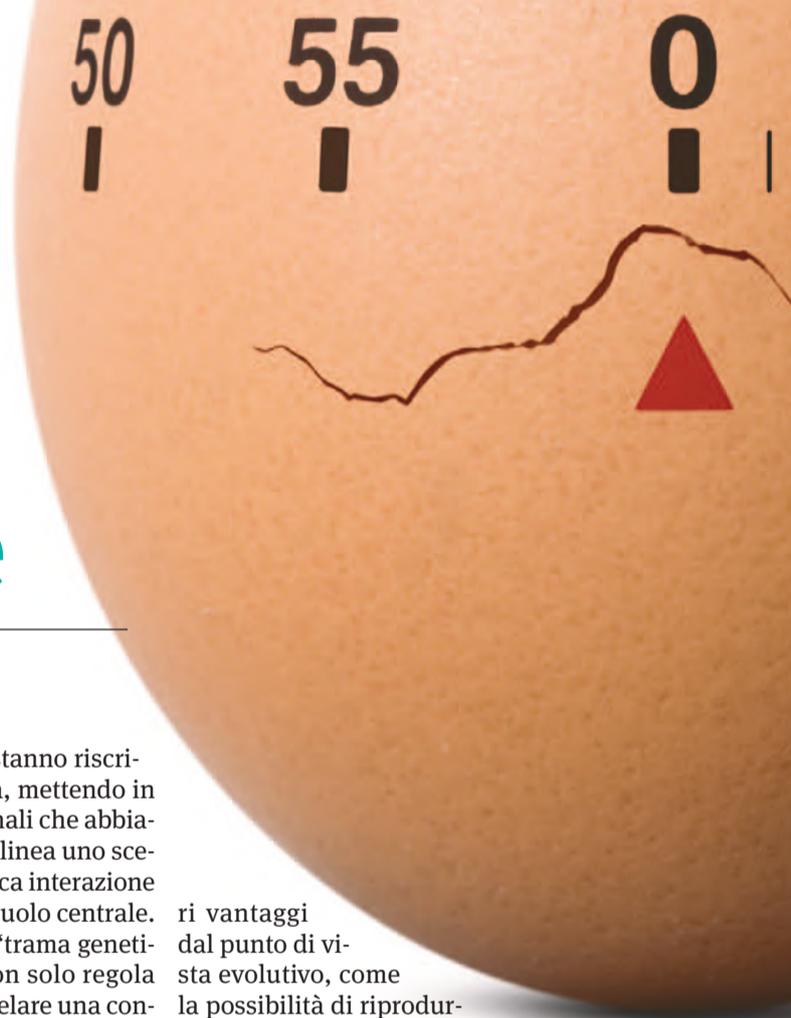
MA C'È DI PIÙ. Le recenti ricerche stanno riscrivendo la biologia della gravidanza, mettendo in discussione le nostre idee tradizionali che abbiamo sempre dato per scontate. Si delinea uno scenario interessante dove una specifica interazione tra geni materni e fetali riveste un ruolo centrale. Come vedremo in seguito, questa "trama genetica", come alcuni la chiamano, non solo regola l'attività dell'utero, ma potrebbe svelare una contesa evolutiva con ripercussioni sul neonato che si potrebbero estendere ben oltre la nascita. In questa complessa dinamica, la durata della gestazione emerge come il risultato di un intreccio di influenze: geni materni, geni fetali, fattori ambientali e fisiologici.

All'inizio della gestazione i geni materni e fetali agiscono congiuntamente per moderare la risposta immunitaria dell'utero al feto. E se tutto procede come previsto, il sistema immunitario materno non solo riconosce, ma supporta attivamente la presenza del feto, gettando le basi per un *coadattamento*, in modo che la gravidanza possa proseguire senza complicazioni. Si tratta di una sorta di "negoziato biologico" in cui madre e feto cercano di trovare un equilibrio ottimale sulla durata della gravidanza, al fine di massimizzare le rispettive possibilità di successo riproduttivo. Tuttavia, alcune varianti genetiche possono rompere questo equilibrio, causando un'inflammatione prematura che rischia di fare anticipare il momento del parto.

L'EQUILIBRIO OTTIMALE, che madre e feto hanno cercato di mantenere per tutta la gestazione, s'interrompe al termine della gravidanza quando è tempo di nascere. Si crea in queste circostanze un vero e proprio *conflitto genetico* tra i due protagonisti. Alla base di questo conflitto vi è la gestione delle risorse disponibili. Da un lato, per la madre, una gravidanza più breve comporta chia-

ri vantaggi dal punto di vista evolutivo, come la possibilità di riprodursi più frequentemente, di ridurre i costi energetici e i rischi associati ad una gravidanza prolungata (distocie, macrosomia, oligodramnios ecc.). D'altro canto, invece, il feto ha tutto l'interesse a prolungare il suo tempo nel grembo materno. Questo gli consente di beneficiare appieno delle risorse fornite dalla madre, garantendogli uno sviluppo ottimale. Si deve tener presente, inoltre, che questo conflitto genetico è un processo proprio, caratteristico di ogni gravidanza. È ancorato alle peculiarità antropologiche del feto umano. Rispetto alle altre specie, l'essere umano ha una nascita più precoce a causa dei limiti posti dal nostro sviluppo biologico.

PER CAPIRE COME AVVIENE questo braccio di ferro tra madre e feto, un team di ricercatori dell'Università Svedese di Göteborg, guidato da Pol Solé-Navais ha analizzato i dati del Dna di oltre 195mila donne in gravidanza con l'obiettivo di identificare le basi genetiche che determinano il tempo di gestazione. Sono stati identificati 22 varianti genetiche che giocano un ruolo decisivo nel stabilire la durata della gravidanza. Di queste, 15 interagiscono specificamente sul genoma materno, 5 hanno impatto sia sul Dna della madre che su quello del feto, mentre 2 varianti sono esclusive del feto. Ma ciò che colpisce è l'interazione che si stabilisce tra questi geni: alcune varianti genetiche materne che tendono a prolungare la gravi-





“ I risultati di queste ricerche fanno sperare in un futuro in cui l’assistenza alle madri e ai neonati sia ancora più mirata ed efficace, garantendo una gravidanza il più serena e sicura possibile

PER SAPERNE DI PIÙ

Chen J et al.: Dissecting maternal and fetal genetic effects underlying the associations between maternal phenotypes, birth outcomes, and adult phenotypes: A mendelian-randomization and haplotype-based genetic score analysis in 10,734 mother-infant pairs. *PLoS Med.* 2020 Aug 25; 17(8):e1003305. doi: 10.1371/journal.pmed.1003305.

Hasegawa K, Kumasaka N, Nakabayashi K, Kamura H, Maehara K, Kasuga Y, Hata K, Tanaka M: Genome-wide association study of preterm birth and gestational age in a Japanese population. *Hum Genome Var.* 2023 Jun 13;10(1):19. doi: 10.1038/s41439-023-00246-9. PMID: 37311799; PMCID: PMC10264385

Lopez-Tello J, Yong HEJ, Sandovici I, Dowsett GKC, Christoforou ER, Salazar-Petres E, Boyland R, Napso T, Yeo GSH, Lam BYH, Constanca M, Sferruzzi-Perri AN.: Fetal manipulation of maternal metabolism is a critical function of the imprinted *Igf2* gene. *Cell Metab.* 2023 Jul 11;35(7):1195-1208.e6. doi: 10.1016/j.cmet.2023.06.007. PMID: 37437545.

Solé-Navais Pet al.: Genetic effects on the timing of parturition and links to fetal birth weight. *Nat.Genet.*, 2023 Apr;55(4):559-567. doi: 10.1038/s41588-023-01343-9. Epub 2023 Apr 3.

Strauss JF 3rd, Romero R, Gomez-Lopez N, Haymond-Thornburg H, Modi BP, Teves ME, Pearson LN, York TP, Schenkein HA. Spontaneous preterm birth: advances toward the discovery of genetic predisposition. *Am J Obstet Gynecol.* 2018 Mar;218(3):294-314.e2. doi: 10.1016/j.ajog.2017.12.009. Epub 2017 Dec 14. PMID: 29248470; PMCID: PMC5834399.

Zhang G, Srivastava A, Bacelis J, Juodakis J, Jacobsson B and Muglia LJ: Genetic studies of gestational duration and preterm birth. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2018, doi: 10.1016/j.bpobgyn.2018.05.003. Epub 2018 Jun 15.



POL SOLÉ-NAVAIS
Ricercatore, dipartimento di Ostetricia e Ginecologia, Università di Göteborg



AMANDA N. SFERRUZZI-PERRI
Professore di fisiologia fetale e placentare, Università di Cambridge



ruzzi-Perri. Un aspetto particolarmente significativo è stato l’identificazione del gene paterno *Igf2*, responsabile della produzione di una proteina, il fattore di crescita insulino-simile, che funge da messaggero metabolico nel corpo della madre. Ciò mette in luce la tendenza dei geni paterni a spingere per una crescita fetale ottimale, mentre i geni materni cercano di bilanciarla.

APPARE EVIDENTE che queste ricerche sul ruolo dei geni nella durata della gravidanza stanno acquisendo un crescente rilievo, ridefinendo le basi biologiche del travaglio di parto in termini molto diversi rispetto a ciò che si pensava fino a poco tempo fa. La rilevanza clinica di tutto questo è indiscutibile. Una profonda conoscenza del ruolo dei geni materni e fetali permette agli specialisti di individuare le donne a rischio di parto pretermine, proponendo interventi preventivi mirati. Si profila, inoltre, la possibilità di creare uno specifico test genetico, capace di prevedere e prevenire le nascite pretermine.

Il lato farmacologico di queste scoperte è altrettanto promettente, offrendo la prospettiva di nuove terapie per prevenire un parto prematuro o, al contrario, per stimolarlo in caso di ritardi potenzialmente pericolosi per la madre.

I risultati di queste ricerche fanno sperare in un futuro in cui l’assistenza alle madri e ai neonati sia ancora più mirata ed efficace, garantendo una gravidanza il più serena e sicura possibile.

danza possono, paradossalmente, determinare anche una riduzione del peso del neonato. Si tratta di una situazione in cui un singolo gene presenta effetti multipli (pleiotropia antagonista). In pratica, un singolo gene può avere effetti contrastanti: quello che risulta essere vantaggioso per la madre potrebbe non esserlo per il feto. “Nonostante possa sembrare controintuitivo, non è nell’interesse della madre mettere a rischio la vita del proprio figlio. Di conseguenza, molte varianti genetiche che nel Dna materno anticipano la nascita, promuovono parallelamente una crescita accelerata del feto, garantendo che nasca prematuramente, ma con un livello di maturazione adeguato”, spiega Solé-Navais.

ANCHE SE GLI STUDI su modelli animali siano importanti per la ricerca scientifica, non sempre le scoperte fatte possono essere applicate direttamente agli esseri umani. Tuttavia, in tema di conflitti genetici tra madre e feto appare importante tenere presente i risultati di uno studio, pubblicato nel luglio scorso e condotto da Amanda Sferruzzi-Perri dell’Università di Cambridge. La ricerca ha preso in esame l’effetto procurato dalla inattivazione selettiva di specifici geni fetali nei topi. Lo scopo era quello di osservare come ciò può influenzare l’apporto nutritivo che la madre fornisce al feto attraverso la placenta. È emerso che i geni paterni del feto tendono ad agire in maniera egoista, cercando di “hackerare” le risorse dell’organismo della madre che, comunque, “cerca di mantenere un equilibrio dinamico tra quanto dare al nascituro e quanto riservare a se stessa per mantenersi in salute. Si instaura così una specie di tiro alla fune fra madre e feto”, scrive Sfer-

DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA E NON INVASIVA PUBBLICATE LE LINEE GUIDA

Un percorso da fare insieme alle donne

Sono state pubblicate il 20 settembre scorso le Linee-guida sulla diagnosi prenatale non-invasiva e diagnosi prenatale invasiva. Credo sia importante fare su questo tema alcune riflessioni.

Abbiamo assistito negli ultimi decenni ad un cambiamento epocale dell'ostetricia, della medicina prenatale dal punto di vista assistenziale e tecnologico che ha portato ad un miglioramento decisivo per la salute della donna e del feto/neonato.

Siamo quindi passati ad una maggiore attenzione al feto ed alla richiesta da parte delle donne, delle coppie di saperne sempre di più e sempre prima.



ELSA VIORA

I TEST DI SCREENING e di diagnosi prenatale consentono di avere informazioni sul feto, ma noi, medici, ostetriche e tutti gli operatori sanitari coinvolti nel percorso della gravidanza-parto, dobbiamo essere consapevoli non solo delle potenzialità, ma anche dei limiti dei test che offriamo. Dobbiamo essere informati ed aggiornati per poter fornire le indicazioni corrette affinché la donna, la coppia, possa fare una scelta consapevole. La pubblicazione di più linee-guida su questo tema dimostra l'interesse delle Istituzioni e delle Società scientifiche verso l'argomento dei test di screening e di diagnosi prenatale e questo è certamente un buon segno. La prevenzione e la tutela della salute passa anche attraverso la disponibilità di documenti "ufficiali", dalle linee-guida ai percorsi diagnostico-assistenziali (Pdta), che rappresentano uno strumento utilissimo per l'attività clinica quotidiana.

Il dato importante che emerge da queste linee guida è che la consulenza pre-test e l'ecografia sono due elementi fondamentali del percorso di diagnosi prenatale offerto alla donna.

Tale concetto è stato ampiamente esplicitato in tutte le linee-guida e ribadito in queste ultime che hanno coinvolto varie Società Scientifiche e sono il frutto di un lungo lavoro di molti professionisti che hanno partecipato con entusiasmo e passione. Dobbiamo sempre ricordarci che il nostro compito di medici è quello di adeguare ciò che la linea-guida ci raccomanda alla persona che abbiamo davanti.



In ambito di test prenatali questo è particolarmente importante perché la scelta di fare/non fare un test coinvolge molti aspetti della vita della donna, della coppia, della famiglia. Il test prenatale può essere fatto, ma può anche essere rifiutato: l'importante è che siano chiari i possibili passi successivi del percorso, che ogni test ci fornisce dati sul feto che la donna può decidere di conoscere oppure di non conoscere.

È essenziale definire il percorso, che siano via via esplicitate le decisioni da prendere, che la donna non sia lasciata sola.

È essenziale ricordare a noi stessi, a chi amministra le strutture sanitarie, a chi organizza il Servizio, che "la comunicazione è tempo di cura".

L'informazione e l'offerta di test di screening prenatali non può e non deve essere una mera prescrizione perché la donna ha il diritto/dovere di essere consapevole delle proprie scelte e devono essere chiari i ruoli: il nostro di informare, illustrare il test; e quello donna/coppia di accettare o meno l'offerta.

Il rispetto delle competenze e della persona è la base di un rapporto fiduciario trasparente e di scelte consapevoli che portano all'utilizzo appropriato di ciò che la tecnologia ci offre.

Il documento è diviso in due parti: diagnosi prenatale non invasiva e diagnosi prenatale invasiva le raccomandazioni sono sei per ogni parte

LE LINEE GUIDA SONO STATE CURATE

dal Gruppo di Interesse Speciale Scientifico (Giss) della Sigo in collaborazione con Associazione Ginecologi Universitari Italiani (Agui), Associazione Ostetrici e Ginecologi Ospedalieri Italiani (Aogoi), Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (Onda), Società Italiana di Ecografia Ostetrica e Ginecologica (Sieog), Società Italiana di Fertilità e Sterilità (Sifes), Società Italiana di Genetica Umana (Sigu), Società Italiana di Medicina Perinatale (Simp). Il gruppo di lavoro è stato coordinato dal prof. Enrico Ferrazzi.

LA LINEA GUIDA È STATA REDATTA

sulla base della metodologia standardizzata Grade seguendo gli standard definiti dal Sistema Nazionale Linee Guida (Snlg) descritti nel Manuale metodologico per la produzione di Linee Guida di pratica clinica del Centro Nazionale per l'Eccellenza Clinica, la Qualità e la Sicurezza delle Cure (Cnec) dell'Istituto Superiore di Sanità (Iss).

Il documento è scaricabile dal sito <https://www.iss.it/-/diagnosi-prenatale-non-invasiva-e-invasiva-1>



Nel mondo sono stati redatti vari documenti su questi temi ed anche in Italia negli ultimi due anni sono state pubblicate linee guida, in particolare:

A Marzo 2021

Ministero della Salute

https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3097



B Aprile 2021

Società Italiana di Genetica Umana

<https://sigu.net/category/linee-guida-e-raccomandazioni/>



C A novembre 2021

Società di Ecografia Ostetrico-Ginecologica (Sieog) in collaborazione con le altre Società Scientifiche inerenti all'ambito di interesse

<https://www.iss.it/-/snlg-ecografia-ostetrica-ginecologica>



LE LINEE GUIDA

Diagnosi prenatale non invasiva

Raccomandazioni

- 1 Si raccomanda di offrire a tutte le donne con gravidanza singola il test combinato come esame di screening per le anomalie cromosomiche più frequenti (trisomie 21, 18 e 13).
Raccomandazione POSITIVA FORTE.
Raccomandazione adattata da Linee Guida di alta qualità, una di moderata qualità.
 - 2 Si raccomanda di offrire il test combinato a tutte le donne, indipendentemente dall'età materna.
Raccomandazione POSITIVA FORTE.
Raccomandazione adattata da Linee Guida di alta qualità ed una di moderata qualità.
 - 3 Per motivi di costo-efficacia e di fattibilità, si suggerisce che il cfDNA/NIPT non sostituisca il test combinato come screening primario per le anomalie cromosomiche più frequenti.
Raccomandazione NEGATIVA CONDIZIONATA.
Raccomandazione adattata da Linee Guida di alta qualità.
 - 4 Si suggerisce l'utilizzo del cfDNA/NIPT come screening contingente nelle donne risultate ad alto rischio dopo test combinato, in particolare quelle che, in prima istanza, non desiderano eseguire diagnosi prenatale invasiva e dopo un adeguato counseling (tempistiche della risposta, diagnosi di altre anomalie genetiche attraverso diagnosi prenatale invasiva).
Raccomandazione POSITIVA CONDIZIONATA.
Raccomandazione adattata da Linee Guida di alta qualità e da quanto espresso dal Consiglio Superiore di Sanità.
- * Per rischi $\geq 1:10$ dopo il test combinato, translucenza nucale ≥ 3.5 mm o in presenza di anomalie congenite maggiori è raccomandata l'esecuzione della diagnosi prenatale invasiva per elevata prevalenza di anomalie cromosomiche e genetiche
- 5 Nelle donne gravide a rischio intermedio ($\geq 1:1000$) di aneuploidie al test combinato, si suggerisce di utilizzare il cfDNA/NIPT come test contingente. La scelta dell'utilizzo di cfDNA/NIPT come test contingente nella fascia 1:11-1:1000 versus 1:101-1:1000 dipende dalle risorse disponibili, da scelte di politica sanitaria e da valutazioni discusse con la paziente.
Raccomandazione POSITIVA CONDIZIONATA.
Raccomandazione adattata da una Linea Guida di alta qualità e da quanto espresso dal Consiglio Superiore di Sanità.
 - 6 Si raccomanda di effettuare l'ecografia del I trimestre con misurazione della translucenza nucale anche nelle donne che sono risultate a basso rischio per aneuploidie al cfDNA/NIPT.
Raccomandazione POSITIVA FORTE.
Raccomandazione adattata da Linee Guida di alta qualità.

Diagnosi prenatale invasiva

Raccomandazioni

- 1 Nelle donne che si sottopongono a diagnosi prenatale invasiva per rischio aumentato di aneuploidie fetali, si raccomanda l'esecuzione di test rapidi (QF-Pcr, Fish) in associazione al cariotipo standard o al profilo chromosomal microarray analysis (Cma)). Decisioni cliniche basate sul risultato positivo dei test rapidi riguardo alla eventuale interruzione della gravidanza dovrebbero essere prese solo in uno dei seguenti casi:
 - 1 analisi cromosomica convenzionale su metafase patologica;
 - 2 profilo chromosomal microarray analysis (CMA) anormale;
 - 3 anomalie strutturali del feto.*Raccomandazione POSITIVA FORTE.*
Raccomandazione adattata da una Linea Guida di qualità alta e una Linea Guida di qualità moderata.
- 2 È raccomandato offrire una consulenza genetica a tutte le donne con riscontro ecografico di translucenza nucale > 3.5 mm nel I trimestre o di anomalia strutturale fetale maggiore indipendentemente dal risultato dei test di screening.
Raccomandazione POSITIVA FORTE.
Raccomandazione adattata da Linee Guida di alta qualità e una di qualità moderata.
- 3 Si raccomanda di offrire la consulenza genetica peri-concezionale a tutte le donne che presentano un rischio a priori aumentato per una condizione genetica fetale, a seguito di anamnesi personale o familiare e/o altri test genetici, al fine di informare e consigliare la coppia in merito ai disordini diagnosticabili in epoca prenatale e allo specifico tipo di test da eseguire (consulenza pre-test), e al fine di interpretare i risultati del test una volta disponibili (consulenza post-test).
Raccomandazione POSITIVA FORTE.
Raccomandazione adattata da Linee Guida di alta qualità e una di qualità moderata.
- 4 Nelle donne con infezioni note da HBV, HCV o HIV che presentano una chiara indicazione alla diagnosi prenatale, si raccomanda di valutare attentamente il rapporto rischio/beneficio alla luce della possibile trasmissione dell'agente patogeno al feto. Nei casi in cui si proceda all'esecuzione della diagnosi prenatale invasiva, si raccomanda eseguire amniocentesi rispetto a villocentesi, evitando quando possibile l'inserimento dell'ago attraverso la placenta.
Raccomandazione POSITIVA FORTE.
Raccomandazione adattata da Linee Guida di qualità alta e una di qualità moderata.
- 5 Sulla base delle limitate evidenze esistenti, non è suggerita la sospensione della profilassi antiaggregante e/o anticoagulante prima di sottoporsi a procedura di diagnosi prenatale invasiva.
Raccomandazione NEGATIVA CONDIZIONATA.
Raccomandazione adattata da una Linea Guida di qualità moderata.
- 6 È raccomandato che le procedure di diagnosi prenatale invasiva vengano eseguite in centri che possano garantire apparecchiatura e spazi adatti, adeguato training degli operatori, adeguato auditing delle procedure e possibilità di consulenze interdisciplinari.
Raccomandazione POSITIVA FORTE.
Raccomandazione adattata da una Linea Guida di qualità alta e una Linea Guida di qualità moderata.

PARTOGRAMMA E MEDICINA NARRATIVA

La Fondazione Confalonieri Ragonese ha pubblicato a maggio 2023 la dichiarazione **il Partogramma e la Competenza Narrativa. Dalla pratica di cura alla cura della nascita. Indicazioni per la buona pratica clinica**, su mandato Sigo, Aogoi, Agui, e con il patrocinio della Simen, Società Italiana di Medicina Narrativa.

Il partogramma e la competenza narrativa

IL PRIMO PARTOGRAMMA multiparametrico è nato nel 1972 in Zimbabwe (Philpott 1972). Il grafico della dilatazione cervicale conteneva due linee di riferimento, la linea di attenzione e di azione. Molte donne affrontavano il travaglio di parto in zone rurali senza una ostetrica qualificata. Nel sospetto di rallentamento della progressione era necessario trasferire la donna tempestivamente presso una struttura di riferimento, per evitare gravi complicanze. Le linee di riferimento erano presenti nel partogramma Oms del 1994 e del 2000 e sono state eliminate nel 2020 con la pubblicazione della Guida Oms (Who 1994, Who 2000a, Who 2000b, Who 2020).

IL TEMPO HA CONDIZIONATO IL TRAVAGLIO FIN DAGLI ALBORI. Il primo a studiare l'andamento della dilatazione cervicale nel tempo è stato Emanuel Friedman (Friedman 1954). La curva cervicometrica di Friedman era sigmoide con una fase di decelerazione alla fine del primo stadio. La presenza o assenza di questa fase ha intrigato gli ostetrici per decenni. Nel 2002 Zhang, un epidemiologo cinese, ha modificato il paradigma corrente, utilizzando tecniche statistiche sofisticate. La curva cervicometrica era iperbolica e non sigmoide (Zhang 2002). Dopo cinquanta anni, Friedman, veniva confutato da uno studioso che non era neanche un ostetrico. Nel 2010 Zhang, ormai conosciuto a livello planetario, ha pubblicato uno studio in cui si dimostrava che l'andamento della dilatazione cervicale non era lineare, ma procedeva a gradini (Zhang 2010).

QUANTI CESAREI SONO STATI FATTI negli ultimi decenni a causa della linea con una progressione inferiore o uguale a 1 cm/minuto? Sicuramente tanti, troppi. La prevenzione del ricorso al taglio cesareo è divenuta un argomento primario per valutare l'assistenza ostetrica. Nel 2014 l'American College ha recepito lo studio di Zhang del 2010, modificando i criteri per dia-



La pubblicazione in formato pdf è reperibile al link contenuto nel QR code



ANTONIO RAGUSA
Presidente della
Fondazione Confalonieri
Ragonese



STEFANIA POLVANI
Presidente Società Italiana
Medicina Narrativa Simen



PAOLO GASTALDI
UOC Ostetrica e
Ginecologia Ospedale
Santo Spirito Roma



Fiammetta Ciavurro,
Nascita e narrazione



Le prove scientifiche della linea guida Oms del 2018 hanno dimostrato l'importanza della presenza in sala parto di un persona di fiducia della donna e il triste periodo del Covid ha chiarito quanto una donna privata dei suoi affetti sia penalizzata nel momento più importante della sua vita

gnosticare la distocia (Acog 2014). Sono nati dei partogrammi, come quello di Neal e Lowe, conformi ai risultati di Zhang (Neal and Lowe 2012, Neal and Lowe et al 2018).

Nel 2018 l'Oms ha completato il cambiamento con la pubblicazione di una linea guida. Nel documento si esplicita che l'obiettivo principale dell'assistenza è una esperienza positiva della nascita da parte della donna (Who 2018).

Per la prima volta vengono elencate le pratiche potenzialmente dannose in travaglio.

Gli argomenti principali sono: il periodo dilatante, il periodo espulsivo, il post-partum, l'assistenza durante il travaglio e la nascita, l'assistenza al neonato, l'assistenza alla donna dopo la nascita; su 56 raccomandazioni 22 sono controindicazioni, circa 4 su 10.

IL TEMPO DELLA NASCITA NON È PIÙ IL TEMPO CRONOLOGICO, MA IL TEMPO BIOLOGICO DELLA DONNA. NON ESISTE UNA DONNA UGUALE ALL'ALTRA. Per chi è cresciuto con la linea di attenzione e di azione del partogramma non è facile cambiare la propria consuetudine.

Il Professor Friedman oggi è un professore emerito della Albert Einstein University di New York e risponde, come un leone ferito, sulle riviste ostetriche più importanti.

Nel 2020 la logica conseguenza della linea guida del 2018 è stata la pubblicazione della Guida Oms 2020 (Nella nostra raccomandazione è reperibile

una traduzione letterale in italiano del modulo e del manuale).

LE NOVITÀ DEL NUOVO PARTOGRAMMA SONO MOLTEPLICI: tra le principali il sostegno alla donna che comprende la presenza di una persona di fiducia, l'idratazione, il sollievo del dolore e la postura.

Le prove scientifiche della linea guida Oms del 2018 hanno dimostrato l'importanza della presenza in sala parto di un persona di fiducia della donna e il triste periodo del Covid ha chiarito quanto una donna privata dei suoi affetti sia penalizzata nel momento più importante della sua vita. L'idratazione orale è una necessità durante il travaglio. Il sollievo del dolore è una missione per l'ostetrica e il medico. Le tecniche non farmacologiche sono efficaci, se necessario, anche con la partoanalgesia. L'ostetrica comprende quando il dolore è patologico o iatrogeno. In una realtà in cui molte donne sono indotte al parto, l'assistenza si deve adeguare alla realtà: l'ossitocina sintetica altera la percezione del dolore che può diventare insopportabile per la donna. La postura della donna in travaglio deve essere libera. In passato le donne rimanevano ore e ore in posizione supina senza possibilità di scelta. Le donne sanno per istinto in quale posizione il dolore è sopportabile e la discesa del loro bambino è agevole.

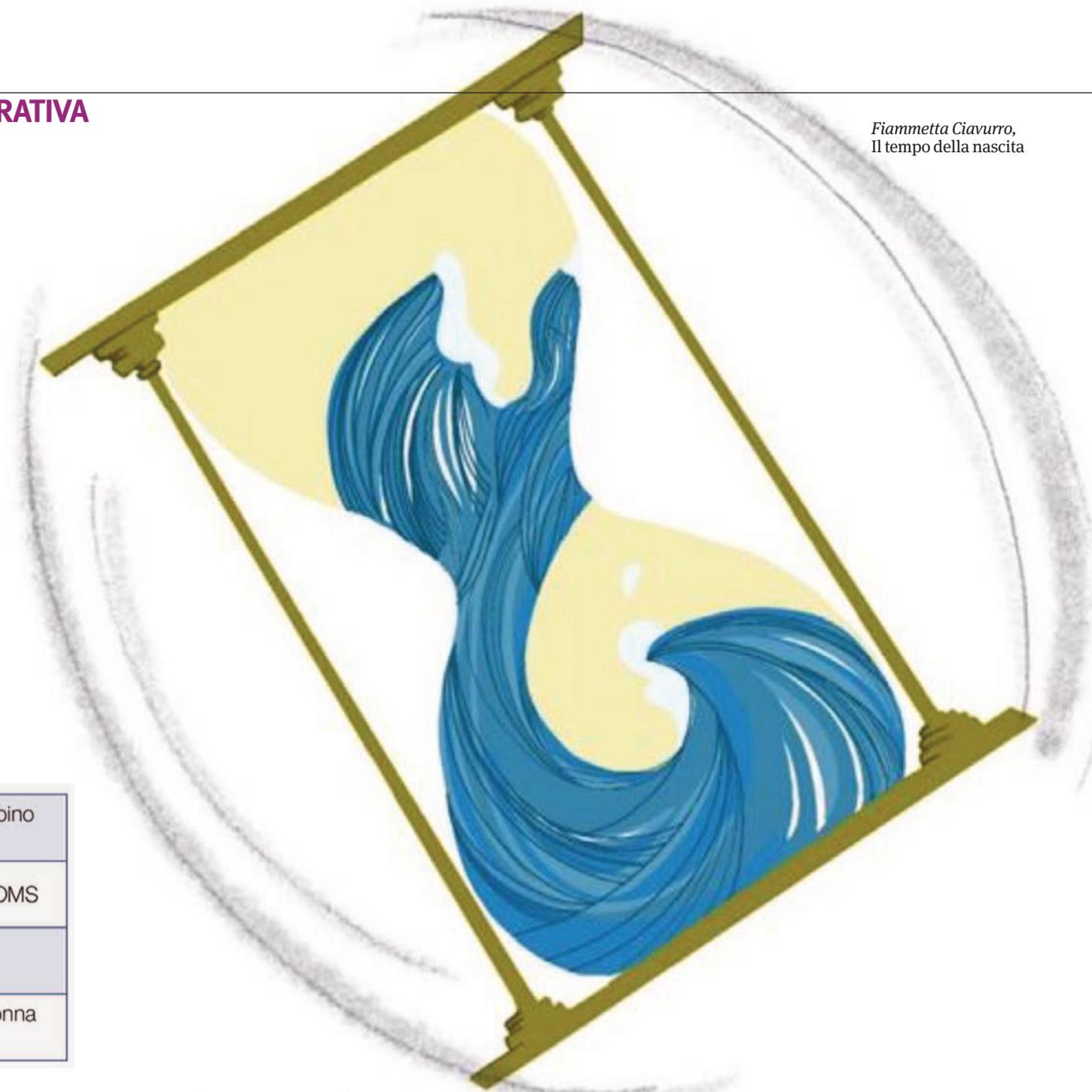
La Guida Oms 2020 contiene una colonna di at-

tenzione per ogni parametro. Ad esempio la posizione supina fissa richiede attenzione, come l'assenza di una persona di fiducia o la scarsa idratazione orale. La sezione sulla Progressione del travaglio mette in atto la rivoluzione degli ultimi anni: non solo scompaiono la linea di attenzione e la linea di azione, ma non esiste un grafico della dilatazione in senso tradizionale. La registrazione inizia intorno a 5 cm, in accordo con lo studio di Zhang del 2010. Nella colonna di attenzione per ogni centimetro di dilatazione sono presenti i limiti orari, oltre i quali si sospetta una distocia. A 5 cm di dilatazione una donna può aspettare anche fino a 6 ore prima di progredire e la linea guida Oms del 2018 chiarisce che questo tempo di attesa non è inoperoso.

LA SEZIONE DELLA GUIDA OMS 2020 sulle decisioni condivise evidenzia che non esiste una sola valutazione che non richieda la condivisione tra i sanitari e con la donna. Il personale ostetrico è incoraggiato ad utilizzare un approccio in 4 fasi: valutare la situazione clinica, registrare sulla Guida Oms, controllare se qualche parametro rientra nella colonna attenzione, pianificare le decisioni con la donna e gli altri professionisti della sala parto.

La raccomandazione contiene una revisione narrativa della letteratura recente sul partogramma, a partire dal 2016. La stringa di ricerca ha restituito 289 studi.

PARTOGRAMMA E MEDICINA NARRATIVA

Fiammetta Ciavurro,
Il tempo della nascitaMetodo
per la Guida OMS 2020**Valuta:** il benessere della donna, del suo bambino e l'evoluzione del travaglio**Registra:** le osservazioni cliniche sulla Guida OMS**Controlla:** le osservazioni con i valori soglia nella colonna "Attenzione"**Pianifica:** gli interventi utili, coinvolgendo la donna e documentando la decisione finale**Attenzione narrativa**

Ascolto empatico

Rappresentazione clinica narrativa nella cartella clinica

Partogramma/Guida OMS 2020

Nota del parto con spunti narrativi

Rappresentazione personale non compresa nella cartella clinica

Linea narrativa del tempo del travaglio

Racconto

Diario personale

Cartella parallela

Scrittura creativa

Connessione

Empatia

Ricerca basata sulla qualità

Nascita e competenza
narrativa

Il partogramma è universalmente riconosciuto come il "gold standard" per il monitoraggio del travaglio di parto. La funzione del partogramma è monitorare l'andamento del travaglio, identificare e intervenire, in caso di travaglio anormale.

L'uso competente del partogramma potrebbe ridurre l'incidenza di esiti materni e perinatali negativi. È uno strumento di monitoraggio del travaglio più comunemente utilizzato, ma la sua efficacia è condizionata dal contesto di utilizzo.

L'utilizzo del partogramma come strumento di screening, non solo diagnostico, e l'inserimento del medesimo in un contesto integrato che comprende l'assistenza in sala parto, previene il ricorso al taglio cesareo, migliora la qualità dell'assistenza e la soddisfazione delle donne (Ragusa 2016).

Altri fattori rilevanti che possono influenzare gli effetti del partogramma sugli esiti materno fetali e sulla sua fruibilità sono: diverso grado di accettazione delle differenti tipologie di partogramma da parte degli operatori sanitari; supporto del sistema sanitario; sistemi di riferimento efficaci; risorse umane; competenza degli operatori sanitari.

LA MEDICINA NARRATIVA È IN SINTONIA CON L'ASSISTENZA ALLA NASCITA. La definizione Narrative based Medicine (Nbm) è speculare a Evidence based Medicine (Ebm), che indica la medicina basata sulle prove di efficacia. Nonostante i due concetti vengano spesso contrapposti è possibile un'integrazione dei due approcci.

Narrare, sostiene Stefania Polvani, è una pratica di cura (Polvani 2022): "Si narrano le fiabe ai bambini, si raccontano le vicende tra amici, si riassume la giornata tornando a casa in famiglia. Viviamo di storie. Raccontare storie è il modo più uma-

no di scambiare esperienze e di seguire lo scorrere della vita. Una storia è la narrazione orale o scritta di vicende vere o di finzioni. Perfino la Storia, come la conosciamo e la studiamo, è la ricostruzione in forma narrativa di fatti del passato". Le storie soddisfano il bisogno ineludibile dell'uomo di dare un senso alla propria vita. Come scriveva Gabriel Garcia Marquez nel suo libro autobiografico *Vivere per raccontarla* "la vita non è quella che si è vissuta, ma quella che si ricorda e come la si ricorda per raccontarla".

Rita Charon ha portato nella pratica medica il paradigma di cura basato sulla narrazione (Charon 2006): scrivere in prosa ordinaria, afferma, ci avvicina alle persone e ci aiuta a riconoscere le nostre reazioni emotive. La narrazione è una via per la consapevolezza, l'impegno, la responsabilità, l'eticità, l'empatia. La relazione terapeutica è simile a un ciclo cardiaco. Durante la diastole usiamo il cervello in modo dinamico per ascoltare. L'ascolto porta all'attenzione per l'altro. Ogni persona che si rivolge a noi racconta la sua storia. Nella storia è presente un'aspettativa di attenzione e di cura. Durante la sistole formuliamo una diagnosi, interpretiamo i segni oggettivi, proponiamo una soluzione. Nella pratica esistono tre fasi: attenzione, rappresentazione, connessione. Durante il travaglio il ritmo uterino della donna è simile a quello cardiaco, pausa-contrazione-pausa-contrazione, fino alla nascita.

LE CAPACITÀ VERBALI sono quattro: ascoltare, parlare, leggere, scrivere (Polvani 2022). Lettura e ascolto ricevono la narrazione, scrittura e parola producono la narrazione. Facciamo un uso quotidiano di queste abilità. Il cattivo uso è la causa frequente di incomprensioni. La competenza narrativa nasce dalla capacità di

“ **Imparare ad ascoltare** in modo empatico significa distogliere l'attenzione da noi, da quello che vorremmo dire per controbattere, per correggere, per dare indicazioni, per parlare della nostra esperienza nello stesso campo, per affermarci di fronte all'altro

attenzione e rappresentazione attraverso l'ascolto, la lettura, la scrittura, la parola. In questo modo raccogliamo i dati clinici con empatia costruendo una alleanza terapeutica duratura. Cambiamo il modo di curare. Ascolto e lettura si riferiscono all'attenzione, la fase diastolica della relazione. Scrittura e parola si riferiscono alla rappresentazione, la fase sistolica. Tutte insieme portano alla connessione, allo scambio reciproco. La competenza narrativa è una postura. Non è una abilità tecnica da imparare a scuola, come una procedura chirurgica.

L'ascolto è la prima abilità comunicativa che impariamo istintivamente da neonati. Dedichiamo molto più tempo ad ascoltare che a parlare, leggere e scrivere. Ascoltare vuol dire costruire significati per arrivare a una comprensione attiva delle informazioni trasmesse.

Imparare ad ascoltare in modo empatico significa distogliere l'attenzione da noi, da quello che vorremmo dire per controbattere, per correggere, per dare indicazioni, per parlare della nostra esperienza nello stesso campo, per affermarci di fronte all'altro. L'empatia genera in chi parla un senso di comprensione e di accoglienza che migliora la sua capacità comunicativa, essa rappresenta il 30% dell'effetto terapeutico della cura (Kaptchuk and Miller 2015)

Cura fa rima con lettura. Sviluppando competenze narrative, i professionisti della salute sono più attenti verso i pazienti, sintonizzati con le loro esperienze, riflessivi nel proprio lavoro, precisi nell'interpretazione. Secondo Arthur Frank bisogna “pensare con le storie”.

LA CURA DELLA NASCITA E L'UTILIZZO DEL PARTOGRAMMA SECONDO I PRINCIPI DELLA MEDICINA NARRATIVA, CONDUCONO CHI LAVORA IN SALA PARTO ALLA COMPETENZA NARRATIVA.

L'attenzione in sala parto è l'ascolto empatico. Sentire non sempre coincide con ascoltare.

In sala parto la rappresentazione clinica si basa sulla compilazione del partogramma. La nostra proposta è utilizzare la Guida Oms 2020 che contiene una sezione dedicata al sostegno alla donna, una sezione sulle decisioni condivise in sala parto, una rappresentazione grafica della dilatazione cervicale rispettosa della fisiologia.

Uno strumento narrativo clinico da aggiungere al partogramma nella cartella clinica potrebbe essere una nota del parto con spunti narrativi, dove gli eventi clinici del travaglio e del parto sono raccontati in forma discorsiva dagli operatori. Philpott e Castle avevano previsto un campo note nel partogramma del 1972 (Philpott 1972). Questa consuetudine si è persa nel tempo. Gli spunti narrativi facilitano la narrazione. La nota non contiene le riflessioni personali dell'operatore sanitario.

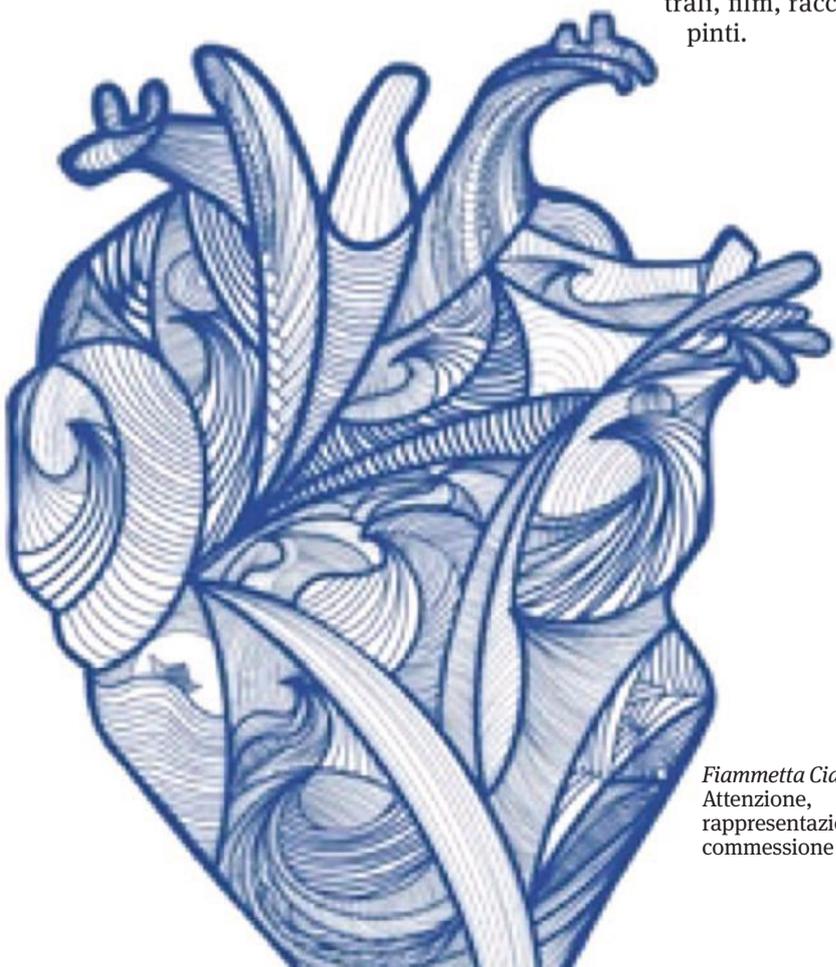
La Rappresentazione basata sulla riflessione personale **non è nella cartella clinica**. La riflessione personale è una occasione di crescita a partire dalle esperienze in sala parto, che ogni operatore condivide con la donna e con gli altri operatori.

Gli strumenti narrativi **non presenti nella cartella clinica** sono la linea narrativa del tempo del travaglio, il racconto, un diario personale, la cartella Parallela, la scrittura creativa. La Scrittura creativa lascia spazio alla libertà espressiva. La nascita ha ispirato nei secoli grandi opere letterarie in prosa e in poesia, trame teatrali, film, raccolte di immagini, sculture, dipinti.

Si ringrazia Fiammetta Ciavurro per le illustrazioni originali. La bibliografia e i componenti del gruppo di lavoro sono reperibili sul sito dell'Aogoi

CONCLUSIONE

La nascita è un momento della vita che coinvolge profondamente la donna, la sua famiglia e le persone che la assistono in sala parto. La competenza narrativa permette di raggiungere la buona assistenza attraverso attenzione, rappresentazione e connessione e, affiancando il partogramma, lo rendono un vero e proprio Strumento di Medicina Narrativa per la pratica di cura. La Guida OMS 2020 è la naturale evoluzione del partogramma in accordo alle prove scientifiche più recenti. La situazione in Italia è in evoluzione verso un partogramma più aderente alla fisiologia. Nei prossimi mesi sarà disponibile una FAD sul partogramma e la competenza narrativa e un laboratorio di medicina narrativa in presenza, a cura del gruppo di lavoro che ha realizzato la raccomandazione della Fondazione Confalonieri Ragonese.



Fiammetta Ciavurro, Attenzione, rappresentazione, connessione



RACCOMANDAZIONI MULTIDISCIPLINARI

La diagnostica anatomo-clinica della placenta

A settembre 2023 sono state pubblicate le “Raccomandazioni per la diagnostica della placenta umana espulsa dopo la 14^a settimana di gestazione. Operatività in sala parto e anatomia patologica, criteri diagnostici e modalità di formulazione del referto diagnostico, restituzione della diagnosi” a cura delle Società Scientifiche Sigo, Aogoi, Agui, Agite e Siapec-Iap (n.d.r. sono reperibili sul sito di Aogoi).



GAETANO BULFAMANTE
Co-redattore principale per l'Anatomia Patologica delle “Raccomandazioni”.

Coordinatore anatomopatologo del Gruppo di Lavoro per la stesura delle “Linee Guida Italiane per la diagnosi anatomo-clinica della placenta espulsa/estratta dopo la 14^a settimana di gestazione”

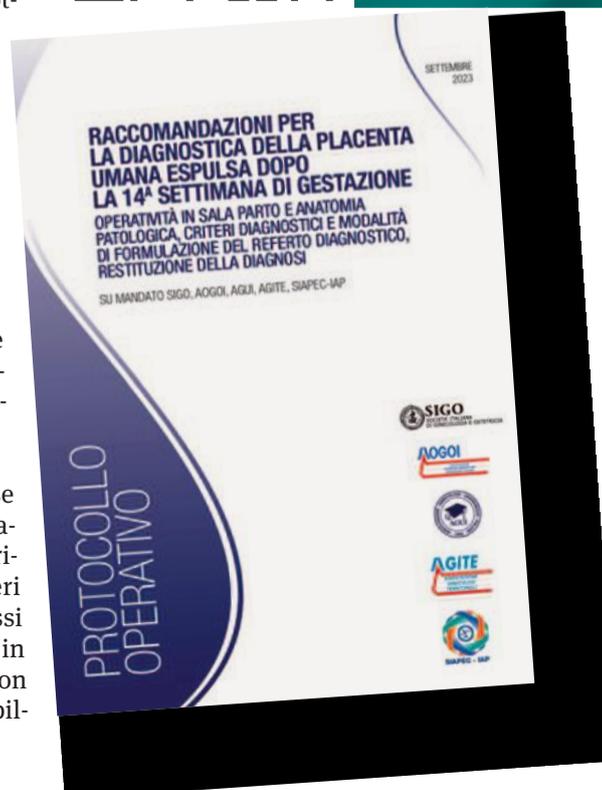
Coordinatore Nazionale del Gruppo di Studio APEFA delle SIAPEC-IAP

DA DIVERSI ANNI la placenta è considerata la “scatola nera” della gravidanza e la sua diagnostica anatomopatologica lo strumento capace di rilevare le informazioni quando vi siano stati esiti avversi (morte perinatale; danno permanente del neonato; gravi patologie materne transitorie o permanenti puerperali o postnatali). Oggi è, per altro, sempre più evidente che questa diagnostica, quando eseguita correttamente, ha grande importanza per la definizione del rischio procreativo futuro della donna/coppia, per la gestione del neonato patologico, per la salute della donna e del nuovo nato al di fuori della gravidanza e del periodo neonatale. È difatti sempre più chiaro come molte patologie dell'adulto affondino le proprie radici nel periodo intrauterino (tendenza all'obesità, malattie dismetaboliche, tendenza all'ipertensione arteriosa idiopatica) e come la gravidanza possa temporaneamente slantizzare patologie materne che se non riconosciute e sottoposte a terapie adeguate, potranno ripresentarsi in forma clinica manifesta anche a molti anni di distanza (diabete, malattie autoimmuni, trombofilie, ipertensione arteriosa, coronaropatia).

SE LE PROCEDURE anatomo-patologiche sono elemento centrale per l'adeguata diagnostica della placenta, le “Raccomandazioni” sottolineano come sia indispensabile che ginecologi ed ostetriche svolgano un insieme di atti, senza la cui corretta esecuzione l'impegno anatomopatologico rischia di vanificarsi.

IN SALA PARTO VANNO PRESE decisioni precise (quali placente inviare subito in Anatomia Patologica e quali conservare per 7 giorni in frigorifero), vanno registrati specifici caratteri morfologici della placenta e dei suoi annessi (quei caratteri che durante il trasferimento in AP o durante la conservazione potrebbero non essere più riconoscibili e modificarsi sensibil-

La pubblicazione in formato pdf è reperibile al link contenuto nel QR code



mente), vanno trasferiti all'AP alcuni dati anamnestici indispensabili per l'immediato corretto inquadramento diagnostico, va impostato un canale informativo e comunicativo efficace con i genitori/famigliari nei casi con esiti gravidici problematici o francamente infausti. Nell'attesa della diagnosi anatomopatologica o dei suoi approfondimenti molecolari o microbiologico/virologici (approfondimenti che oggi possono essere condotti tramite indagini molecolari sul parenchima placentare anche dopo fissazione in formalina) va impostato un canale informativo con la madre/famiglia che sappia trasmettere interesse, empatia, determinazione nel volere capire le cause dell'avvento avverso, senza generare incomprensioni, dubbi, contraddizioni. Dopo la valutazione anatomopatologica e prima della resa della diagnosi alla madre/coppia appare utile un confronto anatomo-clinico, capace di dare una lettura epicritica dei dati raccolti dal ginecologo, dall'anatomopatologo e, al caso, dal neonatologo, al fine di non

Queste “**Raccomandazioni**”, nate dalla collaborazione tra esperti in Ginecologia e Ostetricia e in Anatomia Patologica, vogliono essere uno strumento operativo in costante aggiornamento; esse, difatti, sono parte delle “Linee Guida italiane per la diagnostica anatomico-clinica della placenta espulsa/estratta dopo la 14^a settimana di gestazione”, attualmente in corso di valutazione presso l’Istituto Superiore di Sanità, ma, a differenza delle “Linee Guida”, saranno annualmente aggiornate ed ampliate con nuovi argomenti

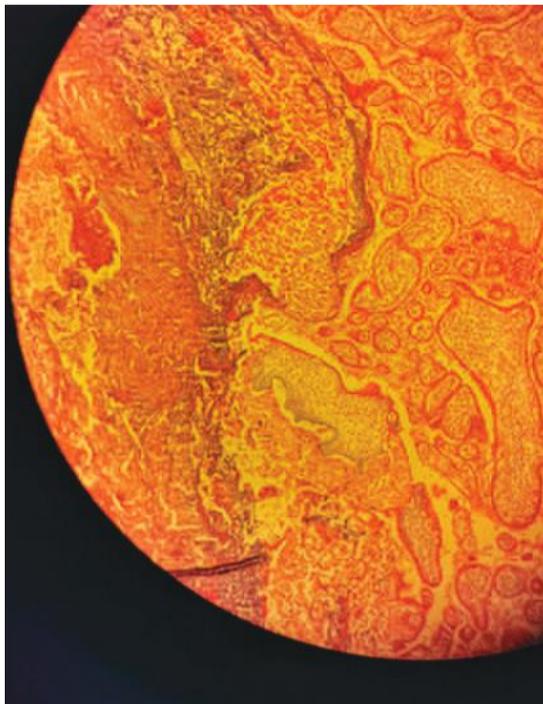


creare comunicazioni contraddittorie, molto frequentemente causa di contenziosi legali.

UN PUNTO CARATTERIZZANTE delle “*Raccomandazioni*” è rappresentato dalla definizione delle tredici patologie/condizioni in cui, per la loro gravità e rischio di ripercussioni legali, la placenta deve essere inviata subito alla diagnostica anatomopatologica. Le altre placente vanno conservate in frigorifero (a 4°-6° C) per 7 giorni dopo il parto, perché in questo lasso di tempo si manifesta la quasi totalità delle patologie neonatali o puerperali in cui la diagnostica anatomopatologica della placenta può fornire importanti ausili alla loro definizione eziopatogenetica. Questo non significa che il singolo ginecologo non possa più inviare in AP la placenta di gravidanze non comprese nelle 13 categorie sopradette: può sicuramente farlo, indicando nel modulo di richiesta di esame anatomopatologico il quesito diagnostico a cui chiede di dare risposta o la motivazione del-



Il Gruppo di Studio della Siapec-Iap si è impegnata ad organizzare nell’anno 2024 una serie di eventi sul territorio nazionale, anche dedicati a Ginecologi ed Ostetriche, per la diffusione e l’utilizzo adeguato delle *Raccomandazioni*



Sezione trasversale della placenta umana vista al microscopio con ingrandimento di 40 volte

la richiesta d’esame (per esempio, programma aziendale o di reparto di monitoraggio di una determinata patologia/condizione).

LE “RACCOMANDAZIONI” HANNO anche l’obiettivo di fornire agli anatomopatologi criteri diagnostici anatomopatologici univoci per il riconoscimento e la classificazione delle diverse patologie della placenta e per la determinazione del loro stadio e grado. La corretta determinazione dello stadio e del grado delle patologie della placenta è un elemento cruciale per definire il loro significato clinico: al pari delle patologie proliferative, dove uno stadio preneoplastico o un basso grado di malattia hanno un impatto per il paziente molto diverso di quello di una neoplasia in stadio avanzato o di grado elevato, anche molte patologie placentari possono essere riconosciute in una determinata placenta ma avere un significato clinico per la gravidanza appena conclusasi e un rischio di ricorrenza estremamente variabile sulla base del loro stadio e grado. Inoltre è stata posta attenzione nel definire criteri univoci di descrizione macroscopica, campionamento per gli esami istopatologici e trattamento dei campioni che possano garantire, ai centri con minore grado di esperienza o nel caso di quadri anatomo-clinici di particolare complessità, la possibilità di accedere in modo adeguato a pareri esperti. Nell’edizione del 2023 sono state considerati i criteri diagnostici e classificativi di 14 patologie/condizioni placentari, scelti per la loro particolare frequenza o complessità. Ogni anno, a partire dal gennaio 2025, si provvederà all’edizione di una versione aggiornata delle “*Raccomandazioni*”, considerando sia gli eventuali aggiornamenti di quanto già pubblicato, che gruppi di ulteriori patologie, in modo da definire nel giro di qualche anno criteri univoci per la diagnostica anatomopatologica di tutte le patologie della placenta. Ogni donna che partorisca sul territorio nazionale dovrà potere disporre di una diagnostica anatomopatologica placentare uniforme e di alto livello o, almeno, della possibilità di inviare ad un “secondo parere diagnostico/parere esperto”, un campione adeguato e di alta qualità (per descrizione, trattamento e campionamento).

IL MANDATO della stesura di “Linee Guida” e “*Raccomandazioni*” specifiche per la diagnostica del-

la patologia placentare, deriva anche dall’ottemperanza alle indicazioni della Legge Bianco-Gelli, che dà la possibilità alle Società Scientifiche di contribuire a definire i criteri per identificare la “colpa grave”, in ambito di contenzioso legale sanitario. Questo mandato è una grande opportunità per le Associazioni Mediche, in quanto permette agli operatori di avere linee di indirizzo operativo che, se rispettate, diventano protettive in caso di contestazioni legali.

TRA I PUNTI CONSIDERATI dalle “*Raccomandazioni*” emerge anche quello dei tempi di risposta diagnostica anatomopatologica, elemento la cui adeguatezza appare cruciale per rendere questa diagnostica utile al processo di assistenza clinica neonatologica e ginecologica. In Italia le risorse sono sempre più limitate e per questo è indispensabile avere chiaro subito cosa è urgente e come meno. Tra le 13 condizioni della gravidanza/parto che prevedono l’invio immediato della placenta in AP, alcune di queste necessitano di una diagnosi (almeno orientativa) emessa entro 1-3 giorni dall’arrivo del campione (dando per scontato che questo avvenga entro pochissime ore dal parto). Riteniamo che questo possa essere un obiettivo realizzabile in casi che sono estremamente rari nel corso di un anno (ricovero del neonato in TIN con sospetto di infezione o con danno neurologico; ricovero della madre dopo il parto in Terapia Intensiva; ecc.) e che le Direzioni Generali debbano essere sensibilizzate alla necessità di supportare una attività diagnostica che può evitare il rischio di risarcimenti estremamente onerosi per l’Azienda.

IL GRUPPO DI STUDIO APEFA (Anatomia Patologica dell’embrione, del feto e dei loro Annessi) della Siapec-Iap si è impegnata ad organizzare nell’anno 2024 una serie di eventi sul territorio nazionale, anche dedicati a Ginecologi ed Ostetriche, per la diffusione e l’utilizzo adeguato delle “*Raccomandazioni*”. A queste iniziative si aggiunge anche la pubblicazione del manuale Aogoi “Esame macroscopico della placenta da effettuarsi in sala parto” che abbiamo ritenuto utile per formare i giovani ginecologi e ostetriche/i all’utilizzo della corretta terminologia descrittiva della placenta.

PROFESSIONE



Violenza ostetrica, un termine improprio

“È necessario andare oltre il termine ‘violenza ostetrica’ nel discorso e riconoscere e affrontare le dimensioni strutturali delle pratiche riproduttive abusive. Vi è una necessità costante di aumentare la consapevolezza sul potenziale maltrattamento di pazienti ostetriche nel contesto di abusi contro le donne in generale”

QUESTO IL MESSAGGIO LANCIATO in un articolo pubblicato sull'*American Journal of Obstetrics and Gynecology* (Frank A. Chervenak, Md Mm, Renee Mcleod-Sordjan, Dnp, Aprn, Hec-C, Susan L. Pollet, Jdet al.). Secondo gli autori “c'è una continua necessità di aumentare la consapevolezza sul potenziale maltrattamento delle pazienti ostetriche nel contesto degli abusi contro le donne in generale”. L'uso di un termine come ‘maltrattamento nell'assistenza sanitaria’, invece del più limitato ‘violenza ostetrica’, è più appropriato e si applica a tutte le specialità quando c'è abuso e maltrattamento non professionale come l'assistenza di parte, la negligenza, l'abuso emotivo (verbale) o fisico, compresa l'esecuzione di procedure non necessarie, non indicate o senza il consenso informato del paziente. Dobbiamo promuovere un'assistenza professionale imparziale, rispettosa e incentrata sul paziente, fornire un quadro etico per tutto il personale sanitario e lavorare per un cambiamento sistemico per prevenire qualsiasi maltrattamento o abuso nella nostra specialità”.

La **“violenza ostetrica”** è un termine utilizzato per descrivere abusi e maltrattamenti che le donne possono subire durante la gravidanza e nel corso di procedure ostetriche come l'induzione del travaglio, l'episiotomia e il parto cesareo. Tuttavia, questo termine può essere frainteso o portare a valutazioni non corrette in quanto implica una violenza intenzionale da parte degli operatori sanitari, quando invece può essere il risultato di problemi legati alla struttura in cui essi operano o a carenze di formazione.

Questo il messaggio emerso nell'articolo pubblicato sull'*American Journal of Obstetrics and Gynecology* che merita delle riflessioni. Un termine più appropriato potrebbe essere “maltrattamenti ostetrici”, che copre un'ampia gamma di comportamenti e azioni. È importante riconoscere e affrontare le dimensioni strutturali di questi abusi e sensibilizzare il personale sul potenziale maltrattamento delle pazienti ostetriche. Sarebbe ancor meglio utilizzare il termine “abuso nell'assistenza sanitaria”, che si applica a tutte le specialità e copre abusi e maltrattamenti non professionali come cure distorte, negligenza, abusi emotivi o fisici e procedure non necessarie o senza consenso informato. È necessario promuovere un'assistenza sanitaria professionale, rispettosa e incentrata sul paziente e lavorare per prevenire qualsiasi forma di maltrattamento o abuso nel settore medico.

In buona sostanza il rischio reale è quello di equiparare un atto di aggressione fisica criminale ad una malpractice (magari in buona fede...). Certamente una migliore preparazione degli operatori, strutture più efficienti e dotazioni adeguate e moderne possono facilitare il rispetto di corrette procedure ostetriche e mediche in generale. E soprattutto occorre ribadire che una comunicazione ed informazione alla paziente (ed ai familiari) chiara e scientificamente basata, può evitare incomprensioni e valutazioni errate sull'operato dei sanitari.

CMS



EMORRAGIA POST PARTUM

Dall'Oms una Roadmap per affrontare la principale causa di morte materna

Nonostante sia prevenibile e curabile, l'emorragia post partum (Pph) provoca circa 70mila decessi ogni anno. E alle donne che sopravvivono, può causare disabilità e traumi psicologici che durano anni.



CO QUINDI che per fronteggiare questo temibile evento l'Oms ha pubblicato la sua prima Roadmap sulle azioni da intraprendere tra il 2023 e il 2030. L'emorragia postpartum (Pph) è un sanguinamento grave durante il parto che è una delle cause più comuni di mortalità materna, ma è altamente prevenibile e curabile – ha affermato Tedros Adhanom Ghebreyesus, Direttore generale dell'Oms – questa nuova tabella di marcia traccia un percorso verso un mondo in cui più donne possano avere un parto sicuro e un futuro sano per le loro famiglie”.

Una donna muore ogni due minuti per cause legate alla gravidanza o al parto. Dal 2015 ci sono stati progressi limitati nella riduzione di queste morti, ma il mondo è ancora fuori strada per raggiungere i relativi obiettivi di sviluppo sostenibile.

Per rinvigorire gli sforzi, si legge nella prefazione del documento, l'Oms ha convocato un vertice globale sulla Pph nel marzo scorso al quale hanno partecipato più di 130 esperti in diversi settori (rappresentanti dei ministeri della Sanità, delle professioni sanitarie e ricercatori, mondo accademico, associazioni professionali, nazionali e internazionali organizzazioni non governative, organizzazioni della società civile, e delle industrie del farmaco e dispositivi medici e del settore privato). Alla conclusione del Summit, i partecipanti hanno lavorato insieme per stabilire un'agenda condivisa per porre fine alle morti prevenibili dovute alla Pph. Il risultato di questo sforzo collettivo è la Roadmap, la cui mission è quindi quella di delineare obiettivi e attività di ricerca, normative, attuazione e sostegno ai Paesi.

Le azioni prioritarie includono: lo sviluppo di nuove e più ampie linee guida per la Pph che coprano la prevenzione, l'individuazione e il trattamento; ricerca per fornire innovazioni e aumentare l'accesso a interventi comprovati; l'istituzione di un nuovo meccanismo di appalto per migliorare l'offerta di medicinali e prodotti di base di alta qualità; sostegno e sensibilizzazione e, a livello nazionale, formazione e miglioramenti delle strutture.

La Roadmap mira inoltre ad aiutare i Paesi ad affrontare le forti differenze nei risultati di sopravvivenza derivanti dalla Pph, che riflettono le principali disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari essenziali. Oltre l'85% dei decessi dovuti a Pph si verifica nell'Africa sub-sahariana e nell'Asia meridionale. I fattori di rischio comprendono anemia, anomalie placentari e altre complicazioni in gravidanza come infezioni e preeclampsia.

Molti fattori di rischio, sottolinea una nota dell'Oms “possono essere gestiti se esiste un'assistenza prenatale di qualità, compreso l'accesso agli ultrasuoni, insieme a un monitoraggio efficace nelle ore successive alla nascita. Anche l'eventuale sanguinamento deve essere rilevato e trattato molto rapidamente. Tropo spesso, tuttavia, le strutture sanitarie mancano degli operatori sanitari o delle risorse necessarie, compresi i beni salvavita come l'ossitocina, l'acido tranexamico o il sangue per le trasfusioni”.

Link all'articolo

completo dell'AJOG

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002937823007329>





Perché c'innamoriamo e amiamo. Come l'amore ci rende umani

L'amore? È un'esperienza peculiare degli esseri umani. È sempre arcobaleno: tutti desiderano essere liberi di amare. Ognuno può esprimere questo sentimento attraverso la propria sessualità in modo unico e personale riflettendo le proprie diversità.

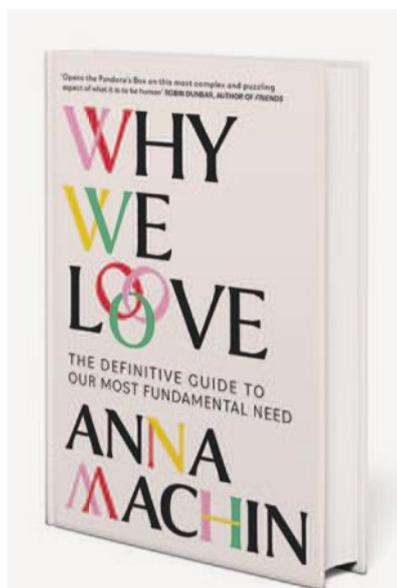
Ma cosa c'è dietro l'amore? Cosa lo rende così straordinario e complesso? Nel suo libro "Perché amiamo: La nuova scienza dietro le nostre relazioni più intime" (ed. Weidenfeld & Nicolson, 2022), l'antropologa evolutivista Anna Machin ci guida in un avvincente viaggio alla scoperta dei meccanismi e delle motivazioni che guidano questo misterioso sentimento. Il libro ha riscosso un notevole successo nella comunità scientifica anglo-americana, dopo la sua pubblicazione un anno fa nel Regno Unito e negli Stati Uniti. Al momento, non è stato ancora pubblicato in Italia

"AMARE... È COMPLICATO", è con questo incipit, intrigante e provocatorio, che Anna Machin introduce il lettore ad una analisi antropologico-evolutiva dell'amore. Esplora le profonde connessioni tra scienze sociali e amore, definendolo come "l'esperienza umana più appassionante e coinvolgente". Ma non si ferma qui. S'impegna a rispondere a interrogativi cruciali che fanno riflettere sui meccanismi evolutivi che ci spingono a creare e mantenere relazioni affettive. E si chiede infine se l'amore sia il risultato di un processo "progettato" dalla stessa evoluzione. L'amore si è sviluppato nel corso dei millenni, influenzato dalla evoluzione biologica e dalle dinamiche sociali che hanno modellato la nostra specie lungo il cammino dello sviluppo evolutivo. Queste radici ancestrali ci legano profondamente alle basi biologiche dell'amore come, ad esempio, il profondo legame tra madre e figlio, la propensione a creare relazioni intime e il bisogno di cercare affetto e legami con gli altri. Tutto ciò suggerisce che, malgrado le molte variazioni culturali e individuali nelle manifestazioni e nella concezione dell'amore, esistono elementi universali profondamente radicati nella nostra natura che ci guidano verso la formazione di legami affettivi e relazioni significative. Quest'analisi ci aiuta a capire che, indipendentemente dalle diverse modalità e stili di amore, esistono aspetti intrinseci alla nostra natura che ci spingono a cercare legami affettivi e relazioni significative. "Perché amiamo" non è sicuramente il primo libro ad affrontare il tema dell'amore. Biblioteche e librerie

sono piene di opere in cui gli autori espongono le loro idee su questo argomento. Spesso l'amore viene ridotto a un "insieme di sostanze chimiche che agiscono sul cervello, o viene percepito come un costrutto culturale, o è associato alla grande arte e creatività". La Machin sostiene invece che l'amore è "una cosa altamente complessa e multifattoriale". E per comprendere appieno questo fenomeno, afferma che sia necessario un "approccio espansionista", ovvero l'utilizzo di idee e tecniche provenienti da altre discipline incentrate sull'essere umano, al fine di cercare prove e risposte a tutti i livelli di spiegazione". L'obiettivo è ottenere una comprensione a 360° dell'amore, anche se l'autrice riconosce nel suo libro di non aver raggiunto pienamente questo obiettivo.

Anna Machin afferma che "amare è sopravvivere" per sottolineare l'idea che l'amore non deve essere considerato semplicemente come un fenomeno sentimentale e romantico, ma come uno strumento essenziale per la sopravvivenza della specie, necessario per il trasferimento dei geni da una generazione all'altra. Ciò implica che, al fine di garantire una riproduzione efficace e acquisire le competenze necessarie per la sopravvivenza, gli esseri umani hanno bisogno di stabilire legami e cooperare con gli altri. Questo comportamento è alla base di tutte le nostre relazioni. Recenti studi indicano che gli esseri umani sono probabilmente la specie più cooperativa del pianeta, caratterizzata da reti sociali estese, complesse e diversificate. È proprio attraverso questa cooperazione che nasce l'amore, che rappresenta il nostro percorso verso la sopravvivenza della specie.

La Machin precisa, inoltre, che "innamoramento" e "amore" sono due esperienze diverse, che soddisfano bisogni diversi. Dal punto di vista evolutivo e biochimico, l'innamoramento ha il compito di avvicinare gli individui per favorire l'accoppiamento. Questo processo è radicato nella biologia evolutiva come "strumento necessario per l'accoppiamento", per cui ha avuto un ruolo importante nel nostro passato ancestrale ed è stato fondamentale per la sopravvivenza della specie umana nel corso della storia. Durante l'innamoramento, il cervello produce una serie di sostanze chimiche che contribuiscono



ANNA MACHIN

**WHY WE LOVE:
THE DEFINITIVE GUIDE
TO OUR MOST
FUNDAMENTAL NEED**

W&N
WEIDENFELD & NICOLSON
2023

PAGINE
320

ISBN
978-1474618038



ANNA MACHIN

a ottenere sensazioni ed emozioni intense che ci coinvolgono appieno, come l'ossitocina, la dopamina e la noradrenalina. L'ossitocina, ad esempio, è coinvolta nella formazione di legami affettivi e nell'aumento dell'empatia e dell'intimità. La dopamina, invece, è associata alla sensazione di piacere, alla motivazione e all'attenzione focalizzata sulla persona amata.

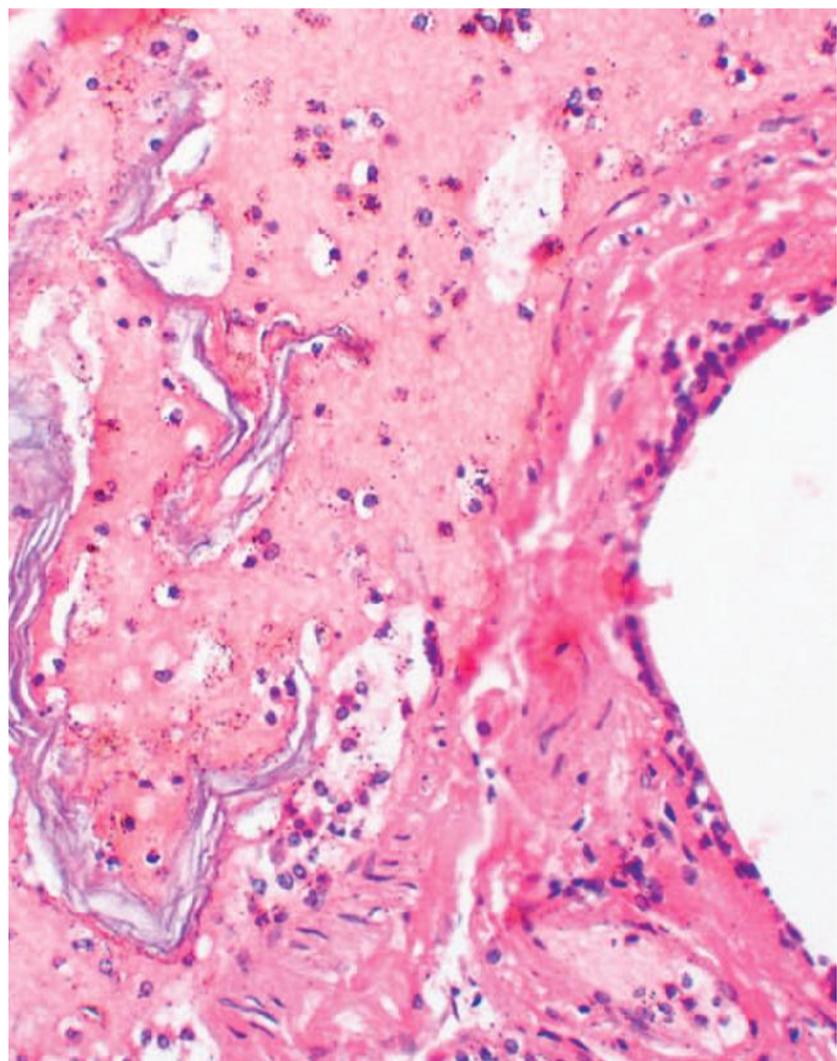
Dall'altra parte, l'amore tra due individui è guidato anch'esso da meccanismi biochimici, ma diversi da quelli dell'innamoramento. È un fenomeno influenzato principalmente da fattori culturali e di apprendimento. Mentre l'innamoramento è più istintivo e biologico, l'amore si sviluppa nel contesto sociale e culturale in cui viviamo. La nostra comprensione dell'amore e le sue espressioni sono influenzate da ciò che apprendiamo dalla famiglia, dalla società e dall'ambiente in cui cresciamo. Inoltre, l'amore ha una funzione cruciale nella formazione di relazioni di coppie stabili e nel fornire un ambiente sicuro per l'attenzione e la crescita dei figli. Rappresenta un legame emotivo profondo che va al di là dell'attrazione fisica e coinvolge la condivisione di valori, obiettivi e sostegno reciproco.

Secondo Machin, "al suo livello più elementare, l'amore è corruzione biologica. È un insieme di sostanze neurochimiche che ti motivano e ti ricompensano per stabilire relazioni con le persone con cui nella vita dobbiamo collaborare, come familiari, amici e amanti, e lavorare per mantenerli". La chimica del nostro cervello, come l'ossitocina, la dopamina e la serotonina, ci spinge a cercare intimità con gli altri. Questo mix neurochimico ci motiva ad avvicinarci a potenziali partner e cercare di creare legami, sia attraverso la riproduzione che la cooperazione per la sopravvivenza della specie. Inoltre, la beta-endorfina, sembra avere un ruolo predominante nelle relazioni a lungo termine una volta che gli ormoni dell'innamoramento iniziale come l'ossitocina e la dopamina si placano. Questa sostanza chimica del cervello svolge un ruolo importante nel mantenere un legame solido e duraturo.

In conclusione, il libro di Anna Machin offre una nuova e approfondita comprensione dell'amore umano. La ricercatrice riesce abilmente a combinare informazioni scientifiche di biologia evolutivista, di antropologia, psicologia e neuroscienze con storie personali ed esempi concreti. Ci invita a riflettere sulle nostre esperienze personali e ad esplorare le ragioni che guidano le nostre scelte e comportamenti amorosi. L'amore va oltre le emozioni e coinvolge una vasta gamma di fattori, compresi gli aspetti biologici, come gli ormoni e i processi neurali, oltre a quelli sociali e culturali. Durante l'innamoramento, il cervello produce sostanze chimiche che generano sensazioni intense ed emozioni coinvolgenti. Tuttavia, l'amore non è solo una reazione biochimica, ma un fenomeno complesso che influenza la nostra salute, felicità e il corso della nostra vita.

Nelle note conclusive Anna Machin esprime il suo stupore per l'immensità dell'amore e come esso permei ogni aspetto della nostra vita. Sottolinea il potere straordinario dell'amore nel plasmare la nostra esistenza e la molteplicità di modi in cui possiamo sperimentarlo, coinvolgendo persone, animali ed esseri di vari tipo. E considera gli esseri umani fortunati di poter vivere queste esperienze.

UFFICIO LEGALE AOGOI



Squame intravascolari sono presenti in questo esempio di embolia di liquido amniotico

© Yale Rosen, Flickr

Raggiunto un altro importante risultato in difesa dei colleghi nel grave tentativo di rivalsa da parte di una ASP

La sentenza analizza con scrupolo e attenzione le risultanze della CTU anche alla luce delle considerazioni medico-legali svolte dai consulenti dall'Ufficio Legale Aogoi



AVV. SABINO LAUDADIO
Ufficio Legale Aogoi

IL GIUDICE DI PRIMO GRADO ha assolto da ogni responsabilità due colleghe ingiustamente accusate per il decesso di una donna a causa di una repentina massiva embolia polmonare da liquido amniotico e successiva CID.

L'aspetto significativo è la richiesta da parte dell'ASP di rivalersi sui propri dirigenti medici per imperizia, imprudenza e negligenza e al tempo stesso attribuire alle professioniste l'onere in toto del risarcimento alle parti offese per 1.528.840,00 euro più le spese giudiziarie. La decisione si caratterizza per aver preso una posizione forte a difesa dei medici in termini di rigetto delle domande di rivalsa delle ASP che troppo spesso citano senza fondamento i propri dipendenti.

Oltre al rigetto dell'azione sotto il profilo prettamente processuale, la sentenza del Tribunale - anche nel merito - esclude ogni responsabilità dei ginecologi in relazione al caso di specie: "Nessuna colpa, omissiva o commissiva, poteva pertanto essere addebitata ai sanitari che avevano avuto in cura la paziente durante la degenza ed il parto, trattandosi, come

già detto, di un evento raro, improvviso, non prevedibile, e quindi non prevenibile, ed essendo state osservate tutte le pratiche diagnostiche e terapeutiche secondo le linee guida e i protocolli più accreditati in materia. Deve essere di conseguenza escluso ogni profilo di responsabilità in capo ai sanitari, avendo gli stessi tenuto un comportamento diligente, prudente, perito, nonché conforme alla buona arte medica, ed essendo intervenuto decesso addebitabile ad un evento tragico improvviso, non prevedibile né prevenibile".

La sentenza analizza con scrupolo e attenzione le risultanze della CTU tenendo in considerazione le osservazioni medico-legali svolte dai consulenti dall'Ufficio Legale Aogoi.

Anche in questo caso, l'Ufficio Legale Aogoi è riuscito ad ottenere un rilevante risultato nella difesa degli associati non soltanto dalle accuse del paziente ma anche dalle azioni di rivalsa delle ASP che - anziché difenderli - troppo spesso citano senza criterio i propri dirigenti medici.

Segue da pagina 13

Il nuovo Programma nazionale esiti

Sono 342 le strutture con tutti e tre gli indicatori del tree-map valutati, di cui 50 raggiungono un livello di qualità molto alto. La regione che presenta la proporzione più alta di strutture con livello di qualità molto alto è l'Emilia-Romagna (11 strutture su 17, pari al 65%). In 9 regioni, nessuna struttura raggiunge un livello di qualità molto alto: Valle d'Aosta, Liguria, Lazio, Molise, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna. Vedi figura 9.

Chirurgia oncologica

Tumore maligno della mammella: riallineamento degli interventi al trend pre pandemico Per quanto riguarda il carcinoma mammario, nel 2020 si è registrata una significativa riduzione delle ospedalizzazioni, quantificabile in circa 7 mila ricoveri in meno rispetto all'atteso (-11%). Per contro, il biennio successivo si è caratterizzato per un riallineamento al trend pre pandemico (-1,2% nel 2021 e +0,1% nel 2022).

IL 77% DEGLI INTERVENTI EFFETTUATI IN REPARTI OLTRE LA SOGLIA DEL DM 70. Sono 156 le unità operative con volume di attività uguale o superiore a 150 interventi/anno; il valore corrispondente di casistica è stato del 77% sul totale degli interventi effettuati a livello nazionale, in aumento rispetto al 74% del 2021 e al 67% del 2020. Vedi figura 3.

TUMORE MALIGNO DEL PANCREAS: LEGGERO INCREMENTO DEL NUMERO DI INTERVENTI, MA CON ELEVATA FRAMMENTAZIONE DELLA CASISTICA Il tumore maligno del pancreas è l'unico tra quelli ad elevato impatto a non aver subito nel periodo della pandemia una significativa contrazione dei volumi. In fase pandemica, il numero degli interventi è rimasto pressoché invariato rispetto al trend (-0,6% nel 2020 e -2,2% nel 2021), mentre nel 2022 si è registrato un aumento rispetto al valore atteso (+2,7%).

Ma a dispetto dell'elevata complessità dell'intervento, si segnala un numero non trascurabile di strutture (163, pari al 16% della casistica complessiva) al di sotto dei 10 interventi l'anno. Vedi figura 4.

VALUTAZIONE SINTETICA AREA DELLA CHIRURGIA ONCOLOGICA: TREEMAP

Sono stati tre gli indicatori utilizzati per questa area: proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella; intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni; intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni. È applicato un vincolo per struttura di almeno 135 interventi annui per il tumore maligno della mammella, di almeno 85 interventi per il tumore del polmone e di almeno 45 interventi per il tumore del colon.

Disuguaglianze nell'assistenza sanitaria

SVANTAGGIO DELLE DONNE NELL'ACCESSO TEMPESTIVO ALLA PTCA E AUMENTO DELLA MORTALITÀ A 30 GIORNI DOPO INFARTO RISPETTO AGLI UOMINI.

Il Pnc ha poi valutato l'equità di accesso ai servizi sanitari. In generale è emerso che, nell'area cardiovascolare, si è registrata anche nel 2022 una proporzione minore di donne con Stemi che accedono tempestivamente alla Ptca (43%) rispetto agli uomini (54%). Uno svantaggio che si traduce in un aumento della mortalità a 30 giorni da un episodio di Ima. Di contro la proporzione di interventi chirurgici per frattura di femore in pazienti di età ≥65 anni eseguiti entro 48 ore è tendenzialmente più bassa per gli uomini (46%) rispetto alle donne (51%); Un divario si ripropone in quasi tutte le regioni italiane, seppur con differenti livelli di variabilità intra-regionale.

DONNE STRANIERE: MENO TAGLI CESAREI MA ALTO RISCHIO DI RIOSPEDALIZZAZIONE In area perinatale, i risultati confermano un ricorso al TC primario significativamente minore per le donne immigrate rispetto alle italiane. Di contro, per le immigrate che siano state previamente sottoposte a un TC emerge un rischio di riammissione durante il puerperio (a 42 giorni dal parto) significativamente più elevato.

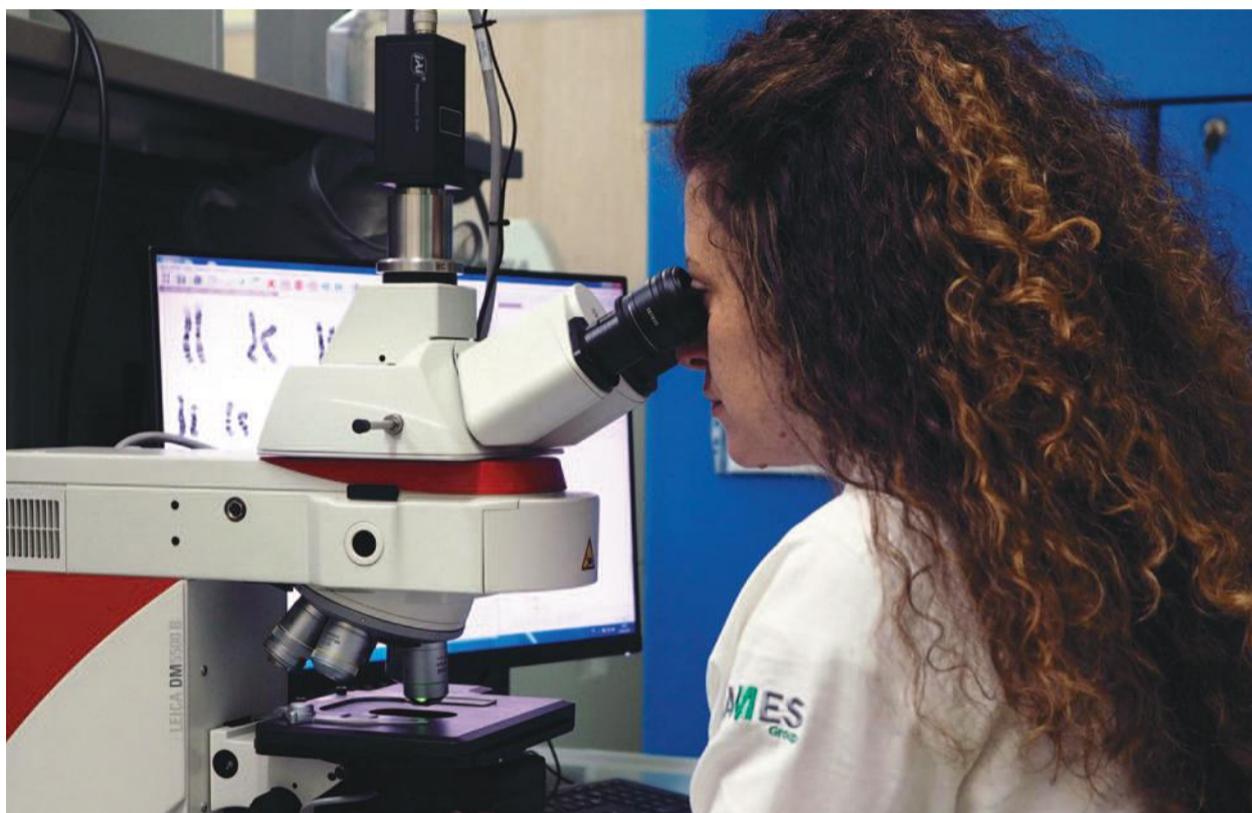
DIAGNOSTICA

L'esperienza del Centro Ames sul Nipt per le gravidanze gemellari

Negli ultimi decenni le tecniche di screening prenatale non invasivo e di diagnosi delle aneuploidie cromosomiche si sono evolute rapidamente.

La scoperta della presenza di Dna fetale libero nel torrente circolatorio materno, ha permesso lo sviluppo di test prenatali non invasivi (Nipt) altamente accurati per la rilevazione delle aneuploidie fetali, con un alto valore predittivo positivo (Ppv).

I test prenatali non invasivi (Nipt) basati sul cfDNA hanno permesso lo screening per T21, T18 e T13 con elevata specificità e sensibilità in popolazioni ad alto e basso rischio.



Nelle gravidanze singole, tali tecniche, consentono il rilevamento delle aneuploidie dei cromosomi sessuali (SCA), anche se la presenza di mosaicismi materni complicano la valutazione della performance del test. Nonostante ciò lo screening prenatale non invasivo (NIPS) è riconosciuto come uno strumento estremamente efficace per le gravidanze singole. Il NIPS in gravidanze gemellari ha dimostrato, anche in assenza di studi su grandi coorti, di avere alti tassi di rilevamento e bassi tassi di falsi positivi per quanto riguarda la trisomia 21 come già rilevato nelle gravidanze singole.

Nello studio "Clinical Experience with Genome-Wide Noninvasive Prenatal Screening in a Large Cohort of Twin Pregnancies" (L. De Falco, G. Savarese, P. Savarese, N. Petrillo...) pubblicato su Genes, sono state esaminate le prestazioni del Nips tramite shallow whole genome sequencing in un'ampia coorte costituita da 1244 campioni di gravidanze gemellari raccolti in un periodo di due anni presso il centro Ames.

Tutti i campioni sono stati sottoposti a Nips per le trisomie comuni, mentre il 61,5% dei partecipanti allo studio ha scelto di sottoporsi a Nips per la valutazione di ulteriori anomalie fetali in tutti i cromosomi, in particolare, aneuploidie autosomiche rare (Raa) e alterazioni strutturali cromosomiche (Cnv). In base ai risultati del Nips, 17 campioni erano ad alto rischio per trisomia 21, 1 per trisomia 18, 6 per aneuploidie autosomiche rare e 4 per Cnv. Il follow-up clinico è stato recuperato per 27 dei 29 casi ad alto rischio; sono stati rilevati per la trisomia 21 una sensibilità del 100%, una specificità del 99,9% e un Ppv del 94,4%. Il follow-up clinico era disponibile anche per oltre il 90% dei casi a basso rischio, tutti confermati.

In conclusione, abbiamo riscontrato che il Nips è un approccio affidabile per il rilevamento della trisomia 21 nelle gravidanze gemellari, con un Ppv del 94,4%. Studi futuri sono richiesti per approfondire la capacità del Nips di rilevare Raa e Cnv nei gemelli, insieme a test diagnostici fetali e placentari si potranno meglio definire limiti e possibilità offerte da questa avanguardia della tecnologia.



Giovanni Savarese
Direttore genetica medica

FAD 2023

AOGOI

ASSOCIAZIONE
OSTETRICI GINECOLOGI
OSPEDALIERI ITALIANI

Vaccinazione anti-HPV nella donna adulta

PUBBLICAZIONE

28 04 2023

27 04 2024



ISCRIVITI SUBITO

ecm.aogoi.it

12

CREDITI ECM

8

ORE FORMATIVE

DIRETTORE SCIENTIFICO

Dott. Carlo Maria Stigliano

FACULTY

Paolo Cattani, Paolo Cristoforoni, Michele Conversano,
Rosa De Vincenzo, Paola Garutti, Alessandro Ghelardi, Filippo Murina,
Sergio Pacetti, Vincenzo Prestia, Massimo Origoni, Eleonora Preti,
Mario Preti, Riccardo Rossi, Carlo Maria Stigliano

DISCIPLINE E PROFESSIONI ACCREDITATE:

Ginecologi, Igienisti, Epidemiologi, Urologi, Pediatri, Pediatri
di libera scelta, Medici di Medicina Generale, Chirurghi generali,
Anatomo-Patologi, Ostetriche, Assistenti Sanitari, Infermieri, Biologi

AOGOI

ASSOCIAZIONE
OSTETRICI GINECOLOGI
OSPEDALIERI ITALIANI

Con il patrocinio di



SIGO
SOCIETÀ ITALIANA
DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA

FAD

ONLINE
dal 28 febbraio 2023
al 27 febbraio 2024

12

CREDITI ECM

La patologia della mammella in allattamento

Responsabili Scientifici

Dott. Giuseppe Canzone
Prof.ssa Irene Cetin
Dott.ssa Elsa Viora

Responsabile della formazione ECM AOGOI

Carlo Maria Stigliano

Faculty

Daniela Anzelmo
Giuseppe Canzone
Irene Cetin
Bianca Masturzo
Martina Mazzocco
Anna Silvia Pertusio
Paola Pileri
Patrizia Proietti
Sara Giordana Rimoldi

Evento n. 2223-370080

8 ore formative

Provider ECM AOGOI ID 2223, Milano

RAZIONALE SCIENTIFICO

L'allattamento materno è un tema di valore globale per la salute della donna, del bambino e una risorsa per la famiglia, la società e per l'ambiente. Il suo ruolo centrale si declina nel condizionare fin dalle prime ore di vita la salute del bambino allattato, arrivando anche, per il suo importante ruolo epigenetico (prevenzione sindrome metabolica), ad influenzare la salute nell'età adulta. Per tali motivi la promozione dell'allattamento al seno viene oggi inquadrata come vera e propria attività di prevenzione ed è entrata di diritto tra gli obiettivi specificamente previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 che mira al raggiungimento degli obiettivi dell'agenda 2030 delle nazioni unite. Il ruolo dei medici ginecologici nel preservare la salute della donna nel percorso perinatale deve poter comprendere la gestione della patologia della mammella. Le donne si riferiscono al medico ginecologo spesso in ambulatorio o in pronto soccorso per la diagnosi e per la terapia di dolore durante la lattazione e questo corso desidera fornire gli strumenti per poter iniziare un percorso diagnostico e terapeutico up to date. Le patologie della mammella in allattamento possono assumere gradazioni di complessità sempre maggiori e possono influenzare la maternità a volte in modo drammatico, per esempio: favorendo la sospensione della lattazione precocemente, aumentando l'insorgenza della depressione post partum e la difficoltà di relazione con il neonato.

ISCRIVITI
SUBITO
ecm.aogoi.it

