

AOGOI

Organo Ufficiale dell'Associazione
Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

16 Vaccini

**La prossima generazione
di vaccini antitumorali a tecnologia mRNA.
Un futuro promettente** DI CARLO SBIROLI

18 Induzione al parto

Lo studio multicentrico DI FABIO PARAZZINI

20 Allattamento e focus salute mentale

**Il ruolo dell'assistenza
perinatale e dell'allattamento**
DI GIUSEPPE CANZONE

Gyneco Aogoi

NUMERO 3 - 2023 - BIMESTRALE - ANNO XXXIV

**RAPPORTO
ITOSS SULLA
SORVEGLIANZA
OSTETRICA**

MORTALITÀ MATERNA IN CALO IN ITALIA

**-24,5% TRA IL 2011
E IL 2019**

PER GLI ASSOCIATI

POLIZZA SANITARIA GRATUITA

Aogoi

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





PER GLI ASSOCIATI

POLIZZA SANITARIA

GRATUITA

Aogoi

curati prima della data di adesione al presente Sussidio”.

L'OPZIONE B è una copertura estremamente vantaggiosa ed estesa che consente con soli 540 Euro all'anno di assicurarsi sia per i grandi interventi chirurgici sia per il resto delle più comuni situazioni di malattia che richiedano trattamenti importanti: da considerare poi che coprono anche il parto sia naturale che operativo; tutto ciò in strutture di elevato e riconosciuto valore ricomprese nel network della MBA e con trattamento di tipo alberghiero e scelta del chirurgo/dello specialista senza alcun esborso per il socio! Nelle strutture non convenzionate il rimborso avviene in indiretta, come già detto. Appare di tutta evidenza che un così basso costo per prestazioni di ben altro valore economico, nelle migliori strutture sanitarie liberamente scelte, rende questa offerta veramente interessante.

L'aggiunta di soli 360 (all'anno!) estende all'intero nucleo familiare queste eccezionali condizioni: in sostanza con solo 900 euro totali, pagabili in rate mensili di soli 75 euro e in parte deducibili nella dichiarazione dei redditi, il Socio copre sé stesso e l'intera famiglia con una polizza sanitaria di grande valore.

E non ne approfittiamo? Questo è un appello ai nostri colleghi e alle nostre colleghe perché si rendano conto del vantaggio di essere Socio Aogoi: abbiamo oltre al resto una valida e gratuita Tutela Legale e una formidabile Polizza Assicurativa Sanitaria a nostra disposizione.

Aogoi è sempre con Noi!

PER ULTERIORI INFORMAZIONI RIVOLGERSI ALLA SEGRETERIA DELL'AOGOI.



ANTONIO CHIÀNTERA
Presidente Aogoi



CARLO MARIA STIGLIANO
Segretario Nazionale

MOLTI NOSTRI ASSOCIATI purtroppo non sono al corrente del fatto che l'Aogoi offre loro una polizza di tutela sanitaria molto vantaggiosa e soprattutto... gratuita! Ciò nonostante che in ogni assemblea, riunione o incontro si continui ad illustrare l'utilità di tale copertura. L'Associazione già dal 2017 ha infatti stipulato un'apposita convenzione con MBA Mutua che è la più grande mutua sanitaria italiana per numero di soci che sono oltre 400 mila.

L'elevato numero di iscritti permette a MBA di ottenere convenzioni mediche strategiche e il coinvolgimento delle strutture private che godono di migliore reputazione. La possibilità di godere della polizza sanitaria viene acquisita da tutti i soci in regola con la quota associativa Aogoi senza alcun ulteriore costo.

In questo caso (**OPZIONE A**) il Socio ha diritto alla copertura per i grandi interventi e anche per tutta una serie di accertamenti. Le prestazioni effettuate in assistenza diretta presso strutture sanitarie e medici/professionisti convenzionati con la MBA sono totalmente gratuite per i nostri colleghi essen-

do a carico della Mutua. Prestazioni effettuate in assistenza indiretta presso strutture sanitarie e medici/professionisti non convenzionati con la MBA vengono rimborsate con una franchigia del 20%.

Un aspetto particolarmente importante è costituito dalla cosiddetta "pregressa": infatti molto spesso l'esistenza di pregresse patologie antecedenti alla data di stipula dell'assicurazione non vengono riconosciute se si tratta di un nuovo episodio, essendo considerato un aggravamento della precedente malattia e quindi non ricopribile allo stato attuale. La convenzione Aogoi-MBA invece copre anche queste situazioni per il nostro Socio, garantendogli quindi un trattamento completo e sicuro particolarmente vantaggioso soprattutto in età meno giovanile. Un articolo della Convenzione sottoscritta da Aogoi recita, infatti, testualmente: "Per l'Associato iscritto all'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani - Aogoi - associati in forma collettiva totalitaria, sono da intendersi incluse, nel presente Sussidio, le prestazioni conseguenti a stati patologici manifestati, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o

**Gyneco
Aogoi**

Organo Ufficiale
dell'Associazione Ostetrici
Ginecologi Ospedalieri Italiani



Numero 3- 2023
Anno XXXIV

Presidente
Antonio Chiàntera

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

MORTALITÀ MATERNA



IN ITALIA / LE STIME ISS

Mortalità materna in calo: -24,5% tra il 2011 e il 2019

Le prime stime nazionali presentate, durante il convegno organizzato dall'Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS)

DIMINUISCE IN ITALIA LA MORTALITÀ materna e passa da 11 a 8,3 decessi ogni 100mila nati vivi nel periodo 2011-2019. Si evidenzia tuttavia una forte variabilità per area geografica con un gradiente Nord-Sud a sfavore del Mezzogiorno. La stima è infatti pari a 7,7/100mila al Nord, 5,9/100mila al Centro e 10,5/100mila al Sud. Sul totale dei decessi entro 42 giorni dall'esito della gravidanza, la maggioranza (55,1%) ha riguardato morti dirette, ossia quelle dovute a complicanze ostetriche. Tra queste l'emorragia ostetrica figura al primo posto per frequenza (37,1%), seguita dalla sepsi (13,9%), dai disordini ipertensivi della gravidanza (13,4%) e dalla trombo-embolia (11,9%).

Per quanto riguarda invece le cause indirette di morte materna, ovvero quelle secondarie a patologie preesistenti complicate dalla gravidanza, la patologia cardiaca è la prima per frequenza (28,8%), seguita dalla sepsi e dal suicidio materno, entrambe pari al 15,9% del totale dei decessi.

SONO QUESTE LE PRIME STIME nazionali presentate, durante il convegno organizzato dall'Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS).

“Si tratta – sottolinea Serena Donati, responsabile del Reparto Salute della donna e dell'età evolutiva dell'Istituto Superiore di Sanità – di una riduzione statisticamente significativa del rapporto di mortalità materna, che testimonia il grande investimento del Paese nel miglioramento della qualità dell'assistenza alla nascita”.

Dal 2017, la sorveglianza è stata inclusa nel Dpcm su Registri e Sorveglianze di interesse nazionale e quest'anno raggiungerà la copertura nazionale. Dal 2012, ItOSS fa parte dell'International Network of Obstetric Survey System (Inoss), che raccoglie dati a livello internazionale per studiare la mortalità e le gravi complicazioni materne in gra-

vidanza e al parto. Il convegno ha visto la partecipazione di tre ospiti internazionali, tra cui **Jennifer Zeitlin** dell'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (Inserm) di Parigi, che ha illustrato l'andamento dei tagli cesarei in Europa dal 2015 al 2019 in base ai recenti risultati del quinto rapporto Euro-Peristat. Nel 2019 il tasso mediano di cesarei in 28 Paesi europei era pari al 26,0%, con un range compreso tra il 16,4% della Norvegia e il 53,1% di Cipro. L'Italia, passando dal 35,0% del 2015 al 33,0% del 2019, fa parte della metà dei Paesi in cui si è registrato un andamento decrescente. **Hilde Engjom** dell'Istituto di Salute Pubblica Norvegese ha presentato una metanalisi dei risultati dei progetti sull'infezione da Sars-CoV-2 in gravidanza realizzati in 10 Paesi europei aderenti alla rete Inoss. La Prof.ssa **Marian Knight** dell'Università di Oxford, responsabile della sorveglianza Mothers and Babies: Reducing Risk through Audits and Confi-

MORTI DIRETTE

DOVUTE A COMPLICANZE
OSTETRICHE

55,1%

EMORRAGIA OSTETRICA

37,1%

SEPSI

13,9%

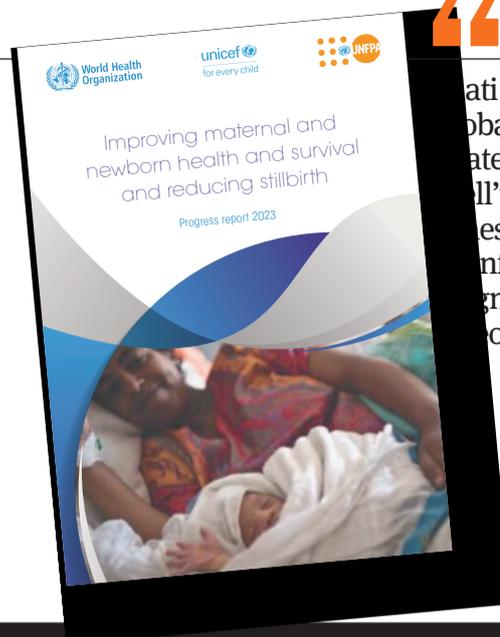
DDISORDINI IPERTENSIVI
DELLA GRAVIDANZA

13,4%

TROMBO-EMBOLIA

11,9%





NEL MONDO / I DATI OMS

Il primo rapporto congiunto Enap-Epmm a cura dell'Oms

Ogni anno nel mondo muoiono 4,5 milioni di donne e neonati per cause che potrebbero essere prevenute e condizioni che potrebbero essere curate con un'assistenza sanitaria adeguata. Le morti materne sono pari a 0,29 milioni, i nati morti (di 28 o più settimane di gestazione) sono 1,9 milioni e i neonati morti (entro 28 giorni dalla nascita) corrispondono a 2,3 milioni

L'AFRICA SUB-SAHARIANA e l'Asia centrale e meridionale sono le Regioni con il più alto numero di decessi, sebbene in tutte le Regioni dell'Oms sia evidente un ritmo variabile nei progressi verso la realizzazione degli obiettivi globali del Piano d'azione "Every Newborn" fissati al 2030. I dieci Paesi con l'onere più elevato (India, Nigeria, Pakistan, Repubblica Democratica del Congo, Etiopia, Bangladesh, Cina, Indonesia, Afghanistan, Tanzania) riportano il 60% della mortalità materno-neonatale complessiva (morti materne, nati morti e neonati morti) e il 51% dei nati vivi. Sono questi alcuni dei dati contenuti nel primo rapporto congiunto Enap-Epmm. "Improving maternal and newborn health and survival and reducing stillbirth" redatto dall'Organizzazione mondiale della sanità e pubblicato di recente, il cui obiettivo è rivolgere a tutti i Paesi un appello urgente per allineare investimenti e azioni collettive con l'obiettivo comune di migliorare la salute e la sopravvivenza materna e neonatale e ridurre il numero dei nati morti a livello globale. Il documento presenta le ultime stime sulla mortalità materno-neonatale a livello globale, i progressi dei Paesi verso il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano d'azione Oms e Unicef "Every Newborn" (Enap), dallo statement dell'Oms "Targets and strategies for ending preventable maternal mortality" (Epmm) e dai Sustainable Development Goals (Sdg), e mette in evidenza le azioni prioritarie da compiere per evitare questi decessi. Soprattutto, come ricorda il Report, se gli obiettivi Sdg, Enap ed Epmm venissero realizzati,



entro la fine di questo decennio si salverebbero almeno 7,8 milioni di vite (oltre 1 milione di donne, 2,6 milioni di nati morti e 4,2 milioni di neonate e neonati). Ma, avverte, sarà possibile raggiungere gli obiettivi "solo garantendo a livello globale un'elevata copertura di cure salvavita combinate a qualità ed equità in un continuum assistenziale, da prima del concepimento fino al periodo postnatale". I dati più recenti mostrano che i progressi globali nella riduzione della mortalità materna e neonatale sono rallentati nell'ultimo decennio. In particolare, i Paesi classificati come fragili o colpiti da conflitti continuano ad avere un onere significativo di mortalità materno-neonatale e, di questi, dieci (Afghanistan, Ciad, Repubblica Centrafricana, Repubblica Democratica del Congo, Myan-

mar, Somalia, Sud Sudan, Sudan, Siria, Yemen) contano 659mila decessi annui fra morti materne, nati morti e neonati morti (il 14% del totale nel mondo). In questi Paesi, il tasso medio annuo di riduzione (Arr) della natimortalità e mortalità neonatale dovrà essere tra i più alti per raggiungere gli obiettivi globali Enap e Sdg entro il 2030. Le sfide globali poste dalla pandemia di Covid-19, dai cambiamenti climatici, dai conflitti nonché l'aumento del costo della vita possono rallentare ulteriormente il raggiungimento degli obiettivi fissati da Oms e Unicef, richiedendo maggiori investimenti nella tutela della salute materna e neonatale da parte di tutti i Paesi.

mar, Somalia, Sud Sudan, Sudan, Siria, Yemen) contano 659mila decessi annui fra morti materne, nati morti e neonati morti (il 14% del totale nel mondo). In questi Paesi, il tasso medio annuo di riduzione (Arr) della natimortalità e mortalità neonatale dovrà essere tra i più alti per raggiungere gli obiettivi globali Enap e Sdg entro il 2030. Le sfide globali poste dalla pandemia di Covid-19, dai cambiamenti climatici, dai conflitti nonché l'aumento del costo della vita possono rallentare ulteriormente il raggiungimento degli obiettivi fissati da Oms e Unicef, richiedendo maggiori investimenti nella tutela della salute materna e neonatale da parte di tutti i Paesi.

I dati più recenti mostrano che i progressi globali nella riduzione della mortalità materna e neonatale sono rallentati nell'ultimo decennio. In particolare, i Paesi classificati come fragili o colpiti da conflitti continuano ad avere un onere significativo di mortalità materno-neonatale

mar, Somalia, Sud Sudan, Sudan, Siria, Yemen) contano 659mila decessi annui fra morti materne, nati morti e neonati morti (il 14% del totale nel mondo). In questi Paesi, il tasso medio annuo di riduzione (Arr) della natimortalità e mortalità neonatale dovrà essere tra i più alti per raggiungere gli obiettivi globali Enap e Sdg entro il 2030. Le sfide globali poste dalla pandemia di Covid-19, dai cambiamenti climatici, dai conflitti nonché l'aumento del costo della vita possono rallentare ulteriormente il raggiungimento degli obiettivi fissati da Oms e Unicef, richiedendo maggiori investimenti nella tutela della salute materna e neonatale da parte di tutti i Paesi.

OBIETTIVI GLOBALI DEL PIANO D'AZIONE "EVERY NEWBORN"

A metà del periodo di riferimento degli obiettivi posti dai Sustainable Development Goals (SDGs), il Report evidenzia i progressi globali in materia di mortalità materna, mortalità neonatale e natimortalità, nonché gli sforzi compiuti dai Paesi per raggiungere gli obiettivi globali previsti dal Piano d'azione "Every Newborn" che prevedono: mortalità materna: entro il 2030, ridurre il rapporto di mortalità materna (MMR) a livello mondiale a meno di 70 decessi ogni 100mila nati vivi; mortalità neonatale: entro il 2030, porre fine alle morti evitabili di neonate e neonati, bambine e bambini sotto i 5 anni, con l'impegno di tutti i Paesi a contenere il tasso di mortalità neonatale (NMR) entro 12 decessi ogni mille nati vivi e la mortalità dei bambini sotto i 5 anni entro 25 decessi ogni mille nati vivi; natimortalità: entro il 2030, ridurre il tasso di natimortalità (SBR) a 12 nati morti ogni mille nascite in tutti i Paesi, continuando ad agire per colmare le disegualianze (ENAP obiettivo 2).

IL REPORT INDICA POI GLI OBIETTIVI DI COPERTURA ENAP-EPMM:

OBIETTIVO 1 (GLOBALE): garantire che il 90% delle donne in gravidanza effettui quattro o più visite prenatali (Anc4)

OBIETTIVO 2 (GLOBALE): garantire che il 90% delle nascite sia assistito da personale qualificato (Sab)

OBIETTIVO 3 (GLOBALE): garantire che l'80% delle donne che partoriscono riceva un'assistenza postnatale di routine precoce, cioè entro 2 giorni dalla nascita (Pnc)

OBIETTIVO SUB-NAZIONALE: coprire l'80% dei distretti con almeno il 70% di Anc4, l'80% di SBA e il 60% di Pnc.

A LIVELLO GLOBALE raggiungere questi obiettivi richiederà un tasso medio annuo di riduzione (Arr) della mortalità materna dell'11,6%, della natimortalità (Sab) del 5,2% e della mortalità neonatale (Nmr) del 7,2%.

In generale, solo l'Europa, l'America del Nord, l'America Latina e i Caraibi raggiungono una copertura pari o superiore al 90% per quattro o più

MORTALITÀ MATERNA

IN ITALIA

dential Enquiries across the UK (Mmbrace-Uk) ha approfondito il tema della patologia cardiaca in gravidanza, quale prima causa di morte indiretta nei Paesi ad avanzato sviluppo economico tra cui l'Italia.

I DATI SULLA MORTALITÀ MATERNA

L'ANALISI DEI 187 CASI di morte materna, presi in esame dagli esperti regionali e nazionali che ogni anno effettuano le indagini confidenziali, ne ha delineato i principali fattori di rischio, che includono l'età materna pari o superiore ai 35 anni, il livello di istruzione pari o inferiore alla scuola media inferiore, la cittadinanza non italiana, l'obesità e il concepimento mediante tecniche di riproduzione assistita. La proporzione di morti definite come "evitabili" è risultata pari al 41% del totale, leggermente inferiore rispetto all'ultima rilevazione e in linea con quanto riportato in altri Paesi dotati di un sistema di sorveglianza avanzato.

Oltre alla riduzione della mortalità materna a livello nazionale, ItOSS ha documentato anche una riduzione significativa delle morti materne dovute a complicazioni emorragiche nelle 6 regioni (Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia) che, fin dall'inizio alla sorveglianza, hanno aderito e partecipato alle attività di ricerca e aggiornamento progettate per raggiungere questo risultato. Il numero di decessi per cause emorragiche nelle 6 regioni è infatti passato da 2,49 a 0,77 ogni 100mila nati vivi. "Tale valore - spiega Donati - dimostra che le attività di ricerca e aggiornamento professionale, coordinate da ItOSS e sostenute dalla comunità scientifica nel Paese, sono in grado di ridurre le morti evitabili".

LA NASCITA DURANTE LA PANDEMIA DA COVID, MINORI ESITI NEGATIVI CON MISURE PIÙ RIGIDE

Durante il convegno sono stati presentati i dati di uno studio internazionale coordinato da Inoss (che da quest'anno sarà presieduto dall'Italia) in 8 Paesi europei durante i primi 10 mesi della pandemia da Covid. L'incidenza di ospedalizzazione per Covid è risultata pari a 0,77 per mille gravidanze, con un range compreso tra nessuna ospedalizzazione in Islanda a 1,9/mille nel Regno Unito (0,88/mille in Italia). Un risultato originale dello studio riguarda l'impatto che le diverse misure di contenimento della circolazione del virus adottate nei Paesi partecipanti sembrano aver avuto sul rischio di ricovero per Covid in gravidanza. I Paesi che hanno applicato misure più rigide, come l'Italia, hanno registrato minori esiti negativi in gravidanza rispetto a quanto accaduto in contesti come quello svedese, in cui sono state adottate misure meno restrittive per la popolazione. L'Italia ha potuto contribuire a questo progetto grazie allo studio prospettico nazionale coordinato da ItOSS sin dai primi giorni di diffusione del Sars-CoV-2 nel Paese. Sono state arruolate oltre 11mila donne in gravidanza positive al virus che si sono rivolte ai presidi sanitari e, durante il convegno, sono stati presentati i dati relativi alla



qualità dell'assistenza offerta alla nascita. Specie nel Sud del Paese, molte di loro hanno dovuto rinunciare ad avere una persona di fiducia in sala parto (in Italia, in media, solo il 37,5% delle donne ha avuto questa opportunità) e sono state separate dai propri bambini alla nascita, spesso senza poter praticare il contatto pelle a pelle.

In media, l'81,1% dei bambini nati da parti vaginali e il 56,4% di quelli nati con cesareo ha potuto condividere la stanza con la mamma durante il ricovero; l'88,0% dei nati per via vaginale e il 71,9% di quelli nati con cesareo è stato alimentato con latte materno. Il progetto ItOSS ha previsto anche la raccolta di campioni biologici delle donne con test positivo in gravidanza, permettendo lo studio della trasmissione materno-fetale del virus e la risposta anticorpale materna all'infezione da Sars-CoV-2.

La trasmissione del virus al feto in gravidanza è stata confermata come un evento eccezionale, mentre la presenza di anticorpi è stata riscontrata nel 45,2% dei campioni di sangue prelevati da oltre 400 mamme durante la gravidanza e nel 39,7% di quelli prelevati da oltre 500 mamme al momento del parto. I dati raccolti tra gennaio e maggio 2022, durante la circolazione della variante Omicron, hanno permesso di rilevare anche lo stato vaccinale delle donne arruolate nel progetto. Tra le donne per le quali tale informazione era disponibile, il 55% aveva ricevuto almeno una dose di vaccino, condizione più frequente tra le meno giovani e le più istruite. In linea con la letteratura internazionale, le donne vaccinate rispetto alle non vaccinate hanno avuto una riduzione significativa sia dei sintomi da infezione da Sars-CoV-2 che della frequenza di polmonite e malattia grave da Covid.



Le attività di ricerca e aggiornamento professionale, coordinate da ItOSS e sostenute dalla comunità scientifica nel Paese, sono in grado di ridurre le morti evitabili

NEL MONDO

visite prenatali (Anc4), mentre l'Africa subsahariana e l'Asia centrale e meridionale rimangono molto al di sotto dell'obiettivo globale di copertura Enap-Epmm (54% e 58% rispettivamente).

Anche per l'assistenza alla nascita con personale qualificato, si prevede che l'Africa subsahariana e l'Oceania non raggiungeranno l'obiettivo globale del 90% nel 2025. L'America Latina e i Caraibi, invece, hanno realizzato l'obiettivo di copertura dell'80% di madri che ricevono un'assistenza postnatale di routine precoce, mentre l'Africa settentrionale e occidentale, l'Asia centrale e meridionale e l'Africa subsahariana sono al di sotto dell'obiettivo di copertura Enap-Epmm che si prevede che non sarà realizzato entro il 2025.

Le disparità nei valori di copertura media degli indicatori Anc4, Sba e Pnc sono evidenti quando si confrontano i Paesi che progrediscono rapidamente verso gli obiettivi fissati al 2025 con quelli che progrediscono lentamente (Anc4: 74% e 52% nel 2022 rispettivamente e un aumento previsto al 53% nel 2025 nei Paesi a progressione lenta; Sba: 95% e 70% nel 2022 rispettivamente e un aumento previsto al 75% nel 2025 nei Paesi a progressione lenta; Pnc: nessuno dei due gruppi di Paesi ha realizzato l'obiettivo nel 2022 che si prevede non verrà realizzato neanche nel 2025).

LE AZIONI PRIORITARIE

I dati presentati nel Report suggeriscono infine diverse azioni prioritarie per accelerare i progressi dei Paesi verso il raggiungimento degli obiettivi globali e garantire a tutte le donne in gravidanza, madri e neonati un'assistenza sanitaria primaria di qualità e un accesso equo alle cure:

L'IMPEGNO POLITICO e la pianificazione e monitoraggio degli investimenti finanziari che devono andare di pari passo per realizzare gli obiettivi Enap-Epmm e garantire la copertura sanitaria universale

LA PIANIFICAZIONE e l'implementazione locale degli interventi come elementi fondamentali per realizzare gli obiettivi globali, nazionali e subnazionali Enap-Epmm e garantire un progresso equo che raggiunga tutte le donne e neonati, anche nei contesti fragili e umanitari dei singoli Paesi

LA SINERGIA, l'efficienza e l'integrazione dei sistemi sanitari per fornire un'assistenza di qualità alle donne e ai neonati, anche attraverso maggiori risorse in termini di personale sanitario qualificato, infrastrutture, farmaci e forniture essenziali

LA PROMOZIONE della partecipazione attiva di donne, famiglie e comunità nella pianificazione e monitoraggio degli interventi a favore della salute materna e neonatale, e la promozione di sinergie con altre iniziative e programmi per la tutela della salute materno infantile

IL MIGLIORAMENTO dei sistemi di raccolta e analisi dei dati e la capacità di utilizzarli per identificare carenze di copertura e tradurli in azioni a sostegno dell'equità e qualità dell'assistenza sanitaria destinata alle donne e alle bambine e bambini, anche in contesti fragili e umanitari.

Nella foto: Kangaroo Mother Care started immediately after birth critical for saving lives.

© Dr. Harish Chellani, Safdarjung Hospital, India.

KANGAROO MOTHER CARE

Oms: ampliarne più possibile la disponibilità



La Kangaroo mother care dovrebbe essere resa disponibile, per almeno otto ore al giorno, sia per i bambini sani sia per quelli ricoverati in terapia intensiva

LA PREMATURITÀ è un problema urgente di salute pubblica, rappresentando la principale causa di morte nelle bambine e bambini sotto i 5 anni di età. Ogni anno, infatti, si stima che 13,4 milioni di bambini nascano pretermine (prima della 37^o settimana di gestazione), mentre un numero ancora più elevato, oltre 20 milioni di bambini, ha un basso peso alla nascita (meno di 2,5 kg). Per questi bambini, la Kangaroo mother care (Kmc), è un intervento di comprovata efficacia per salvare la loro vita, migliorare la loro salute e promuovere il loro sviluppo.

Partono da queste premesse due nuovi documenti pubblicati dall'Oms per favorire una più ampia diffusione della Kangaroo mother care (KMC), una pratica salvavita che include il contatto pelle-a-pelle e l'allattamento esclusivo, a beneficio di un numero maggiore di bambini prematuri e/o di basso peso alla nascita.

Obiettivo delle due pubblicazioni - *"Kangaroo mother care: a transformative innovation in health care: global position paper"* e *"Kangaroo mother care: implementation strategy for scale-up adaptable to different country contexts"* - è proprio quello di implementare a livello globale la Kmc sia all'interno delle strutture sanitarie sia a casa. I documenti sono successivi alle nuove linee guida dell'Oms *"Who recommendations for care of the preterm or low-birth-weight infant"*, pubblicati a novembre 2022, che raccomandano la Kmc come standard essenziale di cura per tutti i bambini pretermine e con basso peso, subito dopo la nascita.

La Kmc è definita come "la cura dei neonati prematuri o di basso peso alla nascita tramite un contatto pelle-a-pelle continuo e prolungato (da 8 a 24 ore al giorno, per quante più ore possibile), iniziato immediatamente dopo il parto, insieme al sostegno per l'allattamento esclusivo o l'alimentazione con latte materno". La KC, si sottolinea, non deve essere confusa con il contatto pelle-a-pelle di routine alla nascita, che è raccomandato per tutti i neonati e le neonate durante la prima ora dopo il parto per garantire parametri ottimali e l'avvio precoce dell'allattamento.

I due documenti dell'Oms evidenziano che la KMC dovrebbe essere resa disponibile, per almeno otto ore al giorno, sia per i bambini sani sia per quelli ricoverati in terapia intensiva: ha infatti dimostrato di migliorare significativamente la sopravvivenza e gli esiti di salute dei neonati prematuri e di basso peso alla nascita. Non solo, i dati rivelano che può aumentare i tassi di sopravvivenza fino a un terzo, ridurre le infezioni, prevenire l'ipotermia e migliorare l'alimentazione e la crescita. La letteratura ha poi dimostrato gli effetti positivi della KC anche quando praticata dai padri: permette infatti ai padri/caregiver di essere direttamente coinvolti nella cura del proprio neonato, con un impatto a lungo termine sulla struttura familiare e sull'ambiente domestico in cui crescerà il bambino. Inoltre, i padri o i partner e gli altri componenti della famiglia che praticano la KC vivono un maggiore legame affettivo e di attaccamento con la bambina o il bambino, sviluppano

empatia, acquisiscono maggiore fiducia come caregiver e migliorano la propria salute mentale e benessere. Si è anche riscontrato che la KC riduce la depressione paterna e i problemi di relazione, e migliora le interazioni tra padre/partner e bambino.

Una caratteristica aggiuntiva della KC, quando viene avviata nelle strutture sanitarie è la dimissione tempestiva dall'unità di Terapia Intensiva Neonatale, con il mantenimento del contatto pelle-a-pelle e un monitoraggio stretto post dimissione. La Kmc è uno dei metodi più efficaci per preparare la madre e il neonato ad avviare e continuare l'allattamento, mentre l'uso di formula artificiale dovrebbe essere preso in considerazione solo in circostanze eccezionali. Le madri dovrebbero essere sostenute per praticare la KC ogni volta che sia possibile, insieme al padre o altri caregiver, rispettando la loro scelta. Il coinvolgimento di altri caregiver nella KC consente un maggiore numero di ore di contatto, avvicinandosi alle 24 ore.

Nonostante questi benefici, si stima che solo un terzo dei Paesi abbia una policy o una linea guida aggiornata sulla Kmc, e questo significa che probabilmente milioni di bambini pretermine e di basso peso alla nascita non usufruiscono di questa modalità di accudimento salvavita.

LE INDICAZIONI AI GOVERNI

I documenti, sviluppati in collaborazione con un gruppo di lavoro multinazionale e multistakeholder e destinati ai governi, a chi prende le decisioni politiche e alla più ampia comunità della salute pubblica, delineano alcune azioni chiave che dovrebbero essere intraprese per consentire una più ampia adozione e implementazione della KMC:

I GOVERNI DOVREBBERO riconoscere e includere la KMC come cura essenziale per tutte le neonate e i neonati pretermine o di basso peso, assicurandosi che sia finanziata e monitorata nell'ambito dei programmi nazionali di salute materno infantile

ULTERIORI CONGEDI e diritti materni e paterni potrebbero aiutare a soddisfare le esigenze speciali di chi si prende cura di questi bambini

LE STRUTTURE e il personale sanitario dovrebbero garantire alle neonate e ai neonati di basso peso o prematuri di beneficiare del contatto pelle-a-pelle con la madre per le 8-24 ore al giorno raccomandate, immediatamente dopo la nascita

SIA LA MADRE SIA IL NEONATO dovrebbero ricevere cure rispettose della diade madre-neonato, anche quando il bambino è malato ed è ricoverato in unità di neonatologia

I GENITORI e il personale sanitario dovrebbero essere coinvolti nelle cure di routine e in tutti gli aspetti del processo decisionale relativo alla cura delle neonate e dei neonati e supportati adeguatamente per fornire la KMC ai loro bambini

PARTNER E FAMILIARI dovrebbero supportare la pratica della KMC, fornendo sostegno alla madre, intervenendo se non sta bene e aiutando a soddisfare i suoi bisogni mentre si prende cura del bambino.

ABORTO FARMACOLOGICO

Oms: è sicuro ed efficace

Gli operatori devono essere messi in grado di supportare adeguatamente la donna

Quando una donna opta per l'autogestione dell'aborto, gli operatori sanitari devono essere in grado di fornirle informazioni e consigli appropriati e accurati in modo che sappia cosa fare, quando farlo e, se necessario, come accedere al follow-up sostegno. Perché, scrive l'Oms, con un sostegno adeguato, le donne possono autogestire alcune o tutte le fasi di un aborto farmacologico, anche nel comfort della propria casa



L'ORGANIZZAZIONE mondiale della sanità ha realizzato un nuovo manuale per gli operatori sanitari per aiutarli a fornire servizi di aborto di qualità per donne e ragazze.

La pubblicazione fornisce consigli clinici dettagliati per supportare l'attuazione della guida consolidata dell'Oms sull'assistenza e la pratica dell'aborto, pubblicata nel 2022.

I servizi clinici relativi all'aborto comprendono non solo la procedura stessa, ma anche la fornitura di informazioni e consulenza, la gestione del dolore e l'assistenza post-aborto, compresa la contraccezione. In linea con le raccomandazioni aggiornate dell'Oms, il Manuale di pratica clinica per la cura dell'aborto di qualità fornisce inoltre una guida più ampia su come gli operatori sanitari possono supportare gli approcci di autogestione e la telemedicina, ove disponibile.

“Gli operatori sanitari hanno un ruolo fondamentale da svolgere nel fornire un'assistenza all'aborto di qualità che rispetti le scelte delle donne e delle ragazze e soddisfi le loro esigenze”, ha affermato **Pascale Allotey**, direttore della ricer-

ca e salute sessuale e riproduttiva dell'Oms e capo del programma speciale delle Nazioni Unite per la riproduzione umana (HRP) che ha sottolineato come “questa guida miri ad aiutare gli operatori sanitari a fornire servizi sicuri, tempestivi ed efficaci per l'aborto, trattando le donne e le ragazze con dignità e rispettando i loro diritti”.

L'autogestione è un'opzione per fornire l'aborto medico, che l'Oms raccomanda come metodo sicuro ed efficace per interrompere una gravidanza. I farmaci utilizzati - mifepristone e misoprostolo - sono inclusi nell'Elenco dei farmaci essenziali dell'Oms. Con un sostegno adeguato, le donne possono autogestire alcune o tutte le fasi di un aborto farmacologico, anche nel comfort della propria casa.

“Quando una donna opta per l'autogestione dell'aborto, gli operatori sanitari devono essere in grado di fornirle informazioni e consigli appropriati e accurati in modo che sappia cosa fare, quando farlo e, se necessario, come accedere al follow-up sostegno” ha detto **Bela Ganatra**, capo dell'Unità globale per la cura dell'aborto pres-

so l'Oms aggiungendo che “l'aborto medico ha svolto un ruolo fondamentale nell'espandere l'accesso all'aborto sicuro a livello globale, in particolare per le donne e le ragazze nelle situazioni più vulnerabili che potrebbero non avere accesso alle strutture sanitarie o che hanno bisogno di mantenere il loro aborto privato evitando i ricoveri ospedalieri, quindi è importante che i professionisti possano facilitarlo come opzione per la cura dell'aborto”.

All'interno della pratica clinica, il Manuale descrive in modo pratico come gli operatori sanitari possono applicare i principi dei diritti umani nel loro lavoro per fornire assistenza in caso di aborto: ad esempio, garantendo a tutte le donne e ragazze informazioni complete e accurate in modo da supportare scelte informate, rispettando il consenso e la loro riservatezza, consentendo al contempo un processo decisionale autonomo su tutti gli aspetti della salute riproduttiva.



Il doppio articolo apparso sul numero scorso di GynecoAogoi sull'intelligenza artificiale

Il doppio articolo dal titolo “Chirurgia dell'endometriosi profonda: ricerca, innovazione e nuove tecnologie al servizio delle pazienti” uno prodotto da mente umana l'altro da IA, entrambi presentati dal prof. Vito Chiàntera, ha generato una serie di risposte e di prese di posizione tra i lettori che rivelano quanto la questione del ruolo e dei rischi legati all'Intelligenza Artificiale sia particolarmente sentita.

IN EFFETTI IL PROBLEMA non è tanto “chi” abbia scritto l'uno o l'altro articolo considerando che apparentemente sembrano entrambi validi, quanto se in tempi brevi la produzione scientifica potrà essere affidata quasi esclusivamente ai super computer che soppianderanno l'impegno degli umani con una capacità di sintesi di tutta la letteratura pubblicata ed una rapidità di esecuzione sbalorditive e inarrivabili.

APPARE INEVITABILE che alcune attività in campo medico, soprattutto quelle legate al rapporto umano e diretto, in tempi relativamente brevi non potranno essere affidate a pur efficientissime macchine ma in un futuro più o meno prossimo le probabilità che sia l'IA a svolgere determinati compiti è sempre più probabile.



MANAGEMENT E PERFORMANCE



Il management delle Aziende Ospedaliere pubbliche alla prova dei fatti. Più di 1 Azienda su 5 registra un basso di livello performance manageriali. Al Centro-Sud i dati peggiori

Agenas: le pagelle dei manager

I DATI IN SINTESI

ALZA L'ASTICELLA L'AGENAS. Non solo quelle dei clinici, ora anche le performance del management delle Aziende Ospedaliere pubbliche sono finite sotto la lente degli analisti. E le sorprese non mancano. Messe alla prova dei fatti, meno di un'Azienda su 5 conquista, nel 2021, alti livelli di performance (17%), più della metà si attesta su un livello medio (60%), mentre più di una su 5 non supera l'asticella degli obiettivi da raggiungere (23%). Le "promosse" sono concentrate in cinque regioni Piemonte, Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Marche, mentre le regioni del sud segnano il passo. In particolare Lazio, Campania Calabria e Sicilia annoverano le Aziende con più bassi livelli di performance.

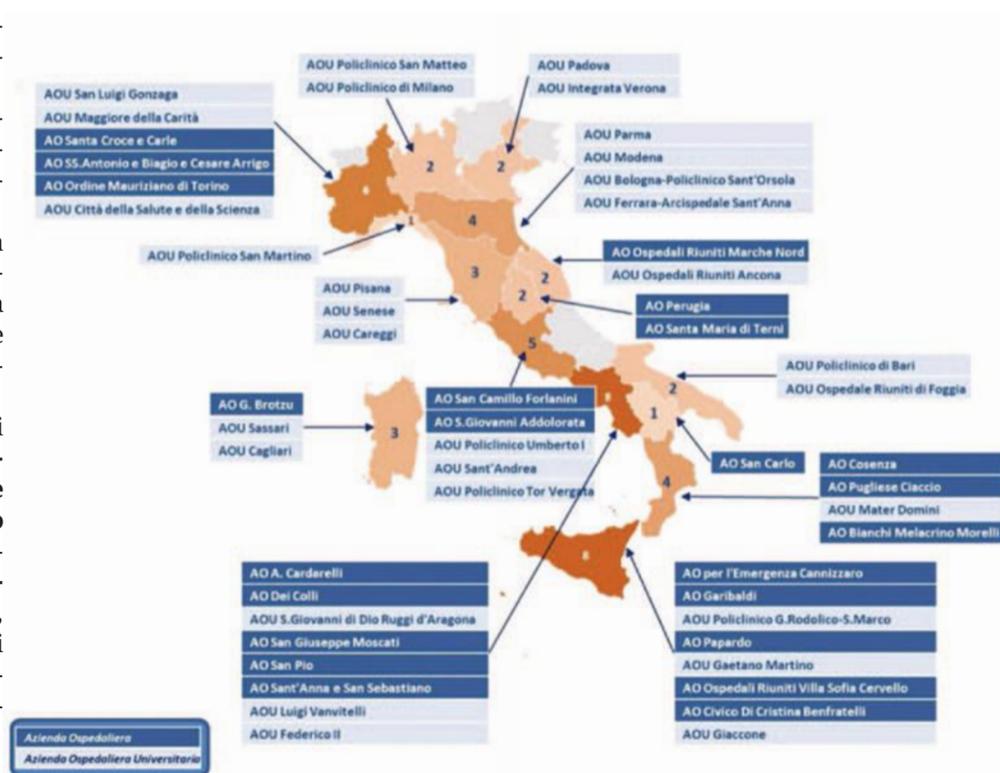
A fare la differenza è anche la durata dei mandati dei Direttori Generali: più sono stabili nel tempo e più secondo le risultanze dell'analisi migliorano le loro performance.

Di certo la pandemia ha sicuramente giocato un ruolo. Nel bene e nel male. Rispetto la 2019 il numero di aziende con alti livelli di performance era infatti quasi il doppio rispetto al 2021, ma tante realtà sono riuscite ad alzare la testa imprimendo uno scatto per raggiungere gli obiettivi.

Sono questi, in estrema sintesi, gli esiti emersi dal **"Modello di valutazione multidimensionale della performance manageriale nelle aziende ospedaliere pubbliche"** presentato oggi da Agenas, presso la sede della Unioncamere a Roma e illustrati dalla Dott.ssa **Antonella Guerrieri** Direttore Uoc Controllo di Gestione, Risultati economici SSR e Aziende sanitarie di Agenas e la Dott.ssa **Maria Pia Randazzo** Responsabile Uosd statistica e flussi informativi sanitari di Agenas.

Per la prima volta l'Agenas ha infatti valutato, nell'ambito delle Aziende Ospedaliere, la capacità di raggiungere obiettivi assistenziali - esiti delle cure e accessibilità ai servizi - coerentemente con le risorse disponibili siano esse di tipo finanziario, professionale e tecnologiche. Un Sistema di valutazione, spiega l'Agenas, previsto dalla Legge 31 dicembre 2018 n. 145 (Art. 1 comma 513) che assegna ad Agenas la realizzazione di un sistema di analisi e monitoraggio delle performance delle aziende sanitarie, con l'obiettivo di segnalare eventuali e significativi scostamenti relativi alle componenti economico-gestionali, organizzative oltre che della qualità, della sicurezza ed esito delle cure senza trascurare l'equità e

FIGURA 1
Aziende Ospedaliere e Ospedaliere Universitarie valutate



MANAGEMENT E PERFORMANCE

FIGURA 2
2017: 17 Aziende
con un livello
di performance alto

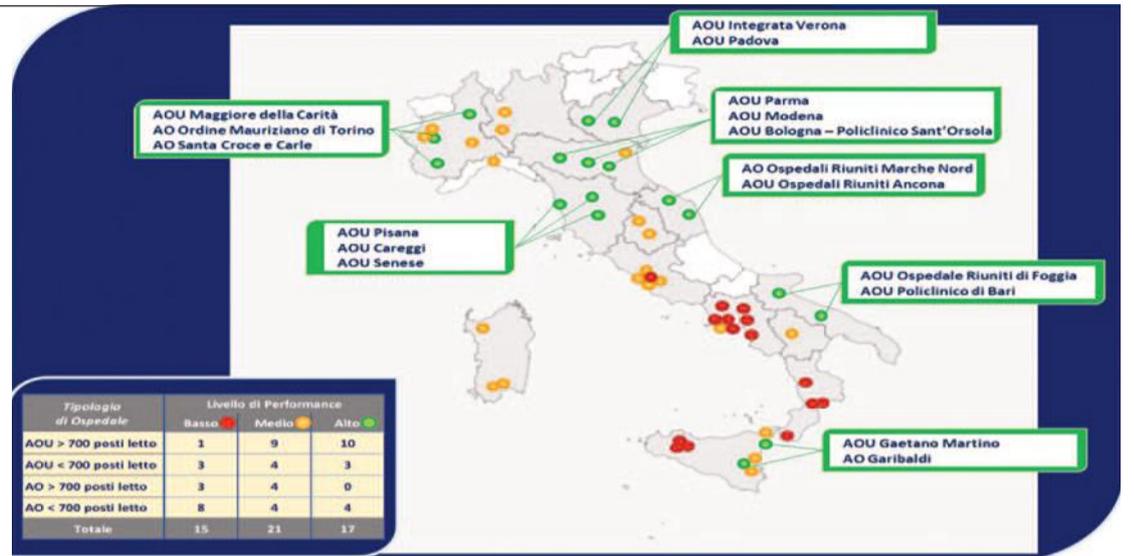


FIGURA 3
2021: 9 Aziende
con un livello
di performance alto

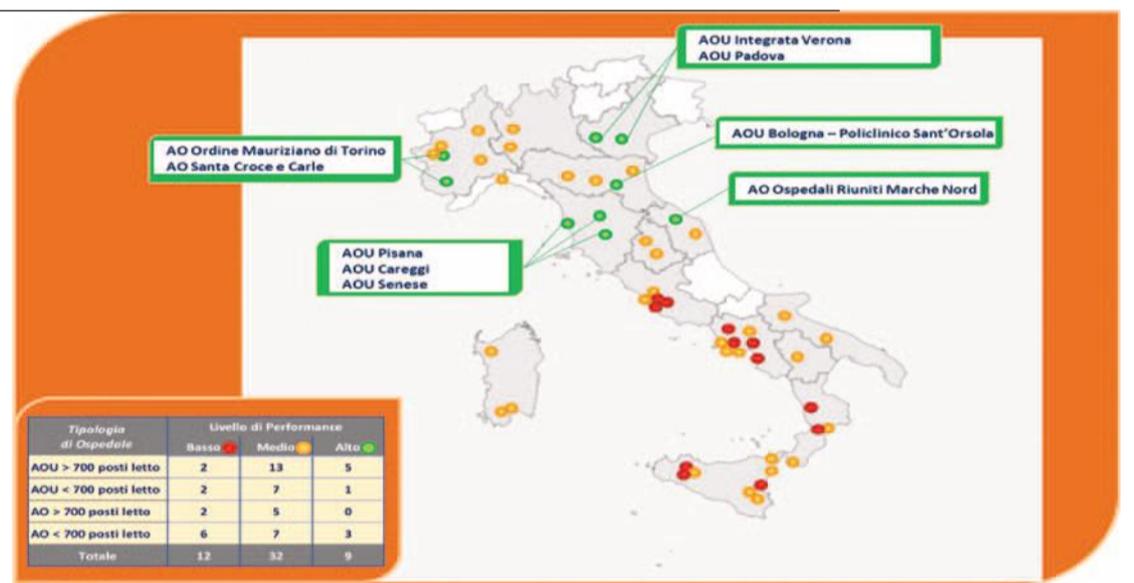
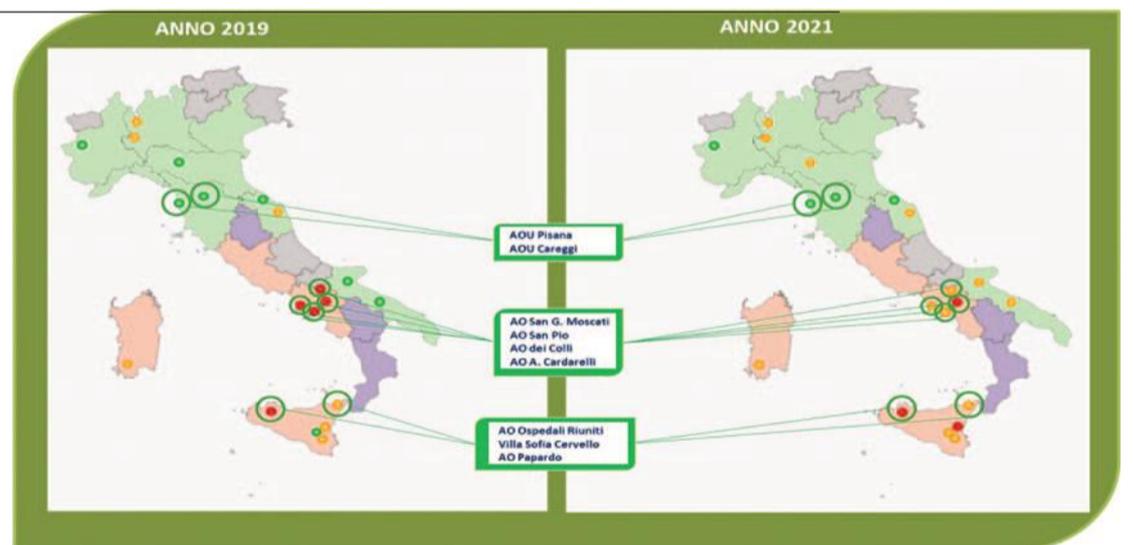


FIGURA 4
Nel triennio 2019-2021
20 Aziende hanno
continuità
di mandato: di queste,
8 migliorano
la loro performance



la trasparenza dei processi. “Crescere da un punto di vista tecnico è il grande obiettivo di Agenas – ha affermato il direttore generale di Agenas **Domenico Mantoan** – un organismo tecnico di supporto alle Regioni e al Ministero che si sta dotando sempre più di figure multidisciplinari per diventare tecnicamente inattaccabile. Il Pn in 15 anni di vita ha migliorato la qualità dei servizi sanitari regionali e oggi proseguiamo con questo nuovo sistema di valutazione. Abbiamo iniziato a costruire, e lo faremo crescere con l'aiuto di tutti, un sistema che non vuole dare i voti ma valutare le competenze manageriali di 200 direttori generali che possono fare la differenza per la sanità del nostro paese. I Dg vengono scelti dalla politica, ma la valutazione dei loro risultati va resa oggettiva e questo è lo sforzo che sta facendo Agenas, anche per valorizzare quanti si sono distinti e stanno facendo un grande lavoro”.

IL NUOVO MODELLO DI VALUTAZIONE. Per il momento gli analisti si sono concentrati sulle performance di 30 Aziende Ospedaliere Universitarie e 23 Aziende Ospedaliere, nel triennio 2019, 2020 e 2021, ma l'obiettivo futuro è passare al setaccio anche quelle territoriali.

LA METODOLOGIA. Le 53 Aziende sono state differenziate in base al numero di posti letto disponibili, ovvero maggiore/minore di 700 posti letto. Per la loro valutazione sono individuate cinque aree di performance: l'accessibilità; la governance dei processi organizzativi; la sostenibilità economico-patrimoniale; il personale; gli investimenti.

PER OGNI AREA SONO STATE INDIVIDUATE DELLE SUB AREE E INDICATORI AD HOC. Ad esempio per quanto riguarda l'accessibilità, gli analisti hanno preso in considerazione i tempi di attesa riferiti a protesi d'anca entro 180 giorni, tumore alla mammella, colon retto, polmone e prostata entro 30 giorni e il pronto soccorso, accessi con permanenza superiore a 8 ore e gli abbandoni del Ps. Per quanto riguarda la governance dei processi organizzativi sono stati valutati: l'appropriatezza (ricoveri ad altro rischio di inappropriatezza, Dh diagnostici su Dh medici, ecc); l'efficienza (interventi in sala operatoria, degenza media pre-operatoria, ecc.); l'attrattività (la mobilità attiva di alta complessità e quella degli interventi chirurgici).

L'area della sostenibilità economico finanziaria ha guardato, tra le varie sub-aree, alla sintesi di gestione delle Aziende, ai margini di ricavi dell'attività intramoenia, ai costi operativi, ecc.

Per quanto riguarda il personale è stato considerato il numero di medici e infermieri per posto letto. Presa in considerazione anche l'obsolescenza dei macchinari e delle attrezzature, quindi la capacità delle Aziende di rinnovare le dotazioni.

I RISULTATI

NOVE LE AZIENDE PROMOSSE A PIENI VOTI. Nel 2019 erano 17 le aziende con un punteggio medio complessivo della performance alto, ma solo 9 sono riuscite a mantenere nel 2021 il proprio status. E sono tutte concentrate nel Centro Nord. In Piemonte l'Ao Ordine Mauriziano e l'Ao Santa Croce e Carle; in Veneto l'Aou integrata di Verona e l'Aou di Padova; in Emilia Romagna l'Aou di Bologna- Policlinico Sant'Orsola; in Toscana tre Aou, quella pisana, il Careggi e quella senese. Infine nelle Marche, l'Ao Ospedali riuniti Marche Nord. Nel Sud hanno invece perso terreno 4 Aziende che nel 2019 raggiungevano alte performance (l'Aou Ospedali Riuniti di Foggia e l'Aou Policlinico di Bari in Puglia e l'Aou Gaetano Martino e l'Ao Garibaldi in Sicilia). Non brillano 12 Aziende collocate nel Lazio, in Campania, Calabria e Sicilia. Sono invece 32 le realtà con un livello medio di performance e sono distribuite in quasi tutte le Regioni considerate.

STABILITÀ NELLA DIREZIONE FA RIMA CON MIGLIORAMENTO DELLE PERFORMANCE. Dall'analisi dei dati è emerso che fino al 2019 c'è stata una forte continuità delle direzioni aziendali nel Nord e nel Centro. Una stabilità che dal 2020-2021 inizia in alcuni casi a vacillare. Discorso diverso nelle regioni del Sud dove la stabilità è a macchia di leopardo e varia da Azienda ad Azienda, un esempio su tutte la Campania. L'Umbria è in assoluto la Regione con meno stabilità di mandato.

A conti fatti, nel triennio considerato, in 20 Aziende il Direttore generale è rimasto lo stesso e di queste 8 hanno migliorato la loro performance: l'Aou Pisana e l'Aou Careggi in Toscana; l'Ao San Giovanni Moscati, l'Ao San Pio e l'Ao dei Colli, l'Ao Cardarelli in Campania; gli Ospedali Riuniti, Villa Sofia Cervello e l'Ao Papardo in Sicilia.

IL REPORT DEL MINISTERO DELLA SALUTE

Monitoraggio Lea 2021. Sette regioni **non garantiscono** a pieno le cure essenziali



TOP

Emilia Romagna,
Toscana
Pa Trento

FLOP

Calabria,
Valle d'Aosta
e Sardegna

ALL'INTERNO DEL SISTEMA DI GARANZIA È INDIVIDUATO UN SOTTOINSIEME DI INDICATORI DENOMINATO "CORE"

I 22 indicatori CORE sono così suddivisi:

SEI PER L'AREA DELLA PREVENZIONE

(copertura vaccinale pediatrica a 24 mesi per esavalente e MPR, controllo animali e alimenti, stili di vita, screening oncologici);

NOVE PER L'ATTIVITÀ DISTRETTUALE

(tasso di ospedalizzazione di adulti per diabete, Bpco e scompenso cardiaco e tasso di ospedalizzazione di minori per asma e gastroenterite, intervallo chiamata-arrivo mezzi di soccorso, tempi d'attesa, consumo di antibiotici, percentuale re-ricoveri in psichiatria, numero decessi da tumore assistiti da cure palliative, anziani non autosufficienti nelle Rsa);

SEI PER L'ATTIVITÀ OSPEDALIERA

(tasso di ospedalizzazione standardizzato rispetto alla popolazione residente, interventi per tumore maligno al seno eseguiti in reparti con volumi di attività superiore a 150 interventi annui, ricoveri a rischio inappropriatezza, quota di colecistectomie con degenza inferiore ai 3 giorni, over 65 operati di frattura al femore entro 2 giorni; parti cesarei in strutture con più e meno di mille parti l'anno).

Sono 7 le Regioni italiane che nel 2021 non sono riuscite a garantire pienamente le cure essenziali. È questo il dato più forte che emerge dai risultati del monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza calcolati con il nuovo sistema di garanzia (NSG) appena pubblicato dal Ministero della Salute.

Un dato migliore del 2020 quando le insufficienze erano presenti in 10 regioni ma in ogni caso anche per il 2021 i dati sono stati influenzati dalla pandemia

“**LA LETTURA DEI RISULTATI** dell'anno 2021 – scrive il Ministero – per le tre macro-aree di assistenza evidenza, relativamente agli indicatori CORE, ancora diverse criticità attribuibili, in parte, all'evento pandemico; analogamente a quanto previsto per il 2020, considerata l'impossibilità di procedere con una valutazione che potesse essere disgiunta dagli effetti della pandemia, è stato stabilito (Comitato Lea 26 gennaio 2023) che tutti gli indicatori del NSG fossero calcolati a scopo informativo sull'intera annualità 2021”.

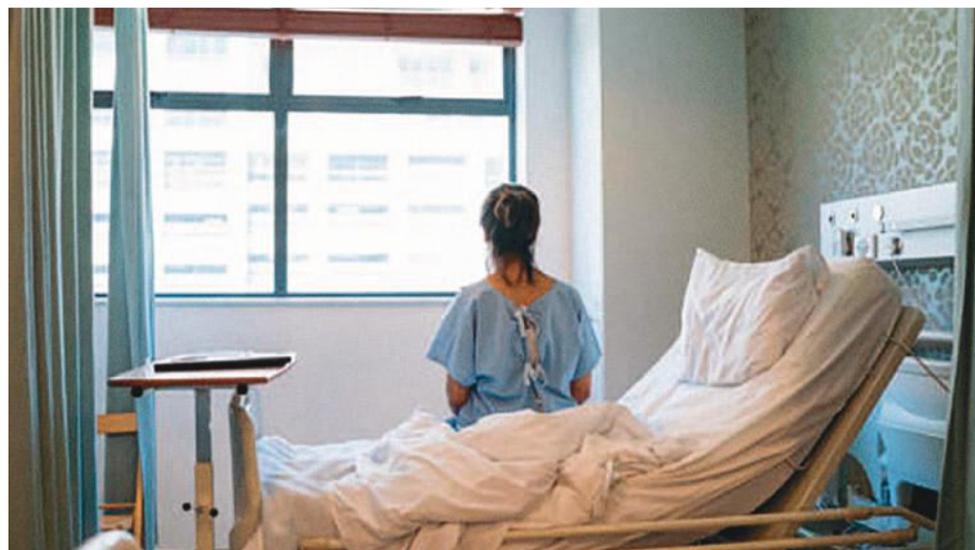
I RISULTATI IN ESTREMA SINTESI, con riferimento ai valori degli indicatori, nell'area Prevenzione le coperture vaccinali in età pediatrica nell'anno 2021 non raggiungono, a livello nazionale, il valore soglia fissato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, pari al 95%; nello specifico, la copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base contro polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse e Hib raggiunge la soglia in 8 Regioni, mentre la copertura contro morbillo, parotite e rosolia supera il 95% in 6 Regioni. Per oltre la metà delle Regioni decresce, rispetto

al 2020, l'indicatore sintetico sugli stili di vita, denotando una riduzione dei comportamenti a rischio per la salute. Gli indicatori sui controlli degli animali e degli alimenti registrano, mediamente, un miglioramento rispetto al periodo 2019-2020. Anche gli indicatori di screening migliorano, in media, rispetto al 2020.

Nell'area Distrettuale, i ricoveri prevenibili (di cui all'indicatore riferito al tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica per asma e gastroenterite) presentano un aumento medio rispetto all'anno 2020, ma si attestano a livelli inferiori rispetto al 2019; stabili i ricoveri ripetuti in psichiatria rispetto al 2020, mentre l'intervallo allarme target registra un generale peggioramento rispetto agli anni precedenti.

La quota di prestazioni in classe B garantite entro i tempi diminuisce, rispetto all'anno precedente, in 11 Regioni; continua la diminuzione del consumo di antibiotici. L'Adi registra un generale aumento, ma presenta una situazione di variabilità tra Regioni. Stessa situazione di variabilità si registra per la quota di anziani in trattamento residenziale con un aumento, in alcuni lieve, ri-

MONITORAGGIO LEA



spetto al 2020 in 13 Regioni.

Il numero di deceduti per causa di tumori, assistiti dalla rete di cure palliative, rimane stabile, pur con solo 5 Regioni sopra la soglia di sufficienza. Nell'area Ospedaliera, nel 2021 si assiste a un aumento del tasso di ospedalizzazione rispetto al 2020, pur non raggiungendo i livelli pre-pandemici. Si assiste anche ad un miglioramento della proporzione di interventi per tumore maligno della mammella in reparti con più di 135 parti.

Il rapporto di ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza/ricoveri non a rischio di inappropriatazza appare stabile. La proporzione di colecistomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni appare in lieve aumento rispetto ai valori del 2020, la percentuale di pazienti con più di 65 anni con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario è complessivamente stabile, con 9 Regioni che registrano un peggioramento rispetto al 2020. Nel 2021, la proporzione di tagli cesarei primari in strutture con meno di mille parti appare sostanzialmente stabile rispetto al 2020, mentre nelle strutture con più di mille parti si assiste a un miglioramento, in alcuni casi lieve, in 11 Regioni.

I risultati regionali

I promossi. Complessivamente, nell'anno 2021 Piemonte, Lombardia, Provincia Autonoma di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo, Puglia e Basilicata registrano un punteggio superiore a 60 (soglia di sufficienza) in tutte le macroaree.

I bocciati. Le Regioni che presentano un punteggio inferiore alla soglia in una o più macroaree sono: in una macro-area: Provincia Autonoma di Bolzano (Prevenzione), Molise (Ospedaliera), Campania (Distrettuale) e Sicilia (Prevenzione); in due macro-aree: Sardegna (Distrettuale e Ospedaliera); in tutte le macro-aree: Valle d'Aosta e Calabria.

COME FUNZIONA IL NUOVO SISTEMA DI GARANZIA DEL LEA?

Il NSG è uno strumento operativo dal 1° gennaio 2020 grazie all'entrata in vigore del DM 12 marzo 2019, aggiorna il Sistema di Garanzia introdotto nel 2000 e rappresenta una svolta significativa nelle metodologie di monitoraggio dei Lea, inoltre sostituisce la cosiddetta "Griglia Lea", in vigore fino al 2019.

Gli indicatori individuati all'interno del NSG sono 88 distribuiti per macro-aree (o macro-livelli): 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica; 33 per l'assistenza distrettuale; 24 per l'assistenza ospedaliera; 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario; 1 indicatore di equità sociale; 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (Pdta). Questi ultimi si riferiscono a 6 Pdta (broncopneumopatia cronica ostruttiva-Bpco, scompenso cardiaco, diabete, tumore della mammella nella donna, tumore del colon, tumore del retto) e consentono di monitorare e valutare il percorso diagnostico-terapeutico specifico per ciascuna delle patologie considerate. La nuova metodologia valuta distintamente le tre aree di assistenza (ospedale, distretto, prevenzione) e attribuisce loro un valore compreso in un range 0-100. La garanzia di erogazione dei LEA si intende raggiunta qualora, entro ciascun livello, sia raggiunto un punteggio pari o superiore a 60, in modo da non consentire la compensazione tra livelli.

Il punteggio di ogni area è determinato dalla media pesata dei 22 indicatori core (con un peso pari a 1 qualora la soglia è data dalla mediana dei valori regionali, e un peso pari a 2 se è fissato dalla normativa di riferimento). I restanti 66 indicatori non sono stati però utilizzati per le sperimentazioni.

TABELLA 2
Risultati NSG sottoinsieme Core area ospedaliera Anno 2021

* Dall'annualità 2021 il dato è stato allineato a quello del Piano Nazionale Esiti (PNE)

Fonti informative indicatori:
H13C: flusso SDO - elaborazione Agenas PNE
H17C-H18C: flusso SDO

Regioni	H17C - H18C*		
	% di parti cesarei primari in strutture con meno (H17C) o più (H18C) di 1.000 parti all'anno		
	Valore indicatore H17C < 1.000 parti (%)	Valore indicatore H18C ≥ 1.000 parti (%)	Punteggio finale
Piemonte	19,39	14,79	68,01
Valle d'Aosta	33,28	0,00	0,10
Lombardia	17,40	16,81	84,92
P.A. Bolzano	18,79	17,82	79,15
P.A. Trento	12,67	13,05	100,00
Veneto	18,84	17,41	76,77
Friuli V.G.	17,81	14,81	81,56
Liguria	20,50	35,60	51,28
Emilia Romagna	15,78	14,04	97,85
Toscana	19,29	14,41	72,07
Umbria	20,41	16,77	63,27
Marche	24,13	16,96	44,68
Lazio	27,58	28,19	23,07
Abruzzo	30,09	24,66	19,48
Molise	29,83	0,00	10,98
Campania	37,90	22,17	4,87
Puglia	26,77	23,71	37,30
Basilicata	20,55	13,23	67,36
Calabria	29,27	34,62	11,78
Sicilia	31,88	23,02	15,43
Sardegna	27,48	27,48	23,26

TABELLA 1
Risultati NSG punteggi sottoinsieme Core per area 2021-2020

Area Distrettuale 2021: con indicatore Do4C;
Area Distrettuale 2020: con indicatore Do3C.

In rosso i valori inferiori a 60 punti (soglia di sufficienza), in verde i valori uguali o superiori

Regione	2021			2020		
	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera
Piemonte	86,05	84,47	81,36	76,08	91,26	75,05
Valle d'Aosta	45,31	49,31	52,59	74,06	56,58	59,71
Lombardia	86,84	93,09	85,33	62,02	95,02	75,59
P.A. Bolzano	51,97	68,05	80,75	51,90	57,43	66,89
P.A. Trento	92,55	79,33	96,52	88,42	78,07	93,07
Veneto	84,63	95,60	84,65	80,74	98,37	79,67
Friuli V.G.	85,32	79,42	78,22	75,63	80,35	74,06
Liguria	73,05	85,92	73,60	50,85	83,12	65,50
Emilia Romagna	90,73	95,96	94,50	89,08	95,16	89,52
Toscana	91,37	95,02	88,07	88,13	92,94	80,00
Umbria	91,97	73,64	82,31	89,64	68,55	71,61
Marche	82,62	89,38	85,90	79,01	91,68	75,05
Lazio	80,78	77,61	77,12	74,46	80,19	71,76
Abruzzo	77,74	68,46	69,25	54,03	76,94	63,47
Molise	82,99	65,40	48,55	64,21	67,12	41,94
Campania	78,37	57,52	62,68	61,53	57,14	59,08
Puglia	67,85	61,66	79,83	66,83	68,13	71,73
Basilicata	79,63	64,22	63,69	57,07	62,85	51,90
Calabria	52,96	48,51	58,52	32,73	48,18	48,44
Sicilia	45,53	62,19	75,29	43,44	62,06	69,26
Sardegna	61,63	49,34	58,71	70,79	48,95	59,26

FINANZIAMENTI SSN

L'indagine sul Ssn dell'Ufficio valutazione impatto del Senato

Italia al vertice per aspettativa di vita alla nascita e in salute tra i principali paesi occidentali, ma i finanziamenti vanno male

IN PRINCIPIO C'ERANO LE CASSE MUTUE. E il diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione non era per tutti: ne godevano solo quei lavoratori (e i loro familiari) iscritti a un ente mutualistico, con forti differenze, in fatto di prestazioni e coperture, tra una categoria di lavoratori e l'altra. Solo nel 1978, con la nascita del servizio sanitario nazionale su un modello di welfare state universalistico - il sistema Beveridge, finanziato prevalentemente attraverso la fiscalità generale - la tutela della salute fisica e psichica è diventata un diritto da garantire a ogni individuo in condizioni di uguaglianza.

Ma il nostro Ssn costa più o meno dei servizi sanitari di altri Paesi che hanno adottato modelli diversi, ad esempio il sistema Bismarck? E cosa ci dicono gli indicatori di performance? Prova a rispondere a queste domande un approfondimento dell'Ufficio valutazione impatto del Senato. Con una spesa sanitaria pubblica pari al 7,1% del Pil, l'Italia nel 2020 risultava terza, fra i Paesi europei comparati, per numero di posti letto ospedalieri (3,19 ogni mille abitanti), e faceva registrare la più bassa disponibilità di strutture residenziali destinate agli anziani. Altre classifiche - dall'aspettativa di vita alla nascita (83 anni) all'aspettativa di vita in salute (71,9 anni) - ci vedono invece al vertice. Merito anche degli stili di vita. Canada, Francia, Germania, Italia, Regno Unito, Spagna, Stati Uniti e Svezia: i loro sistemi sanitari - selezionati allo scopo di includere i principali modelli attualmente riscontrabili a livello internazionale - sono posti qui a confronto in termini di efficacia ed efficienza delle rispettive prestazioni.



CANADA

Si avvale di una variante del sistema Beveridge (denominata Medicare): il servizio sanitario è universalistico e finanziato prevalentemente col gettito fiscale, ma l'erogazione delle prestazioni è essenzialmente a cura di soggetti autonomi, remunerati dal sistema sanitario pubblico (sistema perciò definito single payer). Il finanziamento e la fornitura della maggior parte dei servizi di assistenza sanitaria sono responsabilità, a livello decentrato, delle province e dei territori. Gli ospedali sono sia di natura pubblica che privata (spesso no profit). I servizi ospedalieri, diagnostici e medici necessari sono gratuiti per tutti i soggetti regolarmente residenti. Al riguardo, il sistema canadese impedisce l'addebito di costi aggiuntivi ai pazienti del Medicare. Per le prestazioni non coperte dal sistema pubblico (come le cure odontoiatriche) la parte maggioritaria dei canadesi ricorre a polizze assicurative private.

FRANCIA

Qui opera un sistema di impianto mutualistico-assicurativo. Vi è una pluralità di casse di malattia, finanziate in parte dalle tasse e in parte dai contributi dei lavoratori. La copertura delle spese mediche è in parte pubblica, garantita dalla assurance maladie (assistenza universale di base, in genere al 70%), in parte privata. Il restante 30% (il cosiddetto ticket modérateur) può essere preso in carico in genere da una mutuelle (mutua), che si può sottoscrivere individualmente o per conto della propria famiglia (assicurazione supplementare facoltativa). Esiste però anche la possibilità che il restante 30% venga finanziato, a determinate condizioni, dallo Stato attraverso la cosiddetta Complémentaire santé solidaire (assistenza sanitaria integrativa). Inoltre, qualsiasi datore di lavoro nel settore privato ha l'obbligo di offrire una mutuelle santé d'entreprise obligatoire ai propri dipendenti (copertura sanitaria collettiva integrativa d'impresa). La Francia è caratterizzata dal sistema dell'assistenza sanitaria indiretta, per cui il paziente anticipa le spese mediche e chiede in seguito il rimborso.

Con una spesa sanitaria pubblica pari al 7,1% del Pil, l'Italia nel 2020 risulta ultima fra i Paesi comparati (Canada, Francia, Germania, Regno Unito, Spagna, Stati Uniti e Svezia), per numero di posti letto ospedalieri (3,19 ogni 1000 abitanti) ma fa registrare la più bassa disponibilità di strutture residenziali destinate agli anziani

GERMANIA

Nel Paese di origine del sistema Bismarck, il finanziamento è assicurato fondamentalmente attraverso i contributi obbligatori per l'assicurazione sanitaria. Sono due le tipologie principali di assicurazione: l'assicurazione sanitaria statutaria, nota come "fondi di malattia", e l'assicurazione sanitaria privata. La parte maggioritaria della popolazione riceve la propria copertura sanitaria primaria attraverso l'assicurazione sanitaria statutaria. Tutti i cittadini occupati (e altri gruppi come i pensionati) al di sotto di certe soglie di reddito, a partire dal 2014, sono obbligatoriamente coperti dall'assicurazione sanitaria statutaria (i familiari che non lavorano sono coperti gratuitamente).

FINANZIAMENTI SSN

REGNO UNITO

Qui opera il National Health Service, considerato il prototipo di servizio sanitario unitario, integrato e prevalentemente pubblico. L'NHS è infatti finanziato attraverso il gettito fiscale e garantisce assistenza a tutti coloro che risiedono legalmente nel Regno Unito. La maggior parte delle prestazioni sanitarie sono erogate direttamente da personale e strutture pubbliche afferenti all' NHS (questa è la principale differenza con i sistemi universalistici single payer). Gli utenti usufruiscono di tali servizi in forma perlopiù gratuita: le uniche forme di compartecipazione alla spesa a carico degli utenti riguardano i farmaci e le cure dentistiche, e molte categorie di pazienti sono esenti dai ticket.

SPAGNA

Originariamente caratterizzata da un sistema mutualistico, dal 1986 ha scelto un servizio sanitario modello Beveridge, caratterizzato da libero accesso alle cure, finanziamento tramite il gettito fiscale e ruolo predominante degli erogatori pubblici. A caratterizzare l'impostazione del servizio sanitario spagnolo è una peculiare organizzazione delle cure primarie. Queste ultime sono garantite da centri di assistenza primaria caratterizzati da un'elevata accessibilità (sono diffusi capillarmente e operativi 24 ore su 24, con un pronto soccorso ambulatoriale integrato) e dalla presenza di équipe multidisciplinari (formate da dipendenti pubblici).

STATI UNITI

Qui opera un sistema di assicurazione privata su base volontaria, temperato da alcuni istituti che non ne hanno tuttavia intaccato la struttura di fondo. Nel 2015, a cinque anni dalla riforma Obama, ancora 30 milioni di americani erano sprovvisti di qualsivoglia copertura sanitaria (cioè circa il 10 % del totale). La maggior parte delle assicurazioni americane ha una propria rete di fornitori "convenzionati": gli assicurati hanno facoltà di scelta all'interno di tale network, e pagano una tariffa aggiuntiva se si rivolgono a fornitori esterni. Chi risiede negli Stati Uniti può sottoscrivere una polizza sanitaria in due modi: o tramite la propria azienda, oppure acquistandola individualmente. Alle polizze ottenute tramite il datore di lavoro (employer-based), solitamente meno costose, ricorre la maggior parte degli assicurati americani.

SVEZIA

Ha un sistema beveridgiano, che mantiene le caratteristiche di fondo del finanziamento tramite gettito fiscale, dell'universalità di accesso e della prevalente natura pubblica degli erogatori, unitamente a una tendenza al decentramento: il livello statale centrale mantiene compiti di pro-

FIGURA 1
Spesa sanitaria come percentuale del PIL

Anno 2021

Fonte: OECD Health Statistics 2022. Health expenditure and financing

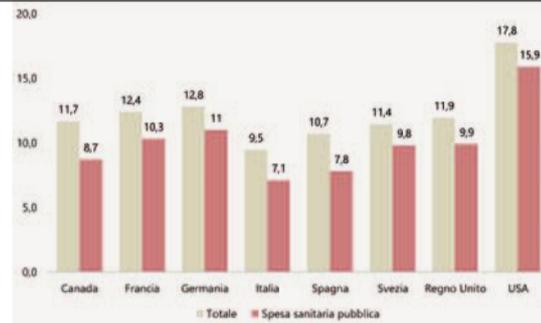


FIGURA 2
Spesa sanitaria pro capite (PPP \$, prezzi correnti)

Anno 2021

Fonte: OECD Health Statistics 2022. Health expenditure and financing

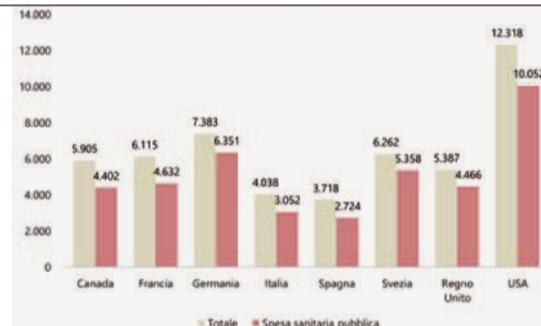
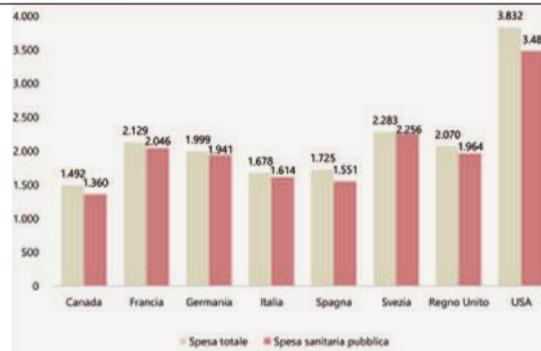


FIGURA 3
Spesa ospedaliera pro capite (PPP \$, prezzi correnti)

Anno 2020

Fonte: OECD Health Statistics 2022. Health expenditure and financing



grammazione, ma l'assistenza è di competenza delle regioni, salvo il ruolo degli enti locali in materia di servizi sociali, assistenza domiciliare, assistenza ad anziani, disabili e disabili psichici. Per lo più gli operatori del settore sanitario sono dipendenti pubblici. Il sistema svedese sta peraltro conoscendo una graduale trasformazione: da sistema prettamente pubblico sta via via acquisendo i caratteri di sistema di tipo "misto", con la co-partecipazione di erogatori pubblici e privati (ad es. nei settori delle cure odontoiatriche e delle farmacie).

Quante risorse ha la sanità?

DALL'ANALISI DEL SENATO l'Italia risulta ultima a livello di spesa sanitaria pubblica totale in rapporto al Pil: il dato 2021 è pari al 7,1% del prodotto interno lordo. Da notare la spesa pubblica statunitense, che si colloca al 15,9% (picco dei paesi considerati), nonché la spesa pubblica dei Paesi con sistemi Bismarck (Francia, Germania), risulta più elevata rispetto a quella dei Paesi con sistemi Beveridge.

Se si passa all'analisi del dato relativo alla spesa pubblica pro capite, si osserva l'Italia al penultimo posto del ranking, con la Spagna a chiudere la classifica. Gli Stati Uniti si confermano primi per livello di spesa, mentre la tendenza alla maggiore dispendiosità dei sistemi Bismarck appare ribadita (anche se la Svezia, collocandosi al terzo posto, si frappone tra Germania e Francia; gli altri sistemi Beveridge sono tutti al di sotto del livello di spesa francese).

La spesa ospedaliera pubblica pro capite vede ancora l'Italia nella parte bassa della classifica, dove precede solamente la Spagna e il Canada. Meno lineare in questo caso il raffronto tra sistemi

Beveridge e sistemi Bismarck: la Svezia svetta tra i Paesi europei, seguita da Francia, Regno Unito e Germania (dell'Italia s'è detto). La spesa statunitense è ancora quella più alta in assoluto.

Riguardo al numero di posti letto ospedalieri per 1.000 abitanti, l'Italia risulta terza fra i Paesi europei (anno 2020), con 3,19 posti a disposizione. Prima, con un notevole distacco, risulta la Germania con 7,82 posti, seconda la Francia, con 5,73 posti; seguono gli altri Paesi europei (2,95 la Spagna, 2,43 il Regno Unito, 2,05 la Svezia). Tra i Paesi extra europei, gli Stati Uniti dispongono di 2,8 posti (dato del 2019), il Canada di 2,55. Anche sotto tale profilo, quindi, i sistemi Bismarck sembrano assorbire maggiori risorse.

Quanto invece ai posti letto per long term care in strutture residenziali, nel 2019 l'Italia fa registrare la più bassa disponibilità di risorse (18,8 posti per 1000 abitanti di età pari o superiore a 65 anni). È un dato particolarmente rilevante, che disallinea il Ssn da tutti gli altri sistemi sanitari oggetto di comparazione: si noti il distacco con gli Stati Uniti (29,9 posti), che pure occupano il penultimo posto di questa classifica. Gli altri Paesi destinano alle cure di lungo periodo risorse significativamente più ingenti, fino al picco svedese di 68,1 posti letto per 1000 abitanti della fascia d'età considerata. Al secondo posto un sistema Bismarck come la Germania (54,2), seguita dal Canada (51,3).

Riguardo al numero di medici in attività per 1000 abitanti (anno 2020), dato anch'esso ascrivibile in senso lato alle risorse a disposizione per la sanità, non si registra un andamento univoco: le posizioni in questa particolare "classifica" non appaiono infatti direttamente correlate al modello di sistema sanitario. La Spagna presenta il numero più elevato di medici (4,58), seguita da Germania (4,47), Svezia (4,29, nel 2019), Italia (4), Francia (3,17), Regno Unito (3,03), Canada e Usa (2,73 e 2,64, rispettivamente, ma il dato Usa è del 2019).

Riguardo al numero di infermieri in attività per 1000 abitanti (anno 2020), come emerge dal grafico seguente, spicca il primo posto della Germania (12,06), unico Paese Bismarck qui considerato, seguita dai restanti Paesi Beveridge. Italia e Spagna sono in fondo a questa classifica, con dati vicini (rispettivamente 6,28 e 6,1); in una fascia intermedia si collocano Svezia (dato 2019), Canada e Regno Unito.

Quanto sono efficaci le prestazioni?

IL PRIMO INDICATORE considerato è relativo al tasso di mortalità, a 30 giorni dal ricovero per infarto del miocardio acuto, ogni 100 pazienti di età pari o superiore a 45 anni (anno 2019). Al riguardo, il sistema italiano (nel 2015) fa registrare un tasso pari al 5,4%, superiore a quelli, del 2019, di Svezia (3,5), Canada (4,6) e Usa (4,9). I tassi più elevati si riscontrano in Germania (8,3) e Regno Unito (6,6). In questa particolare classifica, pertanto, il sistema statunitense presenta la terza migliore prestazione, ai primi posti si collocano due sistemi Beveridge (Svezia e Canada), mentre la Germania e il Regno Unito, rispettivamente "archetipi" del sistema Bismarck e di quello a Ssn, occupano le posizioni più critiche.

IL SECONDO INDICATORE è relativo al tasso di sopravvivenza a cinque anni per tumore al seno (dati relativi agli anni 2010 - 2014 e a



donne al di sopra dei 15 anni). In proposito, spicca il dato statunitense (90,2%), seguito da quelle svedese (88,8%) e da quello canadese (88,6%). L'Italia è terzultima alla pari con la Germania, con un 86% che le colloca subito dietro la Francia (86,7%). Chiudono Regno Unito e Spagna, rispettivamente con tassi di sopravvivenza dell'85,6 e dell'85,3%.

IL TERZO INDICATORE concerne il tasso di amputazione di arto inferiore per diabete (per 100.000 abitanti). L'Italia, con riferimento ai dati 2019, fa segnare un dato pari a 2,4, che la colloca al vertice dei Paesi virtuosi. A seguire, le prestazioni migliori sono quelle di Regno Unito (3) e Svezia (3,7). In questa particolare classifica spiccano quindi le prestazioni di tre sistemi Beveridge. Tra i sistemi Bismarck la Francia si attesta al 4,3, mentre la Germania ha un dato pari a 7,9. I restanti sistemi Beveridge si collocano al 6,9 (Canada) e al 7 (Spagna).

IL QUARTO INDICATORE riguarda il tasso di mortalità standardizzato per età, per tutte le cause di morte (anno 2019). L'Italia, con 324,5, fa segnare la seconda migliore prestazione, dopo quella della Spagna (316,3). In fondo a questa classifica, con un certo disacco dagli altri, il sistema statunitense (480,8). Penultimo il Regno Unito, con un tasso di 379, terzultima la Germania con un tasso di 370,2. Pertanto in questa classifica i sistemi Beveridge occupano sia le posizioni di testa che il (quasi) fondo della classifica.

IL QUINTO INDICATORE, tasso di mortalità, standardizzato per età, per malattie infettive o causate da parassiti (anno 2019), fa registrare, per l'Italia, un tasso pari a 7,9, inferiore solo a quello statunitense (12,6). Il Regno Unito è il sistema più virtuoso, con un tasso pari a 5, seguito dal Canada (5,2). Anche in questa classifica i sistemi Beveridge occupano sia le posizioni di testa che la parte bassa del ranking.

IL SESTO INDICATORE. Tasso di mortalità per tumori, standardizzato per età (anno 2019), riserva all'Italia il quarto miglior piazzamento (con un tasso pari a 105,7), dopo Svezia (97,4), Spagna (102,3), USA (102,6). Chiudono questo particolare ranking due sistemi Bismarck: Germania (114, 2) e Francia (all'ultimo posto con 123,7).

IL SETTIMO INDICATORE - tasso di mortalità, standardizzato per età, per diabete mellito (anno 2019)- l'Italia si attesta al 9,2, facendo meglio solo degli USA (10,6). In proposito risultano più performanti sia i due sistemi Bismarck considerati, ossia la Francia (5,7) e la Germania (6,5), sia gli altri sistemi Beveridge oggetto di confronto: Regno Unito (3,6), Spagna (5), Svezia (6,9), Canada (7,2).

L'OTTAVO INDICATORE - probabilità (%) di un 30enne di morire entro il compimento del 70° anno di età per malattia cardiovascolare, cancro, diabete, malattia respiratoria cronica (dati 2019) - l'Italia fa registrare il secondo miglior risultato (9%), collocandosi subito dopo la Svezia (8,4). Seguono Canada e Spagna (appaiati con 9,6). Il primo dei sistemi "non Beveridge" è quello francese (10,6), dopo il quale si collocano Germania (12,1) e Stati Uniti (13,6).

IL NONO INDICATORE - aspettativa di vita alla nascita, tout court (dati 2019) - l'Italia occupa la seconda miglior posizione (83 anni), dopo la Spagna (83,2) e seguita dalla Francia (82,5). Sotto la soglia degli 80 anni si collocano solo gli Stati Uniti (78,5), che chiudono questa classifica.

IL DECIMO INDICATORE - aspettativa di vita in salute alla nascita (HALE, anno 2019)- l'Italia si posiziona ancora al secondo posto (71,9 anni, al pari della Svezia), dopo Francia e Spagna (entrambe fanno registrare 72,1). Unico Paese sotto la soglia dei 70 anni sono gli Stati Uniti (66,1).

L'UNDICESIMO E ULTIMO INDICATORE di efficacia - tasso di mortalità standardizzato per morti evitabili - è bipartito: fornisce indicazioni riguardo

- alle morti evitabili (treatable) attraverso un intervento sanitario di standard qualitativo elevato
- alle morti evitabili (preventable) con interventi sanitari relativi a fattori più ampi, come ad esempio gli stili di vita e l'alimentazione

Per le morti evitabili-treatable, l'Italia si colloca al quarto posto del ranking, con un valore pari a 55, nel 2017, superiore a quello, pari a 51, di Francia (2017) e Spagna (2020) che sono seguite dalla Svezia a 53 (2018). Seguono le prestazioni di Canada (58 nel 2019), Germania (66 nel 2020) e Regno Unito (71 nel 2020). Sul fronte delle morti evitabili-preventable, l'Italia, con un tasso di 91 è il sistema più performante, seguita dalla Svezia (97). Gli Usa fanno registrare il risultato peggiore su entrambi gli indicatori delle morti evitabili.

E gli stili di vita? Il fattore prevenzione La diffusione di stili di vita sbagliati è indice sintomatico di penuria o scarsa efficacia delle politiche di prevenzione e, al contempo, potenziale fattore codeterminante dell'insorgenza di diverse malattie.

Il consumo pro capite di alcol da parte delle persone di età pari o superiore ai 15 anni, pari, nell'anno 2019, a 7,7 litri, colloca l'Italia in seconda posizione, nella prospettiva dei corretti stili di vita. Meglio dell'Italia fa la Svezia, con un valore di 7,5 (2020), mentre la Spagna segue a 7,8 (dato 2020

stimato). "Primeggiano" in questa classifica Germania e Francia (per la prima il dato è del 2019), le uniche con valori superiori a 10. In questo caso risultano quindi vicini e in fondo alla classifica i risultati dei due Paesi Bismarck considerati (ma sembrano da considerare anche fattori diversi dalla tipologia di sistema sanitario: v. anche il risultato del Regno Unito, terz'ultimo con 9,7).

Il consumo di tabacco da parte delle persone di età pari o superiore ai 15 anni (media al giorno per fumatore) vede l'Italia al secondo posto della classifica 2020 dei paesi più virtuosi: 10,9 sigarette fumate a testa al dì da ciascun fumatore. Hanno fumato di meno solo i cittadini del Regno Unito (9,1 sigarette), mentre il consumo è stato superiore in Spagna (12 sigarette), Francia (13), USA (13,8), Canada (14,1) e Germania (15,4). In questa classifica i Paesi Bismarck considerati occupano quindi, rispettivamente, la quarta e l'ultima posizione.

Il terzo e ultimo indicatore dell'area prevenzione/stili di vita riguarda la percentuale sulla popolazione di persone che si dichiarano obese o comunque in sovrappeso: con un valore pari al 47,6% l'Italia si colloca al secondo posto della graduatoria di merito per l'anno 2020. Solo la Francia è caratterizzata da un valore percentuale inferiore (45,3% cittadini che si definiscono in sovrappeso), mentre tutti gli altri Paesi posti a confronto fanno registrare valori superiori: dal 50% della Svezia fino al 67,5 degli USA, che chiudono questa classifica piuttosto distaccati dal penultimo (che pure - si noti - è un Paese non europeo: il Canada, con 54,4).

FIGURA 4
Numero di posti letto ospedalieri (per 1.000 abitanti)
Anno 2020

Fonte: OECD Health Statistics 2022.
Total hospital beds - per 1.000 population.

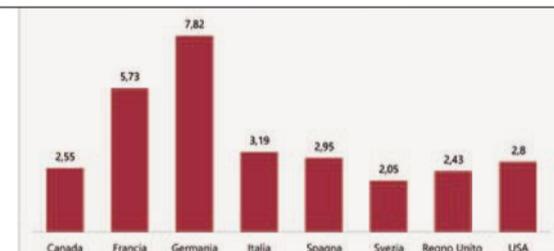


FIGURA 5
Cure per malattie croniche
Posti letto in strutture residenziali per 1.000 abitanti di età pari o superiore a 65 anni
Anno 2019

Fonte: OECD Health Statistics 2022

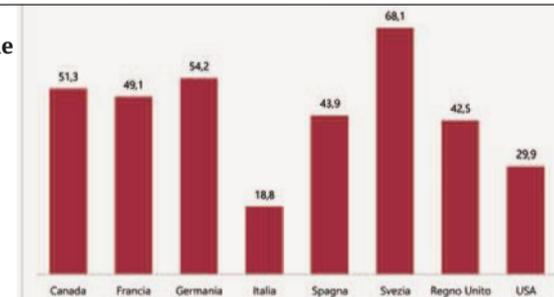


FIGURA 6
Numero di medici in attività (per 1.000 abitanti)
Anno 2020

Fonte: OECD Health Statistics 2022

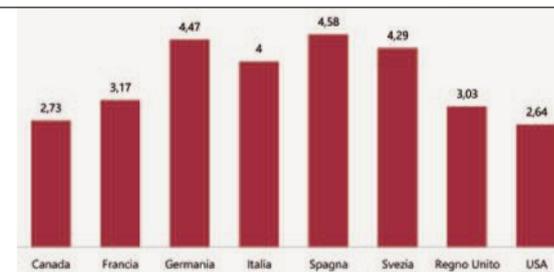
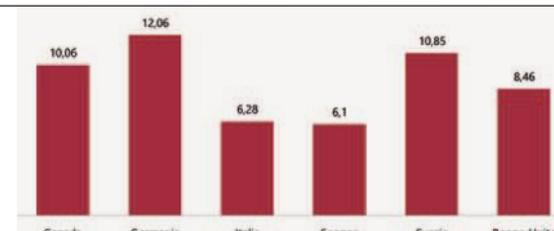


FIGURA 7
Numero di infermieri in attività (per 1.000 abitanti)
Anno 2020

Fonte: OECD Health Statistics 2022



VACCINI

La prossima generazione di vaccini antitumorali a tecnologia mRNA

Un futuro promettente

Il 7 aprile scorso il quotidiano britannico *The Guardian* ha pubblicato con grande rilievo la notizia che entro il 2030 i vaccini terapeutici a mRNA usciranno dalla fase di sperimentazione e potranno essere utilizzati a pieno titolo nella terapia del cancro.

Si sta studiando anche come allargare il ventaglio dei loro obiettivi oltre i tumori inglobando altre malattie come quelle cardiovascolari, le malattie autoimmuni e molte patologie rare. “È una rivoluzione che cambierà il mondo, più della scoperta degli antibiotici”



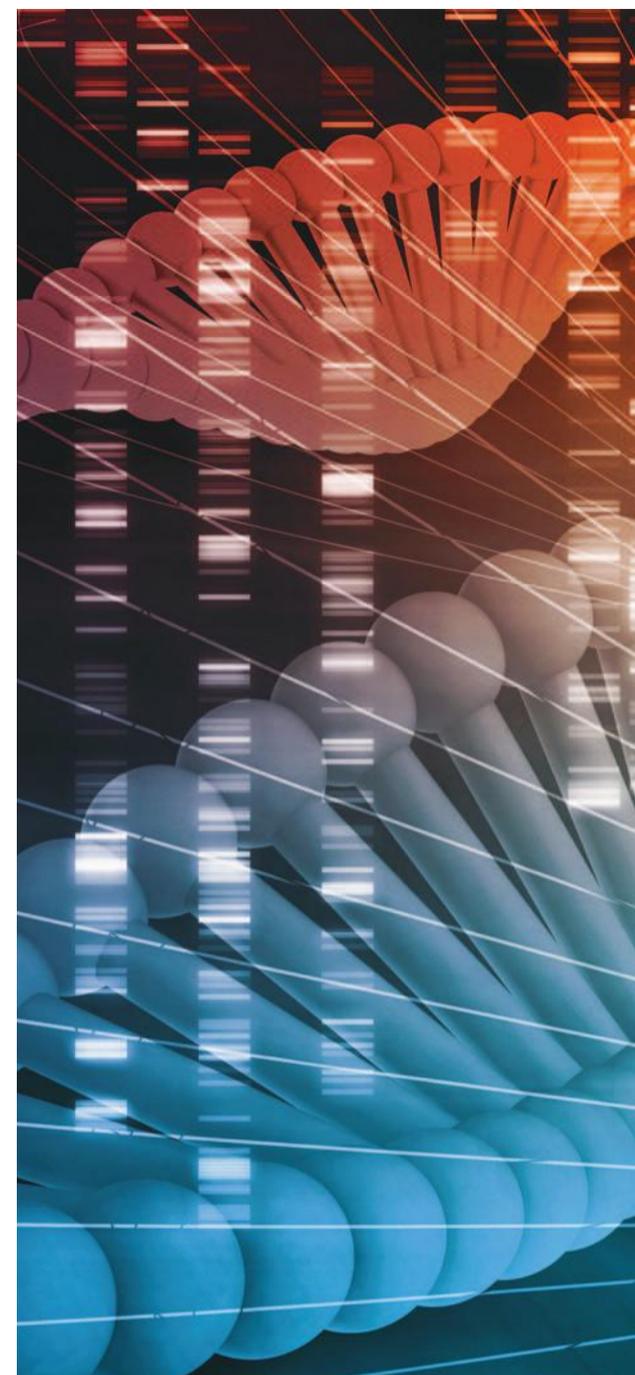
CARLO SBIROLI
Past president Aogoi

QUANDO SI PARLA DI VACCINI, di solito si fa riferimento a dispositivi in grado di prevenire lo sviluppo di molte malattie infettive in persone sane. I *vaccini terapeutici anti-cancro*, invece, sono progettati per curare soggetti già malati di tumore. È un campo della medicina sul quale si lavora da diversi anni. Un settore spesso penalizzato da insuccessi, ma che negli ultimi tempi ha conosciuto una incredibile accelerazione, grazie al maggior impegno posto nello studio della tecnologia basata sull'RNA messaggero (mRNA) per la preparazione di vaccini utilizzati nella pandemia da Covid-19: si ritiene che nei circa due anni di pandemia si siano ottenuti in questo settore gli stessi progressi che di solito si ottengono in circa 10-15 anni. Questo maggior impegno “ha permesso ai biologi dei tumori di imparare molto sul sistema immunitario, soprattutto sul modo in cui questo riconosce e distrugge i tumori”, spiega l'immunologo cellulare Stephen Schoenberger del La Jolla Institute for Immunology di San Diego (California). “Le innovazioni tecnologiche hanno anche consentito di osservare più da vicino le cellule tumorali e le loro anomalie genetiche, che sono di fondamentale importanza nel progettare vaccini pensati per target molto specifici”.

NEGLI ULTIMI ANNI le case produttrici di vaccini (come Moderna, Pfizer e BioNTech) si sono avvalse sempre più della tecnologia mRNA per creare sia vaccini antivirali (ad esempio, il vaccino anti-Covid), che quelli anti-cancro. Ambedue questi vaccini funzionano con gli stessi principi e i medesimi meccanismi: insegnano al sistema immunitario del ricevente a riconoscere il bersaglio da identificare, e quindi distruggerlo. In particolare, nel caso di un vaccino di tipo preventivo (ad esempio, anti-Covid), il vaccino istruisce il nostro organismo a produrre una proteina simile a quella dell'agente patogeno (virus Sars-Cov-2). Questo permette di attivare il sistema immunitario tutte le volte che un microrganismo, per cui è stato creato il vaccino, penetra nel corpo umano, e quindi lo elimina. Allo stesso modo, i vaccini antitumorali a mRNA insegnano al sistema immunitario

quali sono le particolarità antigeniche di una cellula tumorale, così da poterla individuare in modo preciso e distruggerla. Più precisamente, questi vaccini sfruttano la presenza di nuove proteine – *neoantigeni* – che si trovano sulla superficie delle cellule del cancro: sono generate da mutazioni che subisce il DNA o l'RNA durante la formazione del tumore. Proprio per queste diversità, indotte dalle mutazioni, i neoantigeni diventano facilmente riconoscibili come proteine estranee (*no self*) dal sistema immunitario. In questo modo si attiva una precisa risposta immunitaria contro le cellule che contengono questo tipo di proteine.

I VACCINI TERAPEUTICI a mRNA utilizzano questo meccanismo per attivare e ampliare la risposta del sistema immunitario, in modo che possa più facilmente riconoscere e distruggere le cellule tumorali. Questo avviene attraverso la creazione di una *mRNA sintetica* (vedi tabella), prodotto in laboratorio, utilizzando tecniche di sintesi chimica. In particolare, i biologi sintetici identificano anzitutto i neoantigeni specifici del tumore del paziente con una sofisticata tecnologia di sequenziamento del DNA o dell'RNA. Sulla base dei dati, così ottenuti, viene progettato un mRNA artificiale, che codifica per un neoantigene specifico, personalizzato, come quello presente sulla superficie del tumore del paziente, con lo scopo di attivare e ampliare la risposta del sistema immunitario contro le cellule tumorali contenenti quel determinato neoantigene. Una volta sintetizzato, l'RNA viene inglobato in nanoparticelle a base di lipidi, che lo proteggono dalla degradazione durante il trasferimento alla cellula tumorale e, nello stesso tempo, funzionano da “cavallo di Troia” per la consegna di mRNA all'interno della cellula cancerosa. In questo modo, il sistema immunitario del paziente viene esposto al neoantigene specifico del tumore, e quindi attivato. Si realizza così un trattamento altamente mirato, personalizzato per ciascun paziente, aumentando in questo modo la sua efficacia.



LA MAGGIOR PARTE DEI BIOLOGI ONCOLOGI è d'accordo sul fatto che, una volta messo a punto, il vaccino antitumorale a mRNA offrirà molti vantaggi rispetto alle altre terapie per il cancro. Oltre a presentarsi come “vaccino ad personam”, sarà un medicamento certamente sicuro, perché conterrà solo l'mRNA sintetico, per cui non potrà provocare o diffondere un'infezione e né potrà determinare un rischio genetico. Sarà meno invasivo: la somministrazione potrà essere effettuata con una semplice iniezione. Sarà facilmente tollerato e verrà rapidamente degradato dopo l'uso. Inoltre, come è stato già sperimentato durante la pandemia per Covid-19, anche il vaccino terapeutico a mRNA potrà essere prodotto in grandi quantità. Infine, va tenuto presente che questi vaccini stanno mostrando una bassa percentuale di effetti collaterali e, nonostante il costo relativamente elevato della sintesi dell'RNA, sono più economici rispetto alle altre terapie, come CAR-T e i vaccini basati su cellule dendritiche. Le terapie con vaccini antitumorali a mRNA sono in fase di sperimentazione clinica per diversi tipi di tumori solidi, tra cui melanoma, tumore della vescica, tumore del colon-retto, cancro del polmone, della prostata e il neuroblastoma. Solo pochi di questi studi sono stati approvati per essere utilizzati regolarmente in alcune forme di cancro, ma restano ancora da affrontare molti problemi di affidabilità e di produzione. Comunque, i primi risultati sono molto incoraggianti, anche se sono necessari ulteriori studi clinici per valutare su larga scala l'efficacia e la sicurezza a lungo termine. In campo ginecologico, il cancro che più si presta a un trattamento con vaccino a mRNA è quello della cervice uterina perché, insieme ai



Tamara Minko,
farmacologa al Rutgers
Cancer Institute del New
Jersey (USA)

Stephen Schoenberger
La Jolla Institute for
Immunology di San Diego
(California)



TABELLA
Come vengono creati
i vaccini anti-cancro
a tecnologia mRNA

FASE	DESCRIZIONE
Biopsia	Una piccola quantità di tessuto tumorale viene prelevata dal paziente tramite biopsia
Sequenziamento del DNA del tumore	Il DNA del tessuto tumorale viene sequenziato per identificare le specifiche mutazioni presenti nelle cellule del cancro biopsiato
Selezione del neoantigene	Vengono identificati i neoantigeni specifici presenti sulle cellule tumorali e vengono scelti quelli da includere nel vaccino
Sintesi di mRNA	In laboratorio viene sintetizzato l'mRNA sintetico, contenente le istruzioni per la produzione di una proteina specifica del neoantigene
Somministrazione del vaccino	L'mRNA sintetico viene somministrato al paziente tramite iniezione
Produzione di proteina bersaglio	Le cellule del paziente leggono l'mRNA e producono la proteina bersaglio (neoantigene specifico del tumore)
Attivazione del sistema immunitario	Il sistema immunitario del paziente riconosce il neoantigene come estraneo e inizia a produrre cellule immunitarie specifiche per attaccare le cellule tumorali che esprimono il neoantigene
Distruzione delle cellule tumorali	Le cellule tumorali, che esprimono il neoantigene specifico vengono distrutte dal sistema immunitario, riducendo il tumore e rallentando la progressione del cancro

tumori testa-collo, sono causati perlopiù da infezioni da HPV. Anche se esistono vaccini preventivi, spesso la malattia diventa resistente ai trattamenti e le opzioni di cura a lungo termine si riducono. La ricerca ha dimostrato che le pazienti con maggiore presenza di linfociti T nella massa tumorale hanno una prognosi migliore. I vaccini a mRNA mirano a stimolare la produzione di queste cellule del sistema immunitario per riconoscere e combattere il tumore.

In letteratura si rintracciano pochi studi sul trattamento del cancro ovarico con i vaccini a mRNA. In una recente revisione sulle terapie da utilizzare nelle diverse forme di questo tumore, pubblicata nel gennaio scorso su *Pharmaceutical Research*, Tamara Minko, farmacologa al Rutgers Cancer Institute del New Jersey (USA), scrive: “negli Stati Uniti all'ottobre del 2022, sono stati registrati più di 100 studi clinici sui vaccini contro il cancro ovarico. Ma solo 22 di questi sono attualmente attivi e stanno reclutando pazienti. E di questi ultimi, solo 2 utilizzano vaccini a tecnologia mRNA”. Questo per dire che gli studi sull'utilizzo dei vaccini a mRNA nel cancro ovarico sono scarsi e sono ancora in fase di studio.

MA LA NOTIZIA CHE HA DATO UNA VERA SCOSSA di entusiasmo a questo settore è “l'evidenza dimostrata” che questa ricerca sui vaccini a mRNA sta andando ben oltre il cancro. Nella sua intervista al *Guardian* Paul Burton, direttore medico dell'azienda farmaceutica Moderna, ha precisato: “Negli ultimi mesi abbiamo imparato che i vaccini a tecnologia mRNA sono utili non solo per le malattie infettive, come il Covid, o in forma terapeutica per diversi tipi di cancro, ma l'evidenza

“
“
Gli studi sull'utilizzo
dei vaccini a mRNA
nel cancro ovarico
sono scarsi e sono
ancora in fase di
studio

ora dimostra che l'mRNA può essere applicato a tutti i tipi di aree patologiche. Abbiamo studi in molte altre aree cliniche, come malattie infettive, malattie cardiovascolari, malattie autoimmuni, malattie rare, genetiche, e tutte queste ricerche hanno mostrato grandi promesse”. Per esempio, esistono 6.000 malattie genetiche che presentano una mutazione del DNA che determina una copia difettosa dell'mRNA, che a sua volta produce una copia imperfetta di una proteina che provoca infine una malattia. È evidente che in questi casi i vaccini a mRNA permetteranno di introdurre dall'esterno un mRNA sintetico, prodotto in laboratorio e quindi privo della mutazione dannosa, in sostituzione dell'mRNA mutato. Per quanto riguarda poi le malattie cardiovascolari, sono state identificate alcune potenzialità di applicazione di questi vaccini terapeutici che si basano non solo sull'attivazione del sistema immunitario, ma anche sulla capacità di fornire istruzioni alle cellule per produrre specifiche molecole. Ad esempio, Moderna sta lavorando su un vaccino che fornisce una molecola chiamata VEG-A, utile per ricostruire i vasi sanguigni cardiaci nei pazienti che hanno subito un infarto. Questa molecola è un fattore di crescita che stimola lo sviluppo di nuovi vasi sanguigni e aiuta a riparare i danni causati dall'infarto. Questa tecnologia è ancora in fase di sviluppo, ma i risultati sono promettenti. Anche le malattie autoimmuni potranno beneficiare ampiamente dei vaccini a mRNA. Infatti potranno essere utilizzati per insegnare alle cellule del sistema immunitario a non attaccare il proprio corpo, ma solo i patogeni esterni. Questo potrebbe essere utile in terapie come l'artrite reumatoide, la sclerosi multipla e il lupus eritema-

toso. In definitiva, i vaccini a tecnologia mRNA rappresentano una nuova frontiera in medicina. Saranno i nuovi strumenti che ci permetteranno di superare i limiti delle attuali terapie con farmaci tradizionali, soprattutto in campo oncologico.

CERTO, CI SONO ANCORA DIFFICOLTÀ nel produrre questi vaccini. Difficoltà causate non solo dalla loro progettazione complicata, ma anche dal fatto che restano ancora da affrontare problemi di sicurezza e di produzione. Ma se è vero quello che ha dichiarato Paul Burton, direttore medico di Moderna, e se saranno confermati nelle successive fasi di sperimentazione i primi risultati positivi dei trattamenti con vaccini a tecnologia mRNA, allora si potrebbe veramente pensare che in un futuro prossimo, abbastanza vicino, potrebbero essere risolte molte delle patologie che oggi non riusciamo a dominare. Se si dovesse realizzare questa “enorme promessa”, allora si potrebbe immaginare di poter vivere in un mondo migliore da abitare, confortati dalla possibilità di controllare le pandemie, che ci colpiranno con sempre maggiore frequenza e soprattutto, oltre al cancro, si riuscirebbe a dominare molte delle malattie rare, quelle di origine genetiche e le autoimmuni: “È una rivoluzione che cambierà il mondo, più della scoperta degli antibiotici”. Sarebbe un grosso passo avanti dell'umanità.

INDUZIONE AL PARTO

La soddisfazione delle donne sottoposte ad induzione: lo studio multicentrico

Il momento del parto rappresenta una esperienza emozionale unica nella vita della donna. Accanto alla corretta procedura clinica/terapeutica, una componente fondamentale dell'assistenza ostetrica è senza dubbio la soddisfazione della donna.



FABIO PARAZZINI
Professore ordinario settore disciplinare MED/40 Ginecologia ed Ostetricia, Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università di Milano

UNA BUONA INFORMAZIONE ed assistenza sono fondamentali per la soddisfazione della donna. Recentemente Aogoi ha condotto una ampia indagine sulla soddisfazione della donna in sala parto (Scambia et al. 2020). Tale indagine tuttavia non ha indagato in dettaglio l'impatto della medicalizzazione del parto sulla soddisfazione. Una condizione associata alla medicalizzazione è l'induzione del parto. Con l'aumentare dell'età materna e della patologia materno-fetale osservata negli ultimi anni, si è reso necessario effettuare un'induzione medica del travaglio in una proporzione sempre maggiore di gravidanze.

Per indagare anche questo aspetto della soddisfazione della donna al momento del parto Aogoi ha promosso uno studio osservazionale trasversale multicentrico che ha avuto l'obiettivo proprio di valutare il grado di soddisfazione dell'esperienza induzione del travaglio e parto di puerpere mediante un questionario (Mauri PA, Pilloni E, Stillavato S, Ragusa A, Masturzo B, Trojano G, Piteri G, Pegurri G, Ricci ED, Teodoro MC, Guardalà F, Messina A, Svelato A, Parazzini F, Iurlaro E, Viora E. *Role of mode of induction and delivery and women's satisfaction after induction of labour at term: An observational study.* Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2023 Jul;286:47-51).

Ammissibili allo studio erano tutte le donne che avevano partorito durante il periodo di studio un bambino sano e che sono state sottoposte ad induzione del travaglio di parto per gravidanza oltre il termine (si è scelto di limitare il criterio di ingresso alle sole gravidanze oltre il termine al fine di rendere il più possibile omogeneo il gruppo in studio).

Specificamente sono state incluse donne che soddisfavano contemporaneamente i seguenti criteri:

- età uguale o superiore a 18 anni;
- in grado di comprendere la lingua italiana scritta;
- che sono state sottoposte ad induzione del travaglio per gravidanza oltre il termine;

- che hanno partorito durante il periodo di studio un bambino sano;
- che hanno firmato il consenso informato.

Dopo aver ottenuto il consenso informato, la donna, durante la sua permanenza in ospedale dopo il parto, è stata invitata da un operatore sanitario opportunamente addestrato a compilare un questionario di soddisfazione in modo anonimo. Il questionario è stato riconsegnato dalla donna sempre in modo anonimo in una cassetta dedicata al momento delle dimissioni.

Il questionario era composto da due sezioni di domande:

Sezione I. caratteristiche socio-demografiche della donna: età, anamnesi ostetrica (parti spontanei, parti operativi), informazioni relative al travaglio e parto (tipo di induzione, tempi).

Sezione II. *Italian Birth Satisfaction Scale-Revised* (I-BSS-R) è un questionario validato per misurare la soddisfazione della donna al parto che è la traduzione tradotta in lingua italiana (Nespoli et al, 2018) dello strumento BSS-R sviluppato nel Regno Unito (Hollins Martin and Martin, 2014).

Esso è uno strumento psicometrico multidimensionale robusto, valido e affidabile per misurare la soddisfazione della donna al parto. Esso presenta 10 items che misurano tre fattori: qualità della "care", attributi personali della donna e stress vissuto durante il parto. Questi items vengono valutati con una scala che va da 0 a 4, dove 0 corrisponde al disaccordo massimo e il 4 al massimo accordo.

Lo svolgimento dello studio prevedeva un unico tempo, ossia quello della compilazione del questionario.

Sono entrate in studio un totale di 300 donne: di queste, 63 sono state indotte con misoprostolo orale, 130 con prostaglandine vaginali e 107 con palloncino Cook con (20 donne) o senza (87 donne) misoprostolo.

Considerando la serie totali, l'età materna media

era di 33,4 anni (SD 5,2). Un totale di 213 (71,2%) donne erano nullipare e 35 (11,7%) hanno riportato uno o più travagli indotti in precedenti gravidanze.

Un totale di 217 (72,3%) donne hanno partorito con taglio cesareo. Tra le 274 (91,3%) donne che hanno ricevuto uno o più metodi di controllo del dolore, il metodo più comune era l'analgia epidurale (249 donne, 90,9%). Le caratteristiche basali, la modalità di somministrazione e il controllo del dolore erano comparabili nei tre gruppi con l'eccezione della parità, le donne indotte con farmaci orali erano più frequentemente parae.

Le informazioni sull'induzione e sul controllo del dolore sono state considerate "molto adeguate/adequate" rispettivamente dal 95,5% (95% CI 92,6%-97,5%) e dall'87,0% (95% CI 82,8%-90,5%) delle donne. La durata dell'induzione è stata giudicata "lunga/troppo lunga" dal 56,1% (95%CI 50,4%-61,7%) delle donne: i valori corrispondenti erano 38,1% (95% CI 26,8%-50,5%), 57,1% (95% CI 48,4%-65,6%) e 65,4% (95% CI 56,0%-74,0%) per le donne che erano state indotte rispettivamente con farmaco orale, vaginale e palloncino di Cook (p=0,01).

Alle donne è stato anche chiesto della loro esperienza di induzione, travaglio e parto e del loro atteggiamento nei confronti dell'induzione in una gravidanza successiva (Tabella 1). Le proporzioni di risposta positiva a queste domande erano diverse tra le modalità di induzione, ma dopo aver considerato l'età, la parità, il controllo del dolore e la modalità del parto non è stata osservata alcuna differenza significativa con l'eccezione dell'esperienza del travaglio e del parto. Al contrario, includendo nel modello età, parità, controllo del dolore e modalità della IOL, le donne che hanno avuto un parto vaginale hanno espresso una maggiore soddisfazione per la loro esperienza.

Considerando le serie totali, il punteggio medio BSS-R a 10 item era 24,2 (SD 5,9) e i punteggi me-



di per lo stress sperimentato durante il travaglio, la qualità dell'assistenza fornita e le sottoscale degli attributi personali della donna erano 7,2 (SD 3,5), 12,8 (SD 1,9) e 4,2 (SD 2,0), rispettivamente. Considerando i potenziali fattori confondenti (rispettivamente età, parità, controllo del dolore e modalità di erogazione o modalità della induzione), il punteggio BSS-R aggiustato medio era più alto tra le donne sottoposte ad induzione con farmaci orali rispetto a farmaci vaginali ($p=0,005$) o Cook palloncino ($p=0,001$) e tra le donne che hanno partorito spontaneamente rispetto a quelle che hanno partorito con taglio cesareo ($p<0,0001$). Considerando le tre sottoscale (stress BSS durante il travaglio, qualità delle cure BSS e attributi delle donne BSS), le donne sottoposte ad induzione con farmaci orali hanno riportato punteggi medi più elevati, con significatività statistica nel-

la sottoscala stress e attributi e nessuna differenza nella qualità -area di cura. Tutte le sottoscale erano significativamente diverse per modalità del parto. Gli stessi risultati sono emersi dall'analisi multivariata.

Infine, alle donne è stato chiesto "Cosa pensi sia importante per un metodo di induzione?": il 47,3% (95% CI 41,7%-53,0%) delle donne ha risposto "dovrebbe rendere l'induzione il più indolore possibile", il 47,0% (95% CI 41,4%-52,7%) "dovrebbe indurre il travaglio rapidamente", 44,3% (95% CI 38,8%-50,0%) "dovrebbe essere sicuro per il bambino; Il 26,0% (95% CI 21,3%-31,2%) "dovrebbe richiedere meno visite interne" e il 16,3% (95% CI 12,5%-20,8%) "dovrebbe permettere di muoversi liberamente".

I risultati generali di questo studio mostrano che le donne sottoposte ad induzione in questa popolazione riportano un livello di soddisfazione dell'induzione, del travaglio e del parto di circa il 75%. L'induzione è stata considerata "troppo lunga/lunga" da circa il 55% delle donne e un atteggiamento positivo nei confronti dell'induzione in una successiva gravidanza è stato riportato dal 55% delle donne.

Questi risultati sono coerenti con studi pubblicati in precedenza (Hamoda et al 2005; Ho et al 1997; Saxena et al 2006; Arvidsson et al 2005; Vimala et al 2004; Nassar et al 2007). Ad esempio, in uno studio randomizzato che confrontava il misoprostolo sublinguale con quello vaginale per l'induzione del travaglio a termine (Nassar et al 2007), "la soddisfazione era significativamente più alta nel gruppo sublinguale rispetto a quello vaginale.

Il livello generale di soddisfazione in sala parto osservato in questo studio sembra essere inferiore a quanto precedentemente riportato tra le donne italiane. Secondo un recente ampio studio (Scambia et al. 2020) in questa popolazione il tasso di soddisfazione era superiore al 90%.

Nella nostra serie, è stato riportato un tasso di soddisfazione di circa l'85% nelle donne che hanno partorito per via vaginale. In altre parole, il fallimento dell'induzione rappresentava una determinante di minore soddisfazione. Quest'ultima osservazione è stata riportata in altre popolazioni (Shetty et al 2005).

Le varie modalità di induzione del travaglio oggi disponibili possono essere associate a differenti livelli di soddisfazione. Le modalità meno invasive (ad esempio che richiedano un minor numero di visite vaginali) o che garantiscano tempi al par-

to minori possono favorire una buona esperienza e migliorare la soddisfazione (Taylor-Clarke et al 2012 Shetty et al al 2005). Ad esempio, come già indicato, uno studio ha mostrato come la via orale sia associate ad una maggior soddisfazione della donna (Nassar et al. 2007). Questo dato è stato confermato in questo studio: la proporzione di donne soddisfatte/molto soddisfatte era più alta tra quelle che avevano avuto l'induzione orale. Questo risultato è stato confermato dai risultati del questionario I-BSS-R.

In conclusione, questo studio mostra che la modalità di parto è associata a un più alto tasso di soddisfazione tra le donne indotte. Considerando la modalità di induzione, i farmaci orali sono associati a un più alto livello di soddisfazione. Il controllo del dolore e l'induzione rapida sono le caratteristiche dell'induzione più apprezzate dalle donne.

BIBLIOGRAFIA

Arvidsson C, Hellborg M, Gemzell-Danielsson K. Preference and acceptability of oral versus vaginal administration of misoprostol in medical abortion with mifepristone. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2005 Nov 1;123(1):87-91. doi: 10.1016/j.ejogrb.2005.02.019. PMID: 16260342.

Hamoda H, Ashok PW, Flett GM, Templeton A. A randomised controlled trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion up to 13 weeks of gestation. *BJOG.* 2005 Aug;112(8):1102-8. doi: 10.1111/j.1471-0528.2005.00638.x. PMID: 16045525.

Ho PC, Ngai SW, Liu KL, Wong GC, Lee SW. Vaginal misoprostol compared with oral misoprostol in termination of second-trimester pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1997 Nov;90(5):735-8. doi: 10.1016/S0029-7844(97)00419-5. PMID: 9351755.

Hollins Martin CJ, Martin CR. Development and psychometric properties of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). *Midwifery.* 2014 Jun;30(6):610-9. doi: 10.1016/j.midw.2013.10.006. Epub 2013 Oct 24. PMID: 24252712.

Nassar AH, Awwad J, Khalil AM, Abu-Musa A, Mehio G, Usta IM. A randomised comparison of patient satisfaction with vaginal and sublingual misoprostol for induction of labour at term. *BJOG.* 2007 Oct;114(10):1215-21. doi: 10.1111/j.1471-0528.2007.01492.x. PMID: 17877674.

Nespoli, A., Colciago, E., Pedroni, S., Perego, S., Fumagalli, S., 2018. The Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R): process of translation and adaptation in an Italian context. *Ann. Ist. Super. Sanità* 54, 340-347. https://doi.org/10.4415/AN.18_04_11

Saxena P, Sarda N, Salhan S, Nandan D. A randomised comparison between sublingual, oral and vaginal route of misoprostol for pre-abortion cervical ripening in first-trimester pregnancy termination under local anaesthesia. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2008 Feb;48(1):101-6. doi: 10.1111/j.1479-828X.2007.00809.x. PMID: 18275580.

Scambia G, Viora E, Colacurci N, Longhi C. Patient-reported experience of delivery: A national survey in Italy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020 Jan;244:197-198.

Shetty A, Burt R, Rice P, Templeton A. Women's perceptions, expectations and satisfaction with induced labour—a questionnaire-based study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2005 Nov 1;123(1):56-61

Taylor-Clarke M, Wahba J, Touqmatchi D, Rowland C, Baithun M, Akmal S. Induction of labour: women's satisfaction in the inpatient and outpatient settings *Arch Dis Child Fetal Neonatal* (2012) A92 Ed 2012;97(Suppl 1):A1-A125

Vimala N, Mittal S, Kumar S, Dadhwal V, Sharma Y. A randomized comparison of sublingual and vaginal misoprostol for cervical priming before suction termination of first-trimester pregnancy. *Contraception.* 2004 Aug;70(2):117-20. doi: 10.1016/j.contraception.2004.02.017. PMID: 15288215.

TABELLA 2
Opinione delle donne in merito alle informazioni sull'induzione, il controllo del dolore e la durata dell'induzione

	Totale No=300 (%)	Modalità della induzione			P*	Modalità del parto		P**
		Orale No=63 (21.0%)	Vaginale No=130 (43.3%)	COOK No=107 (35.7%)		Parto vaginale No=217 (73.3%)	Taglio cesareo No=79 (26.7%)	
Come valuta l'esperienza della induzione?								
Adeguata/molto adeguata	218 (73.4)	55 (87.3)	92 (72.4)	71 (66.4)		177 (81.9)	38 (48.7)	
Inadeguata/molto inadeguata	70 (23.6)	8 (12.7)	30 (23.6)	32 (29.9)		33 (15.3)	37 (47.4)	
Non so	9 (3.0)	-	5 (3.9)	4 (3.7)	0.51	6 (2.8)	3 (3.9)	<0.0001
Come valuta la sua esperienza del travaglio e del parto?								
Adeguata/molto adeguata	225 (76.0)	55 (87.3)	98 (77.8)	72 (67.3)		181 (84.2)	41 (52.6)	
Inadeguata/molto inadeguata	62 (21.0)	6 (9.5)	24 (19.0)	32 (29.9)		31 (14.4)	31 (39.7)	
Non so	9 (3.0)	2 (3.2)	4 (3.2)	3 (2.8)	0.40	3 (1.4)	6 (7.7)	0.0001
Valuterebbe positivamente una induzione in una gravidanza successiva?								
Absolutamente sì/sì	167 (56.6)	49 (77.8)	66 (52.8)	52 (48.6)		136 (63.3)	28 (36.4)	
Ne sì ne no	88 (26.8)	10 (15.9)	41 (32.8)	37 (34.6)		59 (27.4)	29 (37.7)	
No/Absolutamente no	40 (13.6)	4 (6.3)	18 (14.4)	18 (16.8)	0.05	20 (9.3)	20 (26.0)	0.009

* Aggiustato per età, parità, controllo del dolore, modalità del parto

** Aggiustato per età, parità, controllo del dolore

ALLATTAMENTO E FOCUS SALUTE MENTALE

La Depressione Post Partum: il ruolo dell'assistenza perinatale e dell'allattamento

Il periodo della gravidanza, del parto e della fase post partum (IV trimestre) rappresentano le fasi della vita di una donna in cui è più probabile l'insorgenza di un problema di salute mentale che può portare alla insorgenza di una depressione post partum (DPP)



GIUSEPPE CANZONE
Direttore Dipartimento
Salute della Famiglia ASP
Palermo
Rappresentante
SIGO al TAS

IL BENESSERE MENTALE deve essere considerato come una componente preziosa del capitale umano e, di conseguenza, ciascun operatore sanitario deve prestare particolare attenzione alla protezione della salute mentale a partire da alcuni momenti della vita di ciascun individuo maggiormente a rischio per l'insorgenza di queste patologie. L'Oms (2019) definisce la salute mentale come "lo stato di benessere nel quale il singolo individuo realizza il proprio potenziale, riesce a far fronte ai normali stress della vita e riesce a lavorare in maniera produttiva, risultando capace di dare il proprio contributo alla comunità di appartenenza".

Molte ricerche indicano che il supporto perinatale degli operatori sanitari e la sicurezza materna sono variabili critiche che intervengono nella relazione tra DPP ed allattamento materno.

Il supporto perinatale da parte degli operatori dell'area materno infantile protegge le madri dalla DPP e favorisce il successo delle esperienze di allattamento.

Alcuni Autori hanno dimostrato che le madri che allattavano esclusivamente al seno erano quelle che avevano avuto più supporto perinatale da parte degli operatori dell'area materno infantile ed un migliore adattamento alla maternità. Tra le madri prese in considerazione in questi studi quelle che manifestavano caratteristiche ansiogene evidenti usavano efficacemente l'allattamento materno per calmarsi, in modo da attenuare lo stato di ansia.

In particolare, è stato dimostrato che le madri con un miglior sostegno avevano meno crisi di ipogalattia ed il 62% di queste crisi è stato attribuito all'ansia ed allo stress delle madri.

Allattare aiuta l'affermazione riproduttiva della donna, migliora la sua autostima ed il suo benessere e può rappresentare un elemento antagonista della depressione post-partum. Ecco, quindi, che occorre tutelare l'allattamento materno anche nelle situazioni di difficoltà legate a con-

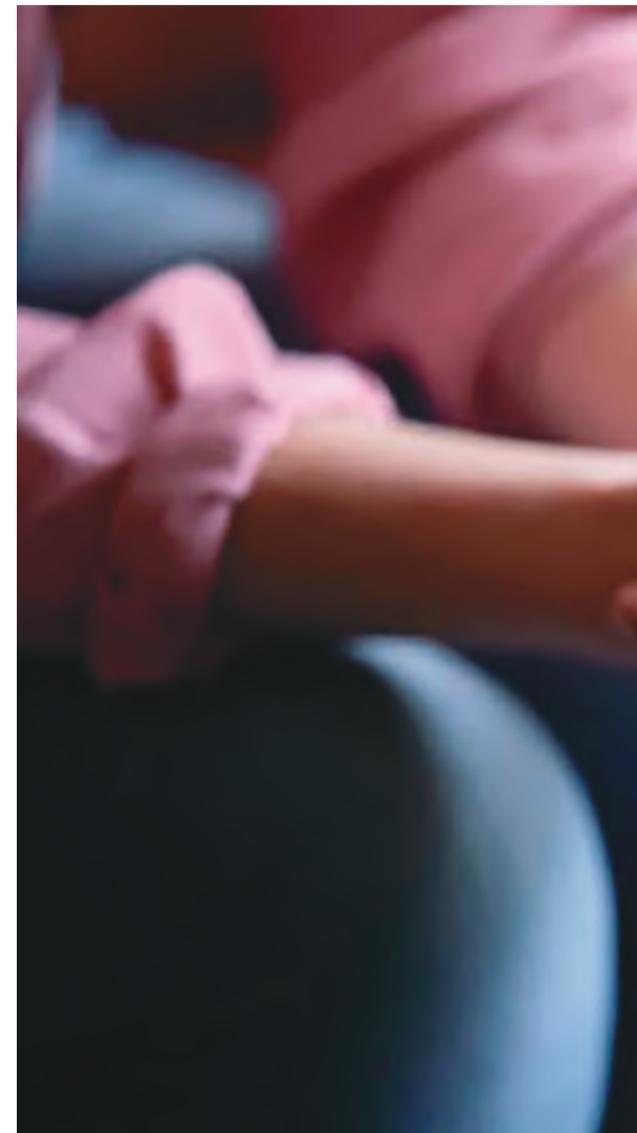
dizioni materne, mentali e/o neurologiche, che in alcune circostanze, inducono a sospendere o a non iniziare l'allattamento.

Con queste premesse è stata prodotta la Position Statement "Allattamento e promozione della salute materno-infantile: focus sulla salute mentale", alla quale faremo riferimento in questo contributo. Un documento ideato e predisposto dal Tavolo Tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'Allattamento del Ministero della Salute (TAS) e dall'Unicef Italia al quale Sigo Aogoi e Agui hanno dato un fattivo contributo sia nella fase di estensione del documento (con la presenza di un proprio rappresentante all'interno del TAS) sia nella fase di validazione e diffusione a tutti gli specialisti ostetrico-ginecologi. Obiettivo del documento è quello di fornire un'informazione corretta sulla salute mentale della donna e l'allattamento, supportata da basi scientifiche.

La DPP è un disturbo dell'umore che può colpire le donne dopo il parto, ed è caratterizzata da una combinazione di sintomi fisici, emotivi e comportamentali. La sua causa esatta non è ancora completamente compresa, ma si ritiene che fattori biologici, ormonali, psicologici e ambientali contribuiscano al suo sviluppo (Skalkidou A. 2012, Schiller C.E. 2015).

La depressione post-partum è la più comune complicanza del parto ed ha un impatto negativo sulla madre, con il suicidio che rappresenta circa il 20% dei decessi nel postpartum (Lindahl V. 2005). Inoltre, la depressione materna ha anche effetti negativi sullo sviluppo comportamentale, emotivo e cognitivo del bambino.

Nella donna i disordini mentali esordiscono soprattutto in gravidanza e nel primo anno dopo il parto. In questo periodo 1 donna su 5 è affetta da una condizione relativa alla salute mentale che, nella maggioranza dei casi, può essere gestita con il sostegno ricevuto da amici e familiari o in occasione delle visite nell'ambito dell'assistenza materno-infantile. Cure aggiuntive specialistiche (psi-



cologiche o psichiatriche) sono però necessarie per le donne con disagio mentale grave o prolungato.

Qualunque sia il livello di disagio mentale, risulta determinante che l'ambiente o il servizio sanitario nazionale, che supporta la donna, fornisca un'assistenza che la rispetti (anche per quanto riguarda la riservatezza sulle informazioni cliniche che la riguardano) e che non ne stigmatizzi la condizione mentale.

Il ginecologo svolge un ruolo cruciale nel rilevare i segni precoci della DPP durante le visite prenatali e post-parto, attraverso la valutazione della storia clinica, l'osservazione dei segni comportamentali e l'ascolto dei sintomi riportati dalla donna. L'identificazione tempestiva dei sintomi permette di intervenire precocemente e di fornire un adeguato supporto alla madre. Inoltre, il ginecologo può fornire informazioni e risorse sulla DPP, educando la donna sulle possibili conseguenze e sulle strategie per affrontarle e può fornire sostegno emotivo e rassicurazione, aiutandola a capire che non è sola e che cercare aiuto è un passo importante verso la guarigione. Infine, il ginecologo svolge un ruolo importante nel monitorare la madre nel corso del tempo, specialmente durante i controlli post-partum successivi, valutando il progresso della madre, controllando l'aderenza all'eventuale trattamento farmacologico e rilevando eventuali segni di recidiva o peggioramento della depressione post-partum. Questo monitoraggio continuo può aiutare a garantire che la madre riceva il supporto e il trattamento adeguati per il suo benessere a lungo ter-

La Position Statement del Tavolo Tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'Allattamento del Ministero della Salute (TAS) e Unicef Italia



Sintomi di disagio mentale (WHO 2022b)

- Tristezza, facilità al pianto o più dell'usuale
- Mancato piacere in esperienze o attività che un tempo davano gioia
- Mancanza di energia e motivazione
- Preoccupazioni eccessive o "pensare troppo"
- Tormentarsi al ricordo di esperienze negative
- Eccesso o mancanza di sonno
- Alimentazione eccessiva o scarsa
- Difficoltà a concentrarsi
- Difficoltà a prendere decisioni
- Sensazioni di colpa o disperazione
- Sensazione di incombente disgrazia o convinzione che il futuro sia senza speranza
- Acciacchi o dolori aspecifici
- Sentirsi inutile
- Pensieri di autolesionismo o suicidio

Sintomi più specifici del ruolo materno:

- Incapacità di smettere di preoccuparsi del bambino
- Sentirsi incapace o riluttante a prendersi cura del bambino
- Pensieri negativi sul bambino

TABELLA 1
Sinossi dei disturbi psicologici e psichici post-partum

Disturbo	Incidenza	Esordio	Durata
Maternity Blues	50-80%	3-4 giorni dopo il parto	Ore o giorni, mai più di due settimane
Depressione postpartum (DOC)/disturbi di ansia	10-15%	Solitamente, entro sei mesi dopo il parto, in particolare fra 6 e 12 settimane dopo il parto	Dura tipicamente 2-6 mesi, ma in assenza di trattamento nel 25 % dei casi fino almeno ad un anno
Disturbo ossessivo/compulsivo (DOC)	3-5%	4-6 settimane dopo il parto; il 25% dei DOC ha esordio nel puerperio	Settimane o mesi
Psicosi puerperale	0.1-0.2%	Entro due settimane dopo il parto	Settimane o mesi

mine (Acog 2018). Le procedure di assistenza al parto possono influire sulla comparsa della DPP. Un parto traumatico, complicato o doloroso può aumentare il rischio di sviluppare la depressione post-partum. Pertanto, è importante che il personale sanitario si adoperi per garantire un'esperienza positiva durante il parto, offrendo sostegno emotivo e fisico alle donne. Anche l'organizzazione dei reparti deve essere sempre finalizzata all'obiettivo del benessere totale della donna, la scelta di un ambiente sicuro e rispettoso, la possibilità di partecipare attivamente alle decisioni riguardanti il parto e il coinvolgimento del partner possono contribuire a ridurre lo stress e favorire una migliore salute mentale (Yan Y. 2019).

In tale contesto occorre sottolineare il ruolo importante dell'allattamento, che non costituisce la semplice somministrazione di un alimento adatto al bambino, bensì offre un'ampia gamma di positivi effetti psicologici ed un'opportunità per facilitare la consapevolezza materna sui propri bisogni e su quelli del bambino. La creazione di una relazione intima nella diade condiziona potentemente lo sviluppo cognitivo, emotivo e fisico del bambino. Il mancato legame con il bambino può anche influire sulla reattività della donna ai bisogni del bambino e sulla capacità di allattare (WHO 2022).

L'allattamento favorisce i processi ormonali che inducono il rilascio di ossitocina e prolattina che,

nel loro complesso, aumentano la resilienza allo stress, inducendo relax, consentendo di concentrarsi sul figlio e facilitando il bonding.

La conseguente ridotta produzione di cortisolo sembra contrastare il rischio di sviluppare patologie psichiatriche. Livelli di cortisolo più bassi si riscontrano non solo nelle madri che allattano ma anche nei loro bambini, almeno per tutto il primo anno di vita, con ricadute positive sullo sviluppo infantile (Jonas 2018).

Poiché l'allattamento ha anche una funzione regolatrice sul ritmo sonno veglia, le madri che allattano riferiscono più tempo di sonno totale, più energia quotidiana e migliore salute fisica rispetto alle madri che ricorrono alla formula. Gli alti

ALLATTAMENTO E FOCUS SALUTE MENTALE



livelli sierici (particolarmente di notte) di prolattina della donna che allatta incrementano il sonno profondo ad onde lente, facilitando fra l'altro la "ricarica energetica" (Blyton 2002). Anche il latte materno presenta variazioni circadiane del suo contenuto in triptofano e melatonina che, agendo sull'orologio biologico, aiutano il bambino a rilassarsi, addormentarsi e riaddormentarsi dopo un risveglio (Italianer 2020).

Riconoscere nel periodo perinatale un significativo disagio mentale e distinguerlo dalle preoccupazioni di tutti i giorni non è agevole, né per gli operatori sanitari (che possono non prestare adeguata attenzione ai sintomi o non aver dimestichezza con gli strumenti standardizzati per lo screening), né per le donne, che possono sottovalutare o provare vergogna.

La depressione materna è quella condizione fisica che si concretizza quando ad una mamma manca un legame di attaccamento sicuro al bambino che gli faccia percepire la certezza del sostegno materno (Schaffer, 2005).

Anche la depressione che insorge nel periodo successivo al parto se non intercettata e adeguatamente trattata con interventi efficaci, destruttura l'equilibrio psicofisico della donna, altera il funzionamento della coppia e causa una "fragilità" nella costruzione dell'identità infantile. Un trattamento mirato, anche psicologico o psicosociale, può però promuovere nella famiglia, coinvolta dallo stato depressivo della donna, una funzione contenitiva per creare confini emozionali e sociali.

Un aspetto problematico è che la DPP spesso non viene dichiarata dalla donna, né riconosciuta e trattata dagli operatori sanitari. Per tale motivo il ruolo del ginecologo è fondamentale perché la DPP, in quanto prevenibile, merita uno screening che individui le donne a rischio e che venga effettuato in gravidanza (e ancor prima in caso di procreazione medicalmente assistita) o nell'im-



La depressione materna è quella condizione fisica che si concretizza quando ad una mamma manca un legame di attaccamento sicuro al bambino che gli faccia percepire la certezza del sostegno materno

(SCHAFER, 2005)

mediato post partum, nell'ambito della valutazione del benessere psicofisico della donna. Nella fase di screening della DPP e di successivo intervento terapeutico bisogna però saper discriminare altri disordini mentali e manifestazioni psicologiche, come riportato nella tabella 1.

Il quadro clinico di più frequente riscontro per il ginecologo è rappresentato dalle *Maternity blues*, caratterizzate da una condizione di tristezza, facilità al pianto, irritabilità e affaticamento, disturbi del sonno e dell'appetito. Si tratta di un disturbo fisiologico, che tende a risolversi spontaneamente (senza interventi terapeutici) entro 2 settimane dal parto e che coinvolge il 50-80% delle puerpere. Il *maternity blues* dipende dai rapidi processi di adattamento ormonale e psichico che la donna sperimenta dopo il parto. Secondo lo psichiatra e psicoanalista Daniel Stern, infatti, la nascita di un figlio è abbinata alla nascita psicologica di una madre che deve trovare uno spazio mentale non solo per il bambino ma anche per una nuova identità personale.

Nonostante vada considerato come fenomeno normale, bisogna ricordare che le donne con *maternity blues* hanno un rischio tre volte maggiore di sviluppare la DPP (Beck 1992).

Di più raro riscontro è, invece, la *Psicosi puerperale* che ha una incidenza di 1-2/1000 parti e rappresenta la forma più grave della patologia psichiatrica in puerperio. È caratterizzata da, elementi deliranti, generalmente collegati all'esperienza materna, allucinazioni, perplessità, disorientamento e confusione mentale, incoerenza e disorganizzazione del pensiero e del comportamento.

In stretto rapporto con i disturbi sopra descritti si pone il *Disturbo Ossessivo - Compulsivo (DOC)* che è caratterizzato dalla presenza di ossessioni (pensieri, impulsi e immagini ricorrenti vissuti come indesiderati) e compulsioni (comportamenti o azioni ripetitive in risposta alle ossessioni). Sono più a rischio donne con familiarità. Pazienti con pregresso DOC possono manifestarne un aggravamento nel puerperio, ma va precisato che nel sesso femminile il DOC, nel 25 % dei casi, vede il suo esordio proprio nel periodo successivo al parto. I sintomi possono diventare molto invalidanti e la donna può ridurre fortemente le interazioni con il/la bambino/a per paura di procurargli un danno. Vanno riconosciuti sia i disturbi ossessivi (paura di fare del male al bambino, paura di contaminarlo, ricorrenti preoccupazioni relative al suo benessere, necessità di ordine e simmetria), sia quelli compulsivi (evitamento delle situazioni temute, ripetuti lavaggi del neonato/del biberon; incessanti "controlli" sul bambino; continui "aggiustamenti" della culla).

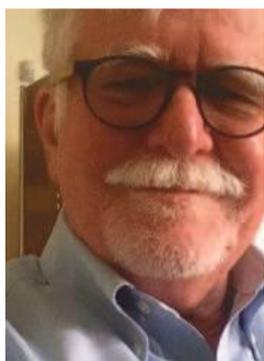
CONCLUSIONE

È IMPORTANTE NOTARE che la depressione post-partum è una condizione complessa e multidimensionale, e il suo trattamento richiede un approccio multidisciplinare che coinvolga diversi professionisti sanitari, a partire dai ginecologi e dalle altre figure come ostetriche, psicologi. La letteratura scientifica continua a evolversi e nuovi studi potrebbero fornire ulteriori informazioni sul ruolo delle modalità di assistenza al parto e dell'allattamento nella gestione della depressione post-partum.

TAGLIO CESAREO

Metrosintesi in singolo o duplice strato?

Il taglio cesareo è l'intervento chirurgico ostetrico più eseguito nel mondo ed è in costante crescita percentuale ovunque. (1)



CLAUDIO CRESCINI
Asst Bergamo Est

LA RIPARAZIONE della breccia uterina (metrosintesi) ha sempre rappresentato un argomento di discussione tra i sostenitori della riparazione del viscere uterino con un doppio strato di sutura ed i sostenitori del singolo strato.

Il primo taglio cesareo con una procedura chirurgica che non determinava necessariamente la morte della paziente per sepsi o emorragia è stato realizzato da Edoardo Porro (2) nell'anno 1876 e prevedeva l'isterectomia subtotale con annessiectomia bilaterale dopo l'estrazione del feto con marsupializzazione alla parete addominale del moncone residuo.

Solo successivamente Max Sanger (3) nell'anno 1882 realizzò una tecnica (conosciuta oggi come taglio cesareo classico) che non richiedeva l'asportazione dell'utero ma lo conservava mediante una sutura in duplice strato della breccia uterina che era stata eseguita longitudinalmente sul corpo dell'utero (incisione corporale).

Già nel 1880 il tedesco Kehrer (4) aveva proposto una incisione trasversale sul segmento uterino inferiore (Sui) ma solo successivamente Munro Kerr (5) nei primi del '900 osservando che l'incisione corporale dell'utero provocava nelle successive gravidanze il 4% di rotture d'utero a causa della cicatrice iniziò ad eseguire ed a proporre in tutte le sedi scientifiche il taglio cesareo con incisione trasversale sul segmento uterino inferiore. Questa tecnica, che da Kerr ha preso il nome, si basava sulla constatazione che il segmento uterino inferiore è più sottile ed è composto da più tessuto connettivo rispetto a quello muscolare, è meno vascolarizzato ed ha margini più facilmente confrontabili.

LA METROSINTESI sec. Kerr (6) prevedeva una sutura continua in catgut dello strato più profondo del miometrio includente la decidua affinché rimanesse in cavità uterina e non venisse inclusa nella sutura miometriale. Seguiva il secondo strato in continua con catgut cromico N. 2 o 3 per il miometrio ed una terza sutura in catgut per la peritoneizzazione viscerale finalizzata a ricollocare la vescica nella sua posizione originale. Grande attenzione veniva dedicata ai punti emostatici sugli angoli della breccia uterina.

Purtroppo solo nel 1946 al congresso nazionale della società inglese di ostetricia e ginecologia l'incisione trasversale sul SUI proposta da Kerr quasi 40 anni prima venne ufficialmente riconosciuta come tecnica standard da utilizzare nel taglio cesareo.

FINO AGLI ANNI '70 la chiusura della breccia uterina trasversale sul SUI veniva quindi eseguita in due strati cercando di non includere nella sutura del miometrio la decidua ed occasionali residui di membrane amniocoriali.

Negli anni successivi, in seguito alla nuova tecnica di accesso alla cavità celomatica proposta



da Joel-Cohen (7) e dalla altrettanto innovativa tecnica chirurgica per il taglio cesareo che prende il nome dall'ospedale israeliano Misgav Ladach (8) dove per prima è stata introdotta e poi diffusa da Stark, il doppio strato è stato abbandonato a favore dello strato singolo ed anche l'esclusione dello stato deciduale è stato abbandonato a favore di una riduzione significativa della durata temporale dell'intervento.

Infine più recentemente si è pronunciato sul tema il Nice (National Institute for Health and Care Excellence) (9) con le linee guida n. 192 del marzo 2021 (10) dove le due tecniche (strato singolo vs strato doppio) sono ritenute sostanzialmente simili per tutti gli esiti considerati (rottura utero nelle gravidanze successive, necessità di terapia antibiotica, placentazione anomala nelle gravidanze successive, isterectomia peripartum) e quindi viene lasciata libera scelta all'operatore. L'unica differenza che emergerebbe dalla revisione dei 14 studi randomizzati è la necessità di trasfusioni nei primi sette giorni dall'intervento che risulta più alta nel braccio doppio strato, ma questa osservazione è messa in discussione da una serie di bias che la rendono dubbia.

Queste linee guida non prendono in considerazione l'inclusione o meno della decidua nella sutura miometriale.

L'IMPORTANZA CRUCIALE della tecnica utilizzata per la chiusura della breccia uterina singolo o doppio strato, esclusione della decidua) è dovuta sostanzialmente alle due più importanti e gravi conseguenze del taglio cesareo:

- A** Rischio di deiscenza e rottura d'utero nella successiva gravidanza
- B** Sviluppo di un istmocele nella sede cicatriziale con impianto successivo di una nuova gravidanza (scar pregnancy) e conseguente anomalia della placentazione

La prima segnalazione relativa alla qualità della

cicatrizzazione della breccia uterina da TC definita oggi come istmocele risale al 1961 ad opera di Poidevin (11) radiologo australiano che con l'isterografia aveva documentato diverse "nicchie" cicatriziali post chirurgiche a livello del SUI con gradi diversi di ampiezza e profondità ed aveva allertato gli ostetrici affinché introducessero tecniche di sutura più performanti.

Successivamente (12) è stato dimostrato che il 100% di 44 pazienti in post menopausa che presentavano un sanguinamento uterino ed in passato erano state sottoposte ad un TC presentavano un istmocele.

Per quanto concerne la formazione dell'istmocele non è ben chiaro a tutt'oggi quale sia la tecnica chirurgica migliore per evitare o ridurre la formazione.

La metanalisi di nove RTC di A. Di Spiezio Sardo e coll. (13) conclude che non vi è differenza nella formazione di istmocele tra sutura della breccia in singolo o doppio strato.

Antoine e coll (14) hanno sottoposto 45 pazienti a sonoisterografia a distanza di almeno un anno dal TC. Sono state suddivise in due bracci in base alla inclusione o meno della decidua nella sutura miometriale. La conclusione seppur su casistica limitata è che l'inclusione della decidua aumenta l'incidenza e l'ampiezza dell'istmocele.

Secondo alcuni Autori (15) il singolo strato causa meno formazioni di istmocele rispetto al doppio strato (68.9% vs 73.6%) mentre per altri (16) il singolo strato esiterebbe tuttavia in istmoceci più ampi e più profondi (56% vs 84% con il doppio strato). Altri studi (17) hanno valutato lo spessore della cicatrice uterina a distanza di mesi dal TC con RM od ecografia ed hanno dimostrato che il doppio strato esita in uno spessore maggiore rispetto al singolo. Non è però noto se questa differenza ha conseguenze favorevoli sull'esito di una successiva gravidanza in termini di rischi di diastasi o di rottura d'utero.



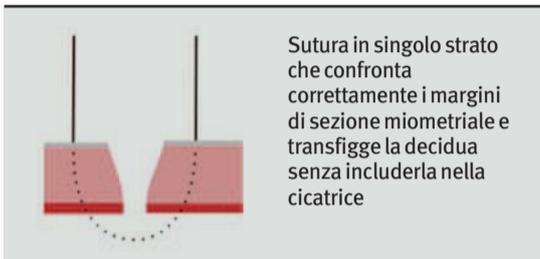
Il primo taglio cesareo con una procedura chirurgica che non determinava necessariamente la morte della paziente per sepsi o emorragia è stato realizzato da Edoardo Porro nell'anno 1876



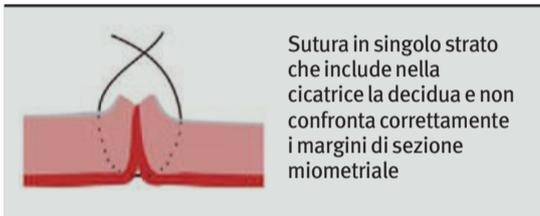
TAGLIO CESAREO



Sutura della breccia uterina in singolo strato che include la decidua e non confronta i margini di sezione cruentati



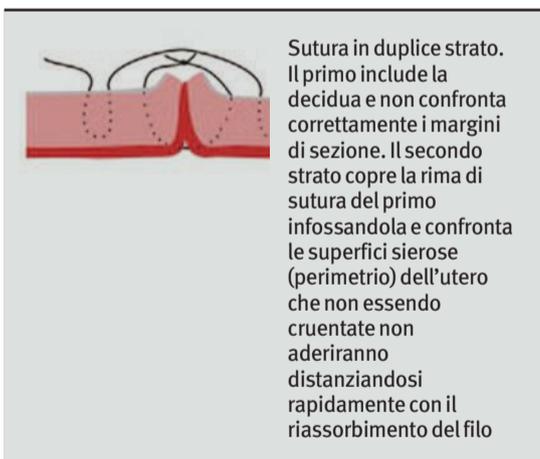
Sutura in singolo strato che confronta correttamente i margini di sezione miometriale e transfigge la decidua senza includerla nella cicatrice



Sutura in singolo strato che include nella cicatrice la decidua e non confronta correttamente i margini di sezione miometriale



Sutura in duplice strato che confronta correttamente i margini di sezione ed esclude la decidua



Sutura in duplice strato. Il primo include la decidua e non confronta correttamente i margini di sezione. Il secondo strato copre la rima di sutura del primo infossandola e confronta le superfici sierose (perimetrio) dell'utero che non essendo cruentate non aderiranno distanziandosi rapidamente con il riassorbimento del filo



CONCLUSIONI

DI FRONTE A QUESTA INCERTEZZA ed a queste spesso contrastanti conclusioni diventa difficile per il chirurgo fare una scelta ponderata basata su evidenze scientifiche e si corre il rischio di concludere che alla fine tutto va bene. Non a caso esiste sorprendentemente una variabilità della tecnica operatoria del taglio cesareo molto ampia anche tra operatori dello stesso punto nascita.

Su questo naturalmente influisce il fatto che in ogni caso le complicanze gravi del taglio cesareo sono comunque estremamente rare nel nostro Paese sia nel breve che nel lungo periodo. È quindi impossibile associare una tecnica chirurgica od un'altra ad un esito negativo se questo è molto raro ed avviene in una successiva gravidanza a distanza di anni.

Dove potrebbe essere l'errore di fondo nelle conclusioni dei vari studi pubblicati fino ad ora di comparazione tra doppio e singolo strato e tra decidua inclusa o esclusa nella sutura?

Probabilmente, come sembrano dimostrare alcuni Autori (18), dalla estrema variabilità delle suture che vengono definite genericamente come semplice o duplice strato nei vari lavori.

A dimostrazione di quanto affermato vengono di seguito riportate alcune delle possibili tecniche di sutura della breccia alcune delle quali non confrontano e non allineano correttamente i margini cruentati del miometrio e di conseguenza non garantiscono un solida cicatrizzazione.

Per non entrare ovviamente nel merito dei materiali di sutura che possono a loro volta influire sui processi di cicatrizzazione in base alla loro forza tensile residua ed ai tempi di riassorbimento estremamente variabili.

È quindi ragionevole pensare che alla luce delle evidenze disponibili oggi e del parere degli esperti la tecnica di metroplastica che garantisce il miglior risultato sia quella che esclude la decidua dalla cicatrice isterotomica e soprattutto che confronta perfettamente i margini di sezione della breccia indipendentemente che si ottenga con un singolo o un duplice strato.

BIBLIOGRAFIA

- Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK, Curtin SC, Mathews TJ. Births: final data for 2013. Natl Vital Stat Rep 2015;64:1-65.
- P. Mazzarello E si salvò anche la madre. Bollati Boringhieri
- Sanger M. Der Kaiserschnitt. Arch Gynak 1882; 19: 370 [German].
- Kehrer FA. Über ein modifiziertes Verfahren beim Kaiserschnitt. Arch Gynekol Bd 1882; 19: 117 [German].
- Kerr JMM. Operative midwifery. 3rd edn. London: Bailliere & Co, 1916.
- Kerr JMM. The lower uterine segment incision in conservative Caesarean section. J Obstet Gynaecol Brit Emp 1921; 28: 475-87.
- Joel-Cohen S. Abdominal and vaginal hysterectomy: new techniques based on time and motion studies. Lippincott Williams & Wilkins; 1977.
- Holmgren G, Sjöholm L, Stark M. The Misgav Ladach method for cesarean section: method description. Acta Obstet Gynecol Scand. 1999;78:615-621.
- Nice Caesarean birth: evidence reviews for uterine closure techniques Final (March 2021)
- Developing Nice guidelines: the manual Process and methods [PMG20] Published: 31 October 2014 Last updated: 18 January 2022
- Poidevin LO. The value of hysterography in the prediction of cesarean section wound defects. Am J Obstet Gynecol. 1961;81:67-71.
- Monteagudo A, Carreno C, Timor-Tritsch IE. Saline infusion sonohysterography in nonpregnant women with previous cesarean delivery: the "niche" in the scar. J Ultrasound Med. 2001;20:1105-1115.
- A Di Spiezio Sardo, G Saccone, R McCurdy, E Bujold, G Bifulco, V Berghella Risk of cesarean scar defect in single-versus double-layer uterine closure: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials Ultrasound Obstet Gynecol. 2017 Nov;50(5):578-583
- Antoine C, Meyer JA, Silverstein JS, et al. The impact of uterine incision closure techniques on post-cesarean delivery niche formation and size: sonohysterographic examination of non-pregnant women. J Ultrasound Med. 2021
- Stegwee SI, van der Voet LF, Ben AJ, et al. Effect of single-versus double-layer uterine closure during caesarean section on postmenstrual spotting (2Close): multicentre, double-blind, randomised controlled superiority trial. BJOG. 2021;128:866-878.
- Bij de Vaate AJ, van der Voet LF, Naji O, et al. Prevalence, potential risk factors for development and symptoms related to the presence of uterine niches following cesarean section: systematic review. Ultrasound Obstet Gynecol. 2014;43:372-382.
- S. Roberge, S. Demers, M. Girard, O. Vikhareva, S. Markey, N. Chaillet, L. Moore, G. Paris, E. Bujold, Impact of uterine closure on residual myometrial thickness after cesarean: a randomized controlled trial American Journal of Obstetrics & Gynecology Month 2015
- C. Antoine, S. R. Goldstein, and I.E. Timor-Tritsch, Uterine incision closure: Is it the culprit in the cesarean scar niche and related complications? OBG Management | April 2022 | Vol. 34 No. 4

CONTRIBUTI

Riconoscimento precoce e trattamento dell'iperemesi gravidica complicata da encefalopatia di Wernicke

ABSTRACT

L'IPEREMESI GRAVIDICA è una grave forma di nausea e vomito che si manifesta in gravidanza e rappresenta una delle principali cause di ospedalizzazione durante il primo trimestre. Una delle complicanze più preoccupanti dell'iperemesi gravidica è l'encefalopatia di Wernicke, una rara malattia neurologica acuta causata dalla carenza di tiamina, che, se non trattata, può portare a danni cerebrali irreversibili o persino alla morte materno-fetale. In questo articolo, descriviamo un raro caso di encefalopatia di Wernicke, verificatosi nel nostro ospedale in una paziente gravida di 28 anni, ricoverata per iperemesi gravidica. In letteratura non ci sono altre pubblicazioni scientifiche di provenienza italiana che descrivono questa condizione. Il nostro obiettivo è sensibilizzare sull'importanza del riconoscimento precoce e del trattamento tempestivo di questa rara ma grave complicanza della gravidanza, riducendo così gli esiti infausti materni e fetali.

Parole chiave:

- Iperemesi gravidica
- Encefalopatia di Wernicke
- Nistagmo
- Oftalmoplegia
- Deficit di tiamina



GUIDO STEVENAZZI,
Direttore Ginecologia
e Ostetricia Ospedale
Nuovo di Legnano



CINZIA PATREGGANI,
Dirigente Medico U.O.
Ginecologia e
Ostetricia Ospedale
Nuovo di Legnano



SABRINA GATTI,
Dirigente Medico
U.O. Ginecologia e
Ostetricia Ospedale
Nuovo di Legnano



MARTINA FIORANI,
Medico in formazione
specialistica
presso Ospedale
Filippo Del Ponte,
Varese (Università
degli Studi
dell'Insubria)

INTRODUZIONE

LA NAUSEA E IL VOMITO GRAVIDICI sono molto comuni durante il primo trimestre, interessano infatti circa il 50% delle pazienti in gravidanza¹. Si manifestano in genere attorno alla sesta-ottava settimana di gravidanza, raggiungono il picco alla nona e si risolvono entro la dodicesima settimana^{1,2}. In una piccola minoranza di pazienti (0,3-1%), tali sintomi risultano complicati da vomito incoercibile, calo ponderale, chetonuria, ipokaliemia e disidratazione. Questa condizione prende il nome di iperemesi gravidica e rappresenta una delle principali cause di ricovero ospedaliero durante il primo trimestre di gravidanza¹. L'iperemesi gravidica comporta rischi sia per il feto, come il ritardo di crescita intrauterino, il parto prematuro e il basso peso alla nascita, sia per la madre, la quale può andare incontro ad alterazioni metaboliche, importante calo ponderale e distress psicologico, fino a sviluppare episodi tromboembolici ed una grave patologia chiamata encefalopatia di Wernicke³. L'encefalopatia di Wernicke è una rara malattia

associata a significativa morbilità e mortalità, causata dalla carenza di tiamina (vitamina B1). La sua prevalenza varia dallo 0,4 al 2,8% nella popolazione generale⁴. Si manifesta tipicamente in individui dipendenti dall'alcol (50% dei pazienti). Altre possibili cause sono legate alla malnutrizione, come gli interventi chirurgici gastrointestinali e il cancro⁵. La carenza di tiamina conduce ad una deplezione dell'energia cellulare e al conseguente danneggiamento cerebrale. Le principali caratteristiche cliniche dell'encefalopatia di Wernicke sono: un alterato stato mentale con confusione e decadimento cognitivo, oftalmoplegia, nistagmo e disturbi della deambulazione. Purtroppo, l'encefalopatia di Wernicke spesso non viene diagnosticata per l'assenza dei sintomi tipici⁶. Le manifestazioni cliniche precoci possono essere infatti aspecifiche. Pertanto, è importante sospettare tale patologia nelle pazienti che presentano fattori di rischio per il deficit di tiamina, come malnutrizione, vomito prolungato, patologie gastrointestinali, storia di iperemesi nel-

CONTRIBUTI

le precedenti gravidanze o gravidanza gemellare. La risonanza magnetica cerebrale ha una bassa sensibilità (53%) ma una elevata specificità (93%) nella diagnosi e mostra tipicamente un segnale iperintenso a livello dei nuclei talamici dorsali mediali, dei corpi mammillari, dell'area grigia periacqueduttale e del pavimento del quarto ventricolo⁴. La supplementazione con tiamina è necessaria per evitare la progressione della malattia con conseguente danno cerebrale irreversibile, che porta a morte il 20% dei pazienti o esita nella sindrome di Korsakoff, caratterizzata da perdita di memoria irreversibile (soprattutto a breve termine), disorientamento e confabulazione. La sindrome di Korsakoff è altamente invalidante e influisce significativamente sulla qualità di vita della paziente^{4,5}. Pertanto, la diagnosi precoce e il tempestivo trattamento con supplementazione di tiamina sono fondamentali per migliorare gli esiti. Sebbene la supplementazione di tiamina sia il cardine del trattamento dell'encefalopatia di Wernicke, potrebbero essere necessarie anche altre misure di supporto per gestire i sintomi e le complicanze associate. Ad esempio, le pazienti potrebbero richiedere supporto nutrizionale ed elettrolitico, farmaci antipsicotici per gestire il delirio e l'agitazione, neuroriabilitazione e fisioterapia per affrontare i deficit cognitivi e funzionali associati.

CASE REPORT

UNA DONNA DI 28 ANNI di origine marocchina è stata ricoverata presso il nostro Dipartimento per iperemesi gravidica nel corso del primo trimestre di gravidanza. In anamnesi presentava nell'ordine tre aborti spontanei, tre parti spontanei ed un taglio cesareo. In tutte le gravidanze precedenti aveva manifestato iperemesi. Non vi erano altri dati rilevanti nella sua anamnesi tranne che per un figlio affetto da idrocefalo ed emofilia. Tutte le gravidanze erano insorte spontaneamente. La paziente era già stata ricoverata presso il reparto di Ostetricia di un altro ospedale a 11 settimane e 4 giorni di gestazione a causa di iperemesi con livelli aumentati di transaminasi e alterazioni metaboliche (AST 95 U/L, ALT 330 U/L, GGT 114 U/L, sodio 134 mmol/L e potassio 3,15 mmol/L) e le era stata avviata una terapia con metoclopramide, pantoprazolo e liquidi. Era stata dimessa alla 12^a settimana di gestazione, con suggerimento di terapia domiciliare con doxilamina e piridossina come farmaci antiemetici e acido folico. La paziente è giunta presso il Pronto Soccorso ostetrico del nostro Ospedale a 13 settimane e 2 giorni di gestazione lamentando nausea e vomito incoercibili, che le avevano causato un calo ponderale di 10 kg in un mese. All'ingresso i livelli di transaminasi persistevano elevati (AST 166 U/L, ALT 542 U/L, GGT 86 U/L e ALP 141 U/L) ed era presente uno squilibrio metabolico (potassiemia 2,67 mmol/L e sodiemia 131 mmol/L). I parametri vitali erano normali. Nonostante la terapia antiemetica endovenosa, la sintomatologia persisteva. È stata pertanto avviata una nutrizione parenterale (mantenuta per 5 giorni) ed un'integrazione con acido folico ed elettroliti. Dopo 10 giorni dal ricovero, l'iperemesi era migliorata. Durante il ricovero, la paziente è stata sottoposta al test di screening delle aneuploidie, con esito di basso ri-

schio. A causa degli elevati livelli di transaminasi è stata eseguita un'ecografia addominale ed una colangio-risonanza, che hanno evidenziato la presenza di fango biliare. Alla luce dei livelli di bilirubina (totale 2,61 mg/dl, diretta 2 mg/dl, indiretta 0,61 mg/dl), è stata avviata una terapia con colestiramina. Lo screening per malattie infettive e autoimmuni era negativo. Dopo 27 giorni di osservazione, la paziente ha iniziato a manifestare episodi di confusione e confabulazione. È stato chiamato in consulenza lo specialista psichiatra, che non ha riscontrato patologie psichiche in atto. In rapida successione ha poi sviluppato marcata astenia, nistagmo e oftalmoplegia, pertanto è stata richiesta una consulenza neurologica. L'esame neurologico ha rivelato oftalmoplegia con limitata abduzione di entrambi gli occhi e marcato nistagmo orizzontale. È stata quindi eseguita una risonanza magnetica cerebrale con angiografia per escludere una trombosi venosa cerebrale. L'imaging ha rilevato un segnale iperintenso bilaterale sia nei talami che nei corpi mammillari [Figure 1 e 2], reperto confermato dalle immagini pesate in diffusione delle stesse strutture [Figure 3 e 4]. Tale reperto era suggestivo di encefalopatia di Wernicke.

PER COMPLETARE L'INDAGINE diagnostica, è stata eseguita una risonanza magnetica della colonna vertebrale per escludere il coinvolgimento delle colonne dorsali, che sono risultate intatte. La paziente è stata trattata con tiamina per via endovenosa (400 mg in 100 ml di soluzione fisiologica seguita da 100 mg intramuscolo una volta al giorno) e soluzione elettrolitica, con conseguen-

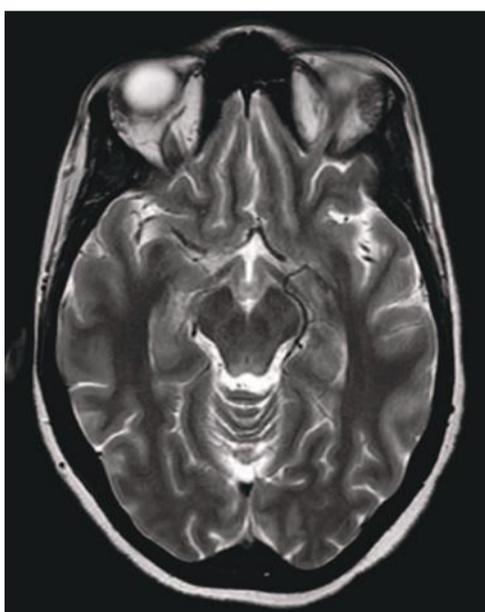
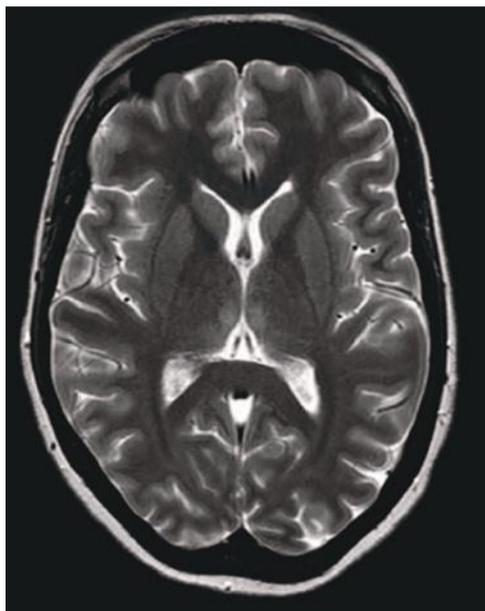


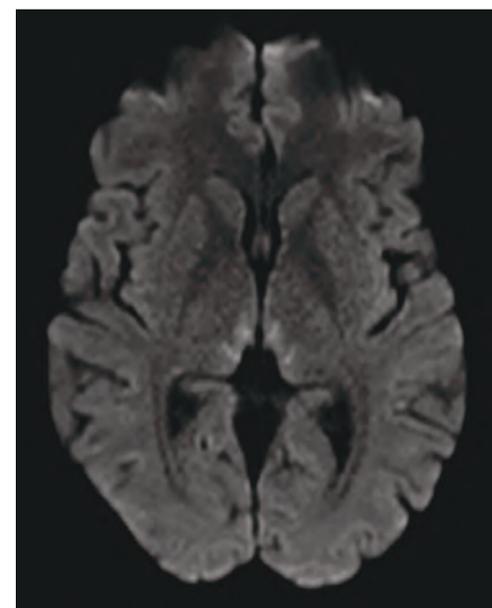
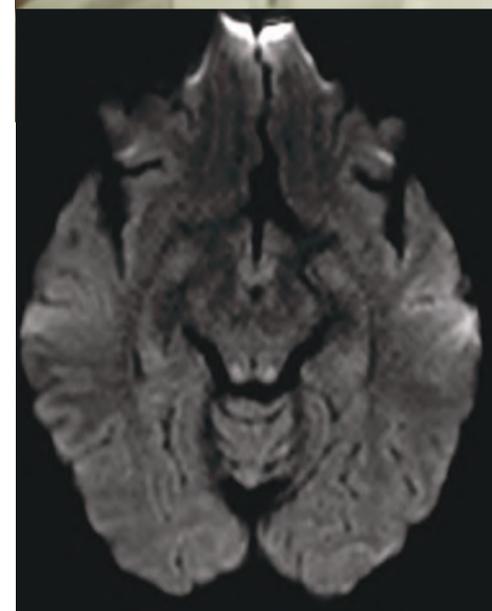
FIGURA 1 E FIGURA 2

Immagini T2W che mostrano lieve iperintensità su entrambe le facce mediali dei talami e dei corpi mammillari



FIGURA 3 E FIGURA 4

Immagini pesate in diffusione che confermano la lieve iperintensità su entrambe le facce mediali dei talami e dei corpi mammillari.





te miglioramento clinico. Dopo alcuni giorni di trattamento infatti, gli episodi di confusione si sono ridotti, l'oftalmoplegia e il nistagmo sono gradualmente migliorati. È stato eseguito un elettroencefalogramma che ha escluso anomalie epilettiche. È stata anche valutata la funzionalità tiroidea. I livelli di TSH erano ridotti (0,005 μ U/ml) ma fT_3 e fT_4 erano nei limiti di norma, con anticorpi anti-tiroperossidasi e anti-tiroglobulina negativi. L'ecografia tiroidea è risultata nella norma. È stata quindi classificata come tireotossicosi gravidica senza indicazioni ad una terapia specifica, ma solo ad un monitoraggio laboratoristico. La paziente è stata sottoposta a riabilitazione fisiochinesiterapica con beneficio clinico. I farmaci sono stati progressivamente sospesi, senza ricomparsa della sintomatologia. È stata quindi eseguita l'ecografia di screening del secondo trimestre, che è risultata nella norma ad eccezione della presenza di una cisti isolata del plesso corioide destro di 6x6 mm. La paziente è stata dimessa alla 21^a settimana di gestazione in buone condizioni generali. Sia il bilancio elettrolitico sia la funzionalità epatica al momento della dimissione erano tornati nella norma. Nei successivi controlli della gravidanza, le sue condizioni cliniche generali si sono mantenute buone, non ha più manifestato nausea, vomito o sintomi neurologici. Tutti gli esami ematici erano nel range di normalità e la crescita fetale era normale. La paziente ha partorito spontaneamente a 39 settimane di gestazione senza complicanze, dopo un'insorgenza spontanea del travaglio. È nato un neonato di sesso maschile vivo e vitale, del peso di 3220 grammi e con un punteggio di Apgar di 9-10.

DISCUSSIONE

L'ENCEFALOPATIA DI WERNICKE è una grave patologia neurologica causata dal deficit di tiamina. Il fattore scatenante è spesso il consumo eccessivo di alcol, ma, nella paziente gravida, può essere dovuta all'iperemesi prolungata, soprattutto nel primo trimestre, e alla malnutrizione⁶. Sebbene sia una patologia grave, se diagnosticata e trattata precocemente, è potenzialmente reversibile. È fondamentale quindi porre il sospetto in presenza di fattori di rischio e, ancor prima, agire a livello preventivo stressando la necessità di una corretta alimentazione in gravidanza. L'encefalopatia di Wernicke si manifesta tipicamente con una triade sintomatologica: atassia, confusione e oftalmoplegia. La diagnosi è clinica ma l'imaging è di supporto per escludere altre patologie neurologiche con presentazione simile⁴. La paziente è stata sottoposta ad una risonanza magnetica cerebrale ed ha risposto positivamente alla somministrazione di tiamina. È importante il trattamento precoce e tempestivo di tale patologia, in quanto riduce notevolmente l'incidenza di esiti infausti materni e fetali. Infatti, la tiamina, essendo un cofattore di numerose reazioni enzimatiche, svolge un ruolo fondamentale nel metabolismo energetico cerebrale. La sua carenza può causare danni neuronali, particolarmente in gravidanza, quando il fabbisogno è aumentato. Il dosaggio profilattico di tiamina da somministrare nelle pazienti gravide con iperemesi persistente è di 100 mg per via endovenosa o intramuscolare. La dose terapeutica per le pazienti con encefalopatia di Wernicke è invece di 500 mg per via parenterale tre volte al giorno fino alla scomparsa dei sintomi, seguita da 100 mg al giorno. Tale trattamento è salvavita ed è in grado di far regredire i sintomi neuropsichiatrici acuti². Sia l'iperemesi sia una dieta sbilanciata possono condurre ad una rapida perdita di tiamina. Intervenire nella fase preconcezionale per aumentare l'apporto di tiamina nelle popolazioni a rischio attraverso programmi di educazione alimentare potrebbe essere una strategia efficace per prevenire l'insorgenza dell'encefalopatia di Wernicke durante la gravidanza. Inoltre, lo screening della carenza di tiamina durante l'assistenza prenatale di routine potrebbe aiutare a identificare le donne a rischio e a garantire un intervento e un trattamento precoci, laddove necessario.

CONCLUSIONI

IL CASO PRESENTATO pone l'attenzione su una temibile complicanza dell'iperemesi gravidica. Si tratta di una condizione rara ma grave, che insorge rapidamente e comporta serie conseguenze sia per la madre sia per il feto. Durante la gravidanza, se alla fisiologica aumentata richiesta di nutrienti, si somma una condizione di iperemesi, si crea un'importante carenza nutrizionale. In particolare, la carenza di tiamina determina una deplezione dell'energia cellulare e un conseguente danno neuronale. È perciò fondamentale conoscere e saper diagnosticare il quadro di encefalopatia di Wernicke in gravidanza, ponendo una maggiore attenzione alle pazienti con fattori di rischio come la malnutrizione, il vomito prolungato o le patologie gastrointestinali. Una gestione precoce e coordinata che coinvolga un team multidisciplinare è fondamentale per ottimizzare i risultati e prevenire le conseguenze a lungo termine.

APPROVAZIONE ETICA E CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE

Questo articolo è un case report, non uno studio sperimentale. Non è richiesta l'approvazione del Comitato Etico. È stato ottenuto il consenso della paziente per la raccolta dei dati e per la pubblicazione. Tutti i dati sono stati anonimizzati e non possono ricondurre all'identità della paziente.

FINANZIAMENTO

Gli autori dichiarano di non aver ricevuto finanziamenti per il presente studio.

CONTRIBUTO DEGLI AUTORI

Tutti gli autori hanno contribuito alla progettazione dello studio, alla raccolta dei dati e all'analisi dei risultati. Sabrina Gatti, Martina Fiorani e Gloria Valcamonica hanno redatto il manoscritto. Tutti gli autori hanno letto e approvato la versione finale del manoscritto.

CONFLITTO DI INTERESSI

Gli autori dichiarano di non avere nessun conflitto d'interessi.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Niebyl JR. *Clinical Practice Nausea and Vomiting in Pregnancy*. Vol 363.; 2010. doi:10.1056/NEJMc1003896
- Jarvis S, Nelson-Piercy C. Management of nausea and vomiting in pregnancy. *BMJ*. 2011;342(7812). doi:10.1136/bmj.d3606
- Dean CR, Shemar M, Ostrowski GAU, Painter RC. Management of severe pregnancy sickness and hyperemesis gravidarum. *BMJ (Online)*. 2018;363. doi:10.1136/bmj.k5000
- Ota Y, Capizzano AA, Moritani T, Naganawa S, Kurokawa R, Srinivasan A. Comprehensive review of Wernicke encephalopathy: pathophysiology, clinical symptoms and imaging findings. *Jpn J Radiol*. 2020;38(9):809-820. doi:10.1007/s11604-020-00989-3
- Fujikawa T, Sogabe Y. Wernicke encephalopathy. *Can Med Assoc J*. 2020;192(6):E143. doi:10.1503/cmaj.190998
- Sinha S, Kataria A, Kolla BP, Thusius N, Loukianova LL. Wernicke Encephalopathy—Clinical Pearls. *Mayo Clin Proc*. 2019;94(6):1065-1072. doi:10.1016/j.mayocp.2019.02.018

SABRINA GATTI *¹, **MARTINA FIORANI** ², **CINZIA PATREGNANI** ¹, **GLORIA VALCAMONICA** ³, **GENNARO D'ANNA** ⁴, **ALESSANDRO CESARE PELLE** ³, **GUIDO STEVENAZZI** ¹

¹ Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia, Ospedale Nuovo di Legnano, Via Papa Giovanni Paolo II, 20025, Legnano;

² Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia, Università degli Studi dell'Insubria, Ospedale Filippo Del Ponte, Via Filippo Del Ponte, 19, 21100, Varese;

³ Dipartimento di Neurologia, Ospedale Nuovo di Legnano, Via Papa Giovanni Paolo II, 20025, Legnano;

⁴ Unità di Neuroimaging, Ospedale Nuovo di Legnano, Via Papa Giovanni Paolo II, 20025, Legnano

* Corresponding Author: Sabrina Gatti, Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia, Ospedale Nuovo di Legnano, Via Papa Giovanni Paolo II, 20025, Legnano.

E-mail: sabrina.gatti@asst-ovestmi.it

BABYLOSS AWARENESS DAY

Narrare per comprendere la morte perinatale

IL 2% CIRCA DELLE GRAVIDANZE esita in natimortalità e si stima che nel mondo vi siano annualmente 2,7 milioni di nati morti con una media in Europa di 5,5 morti ogni mille nascite (Euro-Peristat Project, 2018). La morte perinatale (MP) rappresenta un argomento di notevole rilievo non solo per le difficoltà e la complessità diagnostica di ogni singolo caso, ma soprattutto perché l'evento è quasi sempre inatteso con notevole trauma per la coppia e la famiglia. L'organizzazione sanitaria ma anche il contesto sociale frequentemente non sono in grado di offrire un adeguato supporto emotivo, psicologico e relazionale alla coppia poiché di fatto le argomentazioni connesse con la MP sono marginalizzate e trascurate nel dibattito pubblico. La MP non va indagata quin-

di solo nei suoi aspetti squisitamente scientifici, ma nelle più estese implicazioni cioè la perdita di un progetto di vita per la coppia ed il contesto familiare che include aspetti complessi esistenziali, spirituali, psicologici, biologici e sociali. Date le gravi conseguenze a breve, ma anche a lungo termine per la donna e la coppia che ha sofferto l'evento MP, vi è la necessità di comprendere il fenomeno dal punto di vista della donna e della coppia al fine di offrire un supporto qualificato.

CASO 1

GRAVIDA DI 37 ANNI, TRICESARIZZATE, CON DECORSO REGOLARE MONITORATA CON TCTG E RESA EDOTTA DI RECARSI IN OSPEDALE IN CASO DI RIDUZIONE DEI MOVIMENTI FETALI. La mattina in cui era stato programmato il taglio cesareo alla 37a settimana, la donna, ricoverandosi, ha riferito che dopo l'ultimo tracciato effettuato 36 ore prima, ha percepito nel corso della giornata una lenta e progressiva riduzione sino all'assenza totale dei movimenti fetali, senza fornire alcuna spiegazione del perché abbia trascurato, come suggerito, di recarsi al PS in caso di riduzione dei MAF. Diagnosi MEF. Si è deciso, di fare assistere al parto la madre della gravida, come richiesto dalla famiglia. Alla nascita il bimbo presentava multipli e ripetuti giri di funicolo serrati intorno agli arti, al collo ed a bandoliera sul torace. Il neonato è stato sistemato in un'apposita saletta e mostrato al padre ed ai familiari che hanno potuto scattare foto e raccogliere una ciocca di capelli. La puerpera ha rifiutato la consulenza con la. Il marito ha accettato un colloquio con il medico nell'immediatezza dell'evento, ma rifiutato i successivi, sviluppando sentimenti negativi nei riguardi del medico. La donna dimessa in buone condizioni fisiche in quarta giornata, è tornata per la rimozione dei punti e successivamente non ha più effettuato controlli in ospedale.

Il caso pone la rilevanza dell'alfabetizzazione sanitaria e come il rischio sanitario sia sottostimato nella valutazione soggettiva del paziente nel quale prevale l'idea che "gli eventi avversi capitino agli altri", che ha condotto la gravida e la madre presente ad ogni controllo a non porre attenzione alla lenta progressiva riduzione dei movimenti fetali, che ipoteticamente avrebbe potuto beneficiare del tracciato CTG. La relazione con la madre e con la paziente, che hanno rifiutato qualsiasi supporto psicologico, si è sempre mantenuta nei limiti della correttezza formale, ma non è stato possibile intrattenere alcuna relazione positiva ed offrire il supporto psicologico. La relazione con il marito è stata ad impatto fortemente negativo. Lo stesso si è rivolto alla magistratura per avviare indagini sulla causa del decesso. Dopo la perizie medico-legale il caso è stata archiviato.



FRANCO PEPE
Specialista in ginecologia, ostetricia e genetica medica, già dirigente medico Ospedale San Marco, Catania



CASO 2

PAZIENTE CON PREGRESSA MORTE FETALE ALLA 28A SETTIMANA CON PROFONDA INCERTEZZA ESISTENZIALE ED INADEGUATEZZA NEI CONFRONTI DELLA GENITORIALITÀ. Evidenziata una severa trombofilia, è stata sottoposta a terapia con eparina. Ha partorito a termine un neonato sano. La gravida ha rifiutato il supporto psicologico, sebbene condiviso dal partner durante la gravidanza e nel puerperio e manifesta, a detta del partner una condotta "ossessiva" protettiva nei confronti del nato. A distanza dal parto continua a rifiutare la consulenza psicologica.

Il trauma della pregressa MP è indelebile nel vissuto soprattutto della donna per la quale l'insuccesso riproduttivo è anche un "fallimento personale", un'insormontabile "sventura personale" e causa di "vergogna sociale". La paziente ha confidato al ginecologo che, dopo la perdita del primo bambino, gli amici hanno diradato le visite ed evitato di portare con sé neonati o bambini anche mesi dopo l'evento. Non ha ritenuto legittimato il proprio dolore. Contraddittoriamente ha rifiutato ogni colloquio con lo psicologo. Il partner ha lamentato la scarsa attenzione ricevuta durante le visite ginecologiche poiché sempre "collocato" alla periferia dell'evento, con grave sottostima del proprio dolore.

Lo scopo di questo articolo è porre alcune riflessioni prendendo spunto da casi occorsi nella pratica professionale recente





CASO 3

GRAVIDA CON GRAVE TROMBOFILICA SOTTOPOSTA A TERAPIA SPECIFICA. Gravidanza regolare con parto spontaneo a termine di un nato sano e dimissione in buone condizioni di salute in quarta giornata. In settima giornata la paziente accede al PS pediatrico per “malessere” nel neonato che subito dopo manifesta convulsioni. Il neonato nei giorni successive va incontro a CID da sepsi ed exitus. Il direttore della neonatologia ed il ginecologo che hanno seguito la donna hanno partecipato al funerale del neonato. Successivamente la donna ed il marito, pur continuando i controlli clinici presso il ginecologo, hanno “scatenano” una campagna giornalistica nei confronti dell’ospedale ritenendo che l’infezione del neonato, dimesso in ottime condizioni di salute con esami infettivologici di routine negativi, fosse stata contratta in ospedale. La denuncia presentata all’autorità giudiziaria è stata archiviata. La donna ha continuato a mantenere un buon rapporto con il ginecologo dell’ambulatorio e l’anno successivo ha partorito un neonato sano, vivo che a distanza di 5 anni gode di buona salute. Nel postpartum la paziente, ha avuto una severa TVP ileofemorale trattata con successo. È apparentemente molto più serena, ma fortemente apprensiva per l’evento vissuto e la gravità della malattia personale.

Nei casi complicati vi è la tendenza ad attribuire responsabilità alla struttura che avuto in cura la gravida od il neonato. Al di là degli aspetti professionali (comunque vi è stata l’archiviazione sia per gli ostetrici che per i neonatologi) il caso spinge a cercare di comprendere, *obtorto collo*, che la ricerca della verità per la coppia possa “passare”, attraverso il ricorso all’autorità giudiziaria. La coppia aveva compreso i rischi legati alla malattia materna, ma non poteva immaginare un outcome così infelice per un neonato dimesso in ottime condizioni di salute. L’essere stati in grado, anche in corso di una campagna di stampa aggressiva e di contenzioso medico legale, di mantenere un contatto personale e di cura con la coppia ed esprimere la propria partecipazione con la presenza ai funerali, è stata una scelta stressante e difficile. La denuncia della coppia dai medici è stata letta come richiesta di verità e dettata dalla non accettazione dell’evento infausto. La verità giudiziaria sembra avere contribuito positivamente all’elaborazione del lutto.



È importante che la donna e la coppia possano tenere in braccio il bambino ed avere contatto fisico e mettere in atto i rituali che includono il vedere, chiamare, toccare, vestire e raccogliere testimonianze (ciocche di capelli, fotografie, etc anche mediante l’adozione del memory box) e disporre di facilitazioni nei servizi per il rito funebre, elementi tutti che contribuiscono favorevolmente alla creazione di una memoria e al processo di elaborazione del lutto

DISCUSSIONE

MENTRE IL DOLORE DELLA MORTE di un adulto è ampiamente legittimato dalla società non lo è quello della MP, motivo per cui la coppia non riceve empaticamente dalla società adeguati sentimenti di riconoscimento e soprattutto supporto tangibile. È determinante offrire una trama di interventi competenti nella quale la donna e la coppia possano riconoscere la risposta della società alle proprie necessità. Il primo passaggio è la rappresentazione degli eventi avversi e con essi della MP nella comunicazione pubblica per creare consapevolezza. In secondo luogo va sviluppata un’adeguata strategia del prendersi cura, tenendo a mente che il senso di perdita non è necessariamente legato all’exitus in fase avanzata di gravidanza, ma anche nelle fasi precoci, fattore quasi sempre non adeguatamente valutato da operatori sanitari, mass media e società. Lo staff ha difficoltà nel confrontarsi e gestire outcome avversi nella maternità, quando non vi è consapevolezza o non sono adottati a livello di unità operativa protocolli specifici ben disegnati. Appare necessario un percorso di formazione sia emotiva che tecnica, offrire conforto e supporto al personale coinvolto e sviluppare una comunicazione empatica e compassionevole appropriata con la donna e familiari.

LA COMPRESIONE delle differenti pratiche culturali delle coppie va sviluppata nella strategia di training formali. Le infrastrutture della struttura sanitaria vanno disegnate per dare risposta alle esigenze fisiche, emotive, spirituali e psicologiche connesse con la memoria del bambino nato morto: privacy, “prendersi cura” individualizzata funzionale ed efficace per l’assistenza alla necessità fisiche con spazi emozionali dedicati alla famiglia. È importante che la donna e la coppia possano tenere in braccio il bambino ed avere contatto fisico e mettere in atto i rituali che includono il vedere, chiamare, toccare, vestire e raccogliere testimonianze (ciocche di capelli, fotografie, etc anche mediante l’adozione del memory box) e disporre di facilitazioni nei servizi per il rito funebre, elementi tutti che contribuiscono favorevolmente alla creazione di una memoria e al processo di elaborazione del lutto.

CONCLUSIONI

NUMEROSI FATTORI POSSONO CONTRIBUIRE all’incompleta o mancata presa in carico della donna/coppia/famiglia che ha vissuta la MP, argomento sottostimato dalle organizzazioni sanitarie e dalla comunicazione sociale pubblica. La paziente/coppia e la società quasi sempre ritengono i rischi dell’evento riproduttivo azzerati nella moderna medicina e ciò favorisce la scarsa attenzione sull’argomento. Vi è la necessità di collocare nel contesto specifico ogni storia riproduttiva e comprendere la singola peculiarità riproduttiva psicologica e sociale in relazione alla ricchezza multietnica e multiculturale attuale della popolazione e ciò richiede una competente ed efficace comunicazione. È necessario offrire un adeguato supporto emotivo, psicologico, medico e sociale alla madre ed alla coppia non solo nell’immediatezza della perdita in relazione anche al percorso burocratico-amministrativo e alle pratiche connesse con il funerale, ma per favorire l’elaborazione del lutto e i gravi effetti con azioni qualificate di lungo termine non trascurando neppure l’ambiente familiare e sociale prossimo alla coppia.

IL DISEGNO delle politiche sanitarie e delle organizzazioni sanitarie, soprattutto ospedaliere, sembra essere stato concepito e sviluppato da uomini e la diversità di genere non sembra sia stata adeguatamente colta. Cosa sia il lutto per la donna e per la coppia è stato concettualizzato ed elaborato in un’ottica tipicamente maschilista e produttiva della società che non ha neppure preso in considerazione i cambiamenti intervenuti negli ultimi decenni nelle società dei paesi industrializzati. Gli attuali cambiamenti nella società con maggiore presenza delle donne nei contesti decisionali del vivere civile, ma soprattutto la maggiore presenza delle donne tra gli operatori sanitari, potrebbe accrescere la consapevolezza su problemi e specifici vissuti a patto che l’imprinting formativo sui futuri medici di ambo i sessi nelle scuole di medicina (e della società più in generale), esercitato per lunghi anni, non continui ad essere fortemente dominato dalla cultura maschilista. Per questo motivo ha avuto ed ha grande valore simbolico e culturale l’istituzione a livello mondiale del *babyloss awareness day*.

Bibliografia a richiesta

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

Prefolic mamma

Integratore

La cicogna porta i bambini.
Prefolic *mamma*
ne sostiene il volo.



Per le donne che pianificano una gravidanza o scoprono di essere in dolce attesa arriva Prefolic Mamma Integratore con una formula unica a base di folato attivo, arginina, vitamine e minerali essenziali.

www.prefolicmamma.it

30 COMPRESSE

Una compressa al giorno.

