

AOGOI

Organo Ufficiale dell'Associazione
Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

**8 INFEZIONI SESSUALMENTE
TRASMESSE**

Nel 2024 casi in aumento del 12%,
Clamidia +41,5%, gonorrea al livello
più alto di sempre

14 ALCOL IN GRAVIDANZA

Nel 41% delle giovani
gestanti tracce compatibili
con un consumo 'sociale'

Gyneco Aogoi

NUMERO 5 - 2026 - BIMESTRALE - ANNO XXXVII

Nascere in Italia.

Sempre più donne

PARTORISCONO NEL PUBBLICO.

I cesarei restano alti

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

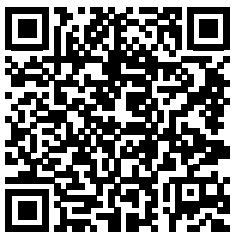
IL RAPPORTO CEDAP

NEL 2025 QUASI SEI PARTI SU DIECI NEI CENTRI CON ALMENO MILLE NASCITE.

Cesarei ancora uno su tre e nelle strutture accreditate raggiungono il 44,9%.



Scarica il Rapporto



Il 91,3% dei parti avviene negli istituti pubblici ed equiparati, ma il 10,13% si concentra ancora nei centri sotto la soglia dei 500 parti annui. Le madri straniere sono il 20,7% e accedono più tardi ai controlli. La quota dei cesarei resta stabile al 29,8%, con forti differenze regionali e per struttura. Sale anche l'età media delle madri: 33,4 anni per le italiane e 31,4 per le cittadine straniere. Il ricorso a una tecnica di procreazione medicalmente assistita ha interessato, in media, 4,6 gravidanze ogni cento. In lieve crescita rispetto al 2024.

LE DONNE SCELGONO SEMPRE DI PIÙ IL PUBBLICO PER METTERE AL MONDO I PROPRI FIGLI. Nel 2025 il 91,3% dei parti è avvenuto negli istituti di cura pubblici ed equiparati, una quota in crescita rispetto al 90,7% del 2024. Sale anche l'età media delle madri: 33,4 anni per le italiane e 31,4 per le cittadine straniere. Quasi sei parti su dieci si concentrano nelle strutture con almeno mille nascite l'anno, ma oltre uno su dieci avviene ancora nei centri sotto la soglia dei 500. E resta alto il ricorso al taglio cesareo, soprattutto nelle case di cura accreditate, dove interessa il 44,9% dei parti. È questa la fotografia scattata dal "Rapporto sull'evento nascita in Italia", realizzato dall'Ufficio di Statistica del Ministero della Salute sulla base dei dati del Certificato di assistenza al parto (CeDAP) relativi al 2025. Sotto la lente 347 punti nascita, con una rilevazione caratterizzata da un elevato livello di completezza e da una buona qualità dei dati.

Nascite sempre giù

Si conferma anche nel 2025 il calo delle nascite, in tutte le aree del Paese: nel 2025 si sono registrate 353.240 nascite contro le 370.577 del 2024. Il fenomeno è in larga misura l'effetto della modificazione della struttura per età della popolazione femminile ed in parte dipende dalla diminuzione della propensione ad avere figli.

Le cittadine straniere hanno finora compensato questo squilibrio strutturale, ma anche tra di loro negli ultimi anni si nota, una diminuzione della fecondità delle donne straniere.

Il tasso di natalità varia da 4,1 nati per mille donne in età fertile in Sardegna a 7,7 nella Provincia Autonoma di Trento rispetto ad una media nazionale del 6,0. Le Regioni del Centro presentano tutte un tasso di natalità con valori inferiori alla media nazionale. Nelle Regioni del Sud, i tassi di natalità più elevati sono quelli di Campania, Calabria e Sicilia con valori superiori alla media nazionale.

La fecondità si mantiene pressoché costante rispetto agli anni precedenti: nel 2025 il numero medio di figli per donna è pari a 1,14 (rispetto a 1,35 del 2015).

La contrazione uniforme delle nascite sull'intero territorio nazionale è tale che le differenze tra le aree geografiche restano invariate. Il Centro ha la fecondità più bassa (1,07 figli per donna), seguito dal Nord con 1,15 e del mezzogiorno con 1,16. La Regione con la fecondità più bassa continua ad essere la Sardegna che presenta un tasso pari a 0,85; seguono il Molise e il Lazio con un numero medio di figli per donna pari, rispettivamente a 1,02 e 1,05. Al Trentino Alto Adige spetta il primato di regione con la fecondità più elevata, con un numero medio di figli per donna di 1,40.

Dove si partorisce

L'analisi della rete di offerta dove hanno avuto luogo i parti dell'anno 2025 ha interessato 347 strutture ospedaliere; di queste 322 sono punti nascita mono-presidio e 25 sono punti nascita articolati su più presidi ospedalieri (a cui corrispondono 61 punti nascita). A livello nazionale il numero complessivo dei singoli punti nascita è pari a 383.

Nel dettaglio, il 91,3% dei parti avviene negli istituti pubblici ed equiparati. L'8,5% dei parti è avvenuto nelle case di cura e appena lo 0,11% in altri luoghi, tra strutture assistenziali diverse dagli istituti di cura e domicilio. Una distribuzione che cambia sensibilmente nelle Regioni in cui le strutture private accreditate hanno un peso maggiore rispetto a quelle pubbliche. Sono state prese in considerazione 5 classi di ampiezza dei punti nascita, in funzione della seguente numerosità di parti annui: meno di 500 parti annui, almeno 500 e fino a 799 parti annui, almeno 800 e fino a 999 parti annui, almeno 1000 e fino a 2499 parti annui, 2500 e più parti annui.

A concentrare il 58,8% dei parti sono 117 punti nascita con almeno mille nascite l'anno, pari al 30,6% delle strutture complessive. All'estremo opposto, il 10,13% dei parti avviene ancora nei centri con meno di 500 nascite annue, riportando in primo piano il nodo della concentra-

IL RAPPORTO CEDAP

zione dei volumi e dell’organizzazione della rete. Molte le differenze regionali: in due Regioni (Emilia Romagna e Lazio) oltre il 70% dei parti si è svolto in punti nascita di grandi dimensioni (almeno mille parti annui). Un’organizzazione opposta della rete di offerta si registra nelle Regioni del Sud dove oltre il 37% dei parti si svolge in punti nascita con meno di mille parti annui. In particolare, in Molise tutti i punti nascita hanno effettuato nel 2025 meno di mille parti annui. Per quanto riguarda le Unità di Terapia Intensiva Neonatale (TIN) e le Unità Operative di Neonatologia (Uon), le prime sono presenti in 117 dei 382 punti nascita analizzati; 94 Unità TIN sono collocate nell’ambito dei 117 punti nascita dove hanno luogo almeno mille parti annui; le restanti 23 Uotin, 12 sono collocate in punti nascita che effettuano meno di 800 parti annui. Le Unità Operative di Neonatologia sono presenti in 231 punti nascita di cui 102 svolgono più di mille parti annui. L’accesso alla Terapia intensiva neonatale (TIN) è determinante per la sopravvivenza e la qualità di vita dei neonati estremamente e molto pre-termine. Per questo la quota di questi parti che avviene in strutture prive di TIN rappresenta un indicatore europeo PERISTAT ed è inclusa nella Griglia LEA. Complessivamente si registrano 6,03 parti pretermine ogni 100 parti. Nei punti nascita con meno di 500 parti l’anno la frequenza è del 3,4%; nelle strutture della stessa dimensione prive di Neonatologia e/o TIN le percentuali indicate per i parti pretermine, molto pre-termine ed estremamente pre-termine sono rispettivamente 1,80%, 1,40% e 0,99%.

Tabella 4 - Distribuzione regionale dei parti secondo il luogo dove essi avvengono (Anno 2025)

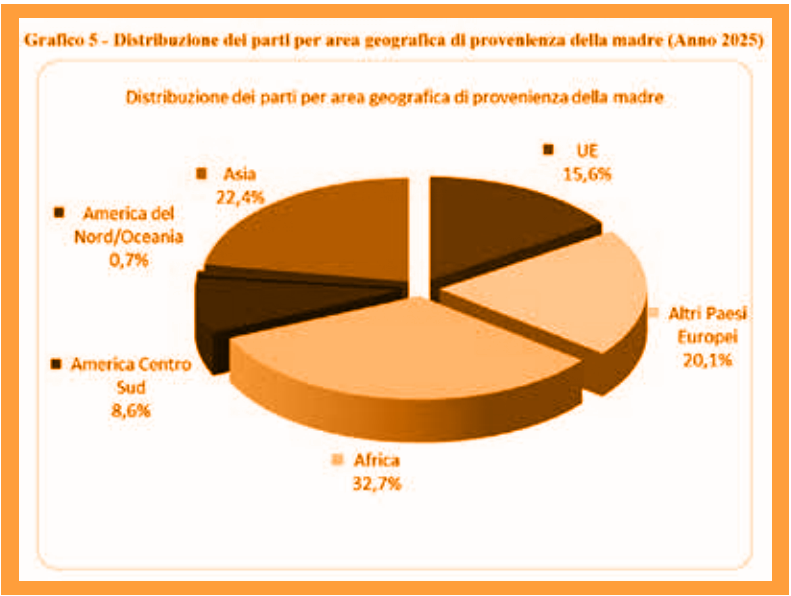
Regione	Punto nascita			Domicilio	Altro	Totale	% Non indicato errato	Parti
	Pubblico	Accreditato	Privato					
Piemonte	98,8	0,0	0,0	0,16	0,07	100,0	1,02	23.178
Valle d'Aosta	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	636
Lombardia	93,0	6,8	0,0	0,08	0,01	100,0	0,05	61.094
P.A. Bolzano	99,4	0,0	0,0	0,6	0,0	100,0	0,0	4.605
P.A. Trento	99,5	0,0	0,0	0,23	0,23	100,0	0,0	3.543
Veneto	99,6	0,0	0,0	0,30	0,12	100,0	0,0	28.607
Friuli Venezia Giulia	96,0	4,0	0,0	0,00	0,00	100,0	0,0	6.960
Liguria	99,9	0,0	0,0	0,1	0,0	100,0	0,0	7.412
Emilia Romagna	99,7	0,0	0,0	0,20	0,13	100,0	0,0	27.096
Toscana	99,8	0,0	0,0	0,00	0,08	100,0	0,1	19.603
Umbria	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	4.717
Marche	100,0	0,0	0,0	0,03	0,0	100,0	0,0	7.680
Lazio	81,0	18,8	0,2	0,0	0,0	100,0	0,0	31.692
Abruzzo	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	6.647
Molise	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	1.241
Campania	62,7	37,3	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	39.126
Puglia	94,3	5,6	0,0	0,01	0,01	100,0	0,0	22.720
Basilicata	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	3.031

Tabella 5 - Distribuzione per classi di parto del numero di parti e del numero di punti nascita secondo la tipologia di struttura (Anno 2025)

CLASSE DI PARTI	Pubblica			Privata accreditata			Privata non accreditata			Totale		
	Punti	Parti		Punti	Parti		Punti	Parti		Punti	Parti	
		v.a.	%		v.a.	%		v.a.	%		v.a.	%
0-499	103	33.424	10,51	6	1.712	5,80	4	76	100	113	35.212	10,13
500-799	98	63.138	19,86	12	7.539	25,56				110	70.677	20,33
800-999	36	31.689	9,97	6	5.528	18,74				42	37.217	10,71
1000-2499	93	139.950	44,03	7	9.127	30,95				100	149.077	42,88
2500+	15	49.880	15,69	2	5.587	18,94				17	55.467	15,95
Totale	345	317.879	100,00	33	29.493	100,00	4	76	100	382	347.650	100,00

Una nascita su cinque da madri straniere

Nel 2025 il 20,7% dei parti ha riguardato madri con cittadinanza non italiana. Il fenomeno risulta più diffuso nelle aree del Paese caratterizzate da una maggiore presenza straniera, soprattutto al Centro-Nord, dove oltre il 20% dei parti è riferito a donne non italiane. Le quote più elevate si registrano in Emilia-Romagna, Liguria e Marche, Regioni nelle quali più del 32% delle nascite riguarda madri straniere. Tra le aree geografiche di provenienza prevale l’Africa, con il 32,7%, seguita dall’Asia, con il 22,4%, e dall’Unione europea, con il 15,6%. Le madri originarie del Sud America rappresentano invece l’8,6% delle donne straniere. Restano evidenti anche le differenze nell’età al parto. L’età media delle madri italiane è pari a 33,4 anni, contro i 31,4 anni delle cittadine straniere. I valori mediani sono rispettivamente di 34 anni per le italiane e di 31,6 anni per le straniere. Il rinvio della maternità emerge con particolare chiarezza osservando la nascita del primo figlio. Per le donne italiane, in quasi tutte le Regioni, l’età media al primo parto supera i 32 anni, seppure con variazioni territoriali. Le donne straniere hanno invece il primo figlio, in media, a 29,4 anni.



Istruzione e occupazione, il divario tra italiane e straniere

Tra le donne che hanno partorito nel 2025, il 40,7% presenta una scolarità medio-alta, il 21,3% una scolarità medio-bassa e il 38% ha conseguito una laurea. Il profilo cambia tra le madri straniere, per le quali prevale una scolarità medio-bassa, rilevata nel 40,1% dei casi. Differenze altrettanto marcate emergono sul versante professionale. La rilevazione indica che il 66% delle madri ha un’occupazione lavorativa, il 27,8% è casalinga e il 18,4% è disoccupata o in cerca di prima occupazione. Le percentuali riportate per le tre condizioni professionali, considerate congiuntamente, superano tuttavia il 100%. Tra le straniere che hanno partorito nel 2025, nel 51,2% dei casi la condizione professionale indicata è quella di casalinga. Tra le donne italiane, al contrario, il 70,6% risulta occupato.

Controlli in gravidanza, straniere e giovanissime più esposte ai ritardi

La grande maggioranza delle donne segue un percorso di assistenza prenatale caratterizzato da un numero elevato di controlli. Nel 93,8% delle gravidanze sono state effettuate più di quattro visite ostetriche, mentre nel 76,9% dei casi sono state eseguite più di tre ecografie. Dietro questi valori medi si nascondono però disuguaglianze importanti. Tra le donne italiane, la quota di chi effettua la prima visita soltanto dopo il primo trimestre di gravidanza è pari all’1,7%. Tra le donne straniere sale invece al 9,8%.

Anche il livello di istruzione incide sulla tempestività della presa in carico. La prima visita viene effettuata dopo l'undicesima settimana di gestazione dal 9,5% delle donne con la sola licenza elementare o prive di qualsiasi titolo di studio. La percentuale scende al 3% tra le donne con una scolarità elevata.

Un ulteriore fattore di rischio è rappresentato dalla giovane età. Tra le madri con meno di 20 anni, i controlli risultano del tutto assenti nell'1,9% dei casi. Il 13% effettua invece la prima visita oltre l'undicesima settimana di gestazione.

L'analisi del decorso della gravidanza mostra che il decorso della gravidanza non influenza la numerosità delle visite di controllo effettuate. Per quanto concerne le ecografie, nel 2025 a livello nazionale, sono state effettuate in media 5,8 ecografie per ogni parto, con valori regionali variabili tra 4,0 ecografie per parto nella Provincia autonoma di Trento e 8,1 ecografie per parto nella Regione Sardegna. Per il 76,9% delle gravidanze, si registra un numero di ecografie superiore a 3, valore raccomandato dai protocolli di assistenza alla gravidanza del Ministero della Salute.

I dati evidenziano ancora il fenomeno dell'eccessiva medicalizzazione e del sovra-utilizzo di prestazioni diagnostiche in gravidanza. Il numero di ecografie effettuate non appare correlato al decorso della gravidanza.

Nell'ambito delle tecniche diagnostiche prenatali invasive, l'amniocentesi è quella più usata, seguita dall'esame dei villi coriali (nell'1% delle gravidanze) e dalla funicolocentesi (nello 0,3%). In media ogni 100 parti sono state effettuate 1,7 amniocentesi e con differenze da regione a regione: i valori più alti si hanno in Liguria (4,3%), in Umbria (4,1%) e in Piemonte (3,0%). Tra le madri con più di 40 anni, il prelievo del liquido amniotico è stato effettuato nel 3,8% dei casi a livello nazionale con un trend decrescente nell'ultimo triennio.



I dati evidenziano ancora il fenomeno dell'eccessiva medicalizzazione e del sovra-utilizzo di prestazioni diagnostiche in gravidanza.

Al parto il padre è presente nel 94,7% dei casi

Al momento del parto, escludendo i cesarei, nel 94,7% dei casi la donna ha accanto il padre del bambino. Nel 4,5% dei parti è presente un familiare, mentre nello 0,85% dei casi la donna è accompagnata da un'altra persona di fiducia. La scelta della persona che assiste la madre non è però omogenea sul territorio nazionale e risulta influenzata dall'area geografica.

Cesarei al 29,8%, nelle case di cura accreditate si arriva al 44,9%

Il ricorso al parto chirurgico continua a essere eccessivo. Nel 2025, in media, il 29,8% dei parti è avvenuto con taglio cesareo. Le notevoli differenze regionali confermano l'esistenza di comportamenti assistenziali e organizzativi non uniformi e, più in generale, un utilizzo ancora troppo elevato della procedura in Italia. I dati mostrano comunque una tendenza alla diminuzione, in linea con le indicazioni contenute nelle "Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo".

Il luogo del parto continua a incidere in maniera rilevante sulla probabilità di ricorrere alla chirurgia. Nelle case di cura accreditate il cesareo viene effettuato nel 44,9% dei parti, contro il 28,4% rilevato negli ospedali pubblici. Anche la cittadinanza della madre segna una differenza. Il taglio cesareo è più frequente tra le donne italiane, per le quali interessa il 30,3% dei parti, mentre tra le madri straniere la percentuale si ferma al 27,4%.

Tabella 20 - Distribuzione regionale delle visite di controllo effettuate in gravidanza (Anno 2025)

Regione	Visite di controllo in gravidanza (valori %)					Totale
	nessuna	<= 4	oltre 4	Totale	non indicato	
Piemonte	0,3	7,0	92,7	100,0	0,0	23.178
Valle d'Aosta	5,8	6,4	87,7	100,0	0,0	636
Lombardia	0,7	5,6	93,7	100,0	0,2	61.094
Prov. Auton. Bolzano	0,1	3,8	96,1	100,0	0,0	4.605
Prov. Auton. Trento	0,0	5,3	94,7	100,0	0,0	3.543
Veneto	0,1	6,4	93,5	100,0	0,2	28.607
Friuli Venezia Giulia	0,2	5,3	94,5	100,0	0,0	6.960
Liguria	1,1	3,5	95,4	100,0	7,2	7.412
Emilia Romagna	2,5	5,6	91,9	100,0	0,0	27.096
Toscana	0,2	9,4	90,3	100,0	0,1	19.603
Umbria	1,3	2,9	95,8	100,0	54,8	4.717
Marche	0,4	4,6	95,0	100,0	0,2	7.680
Lazio					100,0	31.692
Abruzzo	0,2	3,3	96,5	100,0	0,0	6.647
Molise	0,2	4,7	95,1	100,0	0,0	1.241
Campania	0,2	2,2	97,6	100,0	0,0	39.126
Puglia	0,2	4,7	95,0	100,0	0,0	22.720
Basilicata	0,3	9,5	90,2	100,0	0,0	3.031
Calabria	0,1	16,4	83,5	100,0	0,0	11.224
Sicilia	0,5	4,4	95,1	100,0	0,0	31.634
Sardegna	0,4	1,4	98,2	100,0	0,0	5.883
Totale	0,6	5,6	93,8	100,0	10,1	348.329

IL RAPPORTO CEDAP

Nei punti nascita con meno di 500 parti annui, l'incidenza di parti cesarei è maggiore della media nazionale (30,32% rispetto a 29,8%): un fenomeno correlato anche alla maggiore concentrazione di strutture private nei punti nascita di dimensioni ridotte. L'analisi relativa ai professionisti sanitari presenti al momento del parto non esclude i parti cesarei. Oltre all'ostetrica (95,95%) al momento del parto sono presenti: nell' 87,04% dei casi il ginecologo, nel 45,82% l'anestesista e nel 68,53% il pediatra/neonatologo.

Oltre all'ostetrica (95,95%) al momento del parto sono presenti: nell' 87,04% dei casi il ginecologo, nel 45,82% l'anestesista e nel 68,53% il pediatra/neonatologo.

Tabella 30 - Distribuzione dei parti secondo la modalità del parto e la tipologia di struttura ospedaliera dove essi avvengono (Anno 2025)

Modalità del parto	Pubblico	Casa di cura		Totale parti in ospedale *
		Accreditata	Privata	
Spontaneo	65,6	49,0	56,6	222.777
Cesareo	28,4	44,9	43,4	103.482
Altro	6,0	6,1	0,0	20.843
Totale	100,0	100,0	100,0	347.102

* schede valide

Tabella 31 - Percentuale di parti cesarei secondo la tipologia e la dimensione dei punti nascita (Anno 2025)

Classe di parti	% Parti con Taglio Cesareo			
	Pubblica	Privata accreditata	Privata non accreditata	Totale
0 - 499	29,94	44,92	43,42	30,32
500 - 799	29,60	47,49		31,51
800 - 999	24,27	50,62		28,18
1000 - 2499	28,21	44,59		29,21
2500 +	28,77	36,10		29,51
Totale	28,36	44,87	43,42	29,73

Tabella 39 - Distribuzione dei parti cesarei secondo la tipologia di struttura ospedaliera dove essi avvengono (Anno 2025)

Regione	Pubblico	Casa di cura		Totale
		Accreditata	Privata	
Piemonte	26,8			26,8
Valle d'Aosta	31,4			31,4
Lombardia	22,1	28,0		22,5
Prov. Auton. Bolzano	25,1			25,1
Prov. Auton. Trento	19,4			19,4
Veneto	23,8			23,8
Friuli Venezia Giulia	23,0	26,1		23,1
Liguria	28,3			28,3
Emilia Romagna	22,9			22,9
Toscana	16,1			16,2
Umbria	22,3			22,3
Marche	24,7			24,7
Lazio	35,2	46,4	38,6	37,3
Abruzzo	32,8			32,8
Molise	34,2			34,2
Campania	40,9	48,3		43,7
Puglia	33,8	40,0		34,1
Basilicata	31,3			31,3
Calabria	34,8	33,3		34,8
Sicilia	37,8	52,7		39,2
Sardegna	39,2			39,2
Totale	28,4	44,9	43,4	29,8

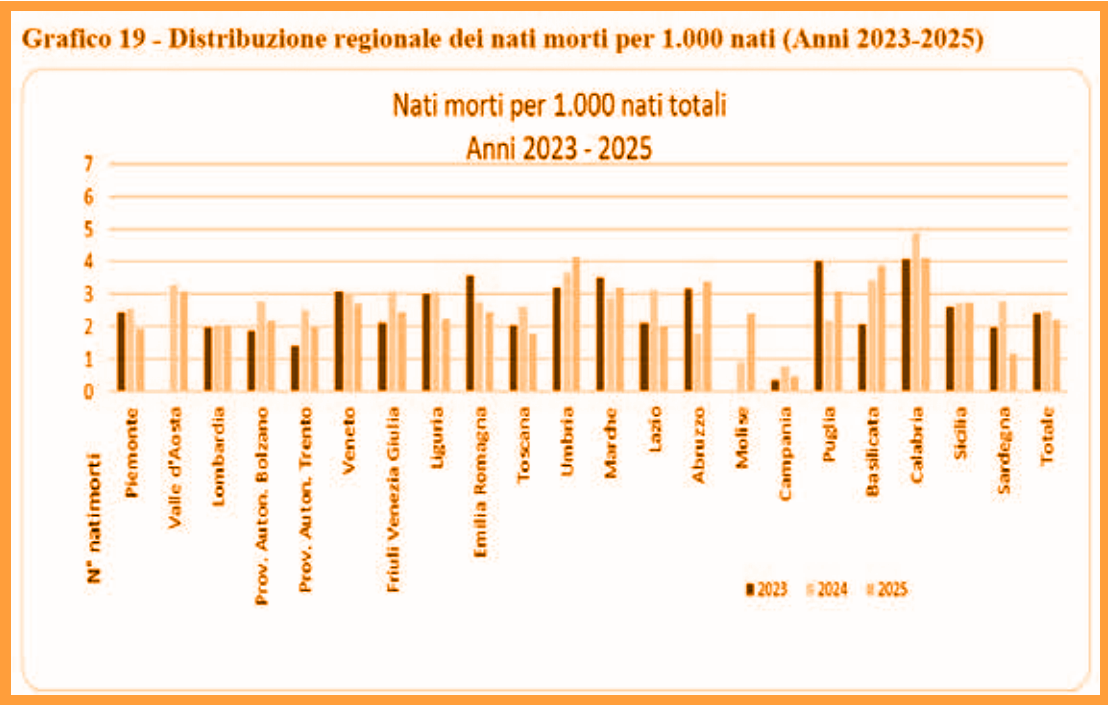
Peso alla nascita e vitalità dei neonati

La distribuzione dei nati per classi di peso alla nascita è pressoché invariata rispetto a quella registrata nell'anno precedente. Lo 0,8% dei bambini nati nel 2025 presenta un peso inferiore a 1.500 grammi. Un ulteriore 6% ha un peso compreso tra 1.500 e 2.500 grammi, l'88,2% ha un peso tra 2.500 e 3.999 grammi e il 4,9% supera i 4mila grammi di peso alla nascita; I test per valutare la vitalità del neonato restituiscono nel complesso risultati positivi: il 98,3% dei nati ha ottenuto, a cinque minuti dalla nascita, un indice di Apgar compreso tra 7 e 10 e solo lo 0,77% dei neonati è risultato gravemente o moderatamente depresso. La rilevazione ha inoltre registrato 784 nati morti, corrispondenti a un tasso di natimortalità pari a 2,20 ogni mille nati. Sono stati segnalati anche 3.151 casi di malformazioni diagnostiche alla nascita. Resta però incompleto il quadro delle informazioni diagnostiche. L'indicazione della diagnosi è presente soltanto nel 30,5% dei casi di natimortalità e nell'83,7% dei casi di neonati con malformazioni.

La rilevazione ha inoltre registrato **784 nati morti**, corrispondenti a un tasso di natimortalità pari a **2,20** ogni mille nati. Sono stati segnalati anche **3.151 casi di malformazioni diagnostiche alla nascita**.



Tra le prime 10 malformazioni figurano: altri problemi fetali e placentari che interferiscono con il trattamento della madre (29,5 %); altre e mal definite manifestazioni morbose ad insorgenza perinatale (16,4%); ipossia intrauterina e asfissia alla nascita (11%); esito del parto (8%); feto o neonato affetto da complicazioni della placenta, del cordone ombelicale e delle membrane (6,7%); altre cause mal definite e sconosciute di morbosità e mortalità (4,1%); aritmie cardiache (3,9%); perdita ematica antepartum, abruptio placentae e placenta previa (2,6%); problemi relativi a bassa età gestazionale e basso peso alla nascita (2,6%); complicazioni del cordone ombelicale e morte improvvisa da causa sconosciuta (entrambe 1,9%).



Procreazione medicalmente assistita in 4,6 gravidanze su cento

Il ricorso a una tecnica di procreazione medicalmente assistita ha interessato, in media, 4,6 gravidanze ogni cento. La procedura più utilizzata è stata la fecondazione in vitro con successivo trasferimento degli embrioni nell’utero, la Fivet. A seguire si colloca la fecondazione in vitro attraverso l’iniezione dello spermatozoo nel citoplasma, la Icsi.

Con Robson emerge l’ampia variabilità tra le Regioni

Per descrivere le differenze nel ricorso al taglio cesareo, i parti sono stati classificati secondo la metodologia di Robson, che consente di individuare gruppi di donne con caratteristiche omogenee e chiaramente identificabili. A livello nazionale sono risultati classificabili 310.193 parti, pari all’89,3% del totale di quelli avvenuti nei punti nascita pubblici, equiparati e privati accreditati. Le classi maggiormente rappresentate sono la classe 1, che comprende le madri primipare a termine con presentazione cefalica, e la classe 3, relativa alle madri pluripare a termine, con presentazione cefalica e senza precedenti cesarei. Insieme, queste due classi comprendono il 45,8% di tutti i parti classificati avvenuti in Italia nel 2025. La classe 5, nella quale rientrano le madri con un precedente parto cesareo, rappresenta invece il 12% del totale dei parti classificati a livello nazionale. Proprio l’analisi delle classi di Robson mette in luce uno dei nodi più rilevanti: il ricorso al cesareo presenta un’ampia variabilità regionale anche nelle classi considerate a minor rischio, che in tutte le Regioni comprendono una quota molto elevata delle nascite. Differenze che confermano l’esistenza di margini significativi per migliorare le prassi organizzative e cliniche adottate nei diversi territori.



IL REPORT ISS

INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE

**Nel 2024 casi in aumento del 12%, Clamidia +41,5%,
gonorrea al livello più alto di sempre**



Quasi 8mila le segnalazioni raccolte in totale dall'Iss nel 2024. Registrati 1.555 casi di gonorrea, 695 di sifilide, 59 di Mpox tra giugno e dicembre. Su 4.981 persone con infezione testate per l'Hiv, 599 risultate positive (12%), con una prevalenza stimata circa 40 volte superiore che nella popolazione generale. Palamara: "Agire su prevenzione, sensibilizzazione, diagnosi e trattamenti"

NEL 2024 CONTINUANO A CRESCERE LE INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE (IST):

le segnalazioni hanno raggiunto quota 7.797, con un aumento del 12% rispetto al 2023. A trainare la crescita sono soprattutto clamidia (+41,5%), micoplasma (+40,5%) e linfogranuloma venereo (+39%). Tra i maschi che fanno sesso con maschi (MSM), in particolare, i casi di clamidia sono aumentati del 61,2%, passando da 479 a 772, mentre la prevalenza dell'infezione resta più elevata tra i giovani di 15-24 anni rispetto agli over 24: 8,3% contro 2,7%. Preoccupa anche il linfogranuloma venereo, che con 64 segnalazioni raggiunge il picco più alto dal 1991: 58 casi, pari al 90,6%, riguardano MSM e, tra questi, il 37,7% è positivo all'Hiv. Anche 19 casi di Mpox, pari al 90,5% di quelli segnalati nel 2024, hanno interessato MSM. E se tra il 2021 e il 2024 la prevalenza dell'Hiv nelle persone con una Ist confermata è diminuita del 20,2%, nel 2024 si attesta ancora al 12%, circa 40 volte il valore stimato nella popolazione adulta italiana. Tra il 24 giugno 2023 e il 31 dicembre 2024, infine, 996 persone con Ist, pari al 19,3%, sono risultate positive ai marcatori dell'epatite B indagati, escluso l'anti-HBs. Questi in sintesi i numeri delle segnalazioni di infezioni sessualmente trasmesse (Ist) in Italia snocciolati nel Rapporto dei sistemi di sorveglianza coordinati dall'Iss.

"La tendenza degli ultimi anni delle infezioni

sessualmente trasmesse è preoccupante, occorre agire su diversi livelli per invertire il trend – dichiara Anna Teresa Palamara, Direttore del dipartimento di Malattie Infettive dell'Iss –. Occorre agire su più fronti contemporaneamente: sulla diagnosi e sul trattamento precoce, che riducono il rischio di contagio; sulla prevenzione, favorendo ad esempio la diffusione dei vaccini per HPV ed epatite; sulla corretta informazione e sulla sensibilizzazione della popolazione sui comportamenti da adottare per prevenire le infezioni".

I dati principali dei sistemi di sorveglianza Iss

CLAMIDIA

La clamidia accelera. Nel breve periodo invece gli aumenti più rilevanti osservati nel 2024 rispetto al 2023 sono stati del +41,5%. In particolare, nel 2024 si è osservato un aumento del 61,2% dei casi di infezione da clamidia nei maschi che fanno sesso con maschi (MSM). La prevalenza di infezione da clamidia per classe di età è più alta tra le persone di età 15-24 anni, rispetto a quelle con più di 24 anni (nel 2024: 8,3% vs 2,7%).

Nel 2024 i centri di sorveglianza hanno registrato 1.581 nuove diagnosi e quasi un caso su

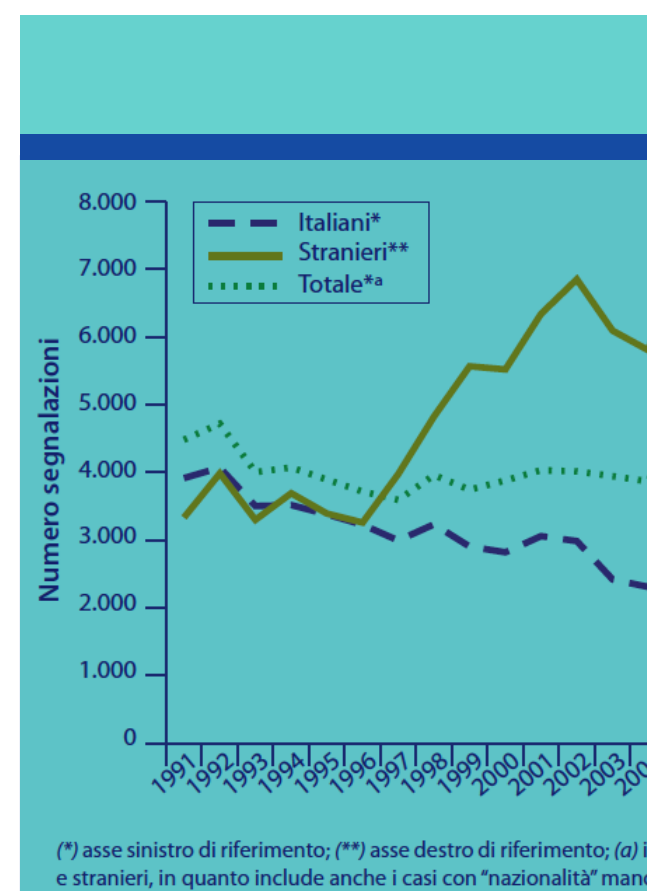


Figura 3 - Andamento delle segnalazioni di IST, totali e su centri clinici, 1991-2024)

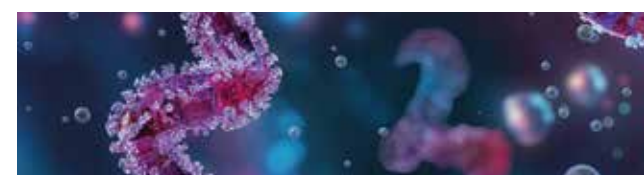
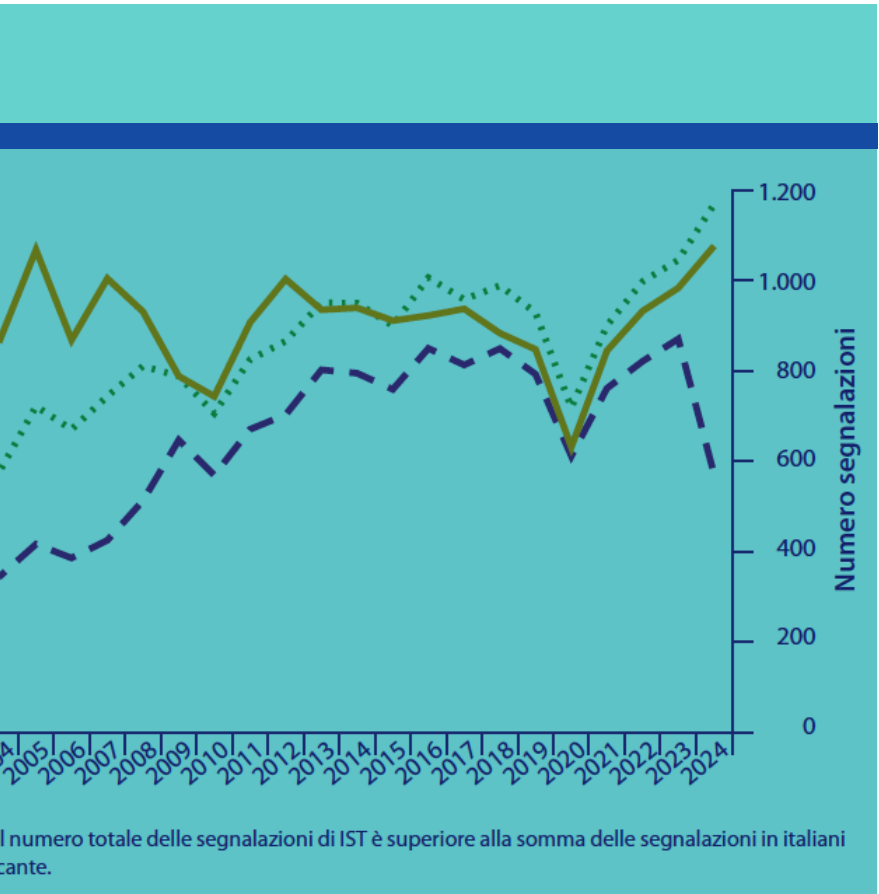


Tabella 3 - Distribuzione dei casi per tipo di IST diagnosticata: intero periodo e 2024 (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2024)

IST diagnosticate	1991-2024		2024							
	Totale		Totale		Uomini eterosessuali		MSM ^a		Donne	
	n.	%	n. ^b	%	n. ^b	%	n. ^b	%	n. ^b	%
Totale	173.635	100,0	7.797	100,0	2.434	100,0	3.504	100,0	1.659	100,0
Virali										
Condilomi ano-genitali	72.053	41,5	2.097	26,9	1.144	47,0	308	8,8	576	34,7
Herpes genitale	11.742	6,8	364	4,7	125	5,1	106	3,0	119	7,2
Mollusco contagioso	10.864	6,3	385	4,9	188	7,7	53	1,5	139	8,4
Monkeypox virus ^c	59	0,0	21	0,3	1	0,0	19	0,5	1	0,1
Batteriche										
Cervicovaginiti NG-NC ^d	9.260	5,3	27	0,3	-	-	-	-	27	1,6
Uretriti NG-NC ^d	8.009	4,6	69	0,9	34	1,4	33	0,9	-	-
Sifilide primaria e secondaria (I-II)	12.231	7,0	695	8,9	114	4,7	488	16,5	64	3,9
Sifilide latente	12.917	7,4	213	2,7	44	1,8	134	3,8	32	1,9
Reinfezione sifilitica	766	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sifilide latente precoce ^c	564	0,3	264	3,4	26	1,1	213	6,1	13	0,8
Sifilide latente tardiva ^c	338	0,2	162	2,1	51	2,1	86	2,5	22	1,3
Cerviciti da <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	1.045	0,6	175	2,2	-	-	-	-	175	10,5
Uretriti da <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	13.960	8,0	1.380	17,7	249	10,2	1.094	31,2	-	-
Cerviciti da <i>Chlamydia trachomatis</i>	4.559	2,6	418	5,4	-	-	-	-	418	25,2
Uretriti da <i>Chlamydia trachomatis</i>	10.606	6,1	1.163	14,9	372	15,3	772	22,0	-	-
Cerviciti da <i>Mycoplasma genitalium</i> ^e	213	0,1	45	0,6	-	-	-	-	45	2,7
Uretriti da <i>Mycoplasma genitalium</i> ^e	826	0,5	198	2,5	70	2,9	121	3,5	-	-
Linfogranuloma venereo	367	0,2	64	0,8	4	0,2	58	1,7	2	0,0
Malattia infiammatoria pelvica da clamidia o da gonococco	27	0,0	0	0,0	-	-	0	0,1	0	0,0
Ulcera venerea	47	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Granuloma Inguinale	8	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Protozoarie										
Infezioni da <i>Trichomonas vaginalis</i>	626	0,4	28	0,4	5	0,2	2	0,1	21	1,3
Parassitarie										
Pediculosi del pube	2.548	1,5	29	0,4	7	0,3	17	0,5	5	0,3

(a) MSM: maschi che fanno sesso con maschi; (b) per l'anno 2024, il numero totale delle segnalazioni per tipo di IST diagnosticata è superiore alla somma delle segnalazioni in uomini eterosessuali, in MSM e in donne, in quanto include anche i casi con "modalità di trasmissione" mancante; (c) inizio raccolta dati 24 giugno 2023; (d) NG-NC: non gonococcica-non clamidiale; (e) inizio raccolta dati maggio 2016



Il numero totale delle segnalazioni di IST è superiore alla somma delle segnalazioni in italiani e in donne, in quanto include anche i casi con "modalità di trasmissione" mancante.

Tabella 4 - Distribuzione dei casi per tipo di IST diagnosticata: intero periodo e 2024 (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2024)

due, il 49,4%, ha riguardato maschi che fanno sesso con maschi (MSM). Dal 1° gennaio 1991 al 31 dicembre 2024, il Sistema di sorveglianza ha segnalato complessivamente 15.165 casi di infezione da *Chlamydia trachomatis* (Ct): 10.603 tra gli uomini, pari al 69,9%, e 4.562 tra le donne, il 30,1%. Sempre nel periodo 1991-2024, l'età mediana delle persone diagnosticate è stata di 29 anni, con un intervallo interquartile compreso tra 24 e 36 anni. Considerando tutte le diagnosi di Ist segnalate, quelle di clamidia sono risultate più frequenti tra le persone di 15-24 anni, con una quota del 12,2%, rispetto al 9% nella fascia 25-44 anni e al 4,7% tra quelle di almeno 45 anni. Il 19,5% delle persone con clamidia, pari a 2.736 casi secondo i dati riportati, era di nazionalità straniera. Tra queste, il 46,1% proveniva da altri Paesi europei e il 27% dall'Africa. Nei sei mesi precedenti la diagnosi, il 25,7% non aveva avuto partner sessuali o ne aveva avuto uno, il 53% ne aveva avuti da due a cinque e il 21,3% almeno sei. Quanto alla modalità di trasmissione, nell'intero periodo analizzato il 44,7% dei casi è stato segnalato tra uomini eterosessuali, il 23,9% tra MSM e il 31,4% tra le donne. Nel solo 2024, invece, gli MSM hanno rappresentato il 49,4% delle diagnosi di clamidia segnalate.

GONORREA

La gonorrea continua a rappresentare una quota rilevante delle infezioni sessualmente trasmesse: le segnalazioni sono quintuplicate dal 2010 al 2024, raggiungendo un picco massimo nel 2024 con 1555 casi. Nello specifico, tra il 2021 e il 2024 c'è stato un incremento delle segnalazioni di gonorrea dell'84,0%. Nel periodo compreso tra il 1° gennaio 1991 e il 31 dicembre 2024, sono state registrate complessivamente 15.005 diagnosi: 13.960 tra gli uomini, pari al 93%, e 1.045 tra le donne, il 7%. La gonorrea interessa soprattutto le fasce più giovani della popolazione. L'età mediana delle persone che hanno ricevuto una diagnosi è infatti di 31 anni, con la metà dei casi concentrata tra i 26 e i 39 anni. La maggiore diffusione tra i giovani emerge anche analizzando il peso della gonorrea sul complesso delle infezioni sessualmente trasmesse (Ist) segnalate: nella fascia di età compresa tra 15 e 44 anni rappresenta il 9,1% delle diagnosi, mentre tra le persone di 45 anni e oltre la quota scende al 6,7%. Il 22,4% delle persone con gonorrea (3.078 casi), era di nazionalità straniera. Tra queste, il 39,9% proveniva da altri Paesi europei e il 20% dall'Africa. Nei sei mesi precedenti la diagnosi, il 14,7% non aveva avuto partner sessuali o ne aveva avuto uno, il 55,6% ne aveva avuti da due a cinque e il 29,8% almeno sei. Quanto alla modalità di trasmissione, il 37,9% dei casi è stato segnalato tra uomini eterosessuali, il 54,7% tra maschi che fanno sesso con maschi (MSM) e il 7,4% tra le donne.

IL REPORT ISS

SIFILIDE PRIMARIA E SECONDARIA

Dopo una fase di relativa stabilità durata fino al 2000, le segnalazioni di sifilide primaria e secondaria hanno iniziato a crescere in maniera significativa. Già nel 2005 il numero delle diagnosi risultava circa cinque volte superiore rispetto a quello registrato nel 2000, mentre un nuovo picco è stato raggiunto nel 2016.

Negli anni successivi la tendenza si è temporaneamente invertita: tra il 2016 e il 2020 i casi sono diminuiti del 23,5%. Una flessione a cui ha fatto seguito una nuova crescita delle segnalazioni, culminata nel 2023 con un picco superiore del 27,9% rispetto a quello registrato nel 2016.

L'aumento emerge anche guardando agli anni più recenti: tra il 2021 e il 2024 le segnalazioni di sifilide primaria e secondaria sono cresciute complessivamente del 16% e nel 2024 i centri hanno segnalato 695 nuovi casi, il 73,3% dei quali negli Msm.

In ogni caso tra il 1° gennaio 1991 e il 31 dicembre 2024 sono stati oltre 12mila i nuovi casi di sifilide primaria e secondaria segnalati in Italia dal Sistema di sorveglianza. Complessivamente, nell'arco di oltre trent'anni, le diagnosi sono state 12.231 e hanno riguardato in larghissima maggioranza gli uomini: 11.239 casi, pari al 91,9% del totale, contro 992 diagnosi tra le donne (8,1%).

L'età mediana delle persone con sifilide primaria e secondaria è risultata pari a 37 anni, con un intervallo interquartile compreso tra 29 e 46 anni. Considerando il peso della sifilide I-II sul complesso delle infezioni sessualmente trasmesse (Ist) segnalate nelle diverse fasce d'età, la quota più elevata si osserva tra le persone di 45 anni e oltre, dove rappresenta il 10,2% delle diagnosi. La percentuale scende al 6,9% nella fascia tra 25 e 44 anni e al 4,1% tra i più giovani, dai 15 ai 24 anni.

Sul fronte della nazionalità, il 14,9% delle persone con sifilide I-II, pari a 1.694 casi, era di nazionalità straniera. Tra queste, quasi la metà (45,1%) proveniva da altri Paesi europei, mentre il 29,2% era originario dell'America.

I dati della sorveglianza restituiscono anche informazioni sul numero di partner sessuali nei sei mesi precedenti la diagnosi. Poco meno di una persona su quattro (22,7%) ha riferito di non aver avuto partner o di averne avuto uno, mentre oltre la metà (55,5%) ha indicato da due a cinque partner. Il 21,7% ha invece riferito sei o più partner sessuali.

Quanto alla modalità di trasmissione, il 63,1% dei casi di sifilide primaria e secondaria è stato segnalato tra gli uomini che fanno sesso con uomini (MSM), il 28,2% tra gli uomini eterosessuali e l'8,7% tra le donne. Un dato, quello relativo agli MSM, che risulta ancora più marcato nell'ultimo anno considerato: nel 2024 hanno rappresentato il 73,3% di tutti i casi di sifilide I-II segnalati.

Herpes genitale

Sono 11.742 i nuovi casi di herpes genitale segnalati dal Sistema di sorveglianza tra il 1° gennaio 1991 e il 31 dicembre 2024. Le diagnosi hanno riguardato prevalentemente gli uomini, che rappresentano il 71,2% del totale, con 8.362 casi, mentre tra le donne ne sono stati registrati 3.380, pari al 28,8%. Nel solo 2024 i centri di



Guardando alla modalità di trasmissione, il 57,4% dei casi è stato segnalato tra gli uomini eterosessuali, il 12,4% tra gli uomini che fanno sesso con uomini (MSM) e il 30,1% tra le donne.

sorveglianza hanno segnalato 364 nuovi casi di herpes genitale.

L'età mediana delle persone con herpes genitale è risultata di 35 anni, con un intervallo interquartile compreso tra 27 e 46 anni. Considerando il peso dell'herpes genitale sul complesso delle infezioni sessualmente trasmesse (Ist) segnalate nelle diverse fasce d'età, la quota più elevata si registra tra le persone di 45 anni e oltre, dove rappresenta il 9,8% delle diagnosi. La percentuale scende al 6,1% nella fascia tra 25 e 44 anni e al 5,7% tra i giovani di 15-24 anni. Il 16,9% delle persone con una diagnosi di herpes genitale, pari a 1.873 casi, era di nazionalità straniera. Tra queste, il 35% proveniva da altri Paesi europei e il 26,3% dall'Africa.

Per quanto riguarda il numero di partner sessuali, più della metà delle persone con herpes genitale (55,4%) ha riferito di non aver avuto partner o di averne avuto uno nei sei mesi precedenti la diagnosi. Il 36,3% ha indicato da due a cinque partner, mentre l'8,3% ne ha riferiti sei o più.

Guardando alla modalità di trasmissione, il 57,4% dei casi è stato segnalato tra gli uomini eterosessuali, il 12,4% tra gli uomini che fanno sesso con uomini (MSM) e il 30,1% tra le donne. Sul fronte dell'andamento temporale, dal 2004 le segnalazioni hanno mostrato un andamento sostanzialmente costante, seppure caratterizzato da numerose fluttuazioni. Negli anni più recenti si registra tuttavia una crescita: nel 2024 le segnalazioni sono risultate superiori di circa il 31,9% rispetto al 2021.

Tra le donne l'andamento di lungo periodo mostra un incremento più marcato: tra il 2004 e il 2019 i casi sono aumentati di circa due volte e mezzo. Successivamente si è registrata una lieve diminuzione, seguita da una sostanziale stabilizzazione fino al 2024.

Una crescita recente si osserva anche tra gli MSM: nel 2024 i casi segnalati sono aumentati del 47,2% rispetto al 2021.

TRICOMONIASI

Sono complessivamente 626 i nuovi casi di tricomoniasi (*Trichomonas vaginalis*) segnalati dal Sistema di sorveglianza tra il 1° gennaio 1991 e il 31 dicembre 2024. A differenza di altre infezioni sessualmente trasmesse, le diagnosi hanno riguardato nella quasi totalità dei casi le donne: 586, pari al 93,6% del totale, contro 40 casi registrati tra gli uomini (6,4%).

L'età mediana delle persone con infezione da *Trichomonas vaginalis* è risultata pari a 32 anni, con un intervallo interquartile compreso tra 26 e 42 anni.

Più di una persona su quattro tra quelle diagnosticate, il 27,1% del totale pari a 162 casi, era di nazionalità straniera. Tra queste, oltre la metà (51,9%) proveniva da altri Paesi europei, mentre il 32,1% era originario dell'Africa.

Per quanto riguarda la modalità di trasmissione, il 93,9% dei casi è stato segnalato tra le donne, mentre il 2,6% ha riguardato uomini eterosessuali e il 3,5% uomini che fanno sesso con uomini (MSM).

Nel lungo periodo le segnalazioni mostrano una progressiva diminuzione: si è passati dai 50 casi registrati nel 1991 agli 8 del 2021. Negli anni successivi il numero è tornato a salire e

nel 2024 i centri hanno segnalato 28 nuovi casi di infezione da *Trichomonas vaginalis*.

Mpox. Dal 24 giugno 2023 al 31 dicembre 2024, il Sistema di sorveglianza ha segnalato un totale di 59 nuovi casi di Monkeypox virus (Mpox). Il 91,5% dei casi di Mpox è stato diagnosticato in Msm.

HIV. Nel 2024, tra le 4.981 persone con IST testate per HIV, 599 sono risultate HIV positive, pari a una prevalenza di 12,0% (IC 95%: 11,1-12,9). La prevalenza di infezione da HIV tra le persone con una IST confermata nel 2024 è circa quaranta volte più alta di quella stimata nella popolazione generale italiana.

Le raccomandazioni dell'Iss per invertire il trend

- Favorire la diagnosi e il trattamento precoce delle IST facilitando l'accesso ai servizi sanitari attraverso un Percorso Integrato di Cura (PIC) della persona a rischio di o con IST.
- Aumentare l'offerta attiva e l'effettuazione del test HIV tra le persone con una IST, in accordo con quanto previsto dal Piano Nazionale della Prevenzione 2026-2031.
- Potenziare il contrasto alla diffusione delle epatiti virali B e C tra le persone con una IST (screening e diagnosi precoce), secondo le ultime raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.
- Sostenere la prevenzione primaria favorendo la vaccinazione anti-HPV, anti-epatite B, anti-epatite A.
- Migliorare il contact tracing delle persone con IST e promuovere la terapia del partner.
- Incrementare le attività di informazione sulle IST (far conoscere sintomi, segni e complicanze delle IST).
- Incrementare nella popolazione generale la consapevolezza del ruolo delle IST nella trasmissione/acquisizione dell'HIV.
- Promuovere l'educazione alla salute sessuale attraverso le "Regole del Sesso Sicuro" che prevedono un uso corretto del condom, una riduzione del numero dei partner sessuali, un consumo consapevole dell'alcool evitando l'uso di sostanze stupefacenti.
- Elaborare un piano nazionale pluriennale per la prevenzione delle IST e attivare programmi di sorveglianza dei comportamenti.

FERTILITÀ



Oms: il fumo può ridurre le probabilità di concepimento.

**NELLE DONNE, FUMATRICI RISCHIO
DI INFERTILITÀ PIÙ ALTO DEL 40%**

Una nuova sintesi delle conoscenze dell'Organizzazione mondiale della sanità fa il punto sugli effetti del tabacco sulla salute riproduttiva. Negli uomini il fumo è associato ad anomalie del liquido seminale e disfunzioni sessuali. Possibili effetti negativi anche sui trattamenti per la fertilità e rischi legati all'esposizione al fumo passivo.

Scarica il Documento



Nelle donne fumatrici rischio di infertilità più alto del 40%

Le evidenze raccolte nel corso di decenni indicano che il fumo può danneggiare la salute riproduttiva femminile. In particolare, una revisione sistematica degli studi condotti tra il 2000 e il 2026 ha rilevato che le donne che fumano presentano un rischio di infertilità superiore del 40% rispetto alle non fumatrici.

Un dato che si accompagna a quello relativo alla cessazione del fumo. Le donne che hanno fumato in passato ma che hanno smesso possono infatti avere un rischio di infertilità inferiore del 25% rispetto a quelle che continuano a fumare. Un risultato che, sottolinea l'Oms, suggerisce come smettere possa fare una differenza significativa.

Effetti anche sulla fertilità maschile

Ma l'infertilità, rimarca l'Organizzazione mondiale della sanità, non è soltanto un problema di salute femminile. Una recente revisione di 44 studi che ha coinvolto più di 60 mila uomini ha rilevato un'associazione tra fumo e disfunzioni riproduttive, comprese anomalie del liquido seminale e disfunzioni sessuali.

Gli uomini che fumano, secondo le evidenze esaminate, hanno maggiori probabilità di presentare disfunzione erettile e problemi di eiaculazione, oltre ad alterazioni quali assenza di spermatozoi nel liquido seminale, ridotta motilità e anomalie della forma degli spermatozoi.

Possibili effetti sui trattamenti per la fertilità

Il consumo di tabacco può inoltre ridurre le probabilità di successo per chi ricorre a trattamenti per la fertilità. La pubblicazione richiama una precedente ricerca condotta su 21 studi, dalla quale emerge un'associazione tra

fumo di sigaretta e un minor numero di gravidanze e nati vivi dopo tecniche di procreazione medicalmente assistita, come la fecondazione in vitro. I risultati suggeriscono che il fumo di sigaretta potrebbe arrivare a dimezzare le probabilità di un esito positivo.

Alcuni studi indicano poi possibili conseguenze anche per il fumo di pipa ad acqua, o narghilè, associato a parametri peggiori della qualità dello sperma. L'Oms sottolinea tuttavia che sono necessarie ulteriori ricerche prima di poter trarre conclusioni definitive sui suoi effetti sulla fertilità maschile.

Attenzione anche al fumo passivo

Non è necessario essere fumatori per essere esposti a possibili rischi riproduttivi. L'Oms avverte infatti che anche il fumo passivo può aumentare il rischio di infertilità. Le donne esposte possono presentare un rischio maggiore di infertilità e una minore probabilità di concepire in ciascun mese in cui cercano una gravidanza.

Per quanto riguarda invece prodotti più recenti, come sigarette elettroniche, pipe ad acqua e tabacco senza fumo, le evidenze sono ancora in fase di sviluppo. Quelle più solide riguardano al momento il fumo di sigaretta, ma l'Oms avverte che anche altri prodotti a base di tabacco e nicotina potrebbero comportare rischi per la fertilità e sottolinea la necessità di ulteriori ricerche.

Da qui l'indicazione rivolta agli operatori sanitari: informare le persone e le coppie che stanno pianificando una gravidanza sui rischi riproduttivi legati all'uso del tabacco e offrire un supporto basato sulle evidenze per aiutarle a smettere. L'Oms raccomanda inoltre che brevi consigli per la cessazione del fumo siano forniti sistematicamente a tutti i consumatori di tabacco, in tutti i contesti sanitari.

“

Le donne che hanno fumato in passato ma che hanno smesso possono infatti avere un rischio di infertilità inferiore del 25% rispetto a quelle che continuano a fumare.

IL FUMO PUÒ COMPROMETTERE LA FERTILITÀ DI DONNE E UOMINI e ridurre le probabilità di successo dei trattamenti di procreazione medicalmente assistita. E anche il fumo passivo potrebbe avere conseguenze sulla capacità di concepire.

È quanto emerge da una nuova sintesi delle conoscenze pubblicata dall'Organizzazione mondiale della sanità, che raccoglie le evidenze disponibili sul rapporto tra consumo di tabacco e salute riproduttiva.

Un tema che riguarda una quota rilevante della popolazione: a livello globale, ricorda l'Oms, una persona su sei in età riproduttiva sperimenta l'infertilità nel corso della propria vita. Una condizione definita come il mancato raggiungimento di una gravidanza dopo almeno 12 mesi di rapporti sessuali regolari e non protetti.

Fumo e infertilità: le principali evidenze e raccomandazioni dell'Oms.

L'infertilità è definita come il mancato raggiungimento di una gravidanza dopo 12 mesi o più di rapporti sessuali regolari e non protetti. Una persona su sei sperimenta l'infertilità nel corso della propria vita.

L'infertilità può avere molteplici cause. Il fumo di sigaretta e l'esposizione al fumo passivo sono associati all'infertilità nelle donne.

Sebbene gli effetti negativi del fumo di sigaretta sulla salute riproduttiva femminile siano ben documentati, le evidenze sull'uso di altri prodotti del tabacco, comprese le pipe ad acqua e il tabacco senza fumo, e di prodotti contenenti nicotina come le sigarette elettroniche, sono ancora in fase di sviluppo.

I dati attuali suggeriscono possibili rischi per la fertilità, ma sono necessarie ulteriori ricerche per definirne pienamente gli effetti.

Negli uomini, il fumo di sigaretta è associato a effetti dannosi sul liquido seminale, sugli spermatozoi e sulla funzione sessuale, che possono contribuire all'infertilità.

Le donne che smettono di fumare possono avere un rischio di infertilità più basso rispetto a quelle che continuano a fumare.

L'Oms raccomanda agli operatori sanitari di informare le persone e le coppie che stanno pianificando una gravidanza sui rischi riproduttivi legati all'uso del tabacco e di offrire un supporto basato sulle evidenze per aiutarle a smettere.

ALCOL IN GRAVIDANZA

ISS

Nel 41% delle giovani gestanti tracce compatibili con un consumo 'sociale'

Un'analisi dell'Iss su **83 campioni** di capelli di gestanti tra **18 e 24 anni**, presentata in occasione della giornata dedicata alla sensibilizzazione sullo spettro dei disturbi feto-alcolici, evidenzia in **34 casi** un profilo compatibile con quello definito in letteratura come **"bevitrice sociale"**, nonostante le donne avessero riferito di non bere o di aver smesso in gravidanza

LE GIOVANI DONNE SONO SEMPRE PIÙ CONSAPEVOLI DEI RISCHI legati al consumo di alcol durante la gravidanza e, nella maggior parte dei casi, dichiarano di evitarlo. Ma tra ciò che viene riferito e ciò che i dati mostrano sembra esserci una zona d'ombra: rimane infatti sottovalutata l'abitudine a bere occasionalmente, specie in compagnia.

È quanto indica un'analisi su campioni biologici materni e infantili condotta dal Centro nazionale Dipendenze e Doping dell'Iss tra gennaio 2024 e luglio 2026 nell'ambito del progetto "Salute materno-infantile: formazione degli operatori sociosanitari ed empowerment delle giovani donne (18-24 anni) sui rischi connessi al consumo di alcol in gravidanza".

In occasione della giornata dedicata alla sensibilizzazione sullo spettro dei disturbi feto-alcolici del 9 settembre - accanto al lancio della

campagna informativa "Zero alcol in gravidanza" che si avvale di contenuti scientifici dell'Iss e della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo) - gli esperti partendo da questi dati puntano sulla necessità di rafforzare la formazione degli operatori e l'informazione alle giovani coppie che cercano una gravidanza.

"Il messaggio è chiaro: zero alcol in gravidanza - sottolinea Simona Pichini, direttore del Centro nazionale Dipendenze e Doping dell'Iss - promuovere questa consapevolezza significa intervenire prima del concepimento, durante la gravidanza e, più in generale, aumentare la consapevolezza dei rischi legati al consumo di alcol durante la gestazione. L'astensione non è una questione che riguarda solamente la donna ma coinvolge il partner e coloro che ruotano intorno alla coppia".



IL CONSUMO DI ALCOL IN GRAVIDANZA

Nell'ambito del progetto sono stati analizzati 83 campioni di capelli di gestanti tra i 18 e i 24 anni e 147 campioni di meconio neonatale. Le analisi hanno cercato tracce di etilglucuronide (EtG), un indicatore utilizzato per valutare l'esposizione all'alcol, insieme a uno screening per altre sostanze psicoattive.

Il dato più significativo riguarda i campioni materni. Soltanto due campioni hanno mostrato livelli di EtG vicini alla soglia indicata dalla letteratura scientifica come riferimento per un consumo cronico di alcol. Ma in 34 casi, pari al 41% del campione, le analisi dei capelli hanno evidenziato un profilo compatibile con quello definito in letteratura come "bevitrice sociale".

Il risultato assume particolare rilievo perché, nelle interviste, le donne avevano dichiarato di non consumare alcol, di essere astemie oppure di aver interrotto il consumo durante la gravidanza. Il dato, tuttavia, non significa che il 41% delle gestanti sia consumatore cronico di alcol né consente, da solo, di stabilire quantità e frequenza del consumo durante l'intera gravidanza. Si tratta di un risultato preliminare che dovrà essere ulteriormente approfondito, anche attraverso una pubblicazione scientifica.

"Il risultato è interessante e sarà approfondito in una pubblicazione scientifica", annuncia

“

Sono stati diffusi materiali specifici, distribuiti attraverso i Centri Collaborativi del progetto e resi disponibili anche sui canali digitali dell'Istituto Superiore di Sanità.

Adele Minutillo, del Centro nazionale Dipendenze e Doping dell'Iss.

Diverso il quadro emerso dalle analisi del meconio. I risultati hanno generalmente confermato quanto dichiarato dalle madri e soltanto un campione si è avvicinato alla soglia considerata indicativa di esposizione neonatale all'alcol.

FORMARE GLI OPERATORI PER RAFFORZARE LA PREVENZIONE

Una delle principali azioni del progetto sulla sindrome feto-alcolica ha riguardato la formazione dei professionisti sociosanitari che operano nell'ambito della salute materno-infantile.

INFORMARE I GIOVANI PRIMA DELLA GRAVIDANZA

Il progetto ha affiancato alla formazione professionale un'importante attività di informazione e sensibilizzazione della popolazione, con particolare attenzione alle giovani donne tra 18 e 24 anni. "Questa scelta – aggiunge Pichini – risponde a una precisa logica preventiva: la promozione della salute deve raggiungere le persone in età fertile e fornire informazioni comprensibili e scientificamente corrette anche nella fase preconcezionale".

Sono stati diffusi materiali specifici, distribuiti attraverso i Centri Collaborativi del progetto e resi disponibili anche sui canali digitali dell'Istituto Superiore di Sanità.

La comunicazione attraverso i social media ha costituito un ulteriore strumento di prevenzione. Nell'ambito della campagna sono stati realizzati quattro video brevi dedicati alla Fasd e alla prevenzione dell'esposizione prenatale all'alcol.

IL RUOLO DELL'OSSERVATORIO NAZIONALE ALCOL

Diverse sono le iniziative messe in campo dall'Osservatorio Alcol dell'Iss: tra queste la traduzione e diffusione in italiano di una scheda informativa dell'Oms e dell'Unicef dedicata allo spettro dei disturbi feto-alcolici, uno strumento rivolto a operatori, decisori e cittadini per aumentare la consapevolezza sui rischi associati all'esposizione prenatale all'alcol e sull'importanza della prevenzione. A questa attività si affianca la partecipazione al progetto europeo Far Seas, che ha contribuito alla definizione di linee guida rivolte alla prevenzione del consumo di alcol nelle donne in età fertile e durante la gravidanza e alla sperimentazione di interventi finalizzati a ridurre il rischio di esposizione prenatale all'alcol.





ALCOL IN GRAVIDANZA

ZERO ALCOL IN GRAVIDANZA

**È PARTITA LA
CAMPAGNA
INFORMATIVA
DEL MINISTERO
SUI RISCHI ALCOL-
CORRELATI**



AI generated

La campagna partita il 9 settembre, in occasione della Giornata mondiale della sindrome feto-alcolica, punta a ricordare i rischi del consumo di alcol sul nascituro, comprese anomalie cranio facciali, rallentamento della crescita e disturbi dello sviluppo neurologico. “L’unica scelta sicura è non bere alcolici”.

“NON ESISTE UNA QUANTITÀ SICURA di alcol che si può assumere in gravidanza. L’unica scelta sicura è non bere alcolici”.

È questo uno dei messaggi chiave della campagna informativa “Zero alcol in gravidanza” che il ministero della Salute ha lanciato, in collaborazione con l’Istituto Superiore della Sanità (Iss), in occasione della Giornata Mondiale della sindrome feto-alcolica del 9 settembre scorso, e che proseguirà fino alla fine del mese di novembre.

La campagna si avvale di contenuti scientifici prodotti insieme ad esperti dell’Iss e della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo), con i quali sono state sviluppate delle video interviste ad hoc.

“Il consumo di alcol in età fertile – spiega il ministero – non è dannoso solo per la salute del consumatore ma anche del feto se la coppia che programma una gravidanza o va incontro ad una gravidanza non si astiene dal consumo di alcol. I metaboliti dell’alcol passano la barriera placentare e causano danni permanenti al feto esposto, che sono sintetizzati nello Spettro dei Disordini Feto-Alcolici (Fasd), la cui manifestazione clinica più grave è la Sindrome feto-alcolica (fas). Le alterazioni della Fasd comprendono anomalie strutturali (anomalie cranio facciali, rallentamento della crescita, ecc.) e disturbi dello sviluppo neurologico, che

“

Il target della campagna non sono solo le giovani donne, coppie in età fertile e, più in generale, chi pianifica una gravidanza, ma anche i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, ginecologi, ostetriche, stakeholder.

comportano disabilità comportamentali e neuro-cognitive”.

La prevalenza della Fasd è difficile da stimare, a causa delle difficoltà legate alla corretta diagnosi e alla diagnosi differenziale, e ai limiti nella rilevazione dell’esposizione prenatale all’alcol. Studi a livello europeo, evidenziano che circa il 10% delle donne nella popolazione generale consuma alcol durante la gravidanza, fattore chiave di rischio.

L’obiettivo generale della campagna è quindi promuovere nella popolazione una maggiore consapevolezza sui rischi alcol-correlati, con particolare attenzione al consumo di alcol durante la gravidanza.

Il target della campagna non sono solo le giovani donne, coppie in età fertile e, più in generale, chi pianifica una gravidanza, ma anche i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, ginecologi, ostetriche, stakeholder.

La campagna è veicolata tramite i canali social ufficiali del Ministero e dell’Iss (Instagram e Youtube) per spiegare che non esiste una quantità sicura di alcol nel periodo della gestazione. La tipologia di contenuto previsto riguarda post statici, carousel, reel e un video. “Il tono di voce utilizzato è caldo e ironico. Parla la lingua della genitorialità reale. Non colpevolizza né ammonisce, ma trasforma una scelta in un gesto naturale”, spiega il ministero.



SALUTE DELLE DONNE

OMS Oltre 3.500 morti per cause materne in Europa tra il 2018 e il 2022. Ma dopo la maternità cresce l'invisibilità

OLTRE 3.500 DONNE SONO MORTE PER CAUSE LEGATE ALLA MATERNITÀ nella Regione europea dell'Oms tra il 2018 e il 2022. Un dato che pesa ancora di più considerando che quasi tutti i decessi materni sono evitabili attraverso interventi efficaci di sanità pubblica o cure tempestive e di alta qualità. E se negli ultimi due decenni la mortalità materna è complessivamente diminuita, dal 2013 i tassi sono rimasti stagnanti e nell'Europa orientale e settentrionale sono addirittura aumentati.

È uno dei dati da cui emerge il quadro tracciato dall'Oms Europa sulla salute delle donne, che invita ad allargare lo sguardo oltre la maternità e gli anni riproduttivi. Perché i progressi raggiunti sul fronte della maternità sono importanti, ma non bastano a raccontare lo stato di salute delle donne lungo tutto l'arco della vita.

I risultati ottenuti nell'assistenza materna sono significativi: oltre il 98% dei parti nella Regione europea avviene in una struttura sanitaria e circa il 99% è assistito da personale sanitario qualificato. Un risultato che l'Oms attribuisce al miglioramento dell'assistenza clinica, a una migliore sorveglianza e alla costante attenzione politica. Ma questa attenzione, osserva l'Oms, comporta anche un rischio: di lasciare in secondo piano altre dimensioni della salute femminile. La maggior parte dei decessi delle donne avviene infatti al di fuori del periodo materno. E se oggi le donne vivono più a lungo, trascorrono anche più anni degli uomini convivendo con malattie croniche e disabilità.

Dopo i 45 anni più cause di morte "mal definite"

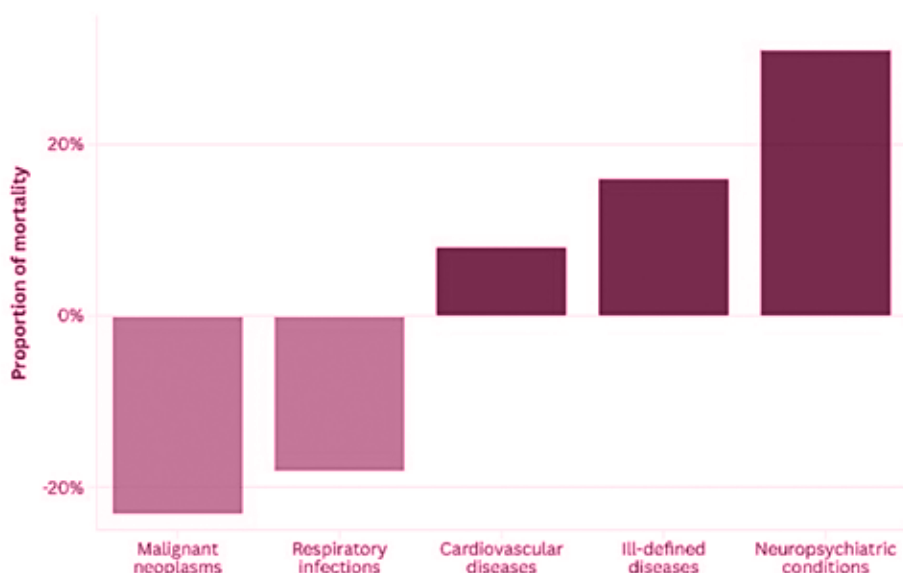
È soprattutto guardando alle donne dopo l'età riproduttiva che emergono alcune delle criticità messe in evidenza dall'Oms. Tra le donne di 45 anni e più, la probabilità che la causa di morte venga classificata come "mal definita" è circa il 14% superiore rispetto agli uomini della stessa fascia di età. In queste categorie rientrano indicazioni quali fragilità, arresto cardiaco, insufficienza cardiaca, demenza non specificata o semplicemente cause sconosciute.

Una parte di questa differenza può essere spiegata dalla maggiore longevità femminile e dalla presenza, in età avanzata, di più patologie croniche che possono rendere complessa la certificazione della causa di morte. Ma per l'Oms questa è solo una parte della spiegazione. Vi sono crescenti evidenze che le donne ricevano diagnosi più tardive, siano sottoposte a meno approfondimenti diagnostici e rimangano sottorappresentate nella ricerca clinica, in particolare per le malattie cardiovascolari. Per l'Oms, una classificazione imprecisa delle cause di morte non rappresenta soltanto un problema statistico: può oscurare il reale peso delle malattie, indebolire le strategie di prevenzione e distorcere le priorità della ricerca, rendendo di fatto le donne meno visibili anche nei dati sui quali vengono costruite le decisioni sanitarie.

Nonostante i progressi nell'assistenza, dal 2013 il calo della mortalità materna si è fermato e nell'Europa orientale e settentrionale i tassi sono aumentati. Ma l'Oms invita ad allargare lo sguardo oltre la salute riproduttiva: le donne vivono più a lungo, ma con più anni di malattie e disabilità e, dopo i 45 anni, le cause di morte sono classificate come "mal definite" il 14% più spesso rispetto agli uomini.

Women aged 45+ are proportionally more likely to die from an ill-defined cause than men in the same age group

The purple bars to the right indicate causes that make up a larger proportion of female mortality than male mortality.



Diventare ginecologo tra esperienza e intelligenza artificiale



Come si forma lo specialista quando conoscenza e tecnologie cambiano sempre più rapidamente

NEGLI ULTIMI TRENT'ANNI IL BAGAGLIO DI CONOSCENZE e di competenze in ostetricia e in ginecologia si è enormemente ampliato. Nuove possibilità diagnostiche e terapeutiche, nuove tecnologie e nuovi settori della disciplina sono entrati nella pratica sempre più rapidamente. Per un giovane specializzando in ostetricia e ginecologia è diventato sempre più difficile conoscere con la stessa accuratezza tutti i settori della disciplina. Questa maggiore complessità ha portato molti giovani, durante la specializzazione, a orientare progressivamente la propria formazione verso un determinato settore della disciplina. A questo si deve aggiungere un elemento generazionale: molti di loro hanno cominciato a usare strumenti digitali fin dall'adolescenza, spesso per curiosità, sviluppando in questo modo una maggiore familiarità con le nuove tecnologie. **Familiarità che i loro maestri hanno acquisito più avanti negli anni, spesso quando il loro percorso professionale era già consolidato.** Può accadere così che un giovane medico abbia maggiore dimestichezza con un sistema di intelligenza artificiale del proprio tutor. Nel 2025 il *New England Journal of Medicine* ha richiamato l'attenzione proprio su questa situazione: molti medici in formazione usano i grandi modelli linguistici con maggiore disinvoltura dei loro supervisori¹. È una novità che va oltre la tecnologia. Per generazioni, nel rapporto tra maestro e allievo, esperienza, conoscenze e padronanza degli strumenti tendevano a stare dalla stessa parte: chi aveva più anni di pratica sapeva di più e conosceva meglio an-



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

che gli strumenti della professione. Oggi questa coincidenza non è più scontata. Un giovane può avere maggiore dimestichezza con una nuova tecnologia e un sistema di intelligenza artificiale può elaborare in pochi secondi una quantità di informazioni impossibile da esaminare per un singolo medico. Ma né la familiarità tecnica, né la capacità di elaborare informazioni sostituiscono il giudizio che si costruisce con l'esperienza: capire quanto fidarsi di una risposta, quando dubitarne e quale peso darle nel caso concreto. Insomma, il rapporto tra esperienza, conoscenze e strumenti si è fatto più complesso rispetto al passato. Ma per capire come sia cambiato il modo di diventare ginecologo e quale ruolo resta al maestro, bisogna tornare indietro nel tempo. Trent'anni fa questi problemi si ponevano in termini diversi. Nel 1995 la scuola di specializzazione in Ostetricia e Ginecologia passò da quattro a cinque anni². Negli anni successivi acquistarono maggiore importanza settori come la medicina materno-fetale, la diagnostica prenatale, l'uroginecologia, la medicina della riproduzione e la chirurgia mininvasiva. Il modello di apprendimento, tuttavia, restava ancora largamente riconoscibile: il giovane osservava, assisteva, ripeteva e, poco alla volta, conquistava autonomia accanto a chi aveva più esperienza. Questo modello non è scomparso. In medicina si continua a imparare guardando chi sa fare meglio, discutendo un caso e affrontando insieme un imprevisto. Ma il sapere non passa più soltanto dal medico più esperto, al più giovane. Uno specializzando può arrivare alla discussio-

ne di un caso dopo avere letto una linea guida appena aggiornata oppure può avere maggiore familiarità con uno strumento che il suo tutor ha imparato a usare più tardi. Il maestro, a sua volta, può cogliere qualcosa che il giovane non ha ancora imparato a riconoscere: il peso di un particolare, il significato di un dubbio, il momento in cui una regola generale non basta più. Il sapere, insomma, può ormai circolare nelle due direzioni, anche se ciò che maestro e allievo hanno da trasmettersi non è la stessa cosa.

Con l'intelligenza artificiale questo cambiamento diventa ancora più evidente. Finora gran parte della tecnologia ha aiutato soprattutto a vedere, misurare e registrare. L'ecografo produce un'immagine, il monitor un tracciato, il laparoscopia porta lo sguardo dentro l'addome. Alcuni sistemi di intelligenza artificiale aggiungono un passaggio: possono analizzare quei dati, confrontarli con grandi quantità di informazioni e proporre un'interpretazione. La novità è proprio questa: non basta più imparare a usare uno strumento, bisogna anche imparare a giudicare la risposta che propone. In sala parto, per esempio, un sistema può segnalare un'anomalia del tracciato cardiocografico. Ma quel segnale da solo dice poco. Acquista significato quando viene letto insieme alla fase del travaglio, alle condizioni della madre, ai farmaci somministrati e a ciò che è accaduto nelle ore precedenti. Una review pubblicata nel 2023 su *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* ha mostrato le potenzialità dell'analisi computerizzata del tracciato, sottolineando nello stes-



so tempo la necessità di sistemi interpretabili e adeguatamente validati prima dell'impiego clinico³. L'intelligenza artificiale, dunque, non elimina l'incertezza clinica: può offrire una risposta, ma non stabilire da sola quale peso quella risposta debba avere nella decisione. Fra il segnale e la decisione resta uno spazio che appartiene al giudizio clinico. Il medico deve capire quanto fidarsi della risposta, quando verificarla e quando metterla in discussione. Saper utilizzare uno strumento e saperlo governare non sono la stessa cosa. È in questa differenza che l'esperienza continua ad avere un ruolo decisivo.

Ma che cosa significa oggi fare esperienza? Il modo di apprendere aveva cominciato a cambiare già alla fine del secolo scorso, con l'ingresso di nuove tecnologie nella pratica clinica, ma negli ultimi venticinque anni ha subito una forte accelerazione. Nuove apparecchiature, sistemi di simulazione e, più recentemente, la chirurgia robotica hanno modificato anche il modo di apprendere. I giovani, spesso più pronti ad accogliere le novità tecnologiche, hanno saputo prendere questo treno con particolare rapidità. In chirurgia, per esempio, una parte dell'apprendimento può cominciare prima di arrivare alla paziente: un simulatore permette di eseguire un gesto, correggerlo e ripeterlo. Così, ad esempio, nella chirurgia robotica la doppia console consente al tutor di seguire ciò che sta facendo lo specializzando e di intervenire quando necessario. Una parte dell'addestramento diventa così ripetibile e, almeno in parte, valu-



Nuove apparecchiature, sistemi di simulazione e, più recentemente, la chirurgia robotica hanno modificato anche il modo di apprendere. stakeholder.

tabile. Ma questo non rende meno importante l'esperienza maturata sul campo. Aver assistito a molti interventi o averne eseguiti un certo numero resta necessario, ma non basta da solo a definire l'autonomia. Arriva sempre il momento in cui ciò che si è imparato deve trasformarsi nella capacità di scegliere davanti a una situazione concreta, magari diversa da quelle incontrate prima. È lì che finisce la simulazione e comincia davvero la responsabilità.

C'è poi un altro cambiamento, meno appariscente ma altrettanto importante: nessun ginecologo può ormai conoscere bene tutti i settori della disciplina. In oncologia questo è evidente. La scelta terapeutica nasce sempre più spesso dal confronto fra ginecologo oncologo, radiologo, anatomo-patologo, oncologo medico, radio-terapista, genetista e biologo molecolare. Quando entrano in gioco tecnologie più complesse e grandi quantità di dati, possono aggiungersi fisici medici, bioinformatici e ingegneri. Non sono aumentate soltanto le competenze necessarie: è cambiato anche il modo di prendere una decisione. Immagini radiologiche, referto istologico, caratteristiche molecolari e condizioni cliniche della paziente devono convergere in una scelta comune. Il ginecologo non perde il proprio ruolo, ma lo esercita all'interno di una rete di conoscenze che nessuno possiede da solo. Essere più specializzati, quindi, non significa necessariamente lavorare più isolati. Spesso significa imparare meglio a decidere insieme.

Il problema allora è come organizzare nei cinque anni della specializzazione un sapere che continua ad allargarsi? Non si può semplicemente aggiungere ogni nuova conoscenza a quelle già previste. Una base comune resta indispensabile, ma non tutto può essere approfondito allo stesso livello. A questa esigenza cerca di rispondere il PACT, il Project for Achieving Consensus in Training, curriculum paneuropeo per la formazione specialistica in ostetricia e ginecologia elaborato dall'European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG). Il PACT costituisce la base degli European Training Requirements della UEMS (Unione Europea dei Medici Specialisti) per questa specialità. È un modello costruito sulle competenze: definisce non soltanto ciò che lo specializzando deve sapere, ma anche ciò che deve saper fare, come valutarne la preparazione e quale grado di autonomia deve raggiungere. Prevede un nucleo formativo comune a tutti e attività elettive che consentono di approfondire particolari settori della disciplina. Considera inoltre le competenze non tecniche, la comunicazione, la simulazione e la progressiva assunzione di responsabilità. La specializzazione resta una, ma il percorso non è necessariamente identico per tutti: già durante la scuola possono cominciare a delinearsi interessi e competenze differenti. Va comunque precisato che il PACT non è un nuovo ordinamento italiano né uno standard vincolante per i singoli paesi, ma un riferimento europeo per armonizzare la formazione specialistica^{4,5}.

E poi c'è la paziente. Molte donne arrivano alla visita dopo avere consultato siti, forum e sistemi di intelligenza artificiale. Portano domande, informazioni e talvolta una possibile spiegazione di ciò che sta accadendo. Il medico non è più necessariamente la prima fonte alla quale si rivolgono per capire il proprio problema. Anche questo cambia la visita. Non basta fornire un'informazione corretta: occorre partire da ciò che la paziente ha già letto, distinguere ciò che è attendibile da ciò che non lo è, e ricondurre il tutto alla sua storia clinica. Una risposta, prodotta da un sistema, può essere plausibile e ben formulata, ma dipende dai dati che gli sono stati forniti e non nasce da una visita. Conoscere la paziente diventa quindi indispensabile anche per giudicare la risposta della tecnologia e capire se è adatta proprio a quella donna.

La formazione dovrà preparare anche a questo. Il ginecologo dei prossimi anni lavorerà con strumenti che ancora non conosciamo, con specialisti di discipline diverse e con pazienti sempre più informate. Non potrà sapere tutto. Dovrà però imparare a riconoscere ciò che conta, a valutare l'affidabilità di una risposta, a convivere con l'incertezza e ad assumersi la responsabilità della decisione.

Per trent'anni abbiamo pensato alla formazione soprattutto come al passaggio di conoscenze e di esperienza da chi ne possedeva di più a chi ne possedeva di meno. Quel passaggio resta essenziale, ma non basta più a descrivere che cosa significa diventare ginecologo. Tra informazioni, strumenti e competenze diverse, il ginecologo deve alla fine riconoscere ciò che conta e decidere con la donna che ha davanti. È forse questa la competenza che, oggi più di ieri, bisogna imparare a costruire.

Per saperne di più

1. Abdulnour REE, Gin B, Boscardin CK. Educational Strategies for Clinical Supervision of Artificial Intelligence Use. *N Engl J Med.* 2025;393:786-797. doi:10.1056/NEJMra2503232.
2. Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica. Decreto Ministeriale 11 maggio 1995. Modificazioni all'ordinamento didattico universitario relativamente alle scuole di specializzazione del settore medico. *Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n.167, 19 luglio 1995, Supplemento Ordinario n.88.*
3. Ben M'Barek I, Jauvion G, Ceccaldi PF. Computerized cardiotocography analysis during labor – A state-of-the-art review. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2023;102(2):130-137. doi:10.1111/aogs.14498.
4. European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG). Project for Achieving Consensus in Training (PACT). Pan-European Training Curriculum in Obstetrics and Gynaecology. Revised curriculum, 2026.
5. UEMS Section Obstetrics and Gynaecology / European Board and College of Obstetrics and Gynaecology. European Training Requirements for the Specialty of Obstetrics and Gynaecology. European Standards of Postgraduate Medical Specialist Training. Curriculum April 2026; UEMS 2026/11.

Cellule staminali del sangue del cordone ombelicale: NUOVE PROSPETTIVE

IL TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI EMATOPOIETICHE (CES) rappresenta una tecnica salvavita, nella cura di importanti malattie: trova attualmente indicazione in oltre 80 gravi patologie, neoplastiche e non, congenite ed acquisite, del sistema emopoietico (leucemie e linfomi, malattie mieloproliferative, sindromi mielodisplastiche, stati di immunodeficienza, talassemia...), tumori solidi come il neuroblastoma, e per altre indicazioni, per fortuna in continua crescita.

Ci sono solamente il 25% di possibilità di trovare un donatore parente compatibile, generalmente un fratello o una sorella. Molto spesso i pazienti hanno difficoltà a reperire un midollo corrispondente, anche nel registro internazionale, o possono necessitare di un intervento terapeutico rapido: le cellule presenti alla nascita all'interno del cordone ombelicale (Sco) si sono dimostrate perfettamente in grado di ricostituire un midollo osseo dopo la sua "distruzione", ad opera di un trattamento radio-chimioterapico ad alte dosi. Studi recenti depongono per la superiorità del trapianto di Ces cordonali rispetto alle altre fonti di Ces, presentando anche minore probabilità di recidiva.

Le cellule staminali ematopoietiche vennero scoperte nel cordone ombelicale umano nel 1978; nel 1988, in Francia, ci fu il primo trapianto da sangue cordonale, su un bambino affetto da Anemia di Fanconi.

Le Ces ricavate dal cordone ombelicale possiedono un'eccezionale combinazione di caratteristiche delle staminali prenatali e postnatali, presentano un minor rischio di sviluppo di malattia del trapianto verso l'ospite (Gvhd), grazie alla loro relativa immaturità e quindi necessitano di minore compatibilità Hla con il ricevente; hanno alta capacità di proliferare (maggiore rispetto a quella del midollo osseo e del sangue periferico dell'adulto); sono immediatamente usufruibili: non bisogna convocare il donatore, che può non essere disponibile e comunque deve sottoporsi prima del prelievo a tre giorni di agenti stimolanti l'eritropoiesi.

Risvolti negativi possono essere la relativa scarsi-



GIANCARLO STELLIN
Ostetrico Ginecologo
Proboviro Aogoi
Consigliere
Nazionale Ricerca e
Comunicazione Sigo

tà di cellule nell'unità di Sco da trapiantare (non sufficiente a rispondere alle esigenze di peso del paziente, più facilmente applicabile a bambini). In ogni caso la donazione è utile: le unità non destinate a trapianto venivano finora utilizzate per la produzione di colliri, pomate per ustioni/ulcere cutanee o indirizzate alla ricerca.

Nel corso del 2025, sono stati diffusi i risultati dello studio italiano multicentrico Born (umbilical blood to trasfondere preterm neonates, che era iniziato a dicembre 2021 e concluso a dicembre 2024).

In breve, Born è stato uno studio clinico prospettico, randomizzato, multicentrico, in doppio cieco, controllato, che ha arruolato neonati pretermine partoriti in età gestazionale (GA) compresa tra 24 + 0 e 27 + 6 settimane. I pazienti sono stati reclutati in otto Unità di Terapia Intensiva Neonatale (Nicu) e 451 unità di sangue cordonale (Cb-Rbc) sono state fornite da nove banche CB appartenenti alla Rete Italiana delle Banche del Sangue del Cordone. Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico della Fondazione Policlinico A. Gemelli Irccs (ID 4364, Prot. N. 003590/21) e dei centri partecipanti ed è stato registrato al <https://clinicaltrials.gov> (Nct05100212). Le pazienti sono state randomizzate 1:1 per ricevere fino a 29 + 6 settimane di età post-mestruale (Pma) sia globuli rossi da donatore adulto (A-Rbc, braccio di controllo) sia Cb-Rbc allogenici (braccio di intervento). Se non fossero state disponibili unità Cb-Rbc compatibili, sarebbero state infuse unità A-Rbc. Dopo 29 + 6 settimane di PMA, tutti i pazienti hanno ricevuto i globuli rossi A. Sia le unità A-Rbc che Cb-Rbc sono state abbinate per gli antigeni del gruppo sanguigno Abo/RhD e γ-irradiate alla distribuzione. La randomizzazione è stata effettuata nelle banche del sangue tramite lo strumento Research Electronic Data Capture (RedCap) (Rrid: Scr_003445) ospitato presso la Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli, Irccs. L'allocazione del braccio non era visibile ai neonatologi. Per mantenere l'accecamento, gli A-Rbc e i CB-Rbc sono stati distribuiti nello stesso tipo di sacche. L'esito primario era il tasso di Rop, retinopatia del prematuro, grave (definita come

Rop stadio 3 o superiore nella zona I o II e/o presenza di malattia positiva) alla dimissione o a 40 settimane di Pma, a seconda di quale si verificasse per primo. Sotto il profilo della sicurezza, i dati clinici e biochimici hanno confermato l'equivalenza tra i due emocomponenti, rendendo le Cb-Rbc una risorsa clinica sovrapponibile alle emazie standard per quanto attiene al profilo di rischio.

IL RAZIONALE BIOLOGICO E CLINICO.

I neonati gravemente pretermine, in particolare gli Extremely Low Gestational Age Neonates (ELGAN, nati prima della 28ª settimana di gestazione o con peso inferiore a un chilo alla nascita), in più del 90% dei casi ricevono almeno una trasfusione di concentrati eritrocitari.

La necessità di ricorrere alla terapia trasfusionale è legata principalmente all'insorgenza dell'anemia del prematuro: Il midollo osseo nel pretermine è ancora immaturo biologicamente e non del tutto pronto a produrre globuli rossi in modo sufficiente a compensare la naturale distruzione delle cellule invecchiate. I neonati crescono molto velocemente nelle prime settimane e il volume del sangue deve espandersi di conseguenza; la produzione autonoma molto spesso non riesce ad adeguarsi ed i livelli di emoglobina scendono; anche piccole quantità di sangue, tolte con i prelievi per il monitoraggio, rischiano di incidere negativamente sulla massa sanguigna totale.

La ricerca clinica sulla trasfusione neonatale ha recentemente messo in discussione il dogma preesistente, che guidava la somministrazione dei prodotti ematici. Soprattutto nel contesto clinico della prematurità, non ci sono evidenze sull'impatto benefico dell'uso abbondante di prodotti ematici: ciò ha portato a una riduzione delle soglie di trasfusione, sia per i globuli rossi (RBC) che per i concentrati di piastrine, mentre oggi sono riconosciute alcune indicazioni per la somministrazione del plasma. Allo stesso modo, un corpo crescente di prove ha stabilito un collegamento tra trasfusioni e risultati peggiori. Tra i meccanismi patogenetici che provocano il

adulte standard (A-Rbc), la sua HbF viene rapidamente e non fisiologicamente sostituita da HbA. La minore affinità dell'HbA per l'ossigeno ne provoca un rilascio massivo e precoce a livello cellulare, dove si provoca una iperossia cellulare - "sfida iperossica" - e un'eccessiva produzione di specie reattive dell'ossigeno (Ros); il tutto aggravato dal fatto che le riserve antiossidanti, in un neonato pretermine, sono estremamente immature. Uno stress ossidativo sistemico è ritenuto, quindi, il meccanismo patogenetico alla base delle "malattie da radicali dell'ossigeno del neonato", tra cui la Retinopatia del Pretermine (Rop) e la Broncodisplasia Polmonare (Bpd): condizioni tipicamente osservate in questi fragili pazienti

una monografia ufficiale dell'emocomponente "emazie cordonali leucodeplete sospese in soluzione additiva" (Cb-Rbc), dove sono stati stabiliti i criteri di qualità del materiale di partenza e del prodotto finito. È stato possibile implementare la procedura nei centri che hanno già preso parte allo studio Born; è stata auspicata la partecipazione di nuovi centri, che dovranno dare evidenza di aver convalidato la procedura di produzione e distribuzione delle Cb-Rbc. L'accesso clinico viene autorizzato subordinatamente all'obbligo di fornire dati supplementari tramite un piano di monitoraggio clinico (CFUpP) su registro RedCap dell'Istituto superiore di Sanità.

peggioramento, è implicato lo stress ossidativo, trasmesso dagli stessi prodotti ematici. Una delle conseguenze della trasfusione di globuli rossi nei neonati in età gestazionale estremamente bassa (Elgan) è la sostituzione non fisiologica dell'emoglobina fetale (HbF) con quella adulta (HbA). Nella normale vita fetale, gli organi in via di sviluppo sono esposti esclusivamente all'emoglobina fetale (HbF). Fino al termine della gravidanza la sintesi di emoglobina nel pretermine è quasi interamente costituita da HbF, che rappresenta oltre il 90% dell'emoglobina circolante a 24 settimane di gestazione.

La struttura molecolare dell'emoglobina fetale, un tetramero composto da due catene α e due catene γ ($\alpha_2\gamma_2$), differisce profondamente da quella dell'emoglobina adulta ($\alpha_2\beta_2$). Questa differenza strutturale influisce sul comportamento biologico dell'emocomponente: l'HbF trattiene l'ossigeno con maggiore affinità rispetto all'HbA. Rispetto all'HbA, l'HbF ha proprietà biochimiche specifiche: possiede una maggiore stabilità strutturale, che riduce la perdita intrinseca di eme e il rilascio di ferro libero, altamente tossico; possiede anche una più elevata attività pseudoperossidasi intrinseca, in grado di neutralizzare i ROS attraverso una reazione di auto-terminazione dei radicali perossidici, ed è significativamente meno incline a indurre la scissione del Dna cellulare; ha una superiore capacità di generare ossido nitrico (NO) libero, attraverso denitrosilazione ossidativa; svolge un ruolo protettivo nella regolazione del flusso sanguigno microcircolatorio e nella perfusione dei tessuti. Infine, il sangue di cordone ombelicale vs quello di un soggetto adulto è caratterizzato da maggiore deformabilità dei globuli rossi, paragonabile a quella dei globuli rossi dei neonati pretermine. Ha proprietà immunologiche "naive": i leucociti residui presenti nelle unità di emazie concentrate da sangue cordonale (Cb-Rbc) mostrano fenotipi cellulari più immuno-tolleranti e quindi potenzialmente meno pro-infiammatori, rispetto a quelli riscontrati nel sangue periferico di donatori adulti. Quando un neonato pretermine riceve trasfusioni di emazie

Draft manuscript - 30/04/2011

LA CONSERVAZIONE DEL SANGUE CORDONALE PER USO AUTOLOGO

1° VALUTAZIONI CLINICO SCIENTIFICHE SULLA CONSERVAZIONE AUTOLOGA DEL SANGUE CORDONALE

2° RACCOMANDAZIONI DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE DI ORGANI REGOLATORI E DI ESPERTI DI ALTRI PAESI

3° CRITICITA' NEL RAPPORTO PUBBLICO PRIVATO

2011

1. VALUTAZIONI CLINICO SCIENTIFICHE SULLA CONSERVAZIONE AUTOLOGA DEL SANGUE CORDONALE

2° RACCOMANDAZIONI DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE DI ORGANI REGOLATORI E DI ESPERTI DI ALTRI PAESI

3° CRITICITA' NEL RAPPORTO PUBBLICO PRIVATO



Mauro Busacca



Mario Campogrande



Antonio Chiantera



Enrico Maria Ferrazzi



Nelle nostre Linee guida si ribadisce che, sulla base dei principi scientifici di evidenza, favoriamo ed incoraggiamo la donazione.

dotati di una risposta antiossidante compromessa. Dallo studio Born, sono state ottenute evidenze scientifiche che supportano l'uso di globuli rossi da cordone ombelicale, per ridurre significativamente queste forme severe di patologie e la emorragia intraventricolare (IVH). La trasfusione mirata di CB-RBC permette di correggere l'anemia del pretermine, mantenendo i livelli circolanti di HbF (che si è visto agisce come scudo protettivo rispetto al forte stress ossidativo generato da trasfusioni da donatore adulto) e la pressione parziale di ossigeno, nonché la situazione reologica, all'interno degli intervalli fisiologici coerenti con l'età maturativa di questi pazienti.

Da luglio 2026, presso il centro nazionale sangue (Cns), si è riunito un gruppo di lavoro dedicato alla produzione di linee guida, per implementare la trasfusione nel neonato gravemente pretermine con globuli rossi di sangue di cordone ombelicale (Cb-Rbc) in Italia, definire operativamente i dettagli della terapia e guidarne l'adozione. Ci sono stati 3 incontri tra membri del Cns e del Centro nazionale Trapianti (Cnt) con medici trasfusionisti, neonatologi, Aogoi, ostetriche e rappresentanti delle associazioni dei donatori e dei pazienti, garantendo una governance partecipata e unendo diverse competenze chiave. Alla stregua delle linee guida Edqm, è stata redatta

In conclusione: Il sangue cordonale è una risorsa preziosa, che con il progredire delle ricerche, sta trovando un numero sempre maggiore di applicazioni cliniche; la sua donazione è un procedimento semplice, con nessun costo né economico né di qualsiasi altro tipo, non presenta rischi per la madre e nemmeno per il bambino. È un gesto particolarmente generoso, ma purtroppo si verifica, inspiegabilmente, in modo irrisorio: nel 2025 solo nel 3% dei parti (e teniamo conto che i parti continuano a diminuire).

Siamo costretti ad importare dall'estero il 78% delle unità di staminali necessarie, con un notevole aggravio di costi, allungamento di tempi e, a volte, drammatiche perdite di possibilità.

Sono ancora troppo poche le giovani coppie che decidono di compiere questo gesto di grande valore solidaristico: è molto importante diffondere la cultura della donazione solidale. I ginecologi e le ostetriche hanno un ruolo fondamentale: sono le prime figure professionali ad interfacciarsi con la gravida e rappresentano il primo passo per la sensibilizzazione della donna/coppia a donare il sangue del cordone ombelicale.

Da anni Aogoi è impegnata a sostenere la donazione; speriamo nel raggiungimento di risultati migliori e continueremo ad applicarci per ottenerli.

Bibliografia a richiesta

Nutrizione materna nel primo trimestre e traiettorie di crescita fetale intrauterina: il contributo dello studio SIMPLE

L'aderenza a un'alimentazione salutare già dal primo trimestre di gravidanza influenza l'andamento della crescita del feto. È quanto emerge da una ricerca dell'Università Statale di Milano, pubblicata sul *British Journal of Nutrition* e segnalata come "paper of the month". Il progetto di ricerca longitudinale, multicentrico e su scala nazionale, coordinato da Irene Cetin, sostenuto in parte con fondi del Pnrr, ha esaminato le associazioni tra dieta materna, biomarcatori ematici del primo trimestre e traiettoria e velocità di crescita fetale durante la gravidanza.



FRANCESCA PARISI
MD PhD - Ricercatore
Dipartimento di Scienze
Biomediche e Cliniche
Università degli Studi di
Milano SC Ostetricia
Fondazione Irccs Ca'
Granda - Ospedale
Maggiore Policlinico di
Milano

CHE LA NUTRIZIONE MATERNA NEL PERIODO PERICONCEZIONALE e nelle prime fasi della gravidanza influenzi lo sviluppo embrio-fetale è ormai un concetto consolidato. La disponibilità di macro- e micronutrienti, lo stato metabolico e la qualità dello stile di vita intervengono precocemente sui processi di placentazione e sulla programmazione fetale, con possibili ricadute sugli esiti ostetrici e neonatali e sulla salute a lungo termine della prole. Gran parte delle evidenze cliniche, tuttavia, si è concentrata su endpoint statici, in particolare il peso alla nascita. Lo studio multicentrico italiano SIMPLE aggiunge un elemento importante: un pattern nutrizionale valutato già nel primo trimestre si associa alla traiettoria e alla velocità di crescita fetale tra il secondo e il terzo trimestre. Questi risultati sono stati pubblicati sul *British Journal of Nutrition* che ha selezionato il lavoro come "paper of the month".

Lo studio e il SIMPLE score

Lo studio SIMPLE è una coorte prospettica osservazionale multicentrica che coinvolge 24 centri nascita italiani. L'analisi ha incluso 938 donne sane con gravidanza singola, arruolate tra 11+0 e 13+6 settimane durante lo screening del primo trimestre. All'arruolamento è stata somministrata la SIMPLE nutrition checklist, strumento rapido derivato dalla checklist nu-

trizionale FIGO e adattato alle raccomandazioni italiane. Il SIMPLE score comprende dieci domande binarie su comportamenti favorevoli in gravidanza: consumo appropriato di carne, frutta e verdura, pesce, latticini e cereali integrali; limitazione di dolci e snack; supplementazione preconcezionale e nel primo trimestre con acido folico; utilizzo di sale iodato; adeguata esposizione solare; emoglobina nel primo trimestre >110 g/L. Ogni risposta positiva vale un punto, totalizzando uno score da 0 a 10. Il valore 6 è stato utilizzato come cut-off: punteggio <6 definiva bassa aderenza ad uno stile nutrizionale sano, punteggio maggiore o uguale a 6 alta aderenza.

Nel campione, 829 donne (88,4%) appartenevano al gruppo ad alta aderenza e 109 (11,6%) al gruppo con SIMPLE score <6. Il 93,4% presentava almeno un fattore di rischio nutrizionale (una risposta negativa). Le criticità più frequenti riguardavano il consumo di cereali integrali (47,3%) e l'esposizione solare (44,7%). Le donne con maggiore aderenza erano mediamente più anziane, più istruite e meno frequentemente obese prima della gravidanza.

Dalla biometria alla traiettoria di crescita

La crescita fetale è stata valutata con ecografie standardizzate secondo le raccomandazioni



GAIA MARIA ANELLI
Biotechnologo
Research Fellow e Clinical
Study Coordinator
Università degli Studi di
Milano



PROF. IRENE CETIN
Professore Ordinario -
Università degli Studi di
Milano e Direttrice SC
Ostetricia Mangiagalli
- Fondazione Irccs Ca'
Granda - Ospedale
Maggiore Policlinico di
Milano

ISUOG nel secondo trimestre, tra 18 e 22 settimane, e nel terzo trimestre, tra 28 e 34 settimane. Tra i parametri raccolti vi erano circonferenza addominale (AC) e peso fetale stimato (EFW). Mediante modelli lineari misti lo studio valuta l'andamento longitudinale della crescita e la variazione giornaliera di AC ed EFW tra le due ecografie. Le analisi sono state corrette per età materna, BMI pregravidico, parità, istruzione, fumo, etnia e sesso fetale.

Il risultato principale è che una bassa aderenza al pattern identificato dal SIMPLE score si associa a una minore accelerazione dell'EFW dal secondo al terzo trimestre. Il guadagno di peso fetale stimato in grammi al giorno era significativamente inferiore nel gruppo con SIMPLE score <6 rispetto a quello con punteggio ≥6. Nei modelli corretti, l'interazione tra gruppo SIMPLE e componente quadratica dell'età gestazionale risultava significativa per l'EFW, indicando una diversa accelerazione della crescita nei due gruppi. Le differenze non emergevano invece nelle misure ecografiche assolute ai singoli time point, nel peso alla nascita o nell'incidenza di FGR: il segnale associato alla nutrizione materna diventava evidente soprattutto considerando la cinetica della crescita.

Il passaggio dalla semplice "taglia" fetale alla traiettoria è clinicamente importante.

Un segnale più evidente nei feti maschi

L'analisi stratificata per sesso fetale aggiunge un ulteriore elemento. L'associazione tra bassa aderenza al SIMPLE score e crescita più lenta è stata confermata nei feti maschi, ma non nelle femmine. Nei maschi, il gruppo a bassa aderenza presentava una traiettoria inferiore sia per AC sia per EFW; per la circonferenza addominale l'interazione tra SIMPLE score e tempo era significativa (beta -0,053; p=0,032). Il risultato suggerisce una possibile maggiore vulnerabilità del feto maschio a condizioni ambientali o nutrizionali subottimali, coerente con il dimorfismo sessuale della risposta feto-placentare. Lo studio valuta inoltre le singole componenti della checklist e il BMI materno pregravidico. Tra i dieci item, l'unico associato in modo indipendente alla velocità di crescita dell'EFW è stato un valore di emoglobina nel primo trimestre >110 g/L, associato ad una riduzione media del guadagno ponderale fetale di circa 0,70 g/die. Il risultato, apparentemente controintuitivo, è compatibile con la relazione non lineare descritta tra emoglobina materna e crescita fetale. Il BMI pregravidico mostrava invece un'associazione positiva con la velocità di incremento sia di AC sia di EFW.



ad esiti ostetrici più favorevoli a termine. L'attuale lavoro estende queste osservazioni ad un endpoint dinamico, sostenendo l'ipotesi di un continuum tra stato nutrizionale materno precoce, funzione placentare e successiva crescita fetale.

Dal punto di vista clinico, il valore aggiunto del SIMPLE score è la rapidità. La valutazione nutrizionale in gravidanza può richiedere tempo e personale formato; il SIMPLE score richiede invece poche domande, produce immediatamente un punteggio e può essere inserito nella visita ostetrica del primo trimestre come screening di primo livello. Non sostituisce una valutazione dietetica specialistica e non permette di formulare diagnosi nutrizionali, ma può identificare rapidamente le donne con maggiore probabilità di abitudini subottimali, da indirizzare a counselling o approfondimento nutrizionale. In una popolazione in cui oltre nove donne su dieci presentavano almeno una criticità alla checklist, questa semplicità ha una evidente rilevanza organizzativa.

Implicazioni cliniche e limiti

L'interpretazione deve tuttavia rimanere prudente. Lo studio è osservazionale e non dimostra causalità: un SIMPLE score basso è associato a una crescita fetale più lenta, ma non è possibile affermare che modificare il punteggio produca necessariamente un miglioramento della traiettoria. Il messaggio applicativo è prudente ma concreto. La nutrizione materna precoce non sembra riflettersi soltanto sul peso finale del neonato: può associarsi al modo in cui il feto cresce nel tempo, e questa associazione può essere intercettata con uno strumento rapido, riproducibile e facilmente calcolabile. Se confermati e soprattutto supportati da trial di intervento, questi risultati potrebbero rendere lo screening nutrizionale del primo trimestre una componente ancora più integrata della prevenzione ostetrica, trasformando poche domande semplici in un'opportunità per riconoscere precocemente un rischio potenzialmente modificabile.



Due feti possono trovarsi a una determinata epoca gestazionale entro limiti biometrici normali, ma aver seguito velocità di crescita differenti. La valutazione longitudinale può quindi intercettare adattamenti intrauterini più sottili, precedenti alla comparsa di un peso francamente basso o di una restrizione di crescita definita su soglie percentili. Lo studio suggerisce che la qualità nutrizionale materna precoce possa lasciare un'impronta sulla dinamica di sviluppo prima che questa si traduca in una differenza evidente di dimensioni.

Oltre il BMI materno

Un aspetto importante è che l'associazione del SIMPLE score con la traiettoria di crescita rimaneva presente dopo la correzione per BMI. Lo strumento sembra quindi cogliere una dimensione nutrizionale e comportamentale non sovrapponibile al solo stato ponderale materno. Il dato è inoltre coerente con precedenti analisi del progetto SIMPLE, nelle quali punteggi più elevati erano associati a maggiori concentrazioni di PAPP-A nel primo trimestre, marker di sviluppo trofoblastico e funzione placentare, e

Scarica la Ricerca



AREE OSTETRICHE AD ALTA INTENSITÀ: modelli organizzativi internazionali, ruolo del team multidisciplinare e proposta di un modello italiano



1

Perché le Aree Ostetriche ad Alta Intensità sono necessarie

La donna che partorisce oggi è diversa da quella di trent'anni fa. L'aumento dell'età media al primo parto, la diffusione della procreazione medicalmente assistita, la sopravvivenza di donne affette da patologie cardiovascolari, metaboliche, autoimmuni e oncologiche e la crescente prevalenza di obesità e diabete hanno modificato profondamente il profilo di rischio della popolazione ostetrica^{1, 2}. Sempre più gravidanze richiedono un livello di sorveglianza e competenze superiore a quello garantito da una sala parto tradizionale, senza tuttavia necessitare di una terapia intensiva generale³. È in questo spazio, tra sala parto e rianimazione, che si collocano le Aree Ostetriche ad Alta Intensità (Aoai), denominate a livello internazionale Maternal High Dependency Units (Mhdu) o Obstetric High Dependency Units (Ohdu)⁴. Non sono una nuova specialità né una semplice variante organizzativa, ma una risposta sistemica alla crescente complessità assistenziale, fondata sull'integrazione multidisciplinare, sulla standardizzazione dei processi e sulla cultura della sicurezza⁵. La gestione delle emergenze ostetriche ha inoltre un rilevante impatto sanitario ed economico. Gli eventi che determinano morte o grave disabilità materna o neonatale hanno conseguenze assistenziali e sociali di lunghissima durata. La prevenzione e la gestione tempestiva di tali eventi rappresentano quindi non solo un imperativo etico, ma anche una responsabilità organizzativa dei sistemi sanitari^{6, 9}.

2

I modelli internazionali: convergenze e specificità

L'analisi dei principali sistemi sanitari mostra una convergenza verso modelli organizzativi dedicati alla gestione della paziente ostetrica ad alta complessità, pur con denominazioni e caratteristiche diverse. La logica è comune: concentrare competenze, tecnologie e percorsi assistenziali in aree capaci di garantire il riconoscimento precoce del deterioramento clinico e il trattamento tempestivo delle complicanze¹⁰. Il **Regno Unito** rappresenta uno dei modelli più strutturati. Le Maternal High Dependency Units del Nhs prevedono personale dedicato, monitoraggio continuo, sistemi di early warning, audit e revisione sistematica degli eventi avversi attraverso programmi nazionali come Mbrace-UK. Il Patient Safety Incident Response Framework ha inoltre rafforzato un approccio orientato alla comprensione dei fattori sistemici, secondo i principi della Just Culture^{11, 12}.

Negli **Stati Uniti**, Acog e Smfm hanno definito quattro livelli di assistenza materna, favorendo la stratificazione del rischio e la centralizzazione delle pazienti più complesse nei centri dotati di medicina materno-fetale, terapia intensiva, radiologia interventistica e neonatologia avanzata. Le esperienze del California Maternal Quality Care Collaborative hanno inoltre dimostrato l'efficacia di interventi integrati comprendenti protocolli per l'emorragia, formazione del team e audit¹³⁻¹⁵.

Canada, Australia, Nuova Zelanda e Paesi nordici hanno sviluppato modelli analoghi,

adattati ai propri sistemi sanitari, ma accomunati dall'integrazione strutturale tra ostetrici, anestesisti, intensivisti, neonatologi e ostetriche¹⁶⁻¹⁹.

Anche **Francia e Germania** hanno inserito la gestione del rischio nei sistemi di accreditamento, rendendo la sicurezza un requisito verificabile e non soltanto una scelta della singola struttura^{20, 21}. I criteri di accesso alle Aoai comprendono generalmente emorragia ostetrica, preeclampsia severa, sindrome Hellp, sepsi, insufficienza respiratoria, cardiopatie, shock, coagulopatie, complicanze anestesilogiche e, più in generale, condizioni di instabilità clinica o elevato rischio di deterioramento^{4, 10}. Rispetto alla sala parto ordinaria, l'Aoai garantisce monitoraggio multiparametrico continuo, maggiore intensità assistenziale e disponibilità di supporto anestesilogico e ventilatorio, senza raggiungere la complessità della terapia intensiva^{3, 4}.

Il team multidisciplinare: il cuore del modello

La struttura fisica dell'Aoai è necessaria, ma non sufficiente. La sicurezza dipende dalla capacità del team di condividere un modello mentale della situazione clinica, comunicare sotto pressione, coordinare azioni complesse e prendere decisioni in condizioni di incertezza^{22, 23}. Il modello internazionale prevede un'équipe stabile composta da ginecologi-ostetrici, specialisti di medicina materno-fetale, ane-



CLAUDIO CRESCINI
Presidente Fondazione
Confalonieri Ragonese



DANILO CELLENO
Anestesista Rianimatore,
Clinical Risk Manager



stesisti, intensivisti, neonatologi e ostetriche, con il coinvolgimento di altri specialisti in funzione delle necessità cliniche^{10, 13}. L'efficacia deriva soprattutto dall'integrazione delle diverse competenze attraverso protocolli condivisi, comunicazione strutturata e leadership collaborativa.

Il **ginecologo-ostetrico** mantiene la responsabilità delle decisioni ostetriche e chirurgiche; lo specialista di medicina materno-fetale contribuisce alla gestione delle gravidanze più complesse; l'**anestesista ostetrico** svolge un ruolo centrale nella stabilizzazione emodinamica, nella gestione delle vie aeree, delle trasfusioni massive e del supporto perioperatorio^{24, 25}. L'**ostetrica** garantisce la continuità della sorveglianza, identifica precocemente i segnali di deterioramento e attiva i percorsi di escalation. Nelle Aoi sono necessarie competenze specifiche di area critica integrate con quelle ostetriche: interpretazione del monitoraggio, riconoscimento dello shock, gestione dei sistemi di early warning e conoscenza dei principali trattamenti delle emergenze ostetriche²⁶⁻²⁹. È inoltre fondamentale la capacità di comunicare in modo assertivo con gli altri membri dell'équipe, anche in presenza di barriere gerarchiche^{23, 30, 31}. La sicurezza non nasce quindi dalla semplice presenza di professionisti diversi nello stesso luogo, ma dalla loro capacità di lavorare insieme. Protocolli condivisi, conoscenza reciproca, esercitazioni comuni e apprendimento dagli eventi consentono di trasformare un insieme di professionisti in un vero team. La letteratura sul teamwork mostra infatti che, nelle situazioni critiche, la qualità delle interazioni può essere determinan-

te quanto la competenza tecnica individuale^{22, 32}. **Formazione del team e competenze non tecniche**

Le competenze tecniche individuali non sono sufficienti a garantire la sicurezza nelle emergenze. Una parte rilevante degli eventi avversi è associata a problemi di comunicazione, coordinamento e organizzazione. Le Non-Technical Skills (Nts) - leadership, teamwork, comunicazione, consapevolezza situazionale, decision making, gestione dello stress e del carico cognitivo - sono quindi componenti essenziali dell'assistenza ad alta intensità^{23, 33, 34}.

La simulazione interdisciplinare rappresenta uno degli strumenti più efficaci per svilupparle. L'esperienza del programma britannico Prompt ha documentato miglioramenti nelle competenze del team e nella qualità dell'assistenza, con ricadute anche sugli esiti clinici^{35, 36}. L'esperienza della Recovery Room dell'Istituto Gaslini di Genova, associata a programmi di simulazione, valutazione delle NTS attraverso behavioral markers e integrazione con il risk management, dimostra che questo modello è realizzabile anche in assenza di una normativa nazionale che lo renda obbligatorio³⁷. La valutazione periodica delle competenze (proficiency check) dovrebbe essere considerata uno strumento di garanzia e miglioramento continuo, non di controllo punitivo. Feedback strutturato e percorsi di recupero sono coerenti con i principi della Just Culture e con l'esperienza dei sistemi sanitari più maturi^{11, 12, 38}.

Clinical Governance e gestione del rischio
Le AOAI rappresentano anche un'innovazione organizzativa. Audit clinici, revisione di morta-

lità e morbilità, incident reporting, Root Cause Analysis, Fmea e indicatori di performance consentono di individuare le criticità e promuovere il miglioramento continuo^{39, 40}. Il Clinical Risk Manager non dovrebbe limitarsi alla gestione degli eventi avversi dopo che si sono verificati, ma contribuire alla costruzione dei prerequisiti organizzativi della sicurezza, favorendo la coerenza tra Just Culture, formazione, protocolli e pratica quotidiana⁴¹.

L'integrazione tra formazione, simulazione, audit e Clinical Governance può trasformare le Aoi in organizzazioni ad alta affidabilità (High Reliability Organizations), nelle quali il miglioramento continuo è parte integrante del sistema^{42, 43}.

Il modello italiano: una proposta concreta

4 Il contesto: eterogeneità e potenziale inespresso

L'Italia dispone di centri con esperienze di elevata qualità nell'assistenza ostetrica complessa, ma non di un modello nazionale condiviso che definisca standard omogenei per le Aoi. L'eterogeneità organizzativa tra i punti nascita rappresenta una criticità del sistema, riconosciuta anche dal Piano Nazionale per la Sicurezza del Paziente 2022-2026⁴⁴. Il problema non è necessariamente la mancanza di competenze, ma l'assenza di una **architettura di sistema** capace di rendere omogenee le condizioni organizzative nelle quali tali competenze vengono utilizzate.

Il modello Hub e Spoke come architettura di rete

Il sistema **Hub e Spoke**, già presente nella rete perinatale italiana attraverso i livelli assistenziali definiti dal Dm 70/2015, rappresenta la cornice naturale nella quale collocare le Aoi⁴⁵. Gli **Hub**, generalmente centri di terzo livello, devono disporre delle competenze e tecnologie necessarie per affrontare le complicanze più gravi: medicina materno-fetale, terapia intensiva, radiologia interventistica e neonatologia di terzo livello. Gli **Spoke** gestiscono la fisiologia e le complicanze a minore complessità, applicando protocolli condivisi e attivando il trasferimento verso l'Hub quando necessario. L'Aoi non deve tuttavia essere prerogativa esclusiva degli Hub, anche gli Spoke con volume di attività adeguato dovrebbero poter offrire un livello intermedio di assistenza alle pazienti che necessitano di sorveglianza intensiva ma non di trasferimento immediato. La rete funziona quando criteri di trasferimento, percorsi di escalation, comunicazione e trasporto materno sono chiaramente definiti⁴⁶.

Il territorio come primo anello della rete

La sicurezza ostetrica non inizia in sala parto, ma nel territorio. Medici di medicina generale, ginecologi ambulatoriali, consultori e servizi di medicina materno-fetale rappresentano il primo punto di intercettazione delle donne a rischio e possono favorire l'identificazione precoce e l'invio tempestivo ai centri appropriati⁴⁷. La rete dovrebbe prevedere protocolli condivisi di stratificazione del rischio, percorsi di segnalazione rapida e sistemi di teleconsulto che consentano di accedere alle competenze dei centri di riferimento senza trasferimenti non necessari. Le donne con patologie croniche dovrebbero essere inserite precocemente in percorsi integrati territorio-ospedale^{1, 2, 47}.

Struttura e requisiti dell'Aoai

L'AOAI può essere definita come un'unità assistenziale dedicata alle donne con gravidanza, parto o puerperio complicati da condizioni che richiedono monitoraggio continuo, trattamenti avanzati e presa in carico multidisciplinare^{4, 10}. Tra i principali criteri di accesso rientrano emorragia ostetrica, patologie placentari, disordini ipertensivi, sepsi, patologie cardiovascolari e respiratorie, coagulopatie, insufficienza renale e metabolica, complicanze anestesologiche e condizioni di instabilità o elevato rischio di deterioramento. I requisiti strutturali comprendono la vicinanza al blocco parto e alla sala operatoria, monitoraggio multiparametrico continuo, ecografia bedside, Point-of-Care Testing, ventilazione non invasiva, pompe infusionali, disponibilità immediata di emoderivati e collegamenti funzionali con radiologia interventistica, terapia intensiva e terapia intensiva neonatale^{4, 25}. Lo standard assistenziale dovrebbe prevedere la disponibilità continuativa di ginecologo-ostetrico, anestesista, ostetrica con competenze di area critica e neonatologo, con il coinvolgimento degli altri specialisti secondo le necessità cliniche^{10, 13, 28}.

5

Il ruolo dell'Intelligenza Artificiale

Le Aoai del futuro potranno integrare strumenti di **Intelligenza Artificiale** nella governance clinica, senza sostituire il giudizio professionale. I modelli predittivi e i sistemi di Early Warning digitali possono contribuire a identificare precocemente il rischio di emorragia, necessità trasfusionali e deterioramento clinico, integrando dati clinici, laboratoristici e fisiologici in tempo reale⁴⁸⁻⁵⁰. L'integrazione dell'AI deve però seguire il paradigma **Human in the Loop**: l'AI propone, il clinico decide. Trasparenza, tracciabilità, supervisione umana e possibilità di verificare il razionale della predizione sono essenziali per evitare che l'automation bias trasformi uno strumento di supporto in una nuova fonte di rischio⁵¹⁻⁵⁴. In questo scenario, il Clinical Risk Manager potrà assumere anche un ruolo nella governance digitale, contribuendo alla validazione locale dei sistemi, al monitoraggio delle loro prestazioni e all'identificazione di eventuali variazioni nel tempo delle performance algoritmiche.

6

Indicatori e misurazione

Un sistema di Aoai deve essere valutato attraverso indicatori condivisi di **qualità, sicurezza ed efficienza**: mortalità e morbidità materna severa, ricoveri non programmati in terapia intensiva, tempi di risposta del team, attivazione dei protocolli trasfusionali, aderenza ai protocolli, incident reporting, audit, attività di simulazione e soddisfazione delle pazienti⁵⁵. La misurazione consente il benchmarking tra centri e alimenta un ciclo di miglioramento continuo: i dati identificano le criticità, la formazione interviene per correggerle e nuovi indicatori verificano l'efficacia degli interventi.

7

Le responsabilità di sistema

L'istituzione delle Aoai non significa semplicemente creare una nuova area di degenza. Significa assumere una precisa responsabilità di politica sanitaria e governance clinica, mettendo i professionisti nelle condizioni organizzative necessarie per garantire cure sicure ed efficaci. Le emergenze ostetriche sono eventi tempo-di-

pendenti: richiedono risorse adeguate, percorsi definiti, tecnologie disponibili, équipe multidisciplinari e capacità di risposta tempestiva. Carenza di personale dedicato, assenza di protocolli condivisi e insufficiente formazione interdisciplinare non possono essere compensati dall'impegno dei singoli professionisti^{39, 43}. La responsabilità deve quindi essere distribuita sui diversi livelli del sistema. Alle Regioni compete la programmazione della rete e la definizione degli standard organizzativi; alle Direzioni strategiche l'assegnazione delle risorse e la realizzazione di modelli coerenti con la complessità assistenziale; ai Direttori sanitari il governo clinico, la qualità, la sicurezza e la formazione continua; ai professionisti l'applicazione delle migliori evidenze e la partecipazione al miglioramento; al Clinical Risk Manager la costruzione e il mantenimento di una cultura della sicurezza⁴¹. La sicurezza della donna e del neonato non è il risultato dell'azione del singolo operatore, ma dell'affidabilità dell'intero sistema assistenziale. Le Aree Ostetriche ad Alta Intensità, integrate nella rete Hub-Spoke e collegate al territorio, sostenute dalla formazione multiprofessionale, dalla simulazione, dalla Clinical Governance e, progressivamente, da una governance digitale responsabile, possono rappresentare un'importante evoluzione dell'organizzazione ostetrica italiana. Non si tratta soltanto di creare nuove strutture, ma di costruire un sistema capace di riconoscere precocemente il rischio, attivare rapidamente le competenze necessarie e garantire a ogni donna e a ogni neonato la migliore assistenza possibile.

Bibliografia

- Creanga AA, Syverson C, Seed K, Callaghan WM. Pregnancy-related mortality in the United States, 2011–2013. *Obstet Gynecol*. 2017;130(2):366–73.
- Mol BWJ, Roberts CT, Thangaratnam S, Magee LA, de Groot CJM, Hofmeyr GJ. Pre-eclampsia. *Lancet*. 2016;387(10022):999–1011.
- Pollock W, Rose L, Dennis CL. Pregnant and postpartum admissions to the intensive care unit: a systematic review. *Intensive Care Med*. 2010;36(9):1465–74.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; Royal College of Anaesthetists. Providing Equity of Critical and Maternity Care for the Critically Ill Pregnant or Recently Pregnant Woman. London: RCOG/RCA; 2011.
- World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care. Geneva: WHO; 2021.
- NHS Resolution. Five Year Strategy 2022–2027. London: NHS Resolution; 2022.
- NHS Resolution. Annual Report and Accounts 2022/23. London: NHS Resolution; 2023.
- Corte di Cassazione, Sezione III Civile. Sentenza n. 7513/2018.
- World Health Organization. Standards for Improving Quality of Maternal and Newborn Care in Health Facilities. Geneva: WHO; 2016.
- American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric Care Consensus No. 9: Levels of Maternal Care. *Obstet Gynecol*. 2019;134(2):428–34.
- MBRRACE-UK. Saving Lives, Improving Mothers' Care: Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2019–21. Oxford: NPEU; 2023.
- NHS England. Patient Safety Incident Response Framework. London: NHS England; 2022.
- Society for Maternal-Fetal Medicine. Maternal Critical Care: A Compendium. Washington: SMFM; 2020.
- Clark SL, Belfort MA, Dildy GA, Herbst MA, Meyers JA, Hankins GD. Maternal death in the 21st century: causes, prevention, and relationship to cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;199(1):36.e1–5.
- Main EK, Cape V, Abreo A, et al. Reduction of severe maternal morbidity from hemorrhage using a state perinatal quality collaborative. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;216(3):298.e1–298.e11.
- Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Maternal Critical Care Guidelines. Ottawa: SOGC; 2020.
- Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of High-Risk Pregnancy. East Melbourne: RANZCOG; 2021.
- Norwegian Directorate of Health. National Guideline for Pregnancy Care. Oslo; 2020.
- Swedish Society of Obstetrics and Gynecology. National Guidelines for Obstetric Care. Stockholm; 2021.

- Haute Autorité de Santé. Prise en charge des grossesses à haut risque. Paris: HAS; 2021.
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Leitlinien Geburtshilfe. Berlin: DGGG; 2020.
- Salas E, DiazGranados D, Weaver SJ, King H. Does team training work? *Principles for health care. Acad Emerg Med*. 2008;15(11):1002–9.
- Flin R, O'Connor P, Crichton M. *Safety at the Sharp End: A Guide to Non-Technical Skills*. Aldershot: Ashgate; 2008.
- Obstetric Anaesthetists' Association. Guidelines for the Provision of Obstetric Anaesthesia Services. London: OAA; 2021.
- Royal College of Anaesthetists. Guidelines for Obstetric Anaesthesia Services. London: RCA; 2020.
- Hollowell J, Puddicombe D, Rowe R, et al. The Birthplace national prospective cohort study: perinatal and maternal outcomes by planned place of birth. *BMJ Open*. 2011;1(2):e000512.
- Mhyre JM, D'Oria R, Hameed AB, et al. The maternal early warning criteria: a proposal from the National Partnership for Maternal Safety. *Obstet Gynecol*. 2014;124(4):782–6.
- NHS England. Maternity Safety Training Fund: Advanced Skills Programme for Midwives. London: NHS England; 2022.
- Australian College of Midwives. National Midwifery Guidelines for Consultation and Referral. Canberra: ACM; 2021.
- Edmondson AC. *The Fearless Organization: Creating Psychological Safety in the Workplace for Learning, Innovation, and Growth*. Hoboken: Wiley; 2018.
- Ou L, Chen J, Hillman K, et al. The impact of post-operative care on in-hospital mortality after high risk general surgical procedures. *Anaesth Intensive Care*. 2012;40(3):469–74.
- Weick KE, Sutcliffe KM. *Managing the Unexpected: Resilient Performance in an Age of Uncertainty*. San Francisco: Wiley; 2007.
- Gordon M, Darbyshire D, Baker P. Non-technical skills training to enhance patient safety: a systematic review. *Med Educ*. 2012;46(11):1042–54.
- Yule S, Flin R, Paterson-Brown S, Maran N, Rowley D. Development of a rating system for surgeons' non-technical skills. *Med Educ*. 2006;40(11):1098–104.
- Draycott T, Sibanda T, Owen L, et al. Does training in obstetric emergencies improve neonatal outcome? *BJOG*. 2006;113(2):177–82.
- Crofts JF, Ellis D, Draycott TJ, Winter C, Hunt LP, Akande VA. Change in knowledge of midwives and obstetricians following obstetric emergency training: a randomised controlled trial of local hospital, simulation centre and teamwork training. *BJOG*. 2007;114(12):1534–41.
- Bracco D, Minehart RD, Pian-Smith MC, Szyld D. Behavioral markers for obstetric team performance during simulated emergencies. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17:89.
- Dekker S. *Just Culture: Balancing Safety and Accountability*. 2nd ed. Aldershot: Ashgate; 2012.
- Vincent C, Amalberti R. *Safer Healthcare: Strategies for the Real World*. Cham: Springer Open; 2016.
- Reason J. *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Aldershot: Ashgate; 1997.
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 (Legge Gelli-Bianco). Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. *Gazzetta Ufficiale* n. 64 del 17 marzo 2017.
- Hollnagel E. *Safety-I and Safety-II: The Past and Future of Safety Management*. Aldershot: Ashgate; 2014.
- Reason J. *Human Error*. Cambridge: Cambridge University Press; 1990.
- Ministero della Salute. Piano Nazionale per la Sicurezza del Paziente 2022–2026. Roma: Ministero della Salute; 2022.
- Ministero della Salute. Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70. Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. *Gazzetta Ufficiale* n. 127 del 4 giugno 2015.
- Zwart JJ, Richters JM, Ory F, de Vries JJ, Bloemenkamp KW, van Roo-smalen J. Severe maternal morbidity during pregnancy, delivery and puerperium in the Netherlands: a nationwide population-based study of 371,000 pregnancies. *BJOG*. 2008;115(7):842–50.
- Istituto Superiore di Sanità. ItOSS – Italian Obstetric Surveillance System. Sorveglianza della Mortalità Materna in Italia. Roma: ISS; 2022.
- Baeta T, Rocha ALL, Oliveira JA, et al. Accuracy of machine learning and traditional statistical models in the prediction of postpartum haemorrhage: a systematic review. *BMJ Open*. 2025;15(3):e094455.
- Lengerich BJ, Caruana R, Painter I, et al. Interpretable machine learning predicts postpartum hemorrhage with severe maternal morbidity in a lower-risk obstetric population. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2024;6(8):101391.
- Singh S, McGlennan A, England A, Simons R. A validation study of the CEMACH recommended modified early obstetric warning system (MEOWS). *Anaesthesia*. 2012;67(1):12–8.
- Regulation (EU) 2024/1689 of the European Parliament and of the Council laying down harmonised rules on artificial intelligence (Artificial Intelligence Act). Official Journal of the European Union. 12 July 2024.
- Repubblica Italiana. Legge n. 132 del 2025. Disposizioni e deleghe in materia di intelligenza artificiale. *Gazzetta Ufficiale*; 2025.
- FUTURE-AI Consortium. International consensus guideline for trustworthy and deployable artificial intelligence in healthcare. *BMJ*. 2025. doi:10.1136/bmj-2024-081554.
- World Health Organization. Ethics and Governance of Artificial Intelligence for Health: WHO Guidance. Geneva: WHO; 2021.
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*. 1966;44(3 Suppl):166–206.

Le conseguenze pelviche, riproduttive e sessuali della violenza sulle donne

Razionale clinico-organizzativo del progetto RE.S.PE.R.A.

IN QUESTO SCENARIO SI COLLOCA RE.S.PE.R.A. (Rete per la Salute Pelvica, Riproduttiva e Affettivo-sessuale), proposto come modello clinico-organizzativo integrato, multidisciplinare e trauma-informed per la presa in carico delle donne con esiti pelvici, riproduttivi e sessuali correlati alla violenza. Il presente contributo ne espone il rationale, descrive gli elementi architetture essenziali e argomenta l'opportunità di una sperimentazione pilota in Lombardia, in una logica di sostenibilità e trasferibilità.

Introduzione

La violenza maschile contro le donne è riconosciuta come una priorità di salute pubblica globale, non solo per la sua prevalenza, ma anche per l'impatto esteso e persistente sui percorsi di salute e di cura^{1,2,3}. Le conseguenze non si limitano alla fase acuta dell'evento traumatico, ma possono tradursi in esiti cronici fisici, psicologici, relazionali e sessuali che richiedono una presa in carico articolata e continuativa^{1,2}. Nel campo ostetrico-ginecologico, tali esiti si manifestano frequentemente come dolore pelvico persistente, dispareunia, problematiche del pavimento pelvico, disturbi della funzione sessuale, sintomi somatici associati e difficoltà di accesso o di permanenza nei percorsi assistenziali⁴. In molte realtà organizzative, tuttavia, questi quadri vengono ancora affrontati in maniera segmentata, con una distribuzione dei bisogni tra ambulatori, professionalità e setting diversi, senza una vera regia clinico-organizzativa.

Ne deriva una frattura tra complessità del bisogno e configurazione dell'offerta. La donna può incontrare professionisti competenti, ma



DOTT. MATTEO MARIA SCHÖNAUER
Ginecologo –
Uroginecologia e Salute Sessuale
Referente RE.S.PE.R.A

“Le evidenze disponibili indicano che la violenza contro le donne è associata a conseguenze di lungo periodo sulla salute e contribuisce in modo significativo al carico di malattia femminile.”

in percorsi poco coordinati, con anamnesi traumatiche che emergono tardi o non emergono affatto, invii sequenziali e ripetizione di accessi non sempre integrati. In questo spazio di criticità si inserisce il progetto RE.S.PE.R.A., come proposta di rete dedicata alla salute pelvica, riproduttiva e affettivo-sessuale delle donne con esiti della violenza.

Razionale clinico

Le evidenze disponibili indicano che la violenza contro le donne è associata a conseguenze di lungo periodo sulla salute e contribuisce in modo significativo al carico di malattia femminile^{2,3}. Le donne sopravvissute a violenza possono presentare dolore cronico, disturbi gastrointestinali, alterazioni del sonno, cefalea, ansia, depressione, disturbo post-traumatico da stress e problemi sessuali, con impatto sulla qualità di vita e sull'utilizzo dei servizi sanitari^{1,2}.

All'interno di questo spettro, gli esiti pelvici e sessuali meritano un'attenzione specifica. Uno studio pubblicato su *Obstetrics & Gynecology* ha mostrato un'associazione tra storia di abuso sessuale e disturbi del pavimento pelvico nelle donne, confermando la rilevanza di una lettura clinica che colleghi il sintomo somatico alla biografia traumatica quando appropriato [4]. Questo dato è particolarmente importante perché suggerisce che il bisogno non è solo specialistico, ma intrinsecamente interdisciplinare. L'interpretazione riduttiva di questi quadri come problemi isolati rischia di produrre percorsi inefficaci. Il dolore pelvico può essere trattato senza indagare la dimensione traumatica; la disfunzione sessuale può essere letta come problema relazionale o ormonale in assenza di un inquadramento più ampio; i

disturbi del pavimento pelvico possono essere affrontati solo in termini biomeccanici. Un modello clinico-organizzativo dedicato consente invece di riconoscere l'interdipendenza tra trauma, sintomi corporei, funzione sessuale e partecipazione alla cura.

Razionale organizzativo

L'Organizzazione mondiale della sanità ha sottolineato che la risposta sanitaria alla violenza deve comprendere non solo il trattamento delle lesioni acute, ma anche supporto di prima linea, valutazione dei bisogni, attenzione alla sicurezza e continuità della presa in carico^{5,6}. Questo orientamento è coerente con una visione trauma-informed, in cui l'organizzazione dei servizi riduce il rischio di ri-traumatizzazione e aumenta la possibilità di adesione ai percorsi di cura. Applicato all'area ostetrico-ginecologica, ciò significa ripensare l'accesso, il colloquio, la visita, gli invii specialistici e il follow-up in modo da garantire riconoscibilità del percorso, linguaggio appropriato, gradualità degli interventi e integrazione con il supporto psicosociale^{5,6}. Il punto centrale non è moltiplicare le prestazioni, ma coordinarle all'interno di una filiera assistenziale leggibile.

Anche il ruolo delle società scientifiche in questo scenario è rilevante. AOGOI si presenta come una realtà impegnata nella produzione scientifica, nella redazione di linee guida e raccomandazioni, e nello sviluppo di strumenti utili alla pratica clinica quotidiana, con una comunità professionale diffusa sul territorio nazionale⁷. Questo rende pertinente collocare la riflessione su un modello come RE.S.PE.R.A. nel perimetro di un dibattito scientifico e organizzativo rivolto alla ginecologia italiana.

Il modello RE.S.PE.R.A.

RE.S.PE.R.A. è l'acronimo di Rete per la Salute Pelvica, Riproduttiva e Affettivo-sessuale. Il modello nasce per rispondere a un'area di bisogno ad alta complessità clinica e relazionale, nella quale gli esiti della violenza tendono a distribuirsi tra più servizi senza una presa in carico unitaria. Il suo razionale poggia su cinque assi: multidisciplinarietà, approccio trauma-informed, orientamento evidence-based, integrazione tra rete sanitaria e rete antiviolenza, sostenibilità organizzativa.

Sul piano operativo, il progetto prevede una filiera assistenziale capace di connettere intercettazione del bisogno, valutazione clinica iniziale, eventuale inquadramento specialistico ginecologico e uroginecologico, consulenza sessuologica, riabilitazione del pavimento pelvico, raccordo psicologico e connessione con le risorse territoriali pertinenti. L'elemento distintivo non è la singola prestazione, ma la costruzione di un percorso riconoscibile e condiviso. In tale prospettiva, consultorio, casa di comunità e ospedale possono configurarsi come nodi complementari. Il territorio rappresenta il luogo della prossimità, dell'accesso e della continuità; il livello ospedaliero può fornire la valutazione specialistica dei casi più complessi e la regia clinica del percorso. La rete con i centri antiviolenza rimane essenziale per evitare una presa in carico puramente sanitaria e scollegata dai determinanti di sicurezza, protezione e stabilità della paziente^{5,6}.

Proposta di sperimentazione

Una sperimentazione pilota in Lombardia può rappresentare un contesto adatto per verificare la fattibilità del modello. La presenza di servizi territoriali, consultoriali e ospedalieri articolati, insieme alla possibilità di costruire connessioni formalizzate con la rete antiviolenza, offre un ambiente favorevole alla valutazione di un percorso integrato.

La sperimentazione dovrebbe essere osservata attraverso indicatori semplici ma significativi: tempi di accesso, appropriatezza degli invii, completamento del follow-up, adesione ai trattamenti, continuità del percorso, integrazione interprofessionale e qualità percepita dalle utenti. Un simile impianto permetterebbe di distinguere RE.S.PE.R.A. da un generico ambulatorio tematico, configurandolo invece come dispositivo organizzativo valutabile e potenzialmente trasferibile.

L'obiettivo non sarebbe soltanto offrire una risposta locale, ma produrre un prototipo replicabile. In questo senso, la sperimentazione può essere letta come passaggio preliminare alla definizione di standard minimi di presa in carico, criteri di eleggibilità, formazione degli operatori e modalità di interazione tra servizi sanitari e rete antiviolenza.

Le conseguenze pelviche riproduttive e sessuali della violenza sulle donne

Razionale clinico-organizzativo del progetto RE.S.PE.R.A.



La rete con i centri antiviolenza rimane essenziale per evitare una presa in carico puramente sanitaria e scollegata dai determinanti di sicurezza, protezione e stabilità della paziente.



Discussione

Per la ginecologia ospedaliera e territoriale, il tema degli esiti pelvici, riproduttivi e sessuali della violenza richiama una questione di appropriatezza clinica e di responsabilità organizzativa. La correttezza tecnica del singolo atto sanitario rimane necessaria, ma non è sufficiente quando il bisogno si presenta in modo stratificato e attraversa corpo, relazione, trauma e funzione.

Un modello come RE.S.PE.R.A. risponde a questa criticità proponendo una ricomposizione del percorso. La sua utilità teorica risiede nel rendere esplicita un'area di domanda spesso dispersa; la sua utilità pratica consiste nel creare una filiera di accesso, valutazione e cura più coerente. In questo senso, il progetto non si pone in alternativa ai servizi esistenti, ma come principio ordinatore capace di aumentarne l'integrazione e l'efficacia.

Dal punto di vista della discussione scientifica, il valore del modello è anche metodologico. Portare all'attenzione della comunità professionale un dispositivo organizzativo per la gestione degli esiti della violenza significa spostare il focus dalla sola sensibilizzazione culturale alla progettazione concreta dei percorsi. Questo passaggio appare oggi necessario, alla luce delle evidenze sul peso sanitario della violenza e delle indicazioni internazionali sul ruolo dei servizi sanitari^{1,2,5}.

Conclusioni

Le conseguenze pelviche, riproduttive e sessuali della violenza sulle donne costituiscono un'area di bisogno reale, clinicamente rilevante e ancora parzialmente invisibile nei percorsi assistenziali tradizionali^{1,2,4}. La loro presa in carico richiede modelli che integrino competenze specialistiche, sensibilità trauma-informed e raccordo stabile con la rete territoriale e antiviolenza^{5,6}.

RE.S.PE.R.A. si propone come possibile risposta clinico-organizzativa a questa lacuna. La sua sperimentazione in un contesto regionale strutturato potrebbe contribuire a definire un modello osservabile, sostenibile e trasferibile, utile ad aprire un confronto nazionale sul ruolo della ginecologia nella cura delle conseguenze della violenza.

Bibliografia

1. World Health Organization. Strengthening health sector response to violence against women. WHO Europe; 2024. Disponibile da: <https://www.who.int/europe/activities/strengthening-health-sector-response-to-violence-against-women>
2. García-Moreno C, Amin A. Violence against women and girls has long term health consequences. *BMJ*. 2021;375:e069311. doi:10.1136/bmj-2021-069311
3. Violence Against Women as a Global Public Health Issue. *Annual Review of Public Health*. Disponibile da: <https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev-publhealth-060722-025138>
4. Chichowski SB, Rogers RG, Komesu YM, et al. Sexual Abuse History and Pelvic Floor Disorders in Women. *Obstet Gynecol*. 2013;122(5):1017-1023. Disponibile da: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3902107/>
5. World Health Organization. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: A clinical handbook. Geneva: WHO; 2014. Disponibile da: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.26>
6. World Health Organization. Caring for women subjected to violence: A WHO training curriculum for healthcare providers. Disponibile da: https://www.inmp.it/upload/CorsoFAD/Caring_for_women_subjected_to_violence-OMS_2021.pdf
7. Choosing Wisely Italia. AOGOI | Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani. Disponibile da: <https://choosingwiselyitaly.org/societa/aogoi/>



Vulvodinia: l'importanza della rete territoriale

Una patologia sottostimata che richiede un cambio di paradigma

LA VULVODINIA È UNA CONDIZIONE DOLO- ROSA CRONICA DELLA VULVA che, secondo le più recenti definizioni condivise da Issvd (International Society for the Study of Vulvovaginal Disease) e Isswsh (International Society for the Study of Women's Sexual Health), è caratterizzata da dolore che persiste da almeno tre mesi, spontaneo o provocato, non riconducibile a una causa identificabile. Le linee guida europee sul dolore pelvico cronico, elaborate da European Association of Urology, International Continence Society e International Association for the Study of Pain, inquadrano oggi la vulvodinia all'interno dello spettro del dolore pelvico persistente, sottolineando la necessità di un approccio terapeutico che coinvolga diverse figure professionali.

Si stima che di vulvodinia soffra 8-17% donne nel corso della vita, un dato che da solo basterebbe a collocare la vulvodinia tra le patologie ginecologiche più diffuse. Eppure, per decenni, questa condizione è rimasta ai margini dell'attenzione clinica: liquidata come disturbo psicosomatico, confusa con vaginismo o dispareunia di altra origine, o non riconosciuta per la vergogna delle pazienti nel riferire sintomi che toccano la sfera sessuale. Il risultato è un ritardo diagnostico che, ancora oggi, si misura spesso in anni, con un pesante impatto sulla qualità della vita e sulla sfera relazionale e psicologica.

Il peso del ritardo diagnostico

Il percorso tipico di una paziente con vulvodinia comincia spesso con la sensazione di non essere creduta. Bruciore, dolore puntorio, sensazione di abrasione, dolore ai rapporti sessuali: sintomi che, in assenza di segni obiettivi evidenti all'ispezione vulvare, vengono talvolta attribuiti a cause psicologiche o sottovalutati. La paziente consulta più specialisti - "medical shopping" - prima di ricevere una diagnosi corretta,



BARBARA DEL BRAVO
Segretaria Nazionale Agite

“

Si stima che di vulvodinia soffra 8-17% donne nel corso della vita, un dato che da solo basterebbe a collocare la vulvodinia tra le patologie ginecologiche più diffuse.

accumulando frustrazione e sfiducia, e spesso un aggravamento del quadro per la cronicizzazione del dolore e la comparsa di ipertonio del pavimento pelvico secondario, che alimenta il circolo vizioso del dolore.

Questo ritardo non è solo un problema individuale, ma di sistema. Ogni mese di diagnosi mancata è un mese in cui il dolore cronico consolida le proprie basi fisiopatologiche, attraverso meccanismi di sensibilizzazione centrale e periferica che rendono il trattamento progressivamente più complesso. Intervenire precocemente non significa soltanto alleviare prima la sofferenza, ma modificare la traiettoria stessa della malattia, riducendo il rischio di cronicizzazione, di insorgenza di disturbi dell'umore, evitamento della sessualità e isolamento relazionale.

Riconoscere la vulvodinia: strumenti diagnostici semplici, ma spesso trascurati

Un aspetto importante per la comunità ginecologica è che la diagnosi di vulvodinia non richiede tecnologie sofisticate, bensì tempo, ascolto e un metodo clinico rigoroso. Gli elementi cardine sono un'anamnesi accurata - che indaghi caratteristiche, insorgenza, fattori scatenanti e ripercussioni del dolore sulla vita quotidiana e sessuale - un esame obiettivo completo della vulva per escludere cause organiche (dermatosi, infezioni, esiti cicatriziali, patologie neurologiche o neoplastiche), e lo swab test, che consente di mappare la sensibilità dolorosa del vestibolo vulvare con un semplice tampone di cotone. A questi si affianca la valutazione della muscolatura del pavimento pelvico, spesso interessata da ipertonio reattivo che va identificato fin dalla prima visita, perché condiziona l'impostazione terapeutica. La diagnosi resta quindi essenzialmente clinica, di esclusione, ma proprio per

questo richiede formazione specifica: il ginecologo che non conosce i criteri diagnostici rischia di non porre la domanda giusta o di archiviare il caso come "nulla di rilevante all'esame obiettivo". Investire nella formazione dei ginecologi territoriali e dei medici di medicina generale sul riconoscimento precoce rappresenta una leva concreta per accorciare i tempi diagnostici.

Perché la diagnosi precoce cambia la prognosi

La letteratura e l'esperienza clinica convergono su un punto: la vulvodinia, se riconosciuta e trattata tempestivamente, ha una prognosi favorevole, e non è raro che pazienti prese in carico precocemente raggiungano una remissione completa in tempi relativamente contenuti. Al contrario, quando la diagnosi arriva dopo anni di dolore non trattato, il quadro si complica: il dolore acquisisce caratteristiche neuropatiche più stabili, la muscolatura pelvica sviluppa pattern disfunzionali consolidati, la sfera psico-sessuale risente di un vissuto di frustrazione che richiede un lavoro terapeutico più lungo. La diagnosi precoce, dunque, non è soltanto un obiettivo di umanizzazione delle cure, ma un vero determinante prognostico. Il ginecologo di primo contatto, in ambulatorio territoriale, consultorio o ospedale, è spesso la prima, e talvolta l'unica, figura in grado di intercettare il sintomo e attivare il percorso corretto.

Dalla diagnosi alla presa in carico: perché serve un'équipe

Una volta posta la diagnosi, la sfida si sposta sul trattamento. La vulvodinia non è un'entità patologica unica, ma il punto di arrivo comune di più meccanismi patogenetici che si sommano con pesi diversi da paziente a paziente: componente infiammatoria, disfunzione muscolare del pavimento pelvico, sensibilizzazione neuropati-

ca, fattori ormonali, componente psico-sessuale. Ne consegue che non esiste un trattamento standardizzato valido per tutte, ma la necessità di un percorso personalizzato, "tailored", costruito attorno alle caratteristiche cliniche della singola donna. Questo approccio può realizzarsi soltanto attraverso il lavoro coordinato di un'équipe multidisciplinare, che comprende in diversa misura e caso per caso:

- ginecologo, fisioterapista del pavimento pelvico ostetrica specializzata in riabilitazione psicologo o psicossessuologo, urologo, gastroenterologo
- terapeuta del dolore, neurologo per comorbilità che condividono meccanismi di sensibilizzazione centrale, come colon irritabile o cistite interstiziale.

L'approccio multimodale integra, a seconda del profilo clinico, terapie farmacologiche topiche e sistemiche, fisioterapia del pavimento pelvico, supporto psicossessuologico e, in casi selezionati, procedure infiltrative o chirurgia. Nessun componente, presa isolatamente, risponde alla complessità della patologia: è la loro integrazione, calibrata sul singolo caso, a fare la differenza clinica.

Il nodo critico: la rete territoriale

Ma veniamo al ruolo del territorio. Un'équipe multidisciplinare competente esiste, in Italia, prevalentemente in pochissimi centri di riferimento, concentrati in poche aree del Paese soprattutto al Nord. La maggior parte delle pazienti, tuttavia, entra in contatto con il sistema sanitario attraverso il ginecologo territoriale, il consultorio familiare o il medico di medicina generale. Costruire una rete territoriale efficace significa per prima cosa formare i ginecologi e le ostetriche del territorio al riconoscimento precoce dei sintomi e ai test diagnostici di base, così che il sospetto diagnostico nasca già al primo contatto; creare percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (Pdta) regionali che definiscano criteri chiari di invio ai centri specialistici, evitando sia i ritardi sia gli invii impropri che sovraccaricano i centri di terzo livello; strutturare un modello hub and spoke, in cui i centri con équipe multidisciplinare completa (hub) lavorino in stretto collegamento con gli ambulatori territoriali e i consultori (spoke), che gestiscono il follow-up una volta impostato il piano terapeutico; garantire infine l'accesso omogeneo alle prestazioni essenziali — in primis fisioterapia del pavimento pelvico e supporto psicologico — che oggi restano spesso a carico della paziente, con evidenti disuguaglianze territoriali ed economiche.

Vulvodinia: l'importanza della rete territoriale

Una patologia sottostimata che richiede un cambio di paradigma



“

Costruire una rete territoriale efficace significa per prima cosa formare i ginecologi e le ostetriche del territorio al riconoscimento precoce dei sintomi e ai test diagnostici di base.

Già dal 2022 il Comitato Vulvodinia e Neuropatia del Pudendo ha promosso una proposta di legge, presentata in Parlamento, per chiedere il riconoscimento della vulvodinia tra le patologie croniche e invalidanti, la sua inclusione nei Lea, l'istituzione di almeno un centro multidisciplinare in ogni Regione e linee guida nazionali condivise. Richieste che vanno esattamente nella direzione di una rete strutturata, capace di garantire a tutte le pazienti, indipendentemente dalla Regione di residenza, un accesso tempestivo e omogeneo alla diagnosi e alla cura.

Il ruolo del ginecologo come nodo della rete

Per la comunità ginecologica italiana, questo scenario rappresenta al tempo stesso una responsabilità e un'opportunità. Il ginecologo, in qualunque contesto operi, è il professionista nella posizione più favorevole per intercettare precocemente il sintomo e orientare la paziente verso il livello di cura più appropriato. Ciò richiede maggiore diffusione delle competenze specifiche nella formazione universitaria e post-universitaria, l'inserimento sistematico dell'anamnesi del dolore vulvare e sessuale nella visita di routine, e una collaborazione stabile con le altre figure della rete - fisioterapisti, psicologi, algologi - non occasionale, ma organizzata come modello strutturale. Le società scien-

tifiche, gli ordini professionali e le istituzioni sanitarie regionali hanno un ruolo altrettanto decisivo: attraverso percorsi formativi dedicati, ambulatori nei consultori familiari, PDTA regionali e monitoraggio degli esiti, è possibile trasformare la rete territoriale da concetto teorico a strumento operativo quotidiano.

Conclusioni

La vulvodinia è una patologia frequente, invalidante e, soprattutto, curabile, a condizione che venga riconosciuta precocemente e affrontata con un approccio multidisciplinare e multimodale. Il principale ostacolo non è, nella maggior parte dei casi, la mancanza di conoscenze scientifiche, quanto la frammentazione dell'offerta assistenziale e la scarsa integrazione tra i livelli del sistema sanitario. Costruire una vera rete territoriale - formazione diffusa, percorsi diagnostico-terapeutici condivisi, collegamento stabile tra centri di riferimento e territorio, accesso equo alle prestazioni riabilitative e psicologiche - rappresenta oggi la priorità per trasformare la diagnosi precoce e la presa in carico multidisciplinare da eccellenza isolata a standard di cura diffuso su tutto il territorio nazionale. È un obiettivo che riguarda ogni ginecologo, in ogni contesto di lavoro: perché è spesso da una singola visita, da una domanda posta al momento giusto, che comincia il percorso di guarigione di una paziente.

Gyneco Aogoi

Organo Ufficiale
dell'Associazione Ostetrici
Ginecologi Ospedalieri Italiani



Numero 5 - 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 tetraciline da parte del tratto gastrointestinale e le tetraciline inibiscono l'assorbimento del ferro. Nel caso debbano essere assunte entrambe le terapie le tetraciline 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