



AOGOI

Organo Ufficiale dell'Associazione
Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

3 SDO Il Rapporto del
Ministero della Salute

5 IVG La Relazione al Parlamento

Gyneco Aogoi

NUMERO 4 - 2026 - BIMESTRALE - ANNO XXXVII

La donna al centro

Dalla gravidanza alla menopausa:

SALUTE E CURA

nelle diverse fasi della vita

AOGOIASSOCIAZIONE
OSTETRICI GINECOLOGI
OSPEDALIERI ITALIANI

IL PARADOSSO DEL BERSAGLIO

Un nuovo paradigma per la prevenzione
dell'infezione da HPV.

Coordinamento scientifico a cura di Carlo Maria Stigliano

IL NUOVO PARADIGMA DELLA **PREVENZIONE ANTI-HPV**

Comprendere il vaccino per comunicarlo meglio

UN **PROGETTO** AOGOI

E se il vero bersaglio del vaccino anti-HPV non fosse il virus in sé, ma la sua capacità di entrare nelle cellule? Da questa domanda nasce "Il paradosso del bersaglio", un progetto AOGOI che propone un nuovo modo di raccontare la vaccinazione anti-HPV: non come uno strumento che combatte un'infezione già presente, ma come un intervento che prepara il sistema immunitario a impedire al virus di oltrepassare la porta d'ingresso delle cellule.

Attraverso animazioni, metafore visive e una narrazione fondata sul razionale biologico dell'infezione, il progetto rende immediatamente comprensibili il ruolo della proteina del capsido, degli anticorpi neutralizzanti e della prevenzione primaria.

Concetti immunologici complessi diventano così strumenti concreti di counselling, utilizzabili nella pratica clinica quotidiana.

L'obiettivo è andare oltre la semplice trasmissione di informazioni: **aiutare i professionisti a spiegare con maggiore chiarezza come agisce il vaccino, favorire un dialogo più efficace con la donna e con la coppia e sostenere scelte consapevoli, basate sulle evidenze.**

Una risorsa pensata per **ginecologi, ostetrici e professionisti della prevenzione**, per tradurre la complessità scientifica in messaggi chiari e rigorosi, **valorizzare la naturalità della risposta immunitaria** e, infine, **trasmettere fiducia.**



Scarica il video

AOGOI - Il nuovo paradigma della prevenzione anti-HPV • Comprendere il vaccino per comunicarlo meglio

IL RAPPORTO SDO DEL MINISTERO DELLA SALUTE



OSPEDALI.

Ricoveri in lenta ripresa, ma il recupero del pre-Covid non è ancora completato.

CESAREI ANCORA OLTRE IL 31%

Nel 2024 le dimissioni ospedaliere superano gli 8 milioni (+1,1% sul 2023), ma restano inferiori del 5,6% rispetto al 2019. Migliora l'appropriatezza dei ricoveri, si riduce la degenza media e cresce l'attività rispetto all'anno precedente. Persistono però ampie differenze territoriali su efficienza, tempi di attesa e ricorso al privato accreditato.

GLI OSPEDALI ITALIANI continuano a recuperare terreno dopo lo shock della pandemia, ma il ritorno ai livelli pre-Covid è ancora incompleto. Nel 2024 i ricoveri sono aumentati dell'1,1% rispetto all'anno precedente, superando gli 8 milioni di dimissioni ospedaliere, ma restano ancora inferiori del 5,6% rispetto al 2019. Anche le giornate di degenza crescono lievemente, senza però colmare il divario con il periodo precedente all'emergenza sanitaria: sono state complessivamente 54,8 milioni, in lieve aumento rispetto al 2023, ma ancora inferiori del 7% rispetto al 2019.

È quanto emerge dal **Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero - Dati SDO 2024**, pubblicato dal Ministero della Salute, che fotografa un Servizio sanitario nazionale in graduale ripresa: l'attività ospedaliera si mantiene sostanzialmente stabile rispetto al 2023 e conferma il lento percorso di recupero avviato nel 2021, pur senza aver ancora riassorbito completamente gli effetti della pandemia. Guardando al perimetro delle attività per acuti, riabilitazione e lungodegenza, al netto dei neonati sani e delle strutture non censite, le dimissioni passano da 7.672.987 nel 2023 a 7.771.563 nel 2024, con un incremento dell'1,3%; rispetto al 2019 il calo è ancora del 5,2%. Le giornate e gli accessi passano invece da 53.955.975 a 54.004.135, appena +0,1% sul 2023 e -6,4% rispetto al 2019.

Acuti in crescita, ma sotto il pre-pandemia

La quota principale dell'attività resta concentrata nei ricoveri per acuti, che rappresentano circa il 95% del totale. Nel 2024 i ricoveri per acuti in regime ordinario sono stati 5.672.246, in aumento dell'1,4% rispetto ai 5.594.476



IL RAPPORTO SDO

**NEL 2024 I
RICOVERI SONO
AUMENTATI DELL'
1,1%**

**RESTANO
ANCORA
INFERIORI AL
2019 DEL
5,6%**

**LE GIORNATE
DI DEGENZA
CRESCONO
LIEVEMENTE MA
ANCORA INFERIORI
AL 2019 DEL
7%**

del 2023, ma ancora sotto del 5,6% rispetto ai 6.006.392 del 2019. Le giornate di degenza per acuti ordinari sono state 39.869.241, +0,3% sul 2023 e -5,7% sul 2019.

Crescono anche i ricoveri per acuti in regime diurno: 1.709.243 nel 2024 contro 1.690.452 nel 2023, pari a +1,1%. In questo caso il divario con il 2019 è più contenuto: -2,2%.

La riabilitazione ordinaria registra 290.720 dimissioni, in leggero aumento rispetto alle 289.365 del 2023 (+0,5%), ma ancora inferiore del 6,8% rispetto al 2019. In calo invece la riabilitazione in regime diurno, che passa da 26.060 a 25.599 dimissioni (-1,8%) e resta quasi il 10% sotto il livello pre-pandemico. La lungodegenza, con 73.755 dimissioni, cresce dell'1,5% sul 2023, ma resta il segmento più distante dai livelli del 2019: -25,3%.

Il quadro di lungo periodo mostra una trasformazione molto più profonda. Dal 1997 al 2024 il numero complessivo di dimissioni per attività ospedaliera è sceso da 11,7 milioni a 7,77 milioni, con una riduzione del 34%. Una discesa che il Ministero riconduce anche alle scelte di programmazione sanitaria orientate al contenimento dei ricoveri a rischio di inappropriately e allo sviluppo dell'assistenza territoriale.

Degenza media in calo: 7,03 giorni. Peso medio stabile a 1,32

Sul fronte dell'efficienza, la degenza media nazionale per i ricoveri per acuti in regime ordinario è pari a 7,03 giorni, in lieve diminuzione rispetto ai 7,1 giorni del 2023 e più nettamente rispetto ai 7,4 giorni del 2021 e ai 7,2 del 2022. Il dato si avvicina così ai livelli antecedenti alla pandemia.

Il peso medio dei ricoveri per acuti ordinari

resta stabile a 1,32, confermando la maggiore complessità raggiunta dalla casistica rispetto al passato: nel 2014 era pari a 1,16. La degenza media preoperatoria, indicatore di efficienza organizzativa, è pari a 1,52 giorni nel 2024 ed è in diminuzione costante dal 2020, quando era di 1,76 giorni.

Permangono tuttavia differenze regionali significative. La degenza media standardizzata per case mix è più alta in Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Lombardia e Sardegna, mentre i valori più bassi si registrano in Toscana e nella Provincia autonoma di Bolzano. Per la degenza media preoperatoria, Piemonte, Toscana e Bolzano si collocano sotto 1,3 giorni, mentre Molise, Basilicata e Sardegna superano i 2 giorni.

Appropriatezza in miglioramento, ma il cesareo resta al 31,5%

Gli indicatori di appropriatezza organizzativa mostrano un miglioramento rispetto al 2023. Si riducono le dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico e i ricoveri diurni diagnostici con DRG medico; diminuiscono inoltre del 6% i ricoveri con degenza oltre soglia con DRG medico nei pazienti di 65 anni e oltre.

L'indicatore relativo alle dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico mostra un miglioramento nel lungo periodo: dal 29,8% del 2014 si passa al 22,6% del 2024, con una riduzione relativa del 24,1%. Ma anche qui la variabilità regionale è ampia: i valori più elevati si osservano in Basilicata e nelle Province autonome di Bolzano e Trento, mentre il valore più basso è nelle Marche.

In lieve, ma costante miglioramento risulta invece la propensione nei nostri ospedali all'osservanza di indicazioni di appropriatezza clini-

IL RAPPORTO SDO DEL MINISTERO DELLA SALUTE

ca in merito al ricorso al taglio cesareo, pratica che 2024 scende al 31,5% dei parti registrati. Pur se ancora lontani dagli standard proposti a livello internazionale, i dati del 2024 confermano il trend positivo degli anni precedenti, in stabile riduzione dal 2018 (-4,8%). Confermata invece la diffusione ormai consolidata della chirurgia mini-invasiva: l'utilizzo di tecniche laparoscopiche per la colecistectomia supera il 95% degli interventi.

Muscolo-scheletrico, cuore e respiratorio restano le prime cause di ricovero

La composizione clinica della casistica per acuti in regime ordinario resta sostanzialmente stabile. Le prime tre categorie diagnostiche maggiori sono le malattie e i disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo, con 811.709 ricoveri e il 14,3% della produzione; le malattie dell'apparato cardiocircolatorio, con 788.486 ricoveri e il 13,9%; e le malattie dell'apparato respiratorio, con 587.307 ricoveri e il 10,4%.

Le prime tre MDC rappresentano da sole circa il 39% della produzione per acuti ordinari. Nella riabilitazione ordinaria la concentrazione è ancora più marcata: muscolo-scheletrico, sistema nervoso e apparato cardiocircolatorio coprono complessivamente l'86,5% della casistica.

Un dato di particolare rilievo riguarda la progressiva riduzione dei ricoveri legati a gravidanza, parto e puerperio: dal 2018 al 2024 i volumi si sono ridotti del 21%, passando da 545.223 a 429.052 ricoveri.

Tra i DRG più frequenti nei ricoveri per acuti ordinari, per la prima volta la sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori supera il parto vaginale senza diagnosi complicanti. Al terzo posto si colloca l'edema polmonare e insufficienza respiratoria. Continua inoltre a ridursi il DRG relativo a infezioni e infiammazioni respiratorie negli adulti con complicanze, frequentemente associato ai ricoveri Covid negli anni più duri della pandemia: dai 130.580 casi del 2021 si è passati a 75.400 nel 2022, 40.558 nel 2023 e 34.118 nel 2024.

Tempi di attesa: mammella meglio del 2022, ernia inguinale ancora più lenta del 2019

Il Rapporto analizza anche i tempi medi di attesa per alcune procedure programmate. Per il tumore della mammella, l'attesa media nel 2024 è di 26 giorni, in miglioramento rispetto ai 30,1 giorni del 2022 e sostanzialmente allineata ai 26,6 giorni del 2019. Le dimissioni sono 14.578, un dato molto vicino sia al 2022 sia al 2019.

Per il tumore della prostata, invece, l'attesa media è di 52,3 giorni, superiore ai 51 giorni del 2022 ma leggermente inferiore ai 52,8 giorni del 2019. Le dimissioni aumentano: 21.327 nel 2024 contro 18.183 nel 2022 e 17.536 nel 2019.

Per la protesi d'anca l'attesa media è di 83,1 giorni, appena sotto gli 83,7 del 2022 ma sopra



gli 80,5 del 2019. Le dimissioni sono cresciute sensibilmente: 135.026 nel 2024 contro 124.702 nel 2022 e 115.683 nel 2019.

Resta critica l'ernia inguinale in day hospital: l'attesa media è di 130,8 giorni, in miglioramento rispetto ai 135,7 del 2022, ma ancora molto più alta rispetto ai 104,2 giorni del 2019. Anche in questo caso il Ministero invita alla cautela nella lettura dei dati, per la variabilità regionale e per la copertura non sempre omogenea della compilazione della data di prenotazione.

Decessi ospedalieri tornati ai livelli pre-Covid

Tra gli esiti dei ricoveri, il dato più rilevante riguarda la riduzione dei decessi ospedalieri nei ricoveri per acuti in regime ordinario. Nel 2024 i decessi sono 199.108, pari al 3,5% del totale, tornando ai valori del 2019. Durante la fase più acuta della pandemia la quota era salita al 4,9% nel 2020 e al 4,5% nel 2021, per poi scendere al 4,2% nel 2022 e al 3,7% nel 2023.

L'83,9% dei pazienti acuti ordinari viene dimesso a domicilio, dato sostanzialmente stabile rispetto agli ultimi anni. Cresce invece il trasferimento verso istituti di riabilitazione: era il 2,3% nel 2019, sale al 2,7% nel 2023 e raggiunge il 2,8% nel 2024.

Raddoppia il tasso di ospedalizzazione per influenza negli anziani

Tra gli indicatori considerati proxy di ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali, il dato più evidente riguarda l'influenza nell'anziano. Nel 2024 il tasso di ospedalizzazione per 100.000 abitanti over 65 sale a 11,7, quasi il doppio rispetto al 5,91 del 2023, con forti differenze tra Regioni.

Più in generale, per condizioni come diabete non controllato o con complicanze, insufficienza cardiaca, asma nell'adulto, Bpco, patologie correlate all'alcol e patologie psichiatriche, l'ospedalizzazione risulta mediamente in risalita dopo il crollo del 2020, ma ancora molto al di sotto dei valori pre-pandemici.

Mobilità stabile all'8,6%

La mobilità ospedaliera resta sostanzialmente invariata. La quota dei ricoveri erogati a residenti in altre Regioni è pari all'8,6% del tota-

le, stabile rispetto al 2023. Il dato conferma un fenomeno strutturale del Servizio sanitario nazionale, con flussi interregionali che continuano a incidere in modo rilevante, soprattutto per alcune tipologie di prestazioni e per le attività ad alta complessità.

Pubblico prevalente negli acuti, privato centrale nella riabilitazione

Il Rapporto conferma anche la diversa distribuzione dell'offerta tra pubblico e privato. Nel 2024 circa il 75% dei ricoveri per acuti e l'81% delle giornate di degenza e degli accessi diurni per acuti sono erogati da strutture pubbliche. Per la riabilitazione, invece, il quadro si rovescia: il 79% dei ricoveri e delle giornate/accessi è erogato da strutture private, in particolare case di cura accreditate, Irccs privati e altri erogatori privati accreditati.

Le Regioni con la quota maggiore di ricoveri erogati da strutture private accreditate sono Lazio, Molise, Lombardia, Puglia e Campania. Nel lungo periodo si osserva inoltre una riduzione del peso del settore pubblico sul totale delle schede SDO: dall'88% del 1998 al 71,6% del 2024.

Remunerazione teorica a 28,6 miliardi

Infine, il valore economico. La remunerazione teorica complessiva stimata per il 2024, calcolata sulla base delle tariffe nazionali di riferimento, è pari a circa 28,6 miliardi di euro. Il dato è in aumento di circa il 2% rispetto ai 28,1 miliardi del 2023, una crescita legata soprattutto all'incremento del numero dei ricoveri.

Il quadro che emerge dal Rapporto SDO 2024 è dunque quello di un sistema ospedaliero che prosegue il recupero dopo la pandemia ma non ha ancora riassorbito del tutto lo shock del 2020. I volumi crescono, la complessità resta elevata, gli indicatori di efficienza e appropriatezza migliorano in diversi ambiti. Ma restano aperti nodi strutturali: forti differenze regionali, tempi di attesa ancora critici per alcune prestazioni, persistente ricorso al ricovero per condizioni potenzialmente gestibili dal territorio e un divario ancora evidente rispetto ai livelli di attività pre-Covid.



Il Rapporto analizza anche i tempi medi di attesa per alcune procedure programmate. Per il tumore della mammella, l'attesa media nel 2024 è di 26 giorni, in miglioramento rispetto ai 30,1 giorni del 2022 e sostanzialmente allineata ai 26,6 giorni del 2019. Le dimissioni sono 14.578, un dato molto vicino sia al 2022 sia al 2019.

IVG LA RELAZIONE AL PARLAMENTO

NUMERI STABILI MA TREND IN MOVIMENTO: cresce l'aborto farmacologico, migliorano i tempi di attesa, ma restano i divari regionali

Nel 2023 sono 65.746 le IVG (+0,1%), con aumento tra le italiane e calo tra le straniere. Sale il rapporto di abortività e il ricorso tra le minorenni. Le IVG farmacologiche raggiungono il 59,4% e oltre l'80% degli interventi avviene entro 14 giorni. In calo i ginecologi obiettori, ma persistono differenze territoriali.

RIMANGONO SOSTANZIALMENTE STABILI I NUMERI DELLE IVG IN ITALIA, ma cambia il quadro. Nel 2023 si registrano 65.746 interruzioni volontarie di gravidanza (+0,1%), con un aumento tra le italiane e un calo tra le straniere. Cresce il rapporto di abortività (+3,6%) e continua, anche tra le minorenni il lieve incremento del ricorso all'aborto, anche se il tasso di abortività resta comunque inferiore a quello delle loro coetanee dei paesi europei. La pillola abortiva è sempre più gettonata (+ 7,8 rispetto all'anno precedente. Migliorano poi i tempi di attesa per l'intervento, pur con differenze tra le Regioni: oltre 8 interventi su 10 avvengono entro due settimane. Diminuisce la percentuale dei ginecologi obiettori coscienza: il 57,1% nel 2023, contro il 60,5% nel 2022. E ancora una volta con differenze da Regione e Regione.

Questa l'istantanea delle Interruzioni volontarie di gravidanza scattata dalla Relazione del ministro della Salute sulla attuazione della legge 194/78. Una relazione che restituisce una grande variabilità regionale nell'applicazione della legge, non solo tra le Regioni, ma anche tra le province della stessa Regione o addirittura tra le Asl di una stessa provincia e tra le singole strutture.

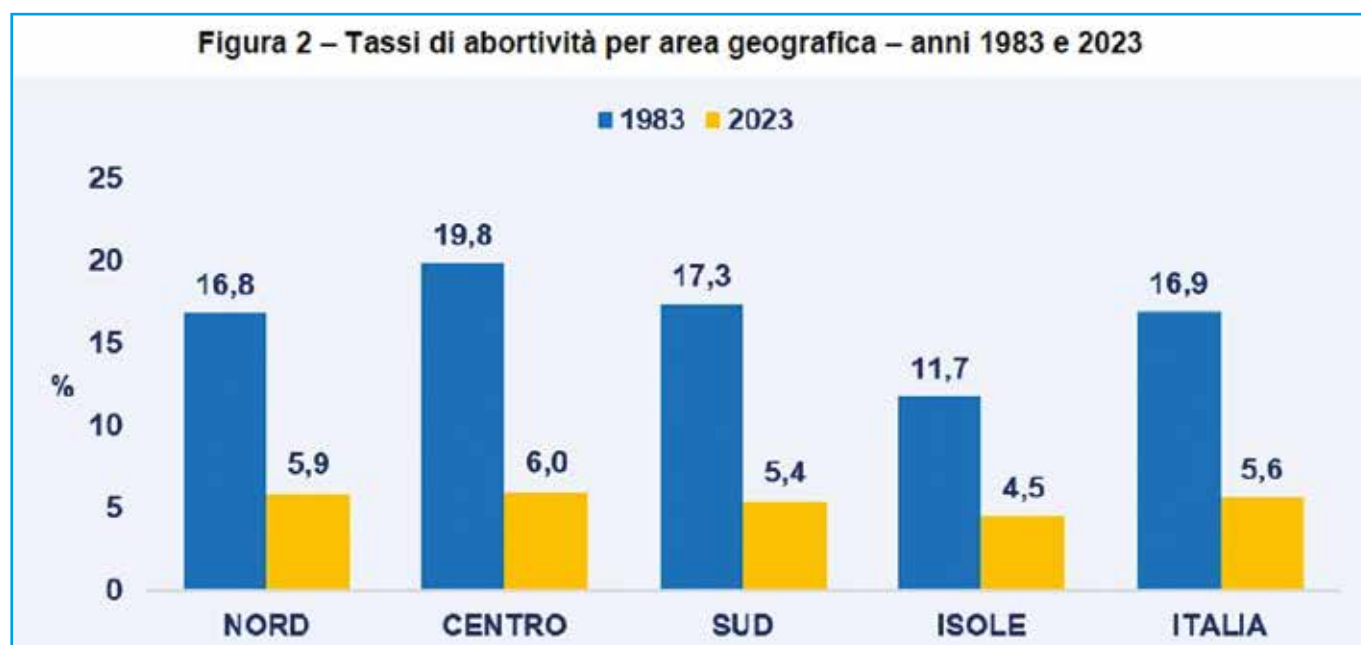
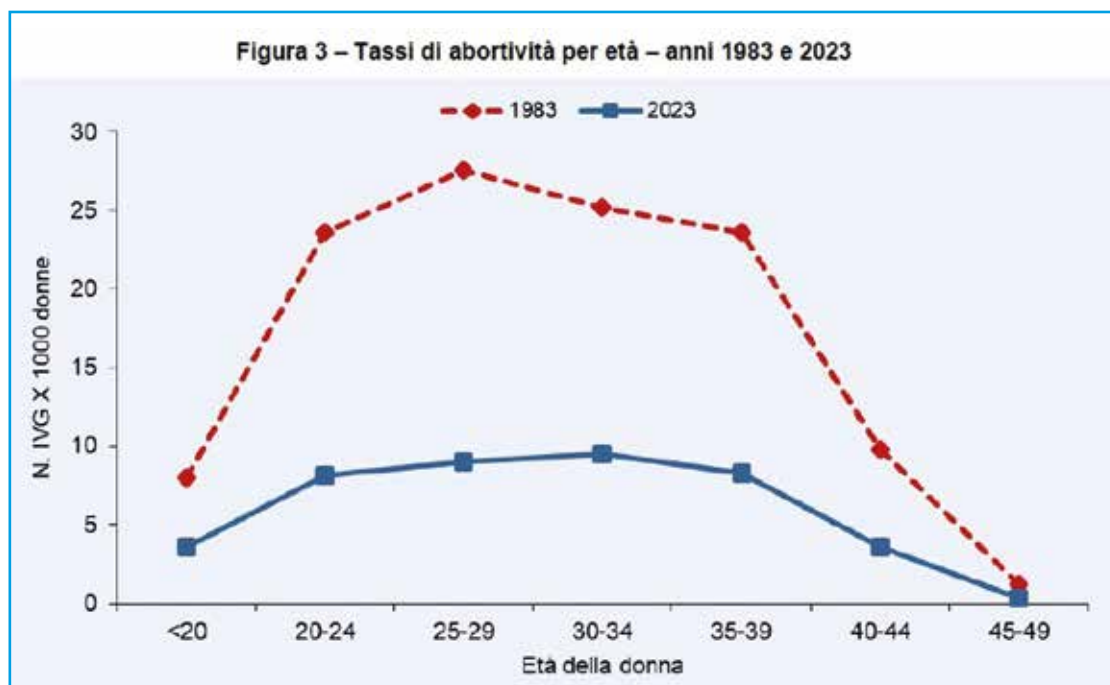
VEDIAMO I PRINCIPALI DATI EMERSI

Nel 2023 il numero assoluto delle IVG (65.746) è aumentato complessivamente dello 0,1% rispetto al 2022 (+85 IVG). Questo andamento è il risultato della contemporanea diminuzione delle IVG tra le donne straniere (-2,9% rispetto al 2022) e dell'aumento tra le donne italiane (+1,22%). Resta stabile il tasso di abortività, pur con una marcata variabilità regionale, mentre il rapporto di abortività cresce del 3,6% rispetto al 2022. Dopo il consistente aumento registrato nel 2022, nel 2023 si osservano quindi una stabilizzazione del tasso e un incremento del rapporto di abortività; saranno i dati futuri a confermare o meno un nuovo trend.



LA RELAZIONE
AL PARLAMENTO

Nel 2023 prosegue, seppur in modo contenuto, l'aumento del ricorso alle IVG da parte delle minorenni, con un tasso pari a 2,3 per 1.000, già in crescita nel 2022 (2,2 per 1.000) rispetto al 2021 (2,1 per 1.000) e al 2020 (1,9 per 1.000). L'incremento riguarda sia le minorenni italiane sia quelle straniere. Il tasso di abortività delle minorenni resta comunque inferiore a quello dei Paesi europei con sistemi sanitari analoghi.



La distribuzione della contraccezione di emergenza risulta complessivamente in aumento. Per l'Ulipristal acetato (EllaOne) si registra una crescita del 5,5% rispetto al 2021 e del 76,1% rispetto al 2020, anno in cui, con determina AIFA dell'8 ottobre, è stato eliminato l'obbligo di prescrizione anche per le minorenni. Per il Levonorgestrel (Norlevo) si osserva invece una riduzione del 4,2% rispetto al 2022, anno in cui si era registrato un aumento rispetto al precedente. Nel 2023 sono state distribuite complessivamente 760.076 confezioni, di cui 469.384 di Ulipristal acetato e 290.692 di Levonorgestrel. La mancanza di tracciabilità delle vendite non consente di distinguere l'utilizzo nelle diverse fasce di età né di valutare eventuali usi ripetuti. È quindi fondamentale garantire un'adeguata informazione sull'uso di questi prodotti, soprattutto tra le fasce più giovani, anche alla luce del fatto che la determina AIFA non prevede un limite minimo di età.

IVG LA RELAZIONE AL PARLAMENTO

I tempi di attesa per l'intervento continuano a diminuire, pur con differenze tra le Regioni. Aumentano le IVG effettuate entro le prime 8 settimane di gestazione, in relazione al maggiore ricorso alla tecnica farmacologica nelle fasi più precoci. In particolare, la quota di IVG effettuate entro 14 giorni è cresciuta costantemente, passando dal 59,6% nel 2011 all'80,4% nel 2023.

IL LUOGO IN CUI SONO STATE EFFETTUATE LE IVG PER REGIONE

Nel 2023, l'88,4% delle IVG è stato eseguito negli Istituti di cura pubblici, il 3,0% nelle cliniche convenzionate autorizzate, il 7,9% negli ambulatori pubblici e lo 0,7% nei consultori familiari. Come negli anni precedenti, in Puglia, Campania, Marche e Sardegna la percentuale di IVG effettuate in casa di cura è stata maggiore della media nazionale, con percentuali comprese tra il 7,7% e il 13,3%. Sono ancora poche (n=5.191) le procedure eseguite negli ambulatori pubblici e il dato aggregato del sistema di sorveglianza non permette la distinzione tra quelle eseguite in regime ospedaliero e in regime ambulatoriale, come raccomandato dalla Circolare ministeriale dell'agosto 2020. In base ai dati individuali di cui dispone l'Istat, nel 2023 Toscana, Emilia-Romagna e Lazio sono le uniche tre Regioni ad aver attivato l'offerta dell'IVG farmacologica in regime ambulatoriale. La Toscana ha effettuato il 61% del totale delle IVG in regime ambulatoriale esclusivamente negli ambulatori perché la Regione ha deciso di non effettuarli in consultorio. Il Lazio e l'Emilia-Romagna sono le uniche due Regioni ad aver attivato l'offerta in regime ambulatoriale anche presso i consultori (rispettivamente 195 casi pari al 2,8% e 268 casi pari al 4,6%). Nel 2023 tre Regioni (Valle D'Aosta, Marche e Molise) non hanno effettuato alcuna IVG in regime ambulatoriale mentre le altre Regioni hanno riportato numeri molto contenuti con percentuali comprese tra lo 0,1% e il 7,4%. Dopo diversi anni di stabilità del dato, dal 2021 si è registrata una lieve riduzione della percentuale di IVG effettuate nelle case di cura convenzionate a favore delle IVG eseguite negli ambulatori pubblici e nei consultori familiari che complessivamente hanno riguardato l'8,6% del totale delle IVG eseguite a livello nazionale.

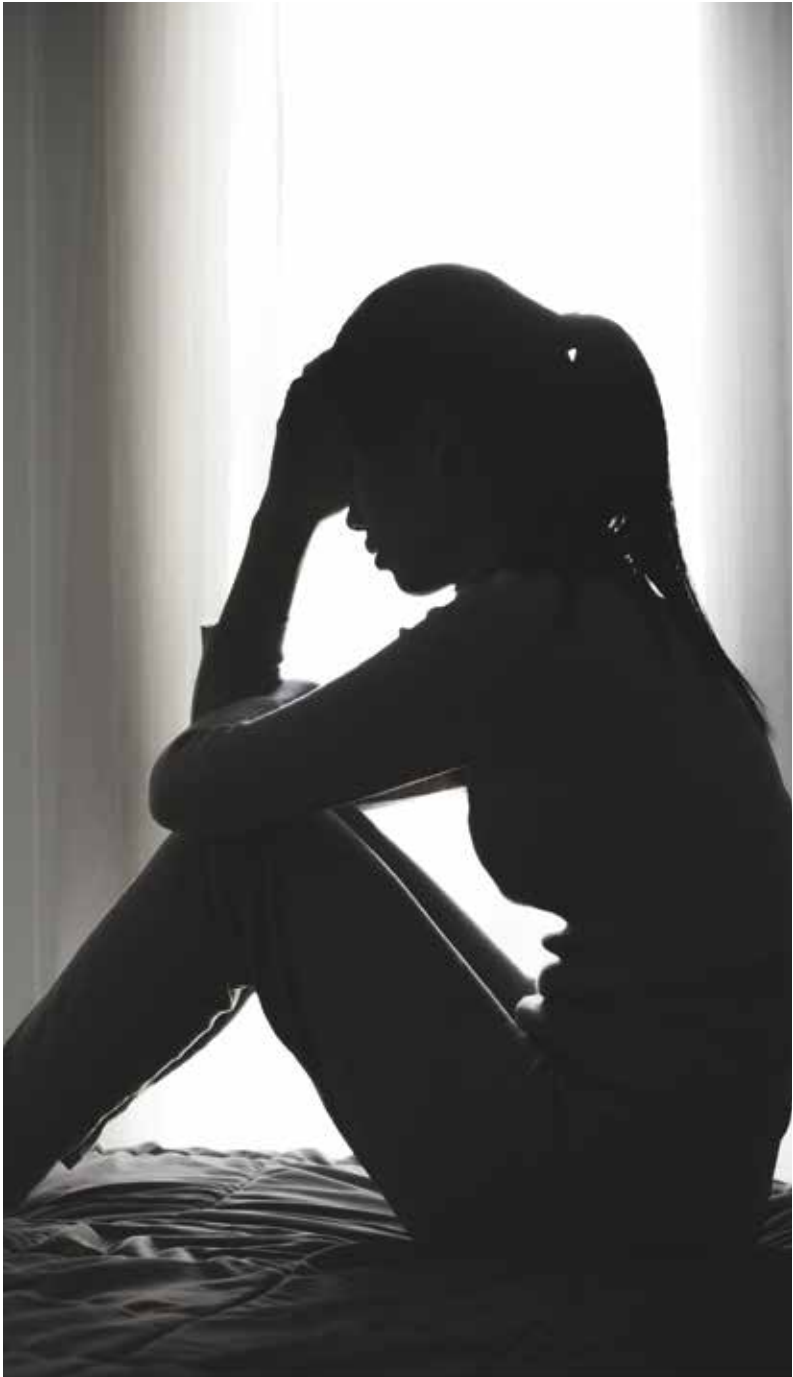
Tabella 3.8. IVG (%) per luogo di intervento – anni 1983-2023

	Istituto Pubblico	Casa di cura convenzionata	Ambulatorio/ Consultorio Familiare
1983	87,6	9,7	2,7
1987	82,7	12,6	4,6
1991	87,3	11,6	1,0
1995	88,3	10,9	0,7
2000	90,6	9,1	0,3
2004	91,2	8,8	0,0
2007	91,6	8,4	0,0
2011	92,1	7,9	0,0
2013	93,5	7,5	0,0
2014	94,2	5,8	0,0
2015	94,3	5,7	0,0
2016	94,5	5,5	0,0
2017	95,6	4,4	0,0
2018	95,2	4,8	0,0
2019	95,3	4,7	0,0
2020	95,2	4,8	0,0
2021	91,3	4,3	4,4*
2022	89,9	3,8	6,2**
2023	88,4	3,0	8,6***

*Il 4,3% delle IVG sono state effettuate in ambulatorio e lo 0,1% in consultorio familiare.
**Il 5,6% delle IVG sono state effettuate in ambulatorio e lo 0,6% in consultorio familiare.
***Il 7,9% delle IVG sono state effettuate in ambulatorio e lo 0,7% in consultorio familiare.

Per quanto riguarda l'offerta del servizio, sia il numero assoluto delle strutture sia quello rapportato alla popolazione femminile in età fertile indicano una disponibilità adeguata rispetto al numero di IVG effettuate. In proporzione, i punti IVG sono oltre cinque volte più numerosi rispetto ai punti nascita: si registra infatti 1 punto nascita ogni mille nascite e 5,3 punti IVG ogni mille IVG, in lieve aumento rispetto al 2022 (5,2).

La mobilità tra Regioni e Province autonome resta contenuta: il 92,5% delle IVG è stato effettuato nella Regione di residenza e, tra queste, l'87,3% nella Provincia di residenza, valori in linea con quelli di altre prestazioni sanitarie. Ma con alcuni distinguo tra le regioni: delle 3.451 IVG effettuate in Regione diversa da quella di residenza il 26,4% sono donne provenienti dalla Basilicata, il 14,2% dal Molise e il 13,9% dall'Umbria. Numeri che, evidenzia la relazione, sono lo specchio di possibili criticità organizzative nell'offerta delle prestazioni. Per le donne più giovani occorre inoltre considerare le possibili "false migrazioni" dovute a motivi di studio o lavoro temporaneo che giustificano il domicilio in una Regione diversa da quella di residenza. E alcune migrazioni tra Regioni potrebbero anche rispondere a criteri di convenienza per vicinanza dei servizi: ad esempio per le donne che vivono ai confini tra due Regioni.



IVG LA RELAZIONE AL PARLAMENTO

“ Si riduce la percentuale dei ginecologi che hanno sollevato obiezione di coscienza: il 57,1% nel 2023, contro il 60,5% nel 2022.

LE PROCEDURE

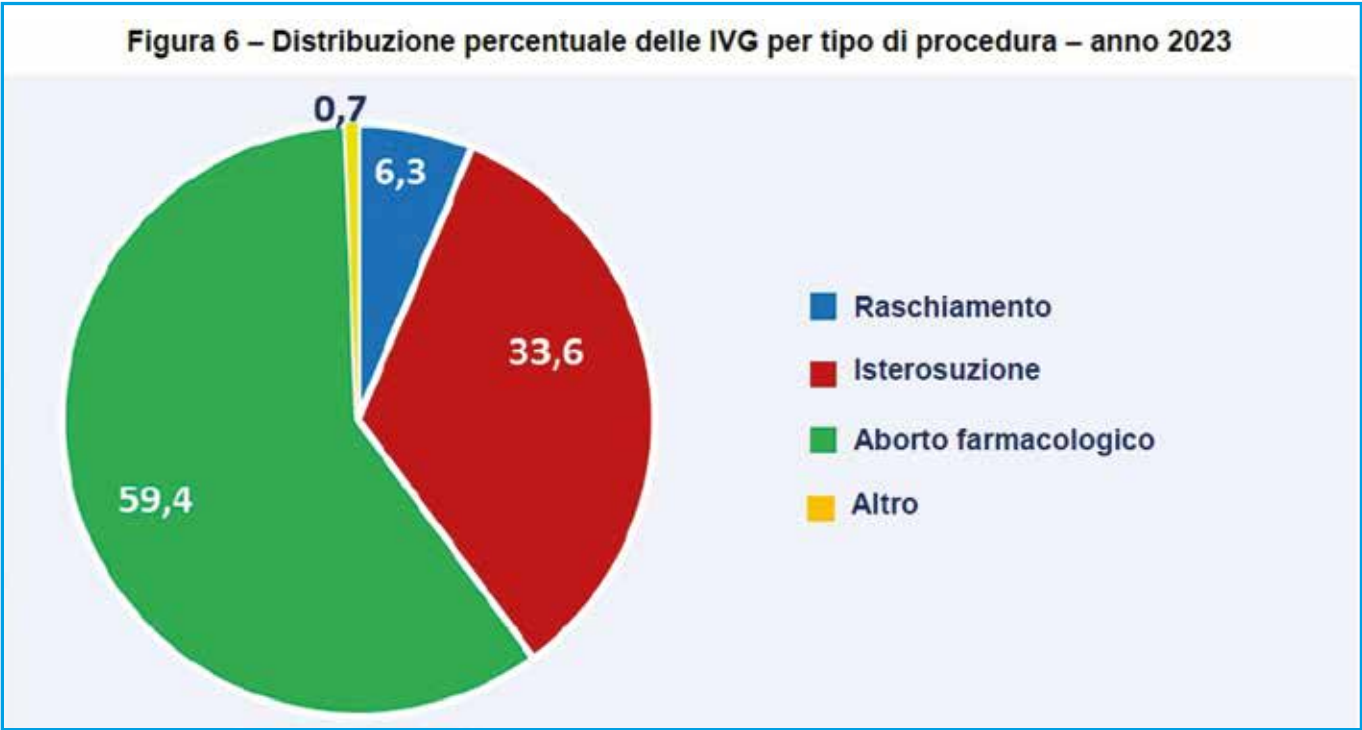
Le IVG chirurgiche sono state pari al 39,9% del totale degli interventi; l'isterosuzione rimane la modalità più frequente (33,6%). Il 6,3% di interventi è stato eseguito mediante raschiamento e con forte variabilità tra Regioni. L'isterosuzione in particolare è ancora quella prevalente in alcune Regioni specie nell'Italia del Sud (38,8%) e nelle Isole (43,2%) dove è inferiore l'offerta delle procedure farmacologiche. Le Marche (57,9%), la Campania (46,9%) e la Sicilia (45,5%) sono le Regioni con le più alte percentuali di isterosuzione e le più basse di IVG farmacologica. Ma sono state rilevate all'interno di ogni Regione anche differenze tra punti IVG per quanto riguarda le procedure adottate. Il raschiamento nel 2023 è in diminuzione rispetto al periodo 2016-2022. In alcune Regioni meridionali e insulari, soprattutto in Sardegna, questa tecnica è stata utilizzata nel 10,5% dei casi rispetto al 21,0% del 2022 e al 30,4% del 2020, mantengono percentuali superiori alla media nazionale, mentre altre (Piemonte, Trento, Emilia Romagna, Marche, Lazio, Molise, Puglia e Basilicata) presentano proporzioni inferiori al 5%.



PROSEGUE L'AUMENTO DELLE IVG FARMACOLOGICHE

Nel 2023 il ricorso all'aborto farmacologico con Mifepristone associato o meno a prostaglandine ha presentato un'ulteriore crescita (58,5%) rispetto al 2022 (50,9%) e il suo uso ha riguardato tutte le Regioni nonostante persista una forte variabilità interregionale sia per quanto riguarda il numero di strutture che lo offrono che per il numero di interventi effettuati. In ogni modo, anche su questo fronte emerge una forte variabilità per area geografica e per Regione, con valori inferiori alla media nazionale nell'Italia insulare (46,3%) e meridionale (56,3%) rispetto al Centro (60,4%) e al Nord (61,1%). Valori percentuali più elevati della media nazionale sono stati rilevati in 13 Regioni con quote comprese tra l'81,6% del Molise e il 77,8% della Calabria. Le Regioni con valori percentuali inferiori alla media nazionale sono 8, con valori compresi tra il 44,7% della Sicilia e il 37,1% delle Marche. All'interno di ogni Regione elaborazioni ad hoc dei dati Istat hanno rilevato differenze tra ASL e tra punti IVG per quanto riguarda le procedure adottate. In merito all'offerta dell'IVG farmacologica 8 Regioni (Valle D'Aosta, Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Umbria, Molise, Basilicata e Calabria) la offrono in tutte le ASL e in tutti i punti IVG; 9 Regioni (Piemonte, Lombardia, Liguria, Emilia-Romagna, Marche, Abruzzo, Campania, Puglia e Sicilia) hanno uno o più punti IVG che non offrono la procedura ma garantiscono il servizio in tutte le ASL, mentre il Lazio presenta 2 Asl in cui il servizio non è disponibile e Veneto e Sardegna ne presentano una ciascuna. Nelle Marche 4 dei 13 punti IVG attivi nel 2023 non hanno offerto l'IVG farmacologica, 7 l'hanno offerta in percentuale inferiore alla media regionale e due in percentuale maggiore.

Si riduce la percentuale dei ginecologi che hanno sollevato obiezione di coscienza: il 57,1% nel 2023, contro il 60,5% nel 2022. Sul fronte regionale emergono però forti differenze territoriali: nel 2023 ha sollevato obiezione il 73,7% dei ginecologi di Bolzano, il 75% in Abruzzo, il 91,7% in Molise, il 71,4% in Campania, il 73% in Puglia e il 78,6% in Sicilia. Tra gli anestesisti la percentuale di obiettori è più bassa, con un valore nazionale pari al 35,1%, in diminuzione rispetto al 37,2% del 2022. La percentuale di personale non medico che ha presentato obiezione nel 2023 è ancora inferiore, pari al 30,9% (32,1% nel 2022). Anche per queste due categorie professionali emerge una significativa variabilità per area geografica e per Regione.



IVG LA RELAZIONE AL PARLAMENTO



I dati sull’obiezione di coscienza evidenziano poi nel tempo una riduzione del numero medio settimanale di IVG a carico dei ginecologi non obiettori (0,8 nel 2023 rispetto a 0,9 nel 2022), mentre il loro numero continua a crescere: +11% rispetto al 2022 e +34,9% rispetto al 2014. L’analisi del carico di lavoro per ciascun punto IVG, riportata in appendice per ogni struttura, consente una valutazione puntuale dell’offerta sul territorio. Su 349 punti IVG, solo otto strutture registrano più di cinque interventi settimanali, con un massimo di 8,3. Nel complesso, rileva la Relazione, i dati non evidenziano particolari criticità nei servizi; eventuali problemi sembrano piuttosto legati all’organizzazione infraregionale che alla presenza di personale obiettore.

Il consultorio familiare rappresenta una struttura a libero accesso e gratuita dedicata alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura della donna lungo tutto il ciclo di vita, nel contesto della comunità di riferimento. È quindi fondamentale, suggerisce la Relazione, migliorare l’integrazione ospedale-territorio e facilitare il ritorno in consultorio delle donne che hanno effettuato una IVG perché, rispetto ai servizi ospedalieri, i consultori, grazie alle equipe multi-professionali esperte nella promozione della salute, possono offrire azioni di sostegno anche di carattere psico-sociale e counselling personalizzati. La consulenza post-IVG è inoltre una buona occasione per promuovere la procreazione responsabile anche attraverso la scelta di un metodo contraccettivo.

I numeri. L’analisi dell’attività dei consultori familiari per l’IVG nel 2023, come negli anni

precedenti, è stata effettuata attraverso un monitoraggio ad hoc del Ministero della Salute. I consultori familiari che hanno dichiarato di effettuare counselling per l’IVG e di rilasciare certificati sono 1.420 (il 73% del totale dei consultori familiari). Dai dati raccolti emerge, come negli anni passati, un numero di colloqui IVG superiore al numero di certificati rilasciati (46.545 colloqui e 32.211 certificati rilasciati). Un dato che, secondo la Relazione, potrebbe indicare la capacità dei servizi consultoriali di aiutare la donna “a rimuovere le cause che la porterebbero all’interruzione della gravidanza” (art. 5, L. 194/78).

Per quanto riguarda i controlli post IVG emerge un numero minore rispetto a quello dei certificati rilasciati, in parte perché in molti consultori il colloquio post IVG viene registrato nei flussi informativi come generica visita di controllo e quindi alcune Regioni forniscono un dato parziale. In alcune Regioni il numero di colloqui effettuati nei consultori familiari è maggiore del numero di IVG (P.A. Trento, Emilia Romagna e Lazio) o si avvicina al numero di IVG (più di due terzi delle IVG sono state precedute da un colloquio in un consultorio familiare in Piemonte, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Umbria e Abruzzo); in altre Regioni i consultori familiari svolgono un’attività di counselling più ridotta. Dall’agosto 2020, a seguito della Circolare del Ministero della Salute, i consultori familiari sono autorizzati ad effettuare IVG farmacologiche. Nel 2023 sono state eseguite IVG farmacologiche in 8 consultori familiari dell’Emilia-Romagna e in 3 consultori familiari del Lazio, che avevano offerto tale opportunità nei consultori rispettivamente già dal 2022 e dal 2021.

Tabella 5.1. Monitoraggio attività dei consultori familiari (CF) a sostegno del percorso IVG – anno 2023							
REGIONE	n. CF*	n. CF* che effettuano counselling IVG	% CF* che effettuano counselling IVG	n. colloqui IVG effettuati	n. certificati IVG rilasciati	n. controlli post IVG effettuati	Totale IVG 2023
Piemonte	136	102	75,0%	4.015	4.279	1.830	5.225
Valle d'Aosta	10	10	100,0%	**	**	**	133
Lombardia	229	119	52,0%	6.061	4.547	1.668	11.377
P.A. Bolzano	61	6	9,8%	123	18	4	547
P.A. Trento	12	10	83,3%	634	427	355	602
Veneto	104	96	92,3%	3.415	2.479	956	4.263
Friuli-V.G.	34	26	76,5%	851	624	307	1.240
Liguria	42	31	73,8%	801	1.049	360	2.197
Emilia-R.	266	172	64,7%	8.197	4.258	2.249	5.867
Toscana	154	106	68,8%	3.021	2.369	1.561	4.438
Umbria	48	47	97,9%	857	559	198	962
Marche	66	**	**	**	**	**	1.150
Lazio	133	120	90,2%	9.542	3.730	1.890	7.063
Abruzzo	51	51	100,0%	1.032	764	224	1.188
Molise	7	3	42,9%	89	42	25	260
Campania	121	104	86,0%	2.611	2.541	927	6.045
Puglia	136	125	91,9%	2.017	1.778	794	5.375
Basilicata	27	14	51,9%	215	139	98	418
Calabria	62	50	80,6%	871	786	325	1.593
Sicilia	188	185	98,4%	1.744	1.537	388	4.441
Sardegna	59	43	72,9%	449	285	93	1.362
ITALIA	1.946	1.420	73,0%	46.545	32.211	14.252	65.746

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

* incluse le sedi secondarie

** dati non disponibili

SIG 2026



NUOVE FRONTIERE PER LA SALUTE DELLA DONNA TRA DENATALITÀ E INTELLIGENZA ARTIFICIALE

ISCRIZIONI *EARLY BIRD*
aperte fino al **15 ottobre**.
Fino al 27% di sconto.

Presenta il tuo lavoro scientifico.
Candidati ai premi per i migliori
abstract del Congresso.

 Deadline: **15 ottobre**



13-16 Dicembre 2026
NAPOLI
congressosigo.it



SIGO
SOCIETÀ ITALIANA
DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA

101° Congresso Nazionale

AOGOI

ASSOCIAZIONE
OSTETRICI GINECOLOGI
OSPEDALIERI ITALIANI

66° Congresso Nazionale



AGUI
Associazione Ginecologi
Universitari Italiani

33° Congresso Nazionale

AGITE

ASSOCIAZIONE
GINECOLOGI
TERRITORIALI

9° Congresso Nazionale

PERCHÉ IN MEDICINA L'ESPERIENZA CONTA ANCORA

Leone XIV, Luciano Floridi e Vittorio Gallese convergono su una stessa domanda: CHE COSA SIGNIFICA DAVVERO FARE ESPERIENZA?

UN ALGORITMO PUÒ LEGGERE MIGLIAIA DI ARTICOLI SCIENTIFICI, sintetizzare linee guida, suggerire diagnosi differenziali e perfino formulare raccomandazioni terapeutiche. Le sue capacità evolvono a una velocità sorprendente e stanno già cambiando il modo di praticare la medicina. Di fronte a questi progressi è naturale chiedersi se stiamo attribuendo alle macchine qualità che appartengono esclusivamente all'essere umano.

Può davvero una macchina fare esperienza come un medico? È questa la domanda che i progressi dell'intelligenza artificiale pongono oggi alla medicina. Che cosa distingue un medico con trent'anni di attività da un sistema capace di analizzare milioni di dati clinici? La differenza risiede soltanto nella quantità di informazioni disponibili oppure esiste qualcosa che gli algoritmi, per la loro natura, non possono acquisire?

Il problema non riguarda soltanto la tecnologia, ma il significato stesso dell'esperienza umana. È su questo terreno che s'inserisce la riflessione di Leone XIV che affronta direttamente questo interrogativo nella sua enciclica *Magnifica Humanitas*. Il papa mette in guardia da un possibile equivoco: identificare l'intelligenza artificiale con l'intelligenza umana. Richiamando Platone aggiunge: «Le cose più profonde e importanti s'imparano solo dopo molto tempo e molta fatica». Lo stesso Leone XIV chiarisce subito il senso di questa affermazione. I sistemi artificiali possono imitare alcune funzioni della mente e persino simulare comprensione ed empatia, ma non vivono un'esperienza. Manca loro quel lento percorso fatto di errori, responsabilità e trasformazione personale attraverso il quale gli esseri umani imparano davvero.

Lo stesso interrogativo emerge, da una prospettiva diversa, nel lavoro del filosofo Luciano Floridi. Nel volume *La differenza fondamentale*, Floridi invita a non considerare l'intelligenza artificiale come una forma di mente umana. Gli algoritmi possono ottenere risultati anche molto sofisticati, ma non comprendono il significato delle informazioni che elaborano. È questa la differenza che il filosofo riassume nel concetto di *agency*: la capacità di agire efficacemente senza comprendere.

Anche le neuroscienze arrivano, per strade diverse, a una conclusione che richiama gli stessi interrogativi. Vittorio Gallese osserva che ai robot manca l'*interocezione*, «quel sentirsi dentro» che consente



CARLO SBIROLI
Già direttore Uoc di
Ginecologica Oncologia
Istituto Nazionale dei
Tumori "Regina Elena
IFO", Roma
Past president Aogoi

“

Il problema non riguarda soltanto la tecnologia, ma il significato stesso dell'esperienza umana.

agli esseri umani di entrare in risonanza con l'esperienza dell'altro. Possono riconoscere il dolore e descriverlo con parole appropriate, ma non possono provarlo.

In definitiva con linguaggi diversi, Leone XIV, Floridi e Gallese richiamano la stessa realtà: l'esperienza umana non può essere ridotta a una semplice elaborazione di informazioni.

Per il medico questa non è una distinzione teorica, perché una parte essenziale della pratica professionale si fonda proprio sul patrimonio che si costruisce negli anni di studio, nell'incontro con i pazienti, nella gestione dell'incertezza e nell'assunzione di responsabilità. È così che si forma quello che chiamiamo esperienza.

La chirurgia robotica offre un esempio particolarmente significativo. Nessun chirurgo può pensare di affidarsi a un sistema robotico senza aver prima maturato in anni di sala operatoria quel bagaglio di conoscenze pratiche e di capacità decisionali che gli permette di affrontare un imprevisto, riconoscere una variante anatomica o modificare la strategia operatoria durante l'intervento. Il robot può rendere più preciso un gesto e amplificare le capacità del chirurgo, ma non può sostituire l'esperienza del chirurgo.

In definitiva l'esperienza non rende il medico migliore solo perché ne aumenta le conoscenze. Lo rende migliore perché gli insegna a distinguere ciò che è essenziale da ciò che è accessorio, a mettere le informazioni in relazione tra loro e a interpretarle alla luce del contesto e della persona che ha di fronte. È attraverso questo lavoro che prende forma il giudizio clinico.

Ma se l'intelligenza artificiale diventerà sempre più capace di elaborare informazioni, suggerire diagnosi e orientare decisioni, fino a che punto questa capacità potrà essere confusa con l'esperienza del medico? Riconoscere il valore degli algoritmi è una cosa. Ben diverso è pensare che quel valore coincida con il patrimonio di esperienza, giudizio e responsabilità che il medico costruisce nel corso della sua vita professionale. È su questo punto, a mio parere, che si giocherà una parte importante della medicina dei prossimi anni.

Non si tratta di una questione teorica. Se si arrivasse a confondere la capacità degli algoritmi con l'esperienza del medico, cambierebbe inevitabilmente anche il modo in cui la medicina viene praticata e insegnata. Ogni volta che un algoritmo ricerca la



bibliografia, sintetizza un articolo, suggerisce una diagnosi differenziale o propone un percorso terapeutico, mette a disposizione del medico strumenti di straordinaria utilità. Sarebbe illusorio pensare di poterne fare a meno. Il problema nasce quando, insieme a queste attività, si delega agli algoritmi una parte di quel percorso attraverso cui il medico costruisce, poco alla volta, la propria esperienza e il proprio giudizio clinico.

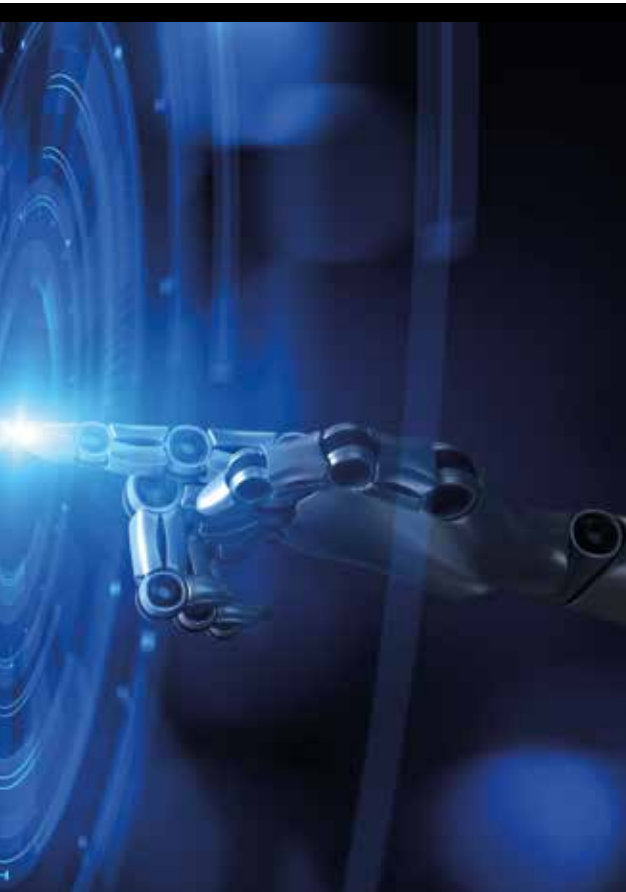
Il rischio non è che l'intelligenza artificiale sostituisca il medico. Il rischio è che modifichi il modo in cui il medico impara a diventare medico.

La sfida, dunque, non è tecnologica. È educativa. Consiste nel capire come utilizzare strumenti sempre più potenti senza indebolire il percorso di esperienza, responsabilità e confronto critico attraverso cui si forma il giudizio clinico.

Un caso ostetrico lo dimostra con particolare chiarezza. Un algoritmo può riconoscere alterazioni del tracciato cardiocardiografico con straordinaria accuratezza e segnalare il rischio di sofferenza fetale. Ma decidere se attendere ancora o interrompere il travaglio con un taglio cesareo significa valutare insieme molti elementi - l'andamento del travaglio, le condizioni materne e fetali, la storia clinica e l'esperienza maturata in situazioni analoghe - assumendosi la responsabilità di una decisione che riguarda due pazienti: la madre e il feto.

L'intelligenza artificiale interpreta il tracciato. Il medico interpreta la situazione.

È proprio questa capacità di interpretare la situazione, e non soltanto il dato, che le nuove generazioni di medici dovranno imparare a preservare. Gli specializzandi che oggi entrano nei reparti, nelle sale parto e nelle sale operatorie saranno probabilmente la prima generazione destinata a convivere con l'intelligenza artificiale per l'intero arco della propria vita professionale. Non sarà necessario che diventino esperti di informatica. Sarà necessario, invece, che imparino a utilizzare questi strumenti con spirito critico, sapendo quando affidarsi alle loro indicazioni e quando sottoporle a una valutazione critica. Nell'epoca delle macchine intelligenti ciò che rende davvero insostituibile il medico non è la quantità di informazioni che possiede, ma il modo in cui interpreta ogni situazione clinica, affronta l'incertezza e si assume la responsabilità delle proprie decisioni. Il sapere si studia. L'esperienza si vive. Il giudizio clinico si costruisce.



La differenza fondamentale

ARTIFICIAL AGENCY: UNA NUOVA FILOSOFIA DELL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE

Questo articolo nasce da un percorso di letture e riflessioni sviluppato in ambiti diversi – filosofia, neuroscienze, medicina e, più recentemente, anche nel magistero della Chiesa – accomunati da una stessa domanda: che cosa resta propriamente umano nell'epoca dell'intelligenza artificiale? Conoscere, decidere e prendersi cura degli altri sono le dimensioni in cui questa domanda diventa oggi più urgente. Tra i libri che hanno maggiormente contribuito a questa riflessione, *La differenza fondamentale* di Luciano Floridi occupa un posto centrale. La recensione che segue ne presenta i concetti essenziali, che costituiscono una delle chiavi di lettura dell'editoriale. (C.S.)

NEL DIBATTITO CONTEMPORANEO SULL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE, dominato da facili entusiasmi e timori ricorrenti, il libro di Luciano Floridi si colloca deliberatamente in controtendenza. La differenza fondamentale non promette rivelazioni futuristiche né indulge in scenari di sostituzione dell'umano. Al contrario, propone un'operazione più sobria e, proprio per questo, più radicale: chiarire che cosa l'intelligenza artificiale sia davvero, e soprattutto che cosa non sia.

La tesi centrale del volume è netta e attraversa l'intera architettura del testo: l'intelligenza artificiale non è una forma di intelligenza paragonabile a quella umana, ma una nuova forma di agency, termine che non indica una "agenzia", ma la capacità di agire in modo efficace senza comprensione, coscienza o intenzionalità. Una distinzione che può apparire semantica, ma che per Floridi è invece il presupposto concettuale indispensabile per affrontare in modo responsabile le conseguenze etiche, giuridiche, politiche e professionali dell'intelligenza artificiale.

La prima parte del libro mette ordine nel linguaggio e nei concetti che accompagnano l'intelligenza artificiale. Floridi prende di mira il fenomeno dell'hype, cioè l'ondata di aspettative spesso eccessive che accompagna quasi sempre l'intelligenza artificiale, mostrando come l'alternanza tra entusiasmi salvifici e timori catastrofici sia alimentata da una profonda confusione concettuale. Parlare di macchine che "pensano", "decidono", "comprendono" o "creano" non è per l'autore una semplice metafora innocua: è un errore che produce effetti reali sul modo in cui progettiamo le tecnologie, le regoliamo e le integriamo nei contesti sociali.

Il cortocircuito tra "macchine come menti" e "menti come macchine" viene ricostruito con precisione storica e filosofica. Floridi mostra come l'antropomorfismo, cioè la tendenza ad attribuire alle macchine caratteristiche tipicamente umane, come comprensione, intenzioni o capacità decisionali, sia una tentazione ricorrente, oggi riattivata dalla potenza statistica dei sistemi di apprendimento automatico e dalla loro capacità di simulare competenze cognitive complesse. Il problema, tuttavia, non è ciò che le macchine fanno, ma ciò che crediamo facciano. Da qui nasce una delle idee centrali del libro: la necessità di chiarire i concetti e di usa-



Ed. Mondadori
416 pagine
Data pubblicazione
4 novembre 2025

re un linguaggio rigoroso prima che le tecnologie si consolidino nelle pratiche professionali e sociali. Non si tratta di frenare l'innovazione, ma di evitare che lo sviluppo delle nuove tecnologie sia guidato da categorie concettuali fuorvianti.

Il cuore teorico del volume è rappresentato dal capitolo in cui Floridi elabora la nozione di agency artificiale. Qui l'autore propone una classificazione delle diverse forme di agency per collocare l'intelligenza artificiale in modo non equivoco: non come soggetto intelligente, ma come agente capace di operare secondo scopi definiti, ottenendo risultati con un elevato grado di efficacia.

L'intelligenza artificiale, in questa prospettiva, non "capisce" ciò che fa, ma funziona. La sua potenza deriva dalla combinazione di calcolo, dati, ottimizzazione e integrazione infrastrutturale. Attribuirle intenzionalità o comprensione significa attribuirle caratteristiche che non possiede, con il rischio di spostare su di essa responsabilità che restano inevitabilmente umane.

Per un lettore medico, questo passaggio è particolarmente rilevante. Nei contesti clinici, dove l'intelligenza artificiale è sempre più utilizzata come supporto decisionale, strumento predittivo o sistema di triage, la distinzione tra decisione ed esecuzione non è astratta. Confondere l'efficacia operativa con la comprensione clinica rischia di indebolire il principio di responsabilità professionale, anziché rafforzarlo.

La seconda parte del libro amplia lo sguardo, esplorando le trasformazioni culturali e sociali indotte dalla diffusione dell'intelligenza artificiale. Floridi affronta temi diversi – dalla mobilità all'informazione, dal lavoro alla leadership pubblica, dalla persuasione alla creatività – mantenendo però costante la prospettiva sviluppata nei capitoli precedenti.

Particolarmente rilevante è l'analisi dell'intelligenza artificiale come utility: una tecnologia destinata a diventare infrastruttura, come l'elettricità o la rete idrica. In questa prospettiva il vero cambiamento non è rappresentato dall'avvento di un'intelligenza artificiale "forte", ma dall'accumulo di miglioramenti incrementali che riorganizzano processi, ruoli e competenze.

Il capitolo dedicato alla sovrabbondanza informativa e alla "cancellazione" del sapere è di grande

attualità. Floridi mostra come l'automazione non produca solo conoscenza, ma anche rumore, e come la gestione dell'informazione diventi un problema centrale per le istituzioni, incluse quelle sanitarie. La capacità di selezionare, contestualizzare e dare senso ai dati resta una funzione eminentemente umana.

Da questa prospettiva deriva una delle conclusioni importanti del libro. L'intelligenza artificiale non rimpiazza l'uomo, ma lo costringe a ridefinire il proprio ruolo. Questo vale in modo particolare per le professioni ad alta responsabilità, come quelle mediche. Floridi insiste sul fatto che l'intelligenza artificiale non è un soggetto morale e non può diventarlo per accumulo di complessità. Di conseguenza, delegare decisioni eticamente rilevanti a sistemi artificiali senza una chiara attribuzione di responsabilità umana è un errore concettuale prima ancora che normativo. In sanità, ciò si traduce nella necessità di distinguere tra supporto tecnico e giudizio clinico, tra raccomandazione algoritmica e decisione professionale.

Anche il tema occupazionale viene affrontato senza semplificazioni. L'intelligenza artificiale modifica il lavoro, lo trasforma, lo redistribuisce, ma non secondo una logica di pura sottrazione. Il problema, per Floridi, non è se le macchine "rubino" posti di lavoro, ma come le società decidano di governare la transizione, investendo in competenze, regolazione e inclusione.

La differenza fondamentale è un libro che invita a guardare l'intelligenza artificiale con maggiore maturità culturale. Non ridimensiona l'intelligenza artificiale, ma ridimensiona le illusioni che la circondano. Richiama l'attenzione sul ruolo che resta propriamente umano: dare senso alle informazioni, orientare le scelte e assumersi la responsabilità delle decisioni.

In un'epoca in cui l'intelligenza artificiale tende a essere rappresentata come soggetto autonomo, Floridi ci ricorda che il vero rischio non è l'eccesso di potenza delle macchine, ma il deficit di chiarezza concettuale degli esseri umani. Per questo il libro si rivela particolarmente prezioso non solo per filosofi e studiosi del digitale, ma anche per chi opera in ambiti – come la medicina e la sanità pubblica – in cui tecnologia, decisione e responsabilità si intrecciano quotidianamente.

L'INDUZIONE DEL TRAVAGLIO DI PARTO

L'INDUZIONE DEL TRAVAGLIO DI PARTO (ITP) rappresenta oggi una delle procedure più frequentemente praticate in ostetricia e costituisce un elemento centrale nella gestione moderna della gravidanza a termine e delle principali patologie ostetriche. Se storicamente l'induzione era considerata un intervento riservato a poche situazioni cliniche selezionate, negli ultimi decenni il suo impiego è progressivamente aumentato in tutti i Paesi occidentali, fino a interessare oltre un terzo dei parti in numerose realtà assistenziali.

Questo incremento riflette diversi fenomeni concomitanti: il miglioramento delle conoscenze fisiopatologiche relative all'insorgenza spontanea del travaglio, la disponibilità di metodiche farmacologiche e meccaniche sempre più efficaci e sicure, l'aumento dell'età materna e delle gravidanze complicate da patologie croniche. Parallelamente, la pubblicazione di un numero sempre maggiore di studi clinici randomizzati e l'aggiornamento delle linee guida internazionali hanno contribuito a ridefinire indicazioni e modalità operative dell'induzione.

Nonostante la sua diffusione, l'ITP continua a rappresentare una procedura complessa, nella quale aspetti clinici, organizzativi, comunicativi ed etici si intrecciano strettamente. La scelta di indurre un travaglio non può infatti essere ridotta all'applicazione di un protocollo standardizzato, ma richiede una valutazione individualizzata del rischio ostetrico, delle caratteristiche della paziente e delle sue preferenze, la valutazione delle risorse assistenziali ed organizzative del singolo reparto al fine di definire un percorso assistenziale condiviso e sicuro.

DALLA STORIA ALLE MODERNE STRATEGIE DI INDUZIONE

L'idea di anticipare artificialmente il parto accompagna la storia dell'ostetricia da oltre due secoli. Le prime descrizioni risalgono alla fine del Settecento, quando Thomas Denman introdusse l'amnioressi come possibile intervento nelle donne con pelvi "contratta". Nel corso dell'Ottocento furono successivamente sperimentati numerosi metodi, tra cui l'utilizzo dell'ergot, fungo contenente alcaloidi in grado di stimolare la contrattilità uterina, nonché dispositivi meccanici, irrigazioni vaginali e altre procedure oggi considerate obsolete. L'introduzione dell'ossitocina nella prima metà

del Novecento rappresentò una svolta fondamentale, consentendo per la prima volta una modulazione relativamente controllata dell'attività contrattile uterina. Successivamente, la scoperta del ruolo delle prostaglandine nella maturazione cervicale e nell'attivazione del travaglio ha trasformato radicalmente l'approccio all'induzione, aprendo la strada ai moderni protocolli farmacologici.

Oggi l'ITP si basa su solide conoscenze biologiche relative ai meccanismi che regolano l'inizio spontaneo del parto. L'attivazione dell'interfaccia materno-fetale determina una complessa cascata di eventi biochimici che coinvolge prostaglandine, citochine infiammatorie, ossitocina e numerosi altri mediatori. Questi processi conducono alla maturazione cervicale, alla modificazione delle membrane e all'attivazione della contrattilità miometriale, creando le condizioni necessarie all'avvio del travaglio.

QUANDO L'INDUZIONE È APPROPRIATA

Il principio fondamentale che guida l'indicazione all'induzione del travaglio è rimasto sostanzialmente immutato nel tempo: il parto deve essere indotto quando i benefici dell'interruzione della gravidanza superano i rischi associati alla sua prosecuzione.

Tra le indicazioni più frequenti rientrano la gravidanza protratta oltre il termine, la rottura prematura delle membrane, alcune condizioni materne quali ipertensione, preeclampsia e diabete, nonché specifiche patologie fetali o pla-



DOTT.SSA BIANCA MASTURZO
Direttore SC ginecologia ed Ostetricia Ospedale degli Infermi Ponderano Biella



Il parto deve essere indotto quando i benefici dell'interruzione della gravidanza superano i rischi associati alla sua prosecuzione.

centari che possano compromettere il benessere del nascituro. In tutte queste situazioni, il clinico è chiamato a valutare attentamente il delicato equilibrio tra il rischio di attendere e quello di intervenire.

Negli ultimi anni il dibattito scientifico si è concentrato soprattutto sull'induzione elettiva nelle gravidanze a basso rischio. La pubblicazione del trial ARRIVE nel 2018 ha rappresentato un momento di svolta, suggerendo che l'induzione programmata a 39 settimane nelle nullipare selezionate non determina un aumento delle complicanze materne e neonatali e può associarsi a una riduzione del tasso di taglio cesareo. Questi risultati hanno alimentato un intenso e appassionato confronto internazionale e hanno portato molte società scientifiche a riconsiderare il tradizionale approccio attendista nelle gravidanze fisiologiche.

Tuttavia, l'interpretazione di tali evidenze richiede cautela. La decisione clinica deve sempre tenere conto delle caratteristiche della popolazione assistita, delle risorse disponibili e del contesto organizzativo in cui viene erogata l'assistenza.

LA SCELTA DEL METODO: UN APPROCCIO PERSONALIZZATO

Uno degli aspetti più rilevanti nella pratica clinica riguarda la scelta della metodica di induzione più appropriata. Tale decisione dipende principalmente dalle condizioni cervicali, generalmente valutate attraverso lo score di Bishop,





che mantiene ancora oggi un ruolo fondamentale nella programmazione dell'intervento.

In presenza di una cervice immatura o sfavorevole, l'obiettivo iniziale è favorire la maturazione cervicale. A questo scopo possono essere utilizzati diversi approcci, tra cui lo scollamento delle membrane, le prostaglandine e i dispositivi meccanici. Lo scollamento delle membrane, in particolare, favorisce il rilascio locale di prostaglandine e può aumentare la probabilità di un inizio spontaneo del travaglio, riducendo il ricorso a una vera e propria induzione farmacologica.

Quando invece il collo uterino presenta caratteristiche estremamente favorevoli, l'amnioressi e la somministrazione di ossitocina rappresentano le strategie maggiormente utilizzate per stimolare l'attività contrattile. Anche in questo caso non esiste una metodica universalmente superiore, ma la scelta deve essere adattata alla situazione clinica e all'esperienza del team assistenziale.

Particolare interesse ha suscitato negli ultimi anni il misoprostolo, analogo sintetico della prostaglandina E1. Le evidenze disponibili ne hanno progressivamente definito il ruolo nella maturazione cervicale e nell'induzione del travaglio, consentendone un utilizzo sempre più razionale e sicuro. La disponibilità di formulazioni specifiche e protocolli standardizzati ha contribuito a migliorarne il profilo di efficacia e sicurezza, rendendolo uno degli strumenti più utilizzati nella pratica contemporanea.

OLTRE LA PROCEDURA: L'ESPERIENZA DELLA DONNA

Negli ultimi anni è emersa con crescente forza la consapevolezza che il successo di un'induzione non possa essere valutato esclusivamente attraverso indicatori clinici tradizionali, quali il tasso di parto vaginale o la riduzione delle complicanze perinatali.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha più volte sottolineato come l'esperienza assistenziale della donna rappresenti un outcome di pari importanza rispetto agli esiti clinici. Numerosi studi dimostrano che l'induzione può essere associata a una percezione meno positiva dell'esperienza del parto, soprattutto quando la donna riceve informazioni insufficienti o si sente esclusa dal processo decisionale.

Aspettative irrealistiche, tempi di attesa prolungati, dolore, necessità di interventi aggiuntivi e fallimento della procedura possono contribuire a generare insoddisfazione, ansia e, in alcuni casi, un ricordo traumatico dell'esperienza nascita. Al contrario, un counselling adeguato e una comunicazione efficace si associano a livelli significativamente più elevati di soddisfazione materna.

Per questo motivo il processo informativo dovrebbe iniziare ben prima dell'ingresso in sala parto, coinvolgendo attivamente la donna e la sua famiglia nella comprensione delle indicazioni, delle alternative disponibili, dei possibili benefici e dei limiti della procedura. In questo percorso il ruolo dell'ostetrica risulta particolarmente importante per garantire continuità assistenziale, sostegno emotivo e accompagnamento nelle scelte.

ASPETTI ETICI E MEDICO-LEGALI

L'evoluzione dell'assistenza ostetrica ha reso sempre più rilevanti gli aspetti etici e giuridici legati all'induzione del travaglio.

Il consenso informato rappresenta uno degli elementi cardine della buona pratica clinica e non può essere considerato una semplice formalità burocratica. Il consenso deve essere preceduto da un'informazione completa, comprensibile e personalizzata, capace di permettere alla donna una scelta libera e consapevole.

La crescente attenzione verso la medicina centrata sulla persona impone inoltre di superare modelli paternalistici ancora talvolta presenti nella pratica clinica. La donna deve essere posta nelle condizioni di comprendere non soltanto cosa verrà fatto, ma anche perché una determinata scelta venga proposta e quali siano le possibili alternative.

In tale prospettiva, la qualità della relazione professionista-paziente, la documentazione accurata del percorso decisionale e la condivisione degli obiettivi assistenziali rappresentano strumenti fondamentali sia per migliorare gli esiti clinici sia per ridurre il rischio di contenzioso.

CONCLUSIONI

L'induzione del travaglio costituisce una delle più importanti conquiste dell'ostetricia moderna. Le evidenze scientifiche disponibili consentono oggi di disporre di strumenti efficaci e sicuri per affrontare numerose condizioni materne e fetali nelle quali la prosecuzione della gravidanza comporta un aumento del rischio.

La crescente diffusione della procedura impone, per contro, una costante attenzione all'appropriatezza clinica. Conoscenza delle evidenze, personalizzazione delle strategie terapeutiche, aggiornamento professionale continuo e capacità comunicative rappresentano elementi complementari e indispensabili di una moderna assistenza ostetrica.

L'obiettivo finale non è soltanto ottenere un parto sicuro, ma garantire un percorso assistenziale condiviso, rispettoso e centrato sui bisogni della donna, nel quale efficacia clinica ed esperienza della nascita trovino un equilibrio virtuoso.



Un counselling adeguato e una comunicazione efficace si associano a livelli significativamente più elevati di soddisfazione materna.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

1. WHO. WHO Recommendations: Induction of Labour. Geneva: World Health Organization; 2011.
2. NICE Guideline NG207. Inducing Labour. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2021.
3. ACOG Practice Bulletin No. 246. Induction of Labor. Obstet Gynecol. 2023.
4. Grobman WA, Rice MM, Reddy UM, et al. Labor Induction versus Expectant Management in Low-Risk Nulliparous Women. N Engl J Med. 2018;379:513-523.
5. Sanchez-Ramos L, Levine LD, Sciscione AC, et al. Methods for the induction of labor: efficacy and safety. Am J Obstet Gynecol. 2025.
6. Carlson N, Ellis J, Page K, Dunn Amore A, Phillippi JC. Review of Evidence-Based Methods for Successful Labor Induction. J Midwifery Womens Health. 2021;66:490-507.
7. Linea Guida SNLG. Induzione al travaglio di parto. Fondazione GIMBE-Fondazione Confalonieri Ragonese, SIGO, AOGOI, AGUI. Revisione 2022.
8. Avdiyovski H, Haith-Cooper M, Scally A. Membrane sweeping at term to promote spontaneous labour and reduce the likelihood of formal induction of labour for postmaturity. J Obstet Gynaecol. 2019;39:1-9.
9. Strandberg S, Karlsson C, Stephansson O, et al. Women's expectations and experiences of labor induction. BMC Pregnancy Childbirth. 2021;21:355.
10. Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K. The etiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. Psychol Med. 2016;46:1121-1134.

Dalla lunghezza ai nodi veri, dalla gelatina di Wharton alla spiralizzazione, fino alle anomalie di inserzione e al prolasso: una panoramica sulle principali alterazioni del cordone ombelicale, sul loro significato clinico, sulle possibilità di diagnosi prenatale e sulle strategie di monitoraggio e gestione per ridurre il rischio di complicanze materno-fetali.

CORDONE OMBELICALE.

Quando un'anomalia può mettere a rischio la gravidanza: come riconoscerla e quando intervenire

IL CORDONE OMBELICALE, CHE GARANTISCE LA CONNESSIONE TRA FETO E PLACENTA, presenta al suo interno i tre vasi sanguigni: una **vena ombelicale** che trasporta sangue ricco di ossigeno e sostanze nutritive dalla placenta al feto e due arterie ombelicali che trasportano sangue ricco di anidride carbonica e sostanze di rifiuto dal feto alla placenta. Questi vasi sono avvolti e protetti da una sostanza gelatinosa ricca acido ialuronico e cellule staminali mesenchimali; **la gelatina di Wharton**.

Si conoscono quattro caratteristiche del cordone ombelicale che ne garantiscono un perfetto funzionamento: l'adeguata lunghezza, l'omogeneità del calibro, la spiralizzazione armonica e la proporzionata componente protettiva delle strutture vascolari garantita proprio dalla gelatina di Wharton.

Da quanto riportato nelle più recenti linee guida, **durante l'ecografia ostetrica standard**, o di screening, del secondo e terzo trimestre debbono essere valutati soltanto due parametri del cordone ombelicale che vanno obbligatoriamente riportati nel referto: la verifica al suo interno della presenza di due arterie e una vena ed il suo sito di inserzione sull'addome fetale (per escludere l'onfalocele e la gastroschisi). Tutto ciò al fine di garantire uno screening universale, evitare sovradiagnosi e l'allungamento ingiustificato dei tempi dell'esame. Le linee guida non ritengono necessaria la valutazione del sito di inserzione placentare e dei parametri strutturali avanzati (il calcolo dell'indice di spiralizzazione o lo spessore del cordone ombelicale), sebbene sia opportuno che vengano segnalati qualora evidenziati.

La lunghezza del funicolo a termine di gravidanza deve essere di circa 50 cm con variazioni di +/- 5 cm. Si ritengono pericolose: la lunghezza oltre i 70 cm (superiore al 90° centile) e inferiore a 30 cm (inferiore al 10° centile). La sua misurazione ecografica è quasi impossibile. Difficoltà ci sono anche nella sua preci-



MAURIZIO SILVESTRI
Segretario Aogoi
Responsabile Ssd
Consultorio Spoleto
Valnerina Asl Umbria 2

sa misurazione durante l'esame macroscopico degli annessi fetali. Infatti, spesso non è possibile conoscere con certezza la lunghezza del tratto di funicolo clampato che resta collegato al neonato. L'adeguata lunghezza del cordone ombelicale permette al feto di muoversi senza problemi nel sacco amniotico e discendere agevolmente nel canale del parto durante il periodo espulsivo.

Un cordone eccessivamente corto può limitare i movimenti fetali ed essere responsabile dell'arresto della progressione fetale nel canale del parto ma anche ostacolare l'impegno della parte presentata negli stretti del bacino. Inoltre, può essere causa di trazioni anomale sui vasi cordonali e portare alla loro rottura con conseguente emorragia subamniotiche e spandimento emorragico nella gelatina di Wharton. In casi più rari, soprattutto in presenza di degenerazione della gelatina di Wharton o di particolari condizioni di ipospiralizzazione oppure di eccessiva torsione, il funicolo si può rompere completamente con conseguente emorragia fetale e decesso del feto.

Altrettanto pericolosa è **la lunghezza eccessiva**. In questo caso può risultare estremamente facile per il feto annodarlo su sé stesso (nodi veri del cordone), avvolgerlo attorno al collo, a bandoliera oppure agli arti. Il **nodo vero del cordone ombelicale** è un'evenienza che si verifica nell'1-2% delle gravidanze ed è causata dall'attraversamento del feto di un'ansa del funicolo. È favorita dal polidramnios. Nei casi più gravi, specialmente durante il travaglio di parto, se il nodo si dovesse serrare ostacolerebbe il passaggio dell'ossigeno e nutrienti per il feto provocandone sofferenza fetale oppure la morte. In letteratura il nodo vero si trova anche associato a ritardo di crescita. Nella maggior parte dei casi però rimane "lento" e non interferisce con il passaggio di sangue. È difficile diagnosticarlo con certezza durante l'ecografia ostetrica e può essere sospettato quando si osserva una

resistenza anomala alla flussimetria. Spesso la conferma diagnostica avviene solo al momento del parto. Può essere confuso con un nodo falso o semplici anse del cordone. Poiché la maggior parte dei nodi resta lenta e non compromette il flusso sanguigno grazie alla protezione della gelatina di Wharton, la sua gestione clinica si basa su criteri ben precisi di **stretta sorveglianza della gravidanza** fino al termine. Prevede: la richiesta alla gestante di prestare particolare attenzione ai movimenti del feto (segnalando tempestivamente eventuali riduzioni della vitalità), la normalità flussimetrica della resistenza al passaggio del sangue nelle arterie ombelicali e la regolarità del battito cardiaco fetale alla cardiotocografia, soprattutto intrapartale.

La sola visualizzazione ecografica di un nodo vero del cordone ombelicale non costituisce un'indicazione assoluta al taglio cesareo elettivo. Si potrà effettuare l'intervento se la flussimetria dovesse mostrare anomalie severe o costanti. Segno questo che il nodo si sta serrando. Particolare attenzione bisognerà prestare durante il travaglio di parto quando con maggiore facilità il nodo potrebbe stringersi. Il monitoraggio cardiotocografico continuo mostrerà decelerazioni atipiche o ripetute del battito cardiaco fetale imponendo il taglio cesareo oppure un rapido parto operativo vaginale.

I **falsi nodi del cordone ombelicale** sono dei semplici rigonfiamenti o varicosità del funicolo che si formano a causa di un accumulo localizzato di gelatina di Wharton o per una tortuosità dei vasi sanguigni, principalmente della vena (flebeccasie) ed in minor misura delle arterie. A differenza dei nodi veri, **non comportano di solito alcun rischio per la salute del feto**



e non hanno alcun significato patologico. Possono essere osservati durante un'ecografia di routine, ma molto spesso vengono notati direttamente al momento del parto. Potrebbe verificarsi un evento critico quando le flebectasie diventano importanti ed al loro interno si formano micro trombi potenzialmente capaci di entrare nel circolo venoso afferente al cuore fetale.

Altro aspetto legato all'eccessiva lunghezza del cordone ombelicale sono i suoi **giri attorno al collo, a bandoliera oppure agli arti**. Soprattutto i primi potrebbero provocare la compressione dei vasi carotidei ed un'ischemia acuta dell'encefalo. Inoltre, quando i giri di cordone sono multipli la costrizione del funicolo sui piani del collo può essere la causa di una substenosi dei vasi cordonali (soprattutto della vena ombelicale), più raramente la loro occlusione. Nella pratica quotidiana della sala parto molti neonati nascono con diversi giri di funicolo attorno al collo senza avere apparentemente subito danni.

Possono portare a conseguenze patologiche anche le **anomalie del diametro complessivo del cordone ombelicale**, dovute quasi esclusivamente ad anomalie quantitative della gelatina di Wharton secondarie a fenomeni degenerativi, flogistici oppure genetici. A termine di gravidanza, il diametro medio del cordone ombelicale misura **tra i 17 e 19 mm**. La misurazione ecografica, non richiesta dalle linee guida dell'ecografia di screening del secondo e terzo trimestre, risulta sistematicamente **maggiore** a causa del turgore dei vasi ombelicali. Dopo il suo clamping si avrà, quindi, una riduzione del calibro complessivo e questo spiega la differenza del

“

L'adeguata lunghezza del cordone ombelicale permette al feto di muoversi senza problemi nel sacco amniotico e discendere agevolmente nel canale del parto durante il periodo espulsivo.

risultato della misurazione ecografia rispetto a quella dell'anatomia patologica. Si parlerà di **Ipoplasia (funicolo sottile)** in presenza di un diametro inferiore ai 14 mm nel terzo trimestre (inferiore al 10° percentile). La riduzione della gelatina di Wharton, che priva i vasi della protezione meccanica esponendoli a compressione e occlusioni transitorie, viene spesso associata a fumo materno, preeclampsia o ipertensione gestazionale e anomalie genetiche. È stata riscontrata una correlazione con la restrizione della crescita intrauterina, oligoidramnios e sofferenza fetale intrapartum. Mentre sarà **iperplastico** (funicolo gigante) un suo diametro superiore a 21 mm nel terzo trimestre (superiore al 90° percentile). L'eccesso della gelatina, se isolata, ha generalmente una prognosi favorevole; tuttavia, è stato associato a diabete gestazionale, idrope fetale e anomalie genetiche.

Altra caratteristica del cordone ombelicale è il **suo andamento spiraliforme** che serve a proteggere i vasi sanguigni da compressioni e stiramenti. A termine della gravidanza si contano in media **tra le 10 e le 11 spire totali**. Più che il numero assoluto di spire si dovrà valutare l'**Indice di spiralizzazione** (UCI - Umbilical Coiling Index), che si ottiene dividendo il numero totale delle spire per la lunghezza del cordone espresso in centimetri. Il valore normale medio alla nascita è pari a circa **0,2 spire per centimetro** quindi una spira completa ogni 5 centimetri di cordone. La valutazione ecografica, non richiesta nell'ecografia standard, è più complessa e si attesta intorno a 0,4 spire per centimetro. La differenza è dovuta alle diverse modalità di misurazione in ecografia e, soprattutto, alla turgidità dei vasi ombelicali. Si parlerà di **ipospiralizzazione**, o cordone liscio, quando si riscontrano pochissime spire e l'indice di spiralizzazione è inferiore al 10° centile, quindi **0,1 spire/cm**. Si associa ad anomalie cromosomiche (soprattutto trisomia 13 e 18) ma anche genetiche. In questi casi i movimenti fetali possono essere ridotti. In quelli più gravi è stato riscontrato un aumentato rischio di sofferenza fetale ma anche di morte endouterina.

Mentre avremo **iperspiralizzazione** quando il cordone è eccessivamente arrotolato su sé stesso, assumendo un aspetto a corda attorcigliata. È favorita dalla riduzione della gelatina di Wharton e l'origine è soprattutto una predisposizione genetica. L'indice di spiralizzazione sarà superiore al 90° centile con almeno **0,3 spire/cm**. Può associarsi a un restringimento per compressione dei vasi cordonali con ostacolo al flusso sanguigno e un rallentamento tale da favorire la trombosi e addirittura la loro occlusione. È inoltre segnalato un ridotto apporto di ossigeno al feto soprattutto durante le contrazioni del travaglio di parto. Nel **5-10% dei casi**, le anomalie della spiralizzazione coesistono con l'**arteria ombelicale unica** e, soprattutto in caso di ipospiralizzazione, il rischio relativo di anomalie genetiche strutturali o aneuploidie aumenta in modo esponenziale rispetto al riscontro isolato. Il **riscontro ecografico di una spiralizzazione patologica nel secondo trimestre** deve indurre a: escludere anomalie strutturali minori e maggiori tramite ecografia morfologica di secondo livello, valutare attentamente la cinematica fetale (movimenti corporei e respiratori) e, soprattutto, considerare lo screening del DNA fetale (cfDNA) o la diagnosi prenatale invasiva.

Questo specialmente se l'anomalia della spiralizzazione si associa ad altri soft markers o a restrizione della crescita fetale.

Negli ultimi anni stanno comparando articoli scientifici che correlano le **anomalie della gelatina di Wharton** e alcune **anomalie genetiche o cromosomiche del feto**. Le alterazioni quantitative (troppa o poca gelatina) o strutturali (formazione di cisti) possono essere spie d'allarme ecografiche che necessitano di approfondimento anche del quadro genetico.

Il funicolo, di norma si inserisce nella porzione centrale o paracentrale del disco coriale, con le strutture vascolari orientate verso i cotiledoni in una distribuzione ordinata ed armonica. A volte, invece, s'inserisce in porzioni marginali o addirittura sulle membrane amniocoriali (inserzione velamentosa) e allora, i vasi amniocoriali partendo dall'inserzione del funicolo per raggiungere i cotiledoni, saranno obbligati a compiere tragitti anomali per sede e lunghezza (a volte anche di 20-30 cm). La vena e le arterie risulteranno intrecciate o sovrapposte con restringimenti e strozzature. Tutto ciò può interrompere o alterare il flusso ematico con criticità per la circolazione placentare e fetale. Tali anomalie possono diventare estremamente pericolose nell'inserzione velamentosa del funicolo. Ampie arcate vascolari decorano senza supporto gelatinoso sulle membrane libere, quindi facilmente esposte alla compressione con alterazioni del loro flusso interno e, di conseguenza, alla perfusione fetale. Inoltre, al momento della rottura delle membrane oppure nell'impegno del feto attraverso gli stretti del bacino e soprattutto nella sua fase espulsiva, potrebbe verificarsi la rottura di un vaso con conseguentemente massiva grave anemizzazione del feto.

In circa l'1% delle gravidanze è presente una sola arteria invece che due; **arteria ombelicale singola**. Sebbene spesso sia una condizione isolata e benigna, richiede però controlli ecografici più approfonditi per escludere anomalie morfologiche o di sviluppo del feto.

Per finire esistono anomalie di posizione: **procidenza e prollasso**. Si verificano quando il cordone scende nel canale del parto davanti alla parte presentata del feto. Sono più pericolose nelle presentazioni cefaliche poiché il funicolo viene compresso tra la testa del feto e le ossa pelviche causando l'arresto del circolo. Può essere causa di decesso del feto. È una condizione ostetrica che richiede un parto cesareo d'emergenza.



Cardiotocografia intrapartum:

CORRETTA INTERPRETAZIONE NELLE IPOSSIE LENTAMENTE PROGRESSIVE

LA CTG ASSUME GRANDE IMPORTANZA MEDICO LEGALE, poiché buona parte del contenzioso in campo ostetrico è relativo a contestazioni nella sua esecuzione o interpretazione. **L'ipossia/acidosi intrapartum è solo uno dei fattori implicati nel danno neurologico neonatale** e il rapporto tra alterazioni cardiotocografiche, acide mia fetale e danno neurologico neonatale è molto complesso, multifattoriale e non riducibile a una relazione lineare causa-effetto.

Nel Regno Unito il Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (Rcog) ha promosso il programma nazionale "Each Baby Counts", finalizzato all'analisi sistematica degli eventi neonatali avversi intrapartum (Robertson L, Knight H, Prosser Snelling E, Petch E, Knight M, Cameron A, Alfrevic Z. Each Baby Counts: national quality improvement programme to reduce intrapartum-related deaths and brain injuries in term babies. Semin Fetal Neonatal Med. 2017); esso ha analizzato gli *outcomes* neonatali avversi avvenuti nel Regno Unito, includendo tutti i parti a termine (comprese le gravidanze gemellari) in assenza di anomalie congenite. Gli eventi avversi indagati sono stati:

- **morte Fetale Intrapartum:** definita quando un feto era vivo all'inizio del travaglio ed è nato senza segni di vita;
- **morte Neonatale Precoce:** qualsiasi neonato che muore per qualsiasi causa entro la prima settimana di vita;
- **danno cerebrale severo** diagnosticato nella prima settimana di vita (Encefalopatia Ipossico-Ischemica di III grado Sarnat - necessità di ipotermia - ipotonia/coma/convulsioni di qualsiasi tipo).

Il programma ha evidenziato che una quota rilevante degli eventi neurologici severi avrebbe potuto beneficiare di un diverso management ostetrico e organizzativo. Tuttavia, gli elementi critici identificati non riguardavano esclusivamente l'interpretazione della CTG, bensì un insieme molto più ampio di fattori, tra cui:

- mancato riconoscimento del rischio;
- problemi di comunicazione all'interno del team;
- insufficiente formazione clinica;
- problematiche organizzative;
- deficit nei fattori umani individuali;
- ritardi decisionali;
- gestione inappropriata del travaglio e della somministrazione di ossitocina.



DOTT. RICCARDO MORGERA
Ginecologo
Direttore sanitario e responsabile clinico casa di cura ospedale internazionale - Napoli
Consulente scientifico ufficio legale Aogoi
Membro del consiglio direttivo Aogoi

Durante il travaglio di parto si verificano frequentemente episodi di transitoria riduzione dell'ossigenazione fetale. La maggior parte dei feti è in grado di tollerare bene questi momenti ma per alcuni tali episodi possono rappresentare un serio pericolo. La fase espulsiva o secondo stadio del travaglio rappresentano il momento in cui questi fenomeni divengono più frequenti. I fenomeni tipici di questa fase (massima durata ed intensità delle contrazioni uterine - ripetute manovre del Valsalva) possono compromettere la circolazione feto-placentare e minacciare la salute di un feto, specialmente se questo è vulnerabile alla ridotta riserva di ossigeno. Uno studio specifico su quest'aspetto ha dimostrato, che a seguito delle contrazioni uterine sostenute dai premiti materni del secondo stadio del travaglio, comportano una significativa riduzione dell'ossigenazione cerebrale fetale che non si osserva nel primo stadio del travaglio (Aldrich CJ.: The effect of maternal pushing on fetal cerebral oxygenation and blood volume during the second stage of labor; BJOG, 1995).

Lo stress ipossico del travaglio è di tipo **variabile** ed **ingravescente**, poiché, l'intensità e la durata delle contrazioni uterine aumentano nel corso del parto. Pertanto, l'interpretazione della CTG va contestualizzata al singolo caso clinico, ed in particolare nella fase del travaglio in cui essa è stata eseguita, in quanto un medesimo quadro CTG non avrà lo stesso significato clinico nei diversi momenti del travaglio/parto e potrà assumere un valore differente a seconda: a) della velocità di evoluzione del quadro, b) della durata dell'esposizione allo stress ipossico, c) della presenza di fattori materni o fetali associati e d) della riserva metabolica fetale.

Per definizione la condizione di ipossia lentamente progressiva riguarda un feto sottoposto ad uno stress ipossico ad evoluzione graduale ma che in una prima fase ha sufficiente tempo per impiegare le sue risorse per attuare una fase di compenso iniziale (comparsa di decelerazioni la cui durata ed ampiezza saranno proporzionali all'entità dell'insulto ipossico - perdita delle accelerazioni al fine di ridurre i consumi energetici) ed una successiva fase di compenso avanzato con aumento della frequenza cardiaca tra le decelerazioni, al fine di aumentare l'afflusso di sangue ed ossigeno ai tessuti (encefalo-cuore), negli intervalli di tempo in cui lo stimolo ipossico si attenua o scompare, saldando il debito energetico accumulato durante la de-

celerazione; solo se il meccanismo compensatorio fallisce, si instaura la fase di scompenso che si traduce in una riduzione della perfusione cerebrale (instabilità della variabilità della Frequenza Cardiaca - riduzione del tempo che il feto passa nella linea di base rispetto al tempo che passa decelerando) ed infine bradycardia a scalini. Questa sequenza descrittiva delle alterazioni CTG in caso di ipossia lentamente progressiva può essere espresso efficacemente nell'acronimo inglese ABCDE (Chandrahara E.: Pathophysiological Interpretation of Fetal Heart Rate Tracing in Clinical Practice; Am. J. Obstet. & Gynecol., 2023).

Quindi, una prima fondamentale problematica è rappresentata dalla capacità del feto di sopportare lo stress ipossico che interviene nel corso del travaglio di parto. Alcuni feti che presentano una compromissione pre-esistente *antepartum*, potrebbero non essere in grado di sopportare uno stress ipossico causato dal intermittente e progressivo aumento nella frequenza della durata e della forza delle contrazioni uterine in travaglio di parto. Nel 2017 alcuni illustri colleghi hanno sviluppato la "*Fetal Monitoring Checklist*", in modo da identificare aspetti del CTG indicativi di una compromissione fetale pre-esistente, con lo scopo di rispondere ad una semplice questione "*questo feto è in grado di sopportare il progressivo stress ipossico del travaglio?*" (Chandrahara E - Pereira S.: Recognition of chronic hypoxia and pre-existing foetal injury on the cardiotocograph - urgent need to thin beyond the guidelines; Porto Biomed. J., 2017). In questa checklist vengono prese in considerazione: 1) Frequenza Cardiaca Basale, se appropriata per epoca gestazionale, 2) variabilità normale/ciclicità, 3) presenza di vere accelerazioni nella fase latente del travaglio, 4) assenza di decelerazioni tardive o di tipo *shallow-late* e 5) considerare altri quadri associati (meconio - iperpiressia - *Fetal Growth Restriction*, ridotti movimenti fetali attivi - diabete gestazionale - preeclampsia - *induction/augmentation* del travaglio).

La risposta fondamentale che i clinici ostetrici vorrebbero avere è: un feto che è adatto, al tempo di ammissione, al travaglio in vero rimane adatto per tutta la durata del travaglio?

Esistono delle condizioni di stress ipossico evolutivo che iniziano a manifestarsi molte ore dopo





l'insorgenza della fase attiva del travaglio; perciò, la conoscenza di specifici quadri CTG, associati a fattori di rischio per la compromissione del feto sono requisiti essenziali per anticipare e rispondere, adeguatamente ed in tempo, a questi cambiamenti, in modo da ottimizzare l'outcome perinatale; **questi cambiamenti del CTG, suggestivi di un stress ipossico gradualmente evolutivo, possono osservarsi, soprattutto, durante la fase tardiva del primo stadio del travaglio, come pure nel secondo stadio, al contrario delle condizioni ipossiche antenatali che si manifestano già nella fase latent del travaglio di parto** (Chandrahara E.: Physiological Interpretation of Cardiotocograph – The Rule of Intrapartum “FIT-CAT”; The European Society of Medicine, 2024).
Altri feti potrebbero non essere in grado di compensare la condizione di stress ipossico del travaglio, con l'inizio di una regolare attività contrattile uterina, manifestando la condizione di “Relative Utero-Placental Insufficiency”

che potrebbe non essere riconosciuta dai clinici, nei suoi specifici aspetti cardiotocografici, ritardando e/o non identificando la problematica (International Expert Consensus Statement on Physiological Interpretation of Cardiotocograph, 2024). Alcune specifiche condizioni antepartali, come il rischio di entrata di batteri nella cavità amniotica, anche successivamente alla rottura spontanea prematura delle membrane amnio-coriali possono comportare alterazioni del CTG ritardate (fase attiva/tardiva del primo stadio), così come, in modo simile, il passaggio di meconio nei primi stadi del travaglio si potrebbe associare a normali quadri CTG che, solo successivamente, per l'inattivazione della fagocitosi neutrofila nel liquido amniotico, possono nella fase tardiva “attiva” del primo stadio, dare alterazioni CTG specifiche. Recentemente è stato proposto uno specifico score per identificare i feti a rischio in caso di sospetta infiammazione, con un punteggio da 0 a 2 da dare a specifici parametri:

Parametri	0	1	2
Fhr basale	Appropriata per epoca gestazionale	Incremento < 10% rispetto alla linea basale	Incremento > 10% della linea basale con assenza di ciclicità e/o zig-zag pattern o ctg sinusoidale
Segni di neuroinfiammazione	Ciclicità della fhr presente	Zig-zag pattern < di 2 minuti Ciclicità assente > 50 minuti Pattern sinusoidale per < 20 minuti	Zig-zag pattern > 2 minuti o con ricorrenza Ciclicità assente con fhr tachicardica > 20 minuti Pattern sinusoidale > 20 minuti
Meconio	Assente	Presente ma con ctg normale	Presente con incremento della fhr basale al ctg
Irritabilità miometriale	Assente	Presente con ctg normale	Presente con incremento della fhr basale al ctg o meconio
Parametri materni	Assenza di tachicardia o iperpiressia	Tachicardia materna senza iperpiressia	Tachicardia materna con iperpiressia

I casi con score > di 5 erano frequenti in neonati trasferiti in Terapia Intensiva ed il 50% di questi manifestavano danni ipossi-ischemici o morivano; in tutti i casi si riscontrava un aumento > del 10% della linea di base (incremento della richiesta metabolica fetale), segni di neuro-infiammazione (assenza di ciclicità – *zig-zag pattern* -andamento sinusoidale) ed il 90% delle gestanti presentava segni di irritabilità miometriale e nel 50% dei casi era presente meconio (Chandrahara E.: Recognition of Chorionamnionitis on the CTG – the Rule of the Chorio Duck Score; Europ. J. of Medical and Health Sciences, 2024).
È giunto il momento di un cambiamento nell'interpretazione del CTG, da quella basata sul tradizionale riconoscimento dei “*pattern*” a quella basata sulla fisiologia fetale. L'interpretazione basata sulla fisiologia mira a comprendere la fisiopatologia che sta alla base delle caratteristiche osservate sul tracciato CTG, con l'obiettivo di mettere in atto un intervento tempestivo ed appropriato in caso di evidenza di scompenso fetale (Chandrahara E.: Handbook of CTG Interpretation – from Patterns to Physiology, 2017). Tale cambiamento interpretativo risulta fondamentale, in quanto è scientificamente dimostrato come clinici ostetrici di esperienza sono in disaccordo sull'interpretazione di una medesima traccia CTG, specialmente nei casi “intermedi” da riferire ai CTG di tipo 2 o sospetti. Tale tipo di CTG intermedio non è espressione di specifico *distress* fetale ma potrebbe essere suggestivo di potenziali problemi del feto, con l'avanzare del travaglio di parto. Uno studio scientifico che ha paragonato l'accuratezza, la condivisione e la praticità dell'interpretazione CTG, utilizzando le Linee Guida della Figo, dell'Acog e del Nice ha dato risultati deludenti, in quanto gli specialisti coinvolti erano, spesso, in disaccordo sulla identificazione e classificazione delle decelerazioni, principalmente anche per le significative discrepanze che le diverse Linee Guida adottavano (Santo S.: Compare Collaboration Agreement and Accuracy Using the Figo, Acog and Nice Cardiotocography Interpretation Guidelines; Acta Obstet. Gynecol. Scand., 2017).
Infine, può essere utile prendere in considerazione quanto, recentemente, è stato raccomandato dalla Linea Guida dell'ACOG; cioè utilizzare un unico sistema di classificazione dei CTG, da parte di tutto lo *staff* di una Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia, in modo da evitare queste discrepanze interpretative, spesso dettate anche da diverse Linee Guida sull'argomento (Acog Clinical Practice Guideline – Intrapartum Fetal Heart Monitoring: Interpretation and Management, 2025).
Le “Raccomandazioni” italiane sulla CTG, sono pienamente esaustive, sia a riguardo della CTG *antepartum*, sia per la CTG *intrapartum* e sarebbe, altamente, auspicabile che divenissero gli elementi guida per l'interpretazione CTG nelle “nostre” Unità Operative di Ostetricia.

Allattamento materno: dalla prevenzione alla gestione delle complicanze. Una responsabilità clinica e culturale per il ginecologo

L'ALLATTAMENTO MATERNO RAPPRESENTA UNO DEGLI INTERVENTI PIÙ EFFICACI, sicuri e sostenibili disponibili in medicina preventiva. Negli ultimi decenni la ricerca scientifica ha progressivamente ampliato le conoscenze sul ruolo biologico del latte umano e sui suoi effetti a breve e lungo termine, confermando come l'allattamento non costituisca soltanto una modalità di nutrizione del neonato, ma un determinante fondamentale della salute materna e infantile.

Oggi l'allattamento viene considerato una priorità globale di salute pubblica. I suoi benefici coinvolgono contemporaneamente il bambino, la donna, la famiglia, il sistema sanitario, la società e persino l'ambiente. Non sorprende quindi che l'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'Unicef continuino a raccomandare l'allattamento esclusivo per i primi sei mesi di vita e il suo proseguimento, insieme ad alimenti complementari appropriati, fino ai due anni e oltre.

La crescente attenzione verso questo tema deriva dalla consapevolezza che molte delle malattie croniche che caratterizzano l'età adulta trovano origine nelle prime fasi dello sviluppo. Il concetto dei "primi mille giorni", che comprende il periodo dal concepimento ai primi due anni di vita, ha rivoluzionato il modo di interpretare la salute materno-infantile. Durante questa finestra biologica si realizzano processi di programmazione metabolica ed epigenetica che influenzano il rischio futuro di obesità, diabete, malattie cardiovascolari e altre patologie croniche.

In tale contesto il latte materno svolge un ruolo unico. Non rappresenta semplicemente una



ELSA VIORA
Past Presidente Aogoi
Presidente Federazione
Sigo



IRENE CETIN
Coordinatrice Comitato
Scientifico Sigo
Professore Ordinario di
Ostetricia e Ginecologia,
Dipartimento di Scienze
Cliniche e di Comunità,
Università degli Studi di
Milano, Direttore Uoc
Ostetricia Mangiagalli,
Fondazione Irccs Ca'
Granda, Ospedale
Maggiore Policlinico

fonte di nutrienti, ma un sistema biologico complesso in continua evoluzione, capace di adattarsi alle esigenze del bambino nelle diverse fasi della crescita. Contiene fattori immunologici, cellule vive, ormoni, oligosaccaridi, enzimi, metaboliti e componenti bioattivi che interagiscono con lo sviluppo del sistema immunitario, endocrino e metabolico del neonato. Sempre più evidenze suggeriscono inoltre che l'allattamento contribuisca alla regolazione dell'espressione genica attraverso meccanismi epigenetici che possono influenzare la salute lungo tutto il corso della vita.

I benefici per il bambino sono ampiamente documentati. L'allattamento riduce il rischio di infezioni respiratorie e gastrointestinali, favorisce un corretto sviluppo neurologico e si associa a una minore incidenza di obesità e diabete nelle età successive. Parallelamente, la donna che allatta beneficia di una più rapida involuzione uterina, di un miglior recupero post-partum e di una riduzione del rischio di sviluppare nel tempo carcinoma mammario, carcinoma ovarico, diabete mellito tipo 2 e sindrome metabolica.

L'allattamento rappresenta inoltre una delle poche strategie sanitarie capaci di produrre contemporaneamente vantaggi clinici, economici e ambientali. Il latte materno è una risorsa naturale, rinnovabile e a basso impatto ambientale. In un'epoca in cui la sostenibilità è diventata un elemento imprescindibile delle politiche sanitarie, promuovere l'allattamento significa anche contribuire agli obiettivi di sviluppo sostenibile definiti dall'Agenda 2030 delle Nazioni Unite.

Per questi motivi la promozione dell'allatta-

mento è entrata a pieno titolo tra le strategie di prevenzione previste dal Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025. Tuttavia, la diffusione delle raccomandazioni non è di per sé sufficiente a garantire il successo dell'allattamento. Molte donne incontrano difficoltà già nei primi giorni dopo il parto e una quota significativa interrompe precocemente la lattazione proprio a causa di problemi clinici non adeguatamente riconosciuti o trattati.

In questo scenario emerge con forza il ruolo del ginecologo. Tradizionalmente associata alla gestione della gravidanza e del parto, la figura del ginecologo è oggi chiamata a estendere le proprie competenze anche al periodo post-partum e alla gestione delle problematiche correlate all'allattamento. La salute della mammella durante la lattazione deve infatti essere considerata parte integrante della salute riproduttiva femminile.

Nella pratica clinica il dolore mammario rappresenta uno dei motivi più frequenti di consultazione. Troppo spesso viene banalizzato o considerato un fenomeno inevitabile dell'allattamento, mentre costituisce in realtà un segnale clinico che richiede una valutazione accurata. Il dolore può essere associato a un attacco non corretto al seno, a lesioni del capezzolo, a condizioni infiammatorie, a disfunzioni della lattazione o a vere e proprie patologie infettive.

Le conoscenze scientifiche più recenti hanno profondamente modificato l'approccio alle mastiti. Oggi si parla sempre più frequentemente di "mastitis spectrum", un continuum clinico che comprende condizioni inizialmente infiammatorie e congestizie, forme caratterizzate da alterazioni del microbiota



mammario e quadri infettivi conclamati che possono evolvere fino all'ascesso mammario. Questa visione supera il modello tradizionale che considerava la mastite esclusivamente come una malattia infettiva e consente una gestione più appropriata, personalizzata e basata sulle evidenze.

La comprensione del microbiota del latte umano rappresenta uno dei campi di maggiore interesse scientifico. L'interazione tra microbiota materno, microbiota mammario e microbiota intestinale del neonato appare sempre più rilevante nella regolazione dell'infiammazione e nella fisiopatologia delle mastiti. Sebbene molti aspetti siano ancora oggetto di studio, tali acquisizioni stanno contribuendo a ridefinire strategie diagnostiche e terapeutiche che fino a pochi anni fa apparivano consolidate.

Parallelamente, anche il ruolo della diagnostica per immagini ha acquisito crescente importanza. L'ecografia mammaria rappresenta oggi uno strumento essenziale nella diagnosi differenziale delle patologie della mammella durante l'allattamento, consentendo di distinguere condizioni fisiologiche da quadri patologici che richiedono trattamenti specifici. Una corretta integrazione tra valutazione clinica e imaging permette di ridurre ritardi diagnostici e trattamenti inappropriati.

Le conseguenze delle complicanze dell'allattamento non devono essere sottovalutate. Oltre al disagio fisico, esse possono compromettere significativamente la qualità di vita della donna, favorire l'interruzione precoce della lattazione e influenzare negativamente il benessere psicologico materno. Numerosi

studi hanno evidenziato come il dolore persistente e le difficoltà nell'allattamento possano contribuire allo sviluppo di sintomi depressivi nel post-partum e interferire con la relazione precoce tra madre e neonato.

Per affrontare efficacemente queste problematiche è necessario promuovere modelli assistenziali multidisciplinari. Ginecologi, ostetriche, neonatologi, pediatri, radiologi, microbiologi, infermieri e consulenti professionali dell'allattamento devono poter condividere linguaggi, competenze e percorsi assistenziali comuni. Solo attraverso una presa in carico integrata è possibile garantire una diagnosi tempestiva, un trattamento appropriato e il mantenimento dell'allattamento quando clinicamente possibile.

L'organizzazione dei servizi sanitari gioca un ruolo determinante. Le politiche nazionali e internazionali hanno evidenziato come il successo dell'allattamento dipenda non soltanto dalla motivazione individuale della donna, ma anche dall'esistenza di percorsi strutturati di sostegno durante la gravidanza, il parto e il puerperio. La continuità assistenziale tra ospedale e territorio, l'applicazione delle raccomandazioni Oms-Unicef e la disponibilità di professionisti adeguatamente formati rappresentano elementi essenziali per migliorare gli esiti.

In questo contesto la Federazione Sigo, insieme ad Aogoi, continua a promuovere attività scientifiche e formative finalizzate a rafforzare le competenze dei professionisti della salute. Il coinvolgimento di un panel multidisciplinare di esperti testimonia la volontà di affrontare il tema dell'allattamento secondo una prospettiva

va moderna, basata sulle evidenze e orientata alla pratica clinica.

L'obiettivo non è soltanto quello di favorire l'avvio e il mantenimento dell'allattamento, ma anche di fornire ai professionisti gli strumenti necessari per riconoscere e gestire tempestivamente le patologie della mammella in lattazione. Preservare l'allattamento quando possibile significa infatti preservare un importante determinante di salute per la donna e per il bambino.

L'allattamento materno rappresenta oggi uno dei più efficaci investimenti in salute pubblica. Promuoverlo, proteggerlo e sostenerlo significa agire contemporaneamente sulla prevenzione delle malattie croniche, sul benessere materno-infantile, sulla sostenibilità dei sistemi sanitari e sul futuro delle nuove generazioni. È una responsabilità che coinvolge l'intera comunità scientifica e alla quale la ginecologia italiana è chiamata a contribuire con competenza, aggiornamento e visione.

REFERENZE

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-490.
2. Rollins NC, Bhandari N, Hajeerhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016;387(10017):491-504.
3. World Health Organization, UNICEF. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva: WHO; 2003.
4. World Health Organization. *Infant and Young Child Feeding*. Geneva: WHO; 2023.
5. Horta BL, Victora CG. Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. Geneva: World Health Organization; 2013.
6. North K, Gao M, Allen G, Lee A. Breastfeeding in a global context: Epidemiology, impact and future directions. *Front Pediatr*. 2022;10:815190.
7. Mitchell KB, Johnson HM, Rodriguez JM, Eglash A, Scherzinger C, Zakarija-Grkovic I, et al. *Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised 2022*. *Breastfeed Med*. 2022;17(5):360-376.
8. Berens P, Eglash A, Malloy M, Steube AM, Mitchell KB, Academy of Breastfeeding Medicine. *ABM Clinical Protocol #26: Persistent Pain with Breastfeeding*. *Breastfeed Med*. 2016;11(2):46-53.
9. Amir LH; Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. *ABM Clinical Protocol #4: Mastitis, Revised March 2014*. *Breastfeed Med*. 2014;9(5):239-243.
10. Walker M. *Breastfeeding Management for the Clinician: Using the Evidence*. 5th ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2021.
11. UNICEF, WHO. *Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Baby-Friendly Hospital Initiative. Revised implementation guidance*. Geneva; 2018.
12. Ministero della Salute. *Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno*. Conferenza Stato-Regioni, 20 dicembre 2007.
13. Ministero della Salute. *Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025*. Roma; 2020.
14. United Nations. *Transforming our World: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York: United Nations; 2015.
15. Pérez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Pérez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Matern Child Nutr*. 2016;12(3):402-417.

“

Per affrontare efficacemente queste problematiche è necessario promuovere modelli assistenziali multidisciplinari.

Obesità E GRAVIDANZA

SIAMO PRONTI A LASCIARE ALLE GENERAZIONI FUTURE UNA POPOLAZIONE che nel 2060 potrebbe essere, compresi i bambini, per il 70% obesa?

Noi come operatori della salute abbiamo una grande responsabilità.

Possiamo modificare questo trend in aumento dell'obesità legato a fattori genetici, comportamentali, ambientali ed individuali caratterizzato da un patologico accumulo di tessuto adiposo dovuto ad un alterato rapporto tra assunzione, utilizzo e deposito delle sostanze nutritive, col nostro operato possiamo influenzare le generazioni future.

L'obesità è una malattia cronica recidivante, per la sua valutazione si fa riferimento all'indice di massa corporea, superiore a 30, nella diagnosi è utile anche considerare la circonferenza della vita, misura del grasso addominale, che non deve superare nelle donne 88cm e il rapporto vita/fianchi che valuta la distribuzione del grasso, nelle donne deve essere inferiore a 0,8.

L'obesità è un problema globale, in un recente studio pubblicato su Lancet (2022) si osserva che il 42% della popolazione femminile americana è obeso, 51% delle donne americane in gravidanza sono in sovrappeso o affette da obesità al momento del concepimento.

Secondo i dati dell'Oms in Europa il 59% degli adulti e quasi 1 bambino su 3 (29% dei maschi e 27% delle femmine) sono sovrappeso o obesi.

In Inghilterra solo 2 donne su 5 iniziano la gravidanza normoBMI, il 26,7% sono sovrappeso, 29,5% obese.

Obesità: quali rischi?

In Italia secondo uno studio recente dell'ISS il 9-10% delle donne in età fertile sono obese e siamo il quarto stato in Europa con il maggior numero di bambini obesi.

È nota la correlazione tra molte patologie croniche, dismetaboliche, neoplastiche, della sfera psichiatrica e riproduttiva associate all'obesità.

L'obesità si può considerare la massima espres-



CATERINA TRONCI
vicesegretaria Aogoi
Responsabile Sala Parto
Ospedale SS Trinità
Cagliari

**DIABETE MELLITO
DI TIPO 2**

DISLIPIDEMIA

IPERTENSIONE

**MALATTIA
CORONARICA**

COLELITIASI

**CARCINOMA
MAMMARIO IN
POST-MENOPAUSA**

**CARCINOMA
DELL'ENDOMETRIO**

ICTUS

OSTEOARTRITE

DEPRESSIONE

BASSA AUTOSTIMA

**PROBLEMI
RIPRODUTTIVI**

sione della sindrome metabolica

In queste pazienti il tessuto adiposo rilascia ac grassi non esterificati (Nefa) in eccesso

L'aumento intracellulare dei Nefa è responsabile tramite alcuni loro metaboliti, di insulino-resistenza. Questi metaboliti si accumulano sotto forma di trigliceridi e il loro aumento favorisce la sintesi di molecole proinfiammatorie (citochine) che inducono un danno sul pancreas, responsabile della resistenza all'insulina fino all'iperinsulinemia e al diabete tipo 2.

Le donne con una distribuzione del grasso a livello viscerale sono a maggior rischio.

L'obesità viscerale di queste donne è sede di una situazione infiammatoria cronica, il tessuto adiposo è invaso da macrofagi attivati, questi rilasciano cronicamente molecole proinfiammatorie che, da un lato incrementano l'insulino-resistenza e dall'altro producendo un danno sulla parete endoteliale, predispongono all'insorgenza di ipertensione arteriosa e malattie cardiovascolari a lungo termine.

Pensiamo a cosa possa succedere in gravidanza: le donne obese vivono in uno stato di proinfiammazione cronica.

Fisiologicamente nel primo trimestre di gravidanza abbiamo un aumento della sensibilità

all'insulina, con aumento dell'intake del glucosio (effetto dovuto alla presenza dell'ormone HPL prodotto dalla placenta, 12-14 sett).

Successivamente si instaura una lieve insulino-resistenza che favorisce il trasporto del glucosio al feto, che induce lipolisi con produzione di glucosio e ac grassi e aumento della secrezione di insulina.

Le donne obese hanno già un insulino-resistenza e un iperinsulinemia, in gravidanza si assiste ad un ulteriore incremento dell'insulinoresistenza e dell'iperinsulinemia condizione che predispone queste donne ad un maggior rischio di diabete gestazionale.

La presenza di citochine e acidi grassi liberi esercita un effetto proinfiammatorio che turba l'equilibrio esistente a livello placentare (interferendo negativamente sull'invasione trofoblastica) e può creare una disfunzione endoteliale e compromettere lo sviluppo stesso della placenta e del feto.

Questo stato proinfiammatorio può indurre, attraverso la placenta, azioni sul feto, esponendo i figli delle donne obese a un maggior rischio di malattie croniche, di tipo cardiovascolare, metabolico con maggiore rischio di ricorrenza di obesità sulla prole.

Fertilità

Nelle donne obese è tre volte più frequente avere cicli oligo o anovulatori. Si ha inoltre una minore recettività endometriale con risultati quantitativamente inferiori con la PMA, con necessità di più alte dosi di gonadotropine e/o minore qualità ovocitaria. Ma soprattutto maggiore rischio di aborto rispetto alle donne normopeso sia in caso di concepimento spontaneo che dopo PMA.

Gravidanza

È di vitale importanza dare alle donne obese una corretta informazione sui rischi connessi alla patologia, dare informazioni sul corretto stile di vita in modo da ottimizzare il peso corporeo prima della gravidanza.

È importante un approccio multidisciplinare perché l'obesità è una malattia multifattoriale (nutrizionista, cardiologo, psicologo oltre che ginecologo).

Un nutrizionista che delinei una dieta bilanciata, l'uso di farmaci ipoglicemizzanti fino alla chirurgia bariatrica solo in casi selezionati (donne con IMC > 40 o > 35 con comorbidità), casi nei quali la ricerca della gravidanza dovrebbe essere posticipata almeno un anno dopo l'intervento e dovrebbero essere considerati possibili deficit nutrizionali.

L'obesità interferisce con l'intera sfera riproduttiva



Gestione del peso in gravidanza

- donne con IMC > 30 kg/m2 - limitare l'incremento di peso tra i 5,0 e i 9,0 kg
- donne con IMC tra 25 e 29,9 kg/m2 – limitare l'incremento di peso tra i 6,0- 11,0 kg

Perdita di peso in gravidanza

Non vi sono evidenze che la perdita di peso in gravidanza in donne obese abbia effetti benefici. È consigliato associare alla dieta un'attività fisica moderata: iniziando con 5 minuti al giorno di camminata, per esempio, aggiungendo 5 minuti ogni giorno fino ad almeno 30 minuti di esercizio fisico giornaliero (Acog).

Le donne obese in gravidanza hanno necessità di un percorso sartoriale della loro gestazione.

L'Acido folico da iniziare 3 mesi prima della gravidanza fino alla 12 sett (dose non superiore a 5 mg die).

È necessario uno screening dei micronutrienti Ferritina, vitamina B12, folati, vitamina D, magnesio e potassio

Se vit D <50nmol/l è necessario una supplementazione 10 microg).

È importante prevenire l'anemia in gravidanza (attenzione alle pz post chirurgia bariatrica possono avere un malassorbimento).

- A 16-18 settimane è bene offrire un OGTT, da ripetere a 24-28 sett (da rivalutare dopo il parto).

L'obesità materna è associata ad un aumentato rischio ostetrico e neonatale

In una coorte di 106.552 donne negli Usa, i rischi relativi per le complicanze della gravidanza attribuibili all'obesità nelle donne senza altre malattie croniche documentate (cioè, metabolicamente sane ma obese) sono riportati nella Tabella

Esito	BMI normale			Sovrappeso			Obesità classe 1			Obesità classe 2			Obesità classe 3		
	N. (%)	RR	AR	N. (%)	RR	AR	N. (%)	RR	AR	N. (%)	RR	AR	N. (%)	RR	AR
Disturbi ipertensivi gestazionali	3.351 (5%)	-	-	2.096 (8%)	1.65 (1.57-1.74)	3%	1.274 (11%)	2.34 (2.20-2.49)	6%	631 (13.2%)	2.78 (2.56-3.01)	8.2%	536 (17.3%)	3.55 (3.26-3.86)	12.3%
Diabete mellito gestazionale	1.834 (2.8%)	-	-	1.495 (5.7%)	1.99 (1.86-2.13)	2.9%	959 (8.3%)	2.94 (2.73-3.18)	5.5%	517 (10.8%)	3.97 (3.61-4.36)	8%	452 (14.6%)	5.47 (4.96-6.04)	11.8%
Taglio cesareo	14.872 (22.4%)	-	-	7.562 (28.7%)	1.26 (1.23-1.29)	6.3%	3.936 (33.9%)	1.49 (1.45-1.53)	11.5%	1.830 (38.3%)	1.7 (1.64-1.77)	15.9%	1.457 (46.9%)	2.01 (1.93-2.10)	23.6%
Natimortalità	206 (0.3%)	-	-	91 (0.4%)	1.07 (0.83-1.37)	0.1%	53 (0.5%)	1.43 (1.05-1.96)	0.2%	15 (0.3%)	1.01 (0.59-1.74)	0%	14 (0.5%)	1.41 (0.82-2.45)	4.7%
Nati grandi per età gestazionale	5.372 (7.9%)	-	-	3.171 (12%)	1.52 (1.45-1.58)	4.1%	1.584 (13.7%)	1.74 (1.65-1.83)	5.8%	712 (14.9%)	1.93 (1.79-2.07)	7%	538 (17.3%)	2.32 (2.14-2.52)	9.4%
Anomalie congenite	3.923 (5.9%)	-	-	1.673 (6.4%)	1.08 (1.02-1.14)	0.5%	728 (6.8%)	1.07 (0.99-1.16)	0.9%	317 (6.6%)	1.12 (1.00-1.25)	0.7%	449 (14.5%)	1.2 (1.05-1.36)	1.4%
Ricovero in terapia intensiva neonatale	5.880 (8.9%)	-	-	2.848 (10.8%)	1.16 (1.11-1.21)	1.9%	1.335 (11.5%)	1.20 (1.13-1.27)	2.6%	610 (12.8%)	1.3 (1.20-1.41)	3.9%	138 (1.26-1.51)	1.38 (1.26-1.51)	5.6%

Nota: RR aggiustato per età materna, etnia materna, tipo di assicurazione, stato civile, parità, fumo e consumo di alcol. AR% = percentuale di rischio attribuibile, percentuale di donne con complicanze nella categoria della classe di obesità meno la percentuale di donne con complicanze nella categoria di peso normale; BMI = indice di massa corporea; RR = rischio relativo.

- Hanno un aumentato rischio di preeclampsia, importante il controllo della PA (si ha necessità di un apparecchio che disponga di un bracciale adeguato per la misurazione) e il controllo della funzionalità epatica e renale.
- Alle donne con BMI>35 è bene prescrivere dall'inizio della gravidanza acido acetilsalicidico 150mg/la sera.
- Per l'aumentato rischio di tromboembolia va effettuata la tromboprofilassi secondo le linee guida dell'Iss e del Royal College.

Nelle gravide con obesità per lo spessore del pannello adiposo spesso l'esecuzione degli esami ecografici sarà più difficoltoso.

Inoltre, è bene ricordare che i test di screening sul sangue materno come il NIPT nelle donne obese avranno un maggior rischio di fallimento a causa della minore frazione fetale circolante presente, si renderanno necessari più frequentemente test prenatali invasivi.

L'obesità si associa inoltre ad un aumento rischio di mortalità perinatale e per BMI >40 la significatività è da valutare con attenzione.

L'Acog raccomanda nelle donne con BMI 35-39.9 di cominciare la sorveglianza antenatale dalla 37settimane di gravidanza.

Nelle donne con BMI 40 o superiore dalla 34 sett. La sola Obesità non è però un'indicazione per l'induzione e andrebbe fatta solo per indicazioni mediche o ostetriche.

Travaglio e parto

Nella decisione di programmare un'induzione al parto molti lavori suggeriscono sia meglio proporla alla 39 settimana. In queste pazienti è sicuramente da prediligere il parto vaginale anche se accade che ci sia rispetto alle donne non obese, un più alto tasso di fallimento dell'induzione, rallentamento della progressione del travaglio e di parto strumentale. L'Acog raccomanda che i reparti ospedalieri siano dotati per le pazienti obese:

- di letti adeguati sia per il travaglio parto che per la sala operatoria;
- durante il travaglio è da preferirsi il Ctg in continuo, con la necessità di dover ricorrere all'uso dell'elettrodo interno che deve essere disponibile in sala parto;
- venga posizionato sempre al ricovero un Accesso Venoso, sia previsto un precoce ricorso all'epidurale e si preferisca una gestione attiva del terzo stadio.

Complicanze

Le donne obese con BMI>35 rispetto alle donne normopeso hanno un rischio significativamente aumentato di emorragia del postparto e di distocia di spalla (di 2-2.5 volte)

L'obesità non è un'indicazione al taglio cesareo

- Le donne obese sono a maggior rischio di complicanze associate al taglio cesareo
- Complicanze legate all'anestesia
 - Emorragia del post-parto grave
 - Tromboembolismo
 - Endometrite postparto
 - Sepsis (dati ITOSS)
 - Fallimento VBAC

In caso di taglio cesareo

Nella scelta dell'accesso laparotomico della pz obesa occorre considerare:

- Adeguata visualizzazione della pelvi e del SUI
- Il contenimento delle complicanze post-operatorie del sito chirurgico.

Le incisioni longitudinali sopra o sotto ombelicali si associano a maggiori complicanze della ferita, aumentano il rischio di isterotomia verticale e il ricorso alle trasfusioni rispetto all'incisione sec Pfannenstiel.

In caso di BMI>40 preferire invece l'incisione trasversale sovraombelicale come suggerito da diversi lavori francesi pubblicati sull'American Journal.

ANTIBIOTICO PROFILASSI PREOPERATORIA

CEFAZOLINA: 2g : se BMI ≥ 30 ≤ 50
3g se BMI ≥ 51
Nelle pz allergiche:
Clindamicina:
900 mg se BMI ≥ 30 ≤ 50
1200 mg se BMI ≥ 51

Il nostro ruolo è importantissimo, dobbiamo aiutare le donne a capire l'importanza del corretto stile di vita e in caso di obesità e sovrappeso pianificare il miglior percorso per la gravidanza e il parto ma soprattutto creare una rete multidisciplinare coesa che accompagni la donna nel suo cammino riproduttivo.

BIBLIOGRAFIA

1) Clinical Reviews in Allergy & Immunology (2023) 64:145–160 <https://doi.org/10.1007/s12016-021-08907-9> -Role of Inflammaging on the Reproductive Function and Pregnancy Alice Zavatta1,3 · Francesca Parisi · Chiara Mandò · Chiara Scaccabarozzi3 · Valeria M. Savasi2,3 · Irene Cetini,2 Accepted: 28 September 2021 / Published online: 15 January 2022 © The Author(s), under exclusive licence to Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature 2021

2) New England Journal of Medicine,-Obesity in pregnancy-2022 A.A. Craanga P catalano, B Bateman

3) 2010 Apr 28;119(3):123-9. doi: 10.1042/CS20090640. Lipotoxicity in obese pregnancy and its potential role in adverse pregnancy outcome and obesity in the offspring -Eleanor Jarvie 1, Sylvie Hauguel-de-Mouzon, Scott M Nelson, Naveed Sattar, Patrick M Catalano, Dilys J Freeman

4) Complicanze ostetriche dovute all'obesità' pregravidica in donne con gravidanza singola senza malattie prima della gravidanza-Kim SS et al.- Obstet Gynecol 2016; 128:104-112)

5) Relation between perinatal outcome and gestational duration in term primiparous pregnancies stratified by body mass index-2022-Lindegren L.et al.

6) Is there an increased risk of cesarean section in obese women after induction of labour? A retrospective cohort study-BjorklundJ et al.





VALERIA DUBINI
Presidente Agite

**ABBIAMO VISTO COME I DATI PIÙ RECEN-
TI DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
(ISS),** pubblicati nel 2025 e riferiti alle segna-
lezioni raccolte fino al 31 dicembre 2023, dimostri-
no un aumento delle infezioni sessualmente tras-
messe (Ist) in Italia.

Il Rapporto è stato già diffuso ampiamente
su questa rivista ma vale la pena ricordarne i
dati più rilevanti: innanzi tutto un incremento
dell'83% rispetto al 2021 per quanto riguarda la
gonorrea, del 25% per la sifilide primaria e del
21% per quanto riguarda la clamidia.

Preoccupa peraltro il fatto che, in particolare per
la clamidia, è la popolazione giovanile quella
maggiormente colpita, cioè giovani tra 15 e 24
anni, con prevedibili ricadute sulla fertilità futu-
ra in un Paese in cui molto si parla di denatalità
pur non indicando con chiarezza le strategie da
perseguire.

Si parla invece sempre meno di infezioni da Hiv:
eppure, nonostante le nuove possibilità terapeuti-
che, anche l'incidenza di nuovi casi di positività
per Hiv non tende a diminuire.

I dati 2024 rilasciati dal Sistema di Sorveglian-
za Nazionale mostrano una media italiana di 4
nuovi casi ogni 100mila abitanti con picchi che
sfiorano il 6 per 100mila in alcune regioni come
la Regione Lazio.

Accanto a questo non si può ignorare la scarsa
consapevolezza del rischio percepito dai nostri
giovani connazionali: l'uso del condom, infatti,
nel nostro Paese è tra i più bassi in Europa ed è
persino andato diminuendo negli ultimi anni.

Ad utilizzarlo sempre meno sono soprattutto gli

adolescenti e i giovani adulti: secondo l'Osserva-
torio "Giovani e Sessualità" su un campione di
circa 15mila giovani di età compresa tra 13 e 25
anni, l'uso regolare del preservativo è passato dal
57% del 2019 al 43% del 2023, con una riduzione
di 14 punti percentuali in 4 anni.

Le motivazioni più frequenti sono il fastidio per
l'interruzione del momento (28%) e la difficoltà
alla contrattazione con il partner (21%): resta il
fatto che se meno di un giovane su due utilizza
precauzioni nei confronti del rischio di contrarre
una malattia trasmessa sessualmente e non sem-
bra quindi casuale l'aumento della frequenza di
Ist cui stiamo assistendo.

Lo studio Edit

Questi dati sono del resto confermati dallo studio
Edit, un'indagine condotta ogni tre anni dall'A-
genzia Regionale Toscana sui comportamenti
di un campione di giovani di età compresa tra
14 e 19 anni: questo studio, che nel 2025 ha
celebrato i suoi 20 anni dalla prima pub-
blicazione mostra infatti che i giovani
toscani tendono oggi a ritardare la
prima esperienza sessuale rispetto
a vent'anni fa, in linea con quan-
to accade nel resto d'Europa:
sono infatti il 34,5%, del
campione i ragazzi che
riportano di avere
avuto già rapporti
sessuali, mentre
nel 2005 era-
no 41,4%,

con una differenza di quasi 7 punti percentuali,
statisticamente significativa ($p < 0,001$).

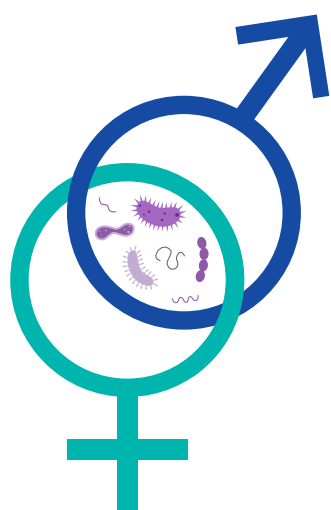
A fronte di questo si osserva però una riduzione
nell'uso del profilattico (59,6 vs 64,1 % del 2005)
che paradossalmente si accentua con il crescere
dell'età (66,4% per i quattordicenni vs 50,8% per
i ragazzi di 19 anni) e con il numero di partner.

In parte questo pare dovuto anche all'aumento
nell'utilizzo di contraccettivi sicuri; l'uso della
contraccezione ormonale passa dal 21,6% del
2005 al 30,3% del 2025, ma pare del tutto scon-
osciuta la necessità di associare a una contracce-
zione sicura per la prevenzione di gravidanze in-
desiderate una protezione verso le Ist mediante
l'uso del condom, come la campagna "Double
Dutch" promossa dal governo olandese negli

anni '90, ci ha insegnato.

In effetti sono solo il 27%
delle ragazze che as-
sumono la con-

Perché non dobbiamo avere timore dell'educazione all'affettività e alla sessualità e il ruolo dei Consultori Giovani



Il Rapporto è stato già diffuso

ampiamente su questa rivista ma vale
la pena ricordarne i dati più rilevanti:
innanzi tutto un incremento dell'83%
rispetto al 2021 per quanto riguarda
la gonorrea, del 25% per la sifilide
primaria e del 21% per quanto riguarda
la clamidia.



tracce ormonale che hanno dichiarato di aver utilizzato anche il profilattico durante l'ultimo rapporto sessuale.

Altri dati preoccupanti riportati dallo studio Edit riguardano la sempre minore conoscenza delle malattie sessualmente trasmissibili e l'utilizzo di alcool e droga prima dei rapporti sessuali.

Per quanto riguarda le Ist, infatti, se l'86% conosce l'Hiv, ma i valori scendono quando parliamo di herpes vaginalis (48,3%), papilloma virus - Hpv (47,2%), sifilide (45,3%), gonorrea (33,5%) ed epatite (30,1).

L'uso di alcol o droghe nei momenti che precedono il rapporto sessuale è stato adottato dal 16,8% del campione e questo costituisce un ulteriore elemento che si associa al mancato utilizzo del profilattico.

Comportamenti violenti tra i giovani

Ma lo studio Edit apre anche uno spaccato sulla presenza di comportamenti violenti anche all'interno di giovani coppie: sappiamo dalla letteratura che i giovanissimi non sono esenti da forme di violenza nella relazione e che talvolta, condizionati da stereotipi tuttora presenti nella nostra Società e diffusi anche dai Social, non ne sono neppure del tutto consapevoli.

Alla domanda "Nel corso degli ultimi 12 mesi, ti è mai capitato di trovarti in una situazione di violenza, controllo, coercizione con la persona con cui hai/avevi una relazione sentimentale?" il 14% del campione risponde che sì, si è verificato almeno un comportamento violento da parte del partner nell'ultimo anno.

Le forme di violenza più frequentemente riportate riguardano il controllo e la limitazione della libertà personale (5,8%), l'aggressione verbale (5,7%) e la violenza fisica (3,3%).

Comportamenti come coercizione sessuale (2,9%) o controllo digitale (lettura dei messaggi, richiesta di eliminare contatti o foto, limitazione dell'uso dei dispositivi) sono presenti nel 10% delle risposte ottenute. Inoltre se la quasi totalità degli studenti considera inaccettabili comportamenti come costringere una persona ad avere un rapporto sessuale (92,8%), colpire o spingere il partner durante un litigio (89,3%), o richiedere insistentemente foto intime (90,4%), solo il 38% del campione non ritiene che la gelosia eccessiva rappresenti un comportamento violento così come il 20% non ritiene inaccettabile l'isolamento dagli amici o dai familiari a dimostrazione del fatto che sono ancora presenti ambiguità nel riconoscere la violenza psicologica o relazionale.

Cosa fare

Ma allora cosa possiamo fare per contrastare una situazione che ancora condiziona così pesantemente tante donne e coppie con le quali veniamo in contatto?

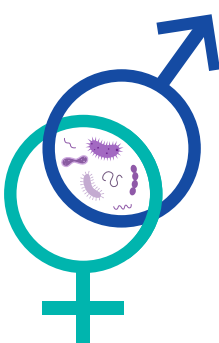
Chi lavora nei consultori giovani sa bene quanto importanti siano questi presidi territoriali dove, per legge nazionale, i giovani possono accedere direttamente senza bisogno di essere accompagnati dai genitori e dove sono accolti da un'équipe multidisciplinare in grado di rispondere alle loro domande, di ascoltare le loro necessità, i disagi, le preoccupazioni, i dubbi e le incertezze.

In alcune regioni, come la Regione Toscana, possono accedere gratuitamente ai consultori



“

Il 94% dei giovani intervistati ritiene che debba essere la scuola a garantire l'informazione sui temi della sessualità e riproduzione



“

Resta il fatto che ad oggi se la principale fonte di informazioni sulla sessualità è rappresentata da internet (89% dei maschi e 84% tra le femmine) mentre solo il 10% dichiara di parlarne in famiglia.

giovani ragazze e ragazzi dai 13 ai 26 anni e possono trovare tutti i tipi di contraccettivi compreso il condom proprio al fine di promuovere una maggiore consapevolezza nei confronti dei rischi delle malattie sessualmente trasmesse e della necessità di autoprotezione anche guardando alla fertilità futura.

Ma altrettanto importanti sono i momenti di incontro che l'equipe consultoriale porta nelle scuole: un modo di fare conoscere il servizio e di discutere con i ragazzi i tanti aspetti della vita affettiva, cercando di combattere stereotipi e diffondere informazioni su argomenti ancora troppo spesso trattati come tabù o peggio come temi proibiti e per questo guardati con morbosa curiosità.

Sono momenti importanti anche perché sono i ragazzi stessi a chiederlo: secondo gli ultimi dati dell'Iss il 94% dei giovani intervistati ritiene che debba essere la scuola a garantire l'informazione sui temi della sessualità e riproduzione (con un 60% che ritiene che questo dovrebbe iniziare dalla scuola secondaria di primo grado o anche prima) mostrando di preferire personale esperto esterno alla scuola (62%).

Resta il fatto che ad oggi se la principale fonte di informazioni sulla sessualità è rappresentata da internet (89% dei maschi e 84% tra le femmine) mentre solo il 10% dichiara di parlarne in famiglia.

Sappiamo che le informazioni trovate su internet in solitudine e senza filtri possano essere fuorvianti e anzi alimentare il senso di trasgressione e morbosità: pur riconoscendo l'importanza del ruolo della famiglia sappiamo anche che talvolta

è proprio nella famiglia che si possono imparare gli stereotipi e modelli di asimmetria relazionale. E allora affidare la scelta di trattare questi temi alla famiglia rischia di lasciare soli proprio quei ragazzi che avrebbero più bisogno di punti di vista diversi.

È per questi motivi che le conclusioni dell'Iss richiamano esplicitamente la necessità di programmi strutturati di promozione della salute sessuale prevedendo educazione precoce nelle scuole finalizzata allo sviluppo delle competenze relazionali e delle conoscenze (Iss 2025).

Questo è del resto in linea con le indicazioni dell'Oms che indica nell'educazione un intervento di salute pubblica e un diritto educativo, basato su solide evidenze scientifiche e ne raccomanda un inizio precoce adeguando naturalmente i contenuti all'età (*International Technical Guidance on Sexuality Education Unesco - Oms 2018*).

In Europa sono 40 i Paesi in cui l'educazione sessuale e affettiva è presente con programmi strutturati e in 20 di questi è prevista in modo obbligatorio (in Svezia già dal 1955)

Anche nel resto del mondo, secondo il rapporto globale di Unesco, che ha analizzato 155 Paesi, circa l'85% dispone di leggi o politiche che prevedono una qualche forma di educazione alla sessualità nelle scuole.

Ma allora ci si domanda perché nel nostro Paese dovremmo averne timore? Paura che spingano a una sessualità più precoce? Forti evidenze scientifiche dimostrano che l'introduzione dell'educazione sessuale nel percorso scolastico non aumenta la precocità dei primi rapporti, ma al contrario, è in grado di aumentare la prevenzione di comportamenti a rischio di contrarre infezioni sessualmente trasmissibili e anche di favorire relazioni rispettose attraverso la promozione di competenze affettive e relazionali.

Oppure paura di condizionare le scelte sessuali affrontando anche le possibili domande e i dubbi riguardanti l'identità di genere? Ma davvero pensiamo che la propria identità sia plasmabile solo parlando di possibili differenze nella percezione del sé? Non si può semplificare la complessità semplicemente negandola: ancora una volta trattare gli argomenti che vengono dal mondo reale non può certo condizionare quella che è la nostra percezione identitaria ma può invece essere fondamentale nell'insegnare il rispetto per gli altri ed abbattere stereotipi e discriminazioni ancora troppo diffuse e pericolose.

Poiché la salute sessuale rappresenta parte integrante del benessere degli adolescenti, dovrebbe assicurarci che vengano loro fornite informazioni in ambito scolastico, da personale formato, competente e allenato al colloquio con i giovani. Si tratta in effetti di un potente antidoto al rischio di avventurarsi da soli e senza una guida nel composito mondo del web e dei social, mondo con il quale è comunque necessario confrontarsi gestendolo e non negandolo.

E allora, proprio noi che siamo i medici delle donne e che ce ne prendiamo cura in tutte le fasi della loro vita non possiamo non auspicare che anche il nostro Paese faccia un passo avanti su questo terreno rafforzando presidi come i consultori giovani che possono rappresentare, in sincronia con il mondo dell'educazione, e un potente strumento di supporto alle fragilità dei nostri adolescenti, accompagnando senza pregiudizi e con uno sguardo rivolto al futuro, loro e le loro famiglie in quel cammino difficile che è rappresentato da questa fase della vita.

HPV IN ETÀ ADULTA

Una nuova alleanza per una prevenzione continua e integrata

LA PREVENZIONE DELL'INFEZIONE DA PAPILLOMAVIRUS UMANO non può più essere considerata esclusivamente un tema dell'adolescenza. Lo dimostrano le crescenti evidenze scientifiche sull'efficacia della vaccinazione anti-Hpv nella popolazione adulta, il suo possibile ruolo nella prevenzione delle recidive dopo il trattamento delle lesioni Hpv-correlate e la necessità di una presa in carico integrata della donna, dell'uomo e della coppia.

A puntare i riflettori sul tema è stato un evento dal titolo "Hpv in età adulta: prevenzione, vaccinazione e strategia integrata", promosso da Aogoi e Federazione Sigo, svoltosi a Roma, che ha riunito ginecologi, igienisti, esperti di sanità pubblica e rappresentanti delle principali società scientifiche, con l'obiettivo di delineare un nuovo modello di prevenzione capace di accompagnare la persona lungo tutto l'arco della vita.

Ad aprire i lavori sono stati i Presidenti delle società scientifiche coinvolte: il prof. **Antonio Chiàntera**, Presidente Aogoi; **Elsa Viora**, Presidente della Federazione Sigo; **Enrico Di Rosa**, Presidente Siti; e **Rosa P. De Vincenzo**, Presidente eletta Sicpcv. Una partecipazione che ha testimoniato la volontà di costruire un'alleanza sempre più solida tra ginecologia, sanità pubblica, servizi vaccinali e prevenzione oncologica.

Il filo conduttore dell'intera giornata è stato il superamento di un paradigma ormai riduttivo: l'HPV non riguarda soltanto le adolescenti, ma interessa una quota significativa di donne e uomini anche nell'età adulta. Nuove infezioni, persistenza virale, lesioni precancerose, recidive dopo trattamento e neoplasie HPV-correlate richiedono pertanto una strategia che integri prevenzione primaria, vaccinazione, screening e counselling clinico personalizzato.

"Le donne non sono soltanto madri di ragazze e ragazzi da vaccinare, ma sono esse stesse persone che possono contrarre l'infezione da HPV – ha ricordato Carlo Maria Stigliano, Vicepresidente nazionale Aogoi e responsabile scientifico dell'evento – questa vaccinazione rappresenta, a tutti gli effetti, uno strumento di prevenzione oncologica. Può essere valutata anche in età adulta e anche nelle donne che abbiano già contratto uno o più tipi di HPV, poiché il vaccino nonavalente offre protezione nei confronti di nove differenti tipi di Papillomavirus umano".

La vaccinazione anti-HPV nell'adulto non deve quindi essere interpretata come un intervento isolato, né come un'alternativa allo screening, ma come parte di una strategia integrata. L'associazione tra vaccinazione, adesione ai programmi di screening e counselling personalizzato può contribuire a prevenire nuove infezioni e a rafforzare la protezione delle persone già esposte o trattate per patologie HPV-correlate.

Per **Elsa Viora**, co-responsabile scientifica dell'e-

vento, il momento attuale è particolarmente favorevole per consolidare questo cambiamento: "Oggi disponiamo di conoscenze scientifiche che ci consentono di ampliare la visione della prevenzione. Il ginecologo svolge un ruolo centrale perché può accompagnare la donna nelle diverse fasi della vita, offrendo un counselling basato sulle evidenze e promuovendo una prevenzione realmente continua".

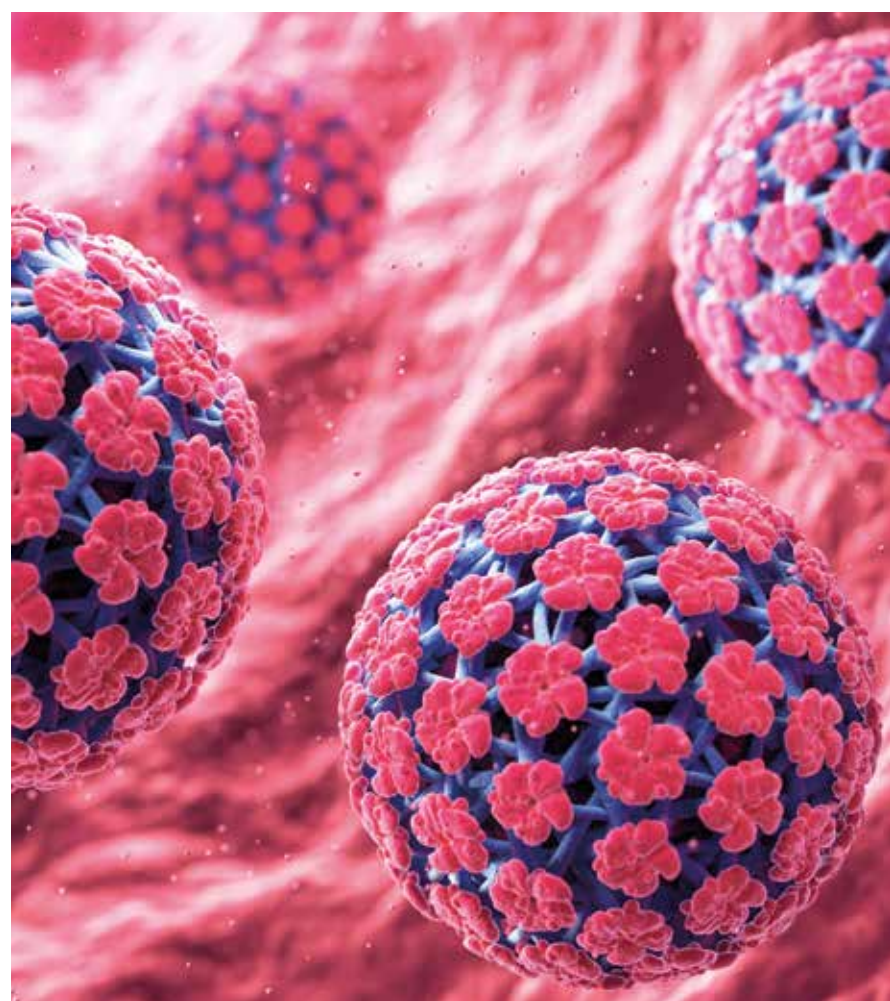
Il programma scientifico ha approfondito i principali aspetti dell'HPV nell'adulto: l'epidemiologia e il peso delle patologie HPV-correlate, il ruolo dell'uomo nella trasmissione dell'infezione, le raccomandazioni nazionali sulle coperture vaccinali, l'efficacia e la sicurezza del vaccino nelle popolazioni adulte e il razionale della vaccinazione dopo trattamento delle lesioni correlate al virus. Particolare attenzione è stata dedicata alla vaccinazione della coppia, considerata una prospettiva importante per superare l'idea che l'HPV e la sua prevenzione siano questioni esclusivamente femminili.

"Dobbiamo superare lo stereotipo secondo cui la vaccinazione riguarda soltanto il genere femminile o esclusivamente gli adolescenti – ha spiegato Lorenza Driul, componente del direttivo Agui e professoressa ordinaria di Ostetricia e Ginecologia presso l'Università di Udine – le strategie di prevenzione devono coinvolgere anche l'uomo e considerare la coppia nel suo complesso. Per raggiungere questo obiettivo è fondamentale una comunicazione efficace, empatica e fondata su solide evidenze scientifiche".

Un ruolo importante è rivestito dalle strategie condivise per la prevenzione e la vaccinazione nella donna adulta e nella coppia. Dal confronto tra i rappresentanti delle società scientifiche è emersa la necessità di superare la frammentazione dei percorsi e di costruire una rete stabile tra ginecologi, servizi vaccinali, consultori, medicina territoriale, ospedali e sanità pubblica.

Ampio spazio è stato riservato anche alle esperienze organizzative sviluppate nelle diverse realtà regionali. I modelli di chiamata attiva, l'integrazione tra consultori e centri vaccinali, la vaccinazione offerta nei luoghi di cura, il coinvolgimento degli specialisti e il counselling finalizzato a contrastare l'esitazione vaccinale rappresentano strumenti concreti per aumentare l'adesione e raggiungere una popolazione adulta ancora insufficientemente coinvolta nei programmi di prevenzione.

Il messaggio emerso con forza è quello di un autentico cambio di paradigma. La vaccinazione anti-HPV non è più soltanto un intervento destinato alle nuove generazioni, ma può inserirsi in una strategia globale e personalizzata, capace di accompagnare la persona anche nell'età adulta e di integrarsi con lo screening, con la gestione clinica delle pazienti già trattate e con un'informazione scientificamente corretta.



In questo scenario il ginecologo assume una funzione sempre più rilevante: non soltanto nella diagnosi e nella cura delle patologie HPV-correlate, ma anche nell'identificazione delle persone che possono beneficiare della vaccinazione, nella promozione dello screening e nella costruzione di un counselling chiaro, competente e personalizzato. Una raccomandazione formulata durante la visita ginecologica può infatti rappresentare un momento decisivo per orientare la donna e la coppia verso una scelta consapevole.

L'iniziativa di Roma ha confermato l'impegno di Aogoi e Federazione Sigo nella promozione di una nuova cultura della prevenzione, fondata sulle evidenze scientifiche, sulla collaborazione multidisciplinare e sulla continuità dei percorsi assistenziali. L'obiettivo condiviso è trasformare le conoscenze più recenti in pratica clinica quotidiana, rafforzando una strategia di prevenzione continua e integrata che coinvolga donne, uomini e coppie e contribuisca a ridurre il peso delle patologie Hpv-correlate.

La prevenzione dell'Hpv entra così in una nuova fase: non più un intervento circoscritto a una specifica età o a un solo genere, ma un percorso che accompagna la persona nel corso della vita. In questo percorso, la vaccinazione anti-Hpv rappresenta uno dei più importanti strumenti di prevenzione oncologica e il ginecologo è chiamato a svolgere un ruolo decisivo nel trasformare l'evidenza scientifica in salute.

DONNA ADULTA E HPV:

è tempo di superare il mito del “troppo tardi per vaccinarsi”

LA PREVENZIONE DELL'INFEZIONE DA PAPILLOMAVIRUS UMANO sta vivendo una profonda evoluzione culturale e scientifica. Per molti anni la vaccinazione è stata considerata quasi esclusivamente una misura destinata agli adolescenti, da effettuare prima dell'inizio dell'attività sessuale per ottenere la massima efficacia preventiva. Oggi questa visione, pur rimanendo corretta sul piano biologico, appare incompleta. Le evidenze scientifiche accumulate nell'ultimo decennio hanno infatti ampliato il ruolo della vaccinazione anti-Hpv ben oltre l'età adolescenziale, aprendo nuove prospettive nella prevenzione delle patologie Hpv-correlate e, soprattutto, nella riduzione delle recidive dopo trattamento delle lesioni cervicali di alto grado.

In questo nuovo scenario il ginecologo non è soltanto il professionista che diagnostica e tratta le conseguenze dell'infezione, ma diventa il principale promotore di una prevenzione che accompagna la donna nelle diverse fasi della vita.

Uno dei pregiudizi ancora più diffusi è che la vaccinazione anti-Hpv perda significato dopo l'inizio dell'attività sessuale. In realtà, la vaccinazione non è riservata esclusivamente alle persone mai esposte al virus.

Il vaccino non ha una funzione terapeutica e non elimina un'infezione già presente, ma può offrire protezione nei confronti dei genotipi virali non ancora acquisiti. Considerando che la maggior parte delle donne non entra in contatto con tutti i tipi Hpv contenuti nel vaccino nonavalente, anche in età adulta rimane una concreta possibilità di ottenere un beneficio preventivo.

La vaccinazione può contribuire a prevenire nuove infezioni, ridurre il rischio di successive esposizioni e diminuire la probabilità di sviluppare nuove lesioni Hpv-correlate. Gli studi disponibili dimostrano inoltre che il vaccino mantiene un'elevata immunogenicità e un eccellente profilo di sicurezza anche nelle donne adulte.

In Italia il monitoraggio delle coperture vaccinali riguarda principalmente le coorti adolescenti previste dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale. I dati specifici relativi alle donne adulte risultano ancora limitati e frammentati in quanto

derivano prevalentemente da iniziative regionali o da programmi dedicati.

Questa apparente carenza informativa non deve però essere interpretata come una mancanza di interesse clinico. Al contrario, l'attenzione verso la vaccinazione nelle donne adulte è in costante crescita e numerose Regioni hanno già sviluppato percorsi di offerta attiva rivolti alle giovani adulte e alle donne trattate per lesioni cervicali di alto grado.

Si tratta di un cambiamento importante che riflette la crescente consapevolezza del ruolo della vaccinazione come complemento delle strategie di prevenzione secondaria.

Il punto di svolta: la prevenzione delle recidive

Se esiste oggi un ambito nel quale il beneficio della vaccinazione nella donna adulta appare particolarmente convincente, questo è certamente rappresentato dalle pazienti sottoposte a trattamento per HSIL/CIN2-3.

La persistenza dell'infezione da Hpv costituisce infatti il principale fattore di rischio per la comparsa di recidive dopo trattamento conservativo. Sebbene la conizzazione elimini la lesione clinicamente evidente, non sempre riesce a rimuovere completamente il rischio biologico associato alla persistenza virale.

Negli ultimi anni numerosi studi e meta-analisi hanno dimostrato che la vaccinazione effettuata in prossimità dell'intervento o nel periodo immediatamente successivo si associa a una significativa riduzione del rischio di recidiva di CIN2+.

Le riduzioni di rischio riportate in letteratura raggiungono in alcune analisi valori compresi tra il 50 e il 70%, rendendo la vaccinazione adiuvante una delle più interessanti innovazioni nella prevenzione secondaria del carcinoma cervicale.

Non sorprende quindi che le principali società scientifiche nazionali e internazionali (compresa Aogoi, Sigo e Sicpcv) considerino oggi questa strategia una componente sempre più rilevante del percorso assistenziale delle donne trattate per lesioni cervicali di alto grado.

La disponibilità del vaccino non modifica l'im-



DOTT. CARLO MARIA STIGLIANO
Vice Presidente Aogoi

portanza dello screening cervicale. Al contrario, la prevenzione moderna si fonda sull'integrazione di strumenti diversi ma complementari. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha individuato tre pilastri fondamentali per raggiungere l'obiettivo dell'eliminazione del carcinoma della cervice uterina come problema di salute pubblica: vaccinazione, screening e trattamento appropriato delle lesioni precancerose.

Nessuno di questi strumenti è sufficiente da solo. È la loro integrazione a determinare il massimo beneficio per la popolazione femminile.

Il ruolo strategico del ginecologo

In questo contesto il counselling assume un'importanza decisiva. La donna adulta che riceve una proposta vaccinale presenta spesso dubbi differenti rispetto a quelli dell'adolescente o dei suoi genitori. Chiede se la vaccinazione sia ancora utile, se la precedente positività Hpv rappresenti una controindicazione, se il vaccino possa avere un effetto terapeutico o se possa sostituire i controlli periodici. È proprio in questa fase che il ginecologo può fare la differenza, fornendo informazioni corrette, realistiche e basate sulle evidenze. Un counselling efficace deve spiegare che il vaccino non cura l'infezione in atto, ma può prevenire future infezioni da altri genotipi; che una precedente positività Hpv non rappresenta una controindicazione alla vaccinazione; e che il maggiore beneficio documentato riguarda le donne trattate per lesioni cervicali di alto grado.

L'inserimento sistematico del counselling vaccinale nella pratica clinica quotidiana rappresenta probabilmente una delle opportunità più concrete per migliorare la prevenzione delle patologie Hpv-correlate nel nostro Paese.

La storia della vaccinazione anti-Hpv è iniziata come una strategia di prevenzione rivolta agli adolescenti. Oggi, grazie all'evoluzione delle conoscenze scientifiche, siamo chiamati a considerarla all'interno di una visione più ampia, che accompagni la persona lungo tutto il corso della vita. La donna adulta non deve essere considerata una candidata “in ritardo” alla vaccinazione, ma una persona che può ancora beneficiare di un intervento preventivo efficace, soprattutto quando presenta specifici fattori di rischio o una storia clinica di lesioni HPV-correlate.

La sfida dei prossimi anni sarà trasformare questa crescente evidenza scientifica in pratica clinica quotidiana. È una sfida che coinvolge istituzioni, società scientifiche e professionisti sanitari, ma che vede nel ginecologo il protagonista principale.

Perché il futuro della prevenzione dell'Hpv non consiste soltanto nel vaccinare prima ma anche nel vaccinare meglio, identificando ogni opportunità utile per proteggere la salute delle donne.

LA VACCINAZIONE ANTI-HPV NELLA DONNA ADULTA RAPPRESENTA OGGI UNO DEI PIÙ INTERESSANTI SVILUPPI DELLA PREVENZIONE GINECOLOGICA. LE MIGLIORI EVIDENZE RIGUARDANO LA DONNA TRATTATA PER HSIL/CIN2-3, MA IL COUNSELLING VACCINALE DOVREBBE ENTRARE STABILMENTE NELLA PRATICA CLINICA QUOTIDIANA DI OGNI GINECOLOGO. L'OBIETTIVO NON È SOSTITUIRE LO SCREENING, BENSÌ INTEGRARE GLI STRUMENTI DISPONIBILI PER RIDURRE ULTERIORMENTE IL CARICO DI MALATTIA HPV-CORRELATA.



A trent'anni dal primo progetto epidemiologico, Aogoi rilancia "Menopausa Italia" con una rete di oltre 100 centri, un nuovo studio multicentrico e un modello che integra ricerca, formazione e telemedicina per la presa in carico delle donne

Aogoi rilancia "Menopausa Italia": nasce la rete nazionale dei centri e torna il grande studio epidemiologico

"RICOMINCIARE DA CINQUANTA. COSA SANNO E COME AFFRONTANO LA MENOPAUSA LE DONNE ITALIANE", è uno studio realizzato nel 2018 dal Censis che ha interpellato 1.028 donne italiane dai 45 ai 65 anni fornendo alcuni dati interessanti. Solo l'82,8% delle donne pensa di essere informata sulla menopausa e il 77% dichiara di sapere che non è una malattia, ma una fase fisiologica. Tra i disturbi associati a questa fase della vita della donna vengono citati: le vampate di calore e le sudorazioni profuse (61,1%), l'irritabilità, l'umore instabile, l'ansia (46,8%), l'aumento di peso (44,6%), i disturbi del sonno (39,4%), le palpitazioni, la tachicardia, gli sbalzi della pressione arteriosa (37,3%), solo per il 10,7% delle donne la menopausa non comporta alcun disturbo frequente.

Per il 63,7 % delle intervistate il ginecologo è la fonte informativa principale per la menopausa e questo soprattutto grazie al grande lavoro che nel nostro paese l'Aogoi ha svolto negli anni e continua a svolgere realizzando numerose iniziative di aggiornamento.

Il Progetto Menopausa Italia, promosso dalla nostra associazione nel 1994, è stato uno strumento importante, non solo a livello di ricerca ma anche di diffusione della conoscenza. A seguito di



MAURIZIO SILVESTRI
Segretario Aogoi

questo studio epidemiologico, che ha incluso circa 250mila donne osservate presso i centri della menopausa italiani, è stato possibile offrire un'ampia e dettagliata "fotografia" della epidemiologia della menopausa e dell'approccio terapeutico alle sue problematiche. È da questa esperienza che sono nate nel 2007 le Raccomandazioni clinico-pratiche Aogoi per il ginecologo ma anche per tutti i medici che si occupano di menopausa

Questo ha cambiato repentinamente la pratica clinica, ma da allora non vi sono studi epidemiologici di tale portata. Inoltre, c'è stato un progressivo disinteresse nei confronti di questa fase della vita della donna dove, tra l'altro, risulta alto il rischio di perdita ossea e di fratture correlate. A tale disinteresse ha contribuito lo Studio Women's Health Initiative (WHI) pubblicato nel 2002 e nel 2004 dove venne riportato un aumento del rischio cardiovascolare, del cancro mammario e di probabile demenza nelle donne trattate con terapia ormonale sostitutiva rispetto a placebo. Recentemente la Food and Drug Administration (Fda) ha rimosso dai foglietti illustrativi delle terapie ormonali presenti negli Usa le avvertenze sull'aumento di tali rischi. L'auspicio è che anche in Europa, sull'esempio della Fda, si proceda all'aggiornamento dei foglietti illustrativi di queste terapie.

Il progetto Menopausa Italia

L'Aogoi con "Menopausa Italia" ha proposto nel 2025 un nuovo studio osservazionale multicentrico per valutare, in un campione di donne osservate consecutivamente presso i centri per la menopausa partecipanti alla ricerca, la sintomatologia climaterica e valutarne l'approccio terapeutico.

L'obiettivo è proprio quello di "fotografare" di nuovo, a distanza di trent'anni, l'epidemiologia della sintomatologia climaterica nelle donne che afferiranno ai centri per la menopausa e l'approccio terapeutico.

È un innovativo progetto nazionale dedicato alla salute della donna in menopausa, promosso assieme alle principali società scientifiche della ginecologia italiana e della medicina della menopausa. L'obiettivo è quello di creare una rete strutturata di centri clinici specializzati su tutto il territorio nazionale, promuovere la formazione continua degli operatori sanitari e favorire una corretta informazione rivolta alle donne.

"Menopausa Italia" rappresenta un ecosistema scientifico, formativo e divulgativo in cui le aziende partner possono inserirsi in modo strutturato, trasparente e ad alto valore. Per il 2026 sono previsti diversi livelli di sponsorship, nel pieno rispetto dei principi di correttezza e trasparenza e del Codice Farmindustria.

Nel dettaglio il progetto integra tre dimensioni fondamentali e complementari:

- Rete clinica - una mappa nazionale di centri specializzati nella gestione multidisciplinare della menopausa
- Formazione scientifica - programmi ECM, FAD e webinar dedicati ai professionisti sanitari
- Informazione al pubblico - comunicazione responsabile e accessibile rivolta alle donne

Il portale <https://www.menopausaitalia.it/rap-presenta> il punto di accesso digitale principale al progetto. Il sito, indicizzato dai principali motori

di ricerca, funge da hub di riferimento sia per i professionisti sanitari sia per le donne che cercano informazioni affidabili sulla menopausa e sull'osteoporosi. Nel portale inoltre sono inseriti i centri ospedalieri e territoriali che hanno già aderito al progetto.

Per il 2026 è programmata una significativa evoluzione del portale, con l'introduzione di una sezione riservata ai medici aderenti alla rete, che includerà:

- Contenuti scientifici e raccomandazioni cliniche aggiornate
- Video e webinar registrati fruibili on demand
- Materiali di aggiornamento professionale scaricabili

Se nel corso del 2025 il progetto Menopausa Italia ha conseguito risultati concreti e misurabili, consolidandosi come iniziativa riconosciuta e autorevole nel panorama della ginecologia e della medicina della menopausa italiana per il 2026 il progetto avvia una nuova fase di sviluppo strutturato, con l'obiettivo di consolidare i risultati raggiunti e ampliare significativamente l'impatto del progetto su scala nazionale quali:

- Estensione della rete da circa 70 a oltre 100 centri su tutto il territorio nazionale
- Reclutamento attivo di nuovi centri tramite campagna di comunicazione dedicata
- Rafforzamento del coordinamento e della comunità professionale tra i centri aderenti

Sarà inoltre realizzata una FAD (Formazione a Distanza) dedicata ai centri aderenti, strutturata su moduli tematici centrali per la pratica clinica:

- Terapie ormonali e non ormonali nella menopausa
- Gestione delle vampate di calore
- Atrofia vulvo-vaginale
- Sindrome metabolica e rischio cardiovascolare
- Benessere globale della donna in menopausa

Sono previsti inoltre 5 webinar tematici di aggiornamento scientifico accessibili ai professionisti della rete e fruibili successivamente on demand sul portale.

Nel dettaglio il progetto prevede d'includere donne in menopausa naturale oppure indotta, in terapia o candidate al trattamento, in possesso di dispositivi e con competenze digitali minime.

- È prevista una prima visita in presenza con prescrizione di eventuali esami diagnostici e somministrazione questionari specifici sulla menopausa (sul percepito dalle pazienti e sull'aderenza terapeutica) che faranno parte integrante di questo nuovo Progetto Manopausa Italia.
- A questa seguirà una valutazione in tele visita con il controllo degli esami ed eventuale prescrizione terapeutica. Tale tele visita sarà già fissata alla fine della prima visita in presenza.
- Dopo 3 mesi, si effettuerà un follow up in telemedicina oppure in presenza con la valutazione della terapia in corso e valutazione dei feedback della paziente derivanti dai questionari somministrati.

Aspetti Etici e di Sicurezza - Dati trattati secondo regolamento GDPR - Piattaforma certificata come DM di classe IIA MDR - Compliance allo standard ACN per la cybersecurity livello QC2 - Strumenti digitali conformi agli standard di sicurezza dei dati sanitari (ISO 27001)

La telemedicina rappresenta oggi uno strumento innovativo e strategico per la gestione della salute femminile durante la menopausa. Attraverso tele visite, teleconsulti e questionari, le donne possono avvicinarsi con facilità ad un'assistenza personalizzata e facilmente accessibile, direttamente da casa.

Per i medici, questo si traduce in:

- gestione più tempestiva delle pazienti
- dati aggiornati in tempo reale
- comunicazione più fluida e continua
- poter offrire nuove opportunità di cura più apprezzate dalle donne

Per le donne, i vantaggi sono:

- maggiore accessibilità, ovvero accesso ai servizi specialistici più semplice, anche per chi vive in aree rurali o ha difficoltà a muoversi
- comodità e risparmio di tempo evitando viaggi e lunghe attese in ambulatorio gestione della propria salute in modo più attivo, ricevendo supporto e consigli personalizzati a distanza.



LA PIATTAFORMA PER LA TELEMEDICINA

Verrà utilizzata la Maia Connected Care una piattaforma di telemedicina, fornita in modalità SaaS (Software as a Service) progettata per essere lo strumento centrale per la virtualizzazione e la remotizzazione di diversi servizi tra struttura clinica, paziente e territorio. Per le sue caratteristiche la piattaforma si presta anche come gestionale dell'attività clinica: oltre all'interfaccia web, medico e paziente possono comunicare tramite app dedicate. Maia Connected Care è una piattaforma di telemedicina certificata come DM di classe IIa in conformità alla direttiva MDR. Tutti i dati relativi alla storia delle informazioni acquisite e/o inserite in piattaforma, nonché le azioni svolte, sono sempre disponibili per essere consultati estrapolati ed analizzati, in ogni momento. I Report possono inoltre essere consultati in tempo reale, accedendo alla piattaforma Maia Connected Care da qualsiasi dispositivo. La piattaforma offre la possibilità di allegare dei files in modo che siano disponibili e consultabili prima e/o durante la Tele visita stessa ed essere quindi oggetto di discussione. Per pianificare la Tele visita, vengono richiesti i seguenti dati: Titolo (testo che indichi lo scopo dell'appuntamento) Data e ora Paziente e, se previsto, ulteriori medici in consulenza Testo con indicazioni per il paziente Eventuali Tag/Attributi/codici. Dopo aver programmato una Tele visita, è possibile in ogni momento: Modificare la programmazione e aggiungere partecipanti Allegare file Visualizzare i file allegati dal paziente Scrivere e/o allegare un referto Tutti gli utenti previsti in una Tele visita, registrati in piattaforma con apposite credenziali, hanno la possibilità di partecipare tramite link ricevuto via mail o tramite portale web (cliccando direttamente sul tasto "partecipa") oppure dall'app Maia Tele visita scaricata su dispositivo smart. Il medico al termine della Tele visita ha la possibilità di rilasciare un referto che può essere anche firmato digitalmente.

La piattaforma Maia Connected Care, grazie alla sua personalità modulare ha quindi la possibilità di creare un ambiente su misura in base alle esigenze di ciascun cliente. Il design della piattaforma è pensato per mantenere il paziente al centro. Dall'ospedale, al territorio, al domicilio: la piattaforma di telemedicina inclusiva, sostenibile e diffusa che risponde ai nuovi bisogni di cura.

QUESTIONARI

- 1 MRS – Menopause Rating Scale:** è un questionario validato a livello internazionale usato per valutare la gravità dei sintomi della menopausa e monitorare l'efficacia delle terapie nel tempo. Contiene 11 sintomi suddivisi in 3 domini:
Sintomi somatici: • Vampate di calore/sudorazione • Disturbi del sonno • Dolori articolari e muscolari
Sintomi psicologici: • Umore depresso • Irritabilità • Ansia • Affaticamento
Sintomi urogenitali: • Riduzione del desiderio sessuale • Secchezza vaginale • Problemi urinari
Punteggio: Ogni sintomo è valutato da 0 (nessun disturbo) a 4 (disturbo molto severo), per un punteggio totale da 0 a 44. Maggiore è il punteggio, più severi sono i sintomi.
Utilizzo clinico: Valutazione iniziale Monitoraggio dei miglioramenti con la terapia Comunicazione standardizzata dei sintomi

- 2 WHO-5 – Well-Being Index:** è un breve questionario sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per valutare il benessere psicologico soggettivo.
Struttura: Contiene 5 affermazioni positive, ad esempio: "Mi sono sentita calma e rilassata" "Mi sono svegliata riposata" "Mi sono sentita felice"
Punteggio: • Ogni item è valutato da 0 (mai) a 5 (sempre), per un totale da 0 a 25. • Il punteggio viene poi moltiplicato per 4 per ottenere un valore su 100. • Un punteggio < 50 indica possibile depressione o disagio psicologico e può suggerire la necessità di supporto o approfondimenti.
Utilizzo clinico: • Screening rapido del benessere • Monitoraggio della risposta psicologica alle terapie • Identificazione precoce di disagio mentale

Il coaching in ospedale: una possibile risorsa per il benessere di medici, ostetriche e infermieri senza sostituire il cambiamento organizzativo

Il crescente aumento del disagio lavorativo tra i professionisti sanitari ha reso necessario individuare strumenti innovativi per sostenere il benessere degli operatori e migliorare la qualità dell'assistenza. Tra questi, il coaching sta acquisendo un ruolo sempre più rilevante come metodologia di sviluppo delle competenze trasversali, della leadership e della resilienza professionale. Tuttavia, il coaching non può essere considerato una risposta alle criticità strutturali del sistema sanitario. Carenza di personale, sovraccarico assistenziale, organizzazione inefficiente e insufficienza di investimenti richiedono interventi di governance e politiche sanitarie adeguate.

NEGLI ULTIMI ANNI IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE è stato sottoposto a trasformazioni profonde. L'invecchiamento della popolazione, l'aumento della complessità assistenziale, gli effetti della pandemia da Covid-19 e la cronica carenza di personale hanno profondamente modificato il lavoro degli operatori sanitari. In questo scenario, medici, ostetriche e infermieri sono chiamati quotidianamente a gestire elevati carichi cognitivi, emotivi e relazionali, spesso in condizioni organizzative non ottimali. Il risultato è un progressivo aumento dei livelli di stress lavoro-correlato, affaticamento emotivo, turnover e burnout. Parallelamente, cresce l'interesse verso interventi finalizzati non solo all'aggiornamento tecnico-professionale, ma anche allo sviluppo delle cosiddette non technical skills: comunicazione, leadership, gestione dei conflitti, intelligenza emotiva, capacità decisionale e lavoro in équipe. Tra questi strumenti si inserisce il coaching.

COACHING: UN PROCESSO DI SVILUPPO, NON UNA TERAPIA

Secondo la definizione dell'International Coaching Federation (ICF), il coaching è una partnership con il "cliente" in un processo creativo che stimola la riflessione e ispira a massimizzare il proprio potenziale personale e professionale. Il coach non insegna, non cura e non dirige. Facilita invece un percorso attraverso il quale il professionista sviluppa maggiore consapevolezza delle proprie risorse, individua strategie efficaci e migliora la capacità di affrontare situazioni complesse. Nel contesto sanitario, il coaching si integra con la formazione continua, il mentoring e la supervisione professionale, mantenendo finalità e metodologie proprie.

COSA FA CONCRETAMENTE UN COACH IN OSPEDALE?

Nella pratica, il coach lavora attraverso incontri individuali o di gruppo durante i quali accompagna i professionisti in un percorso strutturato di

riflessione e sviluppo. Il suo compito non è fornire soluzioni predefinite, ma aiutare le persone e le équipe a comprendere meglio le situazioni che stanno affrontando, individuare risorse disponibili e costruire strategie di miglioramento. Un percorso di coaching può comprendere: ascolto e analisi delle difficoltà professionali, ad esempio problemi di comunicazione, gestione dei conflitti, senso di sovraccarico o difficoltà nel rapporto tra ruoli diversi; definizione di obiettivi concreti, come migliorare la collaborazione in équipe, sviluppare capacità di leadership o affrontare un cambiamento organizzativo; esplorazione delle modalità personali di risposta allo stress, aiutando il professionista a riconoscere schemi di comportamento, punti di forza e aree di miglioramento; sviluppo delle competenze relazionali come l'ascolto attivo, la comunicazione efficace, la gestione delle conversazioni difficili e la capacità di dare e ricevere feedback; facilitazione del lavoro di gruppo creando spazi di confronto in cui i membri dell'équipe possano analizzare criticità, migliorare la collaborazione e costruire modalità operative condivise. Il coach non "motiva" le persone, non risolve i problemi al posto loro e non elimina le cause organizzative dello stress: facilita processi di consapevolezza e cambiamento che permettono ai professionisti e ai team di utilizzare meglio le proprie risorse.

IL VALORE DEL COACHING NEI REPARTI DI OSTETRICIA

L'area ostetrica rappresenta uno degli ambienti assistenziali più complessi dal punto di vista relazionale. La nascita costituisce un evento fisiologico ma anche altamente imprevedibile. Le équipe si confrontano quotidianamente con situazioni che spaziano dalla fisiologia all'emergenza ostetrica, dal sostegno all'allattamento ai lutti perinatali, dalla comunicazione di diagnosi difficili alla gestione delle aspettative dei genitori e dei parenti. In questo contesto il coaching può favorire: lo sviluppo della leadership condivisa; il miglioramento della comunicazione interdisci-



CLAUDIO CRESCINI
Presidente Fondazione
Confalonieri Ragonese



plinare; la gestione dei conflitti; la prevenzione dello stress cronico; il consolidamento della fiducia reciproca; il rafforzamento della sicurezza psicologica all'interno dell'équipe. Un'équipe che comunica efficacemente riduce il rischio di errori, migliora la collaborazione e favorisce una presa in carico realmente centrata sulla donna.

IL COACHING COME STRUMENTO DI BENESSERE ORGANIZZATIVO

Numerose organizzazioni sanitarie stanno sperimentando programmi di coaching individuale e di team per sostenere professionisti e coordinatori. Tra gli effetti maggiormente descritti dalla letteratura emergono: incremento della soddisfazione lavorativa; miglioramento della capacità decisionale; riduzione dei conflitti; sviluppo della leadership; maggiore partecipazione e coinvolgimento; miglioramento della qualità percepita del clima organizzativo. Il coaching favorisce inoltre la riflessione critica sulle pratiche professionali e sostiene processi di cambiamento organizzativo quando questi vengono accompagnati da un reale coinvolgimento della direzione aziendale.

I LIMITI DEL COACHING: QUANDO NON BASTA

Proprio perché oggi il termine benessere è sempre più presente nelle politiche sanitarie, è necessario evitare un equivoco tanto diffuso quanto pericoloso: il coaching non può sostituire le responsabilità organizzative.

Nessun percorso di coaching, per quanto ben progettato, è in grado di compensare turni eccessivi, organici insufficienti, carichi assistenziali non sostenibili o ambienti di lavoro privi delle condizioni minime per garantire sicurezza e qualità delle cure.

Il rischio è quello che alcuni autori definiscono individualizzazione del problema organizzativo: quando il disagio generato da criticità sistemiche viene affrontato esclusivamente attraverso interventi rivolti al singolo professionista, trasferendo



implicitamente su di lui la responsabilità di adattarsi a condizioni di lavoro non adeguate.

In questa prospettiva, il coaching rischierebbe di trasformarsi in un “pannicello caldo”, utilizzato per attenuare gli effetti di problemi che richiedono invece investimenti strutturali, programmazione del personale, valorizzazione delle professioni sanitarie e politiche di sviluppo organizzativo.

La resilienza individuale non può diventare un alibi per non affrontare le cause profonde del malessere lavorativo.

Il coaching non sostituisce nuove assunzioni, non riduce automaticamente il numero di pazienti per operatore, non modifica i turni, non risolve le carenze tecnologiche né colma l'insufficienza di risorse economiche. Questi aspetti rimangono di esclusiva competenza delle istituzioni, delle direzioni strategiche e delle politiche sanitarie.

Al contrario, il coaching esprime il massimo della sua efficacia quando viene inserito all'interno di organizzazioni che investono realmente sulle persone e considerano il benessere professionale parte integrante della qualità delle cure.

UNA CULTURA DELLA CURA CHE INCLUDA CHI CURA

L'attenzione crescente verso il benessere degli operatori sanitari rappresenta un cambiamento culturale importante.

Prendersi cura di chi cura significa riconoscere che la qualità dell'assistenza dipende anche dalla salute organizzativa dei luoghi di lavoro.

In questo senso il coaching può diventare uno strumento di empowerment professionale, favorendo autonomia, consapevolezza, collaborazione e sviluppo delle competenze relazionali.

Affinché produca risultati duraturi, tuttavia, deve essere inserito in una strategia più ampia di benessere organizzativo che comprenda:

- adeguati rapporti numerici tra personale e pazienti;
- investimenti nella formazione continua;
- leadership partecipativa;

- ambienti di lavoro psicologicamente sicuri;
- valorizzazione delle competenze professionali;
- sistemi di ascolto degli operatori;
- politiche di conciliazione tra vita lavorativa e personale.

Solo l'integrazione tra interventi individuali e cambiamenti organizzativi può produrre benefici stabili.

ESPERIENZE INTERNAZIONALI: IL COACHING NEI SISTEMI SANITARI

In diversi Paesi il coaching è stato progressivamente integrato nei sistemi sanitari come strumento di sviluppo professionale, leadership e benessere organizzativo. Le esperienze più strutturate provengono principalmente dal Regno Unito, dagli Stati Uniti, dall'Australia e dal Canada.

Nel Regno Unito il National Health Service (NHS) ha sviluppato programmi di coaching e mentoring rivolti a professionisti sanitari di diversi livelli, dai dirigenti ai professionisti clinici. Il coaching viene utilizzato soprattutto per sostenere la leadership, migliorare la capacità decisionale, favorire la riflessione professionale e accompagnare i processi di cambiamento organizzativo. L'NHS ha inoltre definito competenze e criteri formativi per il ruolo di Health and Wellbeing Coach, prevedendo formazione specifica, supervisione e sviluppo professionale continuo.

Un esempio significativo è rappresentato dai programmi di coaching dedicati agli operatori sanitari durante e dopo la pandemia, con l'obiettivo di offrire uno spazio riservato di confronto e supporto per affrontare stress, cambiamenti professionali e difficoltà organizzative. L'esperienza dell'NHS evidenzia tuttavia che il coaching deve essere inserito in un sistema più ampio di politiche per il benessere dei lavoratori e non utilizzato come intervento isolato.

Negli Stati Uniti molte organizzazioni sanitarie e ospedali universitari hanno introdotto programmi di executive coaching e peer coaching rivolti a medici, infermieri e dirigenti, soprattutto nell'ambito della prevenzione del burnout, dello sviluppo della leadership clinica e del miglioramento della collaborazione nei team.

In Australia e Canada il coaching viene spesso collegato ai modelli di healthcare leadership development, con programmi rivolti alla crescita dei professionisti e alla costruzione di culture organizzative basate sulla comunicazione, sulla sicurezza psicologica e sull'apprendimento continuo.

Da queste esperienze emerge un elemento comune: il coaching produce risultati più significativi quando è sostenuto dalla direzione aziendale, inserito nella programmazione organizzativa e accompagnato da interventi sulle condizioni di lavoro. Non può compensare carenze di personale, turnazioni insostenibili o insufficienza di risorse economiche, ma può aiutare i professionisti e le équipe a sviluppare competenze utili per affrontare la complessità del lavoro sanitario.



Numerose organizzazioni sanitarie stanno sperimentando programmi di coaching individuale e di team per sostenere professionisti e coordinatori.

CONCLUSIONI

Il coaching rappresenta una metodologia promettente per sostenere medici, ostetriche e infermieri nello sviluppo delle competenze relazionali, della leadership e della capacità di affrontare la complessità del lavoro sanitario. Nei reparti di ostetricia può contribuire a rafforzare il lavoro interdisciplinare, migliorare la comunicazione e favorire il benessere professionale.

È però fondamentale evitare che venga presentato come una soluzione sostitutiva rispetto agli interventi strutturali necessari. Il coaching non può colmare le carenze di personale, compensare organizzazioni disfunzionali o giustificare la riduzione degli investimenti nel sistema sanitario. Il suo valore emerge quando si integra con politiche di sviluppo organizzativo che riconoscano il benessere degli operatori come una responsabilità condivisa e non esclusivamente individuale. Investire nelle persone significa certamente offrire strumenti di crescita come il coaching, ma significa soprattutto creare le condizioni organizzative perché tali strumenti possano esprimere il loro potenziale. Solo così sarà possibile costruire ospedali capaci di prendersi cura, con la stessa attenzione, dei pazienti e dei professionisti che li assistono.



BIBLIOGRAFIA

1. Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive leadership and physician well-being: Nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. *Mayo Clinic Proceedings*. 2017;92(1):129-146.
2. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2016;388
3. Maslach C, Leiter MP. *The Truth About Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It*. San Francisco: Jossey-Bass; 1997.
4. Edmondson AC. *The Fearless Organization: Creating Psychological Safety in the Workplace for Learning, Innovation, and Growth*. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons; 2019.
5. International Coaching Federation (ICF). *ICF Core Competencies*. Lexington (KY): International Coaching Federation; 2021.
6. World Health Organization. *Health Workforce Policy and Management in the Context of the COVID-19 Pandemic Response: Interim Guidance*. Geneva: World Health Organization; 2020.
7. World Health Organization. *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*. Geneva: World Health Organization; 2016.
8. Schein EH, Schein PA. *Humble Leadership: The Power of Relationships, Openness, and Trust*. Oakland (CA): Berrett-Koehler Publishers; 2018.
9. Deci EL, Ryan RM. *Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health*. *Canadian Psychology*. 2008;49(3):182-185.
10. Grant AM. *An integrated model of goal-focused coaching: An evidence-based framework for teaching and practice*. *International Coaching Psychology Review*. 2012;7(2):146-165.



SALUTE MATERNA.

The Lancet: l'emorragia post-partum colpisce 27 milioni di donne e provoca 43mila morti ogni anno

Una serie di articoli pubblicati su The Lancet stima che l'emorragia post-partum costi oltre 10 miliardi di dollari l'anno e resti una delle principali cause di mortalità materna. Gli esperti propongono un cambio di paradigma nella diagnosi e nel trattamento, con interventi precoci e un pacchetto terapeutico immediato che potrebbe ridurre fino al 60% le emorragie potenzialmente letali.

L'EMORRAGIA POST-PARTUM continua a rappresentare una delle emergenze ostetriche più gravi a livello mondiale. Secondo una nuova serie di articoli pubblicata su *The Lancet*, questa complicanza colpisce ogni anno circa 27 milioni di donne, provoca quasi 43mila decessi e genera un impatto economico superiore ai 10 miliardi di dollari annui per sistemi sanitari, Paesi e famiglie. La pubblicazione, realizzata da ricercatori del Programma speciale delle Nazioni Unite per la ricerca, lo sviluppo e la formazione alla ricerca sulla riproduzione umana (HRP), dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) e dell'Università di Oxford, propone un profondo cambiamento nell'approccio alla prevenzione, alla diagnosi e al trattamento di quella che resta una delle principali cause di morte materna nel mondo.

CAMBIARE IL MODO DI RICONOSCERE L'EMORRAGIA

Uno dei messaggi centrali della Serie riguarda la necessità di intervenire prima e più rapidamente. Gli autori evidenziano l'importanza di applicare le più recenti linee guida consolidate per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento dell'emorragia post-partum.

Tra gli elementi innovativi viene raccomandato di considerare necessario il trattamento già quando la perdita ematica raggiunge i 300 millilitri, se accompagnata da alterazioni dei parametri vitali della donna. Un approccio che mira ad anticipare la risposta clinica e a evitare che il quadro evolva verso forme più gravi.

La Serie mette inoltre in discussione una pratica storicamente diffusa nelle sale parto: la stima visiva della quantità di sangue perso. Secondo gli autori, questo metodo si dimostra ampiamente inaffidabile e porta a non riconoscere circa la metà dei

“

Gli autori invitano governi, sistemi sanitari, associazioni professionali, finanziatori e comunità internazionale della salute a considerare l'emorragia post-partum una priorità urgente.

casi di emorragia post-partum. Per questo motivo viene raccomandato l'utilizzo sistematico di teli graduati per la raccolta e la misurazione del sangue, che consentono una valutazione oggettiva e più accurata della perdita ematica.

LE OPPORTUNITÀ MANCATE NELLA PREVENZIONE

Gli esperti sottolineano che una quota significativa del problema potrebbe essere affrontata prima ancora che l'emorragia si manifesti. Ridurre l'anemia in gravidanza, soddisfare il bisogno insoddisfatto di contraccezione, evitare tagli cesarei non necessari dal punto di vista medico e garantire a tutte le donne la somministrazione di farmaci uterotonici efficaci dopo il parto "potrebbero ridurre in modo sostanziale il peso globale dell'emorragia post-partum".

IL PROTOCOLLO MOTIVE: FINO AL 60% IN MENO PER IL RISCHIO DI PROGRESSIONE VERSO UN'EMORRAGIA POTENZIALMENTE FATALE.

Particolare attenzione viene dedicata a un pacchetto terapeutico integrato di prima risposta, denominato **MOTIVE**, che secondo la Serie potrebbe cambiare radicalmente gli esiti clinici.

Il protocollo prevede che ogni donna con emorragia post-partum riceva immediatamente cinque interventi essenziali: massaggio uterino, somministrazione di un farmaco uterotonico, acido tranexamico, fluidi per via endovenosa e valutazione della fonte del sanguinamento.

L'applicazione tempestiva di questo approccio potrebbe ridurre fino al 60% il rischio di progressione verso un'emorragia potenzialmente fatale.

Un aspetto considerato particolarmente rilevante dagli autori è che il protocollo è stato progettato per essere attuato immediatamente dagli opera-

tori sanitari in prima linea, comprese ostetriche e infermieri, senza attendere la valutazione di uno specialista.

UNA CORSA CONTRO IL TEMPO

La Serie descrive l'emorragia post-partum come una vera e propria corsa contro il tempo. Gli autori identificano sei ritardi critici lungo il percorso assistenziale che possono influenzare in modo decisivo la sopravvivenza della donna.

I ritardi riguardano la diagnosi, l'avvio del trattamento, l'intensificazione delle cure e l'accesso ai prodotti ematici necessari per la gestione dell'emorragia. Secondo i ricercatori, nell'attuale contesto caratterizzato dalla disponibilità di farmaci efficaci, strumenti diagnostici semplici e protocolli terapeutici supportati da solide evidenze scientifiche, nessuna donna dovrebbe perdere la vita a causa di un'assistenza arrivata troppo tardi.

L'APPELLO A GOVERNI E SISTEMI SANITARI

La sfida principale individuata dalla Serie è ora quella dell'implementazione delle conoscenze disponibili.

Gli autori invitano governi, sistemi sanitari, associazioni professionali, finanziatori e comunità internazionale della salute a considerare l'emorragia post-partum una priorità urgente.

L'obiettivo è garantire che ogni struttura in cui si assiste un parto disponga degli strumenti necessari, che il personale sanitario sia messo nelle condizioni di intervenire tempestivamente e che gli interventi dimostratisi efficaci vengano adottati su larga scala.

Secondo la Serie, l'applicazione sistematica di queste strategie potrebbe consentire di salvare migliaia di vite ogni anno e ridurre in modo significativo il peso globale di una delle complicanze più letali associate alla nascita.

**Gyneco
Aogoi**

Organo Ufficiale
dell'Associazione Ostetrici
Ginecologi Ospedalieri Italiani



**Numero 4 - 2026
Anno XXXVII**

Presidente
Antonio Chiàntera

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

Direttore Responsabile
Ester Maragò

Editore
Homnya srl
Sede legale:
Via della Stelletta, 23
00186 Roma
email: info@homnya.com
Ufficio Commerciale
info@homnya.com
Tel. +39 06 45209 715

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:
febbraio 2026
Tiratura 4.000 copie.

Progetto grafico
e impaginazione
Homnya srl

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

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1.

NOME DELLA SPECIALITÀ

FERRO-GRAD
2.

COMPOSIZIONE QUALI-QUALITATIVA DEL PRINCIPIO ATTIVO:

Ogni compressa contiene:
Principio Attivo
Solfato ferroso essiccato329,7 mg
(pari a 105 mg di Fe⁺²)
3.

FORMA FARMACEUTICA:

Compresse a rilascio prolungato.
4.

INFORMAZIONI CLINICHE

4.1

Indicazioni terapeutiche:

Per la terapia marziale delle anemie da carenza di ferro. Nelle anemie dovute a perdite ematiche acute o croniche, a deficiente apporto od assorbimento di ferro, ad aumento del fabbisogno di ferro (accrescimento, gravidanza). Nelle anemie dovute a malattie infettive.

4.2

Posologia e modo di somministrazione:

Adulti e ragazzi oltre i 10 anni: 1 compressa al giorno da ingerire senza masticare.
Modo di somministrazione
Le compresse non devono essere succhiate, masticate o tenute in bocca, ma devono essere deglutite intere con acqua.
Le compresse devono essere assunte prima dei pasti o durante i pasti, a seconda della tollerabilità a livello gastrointestinale.

4.3

Controindicazioni:

Ipersensibilità già nota verso i componenti. Emocromatosi. Emosiderosi. Anemia emolitica. Ferro-Grad è controindicato in presenza di diverticoli intestinali o in presenza di qualsiasi altra ostruzione intestinale.
Il ferro è controindicato in pazienti che ricevono ripetutamente trasfusioni di sangue.
Le preparazioni orali a base di ferro sono controindicate in concomitanza di terapia parenterale a base di ferro.

4.4

Avvertenze e speciali precauzioni per l'uso:

Come per gli altri preparati del ferro per via orale, il Ferro-Gradumet va conservato fuori dalla portata dei bambini onde evitare avvelenamenti accidentali da ferro.
Evitare l'assunzione di preparati orali a base di ferro 1 ora prima o nelle 2 ore successive all'assunzione di antiacidi.
Evitare l'assunzione orale di preparati a base di ferro in concomitanza o nelle 2 ore successive all'assunzione di chinolonici.
La colorazione nera delle feci può interferire con gli esami di laboratorio impiegati per la rilevazione del sangue nelle feci.
A causa del rischio di ulcerazioni della bocca e di alterazione del colore dei denti, le compresse non devono essere succhiate, masticate o tenute in bocca, ma devono essere deglutite intere con acqua.
L'inalazione delle compresse a base di ferro solfato può causare necrosi della mucosa bronchiale, che può portare tosse, emottisi, broncostenosi e/o infezioni polmonari (anche se l'inalazione è avvenuta da giorni a mesi prima che tali sintomi si sviluppassero). I pazienti anziani e i pazienti che hanno difficoltà a deglutire devono essere trattati con compresse a base di ferro solfato solo dopo un'attenta valutazione del rischio di inalazione del singolo paziente. Formulazioni alternative devono essere prese in considerazione. I pazienti devono rivolgersi al medico in caso di sospetta inalazione.

4.5

Interazioni medicamentose ed altre:

Come tutti i preparati di ferro, anche il Ferro-Grad inibisce l'assorbimento delle tetracicline da parte del tratto gastrointestinale e le tetracicline inibiscono l'assorbimento del ferro. Nel caso debbano essere assunte entrambe le terapie le tetracicline devono essere somministrate 2 ore prima o 3 ore dopo l'assunzione del preparato a base di ferro.
Il ferro può ridurre l'assorbimento gastrointestinale delle penicilamine. Nel caso debbano essere assunte entrambe le terapie, le penicilamine devono essere somministrate almeno 2 ore prima o 2 ore dopo l'assunzione del preparato a base di ferro.
Il cloramfenicolo può ritardare la risposta della terapia a base di ferro.
La concomitante somministrazione di antiacidi e preparazioni orali a base di ferro può ridurre l'assorbimento del ferro.
La concomitante somministrazione di preparazioni a base di ferro può interferire con l'assorbimento di alcuni chinolonici per os come ciprofloxacina, norfloxacina e ofloxacina come risulta dalla diminuita concentrazione di chinolonici nel siero e nelle urine.
Può diminuire inoltre l'assorbimento della metildopa e, nei soggetti con ipotiroidismo primario, quello della tiroxina.

4.6

Uso in caso di gravidanza e di allattamento:

L'uso in caso di gravidanza ed allattamento è raccomandato dalla letteratura internazionale.

4.7

Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine:

Nessun effetto è riportato dalla letteratura sull'attenzione e sulla capacità di guidare o usare macchine.

4.8.

Effetti indesiderati:

La probabilità di intolleranza gastrica al ferro nel veicolo Gradumet a liberazione controllata è scarsa. Ove dovesse verificarsi, la compressa può venire presa dopo un pasto. Sono stati osservati, inoltre, con bassa incidenza i seguenti eventi avversi: diarrea, stipsi, nausea, vomito, dolori o disturbi addominali, colorazione nera delle feci ed in alcuni casi isolati sono state segnalate reazioni allergiche che vanno dal rash all'anafilassi.
Post-marketing: le seguenti reazioni avverse sono state segnalate durante la sorveglianza post-marketing. La frequenza di queste reazioni non è nota (non può essere stabilita sulla base dei dati disponibili).
Patologie gastrointestinali:
 - Ulcerazioni della bocca (in caso di somministrazione non corretta, quando le compresse vengono masticate, succhiate o tenute in bocca).

4.9

Sovradosaggio:

I segni di grave tossicità possono manifestarsi in ritardo in quanto il ferro è in forma a liberazione controllata. Nella intossicazione acuta da ferro si possono manifestare un aumento della permeabilità capillare, una ipovolemia plasmatica, un aumento della gettata cardiaca ed improvvisi collassi cardiovascolari. Nel caso di iperdosaggio, occorre cercare di affrettare l'eliminazione delle compresse Gradumet ingerite. Si somministri al più presto possibile un emetico, seguito, se opportuno da lavanda gastrica. Immediatamente dopo il vomito, va somministrata una forte dose di purgante salino al fine di accelerare il passaggio del farmaco nell'apparato intestinale.
Successivamente si può pensare ad eseguire un esame radiologico per accertare la posizione ed il numero delle compresse Gradumet che sono rimaste nell'apparato gastro-intestinale.

5.

PROPRIETA' FARMACOLOGICHE:

L'assorbimento del ferro avviene allo stomaco e nella prima porzione duodenale, ed esso è inversamente proporzionale al grado di saturazione delle scorte marziali dell'organismo. Essenziale ai fini dell'assorbimento è che il ferro sia presente come ferro bivalente. Oggi si tende a spiegare la regolazione dell'assorbimento del ferro elementare in rapporto alla saturazione della transferrina plasmatica e quindi in rapporto diretto con la saturazione dei depositi di ferro.
Il ferro in eccesso ai bisogni dell'emoglobina, della mioglobina e delle altre funzioni cellulari è conservato come ferritina ed emosiderina specialmente nelle cellule parenchimali del fegato e della milza.
L'escrezione media giornaliera di ferro in condizioni fisiologiche normali è di 0,5-1 mg. Nella donna il ciclo mestruale comporta una ulteriore escrezione di circa 0,3-1,0 mg al giorno. La dose di 1 g di ferro elementare per via orale viene considerata tossica e richiede un appropriato trattamento.
Il Ferro-Grad è un preparato Teofarma che consente un'efficace terapia marziale per via orale risparmiando al paziente i disturbi che talvolta caratterizzano la somministrazione del ferro per os.
Ogni compressa Gradumet contiene 329,7 mg di solfato ferroso essiccato (corrispondente a 105 mg di ferro elementare) ed è costituita da una matrice di resina porosa ed inerte impregnata con il sale di ferro. Il tempo di cessione del solfato ferroso è controllato in modo da liberare la maggior parte del minerale durante il passaggio della compressa del duodeno e nel tratto superiore del piccolo intestino. La matrice resinosa, svuotata del suo contenuto, non viene assorbita ed è eliminata con le feci.

6.

INFORMAZIONI FARMACEUTICHE:

6.1.

Elenco degli Eccipienti

Metilacrilato-metilmetacrilato, Magnesio Stearato, Povidone, Polietilenglicol 6000, Soluzione ricoprente: Acetoftalato di cellulosa, Polietilenglicol 6000, E-172, Etilvanillina, Albumina d'uovo, Glicol propilenico, Polisorbato 80, Olio di ricino, Saccarina

6.2

Incompatibilità:

Come tutti i prodotti a base di ferro, anche il FERRO-GRAD è incompatibile con le penicilamine per il rischio di una aumentata tossicità di quest'ultime.

6.3

Durata di stabilità:

Il prodotto è stabile in confezionamento integro per 36 mesi.

6.4

Speciali precauzioni per la conservazione:

Nessuna speciale precauzione per la conservazione.

6.5

Natura dei contenitori, confezioni:

Blister da 40 compresse

7.

Nome del titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio:

Teofarma S.r.l. – Via F.lli Cervi, 8 – 27010 Valle Salimbene (PV)

8.

N° di A.I.C.:

“105 mg compresse a rilascio prolungato” 40 compresse – A.I.C. n. 021922024

9.

Data di approvazione:

Ferro-Grad 40 compresse09/06/1971

10.

Data revisione testo:

Novembre 2019

FERRO-GRAD®
Solfato ferroso

In gravidanza



Nei ragazzi oltre i 10 anni

Oltre 40 anni di efficacia
nella terapia marziale

FERRO-GRAD[®]

Solfato ferroso

FERRO-GRAD «105 mg compresse a rilascio prolungato» 40 compresse

Prezzo al Pubblico: € 6,49 - Classe A

TEOFARMA S.r.l. - Fax 0382/525845 - e-mail: regulatory-medical@teofarma.it - www.teofarma.it