

AOGOI

Organo Ufficiale dell'Associazione
Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

7 **Infezioni sessualmente trasmesse**
Aumentano i contagi

12 **Consultori**
Torniamo a parlare di Consultori?
DI VALERIA BUBINI

24 **Robot e Intelligenza Artificiale**
Nuove frontiere nella chirurgia
del cancro ginecologico
DI CARLO SBIROLI E ENRICO VIZZA

Gyneco Aogoi

NUMERO 4 - 2024 - BIMESTRALE - ANNO XXXV

**VACCINAZIONI
IN GRAVIDANZA**

Ginecologi

**PARTE ATTIVA
PER LA SALUTE
DELLE DONNE**

Triofer[®] forte

OGNI ISTANTE CON LO STESSO VIGORE

Tre fonti di ferro

Acido folico 400 mcg e Vit. gruppo B

Massima biodisponibilità

STRATO FAST:
FERRO BISGLICINATO
(10 mg)

STRATO NORMAL:
SOLFATO FERROSO (10 mg)
+ VIT. C (70 mg)

STRATO RETARD:
FERRO PIROFOSFATO
MICROINCAPSULATO (10 mg)



Confezione da 30 cpr
Modalità d'uso: 1 cpr/die




AURORA
biofarma



Edward Jenner
che vaccina suo figlio
tra le braccia
di Mrs Jenn Welcome
14 maggio 1796



VACCINAZIONI IN GRAVIDANZA

Una maniera efficace
e sicura per tutelare
la salute della mamma
e del futuro bambino

Una sfida per i ginecologi

STORIA DEI VACCINI

I vaccini, come ben sappiamo, hanno il ruolo di evitare la malattia, o almeno le complicanze gravi, attraverso l'induzione di una risposta immunitaria che può esplicarsi attraverso una reazione cellulo-mediata e/o attraverso la produzione di anticorpi contro l'agente patogeno oggetto del vaccino.

I vaccini hanno una lunga storia che inizia nel 1796 con il vaccino contro il vaiolo.

Il dottor Jenner ebbe l'intuizione geniale che una infezione lieve poteva evitare la malattia vera e propria con le sue terribili conseguenze.

Questo quadro raffigura Edward Jenner che vaccina suo figlio e ci offre molti spunti di riflessione su come sia cambiata in questi secoli la percezione della popolazione dei vaccini.

In quel periodo il vaiolo era una vera e propria

piaga sociale che interessava molte persone, tra cui tanti bambini: la malattia e le sue conseguenze erano devastanti per cui la possibilità di evitare di contrarre l'infezione rappresentava un vero miracolo.

Il vaccino di fatto era l'unica alternativa alla malattia ed era davvero percepito come la soluzione, gli eventuali effetti collaterali assumevano un ruolo molto marginale se comparati alla malattia stessa.

È ovvio che in quel momento storico il vaccino abbia avuto un effetto mirabile sulla salute della popolazione e sia stato percepito come un "miracolo".

Ma risultati simili sono stati ottenuti nei secoli con molte altre malattie, per esempio con la poliomielite e la rosolia, giusto per rimanere in ambito di salute materno-infantile.



ELSA VIORA



VACCINAZIONI IN GRAVIDANZA

GRAFICO 1 ROSOLIA
Andamento nel tempo dell'incidenza della malattia e della copertura vaccinale (tratto da Montero D.A. et al "Two centuries of vaccination: historical and conceptual approach and future perspectives" gennaio 2024)

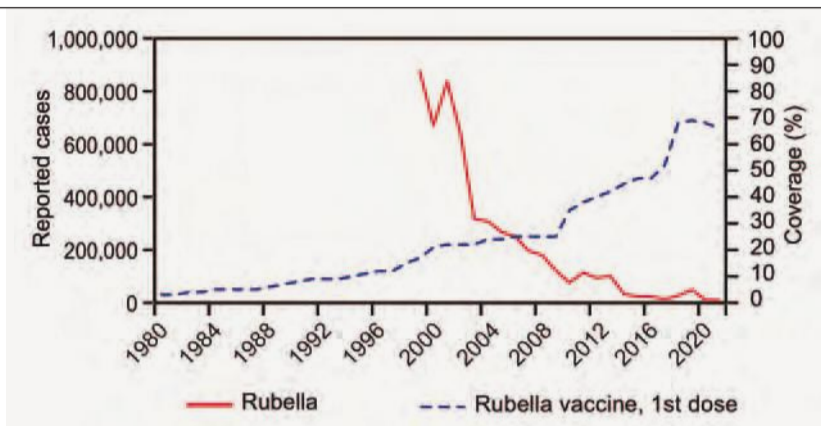
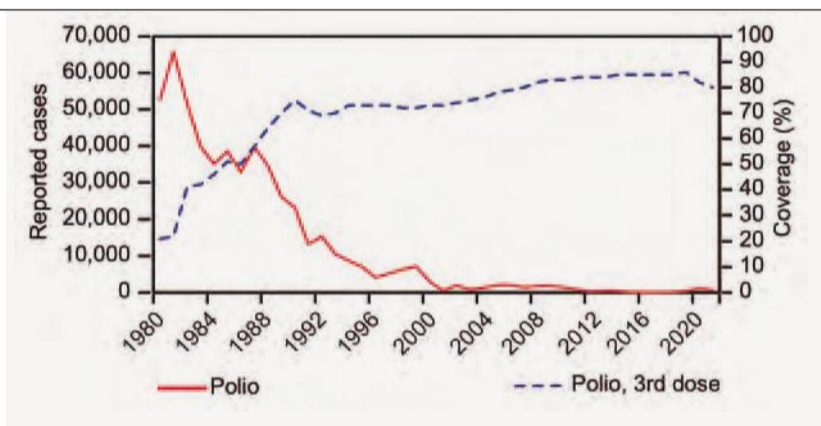


GRAFICO 2 POLIOMIELITE
Andamento nel tempo dell'incidenza della malattia e della copertura vaccinale (tratto da Montero D.A. et al "Two centuries of vaccination: historical and conceptual approach and future perspectives" gennaio 2024)



I DATI A LIVELLO MONDIALE SONO DAVVERO ENTUSIASMANTI.

Un articolo molto interessante è stato pubblicato a gennaio 2024 da *Montero D.A. e collaboratori* sulla storia dei vaccini dal primo, quello contro il vaiolo, all'ultimo, quello contro il Virus Respiratorio Sinciziale (RSV) e sul ruolo che essi hanno avuto e devono continuare ad avere per la tutela della salute della popolazione.

Anche uno studio pubblicato da *The Lancet* a maggio 2024 rivela che i vaccini hanno salvato circa 154 milioni di vite, che significa 6 vite ogni minuto di ogni anno, negli ultimi 50 anni. La stragrande maggioranza delle vite salvate (101 milioni) sono state quelle di neonati. È dimostrato che "la vaccinazione è il più grande contributo di qualsiasi intervento sanitario per garantire che i bambini non solo raggiungano il loro primo compleanno, ma continuino a condurre una vita sana fino all'età adulta".

Tra i vaccini inclusi nello studio, la vaccinazione contro il morbillo ha avuto l'impatto più significativo sulla riduzione della mortalità infantile, rappresentando il 60% delle vite salvate grazie all'immunizzazione indotta dal vaccino stesso. Questo vaccino rimarrà probabilmente il principale contributo alla prevenzione delle morti anche in futuro.

Negli ultimi 50 anni, la vaccinazione contro 14 malattie (difterite, Haemophilus influenzae di tipo B, epatite B, encefalite giapponese, morbillo, meningite A, pertosse, malattia pneumococcica invasiva, poliomielite, rotavirus, rosolia, tetano, tubercolosi e febbre gialla) ha contribuito direttamente a ridurre la mortalità infantile del 40% a livello globale e di oltre il 50% nella regione africana.

Lo studio ha rilevato che per ogni vita salvata attraverso l'immunizzazione ottenuta con i vaccini, sono stati guadagnati in media 66 anni di pie-

na salute, per un totale di 10,2 miliardi di anni di piena salute guadagnati nel corso dei cinquant'anni. Grazie alla vaccinazione contro la polio, oggi più di 20 milioni di persone che altrimenti sarebbero rimaste paralizzate sono in grado di camminare, e il mondo è sul punto di eradicare la poliomielite, una volta per tutte.

"I vaccini sono tra le invenzioni più potenti della storia, poiché rendono prevenibili malattie un tempo temute. Grazie ai vaccini, il vaiolo è stato debellato, la poliomielite è sull'orlo del baratro, e con recente sviluppo di vaccini contro malattie come la malaria e il cancro cervicale, stiamo ampliando le frontiere delle malattie. Con la continua ricerca, gli investimenti e la collaborazione, possiamo salvare milioni di vite in più oggi e nei prossimi 50 anni" ha dichiarato il direttore generale dell'Oms Tedros Adhanom Ghebreyesus.

Nel grafico 1 è visibile, immediatamente, come la rosolia sia praticamente scomparsa con una copertura vaccinale adeguata.

Gli stessi dati sono stati rilevati per la poliomielite e la successiva introduzione del vaccino, come ben esplicito nel grafico 2.

Sono ben note le immagini dei bambini, accompagnati da mamme e genitori, in coda per fare il vaccino contro la poliomielite: era evidente il desiderio, la voglia di tutti di poter evitare una malattia con conseguenze che potevano essere anche molto gravi.

I vaccini hanno influito in modo determinante sulla salute della popolazione mondiale: eliminando malattie infettive (o le complicanze gravi) hanno salvato milioni di vite.

Non solo, i vaccini sono uno strumento essenziale di prevenzione primaria, anche in ambito materno-infantile.

Oggi non vediamo più il vaiolo, la poliomielite ma dobbiamo sempre avere ben chiaro che questo è il risultato di ricerche scientifiche, di studi che

hanno portato alla creazione di vaccini, di campagne vaccinali a tappeto (pensiamo che Napoleone fece vaccinare tutti i suoi soldati contro il vaiolo), di investimenti per avere vaccini disponibili per tutti.

È COMPRESIBILE CHE IN QUESTO PERIODO STORICO, PROPRIO PERCHÉ MOLTE MALATTIE INFETTIVE SONO STATE DEBELLATE DAI VACCINI, VI SIA UN ATTEGGIAMENTO PIÙ PRUDENTE VERSO I VACCINI.

Il fenomeno della esitanza (*vaccine hesitancy*) è un problema di salute a livello mondiale di cui si è occupata l'Organizzazione mondiale della Sanità fin dal 2012 quando ha istituito un gruppo di lavoro specifico sul tema, denominato Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on Immunization, guidato da un Segretariato congiunto Oms/Unicef.

Ad agosto 2015 ha pubblicato tutto il materiale prodotto dal gruppo su un numero monografico della rivista *Vaccine* dedicato interamente all'esitanza vaccinale (Who Recommendations Regarding Vaccine Hesitancy).

In effetti il grande merito del vaccino (evitare una malattia/ridurre il rischio di complicanze gravi) è anche il suo limite (viene proposto ad una popolazione di sani): noi tutti, ed in particolare noi medici, tutti gli operatori sanitari, dobbiamo prendere atto di questo.

La società in cui viviamo sta cambiando sempre più rapidamente e ciò inevitabilmente richiede un cambiamento epocale anche nel nostro lavoro che si può riassumere molto sinteticamente in due punti:

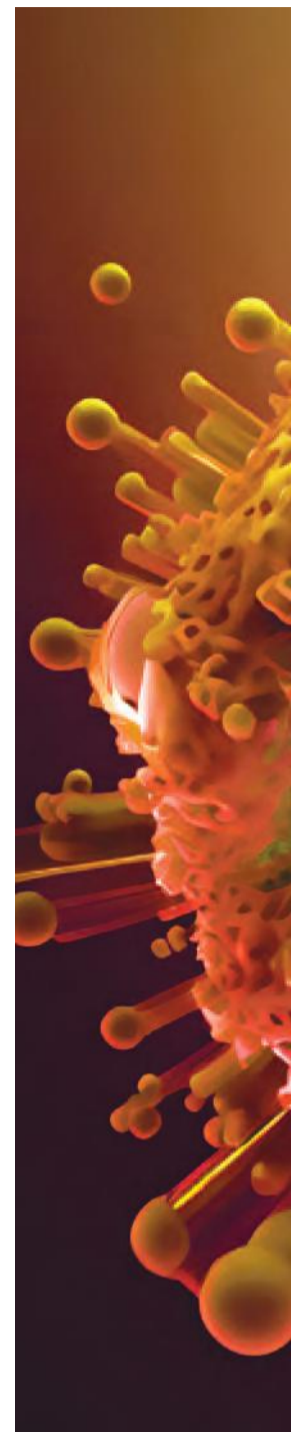
- strumenti nuovi di lavoro
- atteggiamento collaborativo, di confronto e di condivisione

Certamente non possiamo mettere la testa sotto la sabbia ed ignorare internet, i *social* con le varie possibilità di informazione (o di disinformazione?) a cui tutti hanno accesso, senza se e senza ma. In questo mondo virtuale parallelo non esiste possibilità di dubbio né di senso critico, non esiste chi ne sa di più né di sa di meno su uno specifico argomento: è tutto alla portata di tutti. Il che potrebbe essere l'esempio massimo di democrazia, ma forse non è sempre così perché tutto si appiattisce senza possibilità (o con scarse possibilità) di discernere ciò che ha una base scientifica e ciò che è frutto di fantasia, illazione, le cosiddette "fake news" di cui tanto si parla.

Noi ginecologi, ostetriche, tutti gli operatori sanitari che intervengono nel percorso nascita abbiamo un ruolo fondamentale a cui non possiamo abdicare, ma anzi di cui dobbiamo ri-appropriarci con nuove modalità.

È dimostrato che, anche per i vaccini in gravidanza, l'offerta attiva (informazione adeguata, indicazione scritta in cartella) aumenta sensibilmente la copertura vaccinale.

Noi tutti operatori sanitari dobbiamo prendere atto dei cambiamenti e trovare nuove modalità di comunicazione per trasmettere informazioni che siano scientificamente valide, comprensibili e condivise: è una sfida grande, forse impossibile, ma tutti insieme ce la possiamo fare!





VACCINAZIONI IN GRAVIDANZA

L'importanza della prevenzione primaria

Pubblichiamo in questo numero la sintesi del documento scaturito dal Convegno “La vaccinazione in gravidanza. L'importanza della prevenzione primaria” promosso al Senato su iniziativa della Senatrice Castellone e organizzato in collaborazione con Fondazione Onda Ets e Sigo, patrocinato da Agui, Aogoi, Fnopo, Simg e Sin-Neonatologia e Siti



LE VACCINAZIONI in gravidanza hanno un duplice scopo: conferiscono un'efficace protezione contro infezioni che, se contratte durante la gestazione, possono avere severità maggiore per la futura mamma ed esporre a gravi rischi il nascituro. Possono, inoltre, attraverso il meccanismo della cd. immunizzazione passiva, proteggere il bambino nei primi mesi di vita da specifiche patologie infettive.

Le vaccinazioni raccomandate in gravidanza, previste dal Piano nazionale di Prevenzione Vaccinale 2023-25 e che possono essere somministrate in sicurezza, sono, oltre alla vaccinazione anti-Covid-19, l'antipertosse e l'anti-influenzale.

Il vaccino contro la pertosse (sommministrato come “trivalente”, poiché combina i componenti vaccinali contro pertosse, difterite, tetano: DTPa) è raccomandato durante il terzo trimestre della gravidanza. In questo modo la mamma produce anticorpi che passano al nascituro attraverso la placenta prima della nascita ed eventualmente attraverso il latte materno dopo la nascita. Questi anticorpi lo proteggeranno nei primi mesi di vita, prima dell'avvio del calendario vaccinale, quando la pertosse è associata ad alta morbosità e mortalità infantile.

Il periodo migliore per la somministrazione del vaccino anti-influenzale è all'inizio della stagione epidemica influenzale per le donne al secondo/terzo trimestre di gravidanza. L'influenza contratta in gravidanza può essere più severa per la donna, associandosi a maggior rischio di ospe-

dalizzazioni. Inoltre, con la vaccinazione la madre trasferisce anticorpi al feto che avrà una protezione maggiore contro l'influenza e le malattie delle alte vie respiratorie nei primi mesi di vita. La vaccinazione contro il Covid-19, nella sua formulazione aggiornata, è attualmente raccomandata per le donne che si trovano in qualsiasi trimestre della gravidanza o nel periodo del post partum, comprese le donne in allattamento. I dati epidemiologici e gli studi scientifici evidenziano che l'infezione da Sars-CoV-2 in gravidanza influisce sia sull'andamento dell'infezione, sia sugli esiti materno-fetali della gravidanza stessa.

Le donne con infezione da Sars-CoV-2 in gravidanza sono a maggior rischio di sviluppare gravi patologie della gravidanza quali pre-eclampsia, eclampsia e sindrome HELLP con conseguente aumento di ricoveri e dell'incidenza di parti pretermine e di tagli cesarei per alterazioni del benessere materno e/o fetale. I dati sulla sicurezza della vaccinazione a mRNA, prima e durante la gravidanza sono rassicuranti: gli studi non mostrano un aumento del rischio di complicazioni come aborto spontaneo, parto pretermine o difetti congeniti. Il monitoraggio della sicurezza della vaccinazione contro Covid-19 durante la gravidanza è ancora attivo. Il Centro americano per il controllo delle malattie (Cdc) continua a seguire le persone vaccinate durante tutti i trimestri di gravidanza per comprendere meglio gli effetti del vaccino su gravidanza e bambini.

Nuove opportunità di vaccinazione in gravidan-



VACCINAZIONI IN GRAVIDANZA



za arrivano dal vaccino contro il Virus Respiratorio Sinciziale (RSV), l'agente più comune di infezione respiratoria nella prima infanzia, responsabile delle bronchioliti nei bambini, in particolare prima dei 10-12 mesi, frequentemente associata alla necessità di ricovero ospedaliero e talvolta di terapia intensiva.

Due neonati su tre vengono infettati da RSV durante il primo anno di vita e circa il 75% dei bambini ospedalizzati per infezione respiratoria da RSV è nato sano e a termine, senza condizioni patologiche preesistenti. In Italia si stima che oltre 80mila bambini nel primo anno di vita vengano visitati in ambulatorio per cause legate all'infezione da RSV; circa 15mila necessitano dell'ospedalizzazione e circa 3mila di ricovero in terapia intensiva. Un terzo dei bambini che hanno sofferto di bronchiolite, in particolare se sono stati ricoverati, presenta episodi ricorrenti di broncospasmo fino all'età scolare e in alcuni casi sviluppa l'asma.

Non esiste una terapia specifica per la bronchiolite che viene trattata con farmaci sintomatici ed eventuali misure di supporto respiratorio. Pertanto, è necessario puntare sulla prevenzione.

Oggi, oltre a farmaci di profilassi (anticorpi monoclonali) da somministrare ai neonati nelle prime settimane di vita, è disponibile un vaccino per le donne in gravidanza, recentemente approvato per il mercato italiano. Il vaccino consente l'immunizzazione del neonato, proteggendolo dall'infezione da RSV sin dalla nascita, attraverso lo sviluppo di anticorpi materni che vengono trasferiti al feto.

Le associazioni ostetriche/ginecologiche, pediatriche/neonatalogiche italiane maggiormente rappresentative e la Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica raccomandano la somministrazione di una dose singola del vaccino per RSV alle donne gravide tra la 24a e la 36a settimana di gestazione.

Il Ministero della Salute ha delineato le misure per prevenire il contagio da RSV in una circolare

firmata dal DG della Prevenzione, Francesco Vavia, del 27/03/2024. Il documento riporta, tra le strategie di prevenzione, le misure di igiene e protezione individuale e la disponibilità di anticorpi monoclonali e di due vaccini, di cui uno ricombinante adiuvato, destinato agli adulti, e uno ricombinante bivalente, destinato agli adulti e alle donne in gravidanza.

L'impegno delle Istituzioni

Le Istituzioni hanno sottolineato l'importanza della tutela della salute della donna e la necessità di interventi che, in un'ottica di genere, siano declinati secondo le specificità che la connotano. Attenzione particolare deve essere riservata al percorso della gravidanza e al ruolo della prevenzione primaria, ancor più considerando il contesto demografico di riferimento connotato da un continuo calo delle nascite.

Il tema delle vaccinazioni nelle donne in gravidanza è poco attenzionato nonostante le evidenze scientifiche documentino che questa scelta mette in sicurezza la madre e il nascituro. Su questo fronte è necessario lavorare ancora molto per promuovere l'informazione tra i cittadini, sin dalla giovane età, e la formazione tra gli operatori: entrambi gli interventi sono indispensabili per la costruzione di una cultura delle vaccinazioni. È necessaria una collaborazione in rete tra Istituzioni, comunità scientifica, presidi ospedalieri e territoriali e società civile.

La valorizzazione della promozione della salute in gravidanza per la tutela della donna e del nascituro passa attraverso una rete di servizi territoriali che necessita di essere potenziata per garantire l'appropriatezza e l'omogeneità degli interventi e resa facilmente accessibile.

La prevenzione – a cui allo stato attuale è destinato il 5% del Fondo sanitario nazionale – ha un ruolo cruciale e le relative spese devono essere considerate non un costo ma un investimento. Anche su questo fronte c'è una forte disparità regionale. La prevenzione in gravidanza è un tema oggetto

di attenzione da parte dell'Istituto Superiore di Sanità attraverso il Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute e, in particolare, il reparto "Salute della donna e della età evolutiva" che è direttamente coinvolto nella tutela delle donne in gravidanza e dei neonati con attenzione anche al tema delle vaccinazioni. A supporto, l'attività di sorveglianza ostetrica (ITOS - Italian Obstetric Surveillance) sulla mortalità e sulla morbosità materna grave e il "Sistema di sorveglianza 0-2 anni sui principali determinanti di salute del bambino".

Nel dicembre 2023 è stata pubblicata la prima parte delle nuove linee guida sulla Gravidanza fisiologica elaborate dal Sistema nazionale linee guida (SNLG) dell'Istituto Superiore di Sanità. Nella seconda parte, che è ancora in fase di aggiornamento, ci sarà un capitolo interamente dedicato alle vaccinazioni in gravidanza.

Il supporto della Società scientifiche Sigo, Aogoi, Augui

La Federazione Sigo sta portando avanti un dialogo proficuo con le istituzioni con l'obiettivo di tutelare, sostenere e promuovere la salute della donna. Cruciale è l'educazione sanitaria dei giovani, ancor più in un paese come l'Italia in cui nascono sempre meno bambini e da genitori sempre più in età avanzata con una serie di problematiche prima nella ricerca del concepimento e poi nel percorso di gestazione. È quindi necessario attivare percorsi informativi e formativi sul territorio, in particolare iniziative dedicate presso le scuole superiori e le università per promuovere una corretta tutela della salute riproduttiva.

La Federazione Sigo, si ricorda nel documento, è impegnata nel promuovere la vaccinazione in gravidanza. Evidenzia quindi il ruolo del ginecologo in tutte le sue declinazioni - ospedaliera, universitaria e territoriale - e l'importanza del dialogo, di una comunicazione efficace con le donne, avendo cura del momento particolarmente delicato della gravidanza e della necessità di ricevere supporto e conforto.

I vaccini rappresentano infatti un importante strumento di prevenzione dei difetti congeniti e di malattie materno-feto neonatali. E l'offerta attiva di una informazione adeguata e l'indicazione scritta in cartella aumenta sensibilmente la copertura vaccinale.

La Federazione durante la pandemia ha pubblicato un position paper affinché le donne in gravidanza fossero considerate popolazione fragile alla quale offrire attivamente la vaccinazione anti covid 19 e ora, ricorda, si profila la grande opportunità con il nuovo vaccino anti-RSV da somministrare alla futura mamma per dare protezione al nascituro.



IST

INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE

Aumentano i contagi

Da sifilide, gonorrea e clamidia. Consapevolezza dei rischi in calo

	2019-2022	2021-2022
Gonorrea	+100%	+50%
Sifilide	+50%	+20%
Clamidia	+25%	+11%

“DAL 2019 AL 2022 i casi di Gonorrea sono raddoppiati; l’incremento dei casi di Sifilide è del 20%, mentre sono cresciuti del 25% quelli di Clamidia. Particolarmente coinvolti i giovani: serve una corretta informazione e la consapevolezza delle conseguenze dei comportamenti a rischio”. A puntare i riflettori sui nuovi confini delle Infezioni sessualmente trasmesse (IST) è **Barbara Suligoi** Direttore COA dell’Iss.

I dati del 2022 mostrano un incremento delle IST soprattutto tra i giovani. Per la Gonorrea sono stati segnalati al sistema sentinella circa 1.200 casi, che rispetto agli 820 del 2021 implicano un aumento del 50%. Per la Sifilide, siamo passati da 580 casi del 2021 a 700, con un aumento quindi del 20%. “Questa crescita nei numeri – spiega Suligoi – non è solo un effetto della maggiore socializzazione che si è verificata dopo le fasi più



BARBARA SULIGOI
Direttore COA dell’Iss

“
Bisogna tenere
alta la guardia”

INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE

acute della pandemia da Covid-19, in quanto si riscontra anche confrontando i numeri recenti con quelli pre-Covid del 2019, quando i casi di Gonorrea erano stati 610 (quindi rispetto ad allora sono aumentati del 100%), mentre quelli di Sifilide erano 470, incrementati quindi di oltre il 50%. Anche sulla Clamidia il riscontro è analogo: dagli 800 casi del '19, si è giunti nel 2022 a 993, con un aumento del 25%. L'aspetto più rilevante è il coinvolgimento giovanile, in particolare le ragazze under 25: la prevalenza della Clamidia tra le giovani di questa fascia d'età è del 7%, mentre sopra i 40 anni è appena 1%. In 3 casi su 4 l'infezione è asintomatica, quindi molte ragazze non se ne accorgono per lungo tempo”.

STERILITÀ, MALATTIE INFANTILI, DANNI AL SISTEMA NERVOSO TRA LE CONSEGUENZE. Le conseguenze delle IST sono numerose. La Sifilide può arrivare a colpire anche il sistema nervoso centrale. La Clamidia può sviluppare malattia infiammatoria pelvica, che a sua volta può comportare problemi di fertilità o complicanze nella gravidanza, tanto che un ampio numero di casi di procreazione medicalmente assistita possono essere riconducibili a questa causa; l'infezione si può manifestare con uretrite e cervicite, proctite, faringiti. Inoltre, la trasmissione dell'infezione dalla madre al bambino al momento del parto può comportare l'insorgenza di problemi oculari o polmoniti nel neonato. L'infezione da gonococco può portare a gravidanze ectopiche, infertilità, aumento di trasmissibilità di altre IST come l'HIV, uretriti, proctiti, faringiti.

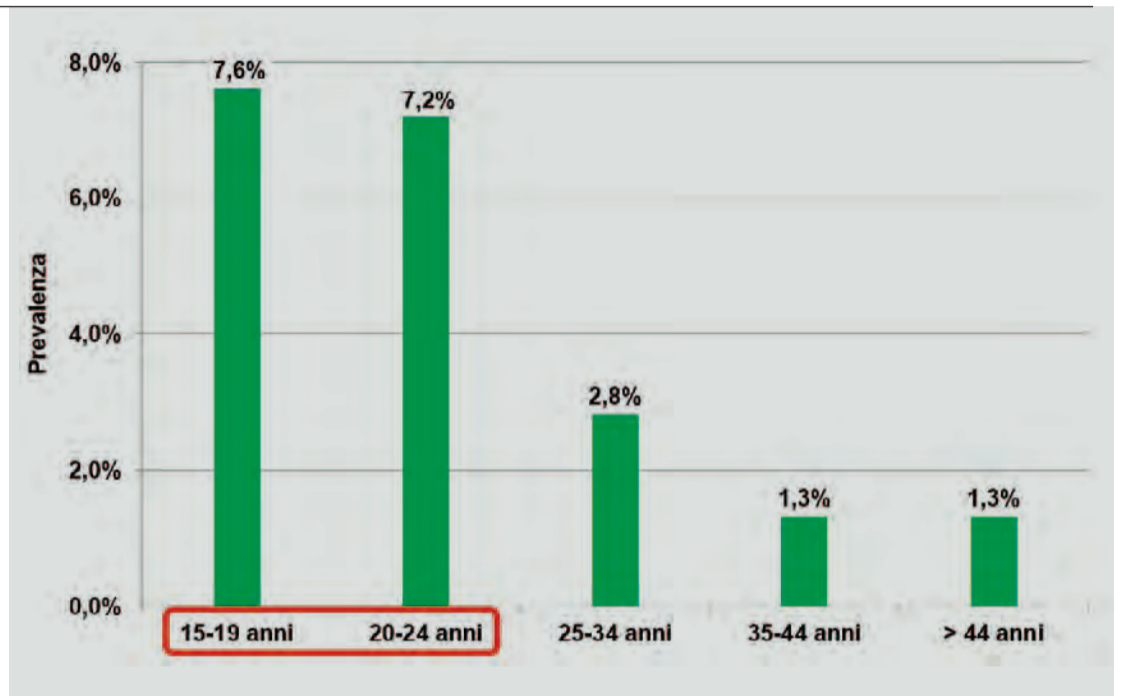
LA CRESCENTE RESISTENZA DEL GONOCOCCO AGLI ANTIBIOTICI La preoccupazione è data anche dalla crescente resistenza del batterio della gonorrea agli antibiotici, arrivata in Italia, nel 2022, al 22% per l'azitromicina, e all'84% per la Ciprofloxacina. Considerando che sopra il 5% la resistenza è ritenuta grave, questo dato si colloca in linea con la posizione critica dell'Italia nella lotta all'antimicrobico resistenza.

Allarme rosso per gonorrea e sifilide

“Il totale delle persone con una diagnosi di Ist continuano ad aumentare ormai da 15 anni – ha spiegato Barbara Suligoi – c'è stata solo una flessione del 20-25%, nel 2020, quindi durante la pandemia, ma in misura minore rispetto alle infezioni da HIV che sono scese ben del 50%. Un dato che deve far riflettere perché significa che le IST vanno oltre qualsiasi tipo di “imposizione” comportamentale: mentre la trasmissibilità dell'HIV attraverso un rapporto sessuale è piuttosto bassa, per la sifilide o la gonorrea bastano anche pochi rapporti sessuali con una persona infetta per contrarre l'infezione. I microrganismi delle IST hanno infatti una capacità molto elevata di trasferirsi attraverso le mucose da un'ospite all'altro. In sostanza le Ist hanno mostrato una “resistenza” anche al lockdown”.

Dal 2019 al 2022 la gonorrea, infezione sempre esistita, ha raddoppiato i numeri, con un incremento assolutamente inatteso e inaspettato: “La gonorrea rimane il ‘tema importante’, non soltanto perché assistiamo a un'esplosione di casi, che si sta osservando in varie nazioni europee, ma anche perché c'è una concentrazione di queste infezioni nei giovani sotto 25 anni, in particolare tra le donne giovani. Insieme alle altre nazioni europee stiamo studiando per cercare di comprendere l'origine di questo fenomeno”. **Per la sifilide, sempre rispetto al 2019 nel 2022, c'è stato un aumento del 50%, non così forte**

Le infezioni da Chlamydia trachomatis (Sorv. Sentinella IST basato su lab. microbiologia clinica, 2009-2022)



I giovani sanno molto poco. Spesso si informano sul web, con fonti approssimative se non fuorvianti. Questi elementi avviano un circuito di non consapevolezza, che aumenta esponenzialmente nei momenti di socialità, in cui si abbassa la soglia della prudenza, con la perdita delle inibizioni e delle protezioni

come per la gonorrea. Un trend in crescita che può anche essere compatibile con le fluttuazioni degli andamenti temporali a lungo termine, ma che va tenuto sotto controllo. “Non dimentichiamo che la sifilide è altamente contagiosa – ha specificato Barbara Suligoi – e, provocando delle piccole ulcerazioni a livello genitale, facilita la veicolazione di altre IST. Tant'è che non infrequentemente nelle persone con sifilide si trovano coinfezioni, come clamidia, gonorrea o l'Hiv. Non a caso proprio fra le persone con sifilide osserviamo la percentuale più elevata di HIV positivi: nelle persone con sifilide latente (cioè in fase avanzata di infezione ma senza sintomi) siamo arrivati al 40% di positività. Inoltre, dal momento che la sifilide, come l'HIV, può rimanere senza sintomi per anni, è complesso capire quale delle due infezioni sia arrivata prima”.

Il messaggio da lanciare è quindi far capire alle persone che trascurare sintomi o segnali anomali a livello genitale, li espone non solo al rischio di cronicizzazione delle infezioni, ma anche di non scoprire altre infezioni che nel contempo possono essere state acquisite, come per esempio l'HIV.

I GIOVANI SANNO MOLTO POCO. “Oltre a una scarsa informazione sulle IST diffusa nella popolazione generale, vi sono alcune cause specifiche che coinvolgono la popolazione giovanile – evidenzia Barbara Suligoi –. I giovani, infatti, spesso non sanno dove reperire le informazioni e dove eseguire i necessari controlli, non si recano regolarmente presso uno specialista come avviene in età adulta con il ginecologo e l'andrologo. Inoltre, spesso si informano sul web, con fonti approssimative se non fuorvianti. Questi elementi avviano un circuito di non consapevolezza, che aumenta esponenzialmente nei momenti di socialità, in cui si abbassa la soglia della prudenza, con la perdita delle inibizioni e delle protezioni. Inoltre, alcuni ragazzi fanno uso di droghe o di chemsex, ma, considerando queste attività occasionali, non le ritengono, erroneamente, situazioni di rischio”.

Servirebbe quindi una maggiore informazione, un'educazione all'affettività a livello scolastico, percorsi chiari sul territorio per chi abbia bisogno di una consulenza tempestiva in caso di sospetto di aver contratto una IST.

“Le ragazze in particolare – ha aggiunto – dovrebbero imparare ad osservarsi con maggiore attenzione per capire se c'è qualcosa di anomalo che sia prurito, bruciore, una secrezione, fastidio causato da una piccola ulcera, un foruncolo: devono andare immediatamente dal ginecologo e sottoporsi ciclicamente a visite ginecologiche, proprio perché se trascurate queste malattie possono degenerare”.

LE DONNE DOVREBBERO PORTARE A VISITA DAL GINECOLOGO ANCHE IL PARTNER. Il rischio di un effetto “ping pong” nelle coppie è elevatissimo proprio perché i maschi difficilmente si fanno controllare. “Si eviterebbe il rischio di rimbalzo continuo dell'infezione se anche gli uomini fossero sollecitati a non trascurarsi. Le donne, le ragazze, dovrebbero quindi a farsi accompagnare dal partner quando vanno dal ginecologo, un professionista che può incoraggiare entrambi a sottoporsi immediatamente ad una cura”.

TRA LE IST CON UN TREND IN CONTINUO AUMENTO C'È ANCHE LA CLAMIDIA: dal 2019 al 2022 è cresciuta del 25%. Numeri sicuramente inferiori rispetto all'exploit in particolare della gonorrea, ma da non trascurare: “La clamidia ha una diffusione nelle ragazze fra i 15 e i 24 anni all'incirca 7 volte più alta rispetto alle fasce di età successive. Stimiamo che più o meno il 7-8% delle ragazze fra i 15 e i 24 anni abbiano un'infezione da clamidia. La maggior parte delle volte è asintomatica o ha pochi sintomi e questo fa sì che l'infezione non venga diagnosticata e rimanga quindi senza terapie. La clamidia, come sanno bene i ginecologi, può risalire l'apparato genitale e arrivare fino alle tube. Si può andare incontro a malattia infiammatoria pelvica o ad infertilità. Circa la metà delle PMA potrebbero essere attribuibili a vecchie infezioni sessualmente trasmesse, specialmente da clamidia. E ora, con l'avanzata della gonorrea anche tra le giovani, i rischi aumentano”.

La maggior parte delle IST, se diagnosticata in tempo, si cura facilmente senza lasciare alcuna conseguenza. Ma dobbiamo imparare a non trascurare alcun segno anomalo a livello genitale e, nel caso, consultare subito un medico.

Insomma, bisogna tenere alta la guardia.

RAPPORTO SDO



Ricoveri ospedalieri in ripresa nel 2022

Rimane il gap pre-pandemia

Torna a crescere la mobilità sanitaria regionale

Realizzate in totale 7.358.727 dimissioni: +4,8% rispetto al 2021, -10,2% rispetto al 2019. Aumentano i volumi delle giornate di degenza e gli accessi: + 3% ma rimane un gap del -9,2% rispetto al 2019. Diminuisce lievemente la degenza media dei ricoveri per acuti in regime ordinario: dai 7,4 del 2021 passa a 7,2 giorni



UNA MACCHINA che si è rimessa in moto dopo la pandemia anche se non ancora a pieno regime rispetto ai ritmi del 2019. È questa la sintesi dell'attività di ricovero e cura degli ospedali italiani, pubblici e privati nel 2022.

Le dimissioni nei reparti per acuti, di riabilitazione e lungodegenza, in tutti i regimi di ricovero (ordinario e day hospital) sono cresciute del 4,8% rispetto all'anno precedente, ma sono ancora lontane dai livelli raggiunti prima della pandemia (-10,2% rispetto al 2019).

Anche i volumi delle giornate e gli accessi sono di conseguenza aumentati del 3%, ma rimane un gap del -9,2% rispetto al 2019. La degenza media dei ricoveri per acuti in regime ordinario diminuisce lievemente: i pazienti nel 2022 hanno trascorso in ospedale 7,2 giorni rispetto ai 7,4 del 2021; anche la degenza media per riabilitazione in regime ordinario è scesa a 26,3 giorni rispetto ai 27 giorni del 2021. Più sensibile il calo della degenza media dei reparti di lungodegenza, che passa da 26,1 giorni nel 2021 a 24,5 nel 2022.

Ma il 2022, con l'uscita dall'emergenza Covid, segna anche una ripresa della mobilità tra le Regioni finalizzata al ricovero ospedaliero: il tasso di ospedalizzazione per acuti in regime ordinario per pazienti residenti in Regioni diverse da quella della struttura di ricovero sale a 7,13 per 1.000 abitanti, a fronte del 6,5 per 1.000 abitanti del 2021. Quanto è costato tutto questo al Ssn? A conti fat-

ti nel 2022 la spesa si è attestata a 27 miliardi di euro, in aumento del 2,6% rispetto ai 26,3 miliardi di euro del 2021.

Questa la fotografia dell'attività di ricovero e cura degli ospedali italiani, pubblici e privati scattata dal Rapporto 'Scheda di dimissione ospedaliera - Sdo' 2022 del Ministero della Salute.

Un Rapporto che diventa sempre più "puntuale": la banca dati Sdo conquista infatti un elevato livello di completezza della rilevazione, pari al 99,4% per gli Istituti pubblici, al 99,8% per gli Istituti privati accreditati e al 91,7% per gli Istituti privati non accreditati, con una copertura complessiva del 99,2%. Nel 2022 sono pervenute complessivamente 7.646.540 schede, 327.666 in più rispetto al 2021, con un incremento del 4,5% (sono comprese quelle relative ai neonati sani in reparto 'Nido' e quelle inviate da Istituti non censiti nell'anagrafica nazionale).

I DATI IN SINTESI

ATTIVITÀ DI RICOVERO. Nel 2022 il numero complessivo di dimissioni nei reparti per acuti, di riabilitazione e lungodegenza (escludendo gli Istituti non censiti nell'anagrafica e le dimissioni dei neonati sani) passa da 7.019.750 a 7.358.727 unità,

con un incremento di circa il 4,8% rispetto al 2021 (e un decremento del 10,2% rispetto al 2019, anno pre-pandemico). Il volume di giornate e accessi diurni passa da 50.889.870 a 52.428.952, con un aumento di circa il 3% rispetto al 2021 (e un decremento del 9,2% rispetto al 2019).

ENTRANDO NEL DETTAGLIO, IL NUMERO DI DIMISSIONI PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO È STATO DI 5.413.992 UNITÀ (+3,9% sul 2021, ma -9,9 rispetto al 2019), con un incremento dell'1,6%, del volume di giornate di ricovero che arriva a 39.200.563. Le dimissioni per acuti in regime diurno (1.588.792) aumentano del 7,2% (-9,1 rispetto al 2019), con un +8,3% dei corrispondenti accessi, pari a 4.220.112.

Cresce del 10% rispetto all'anno precedente il numero di dimissioni per riabilitazione in regime ordinario (262.689 unità) e il corrispondente volume di giornate di degenza (6.912.585) che registra un +7,2%; in regime diurno, la riabilitazione incrementa il numero di dimissioni del 7,1%, (arrivando a 24.177 unità) e aumenta anche il corrispondente volume di accessi dell'8,8% (403.014 unità). Più contenuta la crescita dell'attività di lungodegenza: + 3,3% rispetto al 2021 (69.077 dimissioni) con un gap di ben -30% rispetto al 2019, mentre il corrispondente volume di giornate erogate aumenta del 5,2% rispetto al 2021, raggiungendo 1.692.678 unità (-29,6% rispetto 2019)

RAPPORTO SDO

LA DEGENZA MEDIA. Nei reparti per acuti il rapporto tra giornate erogate in regime diurno (DH) e in regime ordinario (RO) è pari a 0,11 (0,09 nel 2021). La degenza media per acuti in regime ordinario è di 7,2 giorni (in lieve diminuzione rispetto al 2021, quando il valore si era attestato a 7,4); la degenza media per riabilitazione in regime ordinario diminuisce, passando da 27 giorni nel 2021 a 26,3 giorni nel 2022; in calo anche quella media per lungodegenza, che passa da 26,1 giorni nel 2021 a 24,5 nel 2022.

La complessità dei ricoveri acuti in regime ordinario resta sostanzialmente stabile: il peso medio passa da 1,33 a 1,31. Stabile anche il numero medio di diagnosi compilate per scheda (2,6) e il numero medio di procedure, che passa da 3,4 a 3,3. L'attività per acuti in regime ordinario è nettamente prevalente in ogni fascia d'età, seguita dall'attività per acuti in regime diurno.

Rispetto al 2021, nel 2022 il tasso di ospedalizzazione in Italia, standardizzato per età e ses-

so, registra un incremento in tutte le sue componenti (acuti, riabilitazione, lungodegenza), passando i da 107,8 dimissioni per mille abitanti nel 2021 a 112,8.

In particolare, il tasso di ospedalizzazione per acuti passa dalle 103,3 dimissioni per 1.000 abitanti a 107,9, con 82,2 dimissioni in regime ordinario e 25,8 in regime diurno (nell'anno 2021 i valori erano, rispettivamente, pari a 79,3 e 24,1 dimissioni per mille abitanti).

Il tasso di ospedalizzazione in regime ordinario fuori Regione si attesta a 7,1 per 1.000 abitanti, mentre è pari a 2,6 in regime diurno (in aumento rispetto al 2021 quando erano, rispettivamente, pari a 6,5 e 2,5).

I valori più elevati di tasso di ospedalizzazione fuori Regione in regime ordinario si osservano in Molise (27), Basilicata (23,8), Valle d'Aosta (18,4) e Calabria (16,8), mentre i valori più bassi si registrano in Lombardia (4,1), P.A. Bolzano (4,7), Sardegna (5,1) ed Emilia Romagna (5,3). Per quanto riguarda il regime diurno, i tassi di ospedalizzazione per acuti fuori Regione più elevati si osservano ancora in Molise (10,7 per 1.000 abitanti) e Basilicata (7,8), seguite da Abruzzo (7,0), Calabria (6,2) e Umbria (6,1), mentre i valori più bassi si rilevano in Lombardia (1,1), P.A. Bolzano (1,5), Lazio (1,8) e Sicilia (1,9).

NEONATI NATI SANI

In totale nel 2022 sono stati dimessi in regime ordinario 287.224 neonati sani (225.820 dagli istituti pubblici e 61.404 da quelli privati) le giornate di degenza sono state 809.335 (637.662 negli istituti pubblici e 171.673 nel privato) con una degenza media di 2,8 giorni. La regione con il maggior numero di dimissioni di neonati sani è la Lombardia con 53.806 dimissioni (43.662 nel pubblico e 10.144 nel privato) per un totale di 156.540 giornate di degenza e una degenza media di 2,9 giorni. Segue la Campania con un totale di 35.963 dimissioni di neonati sani (14.950 nel pubblico e 21.013 nel privato) e 110.707 giornate di degenza complessive. Più alta rispetto al dato nazionale la degenza media: 3,1 giornate. La terza regione con il maggior numero di neonati dimessi è la Sicilia: 28.829 complessivi (23.265 nel pubblico e 5.564 nel privato) per u. totale di 78.865 giornate di degenza e una degenza media di 3,1 giornate.

PUNTI NASCITA Nel 2022 sono stati rilevati 411 punti nascita complessivi (pubblico e privato accreditato e privato privato), il 34% dei quali con più di mille parti annui. Il pubblico annovera in totale 343 punti nascita. 61 i punti nascita sono collocati in Ao, Aou, Policlinici pubblici, Irccs pubblici e fondazioni pubbliche: il 65,6% ha affettato più di mille parti l'anno. Sono invece 282 i punti nascita negli Ospedali a gestione diretta e solo il 23,4% ha superato i mille parti annui.

Per quanto riguarda il privato accreditato erano 63 i punti nascita totali. 26 Policlinici privati, Irccs privati e fondazioni private, Ospedali classificati, Presidi USL, Enti di ricerca Ist. prv. accr. e 37 Case di cura private accreditate. Il 53,8% del primo gruppo ha affettato più di mille parti l'anno mentre il 54,1 delle case di cura accreditate ha effettuato più di mille parti l'anno.

SUL FRONTE DELL'APPROPRIATEZZA CLINICA IL RAPPORTO FOTOGRAFA I PARTI CESAREI.

La media dei parti cesarei in Italia si è attestata sul 32,48%. La Campania continua ad essere la regione con la più alta percentuali di cesarei (48,41%), seguita a stretto giro dalla Calabria (40,92%) e poi dalla Puglia (38,48%).

ATTIVITÀ OSPEDALIERA PER I DRG A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA EROGATI IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO.

Il Rapporto entra nel merito del rischio di inappropriatezza, quindi ricoveri effettuati in regime ordinario anziché in regime diurno o anche ambulatoriale, per poter essere più efficientemente erogate, con minor aggravio di risorse per il Ssn ed un miglioramento dell'appropriatezza organizzativa e nell'uso delle risorse ospedaliere.

Nel 2022, su un totale di 1.628.805 ricoveri, il 59,4% è stato erogato in regime diurno (967.426 dimissioni, +6,6% rispetto al 2021) e il 40,6% in regime ordinario (661.379 dimissioni, +7,2% rispetto al 2021, di cui 268.639 con durata di 1 giorno (+11,1% rispetto al 2021).

TABELLA 1
Distribuzione delle dimissioni per tipo di attività e regime di ricovero

Anni 2019-2022

Fonte: elaborazione su banca dati SDO anni 2019-2022

ATTIVITÀ/REGIME RICOVERO	DIMISSIONI					
	2019	2020	2021	2022	var % 2022-2021	var % 2022-2019
Acuti - Regime ordinario	6.006.392	4.910.582	5.209.001	5.413.992	3,9	-9,9
Acuti - Regime diurno	1.748.138	1.251.653	1.482.425	1.588.792	7,2	-9,1
Riabilitazione - Regime ordinario	311.979	235.725	238.901	262.689	10,0	-15,8
Riabilitazione - Regime diurno	28.402	18.543	22.574	24.177	7,1	-14,9
Lungodegenza	98.681	72.966	66.849	69.077	3,3	-30,0
TOTALE	8.193.592	6.489.469	7.019.750	7.358.727	4,8	-10,2

TABELLA 2
Distribuzione di giornate/accessi per tipo di attività e regime di ricovero

Anni 2019-2022

Fonte: elaborazione su banca dati SDO anni 2019-2022

ATTIVITÀ/REGIME RICOVERO	GIORNATE/ACCESSI					
	2019	2020	2021	2022	var % 2022-2021	var % 2022-2019
Acuti - Regime ordinario	42.289.312	36.727.653	38.565.640	39.200.563	1,6	-7,3
Acuti - Regime diurno	4.411.874	3.369.832	3.897.716	4.220.112	8,3	-4,3
Riabilitazione - Regime ordinario	8.161.735	6.472.344	6.446.568	6.912.585	7,2	-15,3
Riabilitazione - Regime diurno	447.949	268.432	370.462	403.014	8,8	-10,0
Lungodegenza	2.403.690	1.793.361	1.609.484	1.692.678	5,2	-29,6
TOTALE	57.714.560	48.631.622	50.889.870	52.428.952	3,0	-9,2

TABELLA 3
Distribuzione delle dimissioni di neonati sani per regione e tipo istituto

Attività di Nido in Regime ordinario
Anno 2022

REGIONE	ISTITUTI PUBBLICI			ISTITUTI PRIVATI			TOTALE		
	Dimissioni	Giornate di degenza	Deg. media (giorni)	Dimissioni	Giornate di degenza	Deg. media (giorni)	Dimissioni	Giornate di degenza	Deg. media (giorni)
Piemonte	12.881	36.334	2,8	-	-	-	12.881	36.334	2,8
Valle d'Aosta	556	1.537	2,8	-	-	-	556	1.537	2,8
Lombardia	43.662	127.002	2,9	10.144	29.538	2,9	53.806	156.540	2,9
P.A. Bolzano	2.670	8.527	3,2	-	-	-	2.670	8.527	3,2
P.A. Trento	3.134	7.816	2,5	-	-	-	3.134	7.816	2,5
Veneto	21.322	61.780	2,9	2.055	5.366	2,6	23.377	67.146	2,9
Friuli V.G.	5.345	14.872	2,8	541	1.480	2,7	5.886	16.352	2,8
Liguria	4.828	13.350	2,8	806	2.038	2,5	5.634	15.388	2,7
Emilia Romagna	22.448	54.629	2,4	-	-	-	22.448	54.629	2,4
Toscana	16.477	45.213	2,7	3	10	3,3	16.480	45.223	2,7
Umbria	3.396	8.673	2,6	-	-	-	3.396	8.673	2,6
Marche	6.336	17.745	2,8	-	-	-	6.336	17.745	2,8
Lazio	11.585	32.435	2,8	16.178	44.981	2,8	27.763	77.416	2,8
Abruzzo	4.481	11.384	2,5	-	-	-	4.481	11.384	2,5
Molise	1.040	2.905	2,8	-	-	-	1.040	2.905	2,8
Campania	14.950	50.396	3,4	21.013	60.310	2,9	35.963	110.706	3,1
Puglia	12.469	37.054	3,0	4.064	10.043	2,5	16.533	47.097	2,8
Basilicata	2.673	7.671	2,9	-	-	-	2.673	7.671	2,9
Calabria	6.777	17.518	2,6	1.036	2.665	2,6	7.813	20.183	2,6
Sicilia	23.265	63.623	2,7	5.564	15.242	2,7	28.829	78.865	2,7
Sardegna	5.525	17.198	3,1	-	-	-	5.525	17.198	3,1
ITALIA	225.820	637.662	2,8	61.404	171.673	2,8	287.224	809.335	2,8

TABELLA 4
Distribuzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza per regione, tipo DRG e regime di ricovero - Attività per Acuti Anno 2022

REGIONE	DRG LEA MEDICI					DRG LEA CHIRURGICI					TOTALE DRG LEA				
	REGIME DIURNO		REGIME ORDINARIO			REGIME DIURNO		REGIME ORDINARIO			REGIME DIURNO		REGIME ORDINARIO		
	Numero	%	Ricoveri di 1 giorno	Ricoveri oltre 1 giorno	%	Numero	%	Ricoveri di 1 giorno	Ricoveri oltre 1 giorno	%	Numero	%	Ricoveri di 1 giorno	Ricoveri oltre 1 giorno	%
Piemonte	31.806	64,1	5.277	12.558	35,9	35.284	51,8	27.060	5.728	48,2	67.090	57,0	32.337	18.286	43,0
Valle d'Aosta	1.618	72,5	138	476	27,5	872	47,1	689	289	52,9	2.490	61,0	827	765	39,0
Lombardia	26.619	27,2	18.319	53.061	72,8	119.290	69,1	28.731	24.522	30,9	145.909	53,9	47.050	77.583	46,1
P.A. Bolzano	2.799	38,7	972	3.467	61,3	7.465	66,0	1.722	2.123	34,0	10.264	55,3	2.694	5.590	44,7
P.A. Trento	3.977	55,8	575	2.581	44,2	8.460	81,5	795	1.122	18,5	12.437	71,0	1.370	3.703	29,0
Veneto	14.527	36,2	6.776	18.834	63,8	45.708	61,2	19.047	9.937	38,8	60.235	52,5	25.823	28.771	47,5
Friuli V.G.	8.141	47,3	1.932	7.151	52,7	13.108	57,9	6.364	3.174	42,1	21.249	53,3	8.296	10.325	46,7
Liguria	25.826	70,6	2.512	8.260	29,4	13.792	61,3	5.697	2.996	38,7	39.618	67,1	8.209	11.256	32,9
Emilia Romagna	14.546	29,6	8.939	25.587	70,4	57.436	59,8	24.946	13.743	40,2	71.982	49,6	33.885	39.330	50,4
Toscana	24.409	58,6	4.810	12.434	41,4	41.527	69,3	12.558	5.875	30,7	65.936	64,9	17.368	18.309	35,1
Umbria	4.511	42,7	1.228	4.827	57,3	9.646	67,0	2.791	1.969	33,0	14.157	56,7	4.019	6.796	43,3
Marche	13.768	70,9	1.306	4.335	29,1	15.742	62,7	6.199	3.150	37,3	29.510	66,3	7.505	7.485	33,7
Lazio	74.969	67,3	11.006	25.427	32,7	60.582	64,5	18.630	14.736	35,5	135.551	66,0	29.636	40.163	34,0
Abruzzo	7.120	56,1	1.316	4.262	43,9	13.090	68,5	2.241	3.774	31,5	20.210	63,5	3.557	8.036	36,5
Molise	2.916	57,6	359	1.785	42,4	2.297	70,0	330	656	30,0	5.213	62,5	689	2.441	37,5
Campania	79.552	74,6	6.462	20.650	25,4	50.387	68,2	9.434	14.094	31,8	129.939	72,0	15.896	34.744	28,0
Puglia	5.426	20,2	4.933	16.455	79,8	5.006	21,5	6.300	11.945	78,5	10.432	20,8	11.233	28.400	79,2
Basilicata	4.974	63,5	541	2.319	36,5	4.097	69,2	710	1.113	30,8	9.071	66,0	1.251	3.432	34,0
Calabria	12.334	65,5	1.179	5.316	34,5	8.542	63,2	2.326	2.647	36,8	20.876	64,5	3.505	7.963	35,5
Sicilia	16.112	44,1	3.593	16.862	55,9	35.520	72,8	2.756	10.495	27,2	51.632	60,5	6.349	27.357	39,5
Sardegna	21.626	67,8	2.413	7.880	32,2	21.999	71,3	4.727	4.125	28,7	43.625	69,5	7.140	12.005	30,5
ITALIA	397.576	54,0	84.586	254.527	46,0	569.850	63,9	184.053	138.213	36,1	967.426	59,4	268.639	392.740	40,6



TABELLA 5
Distribuzione dei punti nascita per regione e tipo istituto Anno 2022

REGIONE	ISTITUTI PUBBLICI				ISTITUTI PRIVATI ACCREDITATI				ISTITUTI PRIVATI NON ACCREDITATI		TOTALE	
	Gruppo 1		Gruppo 2		Gruppo 1		Gruppo 2		punti nascita	% con 1.000 parti e oltre	punti nascita	% con 1.000 parti e oltre
	punti nascita	% con 1.000 parti e oltre	punti nascita	% con 1.000 parti e oltre	punti nascita	% con 1.000 parti e oltre	punti nascita	% con 1.000 parti e oltre				
Piemonte	7	71,4	21	4,8	-	-	-	-	1	-	29	20,7
Valle d'Aosta	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Lombardia	2	100,0	44	38,6	5	60,0	5	60,0	1	-	57	43,9
P.A. Bolzano	-	-	6	33,3	-	-	-	-	-	-	6	33,3
P.A. Trento	-	-	4	50,0	-	-	-	-	-	-	4	50,0
Veneto	2	100,0	27	33,3	2	50,0	1	-	-	-	32	37,5
Friuli V.G.	2	50,0	7	28,6	-	-	1	-	-	-	10	30,0
Liguria	3	33,3	6	16,7	2	-	-	-	-	-	11	18,2
Emilia Romagna	4	100,0	17	47,1	-	-	1	-	-	-	22	54,5
Toscana	3	66,7	20	35,0	1	-	-	-	-	-	24	37,5
Umbria	2	100,0	4	-	-	-	-	-	-	-	6	33,3
Marche	4	25,0	8	12,5	-	-	-	-	-	-	12	16,7
Lazio	4	50,0	17	17,6	8	62,5	4	50,0	3	-	36	33,3
Abruzzo	-	-	9	22,2	-	-	-	-	-	-	9	22,2
Molise	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	3	-
Campania	8	50,0	21	4,8	3	66,7	18	66,7	-	-	50	38,0
Puglia	2	100,0	19	21,1	3	66,7	1	100,0	-	-	25	36,0
Basilicata	3	33,3	2	-	-	-	-	-	-	-	5	20,0
Calabria	3	100,0	8	12,5	-	-	1	100,0	-	-	12	41,7
Sicilia	9	66,7	30	13,3	2	50,0	5	20,0	-	-	46	26,1
Sardegna	3	66,7	8	12,5	-	-	-	-	-	-	11	27,3
ITALIA	61	65,6	282	23,4	26	53,8	37	54,1	5	-	411	34,1

TABELLA 6
Indicatori di appropriatezza clinica per regione - Attività per Acuti in Istituti pubblici e privati accreditati Anno 2022

REGIONE	% Parti cesarei sul totale dei parti (1)	% Interventi di colecistectomia laparoscopica sul totale di interventi di colecistectomia (2)	Tasso di ospedalizzazione std per tonsillectomia (per 100.000 ab.) (3)	Tasso di ospedalizzazione grezzo per prostatectomia (TURP) (per 100.000 ab.) (4)	Tasso di ospedalizzazione std per appendicectomia (per 100.000 ab.) (5)	Tasso di ospedalizzazione grezzo per isterectomia (per 100.000 ab.) (6)
Piemonte	26,89	93,63	54,70	413,77	51,20	248,23
Valle d'Aosta	34,45	93,48	37,60	434,91	97,30	194,42
Lombardia	26,67	96,24	40,20	294,63	58,70	259,10
P.A. Bolzano	25,14	94,83	52,80	382,19	91,10	309,00
P.A. Trento	20,33	98,74	60,30	300,76	81,70	213,62
Veneto	24,38	96,17	57,70	325,19	62,80	284,34
Friuli V.G.	21,82	95,12	47,50	240,57	61,10	285,47
Liguria	30,98	95,07	54,90	252,62	57,70	192,16
Emilia Romagna	23,04	96,12	51,70	272,66	61,90	196,53
Toscana	25,46	96,42	32,60	278,53	68,60	169,19
Umbria	26,16	93,54	26,90	333,50	72,20	220,20
Marche	32,21	95,56	40,50	330,12	61,40	232,68
Lazio	37,66	96,13	20,60	372,08	51,70	238,90
Abruzzo	33,27	94,98	33,00	305,38	57,80	238,85
Molise	34,55	95,74	15,70	236,32	53,00	232,97
Campania	48,41	96,20	10,10	251,51	37,50	214,76
Puglia	38,48	94,99	11,70	298,52	36,60	235,43
Basilicata	34,41	95,92	13,80	234,38	35,90	230,70
Calabria	36,53	93,56	9,30	209,55	38,60	239,62
Sicilia	40,92	96,33	17,20	344,47	42,90	260,64
Sardegna	36,08	96,86	34,90	248,74	47,20	54,15
ITALIA	32,48	95,75	32,90	306,99	53,40	232,41

CONSULTORI

Torniamo a parlare di Consultori?

Nati quasi 50 anni fa, con la legge 405 del 1975, queste strutture mantengono una freschezza e uno sguardo al futuro troppo spesso negli ultimi anni sottovalutato



VARIA DUBINI
Presidente Agite

NEGLI ULTIMI TEMPI si è risentito spesso riparlare di consultori. Dopo la terribile esperienza della pandemia ne ha parlato il DM77 raccomandandone la presenza nelle case di comunità e tornando a ribadire un concetto di prossimità stabilendo che sia necessario almeno un consultorio ogni 20 mila abitanti.

La pandemia ha infatti dimostrato l'importanza di un territorio in grado di rispondere ai bisogni dei cittadini mentre gli ospedali erano impegnati nell'urgenza e nella complessità, come è logico che sia, e ha anche messo in evidenza le carenze che soprattutto alcuni territori hanno dimostrato e la necessità di colmarle per una sostenibilità del nostro Sistema Sanitario nel suo insieme.

Mentre nel mondo medico attuale si scopre che non può esserci una medicina moderna senza un approccio multidisciplinare, i Consultori nascono già come integrazione soci-sanitaria, anche se la riforma del sociale che doveva fare seguito alla Riforma sanitaria 833 non è mai purtroppo nata. Nascono già con la presenza di una équipe multidisciplinare dove ad ostetriche e ginecologi si affiancano psicologi e assistenti sociali, nella consapevolezza che la salute è frutto di un equilibrio tra questi molteplici aspetti.

Nascono non a caso da una forte spinta "dal basso", dalla spinta dei movimenti femminili e femministi che proprio in quegli anni affermavano la volontà di appropriarsi della gestione del proprio corpo e della propria salute riproduttiva e rivendicavano libertà di scelta e di autodeterminazione. Sono queste le parole chiave che hanno animato e devono continuare ad animare queste strutture. Certo non si può non essere consapevoli che negli anni alcuni contesti sono cambiati: da una parte sono cambiate le domande di salute, con il necessario adeguamento di attrezzature di base necessarie per dare risposte concrete ed evitare successivi passaggi, dall'altro un progressivo allontanamento dall'impegno politico anche da parte dei movimenti femminili che ha finito per ridurre l'attenzione su questi preziosi strumenti di tutela della salute delle donne e delle famiglie.

In effetti l'articolo 1 della legge di istituzione parla di "Il servizi di assistenza alla famiglia e alla maternità che ha come scopi: a) l'assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità ed alla paternità responsabile e...; b) la somministrazione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia e dal singolo in ordine alla procreazione responsabile; c) la tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento; d) la divulgazione delle informazioni idonee a promuovere ovvero a prevenire la gravidanza. I dati riguardanti i Consultori dimostrano che il numero maggiore di accessi a queste strutture avviene proprio per il percorso nascita.

Al secondo posto si colloca la richiesta contraccettiva e al terzo posto la richiesta di certificazione per Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG). La legge 194 del 78 attribuisce proprio ai consultori il delicato compito di prevenire gravidanze indesiderate e, nel rispetto della volontà della donna, di procedere alla certificazione che dà accesso all'IVG, qualora queste si verifichino.

Da allora in effetti secondo la relazione annuale del Ministero della Salute, la maggior parte delle donne (il 42,8% nel 2021) si rivolge al consultorio per la certificazione. Questo rappresenta un aspetto importante perché può consentire, specie nelle regioni dove è prevista la contraccezione gratuita, un aggancio contraccettivo che può essere uno dei motivi della progressiva riduzione del ricorso all'IVG (-65% dall'istituzione della legge). Interessante notare, che sempre la Relazione annuale del Ministero evidenzia che le richieste di colloquio per IVG sono superiori di almeno 1/3 rispetto al rilascio di certificazioni, segno che l'equipe multidisciplinari consultoriali sono pienamente in grado e hanno le necessarie competenze ed esperienze per farsi carico delle problematiche esposte dalle donne anche quando decidano di proseguire la gravidanza.

Un recentissimo articolo comparso sul Sole 24 ore torna a parlare di consultori: l'articolo rileva una certa "disattenzione" nella raccolta dei dati da

parte di alcune regioni, con l'ultimo dato nazionale disponibile che risale all'indagine del 2019 effettuata dall'Iss.

I risultati non mostrano una riduzione delle strutture consultoriali, che anzi sembrano aumentate dell'8%, anche se la riduzione della popolazione costituisce un bias importante su questo dato.

Inoltre il dato numerico niente ci dice sull'offerta reale, sulla presenza di équipe multidisciplinare e sulla presenza di attrezzature (ad esempio ecografi) necessarie per dare risposte concrete, sull'accessibilità e su gli orari di apertura.

Allora ripensare i Consultori potrebbe voler dire parlare di qualità e non solo di quantità, specialmente in questo momento di minore disponibilità oggettiva di personale sanitario in tutti i servizi, andando a verificare: 1) una corretta e puntuale raccolta dati; 2) l'indicazione di requisiti minimi di attrezzature e di orario di apertura; 3) la dotazione di personale e la presenza dell'equipe al completo; 4) la presenza di personale non obietto; 5) l'accessibilità e la capacità di offerta proattiva; 6) le prestazioni effettuate; 7) la presenza di spazi adeguati a garantire privacy e sicurezza per l'applicazione delle raccomandazioni ministeriali sull'aborto medico ambulatoriale; 8) la sperimentazione di modelli organizzativi innovativi per mantenere comunque la caratteristica di prossimità delle strutture anche nei posti più isolati (operatori e strumenti che si spostano su specifici bisogni, uso di telemedicina); 9) autonomia delle attività consultoriali anche all'interno delle Case di comunità.

Per questo i fondi del Pnrr diventano essenziali puntando su investimenti che rendano efficaci questi presidi così fondamentali, arrivati fino a noi grazie alla tenacia di operatori motivati e determinati che meritano riconoscimento e maggiore attenzione.

Questo richiede una progettualità consapevole che veda nei necessari investimenti di oggi, futuri reali risparmi e sostenibilità di un sistema sanitario che tutela la salute dei cittadini e delle cittadine tutte.



INTERRUZIONE FARMACOLOGICA DELLA GRAVIDANZA

Il trattamento dell'aborto spontaneo e della morte intrauterina del feto



ANTONIO CHIANTERA



CLAUDIO CRESCINI

NELLA PRATICA OSTETRICA si manifestano molteplici evenienze che richiedono un intervento medico finalizzato all'interruzione della gravidanza prima che questo avvenga spontaneamente o per facilitare l'espulsione di un embrione o di un feto privi di vita e la cui permanenza nel viscerale uterino potrebbe causare gravi conseguenze sulla salute e sulla vita della paziente.

La storia ostetrica ci racconta le procedure cruente utilizzate in passato con strumenti chirurgici di ogni tipo ideate ed eseguite nel tentativo a volte estremo di salvare la vita della donna. Con l'evolvere delle conoscenze e soprattutto grazie ai progressi della ricerca medica si sono resi disponibili da alcuni anni farmaci efficaci e ben tollerati che consentono in sicurezza di procedere in modo non cruento e con rischio di effetti avversi bassissimo all'interruzione della gravidanza quando necessario ed alla evacuazione del materiale abortivo.

L'approccio chirurgico all'aborto, sia esso spontaneo che volontario, era gravato in passato da complicanze severe, tra le quali la perforazione dell'utero mentre oggi, con il trattamento farmacologico e l'abbandono degli interventi di revisione strumentale della cavità uterina e di isterosuzione con cannula, il tasso di complicanze si è ridotto ad eventi sostanzialmente eccezionali.

I due farmaci che hanno rivoluzionato il trattamento dell'aborto e della morte intrauterina del feto sono il Mifepristone (RU486-Mifegyne) ed il Misoprostolo.

MIFEPRISTONE (RU486) (MIFEGYNE)

L'RU486 è stato sintetizzato nel 1980 dalla Roussel in Francia come derivato dal noretisterone con effetto antagonista del progesterone e subito dopo si è dimostrato efficace nel provocare l'aborto nelle gravidanze del primo trimestre. Negli anni successivi il suo utilizzo si è diffuso progressivamente nei Paesi dove l'IVG è legale in alternativa alle procedure chirurgiche più complesse ed invasive. In Italia è stato autorizzato nell'anno 2009. Il mifepristone causa un aumento della contrattilità uterina ed una più intensa sensibilità dell'utero alle prostaglandine e favorisce l'espulsione del sacco gestazionale e della decidua.

Le indicazioni del mifepristone in Italia da scheda tecnica sono:

INTERRUZIONE MEDICA della gravidanza intrauterina in corso, usato in associazione sequenziale con un analogo delle prostaglandine, fino al 63° giorno di amenorrea;

PREPARAZIONE ALL'AZIONE degli analoghi delle prostaglandine nell'interruzione terapeutica della gravidanza (oltre il 1° trimestre);

INDUZIONE DEL TRAVAGLIO in caso di morte intrauterina fetale. In pazienti nelle quali non è possibile utilizzare prostaglandine od ossitocina.

MISOPROSTOLO:

(Cytotec, autorizzato in L.648/96)

(MisoOne dal 2016, unico con indicazione ginecologica per l'aborto)

È UN COMPOSTO ANALOGO delle prostaglandine prodotte naturalmente dall'organismo umano. Il misoprostolo stimola le contrazioni dell'utero e provoca la riduzione della consistenza del collo dell'utero.

Inizialmente le normative italiane autorizzavano l'aborto farmacologico in caso di IVG solo per gravidanze di epoca gestazionale inferiore alla 7^a settimana (49 giorni) con ricovero ospedaliero dalla somministrazione del farmaco all'espulsione del prodotto del concepimento. Questa regolamentazione scoraggiava l'aborto farmacologico e manteneva prevalente il ricorso alla procedura chirurgica.

Nell'anno 2020 la circolare del Ministero della Salute in merito al metodo farmacologico ne estendeva l'utilizzo fino alla 9 settimane di età gestazionale (63 giorni) e cancellava l'obbligo del ricovero ospedaliero fino all'espulsione del prodotto del concepimento.

Inoltre, i suddetti farmaci potrebbero essere prescritti da una struttura ambulatoriale pubblica e dai consultori familiari purché autorizzati dalle singole Regioni. *(presso strutture ambulatoriali pubbliche adeguatamente attrezzate, funzionalmente collegate all'ospedale ed autorizzate dalla Regione, nonché consultori, oppure day hospital. Circolare del Ministero della salute "Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine" 2020).*

ALTRO ASPETTO MOLTO IMPORTANTE DA CONSIDERARE È L'AUMENTO DEI CASI DI ABORTO SPONTANEO.

Nel 2023, in Italia sono stati registrati circa 40mila aborti spontanei, secondo i dati forniti dall'Istat. Questa cifra riflette una situazione relativamente stabile rispetto agli anni precedenti. Gli aborti spontanei, che rappresentano le interruzioni involontarie della gravidanza, sono monitorati attraverso le dimissioni dagli istituti di cura sia pubblici che privati.

Gli ultimi dati evidenziano però come complessivamente solo nel 24% dei casi l'aborto spontaneo viene gestito con metodo farmacologico, con grande divario di trattamento tra Nord e Sud Italia. Si va infatti da un 34% del Nord ad un 12% per le Isole.

La determina Aifa n. 130003 dell'8 Novembre 2021 autorizza la combinazione di mifepristone e misoprostolo per l'induzione medica dell'espulsione del materiale abortivo dopo aborto spontaneo ritenuto del 1° trimestre.

Il trattamento farmacologico dell'aborto spontaneo è generalmente più sicuro e meno invasivo rispetto all'intervento chirurgico, con un rischio ridotto di complicazioni e un'esperienza complessivamente migliore per la paziente. Tuttavia, la significativa disparità regionale in Italia evidenzia la necessità di migliorare l'accessibilità ai farmaci e la formazione del personale sanitario, oltre ad incrementare la consapevolezza tra le pazienti riguardo alle opzioni disponibili. Migliorare queste aree potrebbe aumentare l'adozione del trattamento farmacologico e migliorare gli esiti per le donne in tutto il paese.

LA CHIRURGIA GINECOLOGICA GREEN

DIECI REGOLE

Per rispettare l'ambiente



SILVIA VON WUNSTER
Direttore SC Ostetricia e Ginecologia, Ospedale di Alzano Lombardo, ASST Bergamo Est

I CAMBIAMENTI CLIMATICI rappresentano una seria minaccia per la salute pubblica ed in particolare per quella delle donne. L'Oms prevede che nel periodo tra il 2030 e il 2050 assisteremo ad un aumento di circa 250mila decessi direttamente correlabili ai cambiamenti climatici dovuti all'aumentata emissione di gas serra. A farne le spese saranno soprattutto le categorie più fragili, con un ulteriore peggioramento delle disparità di genere. Le donne che vivono nelle aree più colpite dai cambiamenti climatici sono infatti più suscettibili alle patologie cardiopolmonari correlate all'inquinamento, alla carenza di cibo secondario alla siccità e sono a maggior rischio di violenza fisica e psicologica.

L'aumento della temperatura è particolarmente pericoloso per le donne gravide perché comporta un incremento del rischio di complicanze ostetriche, come il parto pretermine, la preeclampsia, il basso peso alla nascita, la morte endouterina e le malformazioni congenite. (1)

I cambiamenti climatici possono condizionare anche una riduzione della fertilità, essendo correlati ad una minore conta dei follicoli antrali, ad una riduzione della maturazione degli ovociti e delle blastocisti, ad una ridotta recettività endometriale e ad un aumentato rischio di aborto. (2) Il settore sanitario contribuisce moltissimo all'inquinamento globale, essendo responsabile del 4-5% delle emissioni globali di CO₂, un valore addirittura doppio di quello del trasporto aereo!

In particolare le sale operatorie generano una significativa quota delle emissioni di CO₂, contribuendo alla produzione del 20-30% dei rifiuti ospedalieri e determinando un consumo di energia per metro quadro di tre-sei volte superiore rispetto agli altri settori degli ospedali.

È importante che i ginecologi, avendo come obiettivo la tutela della salute femminile, adottino i comportamenti assistenziali in grado di mitigare l'impatto sull'ambiente.

Le evidenze della letteratura sono incoraggianti e dimostrano che l'adozione di pratiche sostenibili è efficace e facilmente realizzabile in particolare nell'ambito chirurgico ginecologico. Proprio la chirurgia ginecologica genera il più alto volume di rifiuti, con una stima di circa 11.1 kg per paziente, superando tutte le altre specialità chirurgiche. L'isterectomia è il secondo intervento chirurgico più frequente negli USA e con più di 500mila procedure effettuate ogni anno è responsabile della produzione di 212mila tonnellate di CO₂ equivalente ogni anno.

L'adozione di alcune pratiche corrette e sostenibili sono in grado di contenere in modo importante l'impatto ambientale dell'attività chirurgica, riducendo i costi e migliorando contemporaneamente la sicurezza delle pazienti. (3)

Molte delle pratiche associate alla chirurgia ginecologica green sono realizzabili e già in fase di implementazione in alcuni ospedali.



Ecco le dieci regole da adottare al più presto

Proporre cure appropriate

1

Il miglior modo per ridurre l'impatto ambientale degli interventi chirurgici è quello di agire sull'appropriatezza. L'elevata prevalenza di patologie benigne dell'apparato genitale femminile comporta un elevato ricorso alla chirurgia, anche quando non strettamente indicata, per esempio nei casi di fibromi uterini sintomatici o di adenomiosi che possono essere trattati con la terapia medica (4). Molte pazienti con polipi endometriali o neoformazioni annessiali, con un corretto inquadramento diagnostico ed un'attenta valutazione dei fattori di rischio, possono evitare l'intervento chirurgico, con effetti positivi anche sulla spesa sanitaria e sulle liste di attesa.

Ridurre il ricorso al materiale monouso

2

La scelta di contenere l'utilizzo degli strumenti chirurgici monouso è una delle strategie più efficaci per contenere le emissioni di CO₂ da parte delle sale operatorie. In assenza di evidenze sui reali vantaggi per la sicurezza dei pazienti, il ricorso al materiale monouso si associa ad un impatto ecologico importante, correlato alla produzione, all'imballaggio, al trasporto e alla gestione dei rifiuti. La scelta di utilizzare materiale riutilizzabile, nonostante il possibile impatto dei processi di sterilizzazione, si associa ad una riduzione del 40-66% delle emissioni di CO₂. Le stesse considerazioni valgono per i camici e per la teleria che, se monouso, aumentano di tre volte le emissioni di gas serra, senza evidenti benefici per il paziente e per gli operatori. (3)



Predisporre correttamente i vassoi chirurgici

3

Selezionare con cura gli strumenti da includere nei set chirurgici di ciascun intervento permette di evitare di risterilizzare strumenti che non vengono effettivamente utilizzati. Il 50% degli strumenti presenti nei vassoi preconfezionati per gli interventi chirurgici infatti è raramente utilizzato e una loro razionalizzazione consente di evitare sprechi e consumi di energia per i processi di sterilizzazione. (3)

Promuovere la raccolta differenziata dei rifiuti

4

L'80% dei rifiuti della sala operatoria è impropriamente raccolta e smaltita come materiale biologico, che dovrebbe invece rappresentare solo il 15% dei rifiuti, con grosse ripercussioni sull'ambiente. È importante migliorare la raccolta differenziata dei rifiuti anche attraverso interventi formativi per il personale e la predisposizione di etichette che indichino in modo chiaro sulle confezioni le modalità di smaltimento (3).

Evitare l'utilizzo dei gas anestetici con maggiore impatto ambientale.

5

I gas anestetici come il desflurano e l'ossido nitrico hanno un enorme impatto sul riscaldamento terrestre. I ginecologi possono collaborare con i colleghi anestesisti per evitare i gas anestetici con maggiore impatto ambientale e promuovere il ricorso a tecniche anestesologiche alternative come quelle intravenose o le tecniche neuroassiali. Eliminando il desflurano, limitando il sevoflurano e prediligendo l'anestesia endovenosa con propofol si potrebbe ridurre dell'80% le emissioni di CO₂. L'utilizzo del propofol è altresì raccomandato dai protocolli ERAS per il suo effetto favorevole sulla nausea e sul vomito postoperatori. (1)

Adeguare i sistemi di riscaldamento, ventilazione e condizionamento dell'aria.

6

I sistemi di condizionamento e ventilazione contribuiscono al 90-99% del consumo energetico delle sale e al 40% di emissioni dei sistemi sanitari. È possibile contenere l'impatto di questi sistemi prevedendo delle interruzioni dei sistemi quando le sale operatorie non vengono utilizzate, per esempio con l'utilizzo di sensori e adottando dei sistemi di illuminazione LED ad efficienza energetica. (3)

Scegliere la via chirurgica più sostenibile.

7

L'impatto ambientale dell'isterectomia può variare molto in relazione alla scelta della via chirurgica. La via vaginale, rispetto alla via laparoscopica e soprattutto a quella robotica, permette di ridurre in modo significativo le emissioni di CO₂ dovute all'utilizzo di materiale monouso, di gas anestetici e di consumo di energia. La chirurgia robotica in particolare ha i più elevati livelli di emissione di CO₂, circa 814 kg di CO₂ per ogni caso, il 44% della via laparoscopica. Le emissioni di un intervento di chirurgia robotica equivalgono a guidare per 2289 miglia (come circa il percorso del "coast to coast" degli USA) con un'auto a benzina. Per quanto la chirurgia robotica possa essere vantaggiosa in alcuni casi, comporta un significativo aumento dell'impatto ambientale e va pertanto riservata a casi selezionati. (5)

Promuovere la chirurgia ambulatoriale.

8

L'esperienza della chirurgia ortopedica dimostra che il ricorso alla chirurgia minore in un setting ambulatoriale, nel rispetto dell'asepsi, con set chirurgici essenziali, permette una riduzione fino a 10 volte delle emissioni di CO₂. In ginecologia è importante indirizzare alla chirurgia

ambulatoriale in anestesia locale gli interventi minori, come le isteroscopie diagnostico/operative e le conizzazioni. (3)

Contenere il consumo di acqua per il lavaggio delle mani

9

La disinfezione delle mani con il tradizionale metodo con clorexidina o con jodopovidone richiede il consumo di una grande quantità di acqua. Il consumo di acqua per il lavaggio delle mani può essere contenuto con l'utilizzo di lavandini a pedale o con fotocellula, oppure utilizzando soluzioni idroalcoliche che sono risultate efficaci come i tradizionali sistemi. (6)

Garantire l'assistenza perioperatoria secondo le migliori prove scientifiche

10

L'adozione di protocolli di assistenza perioperatoria definiti dalla società ERAS consente di ottimizzare le condizioni delle pazienti prima dell'intervento, di razionalizzare le indagini preoperatorie, ridurre le complicanze e diminuire la durata media della degenza con un sensibile contenimento dei costi e dell'impatto ambientale. (7)

I dati di una survey indicano che nonostante il 94% dei ginecologi sia consapevole delle conseguenze che i cambiamenti climatici possono avere sulla salute femminile, il 69% sia però riluttante a modificare le proprie pratiche assistenziali, probabilmente perché non comprende quanto sia importante il proprio ruolo nel promuovere la sostenibilità ambientale dei sistemi sanitari (8). È invece fondamentale che ciascun chirurgo ginecologo nella sua realtà assistenziale incoraggi la cultura della sostenibilità e promuova l'adozione dei comportamenti in grado di ridurre l'impatto ambientale della attività chirurgica. È altrettanto importante che siano condotti studi di qualità in grado di indicare l'esatto impatto dei comportamenti assistenziali sulle emissioni di gas serra e che possano guidare i cambiamenti nei protocolli assistenziali. (2)

I ginecologi, come tutti gli operatori sanitari, devono al più presto iniziare a dare il loro fondamentale contributo alla sostenibilità ambientale, a garanzia della salute delle donne e delle generazioni future.

BIBLIOGRAFIA

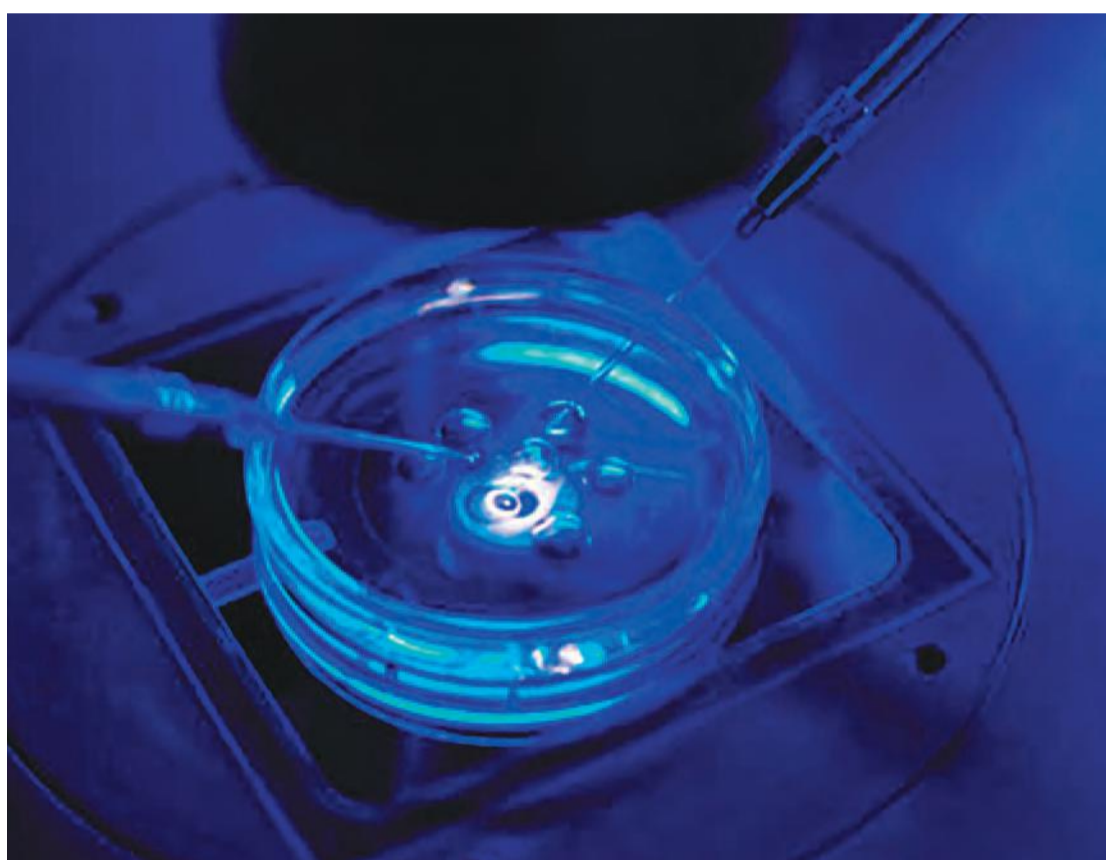
- Melnyk AI et al. Going green in gynecology: a call to action. *Am J Obstet Gynecol* 2023 september; 269-274
- Wright K et al. Sustainability in Obstetrics and Gynecology. *Obstet Gynecol* 2023 December, Vol 142-Issue 6
- Treu E et al. Review of sustainable practices for the gynecologic operating room. *Curr Op Obstet Gynecol* 36(4): 324-9
- Management of Symptomatic Uterine Leiomyomas: ACOG Practice Bulletin, Number 228. *Obstet Gynecol* 2021 Jun 1:137 (6): e 100-e115
- Papadopoulou A et al: Environmental sustainability in robotic and laparoscopic surgery: systematic review. *Br J Surg.* 2022;109(10):921-932. doi: 10.1093/bjs/znac191.
- Gupta C. et al: Comparison of two alcohol based surgical scrub solutions with an iodine-based scrub brush for presurgical antiseptic effectiveness in a community hospital. *Journal of Hospital Infection* 2007.
- Bogani G et al. Enhanced recovery after surgery (ERAS) in gynecology oncology. *Eur J Surg Oncol* 2021 May;47(5):952-959
- Thiel C et al. Attitude of US obstetrician and gynecologist to global warming and medical waste. *J Health Serv Res Policy* 2017; 22:162-7

MATERNITÀ

Cancro, infertilità e gravidanza

DESIDERIO DI MATERNITÀ, preservazione della fertilità e gravidanza sono temi fondamentali nella vita di una donna ed attualmente tendono a scontrarsi con il crescente aumento dell'età materna registrato negli ultimi anni che risulta in parte responsabile di un aumento del rischio di infertilità e di minore probabilità di portare a termine una gravidanza. In Italia la percentuale di gravidanze registrate nelle donne con età superiore ai 35 anni è passata dal 12% nel 1990 al 16% nel 1996 e si stima che sarà del 25% nel 2025. Inoltre, si assiste ad un aumento dell'incidenza di tumori diagnosticati in età riproduttiva. Ogni anno 5mila donne nel nostro Paese hanno bisogno di trattamenti oncologici prima d'aver completato il loro desiderio di maternità: si stima che ogni giorno in Italia vengono diagnosticati almeno 30 nuovi casi di tumore in pazienti di età inferiore ai 40 anni, pari al 3% delle nuove diagnosi di tumore.

Il management delle donne che ricercano una gravidanza dopo una patologia oncologica oppure a cui viene diagnosticato un tumore in corso di gravidanza introduce un'importante sfida per il medico, in assenza di chiare linee guida nella gestione oncologica ed ostetrica. La valutazione multidisciplinare, focalizzata sulla paziente, deve essere parte del trattamento di cura: nel maggio 2021, è stato quindi costituito un gruppo internazionale di esperti denominato *Advisory Board on Cancer, Infertility and Pregnancy* (ABCIP). Trattasi di una piattaforma on-line internazionale e nazionale che risponde a richieste derivanti da colleghi che necessitano di consigli nella gestione di pazienti con diagnosi di tumori durante la gravidanza o con dubbi sulla preservazione della fertilità. Le richieste sono registrate in maniera anonima e gratuita sulla piattaforma (www.abcip.org). ABCIP opera sotto la supervisione dell'*International Network on Cancer, Infertility and Pregnancy* (INCIP; www.cancerinpregnancy.org) ed include membri provenienti dal Belgio, Olanda, Danimarca, Polonia, Spagna e Italia con l'obiettivo di espandersi in altre nazioni.



LA CONSULENZA per la preservazione della fertilità è considerata parte integrante della qualità della vita per giovani donne affette da patologia oncologica che ricevono trattamenti gonadotossici. Recenti linee guida internazionali hanno affermato che tutte le donne in età riproduttiva a cui è stato diagnosticato un tumore e che sono sottoposte a trattamenti che potrebbero potenzialmente influire negativamente sulla loro fertilità dovrebbero essere indirizzate a un centro di preservazione della fertilità. Dalla letteratura emerge un bisogno insoddisfatto di accesso alle procedure di preservazione della fertilità e una mancanza di conoscenza delle esigenze specifiche, delle paure e/o dei sentimenti delle pazienti in età fertile sulla conservazione della fertilità quando viene loro diagnosticato un tu-

more. Sebbene inoltre la consulenza riproduttiva sia universalmente riconosciuta come fase essenziale nel processo diagnostico-terapeutico del paziente oncologico, con conseguenti innegabili benefici in termini di salute e qualità della vita, persistono pregiudizi tra i professionisti direttamente coinvolti nella cura di pazienti in età fertile e diverse problematiche, tra cui una carenza di specialisti della riproduzione all'interno delle équipe oncologico-chirurgiche multidisciplinari, determinando un'assistenza sub ottimale. Le terapie antitumorali hanno infatti notevolmente migliorato la sopravvivenza e all'aspettativa di vita a lungo termine offrendo la possibilità alle giovani sopravvissute a patologie oncologiche di diventare madri. I trattamenti oncologici (chirurgia, chemioterapia, radioterapia pelvica) sono associati ad un alto rischio di infertilità temporanea o permanente. Tuttavia, i trattamenti antitumorali che incidono sulla capacità riproduttiva non sono più un ostacolo insormontabile per diventare genitori poiché i trattamenti di conservazione della fertilità, come la crioconservazione degli ovociti e del tessuto ovarico, garantiscono oggi un futuro fertile anche alle giovani donne con diagnosi di tumore, ancora in grado di pianificare una maternità dopo l'esperienza della malattia. La crescente complessità dei trattamenti oncologici, più efficaci ma anche più tossici, impone già in fase di programmazione terapeutica un'attenta discussione, personalizzata e specifica, sui temi riproduttivi e una crescente attenzio-

¹ Department of Woman's and Child Health and Public Health Sciences, Gynecologic Oncology Unit, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Rome, Italy.

² Department of Experimental and Clinical Medicine, Obstetrics and Gynecology Unit 1, University of Pisa, Pisa, Italy

³ Gynecologic Oncology Unit, Fondazione Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Ca' Granda-Ospedale Maggiore Policlinico, Milan, Italy.



INGE PETERS¹



MARTA CARETTO²



GIACOMO CORRADO¹



GIOVANNA SCARFONE³



ne al fenomeno della qualità di vita a lungo. Favorire un buon counseling è un momento chiave nel percorso decisionale ed è importante che tutte le pazienti con diagnosi di tumore in età riproduttiva vengano adeguatamente e tempestivamente informate del rischio di riduzione della fertilità, in seguito ai trattamenti antitumorali e, al tempo stesso, delle strategie oggi disponibili per ridurre tale rischio.

Negli ultimi anni, inoltre, è in aumento l'incidenza di tumore in gravidanza che, seppur rara, complica approssimativamente 1 gravidanza su mille e si stima che continuerà ad aumentare in particolare nelle nazioni in cui le donne decidono di rimandare la gravidanza. Tumore della mammella, melanoma, neoplasie ematologiche, tumori ginecologici e tiroidei sono tra le diagnosi più comuni in gravidanza. La complessità di cura e la necessità di un crescente supporto alle pazienti necessita di evidenze e linee guida per definire la gestione delle pazienti affette da tumore durante la gravidanza.

L'OTTIMIZZAZIONE dell'outcome materno richiede l'introduzione di strategie che approssimativamente rispecchino gli standard diagnostici e terapeutici proposti alle donne non in gravidanza. Proporre una modifica del trattamento è un'opzione da considerare per evitare un eccesso di effetti avversi su feto e madre. Questo espone a difficoltà mediche ed etiche che per essere gestite al meglio necessitano di un gruppo che

comprenda specialisti oncologi (oncologi medici, ginecologo oncologo, chirurgo oncologo, ematologi, radioterapisti, radiologi e patologi) e clinici comunemente non impiegati nel trattamento oncologico (specialisti in medicina materno-fetale, neonatologi, pediatri, ostetrici, anestesisti, psicologi).

Durante la gravidanza, il primo contatto della paziente è rappresentato dal ginecologo-ostetrico o dai medici di base, i quali hanno meno familiarità con la presentazione di tumori non ginecologici. Una prima sfida nel diagnosticare i tumori in gravidanza è rappresentata dalla presentazione clinica. Molti sintomi dei tumori possono mimare i sintomi della gravidanza (ad esempio aumento della tensione o della nodularità mammaria, malessere generalizzato, dispnea, citopenia, cambiamento di nevi pre-esistenti, sanguinamento vaginale o anomalo fastidio vaginale). Le indagini strumentali non sempre possono beneficiare delle immagini TC o PET, a causa dell'effetto teratogeno delle radiazioni ionizzanti; invece le immagini ultrasonografiche o RMN sono opzioni sicure in gravidanza, sebbene non sia raccomandato l'utilizzo del gadolinio come mezzo di contrasto.

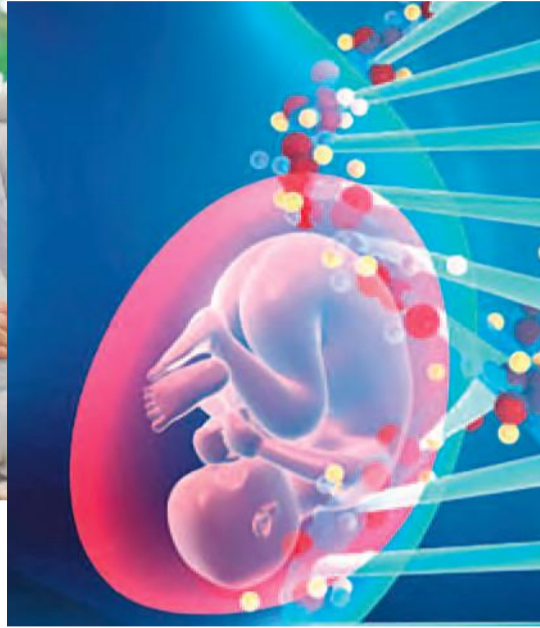
È IMPORTANTE riconoscere come le comuni indagini raccomandate in gravidanze fisiologiche potrebbero aver dei limiti.

Lo Screening del DNA fetale non invasivo (NIPT) è un test per le aneuploidie fetali ed analizza le cellule di DNA libero circolante (*cell-free DNA*, cfDNA) nel plasma materno. La maggior parte di DNA libero circolante è di origine materna e dunque, neoplasie materne non ancora diagnosticate potrebbero causare dei falsi positivi al NIPT. A causa di questa ambiguità, il NIPT non è riproducibile in donne con diagnosi nota di tumore in gravidanza.

Inoltre, la futura madre deve essere adeguatamente informata circa i trattamenti a cui potersi sottoporre in gravidanza. La chirurgia può essere eseguita con sicurezza durante i tre trimestri della gravidanza, sebbene l'inizio del secondo trimestre sia il momento da preferire per l'intervento, in particolare in caso di chirurgia addominale. È importante discutere i rischi dell'intervento chirurgico e considerare i possibili step per mitigare la morbilità fetale. Oltre al trattamento chirurgico, le terapie sistemiche, se compatibili con la gravidanza, giocano un ruolo importante nel trattamento oncologico prenatale. Un lecito dubbio del-

MATERNITÀ

CANCRO, INFERTILITÀ E GRAVIDANZA



la futura madre potrebbe riguardare la prosecuzione della gravidanza. L'interruzione della gravidanza deve essere considerata in considerazione in caso di tumori aggressivi o in stadio avanzato già all'inizio della gravidanza. L'induzione di parto pretermine (antecedente alle 37 settimane) per anticipare l'inizio del trattamento oncologico deve essere evitato a causa della morbilità a lungo termine nei nati prematuri: effetti sullo sviluppo neurologico ed immediate conseguenze (ematologiche, metaboliche, cardiorespiratorie) della prematurità. Tuttavia, ci sono particolari situazioni (come pazienti instabili o con leucemia acuta, tumori intracranici o carcinoma cervicale che non risponde alla chemioterapia) che potrebbero necessitare di un parto anticipato. Uno studio monocentrico italiano ha osservato una riduzione dei tagli cesarei elettivi negli ultimi dieci anni: il ricorso al taglio cesareo come modalità di espletamento del parto è consigliato in pazienti con carcinoma della cervice non resecabile o carcinoma della vulva. I rischi fetali derivanti dall'esposizione a terapia oncologiche sono generalmente correlati all'età gestazionale.

“ La ricerca sulla sicurezza e applicabilità dei trattamenti oncologici durante la gravidanza è in continuo divenire, offrendo la possibilità di proseguire la gravidanza trattando la futura madre, in assenza di ritardi

L'esposizione ai farmaci durante il primo trimestre (fino alla 12-14 esima settimana di gestazione) conferisce un elevato rischio di aborto o malformazione fetale. L'irradiazione (esclusa la pelvi) è possibile nel primo trimestre ed all'inizio del secondo, massimizzando la distanza del campo di irradiazione dal feto. La difficoltà di bilanciare il benessere materno e fetale è complicata da un crescente numero e modalità di trattamenti, dalla rarità di queste diagnosi e dalla mancanza di dati sufficienti ad informare la paziente sui rischi a breve e lungo termine per lei e la progenie. È fondamentale definire un percorso di cure multidisciplinare che sia centrato sulla paziente: il gruppo ABCIP ha l'obiettivo di coadiuvare le definizioni dell'iter diagnostico e terapeutico per questo selezionato gruppo di pazienti.

IN COSA CONSISTE la valutazione eseguita dal board ABCIP-Italy quali sono i quesiti che hanno finora avanzato i colleghi? In conformità con le leggi ed i regolamenti nazionali, nel rispetto delle evidenze scientifiche, si riportano esempi di consulenze eseguite sulla piattaforma online dal gruppo italiano, dopo acquisizione del consenso informato da parte delle stesse pazienti.

LA PRIMA PAZIENTE di 37 anni, secondi-gravida, riportava in anamnesi ostetrica un pregresso parto prematuro a 36 settimane. La consulenza è stata richiesta alla quattordicesima settimana di ame-

norrea, per diagnosi di carcinoma duttale infiltrante della mammella (NST). In seguito ad intervento chirurgico di quadrantectomia supero-interna della mammella destra e biopsia linfonodo sentinella, l'esame istologico refertava stadio pT1b (0.8 cm), pNo (0/2 linfonodo sentinella), G2, ER 5% 1+, PR 2% 1+, HER2 3+, Ki67 20%. Il desiderio della paziente era quello di proseguire la gravidanza. Il medico richiedente ha posto i seguenti quesiti: 1) quale fosse il parere del gruppo sul piano di trattamento proposto di chemioterapia [Paclitaxel al dosaggio di 80 mg/mq da somministrare settimanalmente per 3 settimane di seguito con una successiva settimana di pausa per un totale di 12 somministrazioni (4 mesi totali di cura)] durante la gravidanza seguita da Trastuzumab per un anno e radioterapia sulla mammella operata dopo il parto; 2) se fosse consigliato intraprendere terapia vaginale con progestinici per ridurre il rischio di un eventuale parto prematuro; 3) se vi fosse possibilità di allattamento al seno in corso di Trastuzumab e radioterapia prevista dopo il parto.

Dopo confronto tra i diversi specialisti, è stato espresso parere favorevole al piano terapeutico proposto di Paclitaxel settimanale per 12 settimane (a partire dalla sedicesima settimana) seguita da Trastuzumab ogni 3 settimane per un anno (dopo il parto) tenendo conto dei rischi fetali connessi al trattamento con Trastuzumab (oligoidramnios e morte neonatale). È stato sconsigliato l'allattamento al seno durante il trattamento con Trastuzumab, poiché in studi animali il farmaco veniva rintracciato nel latte materno. Tuttavia, è stata suggerita l'opzione di rimandare l'inizio del trattamento con Trastuzumab per offrire alla madre la possibilità di allattamento al seno per due mesi dopo il parto. Infine, è stato raccomandato un'adeguata informazione circa l'utilizzo del progesterone come prevenzione nelle donne con un pregresso parto prematuro tra le 34-37 settimane: il gruppo collaborativo internazionale per la valutazione dei progestinici nella prevenzione del parto pretermine (EPPPIC) supporta l'introduzione di 17-idrossiprogesterone, 250 mg i.m. oppure progesterone, 200 mg 1 cp per via vaginale da iniziare a 16 settimane e proseguire fino a 36 settimane. Suddetto trattamento è dimostrato esser utile soprattutto nelle donne con un raccorciamento della cervice uterina.

LA SECONDA PAZIENTE di 35 anni, nullipara è affetta da sindrome di Lynch (mutazione in eterozigosi del gene MSH2). Un anno fa, la paziente è stata sottoposta ad emicolectomia destra per adenocarcinoma del colon di basso grado moderatamente differenziato, pT1No. Contemporaneamente le era stata diagnosticata su biopsia endometriale un'iperplasia endometriale atipica per cui aveva intrapreso trattamento conservativo con progestinico somministrato per via sistemica e mediante dispositivo intrauterino, poiché desiderosa di una futura gravidanza. Nei follow-up successivi, l'esame istologico su endometrio ha evidenziato la presenza di adenocarcinoma endometriale di tipo endometriode con riscontro ad immagini RM di lieve irregolarità verso il miometrio, sospetta per infiltrazione miometriale.

Il medico richiedente ha inviato una richiesta sulla piattaforma online per aver un parere circa: 1) la possibilità di conservazione delle ovaie e definizione delle tempistiche per successivo intervento di ovariectomia bilaterale; 2) la possibilità di stimolazione con pick up ovocitario per crioconservazione da eseguire successivamente all'isterectomia; 3) la possibilità eseguire una terapia ormonale sostitutiva in caso di isterectomia totale con annessiectomia bilaterale.

Il team ABCIP ha consigliato un adeguato counseling con la paziente raccomandando un trattamento chirurgico radicale con isterectomia, in accordo con i dati di letteratura per pazienti con sindrome di Lynch, pregressa neoplasia colica ed adenocarcinoma endometriode dell'endometrio (persistente dopo adeguata terapia progestinica sistemica e con dispositivo intrauterino). Inoltre, alla luce di un rischio aumentato di sviluppare neoplasie ovariche (4-20%) è stata raccomandata l'annessiectomia bilaterale, seguita da terapia ormonale sostitutiva con soli estrogeni, da poter eseguire per via transdermica, riducendo il rischio trombo embolico. È stato inoltre argomentato che l'asportazione dell'utero rende impraticabile e controindicata la raccolta degli ovociti in Italia, quale procedura di preservazione della fertilità, stante il divieto di gravidanza tramite utero di altra donna. Dal punto di vista puramente speculativo, non ci sono comunque sufficienti evidenze che la stimolazione ovarica (anche con utilizzo di Letrozolo per abbassare il picco estrogenico) possa essere considerata sicura in pazienti con neoplasia endometriale in sede. ABCIP ha sottolineato che la paziente deve tuttavia essere consapevole che anche la possibilità della maternità surrogata è una procedura complessa da un punto di vista etico e legale.

IN CONCLUSIONE, in virtù del continuo progresso in campo oncologico, dovrebbero essere messi in atto tutti gli sforzi necessari per migliorare la qualità di vita delle pazienti oncologiche in età fertile nell'ottica di un percorso terapeutico volto non solo alla loro guarigione, ma anche al mantenimento di obiettivi futuri, compresi quelli di una pianificazione familiare. La ricerca sulla sicurezza e applicabilità dei trattamenti oncologici durante la gravidanza è in continuo divenire, offrendo la possibilità di proseguire la gravidanza trattando la futura madre, in assenza di ritardi.

Migrazione placentare, un tema “antico” ma sempre attuale

SI DEFINISCE PLACENTA PREVIA una placenta localizzata in prossimità dell'orifizio uterino interno (OUI). In base alla classificazione di Aium, Figo e RcoG (2018), vengono distinti due quadri clinico-ecografici: placenta low-lying (ex “previa marginale” o “minor”) in caso di margine placentare distante meno di 20 mm OUI, e placenta previa (ex “previa centrale” o “major”) se la placenta ricopre completamente l'OUI.

L'incidenza di placenta previa a termine è pari a circa 4-5/1.000, pur con notevoli differenze nel mondo. Negli ultimi decenni è stato osservato un incremento dell'incidenza di placente previe soprattutto per un aumento dei tagli cesarei (TC) e delle gravidanze da Procreazione Medicalmente Assistita (Pma). L'incidenza aumenta anche all'aumentare del numero di pregressi TC (1 TC: 1/160; 2 TC: 1/60; 3 TC: 1/30).

La diagnosi di placenta previa determina implicazioni significative sulla gestione ostetrica della gravidanza, oltre a rappresentare un'importante fonte di stress. Una corretta diagnosi prenatale e una gestione multidisciplinare sono fondamentali per ridurre le complicanze materno-fetali.

LA DIAGNOSI DI PLACENTA previa è ecografica; l'ecografia transvaginale presenta sensibilità e specificità maggiori rispetto a quella transaddominale. La diagnosi può essere formulata a partire da 25 settimane di età gestazionale (EG), tranne nei casi in cui la placenta ricopre completamente e supera l'OUI già nel II trimestre. In caso di sospetto durante l'ecografia del II trimestre, si renderà dunque necessaria una conferma ad EG più avanzate. Infatti, una diagnosi prematura – oltre ad associarsi ad un alto rischio di errore diagnostico – non comporta implicazioni significative per il management della gravidanza.

La rivalutazione ad EG più avanzate è supportata dal fenomeno della cosiddetta “migrazione placentare”, che in realtà non è uno spostamento della placenta bensì una modificazione della distanza fra margine inferiore della placenta e OUI conseguente allo sviluppo del segmento uterino inferiore (SUI) durante il terzo trimestre di gravidanza; pertanto, la rivalutazione della localizzazione placentare dovrebbe essere effettuata durante il II e III trimestre.

Dai dati presenti in letteratura, infatti, emerge come tale fenomeno determini la risoluzione del quadro di placenta previa in circa il 30-40% dei casi. Nel 90% dei casi delle placente che migrano, la risoluzione risulta possibile fino al termine di gravidanza. I



principali fattori predittivi di ridotta migrazione placentare sono la pregressa chirurgia uterina (Cho et al.) e la placenta previa posteriore, Ohira et al. evidenziano un tasso di migrazione medio tra 32 e 37 settimane pari a 4,7±4,7 mm/settimana (95%CI=3,12-6,32) se placenta posteriore vs 7,8±5,8 mm/settimana (95%CI=3,67-11,99) se placenta anteriore ($p = 0,06$).

LA CASISTICA DELL'OSPEDALE OSTETRICO-GINECOLOGICO SANT'ANNA DI TORINO SI ALLINEA AI DATI DI LETTERATURA.

Da uno studio condotto su 595 donne con diagnosi ecografica di placenta previa è emerso un tasso di migrazione pari a circa 32% (lavoro in corso di pubblicazione). La ridotta migrazione placentare è risultata associata a pregressa chirurgia uterina, placenta posteriore (più del 45% delle placente previe anteriori sono migrate, indipendentemente dalla presenza in anamnesi di pregressa chirurgia uterina) e distanza del margine placentare dall'OUI inferiore a 12 mm alla diagnosi se placenta previa anteriore.

Inoltre, nel 95% delle placente migrate, la migrazione è avvenuta fino a dieci settimane dalla diagnosi (intorno a 35-36 settimane nella nostra casistica). Questo dato giustifica l'esecuzione di un follow-up ecografico fino a EG tardive di gravidanza (36-37 settimane), in modo da poter valutare la modalità del parto in maniera appropriata. Inoltre, può tranquillizzare la donna sulla reale possibilità di risoluzione spontanea del quadro di placenta previa.

Considerando questi dati è possibile ridurre il numero di controlli ecografici della localizzazione placentare, soprattutto per la placenta previa low-lying senza altri fattori di rischio. Infatti, in caso di placenta previa centrale è consigliato un follow-up ecografico a 25-27, 31-33 e 35-36 settimane di EG, mentre in caso

di placenta low-lying il follow-up sarà eseguito a 30-32 e a 36-37 settimane di EG se persistenza di placenta previa.

NEL 2020, le linee guida canadesi SOGC sono state le prime ad esprimersi in merito a modalità e timing del parto nei casi di placenta low-lying senza altri fattori di rischio. In caso di placenta low-lying con distanza dall'OUI compresa tra 10 e 20 mm, viene consigliato un travaglio di prova e scoraggiato il ricorso ad un TC elettivo (la probabilità di parto vaginale in questi casi è compresa tra 57-93%, di cui il 75-80% avvengono a termine). Al contrario, in caso di distanza inferiore o uguale a 10 mm dall'OUI – dopo conferma ecografica a 37-38 settimane – viene raccomandata la programmazione di un TC elettivo intorno a 38 settimane.

Oltretutto, il rischio emorragico antepartum è pari a circa 3% in caso di margine placentare superiore a 10 mm dall'OUI, rispetto al 29% riscontrato in caso di distanza ≤ 10 mm dall'OUI.

Considerando l'aumento delle complicanze associate all'aumento dei TC, ivi compreso il rischio di ricorrenza di placenta previa e accretismo placentare, e la richiesta della Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms o Who) di ridurre il tasso dei tagli cesarei, risulta essere sempre più necessario un approccio evidence-based per determinare la migliore modalità di espletamento del parto. L'Ospedale Ostetrico-Ginecologico S. Anna di Torino ha accolto le raccomandazioni fornite dalle linee guida SOGC, e con il gruppo di lavoro multidisciplinare, ha iniziato a modificare il percorso diagnostico-terapeutico aziendale con l'obiettivo di ottenere una gestione delle gravidanze complicate da anomalie di placentazione basata sui più recenti dati di letteratura.



ANNA GAROFALO



ELEONORA PILLONI



FRANCESCA OSELLA



MIRIAM SUTERA

Md specialiste
in ginecologia

BIBLIOGRAFIA, FONTI E RIFERIMENTI

Jain V, Bos H, Bujold E. Guideline No. 402: Diagnosis and Management of Placenta Previa. J Obstet Gynaecol Can. 2020 Jul;42(7):906-917.e1. doi: 10.1016/j.jogc.2019.07.019. PMID: 32591150.

RCOG Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management Greentop Guideline No. 27a September 2018

FIGO Consensus Guidelines - Placenta Accreta Spectrum Disorders, 2018

ACOG, Committee opinion, Placenta Accreta, number 529, July 2012, reaffirmed 2021

Cresswell JA, Ronsmans C, Calvert C, et al. Prevalence of placenta praevia by world region: a systematic review and meta-analysis. Trop Med Int Health 2013;18:712-24.

Karami M, Jenabi E, Fereidooni B. The association of placenta previa and assisted reproductive techniques: a meta-analysis. J Matern Fetal Neonatal Med 2018;31:1940-7.

Taga A, Sato Y, Sakae C, et al. Planned vaginal delivery versus planned cesarean delivery in cases of low-lying placenta. J Matern Fetal Neonatal Med 2017;30:618-22.

Eichelberger KY, Haeri S, Kessler DC, et al. Placenta previa in the second trimester: sonographic and clinical factors associated with its resolution. Am J Perinatol 2011;28:735-9.

Oppenheimer L, Holmes P, Simpson N, et al. Diagnosis of low-lying placenta: can migration in the third trimester predict outcome? Ultrasound Obstet Gynecol 2001;18:100-2.

Al Wadi K, Schneider C, Burym C, et al. Evaluating the safety of labour in women with a placental edge 11 to 20 mm from the internal cervical Os. J Obstet Gynaecol Can 2014;36:674-7. 68.

Allahdin S, Voigt S, Htwe TT. Management of placenta praevia and accreta. J Obstet Gynaecol. 2011.

Cho JY, Lee YH, Moon MH, Lee JH. Difference in migration of placenta according to the location and type of placenta previa. J Clin Ultrasound 2008

D'Antonio F, Iacovella C, Bhide A. Prenatal identification of invasive placentation using ultrasound: systematic review and meta-analysis. Ultrasound Obstet Gynecol 2013

Garofalo A, Pilloni E, Viora E et al. Sensitivity and specificity of echography in the diagnosis of placental accretism in patients with diagnosis of placenta previa. Placenta 2013; 34/9: A84

Heller HT, Mullen KM, Gordon RW, Reiss RE, Benson CB. Outcomes of pregnancies with a low-lying placenta diagnosed on second-trimester sonography. J Ultrasound Med 2014

Papanikolaou I.G. et al, Abnormal placentation: current evidence and review of the literature, European J Obstet Gynecol Reprod Biology, 2018

Pilloni E, Alemanno MG, Gaglioti P, Sciarrone A, Garofalo A, Biolcati M, Botta G, Viora E, Todros T. Accuracy of ultrasound in antenatal diagnosis of placental attachment disorders. Ultrasound Obstet Gynecol. 2016 Mar;47(3):302-7

Ohira, S., Kikuchi, N., Kobara, H., Osada, R., Ashida, T., Kanai, M., & Shiozawa, T. (2012). Predicting the route of delivery in women with low-lying placenta using transvaginal ultrasonography: significance of placental migration and marginal sinus. Gynecologic and obstetric investigation, 73(3), 217-222. https://doi.org/10.1159/000333309

Jansen CHJR, Kleinrouweler CE, van Leeuwen L, Ruiter L, Limpens J, van Wely M, Mol BW, Pakr E. Final outcome of a second trimester low-positioned placenta: A systematic review and meta-analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2019 Sep;240:197-204. doi: 10.1016/j.ejogrb.2019.06.020. Epub 2019 Jul 4. PMID: 31323500.

Venu Jain , Hayley Bos , Emmanuel Bujold. Guideline No. 402: Diagnosis and Management of Placenta Previa. 10.1016/j.jogc.2019.07.019

La cardiotocografia e i limiti del suo valore nei procedimenti legali

CARDIO TOCO GRAFIA



MAURIZIO SILVESTRI
Ufficio legale Aogoi

LA CARDIOTOCGRAFIA è la simultanea rappresentazione grafica dell'attività cardiaca fetale e della contrazione uterina. È la metodica ostetrica più diffusa per la sorveglianza del benessere fetale soprattutto durante il travaglio di parto. L'obiettivo è identificare feti a rischio d'ipossia e, quindi, mettere in atto procedure ostetriche al fine di evitare il danno asfittico perinatale e prevenire l'encefalopatia neonatale (EN) e la paralisi cerebrali infantile (PCI).

In realtà quest'ultime dipendono da molteplici fattori di rischio che possono agire sin dal momento del concepimento, che possono manifestarsi nel corso della vita intrauterina, esacerbarsi al momento del parto e, a volte, slatentizzarsi in epoca post natale. Soltanto in minima parte dipendono dall'ipossia intrapartum. La cardiotocografia non riveste alcun ruolo nella morte intrapartum improvvisa.

Molte società scientifiche di ostetricia e ginecologia nazionali ed internazionali hanno pubblicato sistemi di classificazione dei tracciati cardiotocografici per supportare i clinici nella loro interpretazione e, di conseguenza, nella gestione del travaglio di parto.

TUTTE LE CLASSIFICAZIONI, che distinguono i tracciati in normali, sospetti e patologici (oppure in di tipo uno, tipo due e tipo tre), si basano sullo studio morfologico della traccia grafica della frequenza cardiaca fetale e sulle eventuali modifiche che possono aversi in relazione a quella delle contrazioni dell'utero. Le caratteristiche della frequenza cardiaca fetale che vengono analizzate sono: linea di base (frequenza cardiaca media), variabilità (oscillazioni della sua frequenza), accelerazioni (incrementi transitori e rapidi della frequenza cardiaca fetale), decelerazioni (diminuzione transitorie e intermittenti sempre della sua frequenza).

DIVERSI STUDI CLINICI randomizzati non sono riusciti a dimostrare il miglioramento degli outcome perinatali avversi con l'introduzione della cardiotocografia, ad esclusione dei casi in cui il tracciato venga effettuato durante eventi ostetrici che stanno determinando ipossia acuta e/o sub acuta del feto. In quest'ultimi casi, quando nonostante la tempestività degli interventi ostetrici per interrompere la gravidanza non si riesca ad evitare l'evento avverso perinatale, per quanto già detto a proposito dell'EN e/o PCI, non riusciremo

ad escludere la compartecipazione ad esso di altri fattori di rischio fetali esistenti già prima del parto. Negli altri casi, vista la complessa genesi della EN e della PCI, attraverso i pochi minuti di monitoraggio intrapartum non possiamo riconoscere il momento esatto della comparsa del danno cerebrale e, soprattutto, riconoscere il periodo di tempo nel quale questo danno da reversibile diventa irreversibile. Di conseguenza non potremo mai affermare che l'anticipazione del parto stesso avrebbe potuto prevenirli. Questi studi dimostrano invece che a seguito della diffusione della cardiotocografia c'è stato un aumento dei tagli cesarei e parti operativi vaginali e, di conseguenza, un aumento di mortalità e morbilità materna conseguente a queste operazioni ostetriche. Ci sono ampi studi osservazionali che hanno avvalorato una drastica riduzione degli outcome perinatali avversi conseguente alla diffusione della cardiotocografia. È verosimile che i suoi vantaggi nel monitoraggio del benessere fetale esistano ma, gli studi randomizzati a disposizione, al momento non sono riusciti ad evidenziarli. Gli autori sostengono che uno studio randomizzato per studiarne la reale efficacia non sarebbe eticamente proponibile poiché richiederebbe un confronto degli outcome tra le pazienti sottoposte a cardiotocografia rispetto a quelle senza controllo cardiotocografico in travaglio. Quindi attualmente, pur percependo l'utilità della cardiotocografia nel monitoraggio del benessere fetale intrapartum, non riusciamo a spiegarci scientificamente il motivo. Sta di fatto che la metodica è sempre più diffusa nelle sale parto ed oggi è impensabile monitorare un travaglio e rassicurare o meno pazienti e clinici, senza il suo ausilio.

LA DIFFUSIONE DELLA CARDIOTOCGRAFIA è andata di pari passo al suo ingresso nelle aule dei tribunali. Nei procedimenti legali per danno asfittico perinatale il giudice vuole anche sapere dai suoi ausiliari se c'è colpa e, quindi, se la condotta del sanitario si è discostata dalle raccomanda-

zioni delle LL.GG. e/o dalle buone pratiche clinico-assistenziali soprattutto nell'interpretazione dei tracciati.

NEL TEMPO sono emersi limiti del suo valore nei processi poiché, nonostante l'ausilio delle linee guida, l'interpretazione della cardiotocografia è complessa, difficile da insegnare e, soprattutto, fortemente condizionata dall'interpretazione di chi valuta il tracciato. I risultati dei numerosi studi per stabilirne la riproducibilità hanno messo in luce che il medesimo tracciato può essere classificato in categorie diverse da due differenti operatori esperti in cardiotocografia. Addirittura, viene anche descritta una differente interpretazione quando lo stesso operatore analizza nuovamente il medesimo tracciato a distanza di tempo. Se emerge una buona riproducibilità dell'interpretazione nella definizione della linea di base, non è sempre così per i parametri più difficili quali: la



Il tracciato cardiotocografico: strumento clinico o prova scientifica?

Riprendendo gli interessanti argomenti esposti dal dr. Silvestri, per un'analisi ed un commento sotto il profilo giuridico, corre l'obbligo di soffermarsi su alcune inequivoche affermazioni: "La diffusione della cardiotocografia è andata di pari passo al suo ingresso nelle aule dei tribunali". "La metodica è sempre più diffusa nelle sale parto ed oggi è impensabile monitorare un travaglio e rassicurare o meno pazienti e clinici senza il suo ausilio". "Il Giudice vuole sapere dai suoi ausiliari se c'è colpa e quindi se la condotta del sanitario si è discostata dalle raccomandazioni delle LLGG e/o buone pratiche clinico assistenziali, soprattutto nell'interpretazione del tracciato".

A CONFORTO di quanto affermato dal dr. Silvestri basta riportare alcuni punti e capi di sentenze "...: *"Entrambi gli odierni imputati, pur in presenza di tracciati cardiotocografici significativi di concreto rischio per il benessere del feto, non avevano operato un costante monitoraggio della situazione (quantomeno, classificabile in termini di preallarme), né avevano predisposto un parto cesareo che avrebbe ragionevolmente evitato, con pressoché totale certezza, il decesso del bambino"* ... (Trib. Gela Sent. n. 1449/2023)

"Sussiste quindi la penale responsabilità di entrambi gli imputati per il reato loro ascritto, per non avere correttamente e prontamente valutato, secondo consolidate linee guida, i tracciati TCG, negligenza che portava gravissimi danni neurologici al feto, laddove invece un più attento monitoraggio ed eventualmente un parto cesareo d'urgenza poteva con certezza impedire o alleviare la grave compromissione delle condizioni di salute del bambino" (Trib. Gela Sent. n. 511/2024).

A completamento di quanto fin qui riportato pare opportuno rammentare che: le classificazioni che distinguono i tracciati in normali, sospetti, patologici (tipo 1, 2, 3), per identificare il rischio di ipossia fetale, non valgono ad escludere l'esclusiva incidenza o compartecipazione di altri fattori di rischio esistenti già prima del parto; non consentono di riconoscere il momento esatto dell'instaurarsi del danno cerebrale, né quando diventi irreversibile.

Inoltre, l'interpretazione della cardiotocografia è fortemente condizionata da chi valuta il tracciato; il medesimo tracciato può essere classificato in categorie diverse da due differenti operatori esperti in cardiotocografia.

Addirittura, viene descritta una differente interpretazione quando lo stesso operatore analizza nuovamente il medesimo tracciato a distanza di tempo. Dopo essere stati messi a conoscenza degli esiti neonatali, operatori esperti tendono ad attribuire al medesimo tracciato una categoria differente da quella da loro attribuita in precedenza. Ci sono poi "falsi negativi" ed il tracciato non può essere "estrapolato" dal contesto e considerato autonomamente e non in correlazione con gli altri fattori clinici presenti durante il travaglio o il parto.

In ultima analisi la traccia cardiotocografica è una metodica indiretta e di scarso significato per l'individuazione *ante partum* del **danno celebrale perinatale**.

Va tenuto conto della **scarsa riproducibilità dell'interpretazione dei tracciati** e della **reinterpretazione differente ex post**. In considerazione di tante criticità dovrebbe essere bandito il ricorso al tracciato cardiotocografico quale prova tecnico-scientifica nel processo penale.

Orbene, il tema specifico dei tracciati in ostetricia e ginecologia ripropone quello più generale della **valutazione della prova scientifica** e del **rapporto** tra il sapere scientifico introdotto nel processo e la decisione del giudice.

Due recenti sentenze della Cassazione (10394/2023 Sez. IV e 1801/2022 Sez. V) in tema di prova scientifica hanno sancito che il giudizio di attendibilità deve tener conto degli studi che la sorreggono, l'ampiezza, la rigorosità, l'oggettività della ricerca, il **sostegno accordato dalla Comunità Scientifica**.

In virtù del libero convincimento del giudice e per l'insussistenza di una prova legale o di una graduazione delle prove, il giudice ha la possibilità di scegliere tra le varie tesi prospettate dai differenti periti e consulenti di parte, quella che ritiene condivisibile purché dia conto nella motivazione (accurata e approfondita) delle ragioni della scelta operata e del perché ha ritenuto di disattendere le deduzioni contrarie delle parti.

Mentre la Cassazione, giudice di legittimità, vaglia l'approccio metodologico razionale e logico, ossia il vizio motivazionale del giudice di 1° e 2° grado e non entra nella maggiore o minore attendibilità scientifica delle acquisizioni espresse dal giudice in merito, quest'ultimo ha un percorso segnato che deve seguire nel valutare la prova scientifica.

A riguardo val la pena richiamare i **criteri di valutazione della prova scientifica** delineati dalla Giurisprudenza di legittimità sulla scorta dei cc dd. canoni DAUBERT (dalla sentenza nordamericana Daubert v. Merrel Dow Phar-

classificazione delle decelerazioni (precoci, variabili e tardive), della variabilità e, soprattutto, la classificazione del tracciato come tipo II (sospetto) oppure tipo III (patologico). L'esperienza degli operatori sembra avere un ruolo marginale nel migliorarne la riproducibilità interpretativa. Inoltre, sono molti i lavori scientifici che sottolineano come la conoscenza dell'outcome neonatale modifichi sostanzialmente l'interpretazione dei tracciati. Tali pubblicazioni dimostrano che, dopo essere stati messi a conoscenza degli esiti neonatali, operatori esperti hanno attribuito lo stesso tracciato ad una categoria differente rispetto a quella alla quale era stato attribuito precedentemente. Proprio per questo la loro interpretazione ex post non dovrebbe essere ammessa come prova giuridica.

Infine, se questo esame di fatto non ha falsi positivi (cioè da un tracciato di tipo I o normale nel 99,7%



VANIA CIRESE

Ufficio legale Aogoi
settore penale

CARDIO TOCO GRAFIA

SEGUE DA PAGINA 21
MAURIZIO SILVESTRI

dei casi nascerà un neonato con emogasanalisi senza acidosi), la stessa cosa non si può affermare per i falsi negativi. Infatti possiamo assistere dopo un tracciato di tipo III o patologico alla nascita di un neonato con emogasanalisi senza acidosi. La cardiotocografia, pur nei suoi limiti, è un esame che valuta il rischio d'ipossia intrapartum e non un esame che permette di fare diagnosi d'ipossia intrapartum. Proprio per questo, in presenza di un tracciato di tipo III o patologico, se attuati interventi ostetrici urgenti, il rischio d'ipossia fetale non si concretizzerà e nascerà un neonato con EGA normale. Sta di fatto che la cardiotocografia presenta un certo numero di falsi negativi. Tenuto conto della scarsa riproducibilità dell'interpretazione dei tracciati sia inter che intra valutatore esperto, della sua reinterpretazione ex post quando l'esperto viene messo a conoscenza dell'esito neonatale e della presenza di falsi negativi, recentemente è stata messa in discussione la validità della cardiotocografia come prova tecnico-scientifica da utilizzare nei procedimenti legali per danno asfittico perinatale e dell'EN e della PCI che da esso potrebbero derivare. Vista la complessità eziopatologica e l'eterogeneità delle manifestazioni cliniche dell'encefalopatia neonatale e della paralisi cerebrale infantile, attualmente non abbiamo nessun test diagnostico prenatale per la loro prevenzione. La traccia cardiotocografia è una metodica indiretta e di scarso significato per l'individuazione antepartale o intrapartale del danno cerebrale perinatale. Proprio per questo le nostre società scientifiche debbono favorirne l'uscita dalle aule dei tribunali come prova tecnico-scientifica e cercare il più possibile di essere di ausilio agli associati nella difficile scelta di continuare il travaglio di parto oppure intraprendere un intervento ostetrico con i rischi materni, a breve o lungo termine, che potrà comportare.

CONCLUDO prendendo in prestito una citazione di Winston Churchill sulla democrazia *La democrazia non è una buona forma di governo ma non ne abbiamo trovate di migliori*. E trasferendola all'ostetricia: *la cardiotocografia non è un buon metodo per monitorare il benessere fetale intrapartale ma non ne abbiamo trovati di migliori*.



SEGUE DA PAGINA 21
VANIA CIRESE

maceuticals). *“Per valutare l’attendibilità di una teoria occorre esaminare gli studi che la sorreggono, le basi fattuali sui quali essi sono condotti, l’ampiezza, la rigosità, l’oggettività della ricerca, il grado di sostegno che i fatti accordano alla tesi; la discussione critica che ha accompagnato l’elaborazione dello studio, focalizzata sia sui fatti che mettono in discussione l’ipotesi sia sulle diverse opinioni che nel corso della discussione si sono formate l’attitudine esplicativa dell’elaborazione teorica”*. **Rileva poi il grado di consenso che la tesi raccoglie nella Comunità Scientifica.**

La pronuncia delle Sez. 4 Cass. n. 43786 del 2010, Cozzini, ha chiarito un punto fondamentale nei rapporti tra sapere scientifico e sapere giuridico, nel senso che il *“sapere scientifico è indispensabile strumento al servizio del giudice di merito”*, in special modo per tutte le volte *“in cui l’indagine sulla relazione eziologica si colloca su un terreno non proprio nuovo, ma caratterizzato da lati oscuri, da molti studi contraddittori e da vasto dibattito internazionale”*.

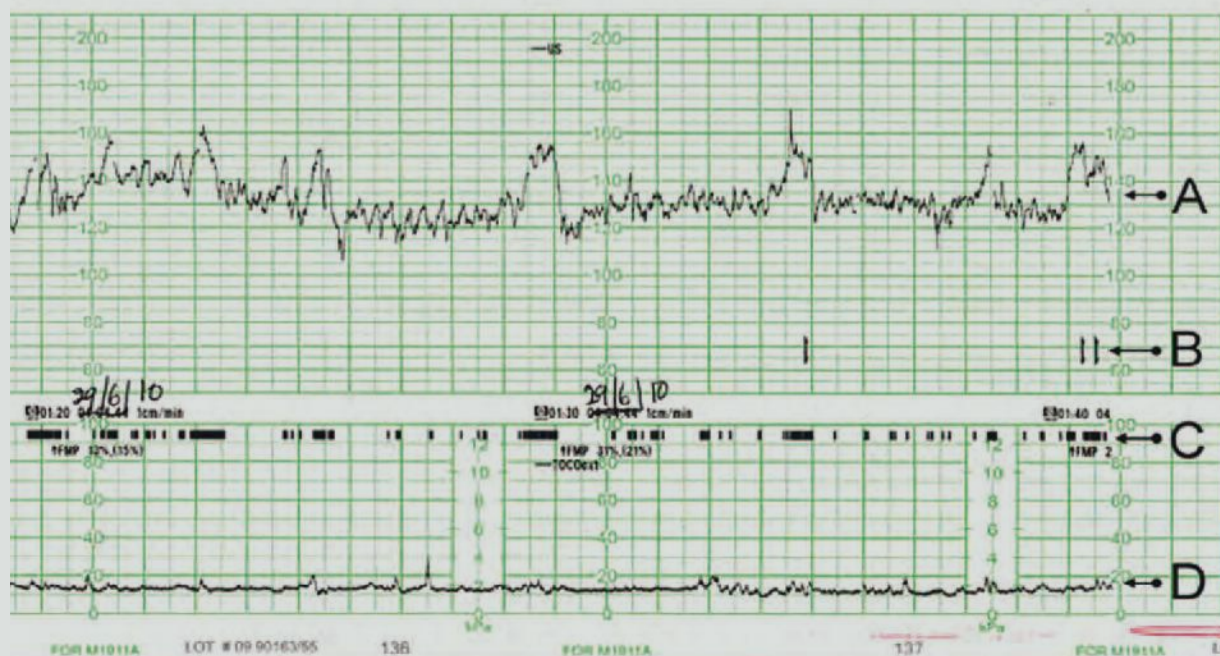
Pertanto, i **criteri delineati dalla giurisprudenza di legittimità segnano il percorso che il giudice di merito deve seguire nella valutazione della prova scientifica**, attraverso le coordinate di riferimento.

La Corte di Cassazione nel citato caso “Cozzini” **ha sposato i criteri sanciti dalla Corte suprema USA**, estendendone la portata e ponendo l’accento sul rigore del dibattito critico per la verificabilità e **controllabilità da parte della Comunità scientifica di riferimento sulla prova scientifica**, che non può ambire ad un’autoreferenziale affidabilità in sede processuale: questo perché è lo stesso processo penale, come si è detto, a disconoscere ogni idea di prova legale.

Le questioni affrontate chiamano in causa l’autonomia valutativa del giudice *“peritus peritorum”*, investito di problematiche specialistiche e che si muove nel terreno della prova scientifica.

Il vigente Codice esige che le questioni probatorie specialistiche (come tutte le questioni probatorie) siano risolte dal giudice con un ragionamento autonomo, quindi né con criteri di valutazione legalmente prefissati, né con mere *“convinzioni intime”*. Il **giudice** in tale ottica **deve interrogarsi sul credito di cui i criteri scientifici da lui considerati godono nella Comunità di riferimento**. Secondo gli insegnamenti della sentenza Cozzini, il giudice di merito deve operare come *“garante della scientificità* della conoscenza fattuale espressa nel processo e svolgere un penetrante ruolo critico, divenendo **custode del metodo scientifico** (e del proprio ruolo di giustizia). Peraltro, quando la validità di una prova scientifica è messa in discussione dalla Comunità Scientifica di riferimento, (le Società Scientifiche Nazionali Aogoi, Sigo), come avviene per i tracciati cardiotocografici, i giudici non possono poggiare le loro pronunce unicamente o prevalentemente su quella che non può assurgere a rango di *“prova scientifica”*, tanto meno possono fondare su di essa la penale responsabilità dell’ostetrico-ginecologo.

La via d’uscita è data dall’**applicazione dei criteri di controllo per scrutinare la validità della prova scientifica** nel cui ambito un ruolo fondamentale è attribuito al grado di **consenso della Comunità Scientifica** di riferimento o alla incertezza in ordine all’affidabilità, come nel caso dei tracciati cardiotocografici, la cui utilizzabilità nell’inferenza probatoria è forzata e sconsigliabile.



99° CONGRESSO
SIGO
2024 FIRENZE

Donne al centro di un nuovo Rinascimento

 **SIGO**
SOCIETÀ ITALIANA
DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA
99° Congresso Nazionale

 **AOGOI**
ASSOCIAZIONE
OSTETRI E GINECOLOGI
ITALIANI
64° Congresso Nazionale

 **AGUI**
Associazione Ginecologi
Universitari Italiani
31° Congresso Nazionale

 **AGITE**
ASSOCIAZIONE
GINECOLOGI
ITALIANI
7° Congresso Nazionale

3-6 novembre 2024

Firenze Fiera: Palazzo dei Congressi, Palazzo degli Affari

Presidenti: Valeria Dubini, Felice Petraglia, Gianfranco Quintarelli

Segreteria Organizzativa
:E MEETING&CONSULTING
segreteria@sigo2024.it
www.emec-roma.com

Provider ECM

aogoi@aogoi.it
www.aogoi.it

www.sigo2024.it

NUOVE
TECNOLOGIE

ROBOT E INTELLIGENZA ARTIFICIALE

Nuove frontiere nella chirurgia del cancro ginecologico

Un'analisi dettagliata su come le tecnologie avanzate stanno trasformando le procedure chirurgiche ginecologiche



CARLO SBIROLI

Già direttore Uoc di Ginecologica Oncologia Istituto Nazionale dei Tumori "Regina Elena-IFO", Roma



ENRICO VIZZA

Direttore Dipartimento Clinica e Ricerca Oncologica. Direttore UOC Ginecologica Oncologica Istituto Nazionale dei Tumori "Regina Elena-IFO", Roma. Direttore Banca del Tessuto Ovarico delle Cellule Germinali Regione Lazio

NEI PRIMI ANNI 2000, quando la robotica cominciò ad entrare nelle nostre sale operatorie, ci chiedevamo se un giorno queste apparecchiature sarebbero state in grado di cambiare il mondo della chirurgia oncologica. In verità, allora il nostro grande sogno non era quello di avere a disposizione un robot in grado di operare in modo autonomo. Anzi, questa idea suscitava qualche perplessità perché avrebbe potuto rendere superfluo il ruolo del chirurgo. Il vero obiettivo era quello di ottenere assistenza nelle fasi più critiche dell'intervento, spesso rese difficili da un'anatomia alterata dalla presenza di cancro o da anomalie anatomiche. Ventiquattro anni dopo si deve constatare che i risultati sono stati superiori alle nostre aspettative.

Con il nuovo millennio il settore della chirurgia ha accelerato il suo rinnovamento. Siamo entrati in una fase straordinaria dell'evoluzione dell'assistenza sanitaria, guidata dai rapidi progressi della tecnologia digitale e della biologia molecolare. In appena 25 anni siamo passati da una chirurgia minimamente invasiva, che già nell'ultima decade del secolo scorso sembrava una grande conquista a beneficio del paziente, a un'era caratterizzata da procedure assistite da robot, nanotecnologia, genomica, analisi avanzata dei dati, Intelligenza Artificiale (IA), realtà aumentata e virtuale.

Nel campo della chirurgia si deve riconoscere che la robotica ha già trasformato il modo in cui vengono eseguiti molti interventi. E l'integrazione dell'IA negli ultimi anni rappresenta "un grande passo nell'evoluzione della chirurgia", soprattutto nel trattamento del cancro. Questa combinazione di tecnologie promette non solo di migliorare i risultati clinici, ma anche di rendere le procedure più sicure e meno invasive per i pazienti.

TECNOLOGIE ATTUALI

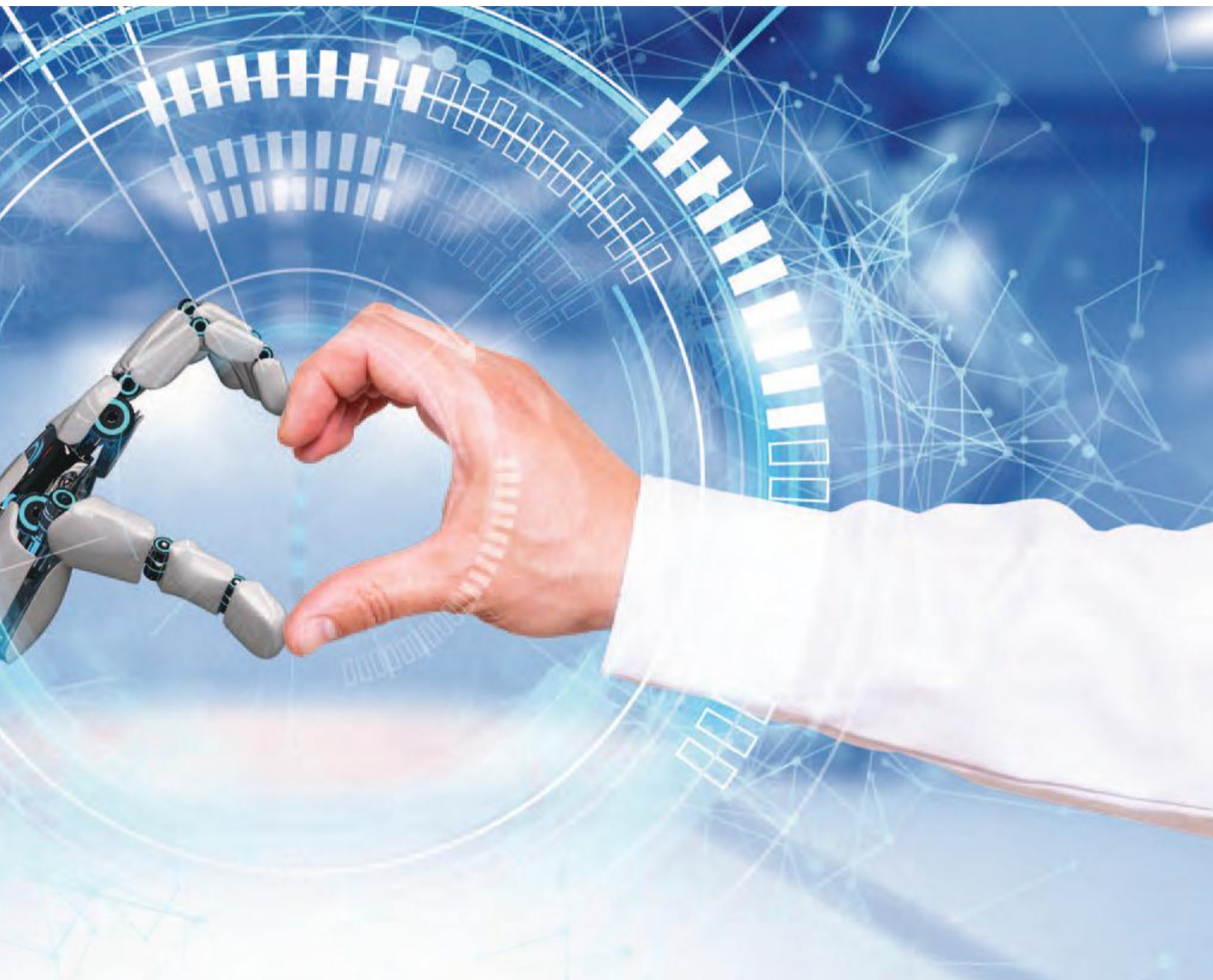
NEL PRIMO QUARTO di questo secolo, la tecnologia robotica, applicata alla chirurgia, ha raggiunto risultati straordinari. Con l'integrazione dell'IA nella robotica, in particolare attraverso tecnologie come la Visione Artificiale (VA) e la Realtà Aumentata (RA), si sta aprendo un nuovo capitolo in questo settore della chirurgia. Grazie all'IA, i sistemi robotici stanno acquisendo capacità di creatività e adattabilità paragonabili a quelle umane, migliorando in modo significativo l'efficacia e la precisione degli interventi chirurgici. Questo progresso rappresenta l'inizio di un processo promettente che vede l'IA come fattore chiave per il futuro della chirurgia robotica.

Al momento non esistono sistemi in grado di eseguire interventi chirurgici in modo completamente autonomo con la sola supervisione umana. Le aspettative avanzate nel 2018 del *Future of Surgery Report* – un documento redatto dalla Commissione del Royal College of Surgeons in Inghilterra – prevedevano che i robot del 2024 sarebbero stati in grado di eseguire "un piccolo numero di compiti semplici e automatizzati, come la sutura o biopsie semplici, superficiali: tali previsioni si sono rilevate troppo ottimistiche". A tutt'oggi non sono stati raggiunti questi livelli di autonomia. Comunque i progressi continuano, specialmente sui modelli animali. Recentemente, un robot ha eseguito la prima anastomosi laparoscopica su intestino di un maiale senza aiuto umano. *Ginecoogoi* (no.2, 2022, p.28) ha riportato un'ampia sintesi di questo intervento. Axel Krieger del Johns Hopkins University di Baltimora e autore senior dell'articolo ha sottolineato che "questi risultati preliminari dimostrano che è possibile automatizzare uno dei compiti più intricati e delicati in chirurgia: la riconnessione di due estremità di un

intestino". Questi sviluppi della robotica chirurgica dimostrano il potenziale delle tecnologie avanzate nel migliorare le pratiche chirurgiche. Il vero progresso però risiede nell'attuale processo d'integrazione graduale dell'IA con la robotica. Questa combinazione ha aperto nuove possibilità per aumentare l'automazione e la precisione in sala operatoria. Tuttavia, è importante precisare che robotica e intelligenza artificiale (IA) sono due aree della tecnologia avanzata che, pur avendo la possibilità di essere interconnesse, hanno scopi, metodi e applicazioni distinti. Nel contesto della chirurgia, la robotica si occupa della creazione di sistemi che assistono i chirurghi negli interventi, migliorando la precisione e riducendo l'invasività. L'IA, invece, si focalizza sullo sviluppo di algoritmi che permettono a questi sistemi di prendere decisioni e risolvere problemi in modo autonomo, contribuendo a un ulteriore avanzamento delle capacità chirurgiche.

ROBOT CHIRURGICI

IL REPORT A ROBOTIC SURGERY REVIEW dell'azienda Alira Health, esperta nel settore, prevede che il mercato della chirurgia assistita dalla robotica, valutato 7 miliardi di dollari, sia destinato a crescere fino a 30 miliardi entro il 2030. Attualmente, sono in fase di avanzata sperimentazione oltre 150 sistemi robotici per diverse applicazioni cliniche. Gli Stati Uniti dominano il mercato con oltre 580.000 procedure eseguite nel 2020 (ultimi dati disponibili). Questi cifre dimostrano chiaramente l'enorme investimento globale che si è avuto in questa tecnologia, che evidenzia quanto si stia puntando su un futuro dominato dalla chirurgia robotica. Il sistema chirurgico *Da Vinci*, sviluppato da In-



tuitive Surgical, è presente sul mercato dal 2000 ed è il più usato nella chirurgia ginecologica. Questo robot chirurgico è particolarmente apprezzato per la sua precisione e versatilità. I bracci robotici sono dotati di articolazioni multiple che permettono una gamma di movimenti molto più ampia rispetto alla mano umana, consentendo ai chirurghi di operare con una precisione straordinaria anche in spazi ristretti come quelli pelvici. Inoltre, la visione tridimensionale ad alta definizione offre un'accurata visualizzazione del campo operatorio. Il Da Vinci è utilizzato in ginecologia oltre che nei casi di cancro anche per trattare condizioni complesse di endometriosi profonda e per interventi uroginecologici. Recentemente, nel gennaio scorso, è diventato commerciabile in Europa il *Da Vinci SP* (Single Port) che rappresenta l'ultima generazione di robot chirurgici, progettato per eseguire interventi complessi attraverso un'unica piccola incisione. Questo sistema è dotato di bracci flessibili e strumenti miniaturizzati che consentono una precisione chirurgica senza precedenti, riducendo al minimo il trauma per il paziente. Può essere utilizzato per una vasta gamma di procedure ginecologiche tra cui l'endometriosi profonda, interventi uroginecologici oltre che le normali isterectomie.

Altro robot utilizzato in ginecologia è *Hugo*, sviluppato da Medtronic. Dotato di bracci robotici indipendenti, Hugo migliora significativamente la precisione e il controllo durante le operazioni. Si tratta, inoltre, di un sistema robotico modulare che offre flessibilità e integrazione con altre tecnologie ospedaliere, rendendolo particolarmente utile in interventi urologici e ginecologici.

INTERVISTA A ENRICO VIZZA

Il futuro della chirurgia robotica? **Rendere semplice la complessità**

Prof. Vizza, la sua esperienza in chirurgia robotica risale a più di 10 anni fa, dopo una lunga pratica in chirurgia mininvasiva laparoscopica. Quanto quest'ultima pratica l'ha aiutata nella chirurgia robotica?

La mia attività chirurgica in verità è iniziata nel 2010 e ho effettuato da allora 1.250 procedure come primo operatore utilizzando la piattaforma robotica DaVinci Si prima e Xi poi. Durante questo periodo la chirurgia robotica non ha sostituito nella mia attività completamente, ossia la chirurgia laparoscopica e la chirurgia addominale, bensì nella mia esperienza professionale la chirurgia robotica ha rappresentato uno strumento con indicazioni particolari laddove la complessità della patologia rendeva l'utilizzo della chirurgia minimamente invasiva difficile.

Ora utilizza il nuovo Da Vinci SP. Quali sono stati i principali cambiamenti che ha osservato nel passaggio al nuovo sistema?

La nuova piattaforma robotica da Vinci SP permette di effettuare interventi ad alta complessità utilizzando un unico accesso attraverso la parete addominale di 2,5-3 cm. Attraverso questa piccola incisione entrano 3 strumenti ed una ottica flessibile rendendo possibile raggiungere qualsiasi parte della cavità addominale ed effettuare in pre-

cisione dissezioni chirurgiche su strutture delicate. Inoltre una futura applicazione del Da Vinci SP sarà la chirurgia robotica attraverso gli orifici naturali e quindi per noi i ginecologi l'effettuazione di interventi robotici attraverso il canale vaginale.

Può spiegare ai giovani ginecologi, che ora si affacciano alla specializzazione, quali sono i principali vantaggi della chirurgia robotica per i pazienti con cancro ginecologico?

Precisione nei movimenti, assenza di un affaticamento del chirurgo per interventi complessi, ma soprattutto la possibilità di poter utilizzare nel prossimo futuro tutte le risorse della IA. Il grande vantaggio che si aprirà per i giovani medici in formazione sarà quello dei simulatori chirurgici su piattaforma robotica che permetteranno un addestramento rapido e puntuale così come avviene attualmente per i piloti di Jet.

Quali sono le competenze principali che ritiene fondamentali per i ginecologi che desiderano specializzarsi in chirurgia robotica?

Il primo consiglio è quello di approfondire le proprie conoscenze tecniche e tecnologiche delle macchine che andranno ad utilizzare e capire come funzionano. Il secondo consiglio è quello di formarsi, nello stesso tempo, nelle tecniche di chirurgia convenzionale sia vaginale che addominale, in quanto solo dalla integrazione delle diverse tecniche il chirurgo potrà utilizzare al massimo le potenzialità della piattaforme robotiche. Insomma cultura e addestramento.

Come vede il futuro della chirurgia robotica nei prossimi 10 anni, in particolare nella chirurgia oncologica ginecologica?

La chirurgia robotica renderà semplice la complessità, renderà gli interventi complessi più facilmente riproducibili, e ridurrà quindi i percorsi di apprendimento (learning curve) più rapidi. Inoltre, grazie alla IA il chirurgo potrà effettuare procedure di estrema precisione al di là delle capacità umane.

Qual è il feedback più comune che riceve dai pazienti dopo un intervento di chirurgia robotica?

Molto è cambiato dall'inizio dell'era della chirurgia robotica. All'inizio i primi pazienti erano disorientati dall'idea che una macchina potesse operare sostituendo il chirurgo e chiedevano sempre se fossi stato io ad effettuare l'intervento: della macchina non si fidavano mentre si sentivano tranquilli dell'uomo-chirurgo su cui riponevano la loro fiducia. Questa diffidenza dei primi anni è completamente scomparsa ed attualmente i pazienti quando giungono alla mia osservazione sono già ben informati su cosa significa la chirurgia robotica e sul ruolo centrale del fattore umano, cioè del chirurgo, e sempre più spesso sono gli stessi pazienti a chiedere di essere operati attraverso la piattaforma robotica. **E.M.**

INTERVISTA

ROBOT E INTELLIGENZA ARTIFICIALE

L'IA IN CHIRURGIA

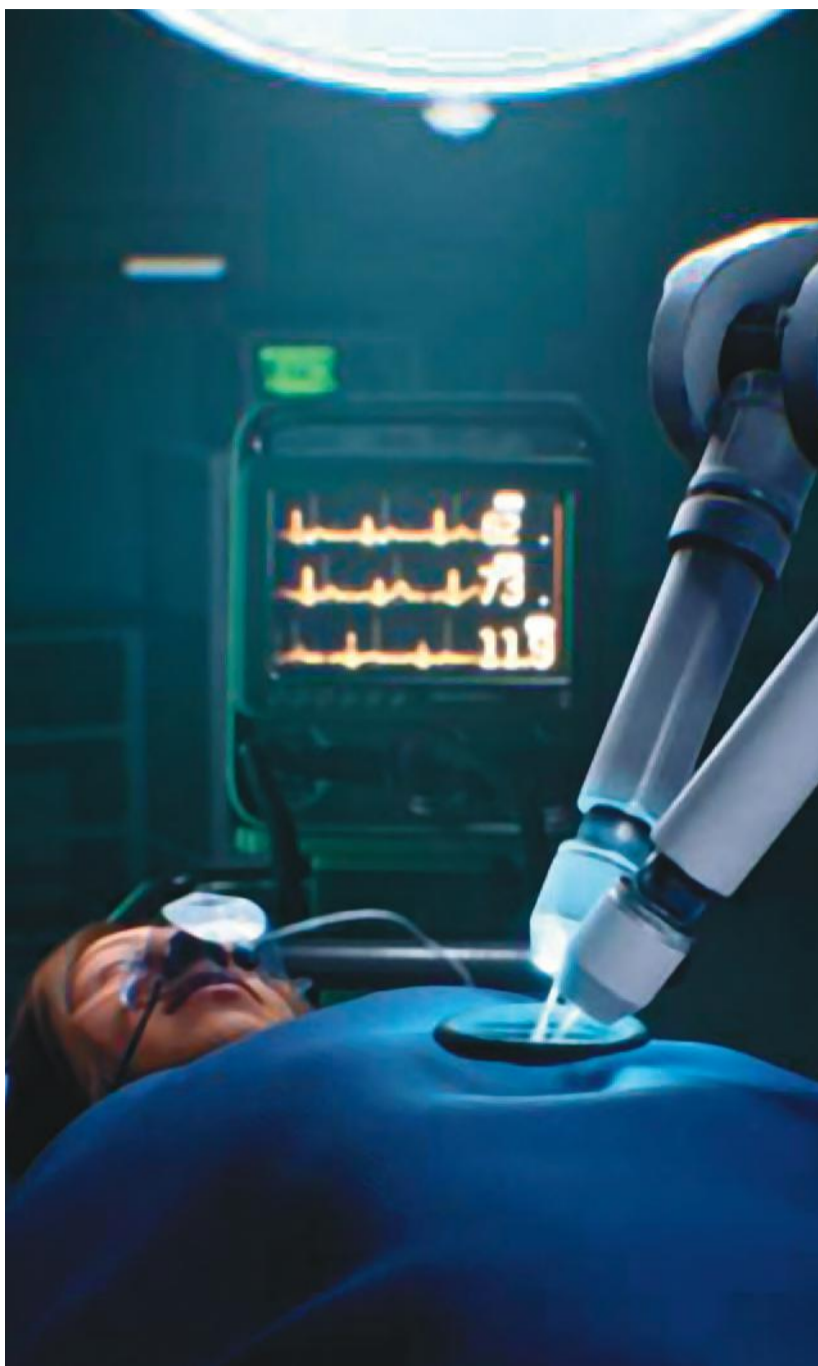
“I FUTURI CHIRURGI probabilmente si meraviglieranno che fino a pochi anni fa si è operato in condizioni di sostanziale cecità”, scrive Andrew Gumbs, accademico di Francia e direttore di Artificial Intelligence Surgery. “Questo è facilmente comprensibile per i chirurghi più anziani che ricordano i tempi in cui si accedeva alla pelvi alla cieca”. Si preparava, ad esempio, il parametrio sotto la guida delle dita più che della vista e la dissezione ureterale richiedeva grande attenzione e abilità da parte del chirurgo per garantire la sicurezza e l'efficacia dell'intervento. Oggi i sistemi robotici integrati con IA, vale a dire di visione artificiale e realtà aumentata stanno facilitando notevolmente queste procedure.

LA VISIONE ARTIFICIALE (VA) rappresenta una delle innovazioni più significative nella chirurgia robotica perché offre una visione dettagliata e in tempo reale delle strutture anatomiche. Grazie alle tecniche deep learning, gli algoritmi di VA possono revisionare milioni di video chirurgici, creando in questo modo ampi set di dati. Ahmad Guni, chirurgo dell'Imperial College di Londra, precisa che “l'applicazione della VA in questo campo non ha avuto lo stesso successo dell'imaging e della patologia, perché i video chirurgici sono più dinamici con oggetti in costante movimento e contengono piani chirurgici vari e oscurati”. Inoltre, si deve tener presente che realizzare un set di video chirurgici per l'addestramento è un lavoro impegnativo per gli esperti e non sempre esiste un consenso chiaro su come vengono eseguiti alcuni passaggi chirurgici.

Finora gli studi si sono concentrati principalmente nel tentativo di precisare l'anatomia delle procedure chirurgiche più comuni. Nel cancro ginecologico gli interventi che hanno ricevuto maggiore attenzione sono quelle con una “visione critica della sicurezza”. Ciò significa che la VA permette ai chirurghi di vedere le strutture anatomiche con maggiore precisione e di conseguenza migliora la sicurezza dell'operatore. Questo è particolarmente importante nei casi di cancro ginecologico, dove le strutture anatomiche pelviche profonde possono essere di difficile identificazione per la presenza di cancro. Per esempio, interventi su spazi parametriali o strutture delicate come gli ureteri e i vasi sanguigni richiedono un'estrema accuratezza per ridurre il rischio di lesioni accidentali.

La **REALTÀ AUMENTATA (RA)** sta migliorando significativamente la precisione e la sicurezza degli interventi. Dopo oltre un decennio di sviluppo e perfezionamento, dispositivi commerciali dotati di RA, come il Da Vinci, sono finalmente diventati disponibili sul mercato.

“La RA è una tecnologia che permette di visualizzare immagini mediche, come TAC o RM, di-



“La RA è una tecnologia che permette di visualizzare immagini mediche, come TAC o RM, direttamente sul campo visivo del chirurgo”

rettamente sul campo visivo del chirurgo”, spiega Daniel Hashimoto del Massachusetts General Hospital di Boston. “In pratica, il chirurgo indossa un visore o utilizza schermi speciali che combinano l'immagine reale del campo operatorio con dati digitali aggiuntivi generati da computer”. Questi dati possono includere mappe tridimensionali delle strutture anatomiche, indicatori di posizionamento degli strumenti chirurgici, percorsi operativi suggeriti, e altre informazioni importanti.

La RA utilizza un software specifico per integrare e sincronizzare questi dati digitali con le immagini intraoperatorie fornite dalla telecamera robotica. Questo permette di sovrapporre virtualmente l'organo da operare alla parte reale, consentendo al chirurgo di visualizzare l'intero tumore in tempo reale e in tre dimensioni. Ciò migliora la coordinazione tra occhio e mano del chirurgo, eliminando la necessità di guardare un monitor esterno per le immagini digitali.

Ad esempio, durante l'intervento la RA può evidenziare in tempo reale i vasi sanguigni, i nervi il decorso dell'uretere e altri elementi critici, guidando i chirurghi con precisione millimetrica in modo da evitare lesioni accidentali a nervi, vasi sanguigni o altre strutture delicate.

Solo recentemente la RA ha iniziato ad essere applicata nella chirurgia oncologica ginecologica. In procedure, come le isterectomie radicali, la RA aiuta molto l'operatore a visualizzare meglio i confini del tumore e le strutture circostanti, migliorando l'accuratezza della rimozione del tumore e riducendo il rischio di danneggiare i tessuti sani.



Il futuro della chirurgia robotica e dell'intelligenza artificiale (IA) promette sviluppi rivoluzionari. Le tendenze attuali indicano una crescente integrazione tra sistemi robotici e algoritmi di IA avanzati, che potrebbero portare a interventi chirurgici completamente automatizzati e personalizzati

I primi dati sulla chirurgia dell'ovaio confermano questi vantaggi. Scrive Brian Park dell'Università della Pennsylvania: “la RA aiuta molto gli operatori a identificare e rimuovere completamente le masse tumorali ovariche presenti in addome, navigando attraverso le complesse strutture pelviche con maggiore sicurezza e precisione, riducendo in questo modo il rischio di complicazioni”.

LA SEGMENTAZIONE DELLE IMMAGINI è un altro aspetto meno noto, ma fondamentale dell'innovazione tecnologica legata alla chirurgia robotica. Il concetto è il seguente: le immagini mediche vengono suddivise in parti importanti, ad esempio in singoli organi o tessuti, per facilitare l'analisi e la pianificazione preoperatoria.

La segmentazione è parte integrante della robotica e riveste un ruolo sempre più importante. Grazie all'uso di algoritmi avanzati e IA, le immagini diagnostiche, come TAC o RM, possono essere elaborate per creare modelli tridimensionali estremamente dettagliati delle aree operative. Questi modelli permettono ai chirurghi di visualizzare con precisione le strutture anatomiche, pianificare accuratamente ogni fase dell'intervento e minimizzare i rischi associati a errori umani. Durante l'operazione, ad esempio, la segmentazione può essere utilizzata per distinguere nettamente tra tessuti maligni e sani quando si rimuovono i tumori. Il risultato è che l'intervento risulta il meno invasivo possibile e che vengano preservate le funzioni vitali.

Hao Ding del Dipartimento d'Informatica del Johns Hopkins Hospital di Baltimora, precisa che “durante l'intervento la segmentazione dell'immagine aggiorna continuamente la mappa visiva, adattando i movimenti degli strumenti in base ai cambiamenti anatomici del paziente”. Questo livello di precisione è particolarmente importante in procedure complesse e delicate, come quelle che spesso s'incontrano in casi di cancro ovarico avanzato o di neoplasia uterina progredita nel distretto pelvico. Alcuni sistemi robotici avanzati, come il Da Vinci, stanno integrando funzionalità di navigazione intraoperatoria. Questo permette di guidare i bracci robotici con una precisione ancora maggiore, migliorando l'efficacia e la sicurezza degli interventi chirurgici.

LA CHIRURGIA ASSISTITA DA COMPUTER (CAS) E LA NAVIGAZIONE CHIRURGICA sono due tecnologie all'avanguardia che stanno rivoluzionando il modo in cui vengono eseguite le operazioni chirurgiche con tecnologia robotica, migliorando la precisione, la sicurezza e l'efficacia degli interventi.

La CAS è soprattutto utilizzata in fase preoperatoria per una pianificazione meticolosa dell'intervento. JG Gerbers dell'Università di Gronigen descrive questo processo, abbastanza complesso, in modo preciso: “i chirurghi utilizzano software sofisticati per analizzare le immagini diagnostiche ottenute da TC, RM ed ecografie. Queste immagini vengono poi trasformate in modelli 3D del-



ROBOT E INTELLIGENZA ARTIFICIALE

le strutture anatomiche del paziente, permettendo una pianificazione dettagliata dell'operazione". Si può dire in definitiva che la CAS è essenzialmente uno strumento preparatorio che aiuta a mappare la chirurgia prima che avvenga, garantendo un alto livello di precisione e preparazione.

La Navigazione Chirurgica è utilizzata durante la chirurgia vera e propria. Fornisce una guida in tempo reale sovrapponendo immagini digitali alle strutture anatomiche reali del paziente tramite realtà aumentata o realtà virtuale. Questa tecnologia aiuta i chirurghi a navigare nel campo operativo con maggiore accuratezza, riducendo il rischio di danneggiare strutture critiche come nervi e vasi sanguigni: "è come avere un sistema GPS per la sala operatoria, che guida il chirurgo passo dopo passo durante l'intervento".

Grazie alla navigazione chirurgica, è possibile ridurre significativamente i rischi di errori, migliorare i risultati chirurgici e ridurre il tempo di recupero per i pazienti. L'integrazione con la chirurgia robotica rappresenta un ulteriore passo avanti, combinando la precisione robotica con la guida visiva avanzata. Alcuni sistemi robotici avanzati, come il Da Vinci, integrano già la funzionalità di navigazione intraoperatoria. Questo permette di guidare i bracci robotici con una precisione ancora maggiore, migliorando l'efficacia e la sicurezza degli interventi chirurgici.

Attualmente la navigazione intraoperatoria è già utilizzata in alcune procedure chirurgiche pelviche complesse, come la chirurgia oncologica e la riparazione di prolapsi. Ad esempio, l'uso di marcatori e sistemi di tracciamento può aiutare i chirurghi a evitare strutture critiche e a rimuovere completamente i tumori.

Recentemente Iori Kisu ginecologo nell'Ospedale Tachikawa di Tokyo, ha messo a punto l'uso di imaging fluorescente a infrarossi per visualizzare in tempo reale gli ureteri durante la chirurgia ginecologica. Questo metodo, che include l'uso di cateteri fluorescenti, permette ai chirurghi di identificare chiaramente gli ureteri e prevenire lesioni durante interventi complessi come l'istectomia per il cancro avanzato.



La Navigazione Chirurgica è utilizzata durante la chirurgia vera e propria. Fornisce una guida in tempo reale sovrapponendo immagini digitali alle strutture anatomiche reali del paziente tramite realtà aumentata o realtà virtuale

CONCLUSIONE

NEGLI ULTIMI 25 ANNI i progressi nel campo della robotica chirurgica hanno sorpreso anche i più esperti di noi. Un quarto di secolo fa, l'idea che la robotica potesse permettere ai chirurghi di eseguire procedure complesse con estrema precisione sembrava fantascienza. Oggi questi avanzamenti sono diventati realtà e stanno rivoluzionando il modo in cui vengono eseguite le operazioni chirurgiche.

Nonostante questi progressi, ci sono ancora delle sfide da affrontare per ottimizzare ulteriormente l'efficacia e l'accessibilità di queste tecnologie. Uno dei principali ostacoli è il costo elevato dei sistemi di chirurgia robotica. L'acquisto, la manutenzione, l'aggiornamento delle apparecchiature e lo smaltimento dei materiali utilizzati durante l'intervento richiedono investimenti considerevoli, limitandone l'uso nelle zone meno abbienti del Paese. Tutto questo crea il rischio che la robotica chirurgica diventi una prerogativa dei più ricchi.

Gli elevati costi della chirurgia robotica hanno portato gli ospedali a sviluppare progetti multispecialistici. Questo modello di organizzazione consente di utilizzare la chirurgia robotica anche in specialità come la ginecologia, che di solito ricevono minori rimborsi rispetto alle altre discipline come la chirurgia toracica e l'urologia. Combinando i rimborsi di diverse specialità, i dipartimenti riescono a mantenere un equilibrio economico sostenibile, permettendo così l'accesso alla tecnologia robotica anche per le specialità meno finanziate.

Tuttavia oltre alle questioni economiche, emergono anche sfide tecniche. Una delle maggiori problematiche attuali nella chirurgia robotica riguarda la precisione dei dati di imaging e l'etichettatura durante le procedure chirurgiche. Errori o imprecisioni dei dati di imaging e la mancanza di univocità nei protocolli d'intervento possono compromettere l'efficacia e la sicurezza delle operazioni robotiche. Secondo uno studio del 2023, circa il 20% delle immagini di training presentano etichettature errate, influenzando nega-

tivamente le performance dei sistemi di IA. Inoltre, per garantire un apprendimento efficace e accurato, è fondamentale che la qualità delle immagini e dei video utilizzati per l'addestramento dei sistemi robotici sia elevata. A questo si deve aggiungere che

la disponibilità di data-set sufficientemente ampi e diversificati costituisce un altro importante problema, in quanto limita la capacità dei modelli di IA di generalizzare correttamente. Ad esempio, solo il 30% dei centri chirurgici dispone di data-set che coprono una vasta gamma di casi clinici, secondo un'indagine del 2022. La mancanza di standardizzazione nei protocolli di raccolta dei dati e le variabilità tra i diversi centri chirurgici contribuiscono ulteriormente a questo problema. Questi fattori, uniti alla necessità di continui aggiornamenti tecnologici e alla formazione specifica del personale medico, rendono complesso l'inserimento ottimale della robotica avanzata nella chirurgia ginecologica oncologica.

Il futuro della chirurgia robotica e dell'intelligenza artificiale (IA) promette sviluppi rivoluzionari. Le tendenze attuali indicano una crescente integrazione tra sistemi robotici e algoritmi di IA avanzati, che potrebbero portare a interventi chirurgici completamente automatizzati e personalizzati. La combinazione di machine learning e big data permetterà ai robot chirurgici di analizzare enormi quantità di informazioni in tempo reale, ottimizzando le decisioni intraoperatorie e migliorando ulteriormente la precisione.

Con il costante miglioramento dell'interfaccia uomo-macchina, è probabile che i robot chirurgici diventino strumenti indispensabili in ogni sala operatoria. Questa evoluzione ridurrà al minimo gli errori umani e aprirà nuove frontiere nella medicina personalizzata, migliorando significativamente i risultati a favore dei pazienti.

Il ruolo dell'Ostetrica nella promozione della pratica della lettura precoce e condivisa in famiglia

SONO MOLTE LE INFORMAZIONI che oggi abbiamo in merito allo sviluppo dei bambini fin dal concepimento, e non meno importante, è come le evidenze scientifiche dimostrino l'importanza del ruolo che gli adulti di riferimento, i servizi sanitari ed educativi, abbiano sulla crescita sana dei bambini nei primi anni di vita.

Studi recenti, che indagano la vita intrauterina, parlano di una vera e propria "memoria prenatale" e di ricordi inconsci associati alla voce materna, che suggeriscono l'importanza di iniziare a parlare e leggere al bambino già durante la gravidanza, attribuendo un valore scientifico a questa dolce abitudine e registrando gli effetti positivi della voce della mamma sullo sviluppo del feto.

Uno studio pubblicato sulla rivista "Infant Behavior and Development", ad esempio, ha dimostrato che il bambino in grembo è in grado di riconoscere tanto bene la prosodia e il ritmo della voce della mamma in un filastrocca da riuscire a ricordarla a distanza di settimane.

In utero infatti, il feto inizia a comporre degli schemi corporei e comportamentali, ma soprattutto è in grado di memorizzare, sviluppa capacità di apprendimento e prova emozioni, sintonizzandosi perfettamente con lo stato d'animo materno.

Il ruolo dei genitori, e degli altri familiari, e particolarmente importante nei "primi mille giorni di vita" del bambino, periodo compreso dal concepimento fino al compimento del secondo anno e noto come periodo fondamentale per i processi di sviluppo del cervello.

Il cervello di un bambino infatti comincia a formarsi entro le prime settimane dal concepimento e il suo buon funzionamento dipende da miliardi di cellule cerebrali e soprattutto dai collegamenti tra quest'ultime. La rete neurale che si crea, fa sì che le informazioni che arrivano al cervello del bambino siano ricevute, trasmesse, memorizzate, connesse l'una all'altra, costruendo un po' alla volta tutte le sue capacità: di muoversi, di ascoltare, di comprendere, di parlare, di pianificare ed eseguire un'azione, di provare emozioni e di riconoscerle sia in se stessi che negli altri. Questo processo di costruzione della rete neurale, che continuerà durante tutto il corso della vita, è più veloce e intenso nei primi due anni. Durante questo periodo, il cervello del bambino assorbe le informazioni relative a quello che tocca, vede, sente, ascolta, assapora e odora, e questo gli permette di sviluppare sempre più abilità, conoscenze e capacità.

Oggi sappiamo inoltre che lo sviluppo del cervello dipende sì, dall'eredità genetica e dal buon andamento della gravidanza e del parto, ma anche, dal-

LETTURE IN PANCIA

L'importanza nello sviluppo emotivo e cognitivo del feto

FRANCESCA FERRI
Ostetrica e Volontaria NpL
Consultorio Foligno

FRANCESCA NICOLANTI
Ostetrica e Volontaria NpL
Consultorio di Spoleto

“ Sapere che si ha qualcosa di bello da leggere prima di andare a dormire è una delle sensazioni più piacevoli della vita ”
V. NABOKOV

l'ambiente in cui i bambini vivono e dalle possibilità che vengono date loro di imparare e di sviluppare il proprio potenziale attraverso la Nurthuring care: un documento di rilevanza internazionale, frutto di anni di studi, in cui sono raccolte tutte le condizioni che promuovono un buono stato di salute, un'adeguata alimentazione, protezione e sicurezza, genitorialità responsiva e possibilità di apprendimento precoce.

I bambini che ricevono cure e attenzioni amorevoli hanno più opportunità di acquisire competenze cognitive, emotive e sociali utili al loro sviluppo, mentre la mancanza di cure e attenzioni ha effetti tanto negativi per cui gli esiti, qualora non si intervenga in tempo, vengono spesso trasferiti anche alle generazioni successive.

È per questo che, sulla base di conoscenze fondate su evidenze scientifiche, come l'importanza dello sviluppo precoce (Early Child Development-ECD) e della necessità di offrire ai bambini la possibili-

tà di sviluppare il proprio potenziale attraverso la Nurthuring care, gli operatori dei servizi sanitari ed educativi fanno del loro operato una missione: quella di diffondere e promuovere le buone pratiche di cura per lo sviluppo del bambino, tra cui il massaggio infantile, nati per la musica, il gioco, l'attività motoria e l'uso appropriato delle tecnologie digitali e per ultima ma non meno importante la lettura precoce e condivisa in famiglia attraverso il programma di promozione Nati per Leggere. Ruolo fondamentale quello delle Ostetriche, che ai corsi di accompagnamento alla nascita parlano con le coppie dell'importanza della lettura precoce, già in gravidanza e dopo la nascita, proponendo incontri dedicati con letture anche interattive. Grazie alla formazione personale di alcune ostetriche (nonché insegnanti del massaggio infantile A.I.M.I.) e alla collaborazione delle colleghe dei consultori di Foligno e Spoleto, è stato attivato un nuovo progetto di "lettura in pancia", in collaborazione con le biblioteche locali e le lettrici volontarie "Nati per Leggere". Si è rivelata subito interessante e preziosa: si svolge infatti mensilmente presso le biblioteche locali un incontro con le coppie in attesa dei loro piccoli, che vengono a conoscenza dei benefici di questa pratica a costo zero, dove gli unici strumenti sono un libro (di qualità), la voce della mamma, del papà o delle figure di riferimento di quel bambino/a e che questa pratica diventi una abitudine familiare che perduri nel tempo. Il raggiungimento dell'obiettivo del progetto delle Ostetriche è sempre più vicino: le donne partecipano sempre più numerose, le famiglie ritornano in biblioteca con i piccoli desiderose di avere informazioni sui libri da leggere e pronte ad iscriverli al servizio di prestito bibliotecario, l'iniziativa si diffonde velocemente e chi ne viene a conoscenza partecipa con familiari ed amici. Leggere ad un bambino è un atto d'amore: è avere cura del suo sviluppo emotivo, cognitivo, linguistico e relazionale.

Se la famiglia e gli operatori della promozione della salute se ne occupano insieme facendo rete, si riuscirà sempre più a garantire a tutti i bambini un'adeguata Nurthuring care.

FONTI:

"Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita" 0021189-12/07/2019-DGPRE-MDS-A - Allegato Utente 2 (Ao2) Ministero della Salute

Come possiamo nutrire la mente dei nostri bambini, Informazioni e consigli per genitori e futuri genitori, Centro per la Salute del Bambino



Gyneco Aogoi

Organo Ufficiale dell'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

AOGOI
ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

Numero 4 - 2024
Anno XXXV

Presidente
Antonio Chiàntera

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

Direttore Responsabile
Ester Maragò

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

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

Stampa
STRpress, Pomezia - Roma

Abbonamenti
Annuo: Euro 26.
Singola copia: Euro 4
Reg. Trib. di Milano del 22.01.1991 n. 33
Finito di stampare:
luglio 2024
Tiratura 4.000 copie.

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

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

Testata associata

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



Swiss Stem Cells Biotech

L'unica Biobanca privata svizzera accreditata FACT-NetCord

SSCB è una Cell Factory Svizzera nata nel 2005 .

Da oltre tre anni, SSCB è l'unica Biobanca ibrida del sangue cordonale accreditata dal sistema sanitario Svizzero. (Possibilità di conservare il campione per fini autologhi o allogenic).

Operiamo nell'ambito delle terapie cellulari con specializzazione nella raccolta, purificazione, caratterizzazione, processamento e conservazione delle cellule staminali e tessuti umani per usi terapeutici, estetici e per la messa appunto di nuovi protocolli sperimentali.

Le migliori certificazioni

- SSCB è l'unica Biobanca privata svizzera **accreditata FACT - NetCord**, accreditamento specifico per la conservazione delle cellule staminali del sangue cordonale che consente di **utilizzare il campione in tutti i centri trapianti del mondo** ed in ambito familiare;
- SSCB possiede la **certificazione GMP**, che impone il rispetto di rigide procedure operative ed eleva a livello del farmaco la qualità dei prodotti sviluppati da SSCB;
- SSCB è autorizzata dalle autorità competenti della sanità pubblica Svizzera tra cui **Swissmedic**, l'autorità competente in materia di salute.

I nostri servizi

La nostra Cell Factory ha la capacità di conservare un'**ampia gamma di materiali biologici**:

- cellule staminali da sangue cordonale
- cellule staminali da tessuto cordonale
- cellule staminali da tessuto adiposo
- conservazione di sangue periferico
- conservazione di sangue e siero

Oltre a questi servizi SSCB mette a disposizione delle famiglie un servizio aggiuntivo la "**Tutela SSCB**" che in caso di un eventuale trapianto, e quindi di rientro del campione, prevede che sia SSCB a farsi carico delle spese di trasporto e delle spese sostenute per le visite mediche.